

Reporte de Auditoría No: QE - 46403 - 2/36 - R

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Contacto: Paulina Martinez

Teléfono: 52 999 9231495

Norma(s): ISO 9001:2008

Duración: 4.0 día(s) auditor

Fecha de reporte: 06/22/2017

Fechas de auditoría: 06/19/2017 - 06/22/2017

Código(s) IAF/NACE: 35/74.1 35/74.8

Número total de empleados verificados en sitio: 117

Miembro (s) del Equipo Auditor Gil Ochoa - Auditor Líder

Alcance de Certificación: *Provision and management of school services, applicant's selection, and provision of financial and material resources services.*

Provisión y gestión de servicios escolares, selección de aspirantes, provisión de servicios financieros y materiales.

Recomendación 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						
Renovación: <input checked="" type="checkbox"/> Re-Aprobado <input type="checkbox"/> Re-Aprobado sujeto a Acciones Correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación						
Resultados de Auditoría:	Número Total de No conformidades:	Cero	No. de N/C's Mayores:	0	No. de N/C's Menores:	0

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

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

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

	Si	No
¿El equipo auditor recomienda algún cambio en la duración de auditoría para la siguiente auditoría a fin de verificar acciones correctivas resultantes de las no conformidades identificadas?		✓
Si se recomienda el cambio, mencione la duración recomendada	N/A	
	Fecha de Inicio	Fecha de término
Fechas para la siguiente auditoría	06/18/2018	06/22/2018

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

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

Cambios que afectan el alcance de Certificación			
<input type="checkbox"/>	Cambio en la frase del alcance	<input type="checkbox"/>	Cambios en la línea de productos
<input type="checkbox"/>	Cambio / adición / eliminación de sitio(s)	<input type="checkbox"/>	Incremento/decremento en el número de empleados
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Otros:
No es necesario contactar a la oficina en los siguientes casos:			
<input type="checkbox"/>	Incremento o decremento en el intervalo de vigilancias	<input type="checkbox"/>	Modificación de actividades <i>Si la modificación de actividades afecta a otros certificados, hay que listar todos los certificados afectados en la sección de Detalles de Cambio por Número de Certificado.</i>
<input type="checkbox"/>	Incremento o decremento en la duración de la auditoría basado en el desempeño histórico del cliente	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Modificación / Adición de código NACE	<input type="checkbox"/>	
Detalles del cambio: N/A.			

Conclusiones del equipo auditor sobre la efectividad del sistema de gestión:	
<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.
<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, 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"
Resumen de la evidencia relacionada a: Las Auditorías Internas y la Revisión por la Dirección, al igual que los procesos auditados se encontraron en cumplimiento. Enunciado de conclusión del Auditor: El sistema de Gestión de Calidad cumple con los requisitos de la Norma versión 2008 y con requerimientos internos. Este sistema está integrado con otros procesos de la UADY, algunos también certificados.	

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: Auditoria realizada en tiempo y forma se confirmó que todos los procesos fueron auditados durante el ciclo de tres años, aunque por programación de sitios algunos no fueron auditados durante esta recertificación. Se reviso un proceso declarado en publicación local como queja, encontrando evidencia de cumplimiento con procesos establecidos.

Sítios Auditados:

Universidad Autónoma de Yucatán

Dirección General de Desarrollo Académico-Coord. del Sistema de Licenciatura

Facultad de Enfermería

Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional

(Únicamente SGC)		Si	No
¿Existe algún requerimiento del estándar que no sea aplicable para el sistema de gestión?		✓	<input type="checkbox"/>
Requerimiento no aplicable	Justificación		
7.3 Diseño y Desarrollo	El tipo de servicios incluidos dentro de este certificado son procesos definidos en reglamentaciones o leyes establecidas por lo que no se diseña		
7.5.2 Validación de procesos	Los procesos y los resultados son verificados por inspección o monitoreo		
7.6 Equipos de medición	No se requieren instrumentos de medición o prueba.		
Procesos suministrados externamente		Si	No
¿La Organización tiene procesos que son suministrados externamente?		✓	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, listar estos procesos: Evaluaciones de Ceneval.			
En caso afirmativo, ¿la organización tiene implantados controles adecuados sobre estos procesos?		✓	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> No Auditado	
Procesos de Gestión de Calidad (Únicamente SGC)		Si	No
¿La organización ha determinado los procesos necesarios para el SGC, y las entradas y salidas esperadas para estos procesos?		✓	<input type="checkbox"/>

