

Reporte de Auditoría No: QE - 46403 - 1/36 – R

Organization: **Universidad Autónoma de Yucatán**

Contacto: **Paulina Martinez**

Teléfono: «52 999 9231495»

Fecha de Reporte: **09/09/2014**

Fechas de Auditoría: **09/01/2014 - 09/05/2014**

Duración de Auditoría: **4.0 día(s) auditor**

Norma(s): **ISO 9001:2008**

Número total de empleados verificados en sitio: **31**

Código(s) IAF/NACE: **35/74.1 35/74.8**

Miembro(s) del Equipo Auditor **Abel Hernandez - Auditor Líder, Jorge de La Rosa Tapia**

Alcance de Certificación: *Provisión y gestión de servicios escolares y servicio social, Selección de aspirantes, Provisión de servicios financieros, materiales y humanos.*

Provision of school services, applicant's selection, social service management, and provision of financial, material and human resources services.

Recomendación (es) del Equipo Auditor:					
Fase II/ Extensión de Alcance / Transferencia: <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Abierto					
Vigilancias: <input type="checkbox"/> Continúa <input type="checkbox"/> Continúa sujeto a acciones correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación					
Auditoría de Renovación: <input type="checkbox"/> Re-Aprobado <input checked="" type="checkbox"/> Re-aprobado sujeto a acciones correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación					
¿Se requiere visita de seguimiento?		Duración recomendada:		Fechas Tentativas:	
<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		N/A		N/A	
Resultados de Auditoría:					
No. Total de No conformidades	Una (8.4)	No. de NCs Mayores	N/A	No. de NCs menores	Una
Únicamente para auditorías de vigilancia y re-certificación				Si	No
¿Existen no conformidades repetitivas/repetidas de auditoría(s) previas?				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Existen cambios o recomendaciones de cambios que afecten el Alcance de Certificación? (en caso afirmativo, completar la sección de cambios de la página 2)				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿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?				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Si se recomienda el cambio, mencione la duración recomendada				N/A	
				Fecha de inicio	Fecha de término
Fechas para la siguiente auditoría				N/A	
Acuse de recibo del reporte de auditoría (únicamente para TS 16949)				Reporte Final	Borrador
Un reporte por escrito de auditoría (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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acuse de recibo del Reporte Final de Auditoría		Firma Manuscrita		Correo Electrónico	
Reporte Final de Auditoría fue recibido por el Rep. de la Dirección del cliente:		<input type="checkbox"/> Rep. Dir.: _____ <i>Firma</i>		<input type="checkbox"/> Ver correo adjunto	

Anexar o incluir con el Reporte de Auditoría:

- Plan de Auditoría
- Formato de Planeación de Auditoría (Requerido para Vigilancia, Renovación, Extensión de Alcance y Transferencias)

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. Contactar a la oficina de ABS para aprobación antes de iniciar cambios.			
2. Referirse al procedimiento QE-OPS-305 para Extensiones de Alcance.			
3. Marcar la casilla de "Si" en la tabla de la página 1 de este reporte para indicar cambios identificados.			
<input type="checkbox"/>	Cambio significativo en la frase del alcance	<input type="checkbox"/>	Cambios en las líneas de productos
<input type="checkbox"/>	Cambio / adición / eliminación de sitio(s)	<input type="checkbox"/>	Incremento/decremento en el número de empleados
<input type="checkbox"/>	Cambio de nombre / propiedad	<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 proveedor OEM <i>(TS 16949 only)</i>
<input type="checkbox"/>	Modificación / Adición de código NACE	<input type="checkbox"/>	
Detalles del cambio:			
<ul style="list-style-type: none"> En el alcance se menciona <i>Provisión de servicios escolares, selección de aspirantes, gestión del servicio social</i>, cuando el nombre correcto del proceso es Provisión y gestión de servicios escolares y servicio social. 			

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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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:

Durante la auditoria se revisaron los controles para los proyectos de renovación 46403-36R y proyectos relacionados.

Sitios Auditados:

Dir. Gral de Desarrollo Académico - Departamento del sistema de atención integral al estudiante-Calle 60 Núm. 491 A x 57-Col. Centro-Mérida-Yucatán-México--5-0-Academic services

Dir.Gral.de Desarrollo Académico-Coord.del Sist.de Edu.Media Sup-Calle 60 Núm. 491 A x 57-Col. Centro-Mérida-Yucatán-México--14-0-Academic services

Dir.Gral de Desarrollo Académico- Coord. del Sist. de Licenciatura-Calle 60 Núm. 491 A x 57-Col. Centro-Mérida-Yucatán-México--5-0-Academic services

Rectoría – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo-Calle 60 No. 491-A x 57-Col. Centro-Mérida-Yucatán-México-97000-9-0-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"/>	
Requerimiento Excluído			
7.3 Diseño y Desarrollo	Debido a que las funciones de las dependencias son meramente administrativas y financieras, las cuales están reguladas por la SEP y Leyes Gubernamentales y de la Universidad Autónoma de Yucatán		
7.5.2 Validación de la prestación del servicio	El servicio de referencia es administrativo y financiero, el cual puede ser verificado durante su desarrollo y cuando se emite una resolución, la cual por su naturaleza no cambia cuando se pone en práctica		
7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición	Dado que el servicio es administrativo y financiero, no se ocupa instrumentos de medición		
Procesos Sub Contratados (únicamente SGC)		Si	No
¿La Organización tiene procesos sub contratados? En caso afirmativo, listar los procesos sub contratados:		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. . Evaluación del alumnado por el CENEVAL			
2.			
En caso afirmativo, ¿la organización tiene implantados controles adecuados sobre los procesos sub contratados? Los controles los tiene el personal de Dirección General de Desarrollo Académico-		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input 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 de turno
1	8:00	15:30

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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<u>Audit. No.</u>	<u>Cláusula No.</u>	<u>Item No.</u>	<u>Evidencia de implantación efectiva</u> (Indicar N/A si no hubo N/C)
N/A	N/A	N/A	N/A

Acción(es) correctiva(s) aún en proceso para la(s) No Conformidad(es) No: Ninguna

Acción(es) correctiva(s) NO efectiva(s) para la(s) No Conformidad(es) No: Ninguna

Procesos / Funciones Auditados:

Procesos y procedimientos por área

Proceso	Dependencia	Área	Procedimiento	Código del procedimiento
Provisión y gestión de servicios escolares y servicio social	Dirección General de Desarrollo Académico	Sistema de Atención Integral al Estudiante	Procedimiento para registrar proyectos de servicio social	P-DGDA-SAIE-01
			Procedimiento para coordinar la evaluación de proyectos registrados.	P-DGDA-SAIE-02
			Procedimiento para certificar la conclusión del servicio social	P-DGDA-SAIE-04
Selección de aspirantes	Dirección General de Desarrollo Académico	Coordinación del Sistema de Licenciatura	Procedimiento para Planear y Difundir el Proceso de Selección	P-DGDA-CSEMS/CSL-01
			Procedimiento para Generar Información de los Aspirantes	P-DGDA-CSEMS/CSL-02
			Procedimiento para Resguardar y Administrar Pruebas y Seleccionar Sustentantes	P-DGDA-CSEMS/CSL-03
			Procedimiento para la Publicación, Revisión de Resultados y Generación de Información	P-DGDA-CSEMS/CSL-04
			Procedimiento para Preparar Recursos Humanos y Materiales para el Nivel Superior	P-DGDA-CSL-05
	Dirección General de Desarrollo Académico	Coordinación del Sistema de Educación Media Superior	Procedimiento para Planear y Difundir el Proceso de Selección	P-DGDA-CSEMS/CSL-01
			Procedimiento para Generar Información de los Aspirantes	P-DGDA-CSEMS/CSL-02
			Procedimiento para Resguardar y Administrar Pruebas y Seleccionar Sustentantes	P-DGDA-CSEMS/CSL-03
			Procedimiento para la Publicación, Revisión de Resultados y Generación de Información	P-DGDA-CSEMS/CSL-04
			Procedimiento para Preparar Recursos Humanos y	P-DGDA-CSEMS-02

			Materiales para la Administración de Pruebas de Nivel Medio Superior	
	Dependencia	Área	Procedimiento	Código del procedimiento
Administración del Sistema de Gestión de la Calidad	Rectoría FEDU	CIPLADE	Procedimiento para Llevar a Cabo el Control de Documentos	P-CIPLADE-CC-01
			Procedimiento para Llevar a Cabo el Control de Registros	P-CIPLADE-CC-02
			Procedimiento para Llevar a Cabo Auditorías Internas	P-CIPLADE-CC-03
			Procedimiento para Llevar a Cabo Acciones Correctivas y Acciones Preventivas	P-CIPLADE-CC-08
			Procedimiento para Llevar a Cabo el Control de Producto No Conforme	P-CIPLADE-CC-06
			Procedimiento para Llevar a Cabo la Revisión de la Dirección	P-CIPLADE-CC-07

