



Nombre del documento:

**INFORME DE AUDITORIA INTERNA**

Código:

**BECENE-CA-PG-08-04**

Revisión 3

Página 1 de 7

<b>NO. DE AUDITORÍA</b>	<b>ORGANIZACIÓN AUDITADA/AREA</b>	<b>FECHA DE REALIZACION DE AUDITORIA</b>
<b>A1/2011</b>	<b>BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ</b>	<b>28 de junio de 2011</b>
<b>AUDITOR LÍDER RESPONSABLE DE LA AUDITORÍA</b>		
<b>DR. LEÓN ALEJANDRO PÉREZ REYNA</b>		

<b>EQUIPO DE AUDITORES</b>	
• Castro Faz Cruz Ramón.	<b>CFC</b>
• Camacho Zavala Leticia.	<b>CZL</b>
• Obregón González Eva Bibiana.	<b>OGE</b>
• Pérez Oliva Iván.	<b>POI</b>
• Vázquez Guerrero Víctor.	<b>VGW</b>
• Navarro Torres Olivia.	<b>NTO</b>
• Neira Neaves Irma Inés.	<b>NNI</b>
• Turrubiarres Cerino Nayla Jimena.	<b>TCN</b>
• Hernández Muñoz Juana María.	<b>HMJ</b>
• De la Rosa Carrillo Octavio.	<b>DCO</b>
• Cabrera Campos Ma. Isabel.	<b>CCI</b>
• Obregón Nieto Claudia Isabel.	<b>ONC</b>
• Pérez Lugo Esther Elizabeth.	<b>PLE</b>
• García Zarate Ma. de Lourdes.	<b>GZM</b>
• López Oviedo Hilda Margarita.	<b>LOH</b>
• Serrano Reyna Dalia Elena.	<b>SRD</b>
• Saavedra López Julián	<b>SLJ</b>
• Mireles Alemán Martha Patricia.	<b>MAM</b>
• Torres Méndez Gisela de la Cruz.	<b>TMG</b>
• Cruz Díaz de León Hilda.	<b>CDH</b>
• Juárez Reséndiz Marcela.	<b>JRM</b>
• Godina Belmares Elida.	<b>GBM</b>
• Ramírez Vallejo Ma. Socorro.	<b>RVM</b>
• Rodríguez Álvarez Rubén.	<b>RAR</b>
• Rangel Zavala Nadya Edith.	<b>RZN</b>

**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;
2. Confirmar que la Organización ha implementado efectivamente sus actividades planeadas;
3. Confirmar que el sistema de gestión es capaz de lograr los objetivos y políticas de la Organización.
4. Verificar la efectividad de las acciones correctivas derivadas de la AE de recertificación.
5. Efectuar un recorrido para la detección de riesgos de acuerdo a OHSAS.



Nombre del documento:

**INFORME DE AUDITORIA INTERNA**

Código:

**BECENE-CA-PG-08-04**

Revisión 3

Página 2 de 7

**II. ALCANCE:**

- DOCENCIA ( DIRECCIÓN) 2 LICENCIATURAS Y CAPACITACIÓN.
- MANTENIMIENTO . (ADMN Y CICYT)
- AUDITORÍAS INTERNAS.
- EXTENSIÓN EDUCATIVA.
- REVISIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS NC DETECTADAS EN AUDITORÍA DE RECERTIFICACIÓN.
- POSGRADO. (DIRECCIÓN) COORD. INVESTIGACIÓN.
- 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	2
5.0 Responsabilidad de la dirección	0
6.0 Gestión de los recursos	1
7.0 Realización del producto	2
8.0 Medición, análisis y mejora	2
<b>Total de no conformidades</b>	<b>7</b>

**IV. RESUMEN DE LA AUDITORIA:**

**Resultado (describir:**

**a. si el sistema es conforme con la planificación, con requisitos de la norma ISO 9001:2008 y con los del SGC; y**

**b. si se ha implementado y mantiene de manera eficaz)**

**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.
- Es conveniente enfocar las revisiones a proceso para mejorar su interacción.
- Considero necesario capacitación a toda la organización en diferentes niveles.
- Documentación, seguimiento y medición. Eficacia y eficiencia. Análisis de los datos.

**Puntos fuertes**

**POSGRADO.**

Existe capacitación y formación a sus proveedores de servicios contratados externamente.

**EXTENSIÓN EDUCATIVA:**

Existe una preocupación genuina por mejorar sus procesos, alcances y áreas de oportunidad en beneficio de sus clientes o usuarios del servicio.

**INVESTIGACIÓN.**

Se percibe liderazgo en el área por parte del director.

**DOCENCIA**

Metodología clara y con apoyo estadístico para cuantificar el nivel de logro con respecto a la medición de indicadores y meta establecida.