Turno	Hora de inicio del turno	Hora de término del turno
Matutino para Ctl. Escolar	7:30	15:30
Vespertino para Ctl. Escolar	11:00	19:00
Administrativos	8:00	16:00
Auditoría a todos los turnos (Requerido para todos los estándares)		
¿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: N/A		

Objetivos de Auditoría	Si	No
¿Los objetivos definidos en el plan de auditoría fueron alcanzados?	✓	<input type="checkbox"/>
Partes Interesadas	Si	No
¿La organización ha determinado las partes interesadas pertinentes al Sistema de Gestión?	N/A	<input type="checkbox"/>
Riesgos	Si	No
¿La organización ha determinado los riesgos y oportunidades que necesitan ser abordados?	N/A	<input type="checkbox"/>
Requerimientos legales y otros	Si	No
¿La organización ha identificado los requerimientos legales y otros que le son aplicables?	✓	<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 type="checkbox"/>
Auditorías Internas	Si	No
¿Las auditorías internas fueron implantadas efectivamente y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	✓	<input type="checkbox"/>
Acción correctiva	Si	No
¿Las acciones correctivas fueron efectivamente implantadas y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	✓	<input type="checkbox"/>

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

El auditor debe registrar la evidencia objetiva (ejem, muestras adicionales tomadas) verificada para demostrar la eficacia de la acción correctiva, así como registrar el estatus de la no conformidad previa.

<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)
2/24 S	7.4.3	1	<p>debe establecer e implementar la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto comprado cumple con los requisitos de compra especificados.”</p> <p>No conformidad: Sin embargo no en todos los casos se encontró evidencia de la verificación del producto.</p> <p>Evidencia: Se detecta la orden de servicio no 351 de servicio de jardinería sin verificación del servicio recibido. Esto en 1 de 7 casos de compras muestreados</p> <p>Se confirmó la realización de la acción correctiva AC16-FEDU SAD 02 acorde a plan aprobado por auditor de ABS. Modificación de procedimiento (F FEDU SAD 01 a Rev. 3) y evidencias en el sitio donde fuera encontrada la desviación: Para pólizas de Egresos 35, 39, 30 y 31 en cumplimiento evidenciadas con sello y firma del solicitante. Además en otros sitios evidencia de cumplimiento con requisito con aceptación de usuario final para Rembolso de gastos contra factura póliza 3636, ejemplo de mantenimiento a Jardinería de Mayo 3635 y pago a profesores externos como 3633.</p> <p>Se considera completa, validada, verificada y cerrada.</p>

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:

Proceso: Revisión por la Dirección
Sitio: Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional
Métricos de desempeño: Realización en tiempo y forma.
Entradas: Planes y programas.
Salidas: Minuta, acuerdos y asignación de tareas.
Documentos/Registros: Tanto en papel como archivos electrónicos de la presentación.
Notas de Auditoría: Se confirmó que esta es realizada dos veces al año. Fueron revisadas documentalmente las evidencias de la última. El proceso inicia con la calendarización y la solicitud de información a los responsables. (Directores, Coordinadores, etc.) Se revisa en equipo de Planeación y si fuera necesario se aclaran dudas. Información es documentada en sitio WEB. Esto incluye minutas y acuerdos tomados. La reunión de Febrero 29 estaba en formato F DGPLANE1 CC 32. Y se encontraron planes para una segunda revisión en el mes de Septiembre. Este proceso fue encontrado en cumplimiento.

