

**REPORTE DE AUDITORÍA
INTERNA**

Hoja: 1 de 1

Reporte de Auditoría Interna

Auditoría número:	08	Fechas de Auditoría:	22/Feb al 2/mar 2010
Fecha de elaboración del reporte:	1/mar/2010	Reunión de apertura:	22/Feb/2010
No. de auditados:	32	Reunión de cierre:	2/mar/2010

Áreas auditadas	Procesos auditados
Departamento de Apoyo de Servicio Social (DASS)	Servicio Social
Coordinación Administrativa de Tecnologías de Información (CATI)	Tecnologías de Información
Coordinación General de Servicios Escolares (CGSE)	Permanencia
Coordinación del Sistema Bibliotecario (CSB)	Servicios Bibliotecarios
Biblioteca Joaquín Donde (Facultad de Química)	
Biblioteca Unidad Tizimín	

Resultados de Auditoría

Número total de cláusulas con No Conformidades	Cinco : 4.2.4 / 8.4 / 8.5.1 / 8.5.2 / 8.5.3
---	---

Hallazgos

Folio.	Descripción de la No Conformidad <i>Especificar: Requerimiento (R)- Incumplimiento (I)- Evidencia (E)</i>	Punto de la norma ISO 9001:2008	No Conformidad	
			Mayor	Menor
-	R: La norma ISO 9001:2008 en su cláusula 4.2.4 establece que los registros establecidos para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad deben controlarse.	4.2.4		X



**REPORTE DE AUDITORÍA
INTERNA**

124	<p>I: No se encontró evidencia objetiva de la codificación de los formatos del "Procedimiento para administrar el sistema bibliotecario (P-DGDA-CSB-01)".</p> <p>E: En el P-DGDA-CSB-01 el "Plan de trabajo anual del sistema bibliotecario - formulación de metas (F-DGDA-CSB-29)" no tiene código.</p> <p>En el Procedimiento P-DGDA-CSB-01, se presentó como evidencia el documento "Programa de capacitación para personal de nuevo ingreso" sin código; cuando el nombre establecido en el procedimiento es : "Programa de formación para el personal del sistema bibliotecario (G-DGDA-CSB-01)"</p>			
125	<p>I: En el Procedimiento para Actualizar la Base de Datos (P-SG-CGSE-03) del Proceso de Permanencia no se encontró evidencia del uso del formato declarado (F-SG-CGSE-41).</p> <p>E: En la Coordinación General de Servicios Escolares se encontró evidencia del uso no estandarizado del Reporte por período lectivo de: bajas, egreso y fecha de examen profesional (F-SG-CGSE-41).</p>			
126	<p>R. La tarea 3 (evaluar el servicio no conforme) del "Procedimiento para llevar a cabo el producto no conforme (P-CGPEGI-CC-06)" establece que se debe registrar el servicio no conforme en la plataforma de seguimiento del SGC (plataforma share point).</p> <p>I. No existe evidencia objetiva que demuestre registro de servicios no conforme en la plataforma de seguimiento.</p> <p>E. En el departamento de apoyo de servicio social los servicios no conformes se registran de manera manual, sin embargo no se mostró evidencia del registro en la plataforma.</p>	N/A		X
127	<p>R. El procedimiento de Administración de Bienes Muebles (P-DGF-CGDF-06) establece en sus políticas que el registro y control de todos los bienes muebles de las Dependencias de la UADY, se regirá por el Manual de Políticas Administrativo Financieras (M-DGF-CGDF-03), emitido por la Dirección General de Finanzas.</p> <p>I. No existe evidencia objetiva que demuestre el cumplimiento de los lineamientos del Procedimiento de Administración de Bienes Muebles (P-DGF-CGDF-06).</p> <p>E. El Procedimiento para Registrar Equipos Adquiridos por la Coordinación del Sistema Bibliotecario (P-DGDA-CSB-06) en las secciones 5 (descripción de tareas) y 6 (documentos de referencia) no hace referencia a los lineamientos institucionales.</p>	N/A		X



