

Reporte de Auditoría No: QE - 46403 - 2/12 - S

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Contacto: Paulina Martinez

Teléfono: 52 999 9231495

Norma(s): ISO 9001:2008

Duración: 3.0 día(s) auditor

Fecha de reporte: 10/01/2015

Fechas de auditoría: 09/29/2015 - 10/01/2015

Código(s) IAF/NACE: 35/74.1 35/74.8

Número total de empleados verificados en sitio: 121

Miembro (s) del Equipo Auditor Aimée Avila Delgado - Auditor Líder,

Alcance de Certificación: *Provisión y gestión de servicios escolares y servicio social, selección de aspirantes, provisión de servicios financieros, materiales y humanos.*
Provision and management of school services and social service, applicant's selection, and provision of financial, material and human resources services.

Recomendación del Equipo Auditor:						
Fase II/ Extensión de Alcance / Transferencia: <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Abierto						
Vigilancias: <input type="checkbox"/> Continúa <input checked="" type="checkbox"/> Continúa sujeto a Acciones Correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación						
Renovación: <input type="checkbox"/> Re-Aprobado <input type="checkbox"/> Re-Aprobado sujeto a Acciones Correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación						

Resultados de Auditoría:	Número Total de No conformidades:	1	No. de N/C's Mayores:	0	No. de N/C's Menores:	1
---------------------------------	-----------------------------------	---	-----------------------	---	-----------------------	---

Únicamente para Auditorías de Vigilancia y Re-Certificación	Si	No
¿Existen no conformidades repetitivas/repetidas de auditoría(s) previas?		X
¿Existen cambios o recomendaciones de cambios que afecten el Alcance de Certificación? (en caso afirmativo, completar la sección de cambios de la página 2)		X

Auditoría de Seguimiento (Follow-Up)	Duración Recomendada:	Fechas Tentativas:
<input type="checkbox"/> Se recomienda Auditoría de Seguimiento en Sitio		
<input type="checkbox"/> Se recomienda Auditoría de Seguimiento fuera de Sitio	Proveer la justificación para realizar la auditoría de seguimiento fuera de Sitio	
<input checked="" type="checkbox"/> No se requiere auditoría de seguimiento		

Cuando una no conformidad mayor es identificada se requiere una Auditoría de Seguimiento (en sitio o fuera de sitio). Durante la auditoría de Seguimiento el Equipo Auditor requiere verificar la implementación y efectividad de las acciones correctivas realizadas.

	Si	No
¿El equipo auditor recomienda algún cambio en la duración de auditoría para la siguiente auditoría a fin de verificar acciones correctivas resultantes de las no conformidades identificadas?		X
Si se recomienda el cambio, mencione la duración recomendada		
	Fecha de Inicio	Fecha de término
Fechas para la siguiente auditoría	1ª Sem Sept-2016	1ª Sem Sept 2016

Acuse de recibo del reporte de auditoría	Reporte Final	Borrador
Un reporte de auditoría por escrito (borrador o final) con una descripción de todas las no conformidades, oportunidades de mejora y recomendación del equipo auditor fue entregado a la organización en la reunión de cierre.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Este reporte fue reconocido por la Organización?		
Si el Reporte Final no fue entregado al cliente al final de la auditoría, por favor indique la fecha en que le fue enviado al cliente:	3-Oct-2015	

Díganos su opinión – Por favor complete una breve evaluación en
<http://www.abs-qe.com/survey/>

Cambios que afectan el alcance de Certificación			
Instrucciones:			
1. La Oficina de ABS QE debe ser contactada para aprobación antes o durante la auditoría.			
2. Para Extensiones de Alcance favor de referirse al Procedimiento QE-OPS-305.			
3. Marcar la casilla de "Si" en la tabla de la página 1 de este reporte para indicar cambios identificados.			
<input type="checkbox"/>	Cambio en la frase del alcance	<input type="checkbox"/>	Cambios en la línea de productos
<input type="checkbox"/>	Cambio / adición / eliminación de sitio(s)	<input type="checkbox"/>	Incremento/decremento en el número de empleados
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Otros:
No es necesario contactar a la oficina en los siguientes casos:			
<input type="checkbox"/>	Incremento o decremento en el intervalo de vigilancias	<input type="checkbox"/>	Modificación de actividades <i>Si la modificación de actividades afecta a otros certificados, hay que listar todos los certificados afectados en la sección de Detalles de Cambio por Número de Certificado.</i>
<input type="checkbox"/>	Incremento o decremento en la duración de la auditoría basado en el desempeño histórico del cliente	<input type="checkbox"/>	Cambio de Código de Proveedor OEM <i>(únicamente TS 16949)</i>
<input type="checkbox"/>	Modificación / Adición de código NACE	<input type="checkbox"/>	
Detalles del cambio:			
Ninguno que reportar			

Conclusiones del equipo auditor sobre la efectividad del sistema de gestión:	
<input type="checkbox"/>	Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos.
<input checked="" type="checkbox"/>	Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos, excepto como se indica en las no conformidades.
<input type="checkbox"/>	Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión no fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos. La recomendación del equipo auditor es para "Revisión de Certificación"

Para auditorías de vigilancia y renovación (borrar para auditorías iniciales)	Si	No
El uso del (los) logo(s) del (los) cuerpo(s) acreditador(es) y la marca de ABS estaba en cumplimiento con las Reglas de Uso de la Marca establecidas por ABS, QE, Inc. (Si la respuesta es "No", ver comentarios en las sección de "Comentarios generales".)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hubo cambios significativos en la dirección ejecutiva de la organización? (Si la respuesta es "Si", ver comentarios en las sección de "Comentarios generales".)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hubo cambios significativos en el sistema de gestión certificado? (Si la respuesta es "Si", ver comentarios en las sección de "Comentarios generales".)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Comentarios Generales:

El mes de noviembre de 2014 tomó posesión como nuevo rector de la Universidad el Dr. José de Jesús Williams.

Sitios Auditados:

DGFyAdmón-Coord. Gral. de Desarrollo Financiero-Calle 60x57 Núm. 491 A -Col. Centro-Mérida-Yucatán-México-97000-75-0-Financial services

DGFyA-Coordinación General de Desarrollo Humano-Calle 60x57 Núm. 491 A -Col. Centro-Mérida-Yucatán-México-97000-2-0-Human resources services

Secretaria General-Coordinación General de Servicios Escolares-Calle 60x57 Núm. 491 A-Col. Centro-Mérida-Yucatán-México-97000-15-0-School services

Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional-Calle 60x57 No. 491-A -Col. Centro-Mérida-Yucatán-México-97000-8-0-Headquarters

Exclusiones (Únicamente SGC)		Si	No
¿La organización ha excluido algún requerimiento normativo de su sistema de gestión? (verificar que las exclusiones y justificaciones estén descritas en el Manual de Políticas)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Requerimiento Excluido	Justificación para la exclusión		
7.3 Diseño y Desarrollo	El tipo de servicios incluidos dentro de este certificado son procesos definidos en reglamentaciones o leyes establecidas.		
7.5.2 Validación de los procesos	Los procesos y los resultados de los mismos pueden ser verificados a través de actividades de verificación, inspección o monitoreo		
7.6 Equipos de medición y monitoreo	Ninguno de los procesos incluidos dentro de este certificado requieren de algún instrumento de medición que requiera ser calibrado o verificado.		
Procesos Sub Contratados		Si	No
¿La Organización tiene procesos sub contratados? En caso afirmativo, listar los procesos sub contratados:		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Examen de Ceneval			
2.			
En caso afirmativo, ¿la organización tiene implantados controles adecuados sobre los procesos sub contratados?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/> No Auditado	
Interacción entre los procesos (Únicamente SGC)		Si	No
¿La organización ha incluido en el manual una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Turno	Hora de inicio del turno	Hora de término del turno		
1	7:30	3:00		
2	8:00	3:30		
Auditoría a todos los turnos (Requerido para todos los estándares)			Si	No
¿Todos los turnos fueron auditados?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si todos los turnos no fueron auditados, justificar la razón por la cual no fueron auditados todos:				

Requerimientos legales y otros	Si	No
¿La organización ha identificado los requerimientos legales y otros que le son aplicables?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revisión por la Dirección:	Si	No
¿Las revisiones por la dirección cumplen todos los requerimientos de la Norma y el proceso de revisión por la dirección está efectivamente implantado y mantenido?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auditorías Internas	Si	No
¿Las auditorías internas fueron implantadas efectivamente y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acción correctiva y preventiva	Si	No
¿Las acciones correctivas y preventivas fueron efectivamente implantadas y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Verificación de acción(es) correctivas de la(s) no conformidad(es) de la auditoría anterior:

Audit. No.	Cláusula No.	Item No.	Evidencia de implantación efectiva (Indicar N/A si no hubo N/C)									
R	8.4	1	<p>Requerimiento: ISO9001:2008 establece en Análisis de Datos: 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 análisis de datos debe proporcionar información sobre: a) la satisfacción del cliente,</p> <p>No conformidad: La evaluación y análisis de los datos de la satisfacción de los clientes revisada en la Dir.Gral de Desarrollo Académico- Coord. del Sist. de Licenciatura , no demuestra cumplimiento para realizar la mejora continua y eficacia del sistema de calidad, al sumar el resultado de las encuestas de satisfacción de “Satisfecho” y “Complemente Satisfecho” para logra una meta del 80%.</p> <p>Evidencia:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Objetivo y meta</th> <th>2014</th> <th>2013</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2. Lograr anualmente el 80% de satisfacción de los sustentantes considerando las categorías de “satisfecho” y completamente “satisfecho”.</td> <td style="text-align: center;">96.87% Integrado</td> <td style="text-align: center;">98% 63.8 Satisfecho 32.2 Completamente</td> </tr> </tbody> </table> <p>La encuesta de satisfacción F-DGDA-CSL-21-Rev 00 Evalúa: Difusión, Registro de selección, Espacio de pruebas, Administración de pruebas, Centro de atención de dudas y encuesta y <u>Satisfacción general.</u> Opciones: 1 Completamente Insatisfecho 2 Insatisfecho. 3 Satisfecho 2012: 55.3% 2013: 63.8% 4 Completamente insatisfecho 2012: 43.6% 2013: 32.6% meta fue mejorar al menos un + 2% respecto al año anterior, los resultados son de -11% No se logró el resultado esperado 2012 a 2013, la acción fue sumar dos resultados Satisfecho + Completamente satisfecho con una meta del 80%. En análisis no muestra acciones hacia la mejora, ya que el siguiente aspecto a evaluar es Insatisfecho, que ha estado por debajo del 2% en los últimos 2 años y que lograr la meta del 80% no representa un objetivo de calidad. Coordinación de Bibliotecas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indice de satisfacción >80%</th> <th>2014: 99.2% Resultado de una evaluación ponderada vs la Meta no representa reto.</th> <th>2013=87.32 Análisis Aplico 530 e 171 Comple 32,26% + 31.94% = 64.2% La suma resultado.</th> </tr> </thead> </table> <p>El análisis demuestra que los objetivos de calidad muestran cumplimiento; sin embargo la información, muestra inconsistencias.</p> <p><i>ISO9000: 2005 - 3.2.5: objetivo de la calidad= algo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad</i></p> <p><i>Nota: se consideró menor ya que, en términos generales hay una mejora</i></p>	Objetivo y meta	2014	2013	2. Lograr anualmente el 80% de satisfacción de los sustentantes considerando las categorías de “satisfecho” y completamente “satisfecho”.	96.87% Integrado	98% 63.8 Satisfecho 32.2 Completamente	Indice de satisfacción >80%	2014: 99.2% Resultado de una evaluación ponderada vs la Meta no representa reto.	2013=87.32 Análisis Aplico 530 e 171 Comple 32,26% + 31.94% = 64.2% La suma resultado.
Objetivo y meta	2014	2013										
2. Lograr anualmente el 80% de satisfacción de los sustentantes considerando las categorías de “satisfecho” y completamente “satisfecho”.	96.87% Integrado	98% 63.8 Satisfecho 32.2 Completamente										
Indice de satisfacción >80%	2014: 99.2% Resultado de una evaluación ponderada vs la Meta no representa reto.	2013=87.32 Análisis Aplico 530 e 171 Comple 32,26% + 31.94% = 64.2% La suma resultado.										

			<p><i>continua sostenida.</i></p> <p>Evidencia verificada durante auditoría S-12. Se implementó la acción correctiva AC14-22 Se implementaron las correcciones de los indicadores de licenciaturas y de bibliotecas. La causa raíz fue identificada, en consecuencia se revisaron los lineamientos para solicitar e integrar la información de entrada para la revisión por la dirección, y se capacitaron a los diferentes actores. Se elaboró un compendio de objetivos establecidos para todos los objetivos. Se elaboró un comparativo de resultados de objetivos de tres años a la fecha (2013, 2014 y lo que va del 2015). La efectividad se pudo evidenciar en que los objetivos e indicadores de la última revisión directiva celebrada en el mes de Julio, estaban correctos y se plantearon metas más retadoras para los objetivos de 2015.</p> <p>Se cierra efectiva.</p>
X	7.4.1	1	<p>Requerimiento: En el procedimiento P-FENF-SAD-02 para las compras directas de material y equipo de laboratorio requiere en el punto no 7.1 por parte del usuario "Realiza la evaluación al proveedor conforme a criterios establecidos". No conformidad: Sin embargo no se encontró evidencia de la evaluación a los proveedores a los que se realizó la compra. Evidencia: Se encontró que en 2 proveedores a los que se les ha comprado, no se ha realizado la evaluación de proveedores. (Proveedores Mediequipos SA de CV y Abastecedor Hospitalario del Sureste SA de CV.)</p> <p>Evidencia revisada en la auditoría S-12 Se implementó la acción correctiva AC14-FENF-SAD07 Se presentó la evidencia de la corrección que consistió en la evaluación de los proveedores que no tenían evaluación. Se estableció en el procedimiento para las compras los criterios y las responsabilidades para la evaluación de los proveedores y se capacitó a los evaluadores. Como evidencia de efectividad se pudieron revisar las evaluaciones realizadas de acuerdo a procedimiento y utilizando el formato establecido a los proveedores Biomedica y Abastecedor Hospitalario y Gamma Médica el pasado mes de Agosto de 2015.</p> <p>Se cierra efectiva</p>
X	7.5.1	1	<p>Requerimiento: ISO 9001:2008 especifica que la organización debe planificar y llevar a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas. No conformidad: No en todos los casos la prestación del servicio se realiza en condiciones controladas.</p> <p>Evidencia: En el proceso de Registro y Control de Calificaciones de Exámenes Ordinarios, el procedimiento ID: P-FEDU-CE-03 Rev.0 especifica que Control Escolar debe recibir las listas de alumnos y actas de exámenes, las verifica y las sella. Sin embargo para los alumnos Matrícula No. 06001134, Calif. 85 y Matrícula No. 13013843 Calif. 88 Materia Educación a Distancia, Licenciatura en Educación. No se encontró las listas, ni se sellaron las actas de los exámenes. Para el alumno Matrícula 11013808 calif. 72.6 en la materia Análisis Gramatical del Idioma Inglés, No se encontró la Lista. Nota se calificó menor por ser 5 incumplimientos de más de 50 auditados</p> <p>Evidencia verificada durante auditoría S-12. Se implementó la acción correctiva AC14-FEDU-CE-05 Determinaron la causa raíz y las acciones determinadas fueron en consecuencia de la causa. Se tomó una muestra aleatoria de actas para verificar efectividad y se encontraron en cumplimiento de acuerdo al procedimiento: con firmas y sello. La muestra tomada fue de la carrera de Licenciatura en Idioma Inglés: del período Agosto-Diciembre 2014 y del período Enero-Mayo 2015 – Análisis gramatical del idioma inglés. Y de la carrera de Educación para el período Agosto-Diciembre 2014 la materia de estadística de y para el período de Enero-Mayo 2015 la materia de pedagogía crítica.</p> <p>Se cierra efectiva</p>
X	7.5.5	1	<p>Requerimiento: El Procedimiento de control de materiales P-FEDU-SAD-02, establece los criterios para entradas, salidas y existencia en almacén de artículos de oficina. No conformidad: En un muestreo aleatorio de las existencias y controles de entradas y salidas de artículos se encontraron fuera de control.</p>

Evidencia:			
5978	Block de notas post it	82	13
88	Cartulina de color	1487	1608
6048	Cinta scotch 13 16	34 17	0 32
6098	Etiquetas adhesivas 25	42	32
<p>Evidencia verificada durante auditoría S-12. Se implementó la acción correctiva AC14-FEDU-SAD-07 Determinaron la causa raíz y las acciones determinadas fueron en consecuencia de la causa Para verificar efectividad se visitó el almacén y se realizó un muestreo aleatorio de artículos. Todos se encontraron identificados y también el inventario en físico coincidió con el inventario en sistema, y también con el registro de entradas y salidas implementado. Se cierra efectiva</p>			

Acción(es) correctiva(s) aún en proceso para la(s) No Conformidad(es) No: ninguna que reportar

Acción(es) correctiva(s) NO efectiva(s) para la(s) No Conformidad(es) No: ninguna que reportar

Procesos / Funciones Auditados:

Procesos (para SGC): Revalidación de estudios (parcial o completo) – Sitio central
Métricos de desempeño: Satisfacción del usuario – Enero Agosto 2015 = 81.4% Excelente y 16.09% Buena 95% de las revalidaciones en 24 horas para media superior y 72 horas para superior
Entradas: Documentación por parte del solicitante
Salidas: Oficio de respuesta
Documentos/Registros: P-SG-CGSE-06 Procedimiento para la revalidación externa de estudios de tipo medio superior P-SG-CGSE-07 Procedimiento para la revalidación externa de estudios de tipo superior
Notas de Auditoría: Los requisitos para realizar un trámite de revalidación de estudios se tienen a disposición en página de internet y en trípticos informativos. Se tomó una muestra de trámites de para el nivel medio superior y otros para el superior. La muestra tomada para media superior fue: <ul style="list-style-type: none"> - Patricia Ferraez Mayo - Luis Fernando Bernal Estañol Para el caso de revalidación de estudios a nivel superior se tomaron 3 muestras de casos diferentes: <ul style="list-style-type: none"> - Chen Zhen Hanqui en la carrera de actuario y con estudios de la UNAM - Peraza Castellanos Emmanuel para la carrera de Arquitectura y con estudios en la Universidad Modelo - Medina Mendoza Juan Carlos para la carrera de Contador Público y con estudios en la Universidad Autónoma de Nuevo León. Las muestras se encontraron en cumplimiento a requerimientos internos definidos. Se detecta un área de oportunidad en la verificación de los certificados provenientes de la UNAM los cuales no son amparados por ninguna otra autoridad como un notario o la autoridad estatal de educación.