Proceso: Auditoría Interna
Sitio: Tanto en DGPEI como en la Escuela de Enfermería.
Métricos de desempeño: Realización acorde a programas y en cumplimiento con requisitos de la Norma.
Entradas: Programas
Salidas: Reportes de auditoría, listas de verificación y hallazgos reportados.
Documentos/Registros: Por ejemplo reporte AI16-ADMC 04. Y AI16-FENF01
Notas de Auditoría: Se auditaron los procesos tanto a nivel Dirección General como específico de la realizada en la Facultad de Enfermería. Ambos fueron encontrados en cumplimiento. A nivel Licenciatura se realizó 1ro. De Julio 2016. Con reporte del día 4. En la Facultad las evidencias fueron de Mayo 6 al 13. Participación de 9 auditores entre ellos uno en capacitación. En tal fueron auditadas 14 personas y se reportó una NC. El uso de F DGPLANE1 CC 13 confirmado. El seguimiento fue evidenciado. Y los planes hacia versión 2015 completos.

Proceso: Selección de aspirantes
Sitio: Coordinación General de Licenciatura
Métricos de desempeño: Satisfacción de Usuarios. Se evalúa en SIPS, CADE y Procedimiento. En 2015 se tenía otra metodología y se reportaron resultados de 96.52, 96 y 95. En 2016 todavía en proceso, resultados de 45, 80, 61 y 62. Aceptables.
Entradas: Proceso anual establecido en Calendario oficial de la UADY.
Salidas: Publicación de alumnos aceptados.
Documentos/Registros: Por ejemplo Folios de Ceneval, resultados de EXANI para admisión y conocimientos. P DGDA CSEMS CSL 02.
Notas de Auditoría: En esta ocasión se audita a nivel Licenciatura. Incluyendo además del proceso de selección en sí, hasta aplicación de los exámenes, el proceso de CADE para atención a alumnos y padres de familia. Se dispone de diagrama de flujo e informaciones de Ceneval. En total aplican cinco procedimientos y este momento están actualizándose. Es un proceso anual, se documenta un análisis FODA y se inicia con tareas de Planeación. Como parte de planeación y difusión hay evidencias de correos electrónicos y de información en la WEB.

Se pide a candidatos registro el línea y se tienen como evidencias la generación de folios de Ceneval, por ejemplo para [REDACTED] Se resguarda evidencia de pago para acceder al examen y se termina con la generación del "Pase de Ingreso" para el día del examen. Instrucciones detalladas son incluidas en dicho pase, sitio, hora requerimiento de identificación, etc. El control de los documentos es primordial y se apoyan en personal con perfil adecuado para la aplicación. En cuanto al resguardo además de la recepción de las cajas y vigilancia se hacen atestigüamientos con Notarios Públicos en los centros de acopio. Cabe notar que numericamente se han aplicado 10528 en 2015, 11489 en el 16 y 12120 en este año. Se auditaron ejemplos de publicación de resultados en la WEB. Se solicita una evaluación a aplicadores que fueron registrados en eventos de capacitación previos. Así el día 6 de Mayo los registros 674, 431 y 233.

Una vez publicados los resultados se hace la selección en base a las calificaciones y cupo ofertado. Se general las listas de alumnos aceptados para las academias.

Este proceso es realizado acorde aun procedimiento de preparación de recursos humanos y materiales. Y como parte de la resolución de dudas y atención a aspirantes se visito el CADE.

Fue posible atestigüar durante su realización tanto atención a Padres de Familia del Interior, Llamadas telefónicas y respuesta por medio de "Chat". En todos los casos se confirmó la toma de datos de los interesados, nombre, teléfono y correo electrónico. El registro de folio generado, el envío de correo confirmando la atención y las respuestas proporcionadas. Por ejemplo para una llamada el 3628, para un correo el 3626,

Proceso: Acciones Correctivas y Preventivas

Sitio: Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional

Métricos de desempeño: Seguimiento y cierre acordes a requerimientos

Entradas: Reportes de AI, Desviaciones en indicadores, quejas, etc.

