**INFORME DE AUDITORÍA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INSTITUTO TECNOLÓGICO (1)** | | **NO. DE AUDITORÍA: (2)** |
| **PROCESO** | **(3)** | **FECHA:** **(4)** |
| **AUDITOR LÍDER** | **(5)** | |
| **GRUPO AUDITOR** | **(6)** | |

|  |  |
| --- | --- |
| DOCUMENTO DE REFERENCIA | ISO 9001:2008 e ISO 14001:2004 |

|  |
| --- |
| OBJETIVO |
| **(7)** |
| ALCANCE |
| **(8)** |

| PERSONAL CONTACTADO (9) | |
| --- | --- |
| NOMBRE | **PUESTO** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| NO CONFORMIDADES |
| En la revisión al Sistema de Integrado de gestión se encontraron un total de \_\_\_ No Conformidades |

| REQUISITOS9001/14001 | Titulos de los Requisitos de las Normas 9001/14001 | DOCUMENTO DE REFERENCIA (10) | |
| --- | --- | --- | --- |
| REVISION | RESULTADO |
| 4/4 | Sistema de Gestión de la Calidad |  |  |
| 4.1 /4.1 | Requisitos Generales | A/A | AD/AD |
| 4.2 | Requisitos de la Documentación |  |  |
| 4.2.1/4.4.4 | Generalidades / Documentación | A/A | NC/NC |
| 4.2.2/NA | Manual de calidad/NA | A/NA | AD/NA |
| 4.2.3/4.4.5 | Control de documentos /Control de documentos | A/A | NC/AD |
| 4.2.4/4.5.4 | Control de registros / Control de Registros | A/A | NC/AD |
| 5 | Responsabilidad de la Dirección |  |  |
| 5.1/(4.2,4.4.1) | Compromiso de la Dirección / Política Ambiental- Recursos, Funciones, Responsabilidad y Autoridad. | A/A | AD/AD |
| 5.2/(4.3.1,4.3.2, 4.6.) | Enfoque al Cliente / Aspectos Ambientales, requisitos legales y otros requisitos, Revisión por Dirección | A/A | AD/NC |
| 5.3/4.2 | Política de calidad / Política Ambiental | A/A | AD/AD |
| 5.4/4.3 | Planificación / Planificación | **A/A** | AD/AD |
| 5.4.1/4.3.3 | Objetivos de calidad / Objetivos, Metas y Programas | A/A | AD/AD |
| 5.4.2/4.3.3 | Planificación del sistema de la calidad / Objetivos, Metas y Programas | A/A | AD/AD |
| 5.5 | Responsabilidad, Autoridad y comunicación |  |  |
| 5.5.1/(4.1, 4.4.1) | Responsabilidad y Autoridad /Requisitos Generales, recursos, funciones, responsabilidad y autoridad. | A/A | AD/NC |
| 5.5.2/4.4.1 | Representante de la Dirección / recursos, funciones, responsabilidad y autoridad. | A/A | AD/AD |
| 5.5.3/4.4.3 | Comunicación Interna / Comunicación | A/A | AD/NC |
| 5.6/4.6 | Revisión por la Dirección / Revisión por la Dirección | **A/A** | AD/AD |
| 5.6.1/4.6 | Generalidades / Revisión por la Dirección | A/A | AD/AD |
| 5.6.2/4.6 | Información para la revisión / Revisión por la Dirección | A/A | AD/AD |
| 5.6.3/4.6 | Resultados de la revisión / Revisión por la Dirección | A/A | AD/AD |
| 6 | Gestión de los Recursos |  |  |
| 6.1/4.4.1 | Provisión de recursos / recursos, funciones, responsabilidad y autoridad. | A/A | AD/AD |
| 6.2 | Recursos Humanos |  |  |
| 6.2.1/4.4.2 | Generalidades / Competencia, formación y toma de conciencia | A/A | AD/AD |
| 6.2.2/4.4.2 | Competencia, toma de conciencia y formación / Competencia, formación y toma de conciencia | A/A | NC/NC |
| 6.3/4.4.1 | Infraestructura / recursos, funciones, responsabilidad y autoridad. | **A/A** | NC/AD |
| 6.4/NA | Ambiente de Trabajo /NA | **A/NA** | NC/NA |
| 7/4.4 | Realización del Producto |  |  |
| 7.1 /4.4.6 | Planificación de la Realización del Producto / Control Operacional. | A/A | AD/AD |
| 7.2 | Procesos Relacionados con el Cliente |  |  |
