

**Reporte de Auditoría No: QE - 46403 - 3/12 - U**

**Organización:** Universidad Autónoma de Yucatán

**Contacto:** Paulina Martinez

**Teléfono:** 52 999 9231495

**Norma(s):** ISO 9001:2015

**Duración:** 5.0 día(s) auditor

**Fecha de reporte:** 06/22/2018

**Fechas de auditoría:** 06/18/2018 - 06/22/2018

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

**Número total de empleados verificados en sitio:** 106

**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.*

<b>Recomendación del Equipo Auditor:</b>							
<b>Fase II/ Extensión de Alcance / Transferencia:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Abierto							
<b>Vigilancias:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Continúa <input type="checkbox"/> Continúa sujeto a Acciones Correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación							
<b>Renovación:</b> <input type="checkbox"/> Re-Aprobado <input type="checkbox"/> Re-Aprobado sujeto a Acciones Correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación							
<b>Resultados de Auditoría:</b>	Número Total de No conformidades:	Cero	No. de N/C's Mayores:	0	No. de N/C's Menores:	0	
<b>Únicamente para Auditorías de Vigilancia y Re-Certificación</b>						<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Existen no conformidades repetitivas/repetidas de auditoría(s) previas?							<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"/>
<b>Auditoría de Seguimiento (Follow-Up)</b>		<b>Duración Recomendada:</b>		<b>Fechas Tentativas:</b>			
<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							
<i>Cuando una no conformidad mayor es identificada se requiere una Auditoría de Seguimiento (en sitio o fuera de sitio). Durante la auditoría de Seguimiento el Equipo Auditor requiere verificar la implementación y efectividad de las acciones correctivas realizadas.</i>							
						<b>Si</b>	<b>No</b>
¿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 checked="" type="checkbox"/>
Si se recomienda el cambio, mencione la duración recomendada						N/A	
		<b>Fecha de Inicio</b>		<b>Fecha de término</b>			
<b>Fechas para la siguiente auditoría</b>		09/23/2019		09/27/2019			

<b>Acuse de recibo del reporte de auditoría</b>	<b>Reporte Final</b>	<b>Borrador</b>
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. ¿Este reporte fue reconocido por la Organización?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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:
<b>No es necesario contactar a la oficina en los siguientes casos:</b>			
<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"/>	
<b>Detalles del cambio: N/A.</b>			

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: El SGC cumple, se considera correctamente alineado en relación a cambio a la versión 2015. La Universidad Autónoma de Yucatán (En el alcance especificado) ha aprovechado la experiencia de estar Certificados con la versión 2008 para documentar un SGC en la versión 2015. La Revisión por la Dirección y el proceso de Auditorías Internas fueron encontrados en cumplimiento. Enunciado de conclusión del Auditor: El SGC está siendo recomendado para su Certificación como ISO9001:2015, sin restricciones.	

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

**Comentarios Generales:** Auditoría realizada en tiempo y forma. Estos procesos han estado certificados por un periodo de tiempo, esta Auditoría es la 3/12. Y como cambio del SGC se considera la adecuación a ISO9001:2015. En la Universidad Autónoma de Yucatán se han logrado otras certificaciones en otras áreas y otras Normas.

**Nota:**

En el Plan de Auditoría para el Ciclo de Certificación y en las Notas de Procesos Auditados, se usan las siguientes siglas de los sitios y detallando los procesos dentro del alcance de este Certificado:

**DGPLANEI** – Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional

Procesos centralizados del SGC como Contexto, PI y Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades, así como Auditorías, Revisión por la Dirección y Acciones Correctivas.

**FEDU** – Facultad de Educación / **FENF** – Facultad de Enfermería

Procesos de Contabilidad y Control Escolar además de:

Contexto, PI y Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades, así como Auditorías, Revisión por la Dirección y acciones Correctivas, Requisitos de los Servicios.

**CGSE** Coordinación General de Servicios Escolares

Procesos de Titulación, credencialización y Requisitos de los Servicios.

