

	Nombre del documento:		Código: BECENE-CA-PG-08-04
	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b>		Revisión: 3
			Página 1 de 6

NO. DE AUDITORÍA	ORGANIZACIÓN AUDITADA/ÁREA	FECHA DE REALIZACIÓN DE AUDITORÍA
A1/2013	<b>BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ</b>	<b>1 Y 2 DE JULIO 2013</b>
<b>AUDITOR LÍDER RESPONSABLE DE LA AUDITORÍA</b>		
<b>LIC EVA BIBIANA OBREGÓN GONZÁLEZ</b>		

<b>EQUIPO DE AUDITORES</b>		
1. CAMACHO ZAVALA LETICIA	1. CZL	<b>EQUIPO 1</b>
2. OBREGÓN NIETO CLAUDIA ISABEL	2. ONC	<b>1, 16</b>
3. PÉREZ OLIVA IVÁN	3. POI	<b>EQUIPO 2</b>
4. SAAVEDRA LÓPEZ JULIAN	4. SLJ	<b>2, 4</b>
5. VÁZQUEZ GUERRERO VÍCTOR	5. VGV	<b>EQUIPO 3</b>
6. MIRELES MEDINA MARCELA DE LA CONCEPCIÓN	6. MMM	<b>12, 15</b>
7. NAVARRO TORRES OLIVIA	7. NTO	<b>EQUIPO 4</b>
8. VILLANUEVA GONZÁLEZ ALMA VERÓNICA	8. VGA	<b>11, 14</b>
9. NEIRA NEAVES IRMA INÉS	9. NNI	<b>EQUIPO 5</b>
10. JUÁREZ RESÉNDIZ MARCELA	10. JRM	<b>3, 8</b>
11. CABRERA CAMPOS MA. ISABEL	11. CCI	<b>EQUIPO 6</b>
12. PÉREZ LUGO ESTHER ELIZABETH	12. PLE	<b>6, 7</b>
13. MIRELES ALEMÁN MARTHA PATRICIA	13. MAM	<b>EQUIPO 7</b>
14. PALOMARES MARÍA SARA	14. PMS	<b>5, 13</b>
15. TORRES MÉNDEZ GISELA DE LA CRUZ	15. TMG	<b>EQUIPO 8</b>
16. HERNÁNDEZ MUÑIZ JUANA MARÍA	16. HMJ	<b>9, 18</b>
17. CRUZ DÍAZ DE LEÓN HILDA	17. CDH	<b>EQUIPO 9</b>
18. RODRÍGUEZ ÁLVAREZ RUBÉN	18. RAR	<b>10, 17</b>
19. HILDA MARGARITA LÓPEZ OVIEDO	19. HLO	
20. EVA BIBIANA OBREGÓN GONZÁLEZ	20. BOG	

**I. OBJETIVO (S):**

Verificar la eficacia y eficiencia de la operatividad y el cumplimiento del Sistema de Gestión de la Calidad en la BECENE en los procesos incluidos en el alcance de la auditoría 1 / 2 - 2013, así como las oportunidades de mejora en función de los puntos 6, 7 y 8 de la norma ISO 9001-2008, deberá atenderse a las exclusiones marcadas por el manual de calidad de la Institución que son 7.3 (en su totalidad), 7.5.2. [No se auditarán las exclusiones aquí marcadas].  
Efectuar un recorrido para la detección de riesgos de acuerdo a OHSAS

**II. ALCANCE:**

La Auditoría Interna se realizará conforme al programa establecido, se atenderán: Dirección de CiCyT, Dirección de Servicios Administrativos y por seguimiento de Auditoría Externa el Departamento de

	Nombre del documento:		Código: BECENE-CA-PG-08-04
	<b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b>		Revisión: 3
			Página 2 de 6

**Recursos Materiales, Control de documentos, Control de registros, Control de Producto no conforme (aplicable a todas las áreas a auditar), Acciones Correctivas y Auditorías Internas. Se dará seguimiento a la Auditoría Interna 2/2-2012, en las áreas de Dirección de Docencia en las Coordinaciones de las Licenciaturas de Educación Secundaria con especialidad en Inglés, y Español; el Departamento Psicopedagógico, y al Equipo para la Elaboración y Valoración de Instrumentos de Evaluación, y por seguimiento de Auditoría Externa al área de Servicios Médicos de la Dirección de Extensión Educativa.**