<p>Procesos (para SGC): Administración del SGC Auditorías Internas Acciones Correctivas Acciones Preventivas Revisión por la Dirección</p>
<p>Métricos de desempeño: Ver métricos de desempeño</p>
<p>Entradas: Estatus de procesos Resultados de auditorías Medición del cliente, proceso y servicio</p>
<p>Salidas: Decisiones y Acciones</p>
<p>Documentos/Registros: Manual de Calidad MGC-CIPLADE-CC-01 Procedimiento para Llevar a Cabo Auditorías Internas P-CIPLADE-CC-03 Programa Anual de Auditorías F-CIPLADE-CC-09 Rev 05 Lista de verificación –CIPLADE-CC-12 Reporte de Auditoría F-CIPLADE-CC-13 Procedimiento para Llevar a Cabo Acciones Correctivas y Acciones Preventivas -P-CIPLADE-CC-08 Procedimiento para Llevar a Cabo la Revisión de la Dirección P-CIPLADE-CC-07 Procedimiento para Llevar a Cabo el Control de Producto No Conforme P-CIPLADE-CC-06</p>
<p>Notas de Auditoría: Durante la auditoría realizada a la alta dirección, se revisó la interacción entre los proyectos que la CIPLADE administra, mide, analiza y mejora. Se incluyó un análisis de los logros del ultimo periodo de tres años y en retrospectiva los siete años que la UADY tiene con sistemas de gestión certificados. En términos generales los resultados son satisfactorios al generar una cultura de aceptación e integración de certificados de calidad de forma sostenida y continua en los últimos siete años. La inclusión de dependencias de forma voluntaria y comprometida en la dinámica de la planear, hacer, medir y mejorar sus procesos es definitivamente un logro que la actual administración deja como legado y reto de continuidad a la siguiente administración.</p>

De la muestra de proyectos y análisis de datos evaluados se incluye.

Proyecto:

40838

Provisión de servicios bibliotecarios. Desde el 2007.

Este proceso se mantiene certificado es uno de los que se ha descentralizado del resto de los proyectos.

Una breve evaluación del desempeño fue revisada y analizada.

Coordinación de Bibliotecas	Indice de satisfacción >80%	2014	2013
		99.2%	Aplico 530 encuestas
		Resultado de una evaluación ponderada. 7088	171 CS = 32,26%
			164 S, = 31.94%
			64.2%
			Vs
			87.32% satisfecho
			129 PS= 24.33%
			66 NS= 12.45%

El análisis demuestra que los objetivos de calidad muestran cumplimiento; sin embargo la información, muestra inconsistencias.

Los proyectos incluyen

46403

Selección de Aspirantes

Provisión de servicios escolares y servicio social

Visión de servicios financieros materiales y humanos

46401

Diseño y provisión de servicios de proactivas académicas y actividades de investigación

46415

Provisión de servicios de salud

Provisión de servicios de laboratorio, prestamos de equipo e instalaciones

46404

Diseño y provisión de tecnología de información y comunicaciones

Revisión por la dirección:

La Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo (CIPLADE) ha establecido los lineamientos para llevar a cabo a intervalos de al menos cada 2 veces al año revisiones por la dirección, Calendario de revisiones enero y agosto 2014, La última revisión fue el 30 Enero 2014,

El orden de día incluye la revisión de:

Resultados de auditoria.

Se integran los resultados de las auditorias tanto internas como externas de los sitios

Administración central

Campus de Ciencia Biologicas y agropecuarias

Centro de Investigaciones regionales (Unidad Biomédica)

Facultad de matemáticas

Faculta de Medicina

Facultad de Química

Se analizan los resultados y no conformidades del periodo por dependencia.

Acciones correctivas en proceso y cerradas.

Retroalimentación del cliente

Mejorar las Decisiones y Acciones relacionadas con los elementos de entrada.

Desempeño de los procesos y conformidad del producto.

Estatus de accione correctivas y preventivas

Seguimiento de revisión anterior
Cambios que pudieran afectar el SGC, Recomendaciones para mejora, Acuerdos
Integración de la política de calidad con ambiental
Realizar un levantamiento de los equipos de seguimiento y de medición para identificar los requerimientos de calibración y/o mantenimiento de cada uno.

Conclusión:

La auditoría se llevó a cabo de acuerdo con los lineamientos requerimientos de la La Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo (CIPLADE) y Revisión por la Dirección, en el marco de la norma ISO9001:2008 cláusulas relacionadas: 5.1, 5.3, 5.3, 5.4, 5.5,5.6, 6.1, 8.1, 8.2, 8.3, 8.5 y 8.5.

Se muestra cumplimiento aceptable.

Áreas de atención fueron comentadas en relación a decisiones y acciones relacionadas con el análisis de datos de los las entradas de la revisión por la dirección.

Una no conformidad fue integrada para al análisis de datos (Ver sección de no conformidades de éste reporte)

Procesos (para SGC): Selección de aspirantes
Dirección General de Desarrollo Académico, Coordinación del Sistema de Educación Media Superior

Métricos de desempeño:

Objetivo	2014	2013	2012
Mantener anualmente un índice de satisfacción del 95%, entre satisfecho y completamente satisfecho en el Proceso de Selección de Aspirantes al Bachillerato.	98%	95.23%	96%
Lograr anualmente un 90% de desempeño excelente en los administradores de prueba (EXANI I).	97%	Meta 80% 93.50%	Meta 80% 95%.
Mantener anualmente un 95% de desempeño de bueno a excelente en los coordinadores de sede, durante el Proceso de Selección de Ingreso al Bachillerato.	100%	Meta 100% 98 %	Meta 75% 100%
Alcanzar anualmente un 80% de respuestas afirmativas en el Instrumento de Indicadores de evaluación del sitio web en el Proceso de Selección al Bachillerato.	97%	Objetivo de nueva creación	
Lograr anualmente un 90% de atención a dudas o demandas (vía telefónica, personal o electrónica) a los usuarios en un máximo de 48 horas.	99.71%	Objetivo de nueva creación	

Entradas:

Solicitud de aspirantes a ingresar al nivel medio superior.
Datos de los sustentantes
Datos de los administradores de pruebas
Pruebas CENEVAL

Salidas:

Publicación de proceso de selección, evaluación y resultados de los exámenes
Listas de administradores de pruebas

Documentos/Registros:

Planear y Difundir el Proceso de Selección P-DGDA-CSEMS/CSL-01
Generar Información de los Aspirantes P-DGDA-CSEMS/CSL-02
Resguardar y Administrar Pruebas y Seleccionar Sustentantes P-DGDA-CSEMS/CSL-03
la Publicación, Revisión de Resultados y Generación de Información P-DGDA-CSEMS/CSL-04
Preparar Recursos Humanos y Materiales para la Administración de Pruebas de Nivel Medio Superior P-DGDA-CSEMS-02

Notas de Auditoría:

La Dirección General de Desarrollo Académico, Coordinación del Sistema de Educación Media Superior Selección de aspirantes fue revisado.

La etapas del proceso de selección de aspirantes desde la planeación, ejecución y verificación de la aplicación del examen CENVAL fue revisados

Se integran las actividades de

Planear y Difundir el Proceso de Selección de aspirante

Proyección de la demanda

Registrados 2013:4367

2014: demandan esperada 15%. Real 4383 folios a Ceneval.

Proyectar presupuesto 2014- 2015

Propuesta de convocatoria. Por etapa. Aprobada por el consejo universitario. 27 enero 2014.

Calendario de actividades.

Revisión de sedes

Difusión y evaluación de la Capacidad Actual a Nivel Preparatoria de 3250.

Entre 3 opciones (Prepa 1, 2, Unidad académica) y la opción de Prepa en Línea.

Generación de la Información de los Aspirantes

Verificación de SIPS

Revisión y aceptación Pase de ingreso al examen.

Lista de asistencia de sustentantes.

Junta de revisión de resultados de seleccionados y no seleccionados

Resguardar y Administrar Pruebas y Seleccionar Sustentantes

Acta de cajas con pruebas CENVAL.

Inicio 11 feb al 21 marzo de exámenes

26 mayo recepción de pruebas

Fecha de aplicación: 31 de mayo 2014 acta de recepción por CENEVAL.

Publicación, Revisión de Resultados y Generación de Información

Verificación de folios de sustentantes para la publicación de resultados. En medio impresos y electrónicos

Relación de alumnos aceptados en escuelas preparatorias uno, dos y unidad académica.

Preparación Recursos Humanos y Materiales para la Administración de Pruebas de Nivel Medio Superior

Revisión de manuales para administradores Rev. 00

Manual para administrador de la prueba, rev 5

Lista del personal entrenado.

Administradores.

Carta compromiso

Lista de personal participante capacitación EXANI I CENEVAL

13 mayo 2014

Publicación de convocatoria

Mariana Menduti prepa 2 aula 11.....evaluación 100%

Gloria María Erosa Esquivel prepa 2 aula 10..... evaluación 100%

Luis Armando Pérez Miranda. Prepa 2 aula 15.....evaluación 100%.

Documentos de administrador de pruebas: carta constancia de participación del año pasado

Requisitos para nuevos y antiguos, clarificarlo.

Mejoras la identificación de registros de carta compromiso

Encuesta de satisfacción del proceso de selección de bachillerato 2014.

Difusión-. Internet

Registro al proceso de selección 96% efectividad

Espacios: 97 suficientes y apropiada 97%

Personal que atendió

Claro 96%

Amable 97%

Eficiente 98% y

Profesional. 97%
Satisfacción general 98%.