Salidas: Actividades validadas y verificadas.

Documentos/Registros: Formatos del SGC, análisis de cinco porqués. Actividades inmediatas de contención. Formato DGDA CSL 02.

Notas de Auditoría: Varios ejemplos fueron auditados, derivada del AI la AC16 01. La AC16-FEDU SAD 02 de la auditoría pasada de ABS. Las AC16 04 y 05.

La primera detectada por un análisis de datos fue iniciada el 8 de Marzo y cerrada el 17 de Mayo.

Se reporta un logro en dicho indicador de 31.4% (Excediendo el máximo) a 13.59% como aceptable.

Como ejemplo de Preventivas se encontró documentada la AP16 04 considerada en cumplimiento.

Proceso: Control Escolar

Sitio: Escuela de Enfermería.

Métricos de desempeño: Satisfacción de Usuarios. En buzón de quejas y sugerencias F ENF CE 05 – Excelente.

Entradas: Recepción de documentos de candidatos. Solicitud de Constancias.

Salidas: Información de Matricula – Entrega de Constancias.

Documentos/Registros: Por ejemplo F ENF CE 05 y F ENF CE 07 este para lista de verificación de documentos.

Notas de Auditoría: Este proceso inicia con la revisión de la documentación entregada tanto para inscripción de primer ingreso como para la re-inscripción. Se requiere acta de nacimiento, Certificado de estudios, CURP, Comprobante de pago y el formato llenado por los aspirantes con sus datos generales. En su caso se puede necesita revalidación de estudios.

Se abre un expediente por candidato y acorde a calendario de la UADY se recibe la matricula. Se procede a realizar un curso de inducción. Y un sorteo para fecha de ingreso ((Agosto / Enero).

Se auditaron expedientes en papel y electrónicos en OnBase (Documentos digitalizados) tomando una muestra de diferentes semestres se incluyeron por ejemplo del primero al quinto. Los alumnos con matricula: [REDACTED] etc. fueron encontrados en cumplimiento

en ambos expedientes. El documento de Lista de Verificación estaba completo y debidamente archivado.

El proceso de atención en ventanilla para emisión de constancias fue auditado documentalmente. Inicia

Lunes y Martes con recepción de solicitudes y se tiene compromiso de entrega el siguiente Viernes. Pudiera aprobarse una emisión en forma de urgente. En archivo estaba por entregar las constancias: 10000650 y 05000709. En un caso con Clave de Institución solicitada como 31USU0002P.

Proceso: Finanzas (Compras internas, pago a través de cheques – Mantenimiento a infraestructura)

Sitio: Escuela de Enfermería.

Métricos de desempeño: Satisfacción de Usuarios internos para ambos procesos.

Entradas: Para compras locales solicitudes internas. Para Mantenimiento reportes y planes de preventivos.

Salidas: El recibo de materiales y evaluación de proveedores. Servicios de mantenimiento.

Documentos/Registros: Por ejemplo F FENF SAD 03 y 05, registros de evaluaciones periódicas y en su caso facturas de proveedores.

Notas de Auditoría: El proceso aplica en esta facultad para aplicación de recursos propios. Cuando se requieren compras de mobiliario, equipo, etc. normalmente están centralizados.

En estos momentos la reglamentación requiere uso de plataforma electrónica, licitaciones públicas, con cumplimiento a juntas aclaratorias, de apertura, etc. Se selecciona como criterio mas importante el precio mas bajo. Pudiera ser el caso para modelos anatómicos. Para material de curación, análisis de laboratorio, consumibles, se requiere autorización de la Directora y disponibilidad de presupuesto aprobado.

Se pudieron evaluar evidencias de aceptación por usuario para cierre de NC de auditoria anterior de ABS.