Nombre del documento:

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

Código:

BECENE-CA-PG-08-04

Revisión 3

Página 3 de 7

#### ADMINISTRACIÓN.

Existen percepciones de compromiso con la mejora institucional para realizar proyectos institucionales (ej. Señalética y gestión ambiental y seguridad laboral)

#### CICYT

Existe evidencia y percepción de trabajo colaborativo en el área.

#### Oportunidad de Mejora.

- Es necesario mayor compromiso para generar un clima ideal para la auditoría .ej.docencia.
- Documentar las acciones de mejora en las diferentes áreas.
- Identificarse en la interacción de procesos y sus interrelaciones.
- Registrar los resultados de las reuniones de trabajo colegiado que tengan impacto con los procesos documentados en el SGC actualizando sus fechas y los participantes.
- Documentar acciones preventivas inmediatas al detectar no conformidades potenciales.
- (Ej. indicadores)
- Validar los documentos con las firmas correspondientes y logotipos de la institución y SG.C.
- Organizar y preparar en las áreas la documentación pertinente para los proceso de Auditorías externa e interna.
- Es conveniente hacer referencia en la planeación para la realización del servicio o producto en los planes de calidad ya que se encuentra evidencia de las acciones realizadas.
- No se identifica en la interacción de procesos actualizarla.
- Checar correspondencia de lo declarado los procesos y los procedimientos operativos para lograrlo.

#### 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 Generalidad es 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 la coordinación de investigación se encontraron formatos no documentados en el SGC. No se mostró actualización de anexos de evaluación del producto servicio.BECENE-DEHI-PO-01 Y BECENE-DEDC-PO-01 No se han actualizado a los responsables de los procedimientos operativos en servicios generales y servicios escolares. No se han actualizado en SGC (electrónico) los formatos y registros de procedimientos operativos de inscripción, reinscripción, servicios generales y anexos correspondientes	COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y COORDINACIÓN ACADÉMICA EN POSGRADO.  INVESTIGACIÓN.  ADMINISTRACIÓN. DOCENCIA.



**Nombre del documento:**

**INFORME DE AUDITORIA INTERNA**

**Código:**

**BECENE-CA-PG-08-04**

**Revisión 3**

**Página 4 de 7**

<p><b>6.3</b> Gestión de los recursos. (Menor)</p>	<p>La organización debe determinar, mantener y proporcionar la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto. La infraestructura cuando sea aplicable incluye; a) edificios, espacios de trabajo y servicios asociados. b) equipo para los procesos ( tanto hardware y software) c) servicios de apoyo como transporte, comunicación o sistemas de información)</p>	<p>En el proceso de AI no se encontró evidencia de las funciones ( instructivo de trabajo) para realizar las tareas de mantenimiento en servicios generales como en tecnología. Tanto a software como a hardware. No existe evidencia de la actualización de respaldo de información propiedad del cliente.</p>	<p>CICYT. ADMINISTRACIÓN</p>
<p><b>7.1</b> Planificación de la realización del producto o servicio. (mayor)</p>	<p>La organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto. La planificación de la realización del producto debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del SGC.</p>	<p>Ej. Salidas y entradas en los diagramas de proceso.(die) Planes de calidad.( Cicyt) Indicadores de desempeño.(Cicyt) Productos y salidas de procesos.(die) Proceso de capacitación. (docencia) Efectividad. (Posgrado . coord. Invest.)</p>	<p>DOCENCIA. POSGRADO. INVESTIGACIÓN. CICYT</p>
<p><b>7.5.1</b> (Menor)</p>	<p>La organización debe planear y llevar a cabo bajo condiciones controladas la prestación del servicio. c) uso y equipo adecuado</p>	<p>Ej. Durante el proceso de AI se observó que el personal de mantenimiento ( servicios generales ) no usa el equipo adecuado para la realización de sus funciones.</p>	<p>ADMINISTRACIÓN</p>
<p><b>8.0</b> Análisis, medición y mejora. 8.2.3 y 8.5.1 (Menor)</p>	<p>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.</p>	<p>En el proceso de Extensión educativa no se mostraron los informes, análisis de datos, de AI y las bitácoras de RACs y RAPs.  Evidencia de análisis de datos y toma de decisiones. (CICYT). Metodología adecuada para la medición de indicadores en congruencia con objetivo de calidad.</p>	<p>EXTENSIÓN EDUCATIVA. CICYT</p>



Nombre del documento:

**INFORME DE AUDITORIA INTERNA**

Código:

**BECENE-CA-PG-08-04**

Revisión 3

Página 5 de 7

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.
  - ✓ Algunos auditores todavía se integran en equipo de acuerdo a su área y no se involucran en el proceso como auditores, sino como personal operativo de su área.
  - ✓ 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 individual.
  - ✓ Conveniente reducir el equipo auditor a dos integrantes.
  - ✓ Fortalecer los procesos de comunicación durante la jornada con su auditor líder.
  - ✓ Conviene estimular la maduración profesional y la toma de consciencia de algunos auditores para evitar visión de personas en vez de auditar procesos.
  - ✓ Considero necesario en mediano plazo LA GESTIÓN DE RECURSOS para la **CERTIFICACIÓN DE AUDITORES INTERNOS** en ISO 9001:2008.
1. **De las áreas:** algunos operadores de procedimientos aluden falta de capacitación y haber sido nombrados recientemente para eludir la responsabilidad establecida, aún cuando su ejercicio al frente de esos procedimientos ya cuenta con más de un año en la práctica. ( docencia).
  2. En general hubo disposición en las áreas aún y cuando se atribuyen a causas externas las responsabilidades inherentes a sus cargos.
  3. Hubo apoyo decidido y puntual por parte de la dirección administrativa al proceso de auditoría interna.
  4. Se evidencia el compromiso de los directores de área con la alta dirección en el sistema de gestión de calidad.
  5. Se anexo una no conformidad no capturada en el proceso de cierre de la auditoría pero que está debidamente documentada y procede su inclusión en el presente reporte. (6.3)
  6. No hubo quejas documentadas o verbales de nuestros clientes auditados. (organización)



Nombre del documento:

**INFORME DE AUDITORIA INTERNA**

Código:  
**BECENE-CA-PG-08-04**

Revisión **3**

Página **6 de 7**

7. Se orientan las no conformidades a los procesos y a los puntos de norma en donde deberán proporcionar mayor beneficio y valor agregado para la mejora de los procesos y de la organización ..

**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	En algunos procedimientos operativos es conveniente revisar y a actualizar. (fechas, responsables, nombramientos y registros)	Revisión y actualización sistemática de los procedimientos.	En base al indicador; <b>Número de procedimientos/ procedimientos revisados Integrar un programa en cada área.</b>
5	No hubo.	Uso de del BECENE PG-CA-11 Y SUS ANEXOS	<b>PENDIENTE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN. 30/06/11</b>
6	No se generan las condiciones adecuadas para la prestación de los servicios ( equipo, infraestructura, programas, instructivos)	REVISAR LA NORMA ISO 9001:2008 y sus implicaciones en directrices para la aplicación en educación. IWA 2.	Revisar y actualizar programas de mantenimiento.
7	Desconocimiento en las áreas de los planes de calidad.	Difundir las actualizaciones de los planes de calidad y discutirlos en las áreas	<b>Definir los controles en los requisitos del cliente y realización del producto y /o servicio</b>
8	Existe deficiencias aún en la medición y análisis de datos para toma de de cisiones.	Capacitación en técnicas estadísticas, medición y toma de decisiones.	<b>Evidenciar las acciones de mejora derivadas de áreas de oportunidad y las detectadas en proceso, AI, AE.</b>

**VII. PERSONAL CONTACTADO**



Nombre del documento:

**INFORME DE AUDITORIA INTERNA**

Código:

**BECENE-CA-PG-08-04**

Revisión 3

Página 7 de 7

<b>NOMBRE</b>	<b>AREA</b>	<b>PUESTO</b>
MTRA. MA. SOCORRO RAMÍREZ VALLEJO	POSGRADO	DIRECTORA
MTRA. JUANA MARÍA HERNÁNDEZ MUÑIZ	POSGRADO	<b>COORDINADORA</b>
MTRA. ANA SILVIA LÓPEZ CRUZ	POSGRADO	COORDINADORA
MTRA. MA. MAYELA LEYVA HERRERA	DOCENCIA	DIRECTORA
LEF. JOSÉ SALVADOR MUÑOZ DÁVILA.	DOCENCIA	COORDINADOR
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
LIC. NANCY LUCÍA TORRES MÉNDEZ	EXTENSIÓN EDUCATIVA	JEFE DE DEPARTAMENTO
DR. LEÓN ALEJANDRO PÉREZ REYNA	DIEGC	DIRECTOR
MTRO. MARTÍN GERARDO GONZÁLEZ PARDO	DIEGC	JEFE DE DEPARTAMENTO
MTRA . GISELA DE LA CRUZ TORRES MÉNDEZ	DIEGC	JEFE DE DEPARTAMENTO
ISC. ESTHER PÉREZ LUGO	DIEGC	JEFE DE DEPARTAMENTO

<b>ELABORADO</b>	<b>RECIBIDO</b>
DR. LEÓN ALEJANDRO PÉREZ REYNA	DR. FRANCISCO HERNÁNDEZ ORTIZ
<b>AUDITOR LIDER</b>	<b>DIRECTOR GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN</b>

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