Acciones de mejora:

AP 14 -14 lista de administradores con alto desempeño
AM 14 05 carga de fotografía al SIPS
AM 05 ampliar horario de apoyo a usuarios 08 a 1800
01 800 sin costo.
AM 14-14 se integra en la página web lista de opciones de otras prepas de los no seleccionados.

Conclusión:

La auditoría se llevó a cabo de acuerdo con los lineamientos requerimientos de la UADY en la Dirección General de Desarrollo Académico en los procesos de Coordinación del Sist.de Edu.Media Sup en el marco de la norma ISO9001:2008 cláusulas relacionadas: 7.1, 7.2, 7.5, 8.2, 8.3, 8.5.

Se muestra cumplimiento aceptable.

Mejorar los criterios para los registros de los administradores nuevos y antiguos.

Mejoras la identificación de registros de carta compromiso electrónicas

Procesos (para SGC): Selección de aspirantes

Dirección General de Desarrollo Académico, Coordinación del Sistema de Educación Superior- Licenciatura.

Métricos de desempeño:

1. Lograr anualmente un 90% de atención a dudas o demandas (vía telefónica, personal o electrónica) a los usuarios en un máximo de 48 horas.	90.05%	Objetivo de nueva creación	
2. Lograr anualmente el 80% de satisfacción de los sustentantes considerando las categorías de "satisfecho" y completamente "satisfecho".	96.87%	98% 63.8+32.2	98.90% 55.3+43.6
3. Mantener por debajo del 20% anual el número de incidentes relacionados con la etapa de registro de aspirantes a licenciatura	12154 936 inid. 7.7%	Nuevo.	
4. Mantener anualmente el 80% a los Administradores de prueba evaluados con el nivel de desempeño "Excelente"	87.11%		

Entradas:

Solicitud de aspirantes a ingresar al nivel Licenciatura
Datos de los sustentantes
Datos de los administradores de pruebas
Pruebas CENEVAL

Salidas:

Publicación de proceso de selección, evaluación y resultados de los exámenes
Listas de administradores de pruebas

Documentos/Registros:

Planear y Difundir el Proceso de Selección P-DGDA-CSEMS/CSL-01 Rev 6
Generar Información de los Aspirantes P-DGDA-CSEMS/CSL-02
Resguardar y Administrar Pruebas y Seleccionar Sustentantes P-DGDA-CSEMS/CSL-03
la Publicación, Revisión de Resultados y Generación de Información P-DGDA-CSEMS/CSL-04
Preparar Recursos Humanos y Materiales para la Administración de Pruebas de Nivel Superior P-DGDA-CSL 5

Notas de Auditoría:

La Dirección General de Desarrollo Académico, Coordinación del Sistema de Educación Superior – Licenciaturas, se revisó el proceso de Selección de aspirantes.

La etapas del proceso de selección de aspirantes desde la planeación, ejecución y verificación de la aplicación del examen CENVAL fue revisados

Se integran las actividades de

Planear y Difundir el Proceso de Selección de aspirante

Proyección de la demanda 2014. 12342

Registrados 2013: 8806

2014: demandan esperada en base a comportamiento. Real 16 500 proyectados folios a Ceneval.

Reales usados, 14 431

49 programas de estudio (45 Mérida y 4 Tizimin).

Propuesta de convocatoria. Por etapa. Aprobada por el consejo universitario. 27 Enero 2014.

Calendario de actividades, de agosto 2013 a cierre en sep 2014

Revisión de sedes 14 sedes.

Difusión y evaluación de la Capacidad Actual a Nivel Licenciatura.

Cupo total 3512 espacios

Presentaron 11, 138

Seleccionados 3815.

Conteo y verificación de materiales del CENEVAL, aspirantes a licenciatura

Aplicación 24 mayo examen CENEAL.

Medicina 1240 puntos en admisión

Resguardar y Administrar Pruebas y Seleccionar Sustentantes

Acta de cajas con pruebas CENEVAL.

09 junio recepción de pruebas avalada por notario público.

Publicación, Revisión de Resultados y Generación de Información

Verificación de folios de sustentantes para la publicación de resultados. En medio impresos y electrónicos

Relación de alumnos aceptados, una muestra aleatoria de la verificación fue revisada:

Folio de seleccionados vs publicados

Licenciatura	Folio	Revisión final vs publicación
CP	303656043	cumple
Ing. Ind. Log.	303985943	
Ing. alimentos	304107740	
Derecho	303749042	
Medico Cirujano	304102440	

Página Web y medios impresos cumple

Preparación Recursos Humanos y Materiales para la Administración de Pruebas de Nivel Medio Superior

Revisión de manuales para administradores Rev. 00

Manual para administrador de la prueba, rev 5

Lista del personal entrenado.

Administradores.

Carta compromiso

Lista de personal participante capacitación EXANI I CENEVAL: 13 mayo 2014

Preparar Recursos Humanos y Materiales para la Administración de Pruebas de Nivel licenciatura.

Requisitos Avaladores procedimiento y convocatoria F DGDA CSL 37

Pasante 85% de créditos de licenciada en educación, psicología o área afín.

21 a 55 años

Capacitación que elija el SIRAP

Datos de los evaluadores.

Soberanis Carballo Rosa Elena.... Lic. Educación...evaluación, 73 deficiente.
Evaluación. Pregunta 12, imagen no adecuada, llegada tarde.

Estrella Ramos Patricia del Socorro...Lic. Educación 100 %

Rivero Hernandez Angélica....Lic. Educación 95 %

Muestra cumplimiento aceptable.

Indicadores.

1.- análisis de datos en atención a dudas. 2014

Personalizada 2061 dudas...10%....206 dudas.

1. Registro en línea 936 incidencias
 2. Carga de fotografía. 329 incidencias
 3. Generación de pase de ingreso. 271
- Acciones pendientes...

1.- análisis de datos en atención a dudas. 2013

Personalizada 4045 dudas....

1. Registro en línea. 2148 incidencias carga y registro en línea
2. Generación de pase de ingreso. 664

Acciones.-

AM 14 04 Apoyo n carga de fotografía,

AM 14 05 ampliar el centro d atención de dudas de 8:00 a 20:00 y el 01800...

Análisis de datos.

Objetivo y meta	2014	2013	2012
2. Lograr anualmente el 80% de satisfacción de los sustentantes considerando las categorías de "satisfecho" y completamente "satisfecho".	96.87%	98% 63.8+32.2	98.90% 55.3+43.6

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

Satisfacción general.

Opciones:

1 Completamente Insatisfecho

2 Insatisfecho.

3 Satisfecho 2012: 55.3% 2013: 63.8%

4 Completamente satisfecho. 2012: 43.6% 2013: 32.6% meta fue mejorar al menos un + 2% respecto al año anterior, los resultados son de - 11%

Como no se logró el resultado esperado, la acción fue eliminar 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 represente una mejora, mas sino un retroceso en la mejora continua.

Conclusión:

La auditoría se llevó a cabo de acuerdo con los lineamientos requerimientos de la UADY en la Dirección General de Desarrollo Académico en los procesos de Coordinación del Sistema de Licenciatura del en el marco de la norma ISO9001:2008 cláusulas relacionadas: 7.1, 7.2, 7.5, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5.

En general el proceso de selección muestra cumplimiento aceptable con mejoras en el último ciclo evaluado

Si embargo se identificó un incumplimiento en relación con el análisis de datos y las acciones enfocadas a mejorar la eficacia del sistema de calidad a través de los objetivos de calidad.
(Ver sección de no conformidades de éste reporte).

Auditor: Jorge de la Rosa

Procesos (para SGC): Servicio Social (R) (En la Dirección General de Desarrollo Académico)					
Métricos de desempeño:					
	Meta	2012	2013	2014-Jul.	
Atención a solicitantes que Requieren Servicio Social		100%	100%	100%	
Entradas:					
Alumnos que requieren hacer servicio social					
Salidas:					
Alumnos que cumplen con el servicio social					
Documentos/Registros:					
Procedimiento para registrar proyectos de Servicio Social. Código: P-DGDA-SAIE-01 Rev. 04					
Procedimiento para coordinar la evaluación de proyectos registrados Código: P-DGDA-SAIE-02 Rev. 04					
Procedimiento para certificar la conclusión del servicio social. Código: P-DGDA-SAIE-04 Rev. 03					
Notas de Auditoría: Se encontró conforme. La auditoría inicia con:					
<u>Registro de Proyectos de Servicio Social:</u>					
El proceso de registro inicia con el lanzamiento de la convocatoria a las instituciones del Sector Público (Incluyendo a la UADY) y Social, que es de 2 veces por año. Se audita la última realizada el mes de Mayo-2014. Se muestra la convocatoria en la página de la UADY del Departamento de Apoyo del Servicio Social. En donde se indica la función a cumplir: Formativa y de retribución social.					
Se establece el período de recepción: Del 1° al 20 de Mayo 2014, de 8:00 a 2:30 PM.					
En la página se incluye una sección de Requisitos:					
1. Llenado del formato de para Registro de Proyectos					
2. Instructivo de llenado.					
3. Registro de Proyectos (Solo el Formato)					
Emiré Alonzo Novelo – Responsable del Programa Institucional del Servicio Social					
Se reciben Proyectos de la UADY y Proyectos de Instituciones Públicas:					
La UADY cuenta con 15 Instituciones, se auditan proyectos de las siguientes:					
Centro de Investig. Regionales: Tiene 26 Proyectos se escoge uno					
Facultad de Economía: Tiene 14 proyectos se escoge uno					
Facultad de Química: Tiene 7 proyectos se escoge uno					
Arquidiócesis de Yucatán: Tiene 1 Proyecto se escoge uno					
Ayuntamiento de Mérida: Tiene 28 Proyectos se escoge uno					
		C.I.R	Fac. Economía	Fac. Química	
Arquidiócesis	Ayuntamiento				
No. Proyecto		445	524	479	
478	170				
Fecha:		05/2014	19/05/14	19/11/13	
20/05/14	20/11/12				
Institución	UADY	UADY	UADY	Arq.	
De Yucatán	Ayto.Mérida				
Dependencia	C. de I. R	F. Economía	F. Química	Parroq. S.F. de Asís	
Direc. D.Ub					
U. Receptora	Unid.Biomédica	U.Public.Periódic.	U.Espec.At.	C.C. Bienes Cult. A.S.	
Depto.P.Arq					
Justificación Proyecto	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme	
Conforme					
Objetivos Grales.	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme	
Conforme					
Acciones a realizar	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme	
Conforme					

