



**REPORTE DE AUDITORÍA
INTERNA**

Hoja: 1 de 6

AUTORÍA INTERNA AI13-ADMC-01

Duración de la auditoría:	07 al 13 de marzo 2013		
Fecha reunión de apertura:	07 de marzo 2013	Fecha reunión de cierre:	13 de marzo 2013
Fecha de elaboración del reporte:	12 de marzo 2013	No. de auditados:	24

Objetivo:

Verificar el grado de conformidad con lo planificado para la realización del servicio, los requerimientos de la Norma ISO 9001:2008 así como identificar áreas de mejora del SGC.

Criterio:

Todos los requerimientos de la Norma ISO 9001:2008 y la documentación de los procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad

Alcance:

Procesos auditados	Áreas auditadas
Provisión de servicios financieros, materiales y humanos	Coordinación General de Desarrollo Financiero Coordinación del Sistema de Desarrollo Humano
Selección de aspirantes	Coordinación del Sistema de Educación Media Superior
	Coordinación del Sistema de Licenciatura
Administración del Sistema de Gestión de la Calidad	Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo
Competencia del personal	Recursos Humanos/ Archivo

Equipo auditor

Pamela Chi Haas
Graciela Pastrana Contreras
Luis Enrique Mérida Flores
Cecilia Cárdenas Encalada
Patricia Escoffié Cano
Paulina Martínez Navarrete
Said Cárdenas Dajdaj
Alejandra Ortega Canul (AIF)



REPORTE DE AUDITORÍA INTERNA

Hoja: 2 de 6

José Apolinar Ferrer Pérez (AIF)

Eder Pinto Pat (observador)

AIF: Auditor Interno en Formación

HALLAZGOS

No Conformidades

En la revisión al Sistema de Gestión de la Calidad se encontraron un total de 10 No Conformidades

Descripción de la No Conformidad <i>Especificar: Requerimiento (R)- Incumplimiento (I)- Evidencia (E)</i>	Punto de la norma ISO 9001:2008	No Conformidad	
		Mayor	Menor
R: La norma ISO 9001:2008 establece en el punto 4.2.3 inciso d) que la organización debe asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso. I: La organización no aseguró que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso. E: En la CGDF se encontró que el Catálogo de Mobiliario C-DGF-CGDF-04 se encuentra publicado en la página web del SGC con revisión 02 y en la página web de Finanzas (SharePoint) se encuentra registrado con revisión 03.	4.2.3 d)	X	
R: La norma ISO 9001:2008 establece en el punto 4.2.4 que los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables. I: La organización no aseguró que los registros permanecen fácilmente identificables. E: En CSEMS se encontró que los formatos F-DGDA-CSEMS-05, F-DGDA-CSEMS-08, F-DGDA-CSEMS/CSL-01 no cuentan con el código de identificación.	4.2.4	X	
R: La norma ISO 9001:2008 establece en el punto 5.4.1 que los objetivos de calidad deben ser medibles y coherentes con la política de la calidad. I: La organización no realizó la medición de los objetivos de calidad. E: En CSEMS no se encontró evidencia de la medición de los objetivos de calidad: "Reducir a menos del 5% el número de los sustentantes que presentan algún problema durante su proceso de registro al examen en cada proceso de selección de aspirantes al nivel medio superior" y "Reducir a menos del 5% el número de folios de registros duplicados o erróneos durante cada proceso de selección de aspirantes a nivel medio superior".	5.4.1	X	
R: La norma ISO 9001:2008 establece en el punto 7.4.1 que la organización debe evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización. I: La organización no evaluó a los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización.	7.4.1	X	



**REPORTE DE AUDITORÍA
INTERNA**

Hoja: 3 de 6

E: En CSL no se encontró evidencia de la evaluación del proveedor CENEVAL para el proceso de selección de aspirantes 2012.			
R: La norma ISO 9001:2008 establece en el punto 8.4 inciso d) que la organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del SGC. El análisis de datos debe proporcionar información sobre los proveedores. I: La organización no analizó los datos apropiados para proporcionar información sobre los proveedores. E: En CSEMS no se mostró evidencia del análisis de la información presentada de la evaluación del Notario Público y del CENEVAL, ni evidencia que permita evaluar la mejora continua.	8.4 d)	X	
R: La norma ISO 9001:2008 establece en el punto 8.5.2 inciso e) que la organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir y registrar los resultados de las acciones tomadas. I: Sin embargo, la organización no tomó acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir y no registró los resultados de las acciones tomadas. E: En CSDH y CSL no se mostró evidencia de la documentación de acciones correctivas desde 2011. E: En CSEMS se encontró que la AC12-15 está reprogramada con fecha de término 28 febrero 2013 y no cuenta con la evidencia completa de su implementación.	8.5.2 e)	X	
R: La norma ISO 9001:2008 establece en el punto 8.5.3 que la organización debe determinar acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. I: Sin embargo, la organización no determinó acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. E: En CSDH y CGDF no se mostró evidencia de la documentación de acciones preventivas desde 2011.	8.5.3	X	
R: La Guía Técnica para elaborar y modificar documentos establece en el punto 5 (Contenido mínimo de la documentación) que los documentos del SGC de acuerdo a su tipo, se elaboran o modifican con una estructura de contenido específica. En el caso de los Catálogos deberán contener: encabezado, objetivo, alcance, contenido, glosario, control de revisiones y control de emisión. I: Sin embargo, la organización elaboró documentos sin la estructura establecida. E: En la CGDF se encontró que el Catálogo de equipos de cómputo y audiovisual C-DGF-CGDF-01 y el Catálogo de Mobiliario C-DGF-CGDF-04 no cumplen con la estructura de contenido específica que se establece para la elaboración de catálogos.	N/A		X