Procesos (para SGC): Expedición de Credenciales Universitarias - Sitio central
Métricos de desempeño: No exceder del 5% de fotografías con identificación equivocada. Septiembre de 2014 = 99:91% de identificación de fotografías correctas Marzo 2015 = 100% de identificación de fotografías correctas
Entradas: Imágenes y datos de los alumnos
Salidas: Credenciales
Documentos/Registros: Procedimiento para Credencialización para alumnos de primer ingreso de la UADY P-SG-CGSE-02 Procedimiento para Credencialización para alumnos de reinscripción y reingreso de la UADY PF-SG-CGSE-05
Notas de Auditoría: El proceso llevado en esta unidad es la toma de fotografía, la identificación de la misma y el envío de las bases de datos al Banco para la elaboración de la credencial, la cual también puede fungir como tarjeta de débito para el alumno. Se revisaron los registros del trámite de credenciales para la facultad de arquitectura del mes de febrero de 2015 y las de la facultad de Medicina de septiembre 2014. En el período de septiembre – octubre de 2014 se tramitaron 2,792 credenciales En el período de marzo de 2015 se tramitaron 522 credenciales. Se lleva un registro de producto no conforme, el cual es considerado como las credenciales como errores. El proceso se encontró en cumplimiento, sin embargo se tienen áreas que pueden ser mejoradas, como lo

son el conocer o poder cerrar el círculo de aquellas credenciales que no son entregadas en la primera vuelta y el aseguramiento de que las credenciales vueltas a elaborar por errores lleguen al usuario.

Procesos (para SGC): Títulos, diplomas, grados académicos, certificación de documentos, cédulas - Sitio central
Métricos de desempeño: Satisfacción del usuario mayor al 90% – Período Enero mayo- 2015= 86% Año 2014 = 91% Productos no conformes menores al 1.8% - En el 2014 fue de 1.13% y de Enero-Mayo 2015= 1.09%
Entradas: Documentos para el trámite
Salidas: Título, certificado o cédulas
Documentos/Registros: P-SG-CGSE-04 Procedimiento para validar y emitir certificaciones, títulos, diplomas y grados académicos
Notas de Auditoría: Se tomó una muestra de 4 títulos de diferentes programas y en diferentes etapas del trámite para registro y obtención de la cédula profesional. En todos los casos se pudo identificar perfectamente en que etapa estaba, y se tenía la documentación correspondiente a la misma. Las matriculas muestreadas fueron: 04005569, 06003450, 09006478, A través del sistema de titulación y registro profesional, se puede tener el status exacto, así como los datos correspondientes a cada trámite. También se tomó una muestra de dos certificados expedidos. El primero solo del título, y el segundo del título y la cédula profesional. Ambos casos de acuerdo a procedimiento y normativa. <i>Este proceso se encontró en cumplimiento.</i>

Procesos (para SGC): Acciones Correctivas y Preventivas – Sitio Central/ Facultad de Enfermería y Facultad de Educación
Métricos de desempeño: No definidos
Entradas: No conformidades, quejas, indicadores
Salidas: Acciones
Documentos/Registros: Procedimiento para Llevar a Cabo Acciones Correctivas y Acciones Preventivas -P- DGPLANEI -CC-08
Notas de Auditoría: Se verificaron y se cerraron las 4 no conformidades de las auditorías del año anterior emitidas por ABS en las auditorías de Recertificación y extensión de alcance. Ver sección de verificación de acciones de la auditoría anterior. Del sitio central se revisaron 2 acciones correctivas: AC15-05 y AC15-07. La primera cerrada y la segunda en proceso. Y 2 acciones preventivas: AP15-02 cerrada y la AP15-04 en proceso de implementación. Correcciones implementadas, causas raíces identificadas y planes de acuerdo a causa. De la facultad de educación se tomó una muestra de 2 acciones correctivas: AC15-FEDU-CC-01 y AC15-FEDU-SS-01. En ambos casos, las acciones determinadas no prevenían la recurrencia de la no conformidad. Por esta razón se generó una NC. Ver sección de no conformidades al final de este reporte. Y se revisó una acción preventiva: AP15-FEDU-CE-01, la cual está en proceso. De la facultad de enfermería se revisó básicamente la acción correctiva relacionada con la no conformidad de la auditoría previa de ABS, las cual fueron considerada satisfactoria. Un área de oportunidad fue comentada <i>Este proceso no se encontró en cumplimiento, debido a que una no conformidad fue identificada.</i>

Procesos (para SGC): Auditorías Internas - Sitio Central/ Facultad de Enfermería y Facultad de Educación
Métricos de desempeño: no definidos
Entradas: Procesos del sistema
Salidas: Reportes de auditorias y no conformidades
Documentos/Registros: Procedimiento para Llevar a Cabo Auditorías Internas P-DGPLANEI-CC-03
Notas de Auditoría: Se revisaron los registros de las auditorías internas de los 3 sitios incluidos en este certificado. En los 3 casos, se auditaron todos los procesos. Se tienen el programa, el plan específico, la lista de hallazgos y el reporte de auditoria. Los auditores fueron independientes del proceso a auditar. En la facultad de enfermería se tuvieron 2 auditorías en este año, una en Mayo y la otra en Agosto, la primera con un resultado de 1 NC y la segunda con 2 NCs. En la facultad de educación se tuvo una auditoría interna en Mayo de 2015 con un resultado de 7NCs. Para el sitio central, se han seccionado las auditorías en 3 eventos, uno en abril, el segundo en mayo y el tercero en junio. Dentro de este programa se incluyó a áreas como la Coordinación General de Salud, la CATI y los Servicios Bibliotecarios. <i>Este proceso se encontró en cumplimiento.</i>

Procesos (para SGC): Revisión por la Dirección - Sitio Central/ Facultad de Enfermería y Facultad de Educación
Métricos de desempeño: No definidos
Entradas:
Salidas:
Documentos/Registros: Procedimiento para Llevar a Cabo la Revisión de la Dirección P- DGPLANEI -CC-07
Notas de Auditoría: La revisión por la dirección se lleva a cabo en dos niveles. El primero a nivel dependencia/facultad, y la segunda a nivel general (Rectoría). La última revisión a nivel Rectoría fue realizada el 13 de Julio de 2015. La próxima está programada para el mes de Noviembre. Todos los requerimientos de entrada establecidos en 5.6.2 fueron cubiertos, así como las salidas en 5.6.3 Se conserva la minuta y ésta refleja los acuerdos. En el caso de la facultad de enfermería la última fue realizada el 6 de Julio de 2015, igualmente cumpliendo con los requerimientos de 5.6.2 y 5.6.3 y conservando la minuta. Y la facultad de educación tuvo su última revisión por la dirección el día 30 de Junio de 2015 cumpliendo con los requerimientos de 5.6.2 y 5.6.3 y conservando la minuta. Los procesos incluidos fueron servicio social, control escolar, contabilidad, administración de documentación de personal y centro de tecnologías <i>Este proceso se encontró en cumplimiento.</i>

Procesos (para SGC): Elaboración de Estados Financieros – Sitio Central
Métricos de desempeño: Estados financieros dictaminados
Entradas: Movimientos financieros
Salidas: Estados financieros y dictámenes
Documentos/Registros: Elaboración de Informes Financieros – P-DGF-CGDF-05
<p>Notas de Auditoría: Se revisó la existencia de los estados financieros correspondientes al año 2014, así como del período octubre-diciembre 2014 y enero-marzo 2015. En los tres casos, se encontraron los dictámenes correspondientes realizados por el despacho Jorge C. Bolio Castellanos y Asociados.</p> <p><i>Este proceso se encontró en cumplimiento.</i></p>

Procesos (para SGC): Control del ingreso y del ejercicio presupuestal del Fondo de Operación Específico - Sitio Central
Métricos de desempeño: Asignación del 100% de los recursos recibidos – Resultado a la fecha= 100%
Entradas: Convenios, Recursos
Salidas: Transferencias
Documentos/Registros: Control del ingreso y del ejercicio presupuestal del Fondo de Operación Específico – P-DGFA-CGDF-04
<p>Notas de Auditoría: El control de los ingresos que provienen de fondos específicos como son el Programa de Fortalecimiento de la Calidad en Instituciones Educativas (PROFOCIES), Programa de Desarrollo al Profesorado, FAM, CONACYT, Fundaciones y otros, es controlado y administrado a través del Sistema Institucional de la Información. Se tomó una muestra de 2 fuentes de fondos diferentes: El convenio del PROFECIES para el ejercicio fiscal 2015 con convenio firmado el día 31 de Julio del 2015 y el convenio entre la SEP y la UADY para becas de estudio en Francia para los programas de posgrado el cual incluye el segundo año de la generación 2014-2016 y el primer año de la generación 2015-2017. En ambos casos, se pudo observar la trazabilidad de las operaciones y los registros correspondientes al convenio.</p> <p><i>Este proceso se encontró en cumplimiento.</i></p>

Procesos (para SGC): Ejercicio Presupuestal de Fondo de Operación Genérico - Sitio Central
Métricos de desempeño: Ejecución del presupuesto
Entradas: Recursos federales, estatales e ingresos propios
Salidas: recursos
Documentos/Registros: P-DGFA-CGDF-09 - Procedimiento para el Ejercicio Presupuestal del Fondo de Operación Genérico
<p>Notas de Auditoría: Los recursos recibidos por parte del gobierno federal, estatal y los ingresos propios se llevan el control y la administración a través del sistema de información financiera en el módulo de presupuesto general. Se revisó el seguimiento a los ingresos del año 2015 a través del sistema. En este se pudo constatar la trazabilidad de las operaciones y su control de acuerdo a lo establecido en la Ley General de la Contabilidad Gubernamental.</p> <p><i>Este proceso se encontró en cumplimiento.</i></p>