| 7.2.1/(4.3.1,4.3.2,4.4.6) | Determinación de los requisitos relacionados con el producto / Aspectos Ambientales, requisitos legales y otros requisitos, control operacional. | A/A | AD/NC |
| 7.2.2/(4.3.1, 4.4.6) | Revisión de los requisitos relacionados con el producto / Aspectos ambientales, control operacional | **A/A** | AD/AD |
| 7.2.3/4.4.3 | Comunicación con el cliente / Comunicación | A/A | NC/AD |
| 7.3 | Diseño y Desarrollo |  |  |
| 7.3.1/4.4.6 | Planificación del Diseño y Desarrollo /Control operacional | EP/A | AD/NC |
| 7.3.2/4.4.6 | Elementos de entrada para el Diseño y Desarrollo /Control operacional | EP/A | AD/AD |
| 7.3.3/4.4.6 | Resultados del Diseño y Desarrollo /Control operacional | EP/A | AD/AD |
| 7.3.4/4.4.6 | Revisión del Diseño y Desarrollo /Control operacional | EP/A | AD/AD |
| 7.3.5/4.4.6 | Verificación para el Diseño y Desarrollo /Control operacional | EP/A | AD/AD |
| 7.3.6/4.4.6 | Validación del para el Diseño y Desarrollo /Control operacional | EP/A | AD/AD |
| 7.3.7/4.4.6 | Control de los cambios del Diseño y Desarrollo /Control operacional | EP/A | AD/AD |
| 7.4 | Compras |  |  |
| 7.4.1/4.4.6 | Proceso de Compras /Control operacional | A/A | NC/AD |
| 7.4.2/4.4.6 | Información para las Compras /Control operacional | A/A | NC/NC |
| 7.4.3/4.4.6 | Verificación de los productos comprados /Control operacional | A/A | NC/AD |
| 7.5 | Producción y prestación del servicio |  |  |
| 7.5.1/4.4.6 | Control de la producción y de la prestación del servicio /Control operacional | A/A | NC/NC |
| 7.5.2/4.4.6 | Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio /Control operacional | EP/A | AD/AD |
| 7.5.3/NA | Identificación y Trazabilidad /NA | A/NA | AD/NA |
| 7.5.4/NA | Propiedad del Cliente /NA | A/NA | AD/NA |
| 7.5.5/4.4.6 | Preservación del producto /Control operacional | A/A | AD/AD |
| 7.6 /4.5.1 | Control de los Dispositivos de seguimiento y de medición / Seguimiento y Medición | **EP/A** | AD/AD |
| 8/4.5 | Medición, análisis y mejora |  |  |
| 8.1 /4.5.1 | Generalidades / Seguimiento y medición | **A/A** | NC/AD |
| 8.2 | Seguimiento y Medición |  |  |
| 8.2.1/NA | Satisfacción del Cliente /NA | A/NA | NC/NA |
| 8.2.2/4.5.5 | Auditoría Interna / Auditoria Interna | A/A | NC/AD |
| 8.2.3/(4.5.1, 4.5.2) | Seguimiento y Medición de los Procesos / Seguimiento y medición, Evaluación del cumplimiento legal. | A/A | NC/AD |
| 8.2.4/(4.5.1, 4.5.2) | Seguimiento y Medición del Producto / Seguimiento y medición, Evaluación del cumplimiento legal. | A/A | NC/AD |
| 8.3 /(4.4.7,4.5.3) | Control del Producto No Conforme / Preparación y Respuesta ante emergencias, No conformidad, Acción preventiva y acción correctiva. | **A/A** | NC/AD |
| 8.4 /4.5.1 | Análisis de Datos / Seguimiento y medición | **A/A** | NC/AD |
| 8.5 | Mejora |  |  |
| 8.5.1 /(4.2, 4.3.3, 4.6) | Mejora Continua / Política Ambiental, objetivo, metas y programas, revisión por la dirección. | A/A | AD/AD |
| 8.5.2 /4.5.3 | Acción Correctiva / No conformidad, Acción preventiva y acción correctiva. | A/A | NC/AD |
| 8.5.3 /4.5.3 | Acción Preventiva / No conformidad, Acción preventiva y acción correctiva. | A/A | AD/AD |

Columna de **Revisión** elementos que aplican del documento de referencia.

Calificación: (A=aplica, NA=No aplica, EP=Exclusión permitida)

Columna de **Resultado** Elementos que son adecuados documentados e implementados.