### III. RESUMEN DEL INFORME:

Elemento de la norma ISO 9001.20008	Número 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	0
8.0 Medición, análisis y mejora	3
<b>Total de no conformidades</b>	<b>6</b>

### IV. RESUMEN DE LA AUDITORÍA:

#### RESULTADO

#### CONCLUSIONES

- El SGC de la organización educativa cumple de manera genérica con lo especificado en la Norma ISO 9001-2008.
- Ciertas áreas muestran seriedad y disponibilidad para el ejercicio de la Auditoría, es importante buscar la sensibilización de los auditados por medio de la capacitación en la terminología del SGC.
- De la norma ISO 9001-2008, en los puntos 6, 7 y 8 nos permitieron emitir una serie de observaciones apuntando a la mejora del sistema, al igual que se sigue considerando un área de oportunidad muy marcada la capacitación a los Directores de Área y su equipo de operadores de procedimiento.
- El Procedimiento gobernador referente al Producto y Servicio No Conforme, es un área de oportunidad para toda la institución, y está radica en su capacitación para el entendimiento, y el manejo asertivo del mismo, para ofrecer un servicio eficiente y eficaz.
- Un aspecto que aún se marca por fortalecer radica, en la apertura y mente abierta para la mejora continua por parte de los auditados.

#### PUNTOS FUERTES

- Apertura al proceso de Auditoría Interna.

#### OPORTUNIDAD DE MEJORA

- Ser cuidadosos con respecto al punto de la Norma ISO 9001-2008 que será auditado, se deberá identificar cual es aplicable para el proceso a auditar, y estar en congruencia con lo que se pretende indagar de cumplimiento. Esto aplica para el Director General, Representante del Sistema de gestión de la Calidad y el Auditor Líder.
- Sugerencia al Director General, Representante del Sistema de gestión de la Calidad y el Auditor Líder, cuidar que las fechas para llevarse a cabo la Auditoría Interna, y estas no interfieran en las actividades de la Institución, para no demeritar el ejercicio de la Auditoría Interna.
- Solicita el Equipo de Auditores Internos, la información sobre las áreas a Auditar y le punto de la norma se den con dos semanas de antelación para trabajar debidamente las listas de Verificación, y se solicita que se continúe con las reuniones presenciales previas de información, para el mismo equipo.
- Capacitación a todos los miembros que están implicados en el manejo del SGC, para que se identifique y se familiarice con el procedimiento gobernador del Control de Producto No Conforme.
- El procedimiento de Auditorías Internas tiene como objetivo para antes de la siguiente Auditoría hacer modificaciones al mismo, para que las áreas donde se detectaron no conformidades generen un Plan

	Nombre del documento:		Código: BECENE-CA-PG-08-04
	<p style="text-align: center;"><b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b></p>		Revisión: 3
			Página 3 de 6

de Trabajo, para darle seguimiento en la forma atenderán dicha notificación.

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

Norma	ISO 9001:2000	HALLAZGOS	OTRA : ÁREA
REQUISITO DE LA NORMA	Debe de la norma		
8.3 Control de Producto No Conforme	La organización debe asegurar que se identifique y controle el producto no conforme con los requisitos del producto, con el fin de prevenir su uso o entrega no intencionados.	No se identifican los criterios de conformidad para el servicio que se presta. Carencia del manejo del procedimiento gobernador.	<b>117 Dirección Administrativa 117 A Servicio Médico</b>
6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia	La organización debe: a) determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la conformidad con los requisitos del producto, d) asegurarse de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad.	Dado que el objetivo de calidad es "Proveer a las diversas áreas institucionales, de los recursos humanos, financieros, materiales y servicios generales que contribuyan en la realización de la labor educativa; así como controlar los servicios escolares en forma permanente." Sólo se atiende la capacitación docente a través de Docencia y a solicitud del interesado. En cuanto al personal administrativo, sólo algunos que están en servicios administrativos se capacitan, por lo tanto se considera pertinente la revisión de formación y/o necesidades de capacitación de todo el personal administrativo de las diferentes áreas, así como también al personal de mantenimiento, puesto que 6.2.2 marca la competencia, formación y toma de conciencia.	<b>118 Dirección Administrativa</b>
4.2.4 Control de Registros	La organización debe establecer un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para la identificación, ALMACENAMIENTO, protección, recuperación y disposición de los registros.	Se necesita un programa de almacenamiento y respaldo de la información digital.	<b>119 Control de Documentos</b>
4.2.3 Control de Documentos	Control de documentos inciso f) asegurar que los documentos de origen externo determinados por la organización como necesarios para la planeación y operación del sistema de gestión de la calidad, se identifique y controle su distribución.	No se tiene control de la validación de los documentos físicos desde la operación del procedimiento, se realizan acciones sin ser documentadas.	<b>120 Control de Documentos</b>