Procesos (para SGC): Administración de bienes muebles – Sitio central
Métricos de desempeño: Porcentaje de bienes muebles autorizados en máximo 2 días hábiles – Enero 100%, febrero 93%, marzo-no se midió, abril-94%, mayo 90%, junio 86%, julio 100%, Agosto – 100%
Entradas: Documentación para alta, movimientos y bajas
Salidas: Sistema SII
Documentos/Registros: Manual de Políticas Administrativo-Financieras – M-DGF-CGDF-03
<p>Notas de Auditoría: Desde el año pasado se comenzó con un control más certero de los bienes muebles en las diferentes dependencias. Se realizaron inventarios de regularización durante el 2014. Se tomaron 2 procesos diferentes de control de bienes muebles. El primero fue el inventario de la facultad de Ciencias Antropológicas del 27 de octubre de 2014, éste contaba además con el control de los bienes muebles, las transferencias, las actas circunstanciadas y las evidencias del patrimonio activo. De aquí se revisó una baja de patrimonio correspondiente a un robo de una notebook a personal de la facultad de matemáticas. En este caso se tiene como parte de los registros la denuncia, y compra del nuevo bien para sustituir el equipo. El segundo proceso correspondió al segundo inventario de la facultad de medicina correspondiente del período del 5 de enero de 2015 al 20 de junio de 2015. Las evidencias integradas eran el control de bienes muebles, el inventario por cuenta contable, el reporte de bienes activos, registro de bienes transferidos entre dependencias, bienes transferidos al almacén y el inventario por cuenta contable. Para ambos casos se encuentra de acuerdo al procedimiento interno.</p> <p><i>Este proceso se encontró en cumplimiento.</i></p>

Procesos (para SGC): Licitaciones Públicas Sitio central
Métricos de desempeño: Bienes adjudicados
Entradas: Solicitud de bienes
Salidas: Bienes
Documentos/Registros: Licitaciones Públicas P-DGF-CGDF-07
<p>Notas de Auditoría: El proceso se revisó tomando como muestra la licitación LA-931056978-11-2015 para la adquisición de equipo de cómputo, audiovisual y de refrigeración. La publicación de las bases fue realizada el día 24 de febrero de 2015 y el fallo el día 31 de Marzo de 2015. Las fechas de las juntas establecidas fueron ejecutadas de acuerdo a programa. Se observaron las evidencias de la publicación en compranet. La minuta de la junta aclaraciones es de fecha 6 de marzo de 2015. La adjudicación fue realizada a diversos proveedores. De estos, se verificó la papelería legal y las fianzas de 2 de ellos.</p> <p><i>El proceso se encontró en cumplimiento de acuerdo a requerimientos establecidos.</i></p>

Procesos (para SGC): Selección y Evaluación de Proveedores Sitio central
Métricos de desempeño: No definidos
Entradas: Facturas, ordenes de compra recibidas
Salidas: Lista de proveedores, expedientes de proveedores y evaluaciones
Documentos/Registros: Selección y Evaluación de Proveedores P-DGFA-CGDF-02
<p>Notas de Auditoría: Los criterios para la selección de proveedores se tienen definidos en el procedimiento, así como los criterios para evaluación periódica, los cuales son complementadas con lo establecido en el propio formato de evaluación. Se tomó una muestra de 3 proveedores que ingresaron al padrón de proveedores, y los 3 cumplieron con los requisitos establecidos con la UADY. Sus expedientes estaban completos. La evaluación periódica se realiza de manera semestral con la retroalimentación de las dependencias. Se revisaron las evaluaciones de otros 3 proveedores diferentes, y éstas estaban en cumplimiento a los criterios establecidos y los registros en expediente.</p> <p><i>Este proceso se encontró en cumplimiento</i></p>
Procesos (para SGC): Adquisición de consumibles y equipo Sitio central
Métricos de desempeño: no definidos
Entradas: información de productos y cotizaciones de proveedores
Salidas: bienes comprados
Documentos/Registros: Procedimiento para la Adquisición de consumibles y equipo de presupuesto ordinario - P-DGF-CGDF-01
<p>Notas de Auditoría: Este proceso se encuentra en estado de pilotaje hacia una nueva tecnología para su administración. A la fecha se han realizado 2 ejercicios reales, el primero en el mes de julio y el segundo en el mes de septiembre. Este nuevo sistema denominado subsistema de adquisiciones de presupuesto general ingresos/egresos dependencias, está muy completo, más controlado y con menos posibilidad de errores. La descripción de los bienes se encontró en el sistema y en las solicitudes realizadas a los proveedores.</p> <p><i>Este proceso se encontró en cumplimiento.</i></p>
Procesos (para SGC): Competencia y Capacitación del Personal Sitio central
Métricos de desempeño: no definidos
Entradas: Evaluaciones de desempeño
Salidas: Cursos
Documentos/Registros: Procedimiento para capacitar personal P-DGAD-CSDH-01
<p>Notas de Auditoría: La competencia del personal se evalúa a través de las evaluaciones de desempeño. Se revisaron las evaluaciones de desempeño de 5 personas de puestos diferentes y de dependencias diferentes. En esta evaluación se llega a una calificación y también puede servir como fuente de detección de necesidades de capacitación.</p> <p>En este 2015 se han programado +/- 12 cursos. De estos cursos se tomó una muestra de 3 cursos, y para cada uno de ellos se tienen las listas de asistencia, las evaluaciones del curso y la evaluación de la efectividad a través del formato llamado seguimiento de la evaluación.</p> <p><i>Este proceso se encontró en cumplimiento.</i></p>

Avance hacia la mejora continua

Se están automatizando los procesos del área de finanzas y su cumplimiento con la contabilidad gubernamental.

Oportunidades de mejora

Sin ser no conformidades, se detectaron las siguientes oportunidades que pudieran ser consideradas para su análisis y en su caso, la toma de acciones:

- Los métricos establecidos en el área de finanzas
- La verificación de la efectividad de las acciones correctivas y preventivas
- La verificación/ comprobación de los documentos provenientes de la UNAM
- Los registros de la entrega de credenciales en segundas vueltas y/o corregidas
- La búsqueda de nuevas alternativas de despachos para la dictaminación de estados financieros.
- La búsqueda de nuevas alternativas de DNCs

Resumen de desempeño (Requerido para auditorías de vigilancia y renovación)

Revisión del desempeño histórico de auditoría:

Evaluar la conformidad continua de la organización utilizando:

- resultados de auditorías previas y comentarios reportados
- historia del cumplimiento y control de la no conformidad de la organización

Registre los resultados de su revisión abajo.

Esta tabla se basa en la revisión de la Matriz Histórica de Auditoría y en las auditorías previas:

La revisión del desempeño histórico y esta auditoría indican que la organización ha:	Si	No	N/A
¿Tomado acciones para abordar efectivamente todas las no conformidades emitidas previamente por ABS QE? (No debe haber tendencias de N/C repetitivas.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Manejado efectivamente quejas de clientes y otros?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Identificado los requerimientos legales y regulatorios?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Mantenido y mejorado consistentemente el sistema de gestión?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para cualquier No – proporcionar información de soporte:

N/A

Efectividad del sistema de gestión durante los últimos 3 años: Registrar los resultados de la revisión aquí.

N/A

Registro de Asistencia

Reunión de apertura: Fecha: 09/29/2015

Hora: 8:30

Reunión de cierre: Fecha: 10/01/2015

Hora: 16:00

Nombre	Puesto	Apertura	Cierre
Gabriela Alonso Salomón	QFB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sandra Luz Villegas Pérez	Rep. Dirección	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Martha L. Mena Reynoso	Rep. Dirección	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Graciela Pastrana	Coordinación Bibliotecas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irma López Chunab	Bibliotecas CCBA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silvia Medina Campoy	Bibliotecas Sociales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilda Novelo Pérez	Biblioteca Central	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yolanda L. López	Secretaría General	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Julieta Guzmán	Coordinación de Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raúl García Velarde	CIR Sociales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Julieta Guerrero	Directora FEDU	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silvia Carola Salas Ortegón	Directora FENF	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paulina Martínez	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Juan de Dios Pérez	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Patricia Escoffié	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fernanda Gasca	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Said Cárdenas	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Daniel Barroso	Capacitación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lizbeth Estrada	Finanzas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gabriel Paredes	Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sally López	Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pamela Pereyra	Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wendy Montejo	Servicios Escolares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mildred Avilés	Titulación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erik Polanco	Servicios Escolares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carlos Mojica	Matemáticas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ramón Peniche	F. Matemáticas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zulema Cantillo	F. Química	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marco Torres	CCBA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guillermo Storey	F. Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nubia Rivero	CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elsy Rosado	CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alberto Arellano	Bibliotecas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
José Luis Villamil	Secretario General	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
José Williams	Rector	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yheny López	F. Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lorena Gamboa	Servicios Escolares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alejandro Bassol	DGFA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lucía de la Guerra	DGFA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mercedes Cárdenas	DGFA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Reynaldo Novelo		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
María Ermila Moo		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Edith Fany Interian		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Audit Matrix

Sitio Auditado:	DGFyAdmón-Coord. Gral. de Desarrollo Financiero	Fechas de Auditoría: 30-SEP-15 - 01-OCT-15 1.5 día(s)- auditor
Dirección:	Calle 60x57 Núm. 491 A Col. Centro Mérida, México	Equipo Auditor: Aimée Avila Delgado Número total de empleados: 73 (incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)

Borrar la fila de cláusulas que no aplican:

Init / RC	Vigilancias					QMS	Cláusulas																							
	6	12	18	24	30		4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	
Historia / Plan de Auditoría Futuro						Resultados de Auditoría Actuales																								
A	A					Provisión de servicios financieros	A	A			A			A	A	A	A	A	A			A			A	A	A			
A	A		R			Provisión de servicios materiales	A	A			A			A	A	A	A	A	A			A	A			A	A	A		
Número Total de No conformidades →							0	0			0			0	0	0	0	0	0	0		0	0		0	0	0			

Legenda: A = requerimientos auditados aplicables a los procesos encontrados en conformidad / No conformidades identificadas por tipo M = Mayor / I = Menor