**CGDF** Coordinación General de Finanzas

Procesos de Adquisiciones y Requisitos de los Servicios.

**CSL** Coordinación del Sistema de Licenciatura

**CSEMS** Coordinación del Sistema de Educación Media Superior

Procesos de Selección de Aspirantes y Requisitos de los Servicios

**Sitios Auditados en esta Auditoría:**

**Universidad Autónoma de Yucatán**

Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional

Facultad de Educación

Secretaría General-Coordinación General de Servicios Escolares

Dirección General de Finanzas y Administración

<b>(Únicamente SGC)</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Existe algún requerimiento del estándar que no sea aplicable para el sistema de gestión?		✓	<input type="checkbox"/>
<b>Requerimiento no aplicable</b>	<b>Justificación</b>		
8.3 Diseño y Desarrollo	Los servicios incluidos dentro de este alcance no requieren D&D		
7.5.1 f) Control del Servicio	Los procesos y los resultados son verificados por inspección o monitoreo		
7.1.5 Equipos de Medición	No se requieren instrumentos de medición o prueba.		
<b>Procesos suministrados externamente</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
¿La Organización tiene procesos que son suministrados externamente?		✓	<input type="checkbox"/>
<b>En caso afirmativo, listar estos procesos:</b> Ninguno directamente relacionado con los procesos auditados.			
En caso afirmativo, ¿la organización tiene implantados controles adecuados sobre estos procesos?		✓	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> No Auditado	
<b>Procesos de Gestión de Calidad (Únicamente SGC)</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
¿La organización ha determinado los procesos necesarios para el SGC, y las entradas y salidas esperadas para estos procesos?		✓	<input type="checkbox"/>

<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio del turno</b>	<b>Hora de término del turno</b>
Administrativos	8:30	16:00
<b>Auditoría a todos los turnos (Requerido para todos los estándares)</b>		
¿Todos los turnos fueron auditados?		✓ <input type="checkbox"/>
Si todos los turnos no fueron auditados, justificar la razón por la cual no fueron auditados todos: N/A.		

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

<b>Proceso:</b> Contexto de la Organización y Partes Interesadas
<b>Sitio:</b> DGPLANEI - FEDU / FENF
<b>Métricos de desempeño:</b> No Aplica
<b>Entradas:</b> Proceso realizado que define entradas y salidas para desarrollar: Contexto, Partes Interesadas (Necesidades y Expectativas) y Administración de riesgos.
<b>Salidas:</b> Actualización del Manual de la Calidad.
<b>Documentos/Registros:</b> Manual de Calidad (MGC-DGPLANEI-CC-01) y registros electrónicos (Excell) hasta cuadro que consolida los esfuerzos en forma gráfica.
<b>Notas de Auditoría:</b> Se confirmo la realización de reuniones de los equipos de la Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional y de la Facultad de Educación para definir tanto el contexto como para identificar a las partes interesadas sus necesidades y expectativas. Enfatizado para participantes “Críticos” y documentados dentro del Manual de la Calidad (Disponible en la página web - sharepoint). Esta información se complementa con un Plan Estratégico y con Plan de Desarrollo Institucional también documentados.