Calificación: (AD= Adecuado, NC=No conforme, NR=No revisado, EP=Exclusión permitida,

NA=No aplica)

|  |
| --- |
| OPORTUNIDADES DE MEJORA |
| 1. Realizar la planificación de sus indicadores del SGC en tiempo, empleando el formato SNEST-CA-MC-001 correspondiente al plan rector de la calidad. |
| 2. Profundizar en el análisis de indicadores e informes para mejorar la identificación de oportunidades de mejora, la prevención de no conformidades y el establecimiento de nuevos objetivos y metas para el SGC.  Ejemplo: indicadores del plan rector de calidad, metas del PTA, resultados de la evaluación docente, etc. |
| 3. Reforzar el conocimiento de la organización respecto a la norma de referencia ISO 9001:2008 e ISO 14001:2004 |
| 4. Mejorar el llenado, presentación, identificación y disponibilidad de los registros en forma general en todos los procesos del sistema de gestión de calidad. Esto permitirá evidenciar de una manera ágil la eficiencia del SGC. Ejemplos lista de asistencia, lista de calificaciones parciales, planeación del curso y avance programático del modelo educativo por competencias. |
| 5. Se cuenta con un instructivo de compras directas que no cuenta con indicadores que puedan medir su eficacia. Por esto, se recomienda la elaboración de un procedimiento para compras directas |