**REPORTE DE AUDITORÍA
INTERNA**

128	<p>R. La norma ISO 9001:2008 en su cláusula 8.4 inciso c) establece que la organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados de los indicadores establecidos 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, las características y tendencias de los procesos y de los productos, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas.</p> <p>I. No existe evidencia objetiva que demuestre el análisis de los datos de los indicadores.</p> <p>E. En el proceso de Servicios bibliotecarios, en los procedimientos: "Procedimiento para la administración del sistema bibliotecario (P-DGDA-CSB-01)" / "Procedimiento para registrar los documentos adquiridos por la CSB (P-DGDA-CSB-06)" / "Procedimiento para dar mantenimiento correctivo al Software del Sistema Bibliotecario de la UADY (P-DGDA-CSB-07)" / Procedimiento para dar mantenimiento correctivo Hardware (P-DGDA-CSB-08)" y "Procedimiento para formar competencias (P-DGDA-CSB-09)" no se encontraron evidencias sobre los resultados de la medición de sus indicadores.</p>	8.4	X	
-	<p>R. La norma ISO 9001:2008 en su cláusula 8.5.1 establece que la organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de la auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.</p>	8.5.1	X	
129	<p>I. No existe evidencia objetiva que demuestre registro de acciones de mejoras</p> <p>E. En el departamento de apoyo de servicio social no se mostraron evidencias de acciones de mejora documentadas durante el año 2009.</p>			
130	<p>I. No existe evidencia objetiva que demuestre registro de acciones de mejoras</p> <p>E. En la biblioteca de química no se mostraron evidencias de acciones de mejora documentadas.</p>			
-	<p>R. La norma ISO 9001:2008 en su cláusula 8.5.2 inciso d) establece que la organización debe determinar e implementar acciones necesarias para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.</p>	8.5.2	X	



**REPORTE DE AUDITORÍA
INTERNA**

131	<p>I. No existe evidencia objetiva que demuestre registro de acciones correctivas.</p> <p>E. En el departamento de apoyo de servicio social no se mostraron evidencias de acciones correctivas documentadas durante el año 2009.</p>			
132	<p>I. No existe evidencia objetiva que demuestre registro de acciones correctivas.</p> <p>E. En la biblioteca de la facultad de química no se mostraron evidencias de acciones correctivas documentadas</p>			
-	<p>R. La norma ISO 9001:2008 en su cláusula 8.5.3 inciso d) establece que la organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia, registrando los resultados de las acciones tomadas.</p>	8.5.3	X	
133	<p>I. No existe evidencia objetiva que demuestre registro de acciones preventivas.</p> <p>E. En la coordinación de servicios bibliotecarios no se mostraron evidencias de acciones preventivas documentadas.</p>			
134	<p>I. No existe evidencia objetiva que demuestre registro de acciones preventivas</p> <p>E. En el departamento de apoyo de servicio social no se mostraron evidencias de acciones preventivas documentadas durante el año 2009.</p>			
135	<p>I. No existe evidencia objetiva que demuestre registro de acciones preventivas</p> <p>E. En la biblioteca de química no se mostraron evidencias de acciones preventivas documentadas.</p>			

Hallazgos

Fortalezas	Proceso	Área
El representante del área y el personal de apoyo demuestran interés por el SGC.	Tecnologías de Información / Servicios Bibliotecarios / Permanencia / Servicio Social	CATI / Biblioteca Unidad Tizimín / CSB / CGSE / Biblioteca F. Química / DASS
El personal de nuevo ingreso muestra dominio de los procedimientos y conocimiento del SGC.	Tecnologías de Información / Servicios Bibliotecarios	CATI / Biblioteca Unidad Tizimín
La biblioteca se percibe ordenada y limpia	Servicios Bibliotecarios	Biblioteca Unidad Tizimín / Biblioteca F. Química

