



Nombre del documento:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Código:
BECENE-CA-PG-08-04

Revisión **3**

Página **1** de **9**

NO. DE AUDITORÍA	ORGANIZACIÓN AUDITADA/AREA	FECHA DE REALIZACION DE AUDITORIA
A2/2011	BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ	28 de NOVIEMBRE de 2011
AUDITOR LÍDER RESPONSABLE DE LA AUDITORÍA		
DR. LEÓN ALEJANDRO PÉREZ REYNA		

EQUIPO DE AUDITORES	
• Castro Faz Cruz Ramón.	CFC
• Camacho Zavala Leticia.	CZL
• Obregón González Eva Bibiana.	OGE
• Pérez Oliva Iván.	POI
• Vázquez Guerrero Víctor.	VGW
• Navarro Torres Olivia.	NTO
• Neira Neaves Irma Inés.	NNI
• Turrubiarres Cerino Nayla Jimena.	TCN
• Hernández Muñiz Juana María.	HMJ
• De la Rosa Carrillo Octavio.	DCO
• Obregón Nieto Claudia Isabel.	ONC
• Pérez Lugo Esther Elizabeth.	PLE
• López Oviedo Hilda Margarita.	LOH
• Saavedra López Julián	SLJ
• Mireles Alemán Martha Patricia.	MAM
• Torres Méndez Gisela de la Cruz.	TMG
• Cruz Díaz de León Hilda.	CDH
• Juárez Reséndiz Marcela.	JRM
• Godina Belmares Elida.	GBM
• Rodríguez Álvarez Rubén.	RAR
• Rangel Zavala Nadya Edith.	RZN
• Juárez Reséndiz Marcela	JRM
• Palomares María Sara	PMS
• Villanueva González Alma Verónica	VGA

I. OBJETIVO (S):

Los Objetivos de esta Auditoría son:

1. Confirmar que el sistema de gestión cumple con todos los requisitos de la norma de auditoría 9001:2008;(auditorías internas)
2. Confirmar que la Organización ha implementado efectivamente sus actividades planeadas con respecto al punto 8:0 de la norma **Medición, Análisis y Mejora**;
3. Confirmar que el sistema de gestión es capaz de lograr los objetivos y políticas de la Organización.
4. Efectuar un recorrido para la detección de riesgos de acuerdo a OHSAS.



Código:
BECENE-CA-PG-08-04

Revisión 3

Página 2 de 9

Nombre del documento:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

II. ALCANCE:

- DOCENCIA y Posgrado.
(ADMINISTRACIÓN Y CICYT)
- AUDITORÍAS INTERNAS.
- EXTENSIÓN EDUCATIVA.
- SGC. PROCESO DE AUDITORÍAS INTERNAS
- INVESTIGACIÓN Y NC DERIVADAS EN LAS ÁREAS.

III. RESUMEN DEL INFORME:

Elemento de la norma ISO 9001:2008	Numero de no conformidades
4.0 Sistema de gestión de la calidad	1
5.0 Responsabilidad de la dirección	0
6.0 Gestión de los recursos	0
7.0 Realización del producto	0
8.0 Medición, análisis y mejora	7
Total de no conformidades	8

IV. RESUMEN DE LA AUDITORIA:

Resultado (describir):

Conclusiones

- El SGC de la organización educativa cumple de manera genérica con lo especificado en la norma ISO 9001:2008.
- Las áreas auditadas en su mayoría muestran seriedad y disponibilidad para el ejercicio de la auditoría.
- El proceso de medición, análisis y mejora tiene áreas de oportunidad en cuanto a: eficacia, documentación, acciones preventivas, y difusión para su evaluación.
- Considero necesario capacitación a toda la organización en el punto 8.0 Medición, análisis y mejora..

Puntos fuertes

La disponibilidad y apertura al proceso de auditoría interna.

Oportunidad de Mejora.

- Puntualidad en la elaboración y difusión del informe de análisis de datos.
- Informes trimestrales de los departamentos y difusión.
- Documentar las acciones de mejora en las diferentes áreas.
- Pertinencia de la medición de la satisfacción del cliente
- Documentar acciones preventivas inmediatas al detectar no conformidades potenciales.
- Verificar la eficacia de las acciones implementadas.
- Valorar, registrar y documentar las quejas como una oportunidad de mejora.
- Validar los documentos con las firmas correspondientes y logotipos de la institución y SG.C.



Código:
BECENE-CA-PG-08-04

Revisión 3

Página 3 de 9

Nombre del documento:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

- Checar correspondencia de lo declarado en los procesos y la medición pertinente de los procedimientos operativos para lograrlo.
- Revisar los indicadores de gestión (criterios)
- Documentar las acciones de mejora y planes a mediano y largo plazo.