Beneficiarios		Conforme	Conforme	Conforme
Conforme	Conforme			
Inducción		Conforme	Conforme	Conforme
Conforme	Conforme			
Supervisión		Conforme	Conforme	Conforme
Conforme	Conforme			
Resp. Del Prestador	Dra. Gzz. Loza	Lic. Albornoz	M.I.A. Novelo	Arq. Bojórquez
Aquelgo.Vicente				
Resp. Del proyecto	Dra. Gzz. Loza	Dr. Quintal	M.C. Rosas	Arq. Bojórquez
Aquelgo.Vicente				

Coordinación de la evaluación de proyectos registrados

Resp. De la Coordinación: Depto. De Servicio Social.

Resp. Evaluación de los proyectos: Representantes de Servicio Social de las Instituciones

- | Item | Actividad |
|------|--|
| 1. | Se evalúan al terminar el registro de la convocatoria. |
| 2. | Se evalúan de acuerdo a los perfiles |
| 3. | Los representantes del servicio social evaluarán los proyectos de acuerdo con los criterios e indicadores establecidos |
| 4. | Los servicios pueden ser o no ser aprobados |
| 5. | Calificación Mínima aprobatoria es de 70 Puntos. |
| 6. | Los proyectos registrados deberán evaluarse en grupos de 3 min. |
| 7. | Los proyectos unidisciplinarios deberán ser evaluados por el representante de la institución, + 2 evaluadores |
| 8. | Los proyectos Multidisc. E Interdiscip. Deberán ser evaluados por representante de la institución + 2 evaluadores |
| 9. | Los proyectos evaluado deben contener Nombre y firma de las personas que intervinieron en la evaluación |

El 21-05-2014 El Responsable del Programa Institucional del Servicio Social envía el oficio donde solicita el apoyo en las fechas del 26-30 de mayo-2014 para la revisión y aprobación de los proyectos registrados. Se incluye las firmas y Fechas de recibido de cada responsable de las Facultades de la UADY

Evidencias:

Item	445	524	479	478
170				
1	Periodo 2014	Período-2014	Periodo-2014	Periodo 2014
2	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme
3	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme
4	No	Si	Si	Si
5	56	79	86	84
6	4	4	3	3
7	4	4	3	3
8	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme
9	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme

Certificar la Conclusión

	FERP	AEJA	Alumnos CRTC	CGCK
EI PROISS				
EBFV				
No. De Matrícula	05106719	5003120	9007945	4002791
6003000				
Institución	Fac. IQ	F. Psicol.	F. Psicol.	F. Psicol.
F. Psicol				

Recepciona la documentac.	02/09/14	25/08/14	25/08/14	25/08/14	25/08/14
Verifica Cumplimiento Docs.	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme
Verifica Cumplimiento Datos	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme
Elabora Certificado (*)		En Proceso	28/08/14	28/08/14	28/08/14
28/08/14					
Entrega Certif. a la Pers.desig.(**)	N/A	En Proceso	En Proceso	En Proceso	En Proceso
(*) El Certificado se encuentra en proceso de elaboración (falta firma)					
(**) Los alumnos no han pasado a recoger su certificado					

Avance hacia la mejora continua

La evaluación de la satisfacción del cliente muestra niveles muy buenos en los últimos periodos evaluados.

Oportunidades de mejora

Coordinación del Sistema de Educación Media Superior

- ✓ Mejorar los criterios para los registros de los administradores nuevos antiguos.
- ✓ Mejoras la identificación de registros de carta compromiso electrónicas

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

Esta tabla se basa en la revisión de la Matriz del Historial 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 N/C repetitivas o tendencias)	<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.

(Comentarios detallados son requeridos para auditorías de Re-certificación; y para TODAS las auditorías de vigilancia realizadas durante el 2013 y 2014)

- resultados de auditorías previas incluyendo tendencias de no conformidades y comentarios sobre los últimos 3 años
- Durante el periodo se muestra un desempeño destacado con solo 1 no conformidad menor
- el desempeño histórico de la organización incluyendo objetivos y metas durante los últimos 3 años.

Coordinación del Sistema de Educación Media Superior (CSEMS)			
Objetivo	2014	2013	2012
Mantener anualmente un índice de satisfacción del 95%, entre satisfecho y completamente satisfecho en el Proceso de Selección de Aspirantes al Bachillerato.	98%	95.23%.	96%
Lograr anualmente un 90% de desempeño excelente en los administradores de prueba (EXANI I).	97%	Meta 80% 93.50%	Meta 80% 95%.
Mantener anualmente un 95% de desempeño de bueno a excelente en los coordinadores de sede, durante el Proceso de Selección de Ingreso al Bachillerato.	100%	Meta 100% 98 %	Meta 75% 100%
Alcanzar anualmente un 80% de respuestas afirmativas en el Instrumento de Indicadores de evaluación del sitio web en el Proceso de Selección al Bachillerato.	97%	Objetivo de nueva creación	
Lograr anualmente un 90% de atención a dudas o demandas (vía telefónica, personal o electrónica) a los usuarios en un máximo de 48 horas.	99.71%	Objetivo de nueva creación	
Coordinación del Sistema de Licenciatura (CSL)			
4. Lograr anualmente un 90% de atención a dudas o demandas (vía telefónica, personal o electrónica) a los usuarios en un máximo de 48 horas.	90.05%	Objetivo de nueva creación	
2. Lograr anualmente el 80% de satisfacción de los sustentantes considerando las categorías de "satisfecho" y completamente "satisfecho".	96.87%	98% 63.8+32.2	98.90% 55.3+43.6

3.Mantener por debajo del 20% anual el número de incidentes relacionados con la etapa de registro de aspirantes a licenciatura	12154 936 inid. 7.7%	Nuevo.	
5.Mantener anualmente el 80% a los Administradores de prueba evaluados con el nivel de desempeño "Excelente"	87.11%		

Registro de Asistencia

Reunión de apertura: Fecha: 09/01/2014 **Hora:** 8:30
(Compartida con proyectos 40836, 46401, 46403, 46404, 46415)
Reunión de cierre: Fecha: 09/05/2014 **Hora:**

Nombre	Puesto	Apertura	Cierre
MDO.Juan de Dios Pérez	Coord. de Planeación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Mtra. Luci Torres	Directora Fac. de Matemáticas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mtra. Celia Villanueva	Secretaría Administrativa F. Mat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dr. Guillermo Storey	Dir. Facultad de Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dr. Gabriel Paredes	RD de Facultad de Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lic. Pamela Azcorra	Facultad de Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mtra. Silvia Salas	Dir. Facultad de Enfermería	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtra. Lourdes Yam	RD Facultad de Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mtra. Ermila Moo	Auditorías Fac. Enfermería	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Q.B.A Sandra Villegas	RD CCBA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mtro. Marco Torres	Director CCBA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dra. Zulema Cantillo	Dir. Facultad de Química	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mtra. Martha Mena	RD Facultad de Química	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q.F.B. Giovanni Xool	Facultad de Química	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mtro. Gabriel Montero	Facultad de Química	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mtra. Julieta Guerrero	Dir. Facultad de Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtra. Yheni López	RD. Facultad de Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dra. Nubia Rivero	CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dr.Pedro González	RD CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dr. Mario Carrillo	Coord. General de Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lic. Julieta Guzmán	Coord. General de Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q.F.B. Pilar Rosado	CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mtra. Sally López	Fac. Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ing. Carlos Estrada	Coord. de Licenciatura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Brenda Gómez	CSL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carolina Castillo	CSES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erika Osorno	CSEM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mtra. Hilda Novelo	Sistema Bibliotecario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lic. Graciela Pastrana	Sistema Bibliotecario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mtro. Alberto Arellano	Sistema Bibliotecario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Físico Juan Herrera	CATI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mtra. Carmen Díaz	CATI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dra. Norma Pavia	CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dra. Ligia Vera	CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dr. Alfredo Dájer	Rector	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mtra. María Ortega	CIPLADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtro. Said Cárdenas	CIPLADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtro. Eder Pinto	CIPLADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lic. Paulina Martínez	CIPLADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lic. Cecilia Cárdenas	CIPLADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lic. Patricia Escoffié	CIPLADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Audit Matrix