R = Proceso recomendado para ser auditado

Audit Matrix

Sitio Auditado:	DGFyA-Coordinación General de Desarrollo Humano	Fechas de Auditoría: 01-OCT-15 - 01-OCT-15 0.5 día(s)- auditor
Dirección:	Calle 60x57 Núm. 491 A Col. Centro Mérida, México	Equipo Auditor: Aimee Avila Delgado
		Número total de empleados: 1 <i>(incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)</i>

Borrar la fila de cláusulas que no aplican:

Init / RC	Vigilancias					QMS		Cláusulas																															
Init / RC	6	12	18	24	30			4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5									
Historia / Plan de Auditoria Futuro						Procesos		Resultados de Auditoria Actuales																															
A		A		R		Capacitación del personal		A	A				A			A	A	A	A	A	A				A				A	A	A								
						Número Total de No conformidades →		0	0				0			0	0	0	0	0	0	0			0		0	0	0										

Legenda: A = requerimientos auditados aplicables a los procesos encontrados en conformidad / No conformidades identificadas por tipo M = Mayor / I = Menor

R = Proceso recomendado para ser auditado

Audit Matrix

Sitio Auditado:	Secretaria General-Coordinación General de Servicios Escolares	Fechas de Auditoría: 29-SEP-15 - 29-SEP-15 0.5 día(s)- auditor
Dirección:	Calle 60x57 Núm. 491 A Col. Centro Mérida, México	Equipo Auditor: Aimee Avila Delgado
		Número total de empleados: 26 <i>(incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)</i>

Borrar la fila de cláusulas que no aplican:

Init / RC	Vigilancias					QMS	Cláusulas																							
Init / RC	6	12	18	24	30		4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	
Historia / Plan de Auditoría Futuro						Procesos	Resultados de Auditoría Actuales																							
A	A					Credencialización	A	A				A			A	A	A	A	A	A				A		A	A	A		
A	A					Revalidación de estudios	A	A				A			A	A	A	A	A	A				A		A	A	A		
A	A					Titulación y grados académicos	A	A				A			A	A	A	A	A	A				A		A	A	A		
A				R		Selección de aspirantes																								
A				R		Servicio Social																								
A				R		Afiliación y baja del IMSS																								
A				R		Control escolar e incidencias																								
Número Total de No conformidades →							0	0				0			0	0	0	0	0	0	0			0		0	0	0		

Legenda: A = requerimientos auditados aplicables a los procesos encontrados en conformidad / No conformidades identificadas por tipo M = Mayor / I = Menor

R = Proceso recomendado para ser auditado

(Referencia QE-OPS-888 para instrucciones de como llenar esta forma)

Audit Matrix

Sitio Auditado:	Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional	Fechas de Auditoría: 29-SEP-15 - 29-SEP-15 0.5 día(s)- auditor
Dirección:	Calle 60x57 No. 491-A Col. Centro Mérida, México	Equipo Auditor: Aimée Avila Delgado
		Número total de empleados: 7 (incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)

Borrar la fila de cláusulas que no aplican:

Init / RC	Vigilancias					QMS	Cláusulas																							
Init / RC	6	12	18	24	30		4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	
	Historia / Plan de Auditoria Futuro					Procesos	Resultados de Auditoria Actuales																							
A		A		R		Revisión por la Dirección	A	A	A	A	A	A	A	A		A										A	A		A	A
A		A		R		Auditorías internas	A	A								A										A	A		A	A
A		A		R		Acciones correctivas y preventivas	A	A								A										A	A		A	1-I
Número Total de No conformidades →							0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Legenda: A = requerimientos auditados aplicables a los procesos encontrados en conformidad / No conformidades identificadas por tipo M = Mayor / I = Menor

R = Proceso recomendado para ser auditado

(Referencia QE-OPS-888 para instrucciones de como llenar esta forma)

Matriz Histórica de Auditoría

Instrucciones: Este es un perfil histórico del desempeño del sistema de gestión. Para el **ciclo** actual de auditoría, señalar en esta tabla las cláusulas auditadas **en cada auditoría** y el total de no conformidades por cláusula.

Cláusulas SGS/TS	Turnos Auditados			4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	
	1	2	3																								
R& X	X																		1-I	2-I						1-I	
S6																											
S12	x																										1-I
S18																											
S24																											
S30																											
Renovación																											
Total N/C por Cláusula:				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	1	2	-	0	0	0	1	1	

Turnos Auditados: Todos los turnos deben ser auditados en auditorías de Fase 2 y Re-Certificaciones, y durante el ciclo de auditorías de vigilancia – Colocar una “X” en la columna aplicable para indicar el (los) turno(s) auditado(s).

Nota: Cuando se auditan todos los turnos, se debe dar énfasis a los procesos de manufactura y/o provisión del servicio.

Plan de Auditoría No: QE - 46403 - «2/12» - S

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Fecha de envío del plan de auditoría al cliente: Sept 2, 2015
Equipo Auditor: Aimée Avila Delgado - Auditor Líder,

Contacto: Paulina Martinez Phone: 52 999 9231495

Fechas de Auditoría: «09/29/2015» - 10/01/2015 Duración de Auditoría: 3.0 día(s) auditor

Norma(s) a auditar ISO 9001:2008 **Número total de empleados: 160**

Código(s) IAF/NACE: «35/74.1 35/74.8»

Alcance de Certificación: *Provisión y gestión de servicios escolares y servicio social, selección de aspirantes, provisión de servicios financieros, materiales y humanos. Provision and management of school services and social service, applicant's selection, and provision of financial, material and human resources services.*

Objetivos de auditoría:

- Verificar el cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008 y el sistema de gestión documentado de la organización;
- Verificar que el sistema de gestión de Universidad Autónoma de Yucatán cumple con los requerimientos contractuales, legales y regulatorios aplicables;
- Evaluar la efectividad del sistema de gestión para cumplir continuamente los objetivos especificados; e
- Identificar áreas de mejoras potenciales.

	Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>
	Aimée Avila
Martes 29	Llegada
8:30-9:00	Junta de Apertura En conjunto con los proyectos 40486,46401, 46404, 46415, Verificación de procesos y de todos los lugares donde éstos ocurren (QMS)
9:00-9:30	Uso de las marcas de certificación Revisión documental Cambios a la organización Objetivos/Metas/Mejora Continua
	Secretaría General-Coordinación General de Servicios Escolares
9:30 – 1:30	- Revalidación de estudios (parcial o completo) - Expedición de Credenciales Universitarias - Títulos, diplomas, grados académicos, certificación de documentos, Cédula de Nivel Superior
	Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional- Rectoría
1:30 – 2:00	Revisión por la Dirección (documental) Facultad de Enfermería
2:00 – 3:00	Auditorías Internas Acciones Correctivas / Acciones Preventivas (incluyendo AC de la NC de auditoría previa de ABS – 7.4.1)

	Facultad de Enfermería
3:00 – 4:00	Comida
4:00 – 5:00	Revisión por la Dirección
5:00 – 6:00	Auditorías Internas
Miércoles 30	DGFyAdmón-Coord. Gral. de Desarrollo Financiero
8:00-8:45	Elaboración de Estados Financieros
8:45- 9:30	Administración de bienes muebles
9:30-10:15	Control del ingreso y del ejercicio presupuestal del Fondo de Operación Específico
10:15-11:00	Ejercicio Presupuestal del Fondo de Operación Genérico
11:00-12:15	Adquisiciones por licitación pública
12:15-1:15	Traslado a la Facultad de Educación
1:15-1:45	Revisión por la Dirección (documental) Facultad de Educación
1:45 – 3:15	Auditorías Internas Acciones Correctivas / Acciones Preventivas (incluyendo AC de la NCs de auditoría previa de ABS – 7.5.5 y 7.5.1) Facultad de Educación
3:15-4:15	Comida
4:15- 5:45	Acciones Correctivas / Acciones Preventivas (incluyendo AC de la NC de auditoría previa de ABS – 8.4) Sitio Central
Jueves 1	DGFyAdmón-Coord. Gral. de Desarrollo Financiero
8:00 – 9:30	Selección y Evaluación de Proveedores
9:30 – 11:00	Adquisición de consumibles y equipo de presupuesto ordinario
	Coordinación General de Desarrollo Humano
11:00 – 2:00	Competencia y Capacitación del Personal
2:00-3:00	Elaboración del reporte
3:00 – 3:30	Reunión de Cierre

Nota: Un auditoría de certificación de sistemas de gestión no es una auditoría de cumplimiento legal o una auditoría de certificación de producto.

Nota: El plan de auditoría puede cambiar durante el transcurso de la misma.

Documentación y Control de documentos será auditado en conjunto con los otros elementos

Política y Registros serán auditados a través de las instalaciones durante la auditoría

Favor de hacer los arreglos para tener la comida en el sitio a fin de mantener el enfoque de la auditoría

Favor de proveer un guía/escolta para cada miembro del equipo auditor

Favor de indicar el Equipo de Protección Personal requeridos en sitio

Favor de tener copias disponibles para cada uno de los auditores de lo siguiente:

- Mapa del sitio
- Descripción de la planta y de los procesos / operaciones asociados
- Lista de objetivos, metas y programas
- Lista de los contratistas y/o proveedores utilizados para actividades relacionadas a lo ambiental, seguridad y salud ocupacional (no necesario para algunos programas, ejem ISO 9001).

Instrucciones para el auditor: Favor de tomar en cuenta que las justificaciones para cambios al plan de auditoría deben ser proporcionados y que las horas de la junta de apertura y cierre deben ser consistentes con las horas del registro de asistencia de la junta de apertura/cierre.

