



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

CONTENIDO

DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA	2
OBJETIVO	2
ALCANCE	2
CRITERIOS DE AUDITORIA	3
MIEMBROS DEL EQUIPO AUDITOR	3
DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS	5
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	5
Sistema de Gestión de la Calidad	5
Solicitud y Asignación de Equipo de Cómputo y Espacios Físicos	6
Atención y Seguimiento de Solicitud de Beca a la Comunidad Estudiantil Universitaria	9
Solicitud y Prestación de Espacios Físicos	12
Asignación, Seguimiento y Liberación del Servicio Social	16
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL	20
Solicitud de Sangre Hemocomponentes y Selección de Donadores	20
Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos	23
ASPECTOS DESTACABLES	27
FORTALEZAS	28
DEBILIDADES	28
CONCLUSIONES	28



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
Fecha de Realización:	29, 30 y 31 de Octubre de 2014		
Número:	16		
Multi-Sitio:	SI	x	NO
Método de Auditoría:	En sitio		
Norma de Referencia:	ISO 9001:2008 Sistema de Gestión de la Calidad – Requisitos ISO 14001:2004 Sistemas de Gestión Ambiental - Requisitos con orientación para su uso		

OBJETIVO
Verificar la conformidad de los nuevos procesos y ampliación del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad y la implementación del Sistema de Gestión Integral de acuerdo a los criterios de auditoría con la finalidad de evaluar el cumplimiento de los objetivos especificados e identificar las oportunidades de mejora.

ALCANCE		
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
PROCESO	SITIO (S)	UBICACIÓN
Solicitud y Prestación de Espacios Físicos	Torre Académica Culiacán	Josefa Ortiz de Domínguez esq. con Blvd. Las Américas, S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 80040, Culiacán, Sinaloa.
Atención y Seguimiento de Solicitud de Beca a la Comunidad Estudiantil Universitaria	Secretaría Administrativa de Rectoría	Bld. Miguel Tamayo Espinoza de los Monteros, S/N, Desarrollo Urbano Tres Ríos, Campus Rafael Buelna, C.P. 80050, Culiacán de Rosales, Sinaloa, México.
Solicitud y Asignación de Equipo de Cómputo y Espacios Físicos	Centro de Cómputo Universitario Culiacán	Bld. Las Américas esq. con Av. Universitarios, S/N, Ciudad Universitaria, Culiacán, Sinaloa.
Asignación, Seguimiento y Liberación del Servicio Social	Coordinación de Servicio Social de la Unidad Regional Norte	Ejército Mexicano y Av. de los Deportes, S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 82017, Mazatlán, Sinaloa, México.
	Facultad de Derecho y Ciencia Política Mochis	Ángel Flores y Blvd. Justicia Social, S/N Ciudad Universitaria, C.P. 81229, Los Mochis, Sin.
	Coordinación de Servicio Social de la Unidad Regional Centro Norte	Bld. Antonio Rosales #325, Local 6 Altos, Col. Morelos, C.P. 81400, Guamúchil, Salvador Alvarado, Sinaloa, México.
	Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Tecnológicas	Carretera a Angostura Km. 0.5, Col. Morelos, C.P. 81460, Guamúchil, Salvador Alvarado, Sin.
	Dirección General de Servicio Social	Josefa Ortiz de Domínguez esq. con Blvd. Las Américas, S/N, Torre Académica 2do. Piso, Ciudad Universitaria, C.P. 80040, Culiacán, Sinaloa.
	Facultad de Medicina	Av. Cedros y Calle Sauces S/N, Fracc. Los Fresnos, C.P. 80019, Culiacán, Sin.
	Facultad de Ciencias Químico Biológicas	Av. Universitarios S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 80010, Culiacán, Sin.



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

ALCANCE		
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
PROCESO	SITIO (S)	UBICACIÓN
	Facultad de Estudios Internacionales y Políticas Públicas	Prol. Josefa Ortiz de Domínguez S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 80040, Culiacán, Sin.
	Coordinación de Servicio Social de la Unidad Regional Sur	Ángel Flores y Blvd. Justicia Social, S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 81223, Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México.
	Facultad de Trabajo Social Mazatlán	Av. Universidad S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 82117, Mazatlán, Sin.
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL		
PROCESO	SITIO (S)	UBICACIÓN
Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud	Eustaquio Buelna No. 91, Col. Gabriel Leyva, C.P. 80030. Culiacán, Sinaloa.
Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos		

CRITERIOS DE AUDITORIA
<p>Política y Objetivos de Gestión</p> <p>Manual de Gestión del Sistema de Gestión de la Universidad Autónoma de Sinaloa.</p> <p>Procedimientos documentados requeridos por la Norma ISO 9001:2008 e ISO 14001:2004</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para el Control de los Documentos • Procedimiento para el Control de los Registros • Procedimiento para el Control del Producto No Conforme • Procedimiento para Auditorías Internas • Procedimiento para Acciones Correctivas y Preventivas • Procedimiento para la Revisión por la Dirección. • Procedimiento de Identificación y Evaluación de Aspectos Ambientales • Procedimiento de Identificación y Evaluación de Requisitos Legales <p>La documentación específica que da evidencia de la eficaz planificación, operación y el control de los procesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de la Calidad • Requisitos y Criterios de Aceptación para el Producto • Objetivo de la Calidad • Procedimiento Específico • Formato para el Control de los Registros • Marco Legal y Reglamentario. • Controles Operacionales de sus Aspectos Ambientales

MIEMBROS DEL EQUIPO AUDITOR			
AUDITOR LÍDER			
LCP. Rosa María Guevara Salido			
AUDITORES INTERNOS			
Dra. Marifeli Avendaño Corrales		LCP. José Gerardo Fernández Ávila	
Ing. Luis Anton Amaral Solís		LCP. Rafael Sánchez Moreno	
LAE. César Fredy Baca Vargas		LI. Alma Lorena Leal León	
LCP. Graciela Avendaño Mendoza		QFB. Fernando Ixel Soto Pérez	
LCP. Irma Mendivil Rivera			
Fecha de Emisión: 8 de septiembre de 2014	Código del documento: FO-SG-AI-04	Versión: 02	Página 3 de 29



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

MIEMBROS DEL EQUIPO AUDITOR	
EXPERTO TÉCNICO	
	Legal: Dra. Karla Elizabeth Mariscal Ureta
	Ambiental: Dr. Miguel Ángel Chávez González

AUDITADOS		
NOMBRE	PUESTO	PROCESO
Dr. Juan Eulogio Guerra Liera	Rector (Alta Dirección)	SGC
LCP. Omar Armando Beltrán Zazueta	Responsable de la Dirección del SGC (Representante de la Alta Dirección)	SGC
SECRETARÍA ADMINISTRATIVA DE RECTORÍA (SAR)		
MC. Jesús Abel Sánchez Inzunza.	Titular de la SAR	Atención y Seguimiento de Solicitud de Beca a la Comunidad Estudiantil Universitaria.
C. Arantxa Zulem Rivero Bórquez.	Responsable de Proceso (y Operativos)	
DIRECCIÓN DE SERVICIO SOCIAL UNIVERSITARIO (DGSS)		
Dr. Víctor Hugo Aguilar Gaxiola	Titular de la DGSS	Asignación, Seguimiento y Liberación del Servicio Social
LAF. Ashanti Daniela Román León.	Responsable de Proceso (y Operativos)	
CENTRO DE CÓMPUTO UNIVERSITARIO (CCU)		
L.I. Emilio Eustacio Lara Velasco.	Titular de CCU	Solicitud y Asignación de Equipo de Cómputo y Espacios Físicos
Lic. En Dcho. Dunia Elizabeth Uriarte González	Responsable de Proceso (y Operativos)	
TORRE ACADÉMICA CULIACÁN		
MC. Héctor Melesio Cuén Díaz.	Titular de la Torre Académica Culiacán	Solicitud y Prestación de Espacios Físicos
MC. María del Rosario Valdez Páez.	Responsable de Proceso (y Operativos)	
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD (CIDOCS)		
Dr. Jesús Israel Martínez Félix	Titular de CIDOCS	Procesos del CIDOCS
Dr. Miguel Ángel Valdez Cruz	Responsable de Proceso (y Operativos)	Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores
QFB. Elva Gloria Verdugo Aguilar	Responsable de Proceso (y Operativos)	Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS			
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD			
Sistema de Gestión de la Calidad	4.1	La organización debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional. Se cuenta con el manual de gestión MG-UAS-SG-01 versión 15 donde se determinan: el alcance y los 37 procesos específicos que los soportan y se cuenta con registros de su implementación y seguimiento.	C
	4.2.1	La documentación del SGC debe incluir: declaraciones documentadas de una política y objetivos de la calidad, un manual de la calidad, los procedimientos documentados y los registros necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos. La DSGC mostró evidencia de política, objetivo de gestión y los procedimientos documentados requeridos por la normas ISO 9001:2008 en versiones actualizadas al 8 de Septiembre de 2014 en físico y digital en la página WEB.	C
	4.2.2	La organización debe establecer y mantener un manual de la calidad que incluya el alcance del sistema de gestión de la calidad, cualquier exclusión, los procedimientos documentados o referencia a los mismos así como la interacción entre los procesos del sistema. Se muestra manual MG-UAS-SG-01 en su versión 15 vigente, contemplando el alcance, referencia a los procedimientos requeridos por la norma, las exclusiones y el diagrama que muestra la interacción entre los procesos.	C
	7.4.1, 7.4.2 y 7.4.3	La organización debe asegurarse de que el producto adquirido cumple los requisitos de compra especificados, que la información de las compras debe describir el producto a comprar y debe establecer e implementar la inspección u otras actividades necesarias para asegurar que las compras cumplen con lo especificado. Para tales efectos los procesos realizan las gestiones por medio de requisiciones a la Dirección de Construcción de Bienes e Inventarios (DCBI) siendo ésta quien los provee de los productos necesarios para su operación; las requisiciones describen las características de los insumos necesarios y la DCBI a través del responsable de almacén verifica que los productos cumplan con los requerimientos. Se incorpora en el Manual de Gestión (MG-UAS-SG-01) versión 15 al 8 de septiembre de 2014, que la DCBI evaluará anualmente el desempeño de sus proveedores.	C
	8.1	La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad con los requisitos del producto, la conformidad del SGC y mejorar continuamente su eficacia. Se mostraron guía y formato para la elaboración del plan de mejora correspondiente.	C