Y en forma documental se encontraron evidencias aceptables para las Ordenes de Compra 26 y 122. En estos casos se disponía de notas de remisión y facturas. Como las de folio de proveedor 19768 y X60498, CHM14709. Se tiene establecido como recepción de facturas los lunes emitiendo yn comprobante y una fecha de pago.

Se dispone de un fondo revolvente para compras menores.

La evaluación de proveedores se hace en cada evento y se encontraron resultados de 100% excelentes.

Para mantenimientos preventivos se audito un calendario y evidencias de registros recientes para revisión de ventiladores (80 en total). Para mantenimiento a equipo del parque vehicular. Y en proceso una revisión de sitio para un correctivo de una bomba hidráulica.

Se mantiene controles de kilometraje y consumo de combustibles.

Se visito el área de almacén para control de herramientas y consumibles. Encontrando Orden, limpieza y una sección para realización de mantenimiento a equipos pequeños.

Avance hacia la mejora continua

Nuevo edificio en Escuela de Enfermería, mejoras notable en Laboratorio.

Oportunidades de mejora

Evolucionar hacia registros electrónicos.

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

Revisión del desempeño histórico de auditoría:

Evaluar la conformidad continua de la organización utilizando:

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

Registre los resultados de su revisión abajo.

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

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

- *resultados de reportes de auditorías previas incluyendo tendencias de no conformidades y comentarios sobre los últimos 3 años.*

Durante el ciclo de certificación solamente se han reportado NC menores y estas con tendencia a mejorar, cuatro en renovación anterior, una en cada una de las vigilancias y cero en esta ocasión.

- *el desempeño histórico de la organización incluyendo objetivos y metas durante los últimos 3 años.*

CGDF Indicador de satisfacción En/Dic 2013 total. 72% y 2014 62% satisfecho 24 y 33 respectivamente entonces totales 96 y 95, 2013 y 2014 respectivamente. Para 2015 tesorería reporta 69, adquisiciones 51/33 (Excelente y bueno) patrimonio igual 56/29. Contabilidad 70 y presupuestos 78. El objetivo en estos fue de 70, 80 y 95. Para lo no alcanzado se está trabajando en la acción ac16-11.
Para proceso de selección nivel bachillerato se reporta 94.1 en 3013, 98 en 2014 y con objetivo de 96 en 2015 se alcanzó 100.
A nivel Licenciatura en 2013 96, 2014 96.9 y 2015 96.5.
En ENFERMERÍA Control Escolar reportado 97 en 2014, 96 en 2015 y objetivo de 90, a la fecha para 2016, aun en proceso para Enero Mayo se reporta ya 96. Y en Contabilidad como satisfacción de cliente interno: En 2013 no se medía, 2014 100% contra objetivo de 85%. Nuevamente 2015 al 100% y varios ejemplos recientes lo confirman.

Registro de Asistencia

Reunión de apertura: Fecha: 06/19/2017

Hora: 8:00

Reunión de cierre: Fecha: 06/22/2017

Hora: 15:00

Nombre	Puesto	Apertura	Cierre
Brenda Gómez O.	Responsable del proceso de selección	✓	✓
Didier Francisco Akè C.	Control Escolar - Enfermería	✓	✓
Silvia Carola Salas O.	Alta Dirección - Enfermería	✓	
Dallany Trinidad Tun G.	Rep. De Dirección- Enfermería	✓	
María Emilia Moo M.	Coord. Auditorias - Enfermería	✓	✓
Carlos A. Estrada P.	DGDA	✓	
Rosana Hernandez F.	Biblioteca UABIC	✓	
José Alberto Arellano	CSB	✓	
Silvia Mediana C.	Biblioteca Salud	✓	
Graciela Pastrana C.	Coordinadora Bibliotecas	✓	
Floridelia Alvarez G.	Biblioteca Ciencias Exactas	✓	
Juan de Dios Pérez Alayón	Director General de Planeación	✓	
Hilda Novelo Pérez	Coord. B.	✓	
Said A. Cardenas Dajdaj	DGPLANEI	✓	✓
Paulina Martínez Navarrete	DGPLANEI	✓	✓
Patricia Escoffié Cano	DGPLANEI	✓	✓
Dayann Ortiz C.	DGPLANEI	✓	
Ma. Fernanda Gasca A.	DGPLANEI	✓	✓