	Nombre del documento:		Código: BECENE-CA-PG-08-04
	<p style="text-align: center;"><b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b></p>		Revisión: 3
			Página 4 de 6

8.5.2 Acción Correctiva	<p>La organización debe tomar acciones que eliminen las causas de las no conformidades con el fin de prevenir su recurrencia. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los afectos de las no conformidades encontradas. se debe establecer un procedimiento documentado que defina requisitos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A) la revisión de las no conformidades</li> <li>B) la determinación de las causas de las no conformidades</li> <li>C) la evaluación de la necesidad de acciones que se aseguren que las no conformidades no vuelvan a ocurrir</li> <li>D) la determinación e implantación de las acciones necesarias</li> <li>E) los registros de los resultados de las acciones tomadas ( 4.2.4)</li> <li>F) la revisión de la eficacia de las acciones correctivas tomadas.</li> </ul>	<p>Según el informe de auditoría noviembre 2012 se tiene registrado hallazgos como no conformidades con el número de RAC'S 112, 112a, 112b, 113 y 114, a los cuales se han atendido con acciones necesarias y el procedimiento documentado para eliminar las causas de las no conformidades, excepto la RAC 111 al no encontrarse evidencia de documentación que haya sido revisada como no conformidad, no se presentó registro alguno para determinar las causas de la no conformidad, no se presentó la evidencia de la evaluación de la necesidad de acciones que aseguren que la no conformidad no vuelva a ocurrir, no se mostró documento donde se determine e implementen acciones necesarias, por consiguiente sólo se presentan algunos informes de los resultados de acciones tomadas, no se demuestra documento alguno que notifique la revisión de la eficacia de las acciones correctivas tomadas.</p>	<b>121 Auditoría Interna</b>
-------------------------	--	--	------------------------------

OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El proceso de Auditoría Interna se desarrolló sin incidentes mayores.</li> <li>▪ El 89% de las Listas de Verificación se entregaron en tiempo y forma, y un equipo auditor entrego antes de iniciar la Reunión de Apertura.</li> <li>▪ El equipo auditor tiene como reto comprometerse con la puntualidad para iniciar el ejercicio de la Auditoría Interna.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Observaciones para el CICyT</b></p> <p>Las actividades requeridas de <i>verificación, validación, seguimiento, medición, inspección</i>, específicas para los productos que ofrecen a sus clientes, falta llevar a cabo: a) un seguimiento del cliente; b) establecer tiempos de respuesta y entrega; c) volver a inspeccionar si todo quedó correcto, lo realizan si el usuario así lo solicita. (7.5.3 - Identificación y trazabilidad)</p> <p>No existe retroalimentación de los servicios prestados por parte del cliente hacia coordinación tecnológica. La coordinación se encuentra enterada del status del servicio a realizar, sin darlo a conocer.( 7.2.3 – Comunicación con el cliente)</p> <p style="text-align: center;"><b>Observaciones para Dirección Administrativa</b></p> <p>Se identifica a través de las evidencias presentadas, que algunas de las acciones de mejora en cuanto al personal de mantenimiento (servicios generales) no han sido eficaces, por lo tanto, es necesario que se revisen para dar satisfacción al cliente.</p> <p>Se detecta que en el punto de la norma que especifica la competencia en la formación, la institución ha proporcionado capacitación al personal para el uso de instrumentación a implementar para optimizar el procedimiento, no obstante no se ha formalizado mediante la entrega de reconocimiento por lo que se emite una observación para dar cumplimiento con la norma. (6.2.2. Recursos Materiales)</p> <p>Es importante que se actualice los documentos como lo exige el punto 4.2.3 de la norma; en este caso el correspondiente a evaluación de proveedores BECENE-DRM PO0103 por lo que se emite una observación. (4.2.3 Recursos Materiales)</p>

	Nombre del documento:		Código: BECENE-CA-PG-08-04
	<p style="text-align: center;"><b>INFORME DE AUDITORÍA INTERNA</b></p>		Revisión: 3
			Página 5 de 6