V. DESCRIPCIÓN DE LA (S) NO CONFORMIDAD (ES)

Norma	ISO 9001:2008		OTRA :
REQUISITO DE LA NORMA	Debe de la norma	HALLAZGOS	ÁREAS
4.0 Generalidades y Documentos 4.2.3 y 4.2.4	Los documentos requeridos por el SGC deben ser controlados. Los registros son un tipo especial de documento y deben ser controlados de acuerdo a los requisitos dados en el 4.2.4. b) revisar y actualizar los documentos como sea necesario y reaprobarlos nuevamente. c) asegurar que se identifiquen los cambios y el estado de versión vigente de los documentos.	En el área de servicios escolares, el procedimiento operativo para la acreditación de alumnos, no está vigente, las firmas no corresponden y se opera de manera diferente a lo declarado en el SGC.	RAC 94 ADMINISTRACIÓN. SERVICIOS ESCOLARES.
8.0 Análisis, medición y mejora.	La organización debe tomar acciones que eliminen las causas de las NC. Con el fin de prevenir su recurrencia. a) La revisión de las no conformidades b) Determinación de las causas. c) La evaluación de la necesidad de acciones que aseguren que las NC no vuelvan a ocurrir.	Es necesario implementar sin demora acciones correctivas y/o preventivas, así como guardar los registros y evidencias de su tratamiento.	RAC 95 A todo el SGC



Nombre del documento:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Código:
BECENE-CA-PG-08-04

Revisión **3**

Página 4 de 9

8.2.1	8.2.1 Satisfacción del cliente Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información.	En el proceso de auditorías internas no se tiene implementado de manera sistemática la satisfacción del cliente (auditado).	RAC 96 RD SGC
8.2.2	Auditoría interna La dirección responsable del área que esté siendo auditada debe asegurarse de que se realizan las correcciones y se toman las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas. Las actividades de seguimiento deben incluir la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación (véase 8.5.2).	No hay evidencia de la implementación y verificación de acciones correctivas derivadas de las quejas de los usuarios. (CicyT)	RAC 97 Cicyt



Nombre del documento:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Código:
BECENE-CA-PG-08-04

Revisión 3

Página 5 de 9

8.2.3	8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados. Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente.	En el área de docencia no se tiene definida, estandarizada la metodología para medir el proceso. Eje. PO visitas y jornadas de práctica escolar BECENE-DD-PO-04. En el área de la dirección de extensión educativa se identificó que los indicadores de medición no arrojan las evidencias que vayan a la par con los resultados planificados la consecuencia de ello es que no se considera la raíz cuadrada del universo de la población. En el área de posgrado los indicadores no son pertinentes para la medición del proceso. Se detectó que la medición de los indicadores de desempeño del área tecnológica (CICYT) en cuanto a conectividad es inespecífica lo que genera ambigüedad en la meta establecida. Asimismo se observa que el porcentaje de logro en las metas de los procedimientos referidos a la coordinación académica y administrativa se encuentran por debajo del nivel esperado en cuanto a satisfacción se refiere. El proceso de medición y seguimiento servicios administrativos.	RAC 98 DOCENCIA Extensión educativa Cicyt Posgrado
-------	---	--	---



Nombre del documento:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Código:
BECENE-CA-PG-08-04

Revisión 3

Página 6 de 9

8.4	8.4 Análisis de datos La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad. Esto debe incluir los datos generados del resultado del seguimiento y medición y de cualesquiera otras fuentes pertinentes. El análisis de datos debe proporcionar información sobre: a) la satisfacción del cliente (véase 8.2.1), b) la conformidad con los requisitos del producto (véase 8.2.4), c) las características y tendencias de los procesos y de los productos, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas (véase 8.2.3 y 8.2.4), y d) los proveedores (véase 7.4).	El personal operativo muestra poco conocimiento en la utilización de este procedimiento de gestión.	RAC 99 SGC
8.5	Mejora 8.5.1 Mejora continua La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.	8.5.2. No conformidad: Acciones correctivas, registrar los resultados de las acciones tomadas. Ej.Compras	RAC 100 Administración



Código:
BECENE-CA-PG-08-04

Revisión 3

Página 7 de 9

Nombre del documento:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

	8.5.2 Acción correctiva La organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas. Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para: a) revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes), b) determinar las causas de las no conformidades, c) evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir, d) determinar e implementar las acciones necesarias, e) registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4), y f) revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.	No hay evidencia de la implementación y verificación de acciones correctivas derivadas de las quejas de los usuarios. (CicyT). Se encontró que no hay evidencia, seguimiento ni evaluación de la acción correctiva, referida a la actualización de documentos en la página electrónica referida al procedimiento operativo para el procedimiento de seguimiento y evaluación de la organización bibliográfica y préstamos y servicios BECENE-DSB-PO-03.	CICYT. ADMINISTRACIÓN
OHSAS	HALLAZGOS LECTURA Ver informe ANEXO. 18001.2007		