Plan de Auditoría del Ciclo de Certificación

Esta forma representa el plan para los tres años del ciclo de certificación. Todos los requerimientos del standard deben ser cubiertos dentro del ciclo de certificación de tres años. Este plan debe ser actualizado después de cada auditoría basándose en los resultados de la auditoría y cambios en la organización certificada. Todos los sitios de un certificado multi-sitio deben ser identificados (aún y que no sean muestreados dentro del ciclo de 3 años)

Init / RC	Surveillance					Cláusulas																								
Init / RC	6	12	18	24	30	SGC		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
Three Year Audit Plan					Sitio	Función/Proceso																								
A	R	R				DGP EI	Revisión por la Dirección	X	X	X	X	X	X	X	X	x	x		X							X	X	X	X	X
A	R	R				DGP EI	Auditorías internas	X	X						X											X	X		X	X
A	R	R				DGP EI	Acciones correctivas y preventivas	X	X						X												X		X	X
	R					SGC GSE	Credencialización	X													X									
	R					SGC GSE	Revalidación de estudios	X													X			X						
	R					SGC GSE	Titulación y grados académicos	X													X			X					X	
A			R			DG DA	Selección de aspirantes	X	X				X	X							X	X		X		X	X	X	X	
A			R			F EDU Y ENF	Control Escolar	X	X				X	X							X	X		X	X		X	X		X
A			R			F EDU Y ENF	Contabilidad	X	X				X	X							X	X		X	X		X	X		X

X = Cláusula del Standard que aplica a esta Función/Proceso
A = Función/ Proceso Auditado en esta visita y en este ciclo.
R = Función/Proceso Recomendado para ser auditado

Plan de Auditoría No: QE - 46403 - 2/36 - «R»

Organización: **Universidad Autónoma de Yucatán**

Fecha de envío del plan de auditoría al cliente: **Mayo 31 Modificada** **Equipo Auditor:** **Gil Ochoa - Auditor Líder,**

Contacto: Paulina Martinez **Phone: 52 999 9231495**

Fechas de Auditoría: 06/19/2017 - «06/22/2017» **Duración de Auditoría: 4.0 día(s) auditor**

Norma(s) a auditar ISO 9001:2008 **Número total de empleados: 117**

Código(s) IAF/NACE: 35/74.1 35/74.8

Alcance de Certificación: *Provision and management of school services, applicant's selection, and provision of financial and material resources services.*

Provisión y gestión de servicios escolares, selección de aspirantes, provisión de servicios financieros y materiales.

Objetivos de auditoría:

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

	Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>
	Gil Ochoa
Lunes 19	Sitio: Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional
8:00-9:00	Junta de Apertura En conjunto con el proyecto 40836. Verificación de procesos y de todos los lugares donde éstos ocurren (QMS)
9:00-9:30	Revisión por la Dirección
9:30-10:30	Cierre de AC de la NC de auditoría previa de ABS
10:30 – 12:00	Uso de las marcas de certificación - Revisión documental - Cambios a la organización Objetivos/Metas/Mejora Continua
12:00 – 13:00	Acciones Correctivas / Acciones Preventivas
13:00 – 14:00	Comida en Dirección de Planeación
14:00 – 16:30	Auditorías Internas
Martes 20	Sitio: Coordinación General de Licenciatura
8:00-9:00	Procedimiento para preparar recursos humanos y materiales para la atención de aspirantes y la administración de la prueba
9:00-10:00	Procedimiento para planear y difundir el proceso de selección
10:00-11:30	Procedimiento para generar Información de los Aspirantes
11:30- 13:00	Procedimiento para resguardar y administrar pruebas y seleccionar sustentantes