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS			
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
	8.2.2	La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para determinar si el SGC es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de las normas internacionales, con los requisitos del SG establecidos por la organización y se ha implementado y se mantiene de manera eficaz. El SG cuenta con un Programa de Auditoría Anual (FO-SGC-AI- 02 versión 7) que contempla la realización de la auditoría interna número 16 con actividades comprendidas en el periodo del 29 al 31 de Octubre de 2014, en estricto apego a los requisitos consignados en el procedimiento para auditorías internas (PG-SG-AI-04, versión12). Así mismo se formaron 5 auditores internos como auditor principal en ISO 14001:2004, fortaleciendo al especialización y competencias del equipo auditor.	C
Solicitud y Asignación de Equipo de Cómputo y Espacios Físicos	4.2.3 4.2.4	La organización debe establecer un procedimiento documentado para el control de documentos y registros. Se cuenta con procedimientos documentados para el control de documentos, legibles, actualizados para el control de documentos PG-SGC-CDOC-01 y control de registros PG-SGC-CRE-02 con fecha 08/09/2014.	C
	5.1	La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia: comunicando a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios, estableciendo la política de la calidad, asegurando que se establecen los objetivos de la calidad, llevando a cabo las revisiones por la dirección, y asegurando la disponibilidad de recursos. Se observó el compromiso de la dirección debido a que mostro el establecimiento de la política y objetivo de gestión, se realizaron cursos de sensibilización de la norma ISO, un personal comprometido y motivado por esta nueva forma de trabajo a lo cual manifestaron sentirse más comprometidos de prestar servicios de calidad a sus usuarios.	C
	5.2	La alta dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente. El proceso lo determina a través de la tabla de requisitos y criterios de aceptación para el producto RCAP-CCU-SAEF-01.	C
	5.3	La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad es comunicada y entendida dentro de la organización. El proceso da a conocer la política mediante cursos de sensibilización, carteles y pagina web.	C
	5.4	La alta dirección debe asegurarse la planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en el apartado 4.1, así como los objetivos de la calidad, y se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios en éste. El proceso lo establece mediante su plan de la calidad, objetivos y documentos soporte del mismo.	C



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS				
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO	
	5.5	La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización, asimismo debe designar un miembro de la dirección de la organización quien, independientemente de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad y autoridad que incluya: asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad, informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora, y asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización. Las responsabilidades y autoridades se encuentran definidas en manual de gestión, perfiles de puestos y procedimiento específico del proceso, asimismo la alta dirección ha designado al titular de la DSGC como representante de la alta dirección para que informe del desempeño del sistema de gestión.	C	
	5.6	La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad. Aun cuando es un proceso de nueva creación y con base a lo establecido en el manual de gestión donde establece que se llevaran revisiones anuales, el proceso mostro el procedimiento documentado de revisión por la dirección PG-SG-RD-06.	C	
	6.1	La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, y aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos. Se observó que el proceso cuenta con los recursos necesarios para dar cumplimiento a sus objetivos, se cuenta con equipo de cómputo necesario y personal suficiente y calificado.	C	
	6.2.1	El personal que realice trabajos que afecten a la conformidad con los requisitos del producto debe ser competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas. Se mostraron perfiles de puestos, así como los expedientes del personal los cuales contienen las constancias de asistencia a diversos cursos inherentes a las actividades que realizan.	C	
	6.2.2	La organización debe asegurarse de la competencia y formación de su personal y mantener los registros, de la educación, formación, habilidades y experiencias. Se mostraron perfiles de puestos así como los expedientes del personal los cuales contienen las constancias de asistencia a diversos cursos acordes al área.	C	
	6.4	La organización debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos	C	
Fecha de Emisión: 8 de septiembre de 2014		Código del documento: FO-SG-AI-04	Versión: 02	Página 7 de 29



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS			
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
		del producto. Se observó un ambiente de cordialidad, amabilidad y trabajo en equipo entre el personal del área, espacios bien iluminados, refrigerados y limpios.	
	7.1	La organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto. La planificación de la realización del producto debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad. El proceso demuestra la planificación de sus productos o servicios a través de su plan de la calidad (PC-CCU-SAEF-01).	C
	7.2.1 y 7.2.2	La organización debe determinar y revisar los requisitos relacionados con el producto. Se mostró la tabla de requisitos y criterios de aceptación para el producto RCAP-CCU-SAEF-01 y su plan de la calidad PC-CCU-SAEF-01.	C
	7.2.3	La organización debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes. El proceso mantiene constante comunicación con sus usuarios a través de encuestas, correo electrónico y teléfono.	C
	7.5.1	La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. El proceso lo realiza mediante su plan de la calidad y procedimiento específico.	C
	7.5.3	La organización debe identificar el producto por medios adecuados, a través de toda la realización del producto. El proceso lo realiza mediante el Sistema de Integral del Centro de Computo Universitario (SICCU), así como la documentación generada dentro del proceso.	C
	8.2.1	La organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos. El proceso mostró encuestas de satisfacción de usuarios del mes de septiembre del 2014 las cuales señalan un nivel de satisfacción entre excelente y bueno.	C
	8.2.3	La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento y medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad, a fin de verificar su capacidad para alcanzar los resultados planificados. Sin embargo el instrumento para la medición de sus objetivos (FO-CCU-SAEF-07) correspondiente al mes de septiembre de 2014 no refleja el cumplimiento de los mismos.	NC
	8.2.4	La organización debe hacer el seguimiento y medir las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo. El proceso da seguimiento a través de las diferentes etapas del procedimiento específico verificando el cumplimiento de los criterios establecidos a la tabla de requisitos y criterios de aceptación del producto y a través del Sistema de Integral del Centro de Computo Universitario (SICCU).	C
	8.3	Se debe asegurar de que el producto que no sea conforme con los requisitos del producto, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados. Se indica que no tienen producto no conforme y se muestra el procedimiento de producto no conforme	C
Fecha de Emisión: 8 de septiembre de 2014		Código del documento: FO-SG-AI-04	Versión: 02
			Página 8 de 29