Sitio Auditado:	Dir.Gral.de Desarrollo Académico-Coord.del Sist.de Edu.Media Sup	Fechas de Auditoría: 02-SEP-14 , 1.0 día(s)- auditor
Dirección:	Calle 60 Núm. 491 A x 57 Col. Centro Mérida, México	Equipo Auditor: Abel Hernandez
		Número total de empleados: 14 (incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)

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		R		R		Planear y Difundir el Proceso de Selección Generar Información de los Aspirantes Resguardar y Administrar Pruebas y Seleccionar Sustentantes Publicación, Revisión de Resultados y Generación de Información	A	A	A	A									A	A	N/A		A	N/A	A	A	A	A		
A		R		R		Preparar Recursos Humanos y Materiales para el Nivel Medio Superior	A	A							A	A														
Número Total de No conformidades →																														

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:	Dir.Gral de Desarrollo Académico- Coord. del Sist. de Licenciatura	Fechas de Auditoría: 01-SEP-14 - 03-SEP-14 4.0 día(s)- auditor
Dirección:	Calle 60 Núm. 491 A x 57 Col. Centro Mérida, México	Equipo Auditor: Abel Hernandez Jorge de La Rosa Tapia
		Número total de empleados: 5 <i>(incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)</i>

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						Resultados de Auditoría Actuales																										
A		R		R		Planear y Difundir el Proceso de Selección Generar Información de los Aspirantes Resguardar y Administrar Pruebas y Selección Sustentantes Publicación, Revisión de Resultados y Generación de Información	A	A	A	A								A	A	N/A		A	N/A	A	A	A	A	A				
A		R		R		Preparar Recursos Humanos y Materiales para el Nivel Superior	A	A						A	A																	
Número Total de No conformidades →																																

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

S6																							
S12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	N/A	0	0	N/A	0	0	0	0	0
S18																							
S24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	N/A	0	0	N/A	0	0	0	0	0
S30																							
Renovación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	N/A	0	0	N/A	0	0	0	1	0
Total N/C por Cláusula	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	N/A	1	0	N/A	0	0	0	1	0

Planeación de Auditoría

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Certificado No. 46403

Con el propósito de asegurar una planeación apropiada de auditoría, favor de completar esta forma y enviarla por correo electrónico al Auditor Líder, a fin de que pueda elaborarse la agenda de auditoría.

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 95%, entre satisfecho y completamente satisfecho en el Proceso de Selección de Aspirantes al Bachillerato.	95%	Se logró el 98% de Satisfacción General.	En el 2013 se logró el 95.04% de Satisfacción General, este año superamos por un 3%.
Lograr anualmente un 90% de desempeño excelente en los administradores de prueba (EXANI I).	90%	Un 90 % evaluó a los administradores como Excelente.	El año pasado se cumplió con un 93.5% de administradores como Excelente, hubo una baja de 3% que se explica porque este año se seleccionaron a muchos administradores nuevos.
Mantener anualmente un 95% de desempeño de bueno a excelente en los coordinadores de sede, durante el Proceso de Selección de Ingreso al Bachillerato.	95%	El 100% de los coordinadores de sede obtuvieron un puntaje de Bueno y Excelente.	Permaneció estable el resultado debido a que se conservaron los coordinadores de sede y se les otorgó retroalimentación del Proceso de selección anterior.
Alcanzar anualmente un 80% de respuestas afirmativas en el Instrumento de Indicadores de evaluación del sitio web en el Proceso de Selección al Bachillerato.	80%	Se cumple con el 97% de respuestas afirmativas en el Instrumento de Indicadores de evaluación del sitio web en el Proceso de Selección al Bachillerato.	Objetivo de nueva creación
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%		Objetivo de nueva creación. Resultados referidos del PS 2013, ya que el examen del PS 2014 se realizó el sábado 31 de mayo y el análisis de resultados inicia a partir del 13 de agosto que se termina la última etapa del PS.
Coordinación del Sistema de Licenciatura (CSL)			
Lograr anualmente un 90% de atención a dudas o demandas (vía telefónica, personal o electrónica) a	90%		Al corte del 30 de junio, se recibieron 2061 incidentes, de los cuales 1856 fueron atendidos dentro del plazo de

los usuarios en un máximo de 48 horas.		90.05%	48 horas. Se identificó que el porcentaje restante, se atendieron en mayor tiempo ya que fueron ingresados en período vacacional o períodos críticos, relacionados con los cierres de etapas del proceso.
Lograr anualmente el 80% de satisfacción de los sustentantes considerando las categorías de "satisfecho" y completamente "satisfecho".	80%	96.875%	
Mantener por debajo del 20% anual el número de incidentes relacionados con la etapa de registro de aspirantes a licenciatura	Menor al 20%	(937 incidentes / 12155 usuarios) 100 = 7.70%	
Mantener anualmente el 80% a los Administradores de prueba evaluados con el nivel de desempeño "Excelente"	80%	87.11%	
Coordinación del Sistema de Desarrollo Humano (CGDH)			
Mantener anualmente el 80% de satisfacción de los participantes de los cursos de capacitación.	80%	93.67% se encuentran satisfechos, superando la meta en un 13.67%	Objetivos del 2014
Impartir anualmente por lo menos 22 cursos de capacitación	22 cursos	27.27%	Objetivos del 2014
Mantener anualmente el 80% de satisfacción de los participantes de los cursos de capacitación.	80%	Un 93.3% de los participantes se encuentran satisfecho con los cursos de capacitación, superando la meta en un 13.3%.	Objetivos del 2013 (<i> fueron cambiados en el 2014</i>)
Incrementar anualmente un curso de capacitación, con respecto a la oferta de cursos impartidos en el año anterior.	Un curso	Se impartieron 25 cursos, superando la meta en un 8.06%	Objetivos del 2013 (<i> fueron cambiados en el 2014</i>)
Mantener durante 2013 en 404 el número de trabajadores que participen en los cursos de capacitación.	404 participantes	Asistieron un total de 473, sobrepasando la meta en un 17.07%	Objetivos del 2013 (<i> fueron cambiados en el 2014</i>)
Coordinación General de Desarrollo Financiero (CGDF)			
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	95%	93%	Los resultados del 93% de satisfacción de los usuarios de la encuesta aplicada en el año 2013, fueron considerados las observaciones obtenidas para la mejora de los procedimientos en programación e implantación dentro del Sistema Institucional de Información (SII) y para la simplificación de la operatividad de los mismos.
			Se considera como sugerencia que el objetivo deberá de quedar

Alcanzar anualmente 85%de la eficiencia en todos y en cada uno de los procedimientos de la Dirección General de Finanzas	85%	55.14%	de la siguiente manera; "Alcanzar anualmente el 85% de eficiencia en el total de los procedimientos de la Dirección General de Finanzas". Los resultados reales de la eficiencia de los procedimientos en su totalidad podrán ser medidos al cierre del año 2014. Actualmente los nuevos procedimientos se encuentran en implantación y respectivos cambios, por tanto los indicadores podrán sufrir alguna modificación. El resultado actual deberá elevar su calificación al momento que se integren los resultados de los procedimientos faltantes por medir al finalizar el año.
Coordinación General de Servicios Escolares			
Lograr la solución de al menos el 95% de incidencias de control escolar recibidas de las dependencias, en máximo 5 días hábiles	95%	N/A	El procedimiento de Atención de Incidencias en el SICEI se implementó en abril de 2014.
Lograr que al menos el 95% de los expedientes de primer ingreso de cada período lectivo de cada centro docente, sean verificados en máximo tres días hábiles.	95%	Se logró día el 100% de los 444 expedientes recibidos	El monitoreo es semestral
Cubrir semestralmente sin error el 95% de las fotografías tomadas en los centros docentes, a los alumnos de nuevo ingreso.	95%	En el primer periodo se tomaron 5736 fotografías de las cuales 5 fotos salieron erróneas lo que representa el 0.08% del y con esto se logró el 99.92% de las fotografías correctas. En el segundo periodo se tomaron 421 fotografías de las cuales 0 fotos salieron erróneas lo que representa el 100% de las fotografías correctas	El monitoreo es semestral
No exceder más de un 10% semestralmente las solicitudes rechazadas de afiliación del IMSS.	10%	En el período agosto 2013- enero 2014, fueron 991 solicitudes recibidas de los centros docentes, de los cuales 921 fueron aceptadas (70 solicitudes	El monitoreo es semestral

		rechazadas) en el IMSS y esto representa el 92.93% de solicitudes aceptadas. En el período febrero-mayo 2014 fueron 118 solicitudes recibidas de los centros docentes, de los cuales los 118 fueron aceptados en el IMSS y esto representa el 100% de solicitudes aceptadas.	
Mantener cada año, que el 90% de los usuarios, manifiesten resultados buenos o excelentes respecto al servicio recibido.	90%	97%	
Tener disponible el 95% de los oficios de revalidación de estudios de tipo medio superior y superior para entrega al usuario, en un lapso máximo de 24 y 72 horas respectivamente (días hábiles), a partir del pago de los derechos arancelarios correspondiente.	95%	100%	
Mantener anualmente el 90% de excelente y bueno la satisfacción del usuario.	90% de satisfacción	94%	Se ha logrado mantener la calificación por arriba del 90% en los rubros de excelente y bueno los resultados de satisfacción del usuario desde inicios del presente año.
Mantener anualmente los Servicio No Conformes (títulos con error) en un 2% máximo.	Máximo 2% de títulos con error	El año anterior se tuvo un porcentaje del 1% de títulos con error, en el presente año se tiene hasta la fecha un porcentaje del 0.96% PNC.	Se mantiene el margen del máximo al 2% de producto no conformes o título con error.
Mantener la entrega del 90% de trámites en un tiempo no mayor a 80 días hábiles desde su recepción.	Máximo 2% de títulos con error	Se tiene un porcentaje del 99.81% de trámites entregados en el tiempo establecido	Los resultados anteriores son tomados del primer trimestre de año, ya que el segundo trimestre aún está en fechas de espera a que los títulos lleguen de México.
Sistema de Atención Integral al Estudiante (SAIE)			
Mantener anualmente el 8% el número de proyectos no aprobados, registrados semestralmente en el Programa Institucional de Servicio Social	8%	Primer Periodo de 2014- 2.71% Segundo Periodo de 2014- 2.05%	
Mantener anualmente en un 95% el tiempo de elaboración de Certificados en un lapso de 3 días hábiles	95%	Resultados 13 de enero de 2015	Estos objetivos son nuevos y se documentaron en el 2014 los resultados se tendrán en el 2015.