<b>Proceso:</b> Auditorías Internas y Revisión por la Dirección
<b>Sitio:</b> DGPLANEI - FEDU / FENF
<b>Métricos de desempeño:</b> Cumplimiento con programa y requisitos de la Norma
<b>Entradas:</b> Programa de Revisión por la Dirección y de Auditorías Internas
<b>Salidas:</b> Minutas, presentación y reporte de auditoria, No conformidades- Solicitud de acciones correctivas. En su caso Observaciones y Sugerencias.
<b>Documentos/Registros:</b> Minutas – Presentación y Reporte para la Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional y de la Facultad de Educación. Formato P-DGPLANEI-CC-03.
<b>Notas de Auditoría:</b> En la Facultad de Educación se revisó documentalente la Revisión por la Dirección del día 14 de Junio. En la cual resultados de Objetivos junto con los temas normativos fueron registrados. Para Control Escolar se sobre pasa la meta de satisfacción del 92% y en Contabilidad se reporta 100% de cumplimiento. Se reportan 82 felicitaciones, 5 sugerencias y cero quejas. En Control Escolar y 2 felicitaciones, cero sugerencias y cero quejas para Contabilidad. Minuta de la revisión para Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional encontrada en cumplimiento. Participantes, tópicos, documentación de acuerdos, etc. En referencia a Auditorías Internas la semana pasada se realiza para los procesos de Desarrollo Financiero, Titulación y al área de Calidad. (AI18-ADMC-01 al 04). Y se documentan planes para seguimiento en Septiembre. Se confirma haber auditado todas las clausulas y se reportan 2 Oportunidades y 3 Fortalezas Cero NC. Se revisa una Lista de Hallazgos (F-DGPLANEI-CC-12). En todo el sistema se tienen mas 30 auditores calificados. En Facultad de Educación la AI es realizada el 18 de Junio por tres auditores, nuevamente cero NC y dos Oportunidades de Mejora, una en Servicios Escolares y otra en Contabilidad. Un ejemplo de Lista de esta AI18-FEDU-01 (F-DGPLANEI-CC-12) fue encontrada en cumplimiento.

<b>Proceso:</b> Mejora - No Conformidad y Acciones Correctivas – Control de las salidas no conformes
<b>Sitio:</b> Todos los sitios considerados en el alcance Certificado
<b>Métricos de desempeño:</b> Cumplimiento con fechas acordadas
<b>Entradas:</b> Identificación de NC, quejas y desviaciones.
<b>Salidas:</b> Actividades consideradas tanto como contención como correctivas
<b>Documentos/Registros:</b> F-DGPLANEI-CC-15
<b>Notas de Auditoría:</b> Se auditó la realización de la AC18-02 referida a proceso de Servicios Escolares. Esta fue documentada el día 14. Esta en fecha con avance de acciones de contención y un plan de acción a terminar en Octubre 18. Los análisis se encontraron completos y en cumplimiento. Este ejemplo demuestra conocimiento de los requerimientos de la Norma. Otros ejemplos fueron auditados (AC17 FEDU-CE-01 y 02 – AC18 FEDU-CC 01) y se confirmó entre otras cosas la necesidad de capacitación y un control para evitar la recurrencia.

<b>Proceso:</b> Acciones para abordar riesgos y oportunidades
<b>Sitio:</b> Todos los sitios considerados en el alcance Certificado
<b>Métricos de desempeño:</b> Cumplimiento con programas, realización de actividades
<b>Entradas:</b> Proceso realizado que define Administración de riesgos.
<b>Salidas:</b> Hojas de cálculo que documentan estos esfuerzos.
<b>Documentos/Registros:</b> Archivos electrónicos.
<p><b>Notas de Auditoría:</b> Evidencias documentales fueron auditadas tanto para la Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional y para la Facultad de Educación</p> <p>En la Facultad se encontró una actividad identificada como T3 que se consideró de posibilidad / Impacto 4 y 4 dando un 16. Ya en Mayo se considera 3 y 4 ahora en 12. Estos eventos serán confirmados en una nueva reunión. Para evitar una entrega equivocada de documentos calificado originalmente en 3 y 5 (15) los controles establecidos consideran que aunque el impacto sigue en 5, ya la posibilidad de ocurrencia es de solo 2 dando un 10. En estos ejemplos se seguirá buscando ciclo a ciclo continuar reduciendo la calificación.</p> <p>En consulta dentro del sharepoint institucional se confirma que para Abordar el riesgo de un error de captura en adquisiciones en consenso de 4 y 3 (12) se considera en este momento como 3 y 3 (9). Y para entrega y recepción de folios (Identificado como T1 en la hoja correspondiente) y aplicado a Control Escolar baja de 3 y 4 a 2 y 4 calificando como 8.</p> <p>Respecto a aprovechamiento de Oportunidades, también en Control Escolar, buscando agilizar los procesos de Inscripción y Re-inscripción se instala nueva ventanilla de atención a estudiantes. Documentando el esfuerzo en el Plan Estratégico documentado en cumplimiento con el requerimiento 6.2.2 de la Norma.</p>