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS			
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
	8.4	La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad. Esto debe incluir los datos generados del resultado del seguimiento y medición y de cualesquiera otras fuentes pertinentes. El proceso muestra reportes mensuales de servicios prestados, así como encuestas de satisfacción de usuarios	C
	8.5.2	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. Manifiestan no haber realizado acciones correctivas, sin embargo se cuenta con un procedimiento documentado PG-SG-ACP-05 para el tratamiento de las mismas	C
	8.5.3	La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales. Se declara que no hubo acciones preventivas, se muestra procedimiento documentado de acciones correctivas y preventivas.	C
Atención y Seguimiento de Solicitud de Beca a la Comunidad Estudiantil Universitaria	4.2.3	La Norma ISO 9001:2008 establece que los documentos requeridos por el SG deben controlarse. Durante el ejercicio de evaluación el responsable de proceso y personal operativo muestran un procedimiento documentado que define los controles necesarios para la aprobación, revisión, actualización, conservación y disposición de los documentos de origen interno y externo.	C
	4.2.4	Los registros establecidos para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del SG deben controlarse (ISO 9001:2008). Durante la evaluación se muestra un procedimiento documentado donde se definen los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, la protección, recuperación, la retención y la disposición de los registros; así como también los registros generados durante el desarrollo de su proceso.	C
	5.1	La alta Dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del SG (ISO 9001:2008). Durante el ejercicio de evaluación se verificó que el titular del área comunica la política de gestión a los operativos del proceso mediante reuniones, colocándola en lugares estratégicos.	C
	5.3	La Norma ISO 9001:2008 establece que la alta dirección debe asegurarse que la política de la calidad es revisada para su continua adecuación. Durante la evaluación el titular expresa que constantemente revisa la política y su aplicación sensibilizando al personal de la importancia de tomarla como referencia en cada una de sus actividades que realizan. Se verifica con el personal esta declaración.	C



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS				
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO	
	5.4.1	La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad se establecen y deben ser medibles y coherentes con la política (ISO 9001:2008). Expresa el titular que para establecer los objetivos de calidad del proceso se consideró como referencia los elementos de la política. Muestran como evidencia un objetivo documentado e indicadores de medición. (Avances)	C	
	5.5.1	La Norma ISO 9001:2008 debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización. Se verifican perfiles de puestos del personal operativo del proceso, así como procedimiento específico donde se definen sus responsabilidades y autoridades.	C	
	5.6.1 y 5.6.2	La Norma ISO 9001:2008 establece que la alta dirección debe mantener registros de las revisiones de por la dirección. Muestra el titular un procedimiento documentado para la revisión por la dirección, así como expresa tener conocimiento de cuando se llevará a cabo esa revisión y de la información de entrada para realizarla.	C	
	6.1	La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para implementar y mantener el SG, así como para aumentar la satisfacción del cliente. (ISO 9001:2008). Muestra el titular un presupuesto por programa y un plan operativo anual, expresando que se elaboran a través de un análisis con todo el personal para determinar la necesidad de recursos necesarios para cumplir satisfactoriamente con los requisitos de sus usuarios y mejorar continuamente su eficacia, para posteriormente gestionar con las áreas correspondientes se proporcionen.	C	
	6.2.1	La organización debe asegurar que el personal que realiza trabajos que afecten la conformidad con los requisitos del producto es competente. El proceso cuenta con perfiles de puestos correspondientes.	C	
	6.2.2.a.e.	La organización debe determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la conformidad con los requisitos del producto (ISO 9001:2008). Se verifican los perfiles de puesto y registros que demuestran la competencia, formación y habilidades del personal operativo del proceso, observándose que en el perfil del coordinador de becas se requiere sea titulado y uno de los tres coordinadores del proceso su registro es de pasante de licenciatura. Sin embargo durante el ejercicio de evaluación demuestra pleno dominio, conocimiento y experiencia en cada una de las actividades que realiza.	C	
	6.4	La Norma ISO 9001:2008 establece que la organización debe gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto. Durante el ejercicio se observa una ventilación e iluminación adecuada, así como espacio de trabajo limpio y confortable. Comenta el titular que se gestiona con las áreas correspondientes todo lo necesario para mantener ese ambiente de trabajo adecuado.	C	
Fecha de Emisión: 8 de septiembre de 2014		Código del documento: FO-SG-AI-04	Versión: 02	Página 10 de 29



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS				
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO	
	7.1 y 7.2.1	La Norma ISO 9001:2008 establece que la organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto. Muestra el responsable de proceso un plan de la calidad donde se especifican elementos de entrada, de realización y resultado de su proceso, así como el documento RCAP-SAR-ASSBE con fecha de emisión 08/09/2014, donde se determinan los requisitos relacionados con el producto, los establecidos por la organización y los legales y reglamentarios.	C	
	7.2.2.	La organización debe revisar los requisitos relacionados con el producto antes de que la organización se comprometa a proporcionar un producto al cliente. Durante la auditoría se observó que los involucrados en los procesos antes de comprometerse a entregar los productos al cliente y durante las etapas del mismo revisan los requisitos especificados.	C	
	7.2.3	La organización debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes. Durante el ejercicio se verificó que se tienen implementados mecanismos de comunicación con los coordinadores de becas de unidad académica por vía telefónica, correo electrónico, oficios, encuestas. Sería recomendable fortalecer los mecanismos de comunicación que den certeza que la información llegue al estudiante en tiempo y forma.	OM	
	7.5.1	La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. El proceso planifica y lleva a cabo la producción y prestación del servicio de acuerdo a su plan de calidad.	C	
	7.5.3	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. A través de un ejercicio en calidad de usuario, se verifica que en cada una de las etapas documentadas en el PE-SAR-ASSBE-01 del proceso se va identificando el producto por fechas, folios, nombres.	C	
	8.2.1	La organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del usuario con respecto al cumplimiento de sus requisitos. Expresa el responsable de proceso que cuentan con un objetivo para medir la satisfacción de usuario cuatrimestral, mostrando como avances de la medición encuestas aplicadas a los usuarios del mes de octubre, las cuales arrojan opiniones de excelente con respecto al servicio que reciben.	C	
	8.2.3 y 8.2.4	La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento y medición a los procesos del SG y a las características del producto para verificar que se cumplen con las características del mismo. Muestran objetivos de calidad del proceso documentados y avances de cumplimiento de la primera etapa del proceso, ya que su periodo de revisión es anual y la implementación de SG se inicia en el mes de septiembre/2014. También se muestra RCAP-SAR-ASSBE con fecha de emisión 08/09/2014 Expresando el personal que mediante los criterios de aceptación para cada etapa del	C	
Fecha de Emisión: 8 de septiembre de 2014		Código del documento: FO-SG-AI-04	Versión: 02	Página 11 de 29



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS			
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
		proceso se va verificando el cumplimiento a las característica del producto.	
	8.4	La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad. El proceso cuenta con formatos para llevar a cabo el análisis de datos.	C
	8.3, 8.5.2, 8.5.3	La organización debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el producto no conforme y un procedimiento documentado que defina los requisitos para identificar las no conformidades y determinar las causas, evaluar la toma de acciones, determinar e implementar la acción y revisar la eficacia de las mismas. El responsable de proceso muestra un procedimiento documentado que define los controles necesarios para el tratamiento del producto no conforme y muestra también un procedimiento documentado de acciones correctivas y preventivas.	C
Solicitud y Prestación de Espacios Físicos	4.2.3	La norma ISO 9001-2008 establece que los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad deben controlarse a través del establecimiento de un procedimiento documentado, muestran evidencia mediante acceso a la plataforma sia.uasnet.mx/sgc de contar con un procedimiento documentado (PG-SG-CDOC-01) versión 13 de fecha 08 de septiembre de 2014.	C
	4.2.4	Los registros establecidos para proporcionar evidencia de la conformidad con los registros así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad deben controlarse, muestran procedimiento documentado (PG-SG-CRE-02) versión 13, así como formato para el control de los registros FO-SG-CRE-01 en su versión 10 ambos de fecha 08 de septiembre de 2014. Se recomienda la incorporación del contrato de arrendamiento en los controles respectivos.	OM
	5.1	La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia: comunicando a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios, estableciendo la política de la calidad, asegurando que se establecen los objetivos de la calidad, llevando a cabo las revisiones por la dirección, y asegurando la disponibilidad de recursos. Se observa dicho compromiso mediante jornadas de sensibilización por parte de la Dirección del Sistema de Gestión de la Calidad, la publicación de la Política y Objetivo de Gestión en lugares visibles así como la elaboración de un folleto para el usuario en el que se detallan los requisitos para la prestación del servicio	C
	5.2	La alta dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y cumplen con el propósito de aumentar	C