Junta de Apertura y Cierre a ser realizada utilizando QE-OPS-851

Los siguientes aspectos deben ser verificados durante la junta de Apertura/Cierre: Cualquier cambio que afecta el Alcance de la Auditoría necesita ser registrado en la sección de “Cambios que afectan el alcance de certificación” de la página 2 del reporte de auditoría.

Junta de Apertura: (Marcar [X] para indicar que el elemento ha sido verificado/confirmado/revisado durante la junta de apertura)

- Presentación del equipo auditor y de su rol
- Confirmación de los Procedimientos de Seguridad en el trabajo y emergencia relevantes al equipo auditor a. Procedimiento/Proceso/ Política de evacuación del cliente
- Explicar la Política de Confidencialidad de ABS QE
- Revisar el Alcance de la Auditoría:
 - Norma / Especificación a ser utilizada.
 - Verificación del idioma a ser utilizado durante la auditoría
 - Verificar/Reconfirmar alcance de productos/servicios a ser certificados
 - Verificar Sitios y Actividades listados en el Certificado del sitio web de ABS QE (www.ab-qe.com)
 - Verificar copia del certificado del cliente comparado con el Certificado publicado en el sitio web de ABS QE.
 - Confirmar el número de empleados o cualquier cambio en el mismo desde la auditoría previa y determinar si los cambios afectarán el número de días de la auditoría.
 - Verificar la precisión del código IAF/NACE por QE-OPS-887
 - Reconfirmar la precisión de la Frase del Alcance
 - Revisar el Plan de Auditoría
- Definir el objetivo de la auditoría
 - Métodos y procedimientos a ser utilizados para realizar la auditoría basado en un muestreo
 - Verificación de las No Conformidades de Auditorías Previas (si aplica)
- Política de ABS sobre la observación de violaciones regulatorias durante la auditoría
- Explicar el conflicto de intereses entre auditar y dar consultoría.
- Explicar el rol de guías, observadores, y consultores
- Comentar las condiciones bajo las cuales la auditoría pudiera terminar prematuramente
- Identificar guías y definir sus responsabilidades
- Explicar el criterio de clasificación para las no conformidades (NC's)
- Explicar los “Resultados Esperados del Sistema de Gestión del Cliente” (ver ejemplos en QE-OPS-851)
- Definir el criterio para la recomendación
- Juntas diarias de resumen

Junta de Cierre: (Marcar el cuadro [X] para indicar que el elemento fue verificado/confirmado/revisado durante la junta de cierre)

- Comentarios Generales
 - a. Agradecer al cliente por trabajar con ABS QE (enfoque de colaboración para la certificación)
 - b. Enfatizar que las no conformidades fueron revisadas y convenidas por los guías y el representante de la dirección
 - c. Solicitar que las preguntas sean realizadas hasta el final de reunión. Comentarios sobre el personal entrevistado durante la auditoría
 - d. Presentar los resultados de auditoría, NC's y Oportunidades de Mejora y comentar sobre aspectos positivos observados durante el curso de la auditoría (si las reuniones sumarias previas se realizaron con la misma audiencia, la revisión puede ser acortada)
 - e. La evidencia de auditoría recolectada fue basada en una muestra; esto crea un elemento de incertidumbre
- Reafirmar el criterio de clasificación para las no conformidades (NCs) – excepto para BSCI
- Revisar las Instrucciones de Respuesta de CARs como están definidas en el Reporte de Auditoría o por los Requerimientos Específicos del Programa:
 - Explicar que la implementación y eficacia de las acciones correctivas tomadas serán verificadas durante la siguiente visita de auditoría o en una auditoría de follow-up (en o fuera de sitio) si ésta es requerida.
 - Explicar que si se falla en enviar las acciones correctivas dentro del tiempo especificado, esto puede resultar en la suspensión o el retiro (cancelación) del certificado.
- Definir el criterio para la recomendación
- Decir que las Decisiones Finales de Certificación son responsabilidad del Departamento de Certificación
- Explicar el proceso de auditoría de Seguimiento (Follow-up) y porque es requerida (según sea apropiado, por ejemplo NCs mayores)
- Explicar el Proceso de Apelación y Quejas

- [x] Concluir
 - a. Explicar el siguiente paso y el intervalo estimado de tiempo
 - b. Felicitar al cliente (como sea apropiado)
 - c. Cerrar formalmente la junta
 - d. Contestar preguntas
 - e. Dejar copias del reporte de auditoría, NC's, Oportunidades de Mejora

Instrucciones para el envío de acciones correctivas

1. Completar y enviar la(s) forma(s) de Acción Correctiva adjuntas para todas las no conformidades identificadas
2. Enviar por correo electrónico: **al Auditor Líder y auditservices@abs-qe.com** para clientes en **USA y Canadá.**
3. Enviar por correo electrónico: **al Auditor Líder para Oficinas Internacionales.**
4. *Para **auditorías de Re-Certificación** las Respuestas de Acciones Correctivas deben ser enviadas a tiempo al Auditor para revisión, aprobación y envío a Revisión Técnica, antes de la expiración del Certificado.*

**SGC (ISO 9001, TL9000, 20000, 29000, 13485)
EHS (ISO 14001, RC14001, RCMS, OHSAS 18001)
Otros estándares, incluidos: ISO 27001, ISO 28000, ISO 15504, R-026, ISO 50001**

- Se requiere que las respuestas a las no conformidades sean enviadas a ABS QE dentro de los **60** días contados desde el último día de la auditoría.
- **Las acciones correctivas enviadas deben incluir:**
 1. **Respuestas de acción correctiva, incluyendo:**
 - a. **Evidencia objetiva de las actividades de contención/corrección, como sea aplicable.**
 - b. **Resultados de la investigación de la causa raíz.**
 - c. **Acciones para eliminar la causa raíz y prevenir recurrencia; y**
 - d. **Fechas de implementación.**
 2. Evidencia objetiva de implementación de Acciones Correctivas para todas las **No conformidades Mayores** incurridas en cualquier programa.
 3. **Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, evidencia de que las actividades de acción correctiva consideraron a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable.**

Referencia a la Sección 9.1.15 b de ISO 17021, las No Conformidades Mayores requieren que la corrección y las acciones correctivas sean revisadas, aceptadas y la efectividad haya sido verificada; y la sección 9.1.12 (Nota): donde sea necesario la verificación de la efectividad de la corrección y de la acción correctiva puede realizarse con la revisión de la documentación provista por el cliente, o cuando sea necesario, a través de la verificación en sitio.

Proceso de Apelación de ABS QE:

Cualquier cliente puede disputar cualquier decisión realizada por ABS QE e iniciar una queja contra la decisión. Tales quejas deben ser por escrito y serán sujetas al procedimiento de ABS QE para el manejo de apelaciones y disputas, QE-CRT-400. Apelaciones deben ser enviadas dentro de los **10 días hábiles** de la emisión del reporte. La presentación, investigación y decisiones sobre las apelaciones no resultarán en ninguna acción discriminatoria en contra del apelante

Requisición de Acción Correctiva				
46403 - 2/12 - S				
<u>Auditoría</u> <u>No.</u>	<u>Cláusula</u> <u>No.</u>	<u>Item</u> <u>No.</u>	<u>Descripción de la No Conformidad</u> (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	<u>Categoría</u> <u>M - Mayor</u> <u>I - Menor</u>
S-12	8.5.2	1	Requerimiento: La Organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades a fin de prevenir recurrencia. No conformidad: Acciones correctivas determinadas no previene la recurrencia. Evidencia: Acciones AC15-FEDU-CC-01 y AC15-FEDU-SS-01 Considerada menor por ser 2 de+/- 10 acciones correctivas revisadas	I

(Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, las acciones deben considerar a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable).

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)			
<i>Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad.</i> <i>Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad.</i> Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables? <i>Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.</i>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ
<i>Posterior a su investigación (use una técnica como un árbol lógico o preguntar “por qué” 5 veces) incluya una declaración sobre lo que causó que la no conformidad ocurriera.</i>

ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS			
<i>Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa.</i> <i>Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</i>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

1. Favor de adjuntar la documentación que identifique la secuencia e interacción de los procesos identificados de su Organización. (**Únicamente SGC** - Referencia ISO 9001, Sección 4.2.2.c)

2. Favor de adjuntar (como sea aplicable) documentos del desempeño Interno de métricos			
Objetivos y Metas	Valor Pretendido	Resultado Actual	Comentarios
Coordinación del Sistema de Educación Media Superior (CSEMS)			
Mantener anualmente un índice de satisfacción del 96% entre satisfecho y completamente satisfecho en el proceso de selección de aspirantes al bachillerato.	96%	El resultado del porcentaje de los niveles Satisfecho y Completamente Satisfecho es del 100%.	
Lograr anualmente un 93% de desempeño excelente en los administradores de prueba (EXANI I).	93%	Se logró un 97.3% de desempeño excelente en los administradores de prueba.	
Mantener anualmente un 98% de desempeño de bueno a excelente en los coordinadores de sede, durante el proceso de selección de ingreso al bachillerato.	98%	Se alcanzó un 99% en el desempeño de los coordinadores de sede.	
Alcanzar anualmente un 90% de respuestas afirmativas en el instrumento de indicadores de evaluación del sitio web en el proceso de selección al bachillerato.	90%	Se alcanzó un 93% de respuestas afirmativas en el instrumento de evaluación del sitio web.	
Lograr anualmente un 90% de atención a dudas (vía telefónica, personal o electrónica) a los usuarios en un máximo de 48 horas.	90%	Se logró atender el 97.81% de las dudas en un máximo de 48% hrs.	
Coordinación del Sistema de Licenciatura (CSL)			
Alcanzar y mantener el nivel de 45% en la categoría de completamente satisfecho	45%	El resultado del porcentaje de CS es del 43.1%.	En virtud de que no se alcanzó la meta planteada para 2015, se analizarán los niveles de satisfacción, con base en las diferentes secciones planteadas en la <i>Encuesta de Satisfacción</i> y de acuerdo con las cifras resultantes, se analizarán posibles estrategias para el mejoramiento en la satisfacción del usuario; así como un replanteamiento en la medición del indicador.
Mantener por debajo del 20% anual el número de incidentes relacionados con la etapa de registros de aspirantes a licenciatura.	20%	Se obtuvo un 7.02%.	
Mantener anualmente el 80% de administradores de pruebas	80%	Se logró un 86% de los administradores	