<b>Proceso:</b> Requisitos de los Servicios
<b>Sitio:</b> CGSE – CGDF - CSL / CSEMS - FEDU / FENF
<b>Métricos de desempeño:</b> Por ejemplo pago oportuno, proceso de captura en información sin errores.
<b>Entradas:</b> Solicitudes de Alumnos y de Proveedores, en proceso interno solicitud de Facultad a Coordinación General de Servicios Escolares.
<b>Salidas:</b> Documentos y sistema (web) que sustentan el procesamiento de la información.
<b>Documentos/Registros:</b> Por ejemplo expedientes de solicitud de tramite de los diversos procesos.
<p><b>Notas de Auditoría:</b> El contacto con “Clientes” y los compromisos aceptados son adecuadamente comunicados. En su caso con proveedores, con alumnos e internamente con las Facultades. Fue posible atestiguar varias actividades realizándose durante la auditoría. En su caso en la Facultad de Educación dos alumnas que en ventanilla pasan a recoger documentos solicitados. Y en la Coordinación General de Servicios Escolares alumnos estaban siendo atendidos en la ventanilla correspondiente por ejemplo entregando Comprobante de Pago Folio [REDACTED].</p> <p>Fueron auditados los procesos de Servicios Escolares en la Facultad de Educación, Contabilidad (Pago a proveedores) en la Facultad y titulación realizados entre Coordinación General de Servicios Escolares y dicha Facultad.</p>

<b>Proceso:</b> Provisión de Servicios - Provisión de Servicios Financieros y Materiales
<b>Sitio:</b> CGDF - FEDU / FENF
<b>Métricos de desempeño:</b> Cumplimiento con fechas acordadas.
<b>Entradas:</b> Solicitud de bienes y servicios. Documentos Fiscales (Facturas). Solicitud para el cobro de Servicios y Honorarios.
<b>Salidas:</b> Pagos realizados con cheque y / o Transferencias.
<b>Documentos/Registros:</b> P-FEDU-SAD-01 Pago a Proveedores
<p><b>Notas de Auditoría:</b> Se auditaron las etapas del proceso dentro del alcance en la Facultad de Educación. No fue posible atestiguar actividades durante su realización pero ejemplos documentales fueron revisados y encontrados en cumplimiento. Así, para pago de Orden de Compra 25/18 al proveedor 19502 con</p>