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS			
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
		la satisfacción del cliente. El proceso lo determina a través de la tabla de requisitos y criterios de aceptación para el producto RCAP-TAC-SPEF-01 así como encuestas de satisfacción al usuario.	
	5.3	La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad es comunicada y entendida dentro de la organización. El proceso da a conocer la política mediante cursos de sensibilización y publicada en el área de recepción	C
	5.4	La alta dirección debe asegurarse la planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en el apartado 4.1, así como los objetivos de la calidad, y se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios en éste. El proceso lo establece mediante su plan de la calidad, objetivos y documentos soporte del mismo.	C
	5.5	La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización, asimismo debe designar un miembro de la dirección de la organización quien, independientemente de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad y autoridad que incluya: asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad, informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora, y asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización. Las responsabilidades y autoridades se encuentran definidas en manual de gestión, perfiles de puestos y procedimiento específico del proceso, asimismo la alta dirección a designado al titular de la DSGC como representante de la alta dirección para que informe del desempeño del sistema de gestión.	C
	5.6	La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad. Aun cuando es un proceso de nueva creación y con base a lo establecido en el manual de gestión donde establece que se llevaran revisiones anuales, el proceso mostro mediante acceso a la plataforma siia.uasnet.mx/sgc el procedimiento de revisión por la dirección PG-SG-RD-06.	C
	6.1	La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, y aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos. Se pudo constatar que el proceso cuenta con los recursos suficientes para dar cumplimiento a su objetivo de la calidad y buscar su mejora continua.	C



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS			
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
	6.2.1 y 6.2.2	La organización debe determinar la competencia necesaria para el personal que realiza los trabajos que afecten la conformidad con los registros del producto, así como proporcionar formación, evaluar la eficacia de las acciones tomadas y mantener los registros correspondientes, muestran como evidencia perfiles de puesto actualizados así como curriculum del todo el personal involucrado soportados con la evidencia documental correspondiente a cada caso.	C
	6.4	La organización debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto, de acuerdo a la inspección física de los espacios se observa que estos son adecuados así como un ambiente de trabajo armónico para el desempeño de sus funciones.	C
	7.1	La organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto. El resultado de la planificación del proceso se presenta a través del plan de la calidad (PC-TAC-SPEF-01) en su versión 1 del 08 de septiembre de 2014 y este es coherente con los requisitos establecidos.	C
	7.2.1	La organización debe determinar los requisitos especificados por el cliente, los requisitos legales y reglamentarios aplicables y cualquier requisito adicional que considere necesario. Muestran como evidencia la tabla de requisitos y criterios de aceptación del producto (RCAP-TAC-SPEF-01) así como su plan de la calidad (PC-TAC-SPEF-01) ambos en su versión 1 de fecha 08 de septiembre de 2014, sin embargo no contemplan en el apartado de legales y reglamentarios el "Reglamento de planeación, programación, presupuestario, contabilidad, control del ingreso y el gasto universitario" el cual establece los debidos controles para los ingresos generados en el proceso.	O
	7.2.2	La organización debe revisar los requisitos relacionados con el producto antes de que la organización se comprometa a proporcionar un producto al cliente. Durante la auditoria se observó que los involucrados en los procesos antes de comprometerse a entregar los productos al cliente y durante las etapas del mismo revisan los requisitos especificados.	C
	7.2.3	La organización debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con sus clientes. Se han establecido medios de comunicación con el cliente tal y como lo estipula el manual de la calidad entre ellos comunicación vía oficio, correo electrónico y telefónica.	C
	7.5.1	Se debe planificar y llevar a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas. La prestación del servicio se planifica opera y controla de acuerdo a lo establecido en su procedimiento específico (PE-TAC-SPEF-01) así como su plan de la calidad (PC-TAC-SPEF-01) ambos en su versión 1 del 08 de septiembre de 2014, mismos que dan evidencia a lo antes expuesto.	C
	7.5.3	La norma ISO 9001-2008 establece que la organización debe identificar el estado del producto con respecto a los requisitos	C



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS			
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
		de seguimiento y medición a través de toda la realización del producto. Muestran evidencia a través de un caso práctico del desarrollo desde la solicitud del espacio hasta la asignación del mismo.	
	8.2.1	La organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización. Como parte de su objetivo de la calidad (OC-TAC-SPEF-01) versión 1 del 08 de septiembre de 2014, declara que se debe obtener cuando menos un 80% de satisfacción del usuario entre los niveles de bueno y excelente, muestra como evidencia las encuestas realizadas correspondientes al periodo de la revisión, ya que aún no se cumple un cuatrimestre completo, en el que se observa cumplimiento al respecto.	C
	8.2.3, 8.2.4	Se deben aplicar métodos apropiados para el seguimiento y medición del proceso y del producto de conformidad con lo establecido en su objetivo de la calidad. Muestran como evidencia objetivo de la calidad (OC-TAC-SPEF-01) versión 1 del 08 de septiembre de 2014, así como el reporte mensual de efectividad en renta de espacios físicos en torre académica Culiacán correspondiente al mes de septiembre del presente año en el que se observa cumplimiento al objetivo planteado.	C
	8.3	La organización debe asegurarse de que el producto que no sea conforme con los requisitos establecidos se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados, Muestran evidencia mediante acceso a la plataforma siia.uasnet.mx/sgc de contar con un procedimiento para el control del producto no conforme (PG-SG-PNC-03) versión 11 de fecha 08 de septiembre de 2014 y comentan que a la fecha no han generado producto no conforme.	C
	8.4	La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del SGC y evaluar donde puede realizarse la mejora continua. Muestran como evidencia las encuestas realizadas correspondientes al periodo de la revisión, ya que aún no se cumple un cuatrimestre completo.	C
	8.5.2	La organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que estas vuelvan a ocurrir. Muestran como evidencia mediante acceso a la plataforma siia.uasnet.mx/sgc procedimiento para acciones correctivas y preventivas (PG-SG-ACP-05) versión 12 del 08 de septiembre de 2014 y declaran no haber levantado ninguna acción correctiva a la fecha de la revisión.	C
	8.5.3	La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Muestran como evidencia mediante acceso a la plataforma siia.uasnet.mx/sgc procedimiento para acciones correctivas y preventivas (PG-SG-ACP-05) versión 12 del 08 de septiembre de 2014, así como acción preventiva en proceso de fecha 08 de septiembre de 2014.	C



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS			
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
Asignación, Seguimiento y Liberación del Servicio Social	4.2.3	Los documentos del SGC deben controlarse. Para tales efectos, de acuerdo al procedimiento para el control de documentos PG-SG-CDOC-01, la documentación específica del proceso se ha incorporado a la plataforma del sistema de gestión, observando que dicha documentación se ha emitido en su primera versión al 8 de septiembre de 2014.	C
	4.2.4	Los registros establecidos para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del SGC deben controlarse. Se muestra como evidencia el formato de control de registros FO-SGC-CRE-01 y se observa en los sitios la conformidad con el mismo.	C
	5.1	La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del SGC. La alta dirección declara su compromiso con el desarrollo e implementación del SG, así como la mejora continua de su eficacia, comunicando al personal que forma parte de su proceso, la importancia de satisfacer los requisitos del cliente, legales y reglamentarios aplicables, estableciendo la política de gestión y los objetivos de la calidad, llevando a cabo el seguimiento y medición del proceso y asegurando la disponibilidad de los recursos.	C
	5.2	La alta dirección debe asegurarse que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente. Éstos están documentados y los cumplen, asimismo se lleva a cabo la retroalimentación con el cliente a través de la aplicación de encuestas tal como se muestra en la unidad académica de Trabajo Social Mazatlán.	C
	5.3	La alta dirección asume el compromiso de asegurar que la política sea conocida, entendida, implementada y mantenida. Para hacer del conocimiento del personal se utilizan mecanismos como: sesiones de sensibilización y/o capacitación del personal, publicación de la política y el objetivo, a través de diversos medios, tales como el Manual de Gestión y carteles colocados en puntos estratégicos, tal como se muestra en la Coordinación de Servicio Social de la Unidad Regional Sur y la Dirección General de Servicio Social.	C
	5.4	La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquellos para cumplir con los requisitos del producto se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización. La DGSS ha establecido e implementado tres objetivos de calidad del proceso en el documento OC-DGSS-ASLSS-01, mismo que se encuentran referenciados en el plan de la calidad PC-DGSS-ASLSS-01, dando cuenta de la eficaz planificación, operación y control del proceso.	C
	5.5	La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización. La DGSS ha definido las responsabilidades y autoridades en los niveles pertinentes mediante los perfiles de puestos, procedimientos específicos documentados.	C