|  |
| --- |
| COMENTARIOS |
| Se cumplió con el plan de auditoría interna de las normas de referencia ISO 9001: 2008 e ISO 14001:2004 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NO CONFORMIDADES (13) | | |
| **No.** | **Descripción del Hallazgo** | Requisito |
|  | De acuerdo con el procedimiento de Control de Documentos SNEST-CA-PG-001 y  tomando los registros de *Lista Maestra de documentos internos controlados* y *Lista para*  *control de registros de calidad* con código SNEST-CA-MC-001, toda documentación que  afecte al producto o servicio debe estar declarada en el sistema de gestión de calidad.  La información presentada referente a la materia microbiología de la carrera de bioquímica, impartida por el docente No. 455 cuenta en su expediente con la instrumentación didáctica con enfoque a competencias, el cual no se tiene registrado en  el Sistema Integrado de Gestión, no cuenta procedimiento, registros, instructivo de trabajo autorizado.  En el depto. de planeación mostró un oficio circular de DGEST con número 513.3- 1/0442/2010, donde dice que el procedimiento para autorización del programa operativo anual con código 513-PR-14 sustituye a los procedimientos del Anteproyecto del Programa Operativo Anual con código SNEST-PL-PO-002 y el procedimiento para la Elaboración del Programa Operativo Anual con código SNEST-PL-PO-003, y que operará en octubre 2010 para la autorización del Programa Operativo Anual 2011. En  los que se refiere al Programa de Trabajo Anual presentó un manual de procedimiento  para la elaboración, autorización, evaluación y seguimiento del Programa de Trabajo Anual (PTA) con código 513-PR-18, menciona que éste sustituye al procedimiento con  código SNEST-PL-PO-001, pero no mostró un oficio circular para su implantación,  ambos procedimientos no están declarados en el SIG.  Al visitar el departamento de recursos humanos no se mostró evidencia de la utilización  del formato de Programa Anual de Capacitación código SNEST-AD-PO-008-01 establecido en el instructivo de trabajo para la capacitación de personal directivo y /o  personal de apoyo a la educación SNEST-AD-IT-003, de la misma manera no utiliza el  formato para la selección de instructores formato SNEST-AD-PO-008-07 establecido en  el procedimiento, el área utiliza los formato con códigos 513-PR-34-R01, R04,R06, también no mostró oficio circular para su implantación.  En el depto. de desarrollo académico en la descripción de actividades en el punto 1.2  específica que el llenado de las necesidades se hará con el formato SNEST-AC-PO-006-  01, la cual no se encuentra en la lista maestra de documentos controlados, pero se está  utilizando el formato SNEST-AD-PO-009-02, se reviso el procedimiento, y éste último no  se encuentra especificado.  No se cumple con los requisitos **4.2.3** Control de documentos el cual establece que deben controlarse y aprobarse en cuanto su adecuación antes de su emisión y el 4.24 control de registros los cuales deben estar controlados, identificados, almacenados y disponibles además de permanecer legibles y recuperable | 4.2.3 y 4.2.4 ISO 9001/2008 |
|  | **De acuerdo a nuestro SIG la capacitación de personal directivo y personal de**  **Apoyo a la educación se establece en el instructivo con código SNEST-AD-IT-003.**  Al visitar el departamento de recursos humanos no se mostro evidencia que el departamento de recursos humanos realice la evaluación de los cursos de capacitación  impartidos al personal directivo y de apoyo a la educación, por lo cual no utiliza el formato del seguimiento por el jefe inmediato SNEST-AD-PO-008-05 que establece el  procedimiento.  Al revisar el expediente del curso de capacitación atención y servicio al usuario impartido  al personal de apoyo administrativo del 26 al 30 de noviembre de 2012 No se mostro  evidencia que el departamento de recursos humanos realice la evaluación correspondiente de dicho curso por parte del jefe inmediato.  De acuerdo a nuestro SIG de nuestro instituto el reclutamiento y selección de personal  se realiza mediante el procedimiento SNEST-AD-PO-003, el departamento de recursos  humanos no se muestra evidencia de llevarlo a cabo adecuadamente.  Al revisar el expediente de un docente seleccionado para impartir la materia de análisis  económico y financiero no mostro evidencia del dictamen por parte de la comisión dictaminadora, además se encontró evidencia que algunas de las solicitudes de candidatos de la convocatoria para impartir la materia de cálculo diferencial son recibidas en las áreas académicas y posteriormente en el departamento de R.H.  En el procedimiento de capacitación docente se proporciona la planificación para la formación docente y profesional, para determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afecten a la conformidad con los requisitos del producto.   El departamento de desarrollo académico se tuvo planeado un total de 17 cursos, tanto autorizados por la academia, jefe de depto. y subdirector académico, solo se efectuaron 9 cursos, es decir un 56% de cumplimiento de las expectativas, no presento acciones correctivas.   En el caso del curso Sistema Operativo OSx Mountain Lion 10.8.4. tuvo 16 profesores inscritos, con fecha del 8 al 14 de enero, y que hoy 21 de Marzo, aún no hay constancias de acreditación del curso, debido a que el instructor no ha dado la lista de profesores acreditados, no se tiene control en las expediciones de las constancias.   Sobre los criterios de acreditación de los cursos intersementrales, solo 3 profesores asistieron de los 17, por lo que no se asegura el estandarización y cumplimiento de los criterios por parte de los facilitadores.   Se observo que el curso efectuado en el área de electrónica del 11 al 15 de febrero *Programación de procesos gráficos* no se encuentra en el programa de capacitación docente, por lo que no se mostro evidencia de autorización por parte de los responsables, afectando así el análisis previamente realizado.  **Lo anterior incumple al punto 6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia,**  **de la norma de referencia.** | 6.2.2 ISO 9001/2008 |