13:00-14:00	Comida
14:00-15:00	Procedimiento para seleccionar sustentantes y socializar resultados
Miercoles 21	Sitio: Fac. Enfermería
8:00-10:30	Procedimiento para las compras directas de materiales y equipo de laboratorio
10:30-13:00	Procedimiento para la emisión de cheques de ingresos propios
13:00 – 14:00	Comida
14:00 – 16:00	Cuidado de edificios e infraestructura
Jueves 22	Sitio: Fac. de Enfermería
8:00-10:30	Procedimiento para la inscripción y reinscripción
10:30-12:30	Procedimiento para la expedición de documentos
12:30 – 13:30	Comida
13:30 – 14:00	Traslado a Dirección de Planeación
14:00 – 15:00	Preparación de reporte
15:00 – 16:00	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/escorta 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).

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

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

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

- [x] Presentación del equipo auditor y de su rol
- [x] Confirmación de los Procedimientos de Seguridad en el trabajo y emergencia relevantes al equipo auditor
 - a.** Procedimiento/Proceso/ Política de evacuación del cliente
- [x] Explicar la Política de Confidencialidad de ABS QE
- [x] Revisar el Alcance de la Auditoría:
 - [x] Norma / Especificación a ser utilizada.
 - [x] Verificación del idioma a ser utilizado durante la auditoría
 - [x] Verificar/Reconfirmar alcance de productos/servicios a ser certificados
 - [x] Verificar Sitios y Actividades listados en el Certificado del sitio web de ABS QE (www.ab-qe.com)
 - [x] Verificar copia del certificado del cliente comparado con el Certificado publicado en el sitio web de ABS QE.
 - [x] Confirmar el número de empleados o cualquier cambio en el mismo desde la auditoría previa y determinar si los cambios afectarán el número de días de la auditoría.
 - [x] Verificar la precisión del código IAF/NACE por QE-OPS-887
 - [x] Reconfirmar la precisión de la Frase del Alcance
 - [x] Revisar el Plan de Auditoría
- [x] Definir el objetivo de la auditoría
 - [x] Métodos y procedimientos a ser utilizados para realizar la auditoría basado en un muestreo
 - [x] Verificación de las No Conformidades de Auditorías Previas (si aplica)
- [x] Política de ABS sobre la observación de violaciones regulatorias durante la auditoría
- [x] Explicar el conflicto de intereses entre auditar y dar consultoría.

- Explicar el rol de guías, observadores, y consultores
- Comentar las condiciones bajo las cuales la auditoría pudiera terminar prematuramente
- Identificar guías y definir sus responsabilidades
- Explicar el criterio de clasificación para las no conformidades (NC's)
- Explicar los "Resultados Esperados del Sistema de Gestión del Cliente" (ver ejemplos en QE-OPS-851)
- Definir el criterio para la recomendación
- Juntas diarias de resumen

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

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

Instrucciones para el envío de acciones correctivas

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

SGC (ISO 9001, TL9000, 20000, 29000, 13485)

EHS (ISO 14001, RC14001, RCMS, OHSAS 18001)

Otros estándares, incluidos: ISO 27001, ISO 28000, ISO 15504, R-026, ISO 50001

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

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

Proceso de Apelación de ABS QE:

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

Requisición de Acción Correctiva

46403 - 2/36 - R

<u>Auditoría</u>	<u>Clásul</u>	<u>Item</u>	<u>Descripción de la No Conformidad</u>	<u>Categoría</u>
-	a	No.	(Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	<u>M - Mayor</u>
<u>No.</u>	<u>No.</u>			<u>I - Menor</u>
			Requerimiento: No conformidad: Evidencia:	

(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)

Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad.

Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad.

Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables?

Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.

DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ

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.

--

ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS

Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa.

Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?

DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			