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS				
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO	
	5.6	La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. Para estos efectos el SG cuenta con el procedimiento para la Revisión por la Dirección PG-SG-RD-06 en versión 12 recientemente actualizado al 8 de septiembre de 2014.	C	
	6.1	La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para implementar y mantener el SGC y mejorar continuamente su eficacia, y aumentar la satisfacción del cliente. El plan de calidad PC-DGSS-ASLSS-01 definen los recursos necesarios para el adecuado funcionamiento del sistema de gestión; durante la evaluación a la DGSS se observó la entrega de equipos de cómputo a la Subdirección de Servicio Social de la Unidad Regional Centro Norte.	C	
	6.2.1	El personal que realice trabajos que afecten a la conformidad con los requisitos del producto debe ser competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas. La DGSS ha determinado a través de sus 5 perfiles de puestos las competencias con base en la descripción de educación, formación, habilidades y experiencias apropiadas para realizar tareas que afecten la conformidad con los requisitos del producto, sin embargo	C	
	6.2.2	La organización debe mantener los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia. Durante la revisión en la Dirección General de Servicio Social y Facultad de Medicina se detectó inconsistencia de los documentos comprobatorios de la competencia del personal de "Coordinación de Servicio Social de Unidades Académicas" conforme el perfil de puesto PP-DGSS-ASLSS-05.	O	
	6.4	La organización debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto. Durante la revisión se observó que los sitios auditados cuentan con iluminación y ventilación adecuada, se encuentran libres de humedad y espacios aseados.	C	
	7.1	La organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto. Se muestra como evidencia el plan de calidad PC-DGSS-ASLSS-01 versión 01 con fecha de emisión del 8 de septiembre de 2014. Así mismo la Subdirección de Servicio Social de la Unidad Regional Sur mostró cronogramas de actividades de DGSS y el cronograma de actividades particular.	C	
	7.2.1	La organización debe determinar los requisitos especificados por el cliente, los no establecidos por ellos pero necesarios para el uso especificado, los requisitos legales y reglamentarios aplicables y otros adicionales que la organización considere necesario. Para tales efectos los sitios auditados mostraron el documento Requisitos y Criterios de Aceptación del Producto RCAP-DGSS-ASLSS-01 Versión 1 con fecha de emisión del 8 de septiembre de 2014.	C	
	7.2.2.	La organización debe revisar los requisitos relacionados con el producto. Esta revisión debe efectuarse antes de que la	C	
Fecha de Emisión: 8 de septiembre de 2014		Código del documento: FO-SG-AI-04	Versión: 02	Página 17 de 29



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS				
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO	
		organización se comprometa a proporcionar un producto al cliente. Durante la auditoria se observó que los involucrados en los procesos antes de comprometerse a entregar los productos al cliente y durante las etapas del mismo revisan los requisitos especificados.		
	7.2.3	La organización debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes. Los mecanismos determinados en el Manual de Gestión para mantener una comunicación eficaz con los clientes con relación a la información sobre el producto, consultas, retroalimentación y quejas se realiza mediante encuestas de satisfacción a usuarios y buzón de quejas y sugerencias. Durante la revisión se observó en los sitios auditados la publicación de convocatorias en el portal web de la DGSS, posters, oficios, correos electrónicos, redes sociales y en la Unidad de Trabajo Social Mazatlán la aplicación de encuestas de satisfacción	C	
	7.5.1	La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Durante la auditoria se observó el documento plan de la calidad PC-DGSS-ASLSS-01 y procedimiento específico PE-DGSS-ASLSS-01 Versiones 01 con fecha del 8 de septiembre de 2014 que establece dichas condiciones, así mismo, se detecta que la carta de liberación de servicio social desde la impresión hasta su entrega al brigadista, es trasladada en repetidas ocasiones a las áreas que intervienen para cubrir los requisitos de firmas, generando con ello un riesgo constante por daño, robo o extravió, por lo anterior mencionado se recomienda implementar acciones que contribuyan a prevenir dichos riegos, repercutiendo en los tiempos de entrega al brigadista.	OM	
	7.5.3	Cuando sea apropiado, la organización debe identificar el producto por medios adecuados, a través de toda la realización del producto. El proceso identifica los productos a través de folios durante las etapas del proceso, se mostró el módulo de monitoreo del Subsistema Automatizado de Servicio Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa (SASS-UAS), donde se muestra el estado en cada una de las etapas del proceso, como: el padrón de alumnos/egresados, pre-registro, la realización del curso de inducción, la asignación, los registros de aceptados, credencialización, seguimiento y control, informe final y liberación de la carta de servicio social.	C	
	7.5.4	La organización debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la organización o estén siendo utilizados por la misma. Durante la auditoria se observó que los documentos que son propiedad del cliente informe final del proyecto de servicio social en CD y recibos de pagos de constancias se resguardan en archiveros en las instalaciones protegiéndolos de alteraciones, daño o pérdida.	C	
	8.2.1	Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte	C	
Fecha de Emisión: 8 de septiembre de 2014		Código del documento: FO-SG-AI-04	Versión: 02	Página 18 de 29



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS			
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
		de la organización. Para tales efectos los sitios auditados muestran encuesta de satisfacción a usuarios (FO-DGSS-ASLSS-12) y su aplicación en la unidad académica de Trabajo Social Mazatlán.	
	8.2.3	La organización debe establecer métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable la medición de los procesos del SGC. Estos métodos deben demostrar la capacidad del proceso para alcanzar los resultados planificados. Durante la evaluación se mostró el documento objetivo de la calidad OC-DGSS-ASLSS-01 Versión 1 del 8 de Septiembre de 2014 estableciendo la frecuencia de su medición, sin embargo, en las evaluaciones en las unidades académicas: Facultad de Derecho y Ciencias Políticas Mochis, Facultad de Ciencias Económicas Administrativas y Tecnológicas y Facultad de Trabajo Social Mazatlán no se mostró la evidencia de cumplimiento del objetivo de calidad no. 2 correspondiente al mes de septiembre de 2014.	NC
	8.2.4	La organización debe hacer el seguimiento y medir las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo. Esto debe realizarse en las etapas apropiadas del proceso de realización del producto de acuerdo con las disposiciones planificadas (véase 7.1). Se debe mantener evidencia de la Conformidad con los criterios de aceptación. Se mostró el registro del producto y este se apega a lo estipulado en la tabla de requisitos y criterios de aceptación del producto (RCAP-DGSS-ASLSS-01).	C
	8.3	La organización debe asegurarse de que el producto que no sea conforme con los requisitos del producto, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados. El proceso no ha presentado producto no conforme.	C
	8.4	La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del SGC y para evaluar donde puede realizarse la mejora continua de la eficacia; se muestra como evidencias encuestas.	C
	8.5.2	La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales. Se tiene un procedimiento general (PG-SG-ACP-05) y formato para su registro (FO-SG-ACP-01), sin embargo a la fecha no se han presentado acciones de este tipo.	C
	8.5.3	La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales. Se tiene un procedimiento general (PG-SG-ACP-05) y formato para su registro (FO-SG-ACP-01), sin embargo a la fecha no se han presentado acciones de este tipo.	C
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL			



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS			
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
Solicitud de Sangre Hemocomponentes y Selección de Donadores	4.1	La organización debe establecer, documentar, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión ambiental de acuerdo con los requisitos de esta norma internacional, y determinar cómo cumplirá estos requisitos. La UAS ha integrado y documentado a su sistema de calidad ISO 9001 el sistema de administración ambiental ISO 14001:2004; durante la revisión se mostró Manual de Gestión y procedimientos generales, así como la documentación específica de acuerdo a la norma de referencia.	C
	4.2	La alta dirección debe definir la política ambiental de la organización y asegurarse de que, dentro del alcance definido de su sistema de gestión ambiental es apropiada para la organización y debe comunicar la política ambiental a todas las personas que trabajan para o en nombre de la organización y mantenerla disponible al público. La institución ha documentado e integrado las características ambientales necesarias para constituir la política ambiental que define su compromiso con la prevención de la contaminación y el cumplimiento de requisitos legales aplicables con sus aspectos ambientales (PO-UAS-SG-01). Durante la revisión se pudo observar que la política ambiental se ha colocado en lugares estratégicos de las áreas que integran el alcance del sistema de gestión, además de estar en la página web de la DSGC UAS. Sería recomendable realizar una intensa difusión de la política de gestión que permita coadyuvar a su cumplimiento e incremento del alcance del sistema ambiental.	OM
	4.3.1	La organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para identificar los aspectos ambientales y determinar aquellos que pueden ser significativos sobre el medio ambiente. Durante la revisión se verificó que la UAS cuenta con procedimiento para la identificación y evaluación de aspectos ambientales (PG-SG-IEAA-07), así como el formato de matriz de identificación y evaluación de impactos y aspectos ambientales (FO-SGI-IEAA-01), en el cual identificaron como AAS la generación de residuos peligrosos y la generación de residuos peligrosos CRETl y RPBl (Elemento suelo de medio ambiente).	C
	4.3.2	La organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para identificar y tener acceso a los requisitos legales aplicables y otros requisitos que la organización suscriba relacionados con sus aspectos ambientales; y determinar cómo se aplican estos requisitos a sus aspectos ambientales. Se cuenta con un procedimiento documentado de identificación y evaluación de requisitos legales (PG-SG-IERL-08) y se determinaron en la matriz de identificación y evaluación de impactos y aspectos ambientales (FO-SGI-IEAA-01), sin embargo durante la revisión se detectaron algunas disposiciones legales que no fueron identificadas como la Ley general del equilibrio ecológico y la protección al medio ambiente y la Ley General para la prevención y gestión integral de residuos.	O