evaluados con el nivel de desempeño excelente.		evaluados con desempeño excelente.	
Lograr anualmente un 90% de atención a dudas o demandas (vía telefónica, personal o electrónica) a los usuarios en un máximo de 48 horas.	90%	Se logró la atención del 97% de las dudas en un máximo de 48hrs.	
Coordinación General de Desarrollo Humano (CGDH)			
Alcanzar anualmente el 92% de satisfacción de los participantes de los cursos de capacitación entre bueno y excelente.	92%	Se tiene un avance del 98% entre los niveles excelente y bueno.	
Coordinación General de Desarrollo Financiero (CGDF)			
Lograr anualmente en el Nivel de Totalmente Satisfecho 70% en Contabilidad y Tesorería y 80% en Presupuesto; y mantener en el Nivel de Totalmente Satisfecho y Satisfecho 95% en Adquisiciones y Patrimonio	Contabilidad y Tesorería: 70% Totalmente Satisfecho. Presupuesto: 80% Totalmente Satisfecho. Adquisiciones y Patrimonio: 95% Totalmente Satisfecho. y Satisfecho	Aun no se tienen resultados para el objetivo planteado para 2015, debido a que la evaluación de satisfacción será aplicada en el mes de Septiembre. El resultado en 2014 fue 95% de los niveles TS y S.	El objetivo planteado para 2014 fue: Alcanzar el nivel de 95% de satisfacción de los usuarios en relación a los servicios que brinda la Dirección General de Finanzas durante el año.
Coordinación General de Servicios Escolares (CGSE)			
Mantener anualmente el 95% de los usuarios, manifiesten resultados buenos-excelentes respecto al servicio recibido (Revalidación)	95%	El resultado obtenido fue del 100% entre bueno y excelente.	
Tener disponible el 95% de los oficios de revalidación de estudios de tipo medio superior y superior para su entrega al usuario, en un lapso de 24 y 72 horas en días hábiles respectivamente, a partir del pago de los derechos arancelarios correspondientes (Revalidación)	95%	El resultado obtenido fue 97.36% oficios listos en un lapso de 24 a 72 horas.	
Mantener anualmente el 90% de excelente y bueno la satisfacción del usuario (Titulación)	90%	El resultado obtenido de enero a mayo de 2015 es 85.74% entre bueno y excelente.	
Mantener anualmente los Servicio No Conformes (títulos con error) en un 2% máximo (Titulación)	2%	De enero a mayo de 2015 se tiene un 0.86% de títulos con error.	
Mantener la entrega del 90% de trámites en un tiempo no mayor a 80 días hábiles desde su recepción (Titulación)	90%	Para el primer trimestre de 2015 se tiene un resultado del 36.86%	Este resultado es debido a que los trámites que iniciaron en el mes de Marzo, aún no concluye sus 80 días hábiles para su entrega y por lo tanto solo fue posible calificar los trámites iniciados en enero y los del mes de febrero no se tuvieron por el

			periodo de huelga. Al no cumplirse el objetivo de calidad señalado se documentará una acción Correctiva con vigencia para el año en curso.
Lograr que el 95% de los expedientes de primer ingreso, de cada período lectivo de cada centro docente sean verificados en 3 días (Depto. de servicios escolares)	95%	El 100% de los expedientes recibidos fueron verificados en promedio un día.	
Lograr la solución del 95% de incidencias de control escolar recibidas de las dependencias en 5 días hábiles (Depto. de servicios escolares)	95%	El 100% de las incidencias recibidas de control escolar fueron solucionados en promedio dos días.	
Cubrir semestralmente sin error el 95% de las fotografías tomadas en los centros docentes, a los estudiantes de nuevo ingreso (Depto. de servicios escolares)	95%	Se logró el 100% de fotografías sin error.	
No exceder más de un 10% semestralmente las solicitudes de afiliación rechazadas de afiliación del IMSS (Depto. de servicios escolares)	10%	En el primer cuatrimestre de 2015 se ha tenido un 0% de solicitudes rechazadas.	
Lograr anualmente el 95% de excelente y bueno en la satisfacción del usuario (este objetivo corresponde al primer cuatrimestre del 2015). (Depto. de servicios escolares)	95%	96.90% en el primer cuatrimestre 2015.	Derivado del análisis de tendencia, para el segundo cuatrimestre del 2015 se planteó alcanzar el 85% de satisfacción del usuario en el nivel de excelente.
Sistema de Atención Integral al Estudiante (SAIE)			
Lograr anualmente en un 85% el nivel de satisfacción del usuario entre muy satisfecho y satisfecho, en el proceso de servicio social.	85%	De enero a mayo de 2015, se ha obtenido un 96% entre Muy satisfecho y Satisfecho.	
Mantener anualmente en un 95% el tiempo de elaboración de Certificados en un lapso de 3 días hábiles.	95%	De enero a mayo de 2015 se ha obtenido un resultado del 100%.	
Mantener anualmente en el 8% el número de proyectos No aprobados, registrados semestralmente en el Programa Institucional de Servicio Social.	8%	En el periodo de enero a junio 2015 se tuvo un 6% de proyectos no aprobados.	
FEDU – Contabilidad, Administración de documentación de personal, Control Escolar, Servicio social (Mérida-Tizimín)			
Mantener en un 80% al semestre el grado de satisfacción de los usuarios del área de contabilidad.	80%	Para abril de 2015, se alcanzó hasta el momento el 100%.	Por los resultados obtenidos en el 2014 y en el monitoreo del 2015 se considera modificar la meta a 92% de satisfacción del usuario y atendiendo a los lineamientos para solicitar e integrar la información en la

			Revisión de la Dirección, se consideraran los niveles: excelente y bueno como usuario satisfecho.
Mantener en un 80% al semestre el grado de satisfacción de los usuarios del área de Administración de documentación de personal	80%	Para el monitoreo de Febrero a junio de 2015, se alcanzó hasta el momento el 100%.	Por los resultados obtenidos en el periodo Marzo 2014-Enero 2015 y en el monitoreo de Febrero a Junio 2015, se considera modificar la meta al 95% de satisfacción del usuario y atendiendo a los lineamientos para solicitar e integrar la información en la Revisión de la Dirección, se consideraran los niveles: excelente y bueno como usuario satisfecho.
Mantener en un 80% al semestre el grado de satisfacción de los usuarios del área de Control Escolar.	80%	Para el monitoreo de enero a marzo de 2015, se alcanzó hasta el momento el 96.986%.	Por los resultados obtenidos en el 2014 y en el monitoreo del 2015 se considera modificar la meta a 92% de satisfacción del usuario y atendiendo a los lineamientos para solicitar e integrar la información en la Revisión de la Dirección, se considerarán los niveles: excelente y bueno como usuario satisfecho.
Mantener en un 90% el grado de satisfacción de los prestadores de servicio social con respecto al procedimiento de asignación y liberación en el semestre	90%	De enero a junio de 2015 obtuvo resultados del 100% en el nivel de excelente y bueno.	Por los resultados obtenidos en el periodo Marzo - Diciembre de 2014 y el monitoreo realizado de enero a junio de 2015, se considera modificar la meta al 98% de satisfacción del usuario y atendiendo a los lineamientos para solicitar e integrar la información en la Revisión de la Dirección, se consideraran los niveles: excelente y bueno como usuario satisfecho.
FENF - Departamento de servicio social, Control escolar, Contabilidad, Área de administración de personal			
Alcanzar y mantener al menos el 85% del índice de satisfacción anual de los usuarios que reciben los servicios de la Facultad de Enfermería	85%	El resultado del promedio durante el primer monitoreo 2015 fue: Servicio social - 96% excelente y bueno. Control escolar - 98% considerando excelente y bueno. Administración de personal - 100% excelente y bueno	La meta que se planteó para el segundo periodo 2015: Servicio social: mantener anualmente el 90% de satisfacción del usuario entre excelente y bueno. Administración de personal: mantener el 95% de satisfacción del usuario en el nivel excelente y bueno.