**REPORTE DE AUDITORÍA
INTERNA**

Hoja: 4 de 6

R: La Guía Técnica para elaborar y modificar documentos establece en el punto 5 (Contenido mínimo de la documentación) que los instructivos se elaboran en el formato establecido Formato para instructivos F-CIPLADE-CC-39, mismo que no podrá ser modificado. I: Sin embargo, la organización elaboró un instructivo sin el formato establecido. E: En CSL se encontró que el Instructivo para el registro de aspirantes I-DGDA-CSL-02 no se elaboró en el F-CIPLADE-CC-39.	N/A		X
R: El objetivo de calidad de CSDH establece: Implementar durante el 2012 los procedimientos de formación de personal y de inducción de personal administrativo de nuevo ingreso, así como de autoridades y funcionarios. I: No se implementaron los procedimientos establecidos en el objetivo de calidad. E: En CSDH no se logró la implementación de los procedimientos de formación de personal y de inducción de personal administrativo de nuevo ingreso, así como de autoridades y funcionarios, por lo que no se cumplió con lo establecido en el objetivo de calidad	N/A		X

Oportunidades de mejora	Área
Se observó que algunas tareas de los procedimientos P-DGDA-CSEMS/CSL-01 y P-DGF-CGDF-01 no se realizan como están declaradas en los mismos.	CGDF CSL CSEMS
En el P-CIPLADE-CC-06 se observó que no se establece un término de tiempo para replantear las acciones para tratar el producto no conforme, en caso de que éstas no fueran efectivas.	CIPLADE
En el P-DGADP-CSDH-01 se menciona en la descripción de actividades, el instructivo para la selección, contratación y evaluación de capacitadores I-DGADP-CGDH-01, que no se encuentra listado en los documentos de referencia.	CSDH
Se observó que en el P-DGDA-CSEMS/CSL-03 no establece: lugar de almacenamiento, responsable de protección, tiempo de retención y disposición de las actas notariales resultantes del procedimiento.	CSL
Se encontró que la recuperación de los registros no es acorde con lo establecido en el control de registros de los P-DGF-CGDF-01 y P-DGF-CGDF-02.	CGDF
Se observó que el Catálogo de Equipo de Cómputo y Audiovisual C-DGF-CGDF-01, para la consulta de proveedores no se actualiza de manera oportuna.	



**REPORTE DE AUDITORÍA
INTERNA**

Hoja: 5 de 6

Se mostraron dos formatos de Reprogramación de acciones para la acción AC12-04.	
El Calendario de actividades de capacitación F-DGADP-CGDH-14 no se actualiza en la página web cuando se realizan modificaciones.	CSDH
Se observó que los tiempos de retención de los registros establecidos en los procedimientos no son los adecuados. P-CIPLADE-CC-01, P-CIPLADE-CC-02, P-CIPLADE-CC-03, P-CIPLADE-CC-04, P-CIPLADE-CC-05, P-CIPLADE-CC-06 y P-CIPLADE-CC-07.	CIPLADE
De 10 personas auditadas, seis mostraron evidencia de la comprensión completa de los aspectos esenciales de la política de calidad.	CGDF CSEMS
Se encontró que algunas dependencias presentan gran cantidad de información para la elaboración del concentrado final de la revisión de la dirección.	CIPLADE
No se presentó la justificación metodológica para la selección del tamaño de la muestra, para la aplicación de la encuesta de satisfacción de los sustentantes.	CSEMS
Se evidenció que el objetivo de calidad <i>"Reducir y mantener durante el proceso, en menos de 10 días hábiles, el tiempo para completar la selección de aspirantes por primera y/o segunda vez"</i> , se ha logrado mantener en 8 días desde el 2011, por lo que el objetivo ya no representa un reto.	CSL
No se encontraron acciones de mejora documentadas desde 2011.	CGDF
Se observó que la AM12-09 se encuentra vencida y sin la verificación de la efectividad.	CSEMS
El área de trabajo no se encuentra ordenada y limpia.	

Fortalezas	Área
Se promueve y aplican las tecnologías de información para la innovación del proceso.	CSEMS CSL



UADY
UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN
"Luz, Ciencia y Verdad"

**REPORTE DE AUDITORÍA
INTERNA**

Hoja: 6 de 6

El personal demuestra completo conocimiento de los procedimientos auditados.	CGDF CSL CSEMS CSDH CIPLADE
El área se encontraba ordenada y limpia.	CSDH CGDF CIPLADE CSL

Aprobado por el representante de la dirección:

MDO. Juan de Dios Pérez Alayón	
---------------------------------------	--