Observaciones	Proceso	Área
Se deben estandarizar los formatos relacionados con el procedimiento de formación de usuarios (P-DGDA-CSB-09)	Servicios Bibliotecarios	Biblioteca Unidad Tizimín
Se debe realizar una revisión minuciosa de los procedimientos en la congruencia del diagrama de flujo con la descripción de tareas (P-DGDA-CSB-04, P-DGDA-CSB-05)	Servicios Bibliotecarios	CSB
Los resultados del indicador "Porcentaje de alumnos registrados en el Sistema de Control Escolar Central" del procedimiento P-SG-CGSE-03 no son consistentes con lo establecido, ya que se generan cifras y no porcentajes.	Permanencia	CGSE
El manual de duplicados de credencial (M-SG-CGSE-02) aparece sin código en el sitio del SGC de la UADY, sin embargo el original utilizado en el CGSE si posee código.	Permanencia	CGSE

**REPORTE DE AUDITORÍA
INTERNA**

Hoja: 6 de 6

El formato de solicitud de duplicado de credencial UADY (F-SG-CGSE-47) se encuentra referido en el manual M-SG-CGSE-02, sin embargo no se le hace referencia dentro del P-SG-CGSE-05.	Permanencia	CGSE
En los P-DGDA-CAADE-03 y P-DGDA-CAADE-04 no se establece como insumo el "Oficio de Asignación", sin embargo se observó que sí lo es, en varias tareas.	Servicio Social	DASS
En el punto 7 (Control de Registros del P-SG-CGSE-05) aparece como responsable del resguardo del "Listado de alumnos (F-SG-CGSE-49)" el responsable de la credencialización de la CGSE, sin embargo el registro se resguarda en la dependencia.	Permanencia	CGSE

Recomendaciones Generales	Procesos	Áreas
Integrar al SGC la encuesta de servicios aplicada para los procedimientos P-DGDA-CSB-07 y P-DGDA-CSB-08, codificarla y vincularla en los procedimientos mencionados.	Servicios Bibliotecarios	CSB
Implantar un programa de 5s+1 en el área de cómputo.	Servicios Bibliotecarios	CSB
Verificar en los procedimientos P-DGDA-CSB-01 y P-DGDA-CSB-09 la sección 7 (control de registros) la información correspondiente al lugar de almacenamiento y tiempo de retención.	Servicios Bibliotecarios	CSB
Incluir en el glosario de los procedimientos los tecnicismos como "crítico" y "no crítico".	Tecnologías de Información	CATI
Incluir en el apartado de control de registros de los procedimientos, cuáles son de control interno y cuáles en línea.	Tecnologías de Información	CATI
Incluir en las políticas de procedimientos las restricciones de formatos para el personal,	Tecnologías de Información	CATI



**REPORTE DE AUDITORÍA
INTERNA**

conforme a su nivel asignado.		
Se recomienda elaborar el manual de operación del "Sistema de control escolar versión 2.0" para uso de personal nuevo y/o temporal que ingrese al CGSE.	Permanencia	CGSE
Se recomienda verificar la utilidad de los formatos F-SG-CGSE-44 (concentrado de credenciales) y F-SG-CGSE-46 (concentrado de credenciales no recogidas) puesto que aún no han sido utilizados.	Permanencia	CGSE
Se recomienda analizar la utilidad el manual M-SG-CGSE-02 ya que se observa tareas que están dentro del procedimiento P-SG-CGSE-05.	Permanencia	CGSE
Se recomienda revisar y analizar los indicadores (sección 9) de los procedimientos en cuánto a su fórmula, periodicidad y unidad de medición.	Todos los procesos auditados	Todas las áreas auditadas



**REPORTE DE AUDITORÍA
INTERNA**

Representante de la Dirección:

Nombre	Firma
M.D.O Juan de Dios Pérez Alayón	

Equipo Auditor:

Nombre	Firma
LCC Carmen Díaz Novelo.	
LI. Aurora Cinta Güendulain.	
QFB Caridad Franco Herrera.	
QFB Jorge G. Pasos Iñiguez.	
MDO Lizbeth Estrada Osorio.	
Lic. Milagros Carrillo Basalto (AIF)	
Norma Dzul Maas (AIF)	
Rosa Ma. Gonzalez Domínguez	
Lic. Psic. María Ortega Horta.	
Lic. en Der. Pamela Pereyra Azcorra.	
Lic. en Educ. Katia Andrea Toledo Lugo.	
C.P. Claudia Jazmín Traconis Meza.	