OBSERVACIONES

- ✓ El proceso de auditoría interna se desarrolló sin incidentes mayores.
- ✓ Los equipos cumplieron en lo general con lo establecido en la agenda.
- ✓ Es conveniente reforzar el entrenamiento en la detección de hallazgos y redacción de no conformidades.
- ✓ Es importante que los auditores fortalezcan sus competencia de manera



Nombre del documento:

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Código:
BECENE-CA-PG-08-04

Revisión 3

Página 8 de 9

individual.

- ✓ Los equipos auditores muestran organización y autonomía.
- ✓ Reconsiderar la fecha de auditoría que no sea lunes (Posgrado)
- ✓ Considero necesario en corto plazo LA GESTIÓN DE RECURSOS para la **CERTIFICACIÓN DE AUDITORES INTERNOS** en ISO 9001:2008.

1. Los informes trimestrales no se han recibido a tiempo para su evaluación y difusión:
2. Se evidencia el compromiso de los directores de área con la alta dirección en el sistema de gestión de calidad.
3. No hubo quejas documentadas o verbales de nuestros clientes auditados. Es necesaria una evaluación de la satisfacción de los clientes del proceso de auditoría (organización)
4. Las acciones correctivas deberán proporcionar mayor beneficio y valor agregado para la mejora de los procesos y de la organización.
5. En el punto 8.4 (análisis de datos) y 8.5.3 acción preventiva.

Se recomienda que el responsable de operar el procedimiento conozca los mecanismos diseñados por el SGC para su registro. Particularmente en documentación referida al porqué, cómo y para qué de un RAP.

VI EFICACIA DEL SISTEMA.

Requisito de la Norma	Problemas detectados en la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad	Acciones tomadas para Mejora de la Eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad	Eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad
4	Revisar documentación, vigente, necesaria y acorde con el funcionamiento de cada área.	Revisión y actualización de los documentos de todas las áreas	
7	Realización del producto o servicio.	Revisar y Actualizar sus planes de calidad. Indicadores y etapas del proceso	
8	Existe deficiencias aún en la medición y análisis de datos para toma de decisiones.	Capacitación en técnicas estadísticas, medición y toma de decisiones.	Evidenciar las acciones de mejora derivadas de áreas de oportunidad y las detectadas en proceso, AI, AE.

VII. PERSONAL CONTACTADO



Nombre del documento:

Código:
BECENE-CA-PG-08-04

Revisión 3

Página 9 de 9

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

NOMBRE	AREA	PUESTO
DR. VICTOR VÁZQUEZ GUERRERO	ADMINISTRACIÓN	Servicios materiales
MTRA. ELIDA GODINA BELMARES	POSGRADO	COORDINADORA
MTRA. JUANA MARÍA HERNÁNDEZ MUÑIZ	POSGRADO	COORDINADORA
MTRA. MA. MAYELA LEYVA HERRERA	DOCENCIA	DIRECTORA
DR. LEÓN ALEJANDRO PÉREZ REYNA	DIEGC	DIRECTOR
MTRA. DALIA ELENA SERRANO REYNA.	DOCENCIA	COORDINADORA
MTRA. ESTHER PÉREZ HERRERA.	DOCENCIA	COORDINADORA
DR. JAIME RAMOS LEYVA	CICYT	DIRECTOR
ISC. OCTAVIO DE LA ROSA	CICYT	COORDINADOR
MTRO. JESÚS ALBERTO LEYVA ORTIZ	ADMINISTRACIÓN	DIRECTOR
MTRO IVÁN PÉREZ OLIVA	EXTENSIÓN EDUCATIVA	DIRECTOR
LIC. LETICIA CAMACHO ZAVALA	EXTENSIÓN EDUCATIVA	JEFE DE DEPARTAMENTO
C. BELÉN WENDOLYN CERVANTES	ADMINISTRACIÓN	JEFE DE DEPARTAMENTO
ISC. ESTHER PÉREZ LUGO	DIEGC	JEFE DE DEPARTAMENTO

ELABORADO	RECIBIDO
 DR. LEÓN ALEJANDRO PÉREZ REYNA	DR. FRANCISCO HERNÁNDEZ ORTIZ 
AUDITOR LÍDER	DIRECTOR GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Mtra. Hilda Margarita López Oviedo	Dr. León Alejandro Pérez Reyna.	Mtro. Francisco Hernández Ortiz.
Firma			
Fecha	29 ENERO 2010	03 DE FEBRERO 2010	03 DE FEBRERO 2010