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS			
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
	4.3.3	La organización debe establecer, implementar y mantener objetivos y metas ambientales documentados, en los niveles y funciones pertinentes dentro de la organización. Está documentado un objetivo general (OB-UAS-SG-01), y un objetivo particular (OB-CIDOCS-SRERE-01), los cuales son coherentes con la política ambiental, así como una meta ambiental sobre el control de residuos peligrosos, también existe el programa de administración ambiental (FO-SG-IERL-01) que contiene programación de actividades, responsables, medios y plazos para lograrlas. Se recomienda al proceso revisar la meta establecida de controlar el 20% de las corrientes residuales generadas en el área de residuos peligrosos CRETI y RPBI, para asegurar su comprensión y el debido seguimiento del desempeño.	OM
	4.4.1	La dirección debe asegurarse de la disponibilidad de recursos esenciales para establecer, implementar, mantener y mejorar el sistema de gestión ambiental. La provisión de recursos se encuentra identificada en la cláusula 6.1 del manual de gestión. En el área de Banco de Sangre disponen de los recursos necesarios para desarrollar las actividades. Las funciones, responsabilidades y autoridad del personal se encuentran descritas en los procedimientos documentados. PE-CIDOCS-SRERE/SBS-03, PE-CIDOCS-SRERE/SBS-04, PE-CIDOCS-SRERE/SBS-05.	C
	4.4.2	La organización debe asegurarse de que cualquier persona que realice tareas para ella o en su nombre, que potencialmente pueda causar uno o varios impactos ambientales significativos identificados por la organización, sea competente. En el área de Banco de Sangre, se mostraron registros de la competencia del personal Ejemplo: Ávila García Yanisse Lizeth, médico en turno, también se han identificado y programado necesidades de capacitación en el programa de administración integral para 2015 en el uso y manejo de recipientes sujetos a presión.	C
	4.4.3	En relación con sus aspectos ambientales y su sistema de gestión ambiental, la organización debe establecerla comunicación interna entre los diversos niveles y funciones de la organización. Durante la entrevista el personal del Banco de sangre citó el manual de gestión en el punto 5.5.3 y menciona que la comunicación interna se realiza de acuerdo a dicho precepto ejemplo reuniones.	C
	4.4.4	La documentación del sistema de gestión ambiental debe incluir: Política, objetivos, metas, documentos, así como la descripción de su alcance. Durante la revisión en el área de banco de sangre mostraron los documentos: Política de Gestión (PO-SG-UAS-01), Manual de Gestión donde se menciona el alcance del Sistema de gestión ambiental (MG-UAS-SG-01), Objetivos y metas (OB-UAS-SG-01), Procedimientos documentados: PG-SG-CDOC-01, PG-SG-CRE-02, PG-SG-ACP-05, PG-SG-IEAA-07, PG-SG-IERL-08. Control operacional PE-CIDOCS-SRERE/SBS-03, PE-	C



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS				
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO	
		CIDOCS-SRERE/SBS-04, PE-CIDOCS-SRERE/SBS-05. Así como sus Registros necesarios para la operación.		
	4.4.5	Los documentos requeridos por el sistema de administración ambiental y por esta norma internacional deben estar controlados con la debida aprobación, revisión, actualización, identificación de cambios, y uso de versiones pertinentes, así como el aseguramiento de que permanezcan legibles e identificables, los de uso externo y prevenir el uso de documentos obsoletos. Se cuenta con un procedimiento documentado de Control de Documentos (PG-SG-CDOC-01) durante la revisión se pudo verificar el uso y aplicación de la plataforma de la DSGC.	C	
	4.4.6	La organización debe identificar y planificar aquellas operaciones que están asociadas con los aspectos ambientales significativos identificados con el establecimiento, implementación y mantenimiento de uno o varios procedimientos para controlar situaciones de desviación de la política, objetivos y metas, así como de criterios operacionales. El área de Banco de Sangre muestra un procedimiento para el manejo de residuos peligrosos PE-CIDOCS-SRERE/SBS-04, con el cual controlan los aspectos ambientales significativos. También están documentados los procedimientos de residuos urbanos PE-CIDOCS-SRERE/SBS-05 y Procedimiento para el manejo de sustancias químicas peligrosas. PE-CIDOCS-SRERE/SBS-03. La comunicación del procedimiento PE-CIDOCS-SRERE/SBS-04, se realizó en capacitación a personal de CIDOCS y Hospital Civil.	C	
	4.4.7	La organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para identificar situaciones potenciales de emergencia. Se cuenta con un plan de contingencias para dar respuesta ante emergencia, PE-CIDOCS-SRERE/SBS-06, el plan está avalado por la autoridad competente, se tiene documentada acción preventiva 139/SGC-09/14, para realizar simulacros y pruebas periódicas.	C	
	4.5.1	La organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para hacer el seguimiento y medir de forma regular las características fundamentales de sus operaciones que pueden tener un impacto significativo en el medio ambiente. Debido al reciente inicio de controles operacionales, el área de Banco de Sangre mostró registro de seguimiento en el registro de bitácora de residuos peligrosos y sitios contaminados que contenía los datos de residuos no anatómicos del día 20 al 30 de octubre del 2014.	C	
	4.5.2.	En coherencia con su compromiso de cumplimiento, la organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para evaluar periódicamente el cumplimiento de los requisitos legales aplicables. Debido al inicio del sistema de administración ambiental la institución no ha realizado evaluaciones periódicas del cumplimiento de requisitos legales, pero si mostro evidencia de matriz de identificación de requisitos legales.	C	
Fecha de Emisión: 8 de septiembre de 2014		Código del documento: FO-SG-AI-04	Versión: 02	Página 22 de 29



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS			
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
	4.5.3	La organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para tratar las no conformidades reales y potenciales y tomar acciones correctivas y acciones preventivas. Se cuenta con un procedimiento documentado de acciones correctivas y preventivas, El área de Banco de Sangre tienen identificadas acciones preventivas con folios 133/SGC/09/14, 134/SGC/09/14, 135/SGC/09/14, 136/SGC/09/14, 137/SGC/09/14, 138/SGC/09/14, 139/SGC/09/14.	C
	4.5.4	La organización debe establecer y mantener los registros que sean necesarios, para demostrar la conformidad con su sistema de administración ambiental y demostrar los resultados logrados. Durante la revisión se mostraron los registros correspondientes al procedimiento documentado de control de registros. PG-SG-CRE-02.	C
	4.5.5	La organización debe asegurarse de que las auditorías internas del sistema de administración ambiental se realizan a intervalos planificados. Se tiene un procedimiento documentado de auditorías internas, PG-SG-AI-06 también se tiene un programa de auditorías FO-SGC-AI-01, debido al inicio del sistema de gestión ambiental no existen registros de auditorías internas realizadas con anterioridad a la presente revisión. Así mismo se formaron 5 auditores internos como auditor principal en ISO 14001:2004, fortaleciendo la especialización y competencias del equipo auditor.	C
	4.6	La alta dirección debe revisar el sistema de administración ambiental de la organización, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua. Se tiene documentado un procedimiento de revisión por la dirección. PG-SG-RD-05. No se cuenta con registros de revisiones anteriores debido al inicio del sistema de administración ambiental.	C
Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos	4.1	La organización debe establecer, documentar, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión ambiental de acuerdo con los requisitos de esta norma internacional, y determinar cómo cumplirá estos requisitos. La UAS ha integrado y documentado a su sistema de calidad ISO 9001 el sistema de administración ambiental ISO 14001:2004; durante la revisión se mostró Manual de Gestión y procedimientos generales, así como la documentación específica de acuerdo a la norma de referencia.	C
	4.2	La alta dirección debe definir la política ambiental de la organización y asegurarse de que, dentro del alcance definido de su sistema de gestión ambiental es apropiada para la organización y debe comunicar la política ambiental a todas las personas que trabajan para o en nombre de la organización y mantenerla disponible al público. La institución ha documentado e integrado las características ambientales necesarias para constituir la política ambiental que define su compromiso con la prevención de la contaminación y el	OM