3. Listar los detalles como sea aplicable para los siguientes puntos. Favor de adjuntar información

adicional como sea necesario en relación a cambios en los indicadores de desempeño clave.	
3-1 Número total de quejas clientes desde la última auditoría:	<p>CSEMS: 4 CSL: 170 CGDH: 14 CGDF: 14 CGSE: 183 SAIE: 7 FEDU Contabilidad: 2 FENF: 0</p>
3-2 Situaciones significativas con clientes /quejas,	<p>CSEMS: -Atención tardía vía telefónica y/o correo. -Información no clara CSL: -Contratamientos con la funcionalidad del SIPS. -Tiempos de respuesta del CADE. Inconformidad con lo establecido en la convocatoria. -Inconformidad con el tiempo para recibir dictamen sobre su fotografía. CGDH: -Los horarios en las mañana son poco fáciles. -No se cumplió el objetivo por falta de tiempo. -Material con caracteres gráficos más grandes. -No poner muchas cosas light en la cafetería. CGDF: -Sistema muy complicado. -Sin seguimiento solicitud de alta de artículos. -Subsistema sin Funcionamiento. -Más información en las pólizas. CGSE: -Optimizar tiempos de entrega. -Incumplimiento en fecha de entrega. -Tardanza en la entrega del trámite y documentos. -Derivado de la huelga se atrasó la fecha de entrega del Diploma y cédula, motivo por el cual no pude escribirme a un curso de escalafón en mi centro de trabajo. -No exceder el tiempo acordado para la entrega de documentos. -Horario de atención. -Tiempo de espera de la Credencial Universitaria Inteligente. - Precio de la Credencial Universitaria Inteligente. SAIE: -Fallas en el Sistema de Información Institucional (SII), Sub módulo de Servicio Social. -Tiempo de entrega de los certificados por falta de firma de los responsables del procedimiento. FEDU Contabilidad: -La chica de la tarde tarda mucho en hacer sus cobros, no está informada. Todo lo canaliza a Geny. -Nula información acerca de los pasos para llevar a cabo el procedimiento.</p>
3-3 Situaciones internas de desempeño	<p>CSEMS: Se generaron en el sistema 5512 folios de los cuales 5315 finalizaron sus encuestas, y 4936 realizaron su pago, presentaron 4795 y se admitieron 3287 estudiantes. El ICNE promedio de todos los sustentantes fue de 1084.75. CSL: 49 Programas de licenciatura participantes en la selección de aspirantes; 3570 cupos ofrecidos; 10528 Sustentantes que acudieron al examen; 3766 sustentantes seleccionados. CGDH: Se han impartido hasta el momento 10 cursos de capacitación. A finales de agosto está programado que se realice el seguimiento de la</p>

	<p>capacitación.</p> <p>CGDF: -El P-DGFA-CGDF-01 se encuentra en la fase final de su reingeniería, debido a que está siendo adaptado a los requerimientos de la Ley General de la Contabilidad Gubernamental. Se están realizando las pruebas necesarias para poder implementar nuevamente el procedimiento. -P-DGFA-CGDF-02 se encuentra en proceso de obtener los resultados de la evaluación a proveedores, en tiempo. -En el 2014 se registraron 64 productos no conformes y para el 2015 se han registrado 11, cabe mencionar que todos los PNC son derivador del Control del Ingreso y del Ejercicio Presupuestal (P-DGF-CGDF-04).</p> <p>CGSE: En 2014 se expidieron 2738 tramites de titulación; se verificaron 3588 expedientes de alumnos de nuevo ingreso; se solicitaron 5677 CUI y se atendieron 862 solicitudes de afiliación al IMSS. En lo que va de 2015 se han expedido 1044 trámites de titulación; se verificaron 515 expedientes de alumnos de nuevo ingreso; se solicitaron 497 CUI y se han atendido 133 solicitudes de afiliación al IMSS. Se atendieron a 942 usuarios de revalidación, 2 de posgrado, 96 de licenciatura y 844 de bachillerato.</p> <p>SAIE: En 2014 se registraron 1066 proyectos de servicio social, de los cuales 562 fueron internos y 504 externos; se elaboraron 2210 certificados. De enero a junio 2015 se han registrado 433 proyectos de servicio social, 244 internos y 189 externos; se han elaborado 911 certificados.</p> <p>FEDU: El área de Contabilidad reportó atender 2,518 servicios en el 2014 y 970 servicios en el monitoreo realizado de enero a mayo del 2015. Administración de Documentación de Personal reportó atender 153 servicios de enero 2014 a enero 2015 y 46 servicios en el monitoreo realizado de febrero a junio del 2015. Control Escolar reportó atender 2,520 servicios en el 2014 y 331 servicios en el monitoreo realizado de enero a junio del 2015. Servicio Social Mérida y FEDU Unidad Multidisciplinaria Tizimín reportaron atender 176 servicios en el 2014 y 85 servicios en el monitoreo realizado de enero a junio del 2015.</p> <p>FENF: El área de Servicio Social reportó que el total de estudiantes asignados a proyectos de Servicio Social durante el primer semestre de 2015 es de 37 en ambas licenciaturas; se realizaron 88 supervisiones y se obtuvo una eficiencia terminal para la Licenciatura en Enfermería de 95% y para la Licenciatura en Trabajo Social de 96%. Control Escolar reportó en el ciclo escolar Enero – Julio 2015 una matrícula total de 548 en Licenciatura y Posgrado. Control escolar emitió 344</p>
--	---

	documentos entre constancias y certificados. Administración de Personal reportó de enero a mayo de 2015 tener 56 contratos académicos. El área de Contabilidad en el mismo periodo reporta la emisión de los siguientes tipos de cheques: 37 de fondo fijo, 40 gastos por comprobar, 157 proveedores, 14 reembolso de gastos y 16 otros.
3-4 Situaciones de aspectos ambientales o situaciones de peligros OHSAS	N/A

4. Número total de empleados (incluyendo tiempo completo / parcial / temporales / contratistas)							
Debe de proveer número de empleados para cada sitio listado en el Certificado de ABS QE que está programado para esta auditoría. (El Certificado está disponible en línea en www.abs-qe.com. Click en QENetCert)							
Sitio 1 Dirección :	Coordinación del Sistema de Educación Media Superior c. 60 x 57 No. 491 A colonia Centro.	# of Emp.	2	Sitio 2 Dirección :	Coordinación del Sistema de Licenciatura c. 62 x 55 y 57 Col. Centro	# of Emp.	6
Sitio 3 Dirección :	Coordinación General de Desarrollo Humano c. 62 x 55 y 57 Col. Centro	# of Emp.	1	Sitio 4 Dirección :	Coordinación General de Servicios Escolares c. 60 x 57 No. 491 A colonia Centro.	# of Emp.	16
Sitio 5 Dirección :	Sistema de Atención Integral al Estudiante c. 60 x 57 No. 491 A colonia Centro.	# of Emp.	2	Sitio 6 Dirección :	Coordinación General de Desarrollo Financiero c. 60 x 57 No. 491 A colonia Centro.	# of Emp.	73
Sitio 7 Dirección :	Faculta de Educación Control Escolar Km. 1 Carretera Mérida – Tizimín Tramo Cholul	# of Emp.	4	Sitio 8 Dirección :	Faculta de Educación Contabilidad Km. 1 Carretera Mérida – Tizimín Tramo Cholul	# of Emp.	5
Sitio 9 Dirección :	Faculta de Educación Administración de documentación de personal Km. 1 Carretera Mérida – Tizimín Tramo Cholul	# of Emp.	1	Sitio 10 Dirección :	Faculta de Educación Servicio social Km. 1 Carretera Mérida – Tizimín Tramo Cholul	# of Emp.	1
Sitio 11 Dirección	Faculta de Educación Servicio social Tizimín Calle 48 s/n Tizimín	# of Emp.	1	Sitio 12 Dirección	Faculta de Enfermería Contabilidad Calle 90 s/n entre 59 y 59 A espaldas del Hospital O'Horan	# of Emp.	3
Sitio 13 Dirección	Faculta de Enfermería Servicio Social Calle 90 s/n entre 59 y 59 A espaldas del Hospital O'Horan	# of Emp.	3	Sitio 14 Dirección	Faculta de Enfermería Administración de Personal Calle 90 s/n entre 59 y 59 A espaldas del Hospital O'Horan	# of Emp.	1
Sitio 15 Dirección	Faculta de Enfermería Control Escolar Calle 90 s/n entre 59 y 59 A espaldas del Hospital O'Horan	# of Emp.	2				

5. Información de turnos					
Nombre del sitio	Coordinación del Sistema de Educación Media Superior		Nombre del sitio	Coordinación del Sistema de Licenciatura	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	8:00	15:00	Matutino	7:30	15:00
Nombre del sitio	Coordinación General de Desarrollo Humano		Nombre del sitio	Coordinación General de Servicios Escolares	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	8:00	15:30	Matutino	7:30	15:00

Nombre del sitio	Sistema de Atención Integral al Estudiante		Nombre del sitio	FEDU - Control Escolar	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	7:30	15:00	Mat/Ves	9:00	17:00
Nombre del sitio	FEDU – Contabilidad		Nombre del sitio	FEDU - Administración de documentación de personal	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	7:30	15:30	Matutino	8:00	15:30
Nombre del sitio	FEDU - Servicio social		Nombre del sitio	FEDU - Servicio social Tizimín	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	Lunes 9:30	16:30	Matutino	Lunes 9:30	17:30
	Martes 9:00	18:00		Martes 7:00	15:30
	Miércoles 9:00	17:00		Miércoles 7:30	15:30
	Jueves 9:30	19:30		Jueves 7:00	15:30
	Viernes 9:00	15:00		Viernes 8:00	14:30
Nombre del sitio	FENF- Contabilidad		Nombre del sitio	FENF- Servicio Social	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	8:00	16:00	Matutino	8:00	16:00
Vespertino			Vespertino	12:00	20:00
Nombre del sitio	FENF - Administración de Personal		Nombre del sitio	FENF- Control Escolar	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	8:00	15:00	Matutino	8:00	16:00
Vespertino			Vespertino	15:00	19:00
Nombre del sitio	Coordinación General de Desarrollo Financiero				
Turno	Hora de inicio	Hora de término			
Matutino	8:00	15:30			

6. Cambios al alcance de certificación En caso de cambios en éste sección, favor de comunicarlo a su ejecutiva de Servicio a Cliente.

	Cambio significativo en la frase del alcance		Cambios en la línea de productos
	Cambio / adición / eliminación de sitio(s)		Cambio de nombre / propiedad
	Incremento/decremento en el número de empleados comparado con el número de empleados declarados en la Carta de Confirmación		Modificación de actividades (para certificados multi-sitios)
	Cambio en Aspectos/Peligros Significativos (Únicamente EHS)		Otros
Detalles del cambio:			