Indexar sin errores durante el 2014 el 50% de los documentos de servicio social del año 1940 a la fecha	50%	Resultados 13 de Enero de 2015	Estos objetivos son nuevos y se documentaron en el 2014 los resultados se tendrán en el 2015.
Mantener anualmente en un 80% el nivel de satisfacción del usuario entre muy bueno y excelente, en la entrega de certificado del Servicio Social	80%	Resultados 13 de enero de 2015	Estos objetivos son nuevos y se documentaron en el 2014 los resultados se tendrán en el 2015.
FEDU – Servicio social Tizimín, Servicio social, Contabilidad, Administración de documentación de personal			
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%	El objetivo de mantener en un 90% el grado de satisfacción de los prestadores de servicio social se superó alcanzando el 100%	se trabajaron los objetivos de calidad abarcan hasta el mes de mayo. Las evaluaciones de satisfacción se implementaron a partir de marzo. 2014
Entregar en un máximo de diez días hábiles, a partir de la fecha de preasignación, la carta de asignación al 90% de los prestadores de Servicio Social en los periodos establecidos para ello.	90%	El objetivo de entregar en un máximo de diez días hábiles, a partir de la fecha de preasignación, la carta de asignación al 90% de los prestadores de servicio social se superó alcanzando el 100%	
Mantener en un 80% al semestre el grado de satisfacción de los usuarios del área Contabilidad.	80%	El objetivo de mantener en un 80% el grado de satisfacción de los usuarios del área de Contabilidad se superó alcanzando el 99.38%	
Mantener en un 80% al semestre el grado de satisfacción de los usuarios del área Control Escolar.	80%	El objetivo de mantener en un 80% el grado de satisfacción de los usuarios del área de Contabilidad se superó alcanzando el 100%	
Mantener en un 80% al semestre el grado de satisfacción de los usuarios del área Administración de Documentación de Personal.	80%	El objetivo de mantener en un 80% el grado de satisfacción de los usuarios del área de Contabilidad se superó alcanzando el 100%	

FENF – Departamento de servicio social, Control escolar, Contabilidad, Área de administración de personal			
Obtener la Certificación ISO 9001:2008 del Sistema de Gestión de Calidad de la Facultad de Enfermería en el segundo semestre del 2014.	Obtener la Certificación	En proceso	
Alcanzar y mantener al menos el 85% del Índice de Satisfacción anual de los usuarios que reciben los servicios e la Facultad de Enfermería.	85%	95.9%	
Alcanzar y mantener una calificación promedio de al menos 85 puntos, de los estudiantes que concluyen los Campos Prácticos.	85 puntos	91.7	
Participar anualmente con la Comunidad en al menos dos actividades de promoción y educación para la salud.	Dos eventos	100%	

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:	CSEMS: 185 CSL: 20 CSDH: 19 CGDF: 5 CGSE: 24 SAIE: 3 FEDU: 0 FENF: 0
3-2 Situaciones significativas con clientes /quejas,	CSEMS: El total de problemas resueltos hasta el momento son de 185 de las cuales 14 no podían agenda visitas al BIC en el Sistema de Información del proceso de Selección (SIPS), 57 tuvieron su referencias bancaria incorrecta, 12 errores de validación en el CURP, 1 cambio de usuario y contraseña incorrectas, 78 cambios de correo electrónico, 23 cambios de datos incorrectos, 1 cruce de folios. CSL: Se registraron 20 quejas entre febrero y el mes de junio, y todas ellas se refieren a sólo dos etapas de las 11 del proceso; Considerando que en estas dos etapas se trabajó con 12155 usuarios, 20 quejas no representan ni el 1%. Cuatro de las 20 quejas permiten identificar que los usuarios no se ocuparon de informarse correctamente; 6 de ellos tenían problemas de conectividad ajenos al SIPS o al proceso en sí. CSDH: quejas por el cambio de horario de los cursos. CGDF: Debido a que no las Facultades realizan las trasferencias de pago, no se especifica el número de documento al cual corresponde el importe, lo cual ocasiona confusión al momento

	<p>de relacionar las transferencias con la factura correspondiente.</p> <p>CGSE: El departamento de Control Escolar de las Facultades no proporcionan información adecuada y amable del proceso de titulación; la página de titulación no se encuentra diariamente actualizada con la lista de los trámites listos y los que se encuentran en proceso; el tiempo del trámite de 4 meses es considerado muy tardío para los usuarios.</p> <p>SAIE: La situaciones están relacionadas con 3 observaciones de usuarios en las que mencionan errores en el nombre de su proyecto y en el perfil solicitado.</p>
<p>3-3 Situaciones internas de desempeño</p>	<p>CSEMS: Durante este Proceso de Selección al bachillerato (curso 2014-2015), el sistema reportó 4952 usuarios generados de los cuales 4383 pagaron el examen, 4243 presentaron finalmente y finalmente se seleccionaron 3172 estudiantes aceptados.</p> <p>CSL: La medición de los valores relacionados con los objetivos de calidad, nos permiten observar que el proceso cumplió con sus expectativas.</p> <p>CSDH: Se hicieron ajustes a los horarios de cursos, ahora pueden ser en dos turnos matutino y vespertino, en el 2014 se han impartido 6 cursos hasta mayo.</p> <p>CGDF: Promedio total de los artículos que se compraron por el SII, todos los periodos superan la meta límite de 80. Del presupuesto solicitado se autorizó el 97%, por lo que se requiere realizar una reducción de un 3% en el ejercicio del recurso hasta el mes de Marzo. El 97% del recurso autorizado fue asignado a las dependencias de acuerdo a lo planteado en su Programa de Trabajo Anual, hasta el mes de Marzo 2014; el 100% de los recursos recibidos fueron asignados en un promedio de 8 días para el oportuno ejercicio del recurso, hasta el mes de Marzo; se encuentran aprobado y dictaminado los informes financieros correspondientes al Primer Trimestre del año 2014.</p> <p>CGSE: En el 2013 hubo 1985 solicitudes para revalidaciones de estudio y se atendieron 1985 (el 100%). De enero a mayo del 2014 hubo 27 solicitudes y se atendieron 27 (el 100%). Títulos impresos este año 1347.</p> <p>SAIE: Proyectos no aprobados, en el primer periodo de 2014, 14 de 515 proyectos no fueron aprobados y para el segundo periodo de 2014, 11 de 525 proyectos no fueron aprobados.</p> <p>FEDU: Rotación de personal</p>
<p>3-4 Situaciones de aspectos ambientales o situaciones de peligros OHSAS</p>	<p>N/A</p>

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. 62 x 55 y 57 Col. Centro	# of Emp.	2	Sitio 2 Dirección :	Coordinación del Sistema de Licenciatura calle 60 x 57 No. 491 A colonia Centro.	# of Emp. 5 tiempo completo 9 tiempo parcial
Sitio 3 Dirección :	Coordinación del Sistema de Desarrollo Humano c. 62 x 55 y 57 Col. Centro	# of Emp.	1 tiempo completo 2 temporales	Sitio 4 Dirección :	Coordinación General de Servicios Escolares c. 62 x 55 y 57 Col. Centro	# of Emp. 14
Sitio 5 Dirección :	Sistema de Atención Integral al Estudiante c. 62 x 55 y 57 Col. Centro	# of Emp.	3	Sitio 6 Dirección :	Faculta de Educación Control Escolar Calle 41 S/N por 14 Col. Industrial ex terrenos del Fénix	# of Emp. 4
Sitio 7 Dirección :	Faculta de Educación Contabilidad Calle 41 S/N por 14 Col. Industrial ex terrenos del Fénix	# of Emp.	5	Sitio 8 Dirección :	Faculta de Educación Administración de documentación de personal Calle 41 S/N por 14 Col. Industrial ex terrenos del Fénix	# of Emp. 1
Sitio 9 Dirección :	Faculta de Educación Servicio social Calle 41 S/N por 14 Col. Industrial ex terrenos del Fénix	# of Emp	1	Sitio 10 Dirección :	Faculta de Educación Servicio social Tizimín Calle 48 s/n Tizimín	# of Emp 1
Sitio 11 Dirección :	Faculta de Enfermería Coordinación de Programas Educativos Calle 90 s/n entre 59 y 59 A espaldas del Hospital O'Horan	# of Emp	4	Sitio 12 Dirección :	Faculta de Enfermería Servicio Social Calle 90 s/n entre 59 y 59 A espaldas del Hospital O'Horan	# of Emp 2
Sitio 13 Dirección :	Faculta de Enfermería Contabilidad Calle 90 s/n entre 59 y 59 A espaldas del Hospital O'Horan	# of Emp	2	Sitio 14 Dirección :	Faculta de Enfermería Control Escolar Calle 90 s/n entre 59 y 59 A espaldas del Hospital O'Horan	# of Emp 2
Sitio 15 Dirección :	Faculta de Enfermería Administración de Personal Calle 90 s/n entre 59 y 59 A espaldas del Hospital O'Horan	# of Emp	2	Sitio 16 Dirección :	Coordinación General de Desarrollo Financiero c. 62 x 55 y 57 Col. Centro	# of Emp 73