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS				
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO	
		<p>cumplimiento de requisitos legales aplicables con sus aspectos ambientales (PO-UAS-SG-01). Durante la revisión se pudo observar que la política ambiental se ha colocado en lugares estratégicos de las áreas que integran el alcance del sistema de gestión, además de estar en la página web de la DSGC UAS. Sería recomendable realizar una intensa difusión de la política de gestión que permita coadyuvar a su cumplimiento e incremento del alcance del sistema ambiental.</p>		
	4.3.1	<p>La organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para identificar los aspectos ambientales y determinar aquellos que pueden ser significativos sobre el medio ambiente. Durante la revisión se verificó que la UAS cuenta con procedimiento para la identificación y evaluación de aspectos ambientales (PG-SG-IEAA-07), así como el formato de matriz de identificación y evaluación de impactos y aspectos ambientales (FO-SGI-IEAA-01), en el cual identificaron como AAS la generación de residuos peligrosos y la generación de residuos peligrosos CRETI y RPBI (Elemento suelo de medio ambiente).</p>	C	
	4.3.2	<p>La organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para identificar y tener acceso a los requisitos legales aplicables y otros requisitos que la organización suscriba relacionados con sus aspectos ambientales; y determinar cómo se aplican estos requisitos a sus aspectos ambientales. Se cuenta con un procedimiento documentado de identificación y evaluación de requisitos legales (PG-SG-IERL-08) y se determinaron en la matriz de identificación y evaluación de impactos y aspectos ambientales (FO-SGI-IEAA-01), sin embargo durante la revisión se detectaron algunas disposiciones legales que no fueron identificadas como la Ley general del equilibrio ecológico y la protección al medio ambiente y la Ley General para la prevención y gestión integral de residuos.</p>	O	
	4.3.3	<p>La organización debe establecer, implementar y mantener objetivos y metas ambientales documentados, en los niveles y funciones pertinentes dentro de la organización. Está documentado un objetivo general (OB-UAS-SG-01), y un objetivo particular (OB-CIDOCS-SRERE-01), los cuales son coherentes con la política ambiental, así como una meta ambiental sobre el control de residuos peligrosos, también existe el programa de administración ambiental (FO-SG-IERL-01) que contiene programación de actividades, responsables, medios y plazos para lograrlas. Se recomienda al proceso revisar la meta establecida de controlar el 20% de las corrientes residuales generadas en el área de residuos peligrosos CRETI y RPBI, para asegurar su comprensión y el debido seguimiento del desempeño.</p>	OM	
	4.4.1	<p>La dirección debe asegurarse de la disponibilidad de recursos esenciales para establecer, implementar, mantener y mejorar el sistema de gestión ambiental. La provisión de recursos se encuentra identificada en la cláusula 6.1 del manual de gestión.</p>	C	
Fecha de Emisión: 8 de septiembre de 2014		Código del documento: FO-SG-AI-04	Versión: 02	Página 24 de 29



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS				
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO	
		En el área de Laboratorio disponen de los recursos necesarios para desarrollar las actividades. Las funciones, responsabilidades y autoridad del personal se encuentran descritas en los procedimientos documentados. PE-CIDOCS-SRERE/SBS-03, PE-CIDOCS-SRERE/SBS-04, PE-CIDOCS-SRERE/SBS-05.		
	4.4.2	La organización debe asegurarse de que cualquier persona que realice tareas para ella o en su nombre, que potencialmente pueda causar uno o varios impactos ambientales significativos identificados por la organización, sea competente. En el área de Laboratorio, se mostraron registros de la competencia del personal Ejem. Leticia Arce Gutiérrez y Martha Loreto Olivas Ortega, con funciones como química en laboratorio e intendente respectivamente, quienes mostraron compromiso y formación apropiada durante la entrevista. También se han identificado y programado necesidades de capacitación en el programa de administración integral para 2015 en el uso y manejo de recipientes sujetos a presión.	C	
	4.4.3	En relación con sus aspectos ambientales y su sistema de gestión ambiental, la organización debe establecerla comunicación interna entre los diversos niveles y funciones de la organización. Durante la entrevista el personal del laboratorio citó el manual de gestión en el punto 5.5.3 y menciona que la comunicación interna se realiza de acuerdo a dicho precepto Ejem. Reuniones	C	
	4.4.4	La documentación del sistema de gestión ambiental debe incluir: Política, objetivos, metas, documentos, así como la descripción de su alcance. Durante la revisión en el área de laboratorio mostraron los documentos: Política de Gestión (PO-SG-UAS-01), Manual de Gestión donde se menciona el alcance del Sistema de gestión ambiental (MG-UAS-SG-01), Objetivos y metas (OB-UAS-SG-01), Procedimientos documentados: PG-SG-CDOC-01, PG-SG-CRE-02, PG-SG-ACP-05, PG-SG-IEAA-07, PG-SG-IERL-08, Control operacional PE-CIDOCS-SRERE/SBS-03, PE-CIDOCS-SRERE/SBS-04, PE-CIDOCS-SRERE/SBS-05. Así como sus Registros necesarios para la operación.	C	
	4.4.5	Los documentos requeridos por el sistema de administración ambiental y por esta norma internacional deben estar controlados con la debida aprobación, revisión, actualización, identificación de cambios, y uso de versiones pertinentes, así como el aseguramiento de que permanezcan legibles e identificables, los de uso externo y prevenir el uso de documentos obsoletos. Se cuenta con un procedimiento documentado de Control de Documentos (PG-SG-CDOC-01) durante la revisión se pudo verificar el uso y aplicación de la plataforma de la DSGC.	C	
	4.4.6	La organización debe identificar y planificar aquellas operaciones que están asociadas con los aspectos ambientales significativos identificados con el establecimiento, implementación y mantenimiento de uno o varios	C	
Fecha de Emisión: 8 de septiembre de 2014		Código del documento: FO-SG-AI-04	Versión: 02	Página 25 de 29



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS				
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO	
		procedimientos para controlar situaciones de desviación de la política, objetivos y metas, así como de criterios operacionales. El área de Laboratorio se muestra un procedimiento para el manejo de residuos peligrosos PE-CIDOCS-SRERE/SBS-04, con el cual controlan los aspectos ambientales significativos. También están documentados los procedimientos de residuos urbanos PE-CIDOCS-SRERE/SBS-05 y Procedimiento para el manejo de sustancias químicas peligrosas PE-CIDOCS-SRERE/SBS-03. La comunicación del procedimiento PE-CIDOCS-SRERE/SBS-04, se realizó en capacitación a personal de CIDOCS y Hospital Civil.		
	4.4.7	La organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para identificar situaciones potenciales de emergencia. Se cuenta con un plan de contingencias para dar respuesta ante emergencia, PE-CIDOCS-SRERE/SBS-06, el plan está avalado por la autoridad competente, se tiene documentada acción preventiva 139/SGC-09/14, para realizar simulacros y pruebas periódicas. También durante la revisión se pudo observar que el personal usa el equipo apropiado para desarrollar su función como son: guantes, cubre bocas, lentes.	C	
	4.5.1	La organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para hacer el seguimiento y medir de forma regular las características fundamentales de sus operaciones que pueden tener un impacto significativo en el medio ambiente. Debido al reciente inicio de controles operacionales, el área de Laboratorio mostró registro de seguimiento en el registro de bitácora de residuos peligrosos y sitios contaminados que contenía los datos de residuos no anatómicos y punzocortantes del mes de septiembre y octubre de 2014.	C	
	4.5.2.	En coherencia con su compromiso de cumplimiento, la organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para evaluar periódicamente el cumplimiento de los requisitos legales aplicables. Debido al inicio del sistema de administración ambiental la institución no ha realizado evaluaciones periódicas del cumplimiento de requisitos legales, pero si mostro evidencia de matriz de identificación de requisitos legales.	C	
	4.5.3	La organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para tratar las no conformidades reales y potenciales y tomar acciones correctivas y acciones preventivas. Se cuenta con un procedimiento documentado de acciones correctivas y preventivas, El área de Laboratorio tienen identificadas acciones preventivas con folios 133/SGC/09/14, 134/SGC/09/14, 135/SGC/09/14, 136/SGC/09/14, 137/SGC/09/14, 138/SGC/09/14, 139/SGC/09/14.	C	
	4.5.4	La organización debe establecer y mantener los registros que sean necesarios, para demostrar la conformidad con su sistema de administración ambiental y demostrar los resultados logrados. Durante la revisión se mostraron los registros	C	
Fecha de Emisión: 8 de septiembre de 2014		Código del documento: FO-SG-AI-04	Versión: 02	Página 26 de 29