<p>aceptación (Crédito establecido) el 22 de Mayo y transferencia realizada el 13 de Junio. También para proveedor de alimentos (Con contrato establecido) 12122 nuevamente acordado el pago 22 de Mayo y transferencia el 14 de Junio. Otro ejemplo para Orden de Compra 18/18 colocada al proveedor 15697 acordada 17 de Abril y liquidada el 9 de Mayo.</p> <p>Espe proceso fue adaptado para dar cumplimiento con requisitos legales del SAT. Se revisan CFDI con sello oficial y se coteja con Orden de Compra. Se requiere envío de PDF y XML por el proveedor y en su caso se emiten contra recibos. Se conservan evidencias de pago.</p>
<p><b>Proceso:</b> Provisión de Servicios -Provisión y Gestión de Servicios Escolares</p>
<p><b>Sitio:</b> CGSE - FEDU / FENF</p>
<p><b>Métricos de desempeño:</b> Recién se establece una medición de terminar los procesos en menos de tres días. Se continua midiendo la satisfacción usando formato del Sistema.</p>
<p><b>Entradas:</b> Lista de sustentantes aceptados. Convocatoria institucional para ingreso. Solicitud de servicio y documentos oficiales. Listas y actas de calificaciones. Solicitud de documentación oficial y/o archivos electrónicos con información oficial requerida</p>
<p><b>Salidas:</b> Lista de alumnos inscritos y reinscritos. Expedientes actualizados. Documentos oficiales. Títulos, diplomas, grados académicos (maestría y doctorado), certificación de documentos, Cedula de nivel superior</p>
<p><b>Documentos/Registros:</b> P-FEDU-CE-01 a 06 Control Escolar - P-SG-CGSE-04 para emisión de Certificados y Títulos</p>
<p><b>Notas de Auditoría:</b> En esta visita se dio énfasis al proceso de titulación. Proceso realizado en forma conjunta entre las Facultades y la Coordinación General de Servicios Escolares. Documentalmente se revisaron evidencias de documentación completa y lista para entrega a egresados. Como: Título y documentos que quedaron registrados en Libro 107 Fojas 254 con cédula [REDACTED] para egresado matrícula [REDACTED]. Para ex-alumno [REDACTED], completado con FSG CGSE 24 Revisión 04 y cédula [REDACTED]. También para [REDACTED] en este caso [REDACTED]. Y otros. Además se auditaron evidencias de entrega a ex-alumnos completadas en cumplimiento. Así, para [REDACTED] entregado el 18 de Junio, para [REDACTED] ex-alumno de Facultado de Educación, para [REDACTED] de la Facultad de Enfermería, etc. Este proceso que debe estar en cumplimiento con reglamentación y lineamientos de "Profesiones" esta sufriendo muchos cambios en protección a evitar documentos apócrifos. Se espera pronto que solamente sean válidos documentos electrónicos. Representando además un menor consumo de papel y economía por no requerir elementos de seguridad.</p>
<p><b>Proceso:</b> Control de procesos, productos y servicios externos</p>
<p><b>Sitio:</b> CGDF</p>
<p><b>Métricos de desempeño:</b></p>
<p><b>Entradas:</b> Solicitudes de compra por parte de las dependencias. Convenios de apoyo financiero. POA autorizado (Gobierno). Ingresos propios..</p>
<p><b>Salidas:</b> Bienes y / o servicios adquiridos. Pago a proveedores. Ingresos por la prestación de servicios. Informes financieros. Presupuesto anual. Artículos adquiridos</p>
<p><b>Documentos/Registros:</b> P-DGFA-CGDF-01 Adquisiciones - P-DGFA-CGDF-07 Licitaciones</p>
<p><b>Notas de Auditoría:</b> Varios ejemplos de compras realizadas con recursos propios fueron revisados. Así, el día 13 de Mayo identificada como 3/2018 en F-DGFA-CGEF-130. Resuelto despues de un cuadro comparativo. Detalles de la Licitación LA-NP-UADY/01-2018 confirmados desde la convocatoria el 26 de Febrero. Publicada en diario de circulación local como en la página web. Completado con información de partidas, calendario, etc. Detalles para compra de "Bases" confirmando con CFDI. Partidas cotizadas, participación en junta de aclaraciones y en su momento en la apertura. Conservando evidencias de participantes y observadores de este proceso. Formatos revisados como F-DGPLANEI-CC/GA-36 y ciclo completo hasta detalles de entrega de proveedores en FDGFA-CGDF-09. Compras a proveedores en "Catalogo" y evaluación posterior para estos y para los que recibieron una asignación en la licitación. Los artículos son entregados directamente a los clientes internos. No se mantiene almacén y se confirma antes de liberar el pago en acuse de recibo de los solicitantes.</p>

**Avance hacia la mejora continua**

Varios esfuerzos fueron mencionados durante esta visita, mucho facilitando contactos con Partes Interesadas via internet (WEB).

**Oportunidades de mejora**

Detallar mas algunos registros del Sistema.

**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:**

<b>La revisión del desempeño histórico y esta auditoría indican que la organización ha:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/A</b>
¿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:**

**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.*

N/A.

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

N/A.