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 del Sistema 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 am	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	8:00am	3:30pm	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 Martes 9:00 Miércoles 9:00 Jueves 9:30 Viernes 9:00	16:30 18:00 17:00 19:30 15:00	Matutino	Lunes 9:30 Martes 7:00 Miércoles 7:30 Jueves 7:00 Viernes 8:00	17:30 15:30 15:30 15:30 14:30
Nombre del sitio	FENF- Coordinación de Programas Educativos		Nombre del sitio	FENF- Servicio Social	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino Vespertino	8:00	20:00	Matutino Vespertino	8:00	20:00
Nombre del sitio	FENF- Contabilidad		Nombre del sitio	FENF- Control Escolar	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino Vespertino	8:00	20:00	Matutino Vespertino	8:00	20:00
Nombre del sitio	FENF - Administración de Personal		Nombre del sitio	Coordinación General de Desarrollo Financiero	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino Vespertino	8:00	20:00	Matutino	8:00	15:30

6. Cambios al alcance de certificación	
Cambio significativo en la frase del alcance	Cambios en la línea de productos

<p>Cambio / adición / eliminación de sitio(s)</p>	<p>Cambio de nombre / propiedad</p>
<p>Incremento/decremento en el número de empleados comparado con el número de empleados declarados en la Carta de Confirmación</p>	<p>Modificación de actividades (para certificados multi-sitios)</p>

	Cambio en Aspectos/Peligros Significativos (Únicamente EHS)			Otros
Detalles del cambio: Ninguno				

7. Listar las fechas de cualquier auditoría interna y revisiones por la dirección desde la última auditoría de ABS, incluyendo cualquier acción significativa o acciones correctivas	
Fecha de la Rev. Directiva	Líneas de acción & Acciones correctivas
29 octubre 2013	No se establecieron acuerdos relacionados con los procesos de éste proyecto.
30 enero 2014	Revisar la propuesta de la Política de Gestión y en su caso enviar a CIPLADE comentarios y/o observaciones. (CSEMS, CSL, CSDH, CGDF, CGSE, SAIE)
18 de marzo 2014	<p>FEDU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complementar la información de los gráficos de áreas con el número de usuarios profesores, alumnos y personal administrativo. • Revisar con el área de Servicio social la información de los gráficos así como la redacción del cumplimiento del objetivo de calidad. • Revisar la información de la evaluación que realizó el CEPPE a los programas de licenciatura y complementarla. • Enviar a las autoridades de la FEDU un ejemplo del formato de evaluación de satisfacción del usuario que administra a sus usuarios una de las áreas que forman parte del alcance del SGC. • Elaborar un documento en el que se especifique la metodología que han establecido e implementado para obtener y utilizara la información de las evaluaciones de satisfacción del usuario así como la metodología para atender sugerencias y quejas. • Revisar las evaluaciones de satisfacción al usuario y en caso de encontrar alguna mejora se hace la modificación y publicarlo. • Dar seguimiento a las fechas y la logística para el traslado de las áreas del alcance del SGC al Campus de Ciencias Sociales. • Incluir como parte de la información a presentar en las reuniones de la revisión de la dirección la clasificación de los servicios con base en el tipo de usuario atendido así como los programas educativos. • Revisar el objetivo de actas de calificaciones calidad de control escolar.
30 junio 2014	<p>FEDU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar reunión de trabajo para realizar acuerdo con respecto a las solicitudes emergentes de exámenes de Posgrado con las autoridades de la FEDU, Coordinadores de programas de posgrado y control escolar.
23 de mayo de 2014	<p>FENF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agregar en la agenda de la reunión la revisión de la política de gestión, así como la sección de conclusión y de acuerdos. • Agregar en la presentación, el Programa Anual de Auditorías Internas 2014 y Plan de Auditoría Interna AI14-FENF-01 • Incluir en las graficas de satisfacción de usuarios las quejas y felicitaciones, el promedio general del área. • A partir del análisis de datos identificar acciones correctivas, preventivas y de mejora. • Agregar el folio de las acciones en las diapositivas en donde se haga mención. • Integrar a la información presentada en las graficas un comparativo con periodos anteriores para determinar la tendencia. • Incluir en el Próximo curso de inducción de estudiantes de nuevo ingreso la socialización del SGC. • Incluir en el próximo curso de inducción de Servicio Social la socialización del procedimiento para la aprobación del protocolo de investigación de Nivel Licenciatura. • Socializar el proyecto de ampliación y modernización de la Facultad a fin de informar oportunamente a los estudiantes a cerca de los cambios de la

	reubicación temporal de las áreas, servicios que se ofrecen y horarios de atención. • Socializar la política del SGC a través de medios de comunicación.
Fecha de la Auditoría interna	Líneas de acción & Acciones correctivas
17 al 26 de febrero 2014 Folio AI14-ADMC-01	CSDH: No reportan no conformidades CGDF: AC14-07 y AC14-08.
10 al 18 de marzo de 2014 Folio AI14-ADMC-02	CSEMS: No se detectaron NC CSL: No se detectaron NC CGSE: No se detectaron NC SAIE: AC14-09
08 mayo 2014 Folio AI14-FEDU-01	AC14-FEDU-CC-01, AC14-FEDU-CC-02, AC14-FEDU-CC-03, AC14-FEDU-CE-02, AC14-FEDU-CE-03, AC14-FEDU-SAD-03, AC14-FEDU-SAD-04, AC14-FEDU-SAD-05
Junio 2014 Folio AI14-FENF-01	AC-14-FENF-CC-01, AC-14-FENF-CC-02, AC-14-FENF-CC-03

8. Equipo de Protección Personal Requerido	N/A
---	-----

9. Favor de listar los requerimientos legales y regulatorios relevantes dentro del alcance del sistema de gestión.
CGDF: <ul style="list-style-type: none"> • Ley General de Contabilidad Gubernamental • Ley del Presupuesto y Contabilidad Gubernamental del Estado de Yucatán. • Código Fiscal de la Federación, Artículo 30. • Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento.

10. Contestar por clientes que realizan proyectos fuera de sitio que están incluidos dentro del Alcance de Certificación (por ejemplo: construcción, Administración de proyectos, etc).

Número total de proyectos activos:								
Tipo de Proyecto	Ciudad, Estado	Actividades	Número total de empleados	Fechas de Proyecto	¿Se administran Sub contratistas en el sitio?	¿Aplican requerimientos específicos de cliente?	¿Se utiliza equipo que requiere licencia?	¿Aplican requerimientos legales / regulatorios?
					S / N	S / N	S / N	S / N
					S / N	S / N	S / N	S / N
					S / N	S / N	S / N	S / N
					S / N	S / N	S / N	S / N
					S / N	S / N	S / N	S / N

Representante del cliente:	Paulina Martínez Navarrete	Fecha:	14 julio 2014
-----------------------------------	-----------------------------------	---------------	----------------------

Para uso exclusivo del Auditor Líder de ABS:

¿El número de empleados fue proporcionado para cada sitio listado en el Certificado de ABS QE que está programado para ser auditado?
 Si No
 Si la respuesta es "No" a la pregunta de arriba, favor de contactar al cliente para conocer el número de empleados.

¿El número de empleados provisto concuerda con el número de empleados listado en la Carta de Confirmación?
 Si No
 Si la respuesta es "No" a la pregunta de arriba, favor de contactar a la oficina de ABS QE para recibir instrucciones.