**Observaciones a Dirección de Docencia**

Para el departamento Psicopedagógico; se sugiere que se haga una medición más cuantitativa al indicador correspondiente al seguimiento y determine criterios más exactos. (8.2.4)  
 Llevar un registro de las sugerencias sobre el producto o servicio proporcionado al cliente. (7.2.3)  
 Para el Equipo de Elaboración y Valoración de Instrumentos de Evaluación; el manejo oportuno del vocabulario que expliquen y determinan la secuencia e interacción de los procesos (4.1)  
 Tener presente la bitácora de mejora y Bitácora de acciones.(7.2.3 y 8.5)  
 Se da seguimiento de forma al buzón de quejas, hace falta formalidad en las evidencias detectadas y dar respuestas al contenido del buzón. (8.2.1 Licenciaturas en Español e Inglés)  
 Hace falta algunas firmas de evidencias documentales de los registros de control de calidad.(6.2 Licenciatura Español- Inglés)

**Observaciones a Dirección de Investigación**

Se alude que como es procedimiento gobernador no se tiene anexo de producto y servicio no conforme, sin embargo realiza encuestas de satisfacción del cliente, en función de criterios no establecidos desde el procedimiento. (8.2 Control de Documentos)  
 No presenta evidencia de capacitación específica para poder trabajar el procedimiento Gobernador control de documentos en el área de Investigación. (6.1 Control de Documentos)  
 No presenta ni menciona características del perfil que debiera tener la persona responsable de este procedimiento. (6.2 Control de documentos)  
 Se tiene claro el impacto del procedimiento en el SGC, sin embargo no se definen los aspectos que propician una no conformidad en este procedimiento.  
 No se tiene especificado las características del producto sin embargo se alude al procedimiento gobernador 01 para la verificación de los mismos. (7.2 Control de Documentos)

**Felicitación**

Se felicita la operación que se realiza del procedimiento de compras que depende de recursos materiales demuestra cumplimiento a los puntos de la norma auditados. (Recursos Materiales)

**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	Respecto al control de Documentos y Registros.	Revisión del Procedimiento de gestión, y el programa de almacenamiento y respaldo.	Control sobre los documentos que se solicitan en físico y digital, y el respaldo de la información de esa área.
5	No se identificó.	N/A	N/A
6	Competencia, capacitación y Conciencia.	Asegurar la capacitación del personal para hacerlo consciente de su relevancia e importancias de las actividades realizadas.	El servicio que se preste logre una vinculación con la calidad que se pretende cumpla la Institución, a partir de los objetivos de calidad.
7	No se identificó.	N/A	N/A
8	Control del producto no conforme	Capacitación para el personal que opera el SGC.	Eficacia y Eficiencia del servicio que se presta a los usuarios SGC.

	Nombre del documento:		Código: BECENE-CA-PG-08-04
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA		Revisión: 3
			Página 6 de 6

## VII. PERSONAL CONTACTADO

NOMBRE	AREA	PUESTO
Dr. Jaime Ramos Leyva	Dirección de CICyT	Director
Dr. Jesús Alberto Leyva	Dirección Administrativo	Director
Mtra. Flor Naela Ahumada García	Procedimiento DD-08	Operador del Procedimiento
Dr. Víctor Vázquez Guerrero	Recursos Materiales	Operador del Procedimiento
Dra. Larisa Martínez Escobar	Servicios Médicos	Operador del Procedimiento
Mtro. Fabián Andrés Pereda García	Procedimiento DD-03	Coordinador de Lic. en Educación en Inglés
Mtra. Laura Erika Gallegos Infante	Procedimiento DD-06	Coordinadora de Lic. en Educación en Español
Mtra. Claudia Isabel Obregón Nieto	Departamento Psicopedagógico	Operador del Procedimiento
Ingeniero Esther Elizabeth Pérez Lugo	Procedimiento Control del Documentos y-de Registros	Coordinación Digital y Control de Documentos
Mtra Eva Bibiana Obregón González	Auditorías Internas y Acciones Correctivas y Preventivas	Auditor Líder

ELABORADO	RECIBIDO
 <b>LIC. EVA BIBIANA OBREGÓN GONZÁLEZ</b> AUDITOR LÍDER	 <b>MTRA HILDA MARGARITA LÓPEZ OVIEDO</b> REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN

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