## Registro de Asistencia

Reunión de apertura: Fecha: 06/18/2018

Hora: 8:30

Reunión de cierre: Fecha: 06/22/2018

Hora: 15:30

Nombre	Puesto	Apertura	Cierre
Bibiana del C. Sosa Ballina	FEDU	✓	
Tanlia Cecilia Avila Pino	FEDU	✓	✓
Yheny López García	FEDU	✓	✓
Lorena Gamboa Ancona	Sec. General	✓	
Pedro José Canto Herrera	FEDU	✓	
Gladys Julieta Guerrero Walker	Dirección FEDU	✓	✓
José Luis Villamil Urzaiz	Secretaria General	✓	
Lizbeth Estrada Osorio	CGDF	✓	✓
Ma. Mercedes Cárdenas Ruiz	CGDF	✓	
Cecilia Gabriela Cárdenas Encalada	Planeación	✓	✓
Nihilsa Patricia Escoffié Cano	Planeación	✓	✓
Ma. Fernanda Gasca Arjona	DGPLANEI	✓	✓
Said Cárdenas Dajdaj	Auditor Líder	✓	✓
Paulina Martínez Navarrete	DGPLANEI	✓	✓
Cecilia de J. Novelo	FEDU		✓

### 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					SGC 2015	Cláusulas																												
	6	12	18	24	30		4.1	4.2	4.3	4.4	5.1	5.2	5.3	6.1	6.2	6.3	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	8.6	8.7	9.1	9.2	9.3	10.1	10.2	10.3	
Three Year Audit Plan						Sitio	Función/Proceso																												
	A					DGPLANEI FEDU / FENF	Contexto de la Organización	X		X	X																								
	A					DGPLANEI FEDU / FENF	Partes Interesadas		X																										
A	A		R			DGPLANEI FEDU / FENF	Auditorías Internas																					X	X						
A	A		R			DGPLANEI FEDU / FENF	Revisión Directiva Evaluación del desempeño					X	X	X		X	X	X		X	X	X						X		X	X			X	
A	A					Todos	No conformidad y Acciones Correctivas																										X		
	A		R			Todos	Acciones para abordar riesgos y oportunidades							X																					
A	A		R			CGSE CGDF CSL / CSEMS FEDU / FENF	Requisitos de los Servicios																		x			X						X	
A	A		R			Todos	Control de salidas no conformes																					x							
A	A		R			CGSE FEDU / FENF	Provisión de Servicios – Provisión y Gestión de Servicios Escolares.																				x		x	x	x				
A			R			CSL / CSEMS	Provisión de Servicios - Selección de Aspirantes.																				x		x	x	x				
	A					CGDF FEDU / FENF	Provisión de Servicios - Provisión de Servicios Financieros y Materiales.																				x		x	x	x				
	A					CGDF	Control de procesos, productos y servicios externos																												

**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**

**Matriz Histórica de Auditoría**

SGC 2015 Cláusulas	Turnos Auditados			4.1	4.2	4.3	4.4	5.1	5.2	5.3	6.1	6.2	6.3	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	8.6	8.7	9.1	9.2	9.3	10.1	10.2	10.3				
	1	2	3																																
Renovación	X	X		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
S6																																			
S12	X			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
S18																																			
S24																																			
S30																																			
Renovación																																			
<b>Total N/C por Cláusula:</b>				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				

Turnos Auditados: Todos los turnos deben ser auditados en auditorías de Fase 2 y Re-Certificaciones, y durante el ciclo de auditorías de vigilancia –

Colocar una "X" en la columna aplicable para indicar el (los) turno(s) auditado(s).