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS			
PROCESO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
		correspondientes al procedimiento documentado de control de registros. PG-SG-CRE-02.	
	4.5.5	La organización debe asegurarse de que las auditorías internas del sistema de administración ambiental se realizan a intervalos planificados. Se tiene un procedimiento documentado de auditorías internas, PG-SG-AI-06 también se tiene un programa de auditorías FO-SGC-AI-01, debido al inicio del sistema de gestión ambiental no existen registros de auditorías internas realizadas con anterioridad a la presente revisión. Así mismo se formaron 5 auditores internos como auditor principal en ISO 14001:2004, fortaleciendo la especialización y competencias del equipo auditor.	C
	4.6	La alta dirección debe revisar el sistema de administración ambiental de la organización, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua. Se tiene documentado un procedimiento de revisión por la dirección. PG-SG-RD-05. No se cuenta con registros de revisiones anteriores debido al inicio del sistema de administración ambiental.	C

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS	
ASPECTOS DESTACABLES	<p>La transición de la política de la calidad a la política de gestión integral de la Universidad resulta benéfico al permanecer los elementos relacionados con la gestión de la calidad además de incluir elementos relacionados con la gestión ambiental y la responsabilidad social cumpliendo de este manera con dos aspectos estratégicos contenidos en el Plan de Desarrollo Institucional Consolidación 2017 de la actual administración del C. Rector Dr. Juan Eulogio Guerra Liera.</p> <p>La ampliación de 4 procesos al alcance del Sistema de Gestión de la Calidad transitando de 33 a 37 procesos, de los cuales: los procesos de: "Atención y Seguimiento de la Solicitud de Beca a la Comunidad Estudiantil Universitaria" y "Solicitud y Asignación de Equipo de Cómputo y Espacios Físicos" se suman a los procesos de apoyo académico orientados a mejorar la calidad y eficiencia de las funciones sustantivas de la institución que benefician directamente a estudiantes y académicos. En tanto que los procesos de "Asignación, Seguimiento y Liberación del Servicio Social" y "Solicitud y Prestación de Espacios Físicos" se suman a los procesos sustantivos relacionados con la extensión al vincular a la institución con su entorno y extender a la comunidad los beneficios de la cultura, mediante la difusión, divulgación y promoción del conocimiento científico, tecnológico, artístico y humanístico; así como mediante la prestación de servicios no educativos</p> <p>La relevancia el proceso de "Solicitud Asignación, Seguimiento y Liberación del Servicio Social" por su modalidad multisitio permeando en todo el estado en 42 unidades académicas y 4 unidades administrativas.</p> <p>Así mismo, se desataca la incorporación de la Norma ISO 14001: 2004 en el Sistema de Gestión Universitario con la integración de los primeros 2 procesos con perspectiva ambiental y sustentable en el Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, que permitan comprender la interrelación vital entre la calidad y el medio ambiente.</p>



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS	
	<p>Contribuyendo significativamente a la política de consolidación del sistema de gestión de la calidad contenida en el eje estratégico 4: Gestión y Administración Colegiada e Incluyente y al eje estratégico 6: Educación Ambiental y Desarrollo Sustentable del Plan de Desarrollo Institucional Consolidación 2017.</p> <p>La Secretaría Administrativa de Rectoría en coordinación con la Dirección de Servicios Escolares y las unidades académicas, han integrado la matrícula universitaria a la plataforma del Sistema Único de Becas de Educación Superior (SUBES) de la Secretaría de Educación Pública (SEP), beneficiando a la comunidad estudiantil universitaria en el acceso a la información y la oportunidad en la gestión de los apoyos de becas convocadas por la SEP.</p> <p>El uso de la plataforma para el control documental del Sistema de Gestión, que permite una difusión expedita de la información y la optimización de recursos al omitir el uso de papel.</p> <p>El liderazgo por parte del Titular de la Dirección de Servicio Social y la Subdirección de la Unidad Regional Norte y el buen desempeño con que se realiza su planeación para el proceso de Asignación, Seguimiento y Liberación del Servicio Social.</p> <p>La inclusión de la normatividad aplicable vinculada a los aspectos ambientales en los procesos de CIDOCS.</p> <p>Se destaca la participación y compromiso del personal operativo y de intendencia del CIDOCS con el sistema de administración ambiental.</p>
FORTALEZAS	<p>La revisión y actualización de la Política, Objetivo y Manual de Gestión, así como la demás documentación para la planificación, operación y control de los procesos del Sistema de Gestión.</p> <p>El compromiso mostrado por el equipo directivo de las Unidades Organizacionales que integran el Sistema de Gestión, así como la participación entusiasta de responsables de procesos, operativos y personal de intendencia de los sitios auditados.</p> <p>El fortalecimiento del ordenamiento interno y marco jurídico de los procesos, tal es el caso de la Dirección General de Servicio Social con reciente actualización por el Consejo de Universitario del "Reglamento de Servicio Social".</p> <p>Es una fortaleza la madurez del Sistema de Gestión de Calidad que favorece y facilita el inicio de un sistema de administración ambiental en norma 14001:2004</p> <p>Formación y especialización de 5 auditores internos como auditor principal en ISO 14001:2004, consolidando la especialización del equipo auditor.</p>
DEBILIDADES	<p>El esquema de trabajo mostrado y plasmado en la matriz de interacción de procesos, advierte que existen procesos certificados en todas las funciones que atiende la UAS con excepción de las funciones de docencia e investigación.</p> <p>Se puede mejorar el manejo y conocimiento de los documentos que conforman el sistema de gestión y las normas ISO.</p> <p>Se podría revisar el tipo de relación laboral del personal del CIDOCS involucrado en los procesos con la institución.</p>
CONCLUSIONES	<p>La auditoría se realizó de acuerdo a lo establecido en el Plan de Auditoría No.16 y se cumplió con el objetivo y los criterios de la misma.</p> <p>Durante la auditoría no se presentaron incidentes y los trabajos se llevaron en un ambiente de armonía y de colaboración.</p> <p>A pesar de las actividades diarias del equipo de auditores internos de calidad en cada una de sus unidades organizacionales agradecemos su esfuerzo para la realización de este ejercicio.</p> <p>En términos numéricos se auditaron 6 procesos en total 14 de unidades organizacionales, de las cuales 8 son unidades administrativas y 6 unidades académicas. Toda esta evaluación fuera realizada en las 4 unidades regionales por</p>



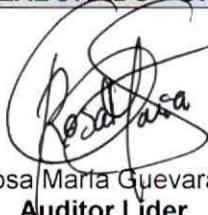

Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS	
	<p>un total de 10 miembros del equipo auditor: 1 representante de la alta dirección del SGC y gestor del programa de auditoría, 1 auditor líder, 9 auditores internos y la colaboración de 2 expertos técnicos, la Dra. Karla Elizabeth Mariscal Ureta y el Dr. Miguel Ángel Chávez González</p>
	<p>Se informa que no se detectaron hallazgos observaciones y/o no conformidades en más de cinco procesos por lo que no se procederá a levantar acciones correctivas a nivel sistema de acuerdo con la política 15 del Procedimiento para Auditorías Internas. Derivado de lo anterior se concluye que se detectaron:</p> <ul style="list-style-type: none">2 No conformidades,4 Observaciones y7 Oportunidades de Mejora
	<p>Para el caso de las observaciones y no conformidades anteriormente citados se procederá al levantamiento de acciones correctivas a nivel proceso en un plazo no mayor a cinco días hábiles de haber recibido el informe de auditoría interna de acuerdo a la política 22 del Procedimiento para Auditorías Internas y en el caso de las oportunidades de mejora se solicita considerarlas como elementos de entrada para la Revisión por la Dirección, analizarlas y en su caso incorporarlas al Plan de Mejora del Ejercicio 2015.</p>
	<p>Se agradece la disponibilidad y amabilidad de los Titulares de Unidades Organizacionales, así como de sus colaboradores, responsables y operativos de los procesos, que nos permitieron el desarrollo adecuado de esta revisión.</p>

FECHA DE ELABORACIÓN:	30 de Octubre de 2014
------------------------------	-----------------------

ELABORADO POR:	AUTORIZADO POR:
 LCP. Rosa María Guevara Salido Auditor Líder	 LCP. Omar Armando Beltrán Zazueta Representante de la Alta Dirección