ABS QE Auditor Líder: Abel Hernández Fecha: 05 Sep 2014

Plan de Auditoría No: QE - 46403 - 1/36 – R/X

Organización: **Universidad Autónoma de Yucatán**

Fecha de envío
del plan de
auditoría al
cliente:

19 Ago 2014

Equipo
Auditor:

Abel Hernandez - Auditor Líder,
Jorge de La Rosa Tapia
Aimee Avila Delgado
Jorge Mendez
Magdiel Martinez Quiroga

Contacto: **Paulina Martinez**

Tel: **52 999 9231495**

Fechas de Auditoría: **09/01/2014 - 09/03/2014 R**
Fechas de Auditoría: **09/01/2014 - 09/05/2014 X**

Duración de auditoría: **4.0 día(s) auditor**
Duración de Auditoría: **6.5 día(s) auditor**

Norma(s) a auditar: **ISO 9001:2008**

Número total de empleados: **130**

Código(s) IAF/NACE: **35/74.1 35/74.8**

Alcance de Certificación: *Provisión de servicios escolares, selección de aspirantes, gestión del servicio social, provisión de servicios financieros, materiales y humanos.*

Provision of school services, applicant's selection, social service management, 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.
- **Revisar el Desempeño del Sistema durante los pasados 3 años** (Auditoría de Recertificación)
- Verificar la Implementación del SGC en los nuevos sitios a ser incluidos (Auditoría de Extensión de Alcance)

Auditor	Lun 1		Mar 2		Mie 3		Jue 4		Vie 5	
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Abel Hernández (AH)	R-Rectoría – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo		R-Dir.Gral.de Desarrollo Académico-Coord.del Sist.de Edu.Medía Sup		R-Dir.Gral de Desarrollo Académico-Coord. del Sist. de Licenciatura		X-Rectoría – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo		X-Fac. de Educación-Sría Académica Servicio Social	
Aimeé Ávila (AA)								X-Fac. de Educación -Sría Administrativa Adm'n de documentación de personal		
Jorge Méndez (JM)									X-0.75-Fac. de Enfermería-Sría Administrativa Contaduría	
Jorge de la Rosa (JR)	X-Fac. Enfermería-Sría Académica Depto de Servicio Social	X-Fac. Enfermería-Sría Administrativa Control Escolar			R-Dir. Gral de Desarrollo Académico - Departamento del sistema de atención integral al estudiante		X-Fac. de Educación-Sría Académica Servicio Social <u>Tizimin:</u>	X-Fac. de Educación-Sría Administrativa Control Escolar	X-Fac. de Educación-Sría Administrativa Contabilidad	
Magdiel Martínez (MM)									X-0.75 Fac. de Enfría-Admn de Personal	

Día/Hora	Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>	
Auditores	Abel Hernández	Jorge de la Rosa
Día 1 8:00	Llegada	
8:30 - 09:00	Reunión de Apertura Verificación de procesos y de todos los lugares donde éstos ocurren (QMS)	
9:-00 -09:30 Traslado 9:30 a 12:00	Revisión documental Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo (R) Manual de Calidad y procedimientos Uso de las marcas de certificación Cambios a la organización Objetivos/Metas/Mejora Continua de la Facultad de Educación.-X <u>Incluir Fac. 46404 Tec Inf. Jorge Mendez</u> Revisión de la Dirección Revisión de indicadores, análisis de datos Decisiones y Acciones	Revisión documental X-Fac. Enfermería: Sría Académica Depto de Servicio Social Procedimientos relacionados Objetivos/Metas/Mejora Continua
12:00- 13:00		Realización del Servicio: X-Fac. Enfermería-Sría Académica Asignación de proyectos, Supervisión y Conclusión de servicio social
13:00-14:00	Comida	

14:00 – 15:30	Administración del SGC Auditorías Internas- <i>Fac. Educación</i> (<i>Planeación, ejecución y seguimiento</i>) Acciones Correctivas Preventivas	Realización del Servicio: <i>X-Fac. Enfermería-Sría Administrativa-Control Escolar</i> Inscripción y Re-inscripción, Expedición de documentos
15:30 – 16:00	Junta resumen	

Día/Hora	Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>	
Audidores	Abel Hernández	
Día 2 8:00	Llegada	
8:-30 - 12:30	R-Dir.Gral.de Desarrollo Académico-Coord.del Sist.de Edu.Medía Sup - UADY Planear y Difundir el Proceso de Selección Generar Información de los Aspirantes Resguardar y Administrar Pruebas y Seleccionar Sustentantes la Publicación, Revisión de Resultados y Generación de Información	
12:30-13:30	Comida	
13:30 – 15:30	R-Dir.Gral.de Desarrollo Académico-Coord.del Sist.de Edu.Medía Sup.. Continua - UADY Preparar Recursos Humanos y Materiales para la Administración de Pruebas de Nivel Medio Superior	
15:30 – 16:00	Junta resumen	

Día/Hora	Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>	
Audidores	Abel Hernández	Jorge de la Rosa
Día 3 8:00	Llegada	
8:-30 -12:30	R-Dir.Gral de Desarrollo Académico- Coord. del Sist. de Licenciatura -UADY Planear y Difundir el Proceso de Selección Generar Información de los Aspirantes Resguardar y Administrar Pruebas y Seleccionar Sustentantes Publicación, Revisión de Resultados y Generación de Información Preparar Recursos Humanos y Materiales para el Nivel Superior	R-Dir. Gral de Desarrollo Académico - Departamento del sistema de atención integral al estudiante. registrar proyectos de servicio social coordinar la evaluación de proyectos registrados
12:30-13:30	Comida	
13:30 – 15:30	R-Dir.Gral de Desarrollo Académico- Coord. del Sist. de Licenciatura ... continua Preparar Recursos Humanos y Materiales para el Nivel Superior	R-Dir. Gral de Desarrollo Académico - Departamento del sistema de atención integral al estudiante... continua certificar la conclusión del servicio social
15:30 – 16:00	Junta resumen	

Día/Hora	Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>		
Audidores	Abel Hernández	Aimeé Avila	Jorge de la Rosa
Día 4 8:00	Llegada		
8:-30 -15:00	X-Rectoría – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo -UADY Administración del SGC Control de Documentos Control de Registros		<i>Traslado a Tizimin</i> 8:00 a 10:30 Realización del Servicio: X-Fac. de Educación-Sría Académica-Servicio Social <u>Tizimín</u>

	Control de Producto No Conforme Revisión por la Dirección (13:00 hrs) Revisión de Objetivos Análisis de datos Decisiones y Acciones		Asignación de proyectos, Supervisión y Conclusión de servicio social.
13:30 – 15:30	X-Rectoría –13:00 hrs. Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo Administración del SGC Revisión por la Dirección Satisfacción del Cliente Revisión de Objetivos de Calidad (últimos 3 años)	X-Fac. de Educación-Sría Administrativa Adm'n de documentación de personal. (Tarde-13:00 -15:30) Gestión de la contratación de docentes y becarios de nuevo ingreso Gestión de prestaciones y solicitud de pago de suplencias	
15:30 – 16:00	Junta resumen		

Día/Hora	Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>			
Audidores	Abel Hernández	Jorge de la Rosa	Jorge Méndez	Magdiel Martínez
Día 5 8:00	Llegada			
8:-30 -10:30	X-Fac. de Educación-Sría Académica - Servicio Social Asignación, liberación y trámite de certificado de servicio social	X-Fac. de Educación-Sría Administrativa Control Escolar Inscripciones y reinscripciones a licenciatura y posgrado Expedición de documentos oficiales Registro y control de calificaciones de exámenes ordinarios Gestión de exámenes profesionales, de especialización y de grado	X-0.75-Fac. de Enfermería-Sría Administrativa Contaduría Compras directas de material y equipo de laboratorio y Pago a proveedores	X-0.75 Fac. de Enfermería-Admón. de Personal Contratación del personal académico vía nómina
10:30-13:30	X-Fac. de Educación-Sría Administrativa Contabilidad Adquisiciones y Control de materiales Pago a proveedores Cobranza de servicios	Trámite de expedición y registro de títulos, diplomas, grados y cédulas Trámite, registro y control de exámenes extraordinarios y especiales (Apoyo Jorge de la Rosa)	Fac. de Enfermería-Dirección Revisión con la Dirección (14:00 hrs) Análisis de datos y Mejora	Fac. de Enfermería-Admón. de Personal Reclutamiento y selección de personal académico
13:30-14:30	Comida			
14:30 – 16:30	Reunión de Auditores y desarrollo de reporte			
16:30 – 17:00	Junta 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 envío de acciones correctivas

- Completar y enviar la(s) forma(s) de Acción Correctiva adjuntas para todas las no conformidades identificadas
- Enviar un correo electrónico a: **El Auditor Líder y oficina local de ABS.**
- *Para auditorías de Re-Certificación las Respuestas de Acciones Correctivas deben ser enviadas con suficiente 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.

Requerimientos específicos para el Programa TS 16949:

- Para no conformidades **MAYORES** los puntos 1 y 2 deben ser enviados a ABS QE dentro de los **20 días** posteriores a la fecha de la junta cierre, y los puntos 3 y 4 (de abajo) dentro de los **60 días** posteriores a la fecha de la junta de cierre.
- Para no conformidades menores, los puntos 1 al 4 deben ser enviados dentro de los **60 días** posteriores a la fecha de la junta de cierre.
- Las respuestas de acciones correctivas deben incluir:
 1. Evidencia objetiva de las actividades de corrección/contención, como sea aplicable.
 2. Causa raíz, incluyendo la metodología utilizada, análisis y resultados.
 3. Acciones correctivas sistémicas implementadas con evidencia objetiva de implementación para eliminar cada no conformidad, incluyendo la consideración del impacto en otros procesos y productos similares.
 4. Verificación de la efectividad de las acciones correctivas implementadas

De acuerdo a las Reglas Sección 5.11.3 No Conformidad Mayor requiere de verificación en sitio de la acción correctiva y la Sección 8.3 No Conformidad Mayor en auditoría de Vigilancia o re-certificación resulta en recomendación de Suspensión del Certificado.

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.

<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 continua sostenida.</i></p>		

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

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ
<p><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></p>

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