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

## Plan de Auditoría No: QE - 46403 - 3/12 - U

**Organización:** **Universidad Autónoma de Yucatán**

**Fecha de envío del plan de auditoría al cliente:** 05/29/2018 **Equipo Auditor:** Gil Ochoa - Auditor Líder,

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

**Fechas de Auditoría:** 06/18/2018 - 06/22/2018 **Duración de Auditoría:** 5.0 día(s) auditor

**Norma(s) a auditar** ISO 9001:2015 **Número total de empleados:** 106

**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 9001:2015 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.

18 junio	<b>Procesos para la auditoría</b> <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>	
Día 11	8:15	<b>Sitio: Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional</b>
8:30-9:30	<b>Junta de Apertura</b> Verificación de procesos y de todos los lugares donde éstos ocurren (QMS)	
9:30-10:00	Uso de las marcas de certificación - Revisión documental - Cambios a la organización Objetivos/Metas/Mejora Continua	
10:00-11:00	Contexto de la Organización	
<b>Sitio: Secretaría General-Coordinación General de Servicios Escolares</b>		
11:30-13:00	Titulación	
13:00-14:00	Mejora - No Conformidad y Acciones Correctivas	
<b>Sitio: Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional</b>		
14:30-15:30	Comida	
15:30-16:30	Avance del reporte	

19 junio	<b>Procesos para la auditoría</b> <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>	
Día 2	08:00	<b>Sitio: Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional</b>
8:00-9:30	Partes Interesadas.	
9:30-11:30	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	
11:30-13:00	Auditorías Internas	

13:00-14:00	Comida
14:00-15:00	Revisión por la Dirección
15:00-16:00	Avance del reporte

20 junio	<b>Procesos para la auditoría</b> <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>
Día 3 08:00	<b>Sitio: Dirección General de Finanzas y Administración</b>
8:00-9:30	Adquisiciones de materiales y equipo de presupuesto general e ingresos y egresos dependencias
9:30-11:00	Adquisiciones por licitaciones públicas
11:00-13:00	Selección y evaluación de proveedores
13:00-14:00	Mejora - No Conformidad y Acciones Correctivas
	<b>Sitio: Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional</b>
14:00-15:00	Comida
15:00-16:00	Avance del reporte

21 junio	<b>Procesos para la auditoría</b> <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>
Día 4 08:30	<b>Sitio: Facultad de Educación</b>
8:30-10:00	Revisión documental y Contexto de la Organización
10:00-11:00	Partes Interesadas.
11:00-12:30	Acciones para abordar riesgos y oportunidades
12:30-13:30	Revisión por la Dirección
13:30-14:00	Comida
14:00-15:00	Auditorías Internas
15:00-16:00	Mejora - No Conformidad y Acciones Correctivas

22 junio	<b>Procesos para la auditoría</b> <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>
Día 5 08:30	<b>Sitio: Facultad de Educación</b>
08:30-10:30	Control Escolar
10:30-12:30	Contabilidad
12:30-13:30	<b>Traslado a sitio Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional</b>
13:30-14:30	Comida
14:30-15:30	Preparación de reporte
15:30-16:00	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/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).

### 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](http://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
  - [n/a] 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.
- [x] Explicar el rol de guías, observadores, y consultores
- [x] Comentar las condiciones bajo las cuales la auditoría pudiera terminar prematuramente
- [x] Identificar guías y definir sus responsabilidades
- [x] Explicar el criterio de clasificación para las no conformidades (NC´s)
- [x] Explicar los “Resultados Esperados del Sistema de Gestión del Cliente” (ver ejemplos en QE-OPS-851)
- [x] Definir el criterio para la recomendación
- [n/a] 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)

- [x] 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
- [n/a] Reafirmar el criterio de clasificación para las no conformidades (NCs) – excepto para BSCI
- [n/a] 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.
- [x] Definir el criterio para la recomendación
- [x] 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)
- [x] Explicar el Proceso de Apelación y Quejas

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

## Instrucciones para el envío de acciones correctivas

1. Completar y enviar la(s) forma(s) de Acción Correctiva adjuntas para todas las no conformidades identificadas
2. Enviar por correo electrónico: **al Auditor Líder y [auditservices@abs-qe.com](mailto: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 - 3/12 - U

<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>
			<b>Requerimiento:</b> <b>No conformidad:</b> <b>Evidencia:</b>	

(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.			