|  | De acuerdo al SIG de nuestro ITC el mantenimiento preventivo y correctivo se documentan en el procedimiento SNEST- AD – PO –001.  Al visitar el departamento de mantenimiento no se mostro evidencia de la utilización del  formato de listas de verificación correspondiente al formato SNEST-AD-PO-001-02 que  establece el procedimiento.  No se muestra evidencia de utilizar de manera adecuada el programa de mantenimiento  preventivo correspondiente al formato SNEST- AD-PO-001-03, en el cual no se reprograman las actividades que en una fecha determinada no se pudieron realizar, además el formato no se encuentra debidamente requisitado respecto a su elaboración y  aprobación.  No se mostro evidencia del seguimiento y medición de la totalidad de las actividades de  mantenimiento correctivo y preventivo, aproximadamente un 40% de las ordenes de  trabajo elaboradas en el formato SNEST-AD-PO-001-04 no se encontraban verificadas  por el jefe del área solicitante del servicio de mantenimiento y no se encontraban  cerradas por el jefe de mantenimiento.  Al visitar el centro de computo no se mostro evidencia de utilizar de manera adecuada el  programa de mantenimiento preventivo correspondiente al formato SNEST- AD-PO-001-  03, en el cual se programan las actividades pero sin embargo no se registra la fecha en  que se realizan las mismas, además el formato no se encuentra debidamente requisitado  respecto a su aprobación.  En el centro de computo no se mostro evidencia del envío del registro del cierre de las  ordenes de trabajo al área de planeación tal y como se establece en el procedimiento  En el departamento de mantenimiento, centro de cómputo y recursos materiales no se  envía copia de los cierres de órdenes de trabajo al área de planeación para el control del  PTA y POA tal como lo establece el procedimiento.  Al visitar el departamento de recursos materiales no se mostro evidencia de la utilización  del procedimiento para el mantenimiento preventivo y correctivo que establece el sistema  de gestión de calidad, por lo cual no se utilizan los formatos tales como listas de verificación correspondiente al formato SNEST-AD-PO-001-01, programa de mantenimiento preventivo correspondiente al formato SNEST-AD-PO-001-03, formato de  orden de trabajo correspondiente al formato SNTES-AD-PO-001-03.  **Lo anterior incumple al punto 6.3 y 6.4 el cual estable que la organización debe**  **determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria y el ambiente de**  **trabajo para lograr la conformidad con los requisitos del producto** | 6.3 y 6.4 ISO 9001/2008 |
|  | De acuerdo al SIG de nuestro ITC en el procedimiento de buzón de quejas y sugerencias SNEST-CA-PO-001 tiene el propósito de elevar la calidad del servicio educativo.  - En el buzón de quejas no se mostró evidencia del seguimiento de las quejas de los meses de enero y febrero por parte del Representante de Dirección.  Al revisar algunas de las quejas mostradas por el RD e ir al área para verificar el seguimiento de dichas quejas, se mostraron algunos rac´s levantados por el área académica (01-09, 02-09,04-09) en los cuales se pudo detectar que aún no ha sido cerrados.  por lo que incumple al punto 7.2.3.de la norma, inciso c, el cual refiere a la  retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas | 7.2.3 ISO 9001/2008 |
|  | De acuerdo a nuestro sistema de gestión de la calidad las compras se realizan de acuerdo al instructivo de trabajo para la realización de compras directas correspondiente  al código SNEST-AD-IT-01.  Se encontró evidencia de que los formatos utilizados para la realización de las compras  tales como requisiciones de bienes y servicios, órdenes de compra, no se encuentran  con los recuadros de identificación pertinentes que se establecen en el SIG.  Se encontró evidencia que el departamento mantenimiento realizo una compra de forma  directa y se entrego el material directamente por parte del proveedor al jefe de esa área,  incumpliendo con lo establecido en el instructivo.  Se encontró evidencia que los registros de la evaluación y selección de proveedores no  encuentran debidamente requisitados respecto a la firma del representante legal de la  empresa.  **Lo anterior incumple al punto 7.4.1, 7.4.2. y 7.4.3 de la norma de referencia, los cuales establecen que la organización debe asegurarse de que el producto adquirido cumple con los requisitos y debe establecer e implementar la inspección**  **u otras actividades para lograr este fin** | **7.4.1, 7.4.2 y 7.4.3**  ISO 9001/2008 |
|  | De acuerdo con el SIG de nuestro ITC, la planeación del curso y avance programático  se documentan con base al procedimiento SNEST-AC-004 y formato SNEST-AC-004-01  Rev. 5.  a. La información presentada referente a la materia Redes de computadoras de  la carrera de Ingeniería en Sistemas, impartida por el docente No. 560 no cuenta con los datos correspondientes al % de aprobación de la unidad 1, por lo que no se cuenta con las actas de calificaciones de las unidades evaluadas programadas.  b. El docente No. 125 de la carrera de bioquímica en su expediente no se cuenta con las evidencias de la planeación del curso y de la instrumentación didáctica. En el departamento de Sistemas y Computación mostro que solo el 57% entrego en tiempo y forma los registros de la planeación del curso e instrumentación didáctica, se tomaron acciones para corregir, pero no demuestran eficacia de dichas actividades, ya que hasta el día de hoy no se tiene medido y controlado el número de profesores que han entregado. En el Depto. De Sistemas se tiene un seguimiento de entrega de documentación del semestre 89 y 90, se observa que los profesores No. 570, No 960 y No. 714 no han entregado ninguna documentación en los semestres mencionados, el jefe del depto. No mostro evidencia de acciones correctivas eficaces para resolver esta problemática, ya que el semestre actual se incremento el número de profesores que no han entregado. En el depto. industrial en la materia de Investigación de operaciones I, el docente No. 907; el último seguimiento que se le dio fue el 22 de febrero del 2013, la cual  no tiene reportado el índice de aprobación de la unidad numero 2; y por otro lado al revisar el número de estudiantes que fueron informados sobre los criterios y requisitos para llevar la materia de investigación de operaciones 1 solo se encuentran 10 firmas de alumnos de los 19 aproximados, ya que dicha lista mostrada no es la definitiva.  No se cumple con los requisitos 7.5.1 Control de la producción del servicio, la cual menciona que la organización DEBE planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas*. (Lo anterior afecta directamente los*  *requisitos 8.1, 8.2.4 , 8.3 y 8.4. Seguimiento, medición análisis y mejora; seguimiento y*  *medición del producto y control del producto no conforme respectivamente)*  En el procedimiento de registro de titulo y cédula profesional con código SNEST-AC-PO-  003, su propósito es asegurar dicho trámite para facultar el profesionista al ejercicio legal  de su profesión, aquí intervienen ITC (40 días), DGEST (40 días) y DGP (15 días) con un  total de 95 días hábiles para finalizar dicho proceso.  En el departamento de servicio escolares realizó el trámite de 122 títulos de licenciatura ante DGEST con fecha de recibido el día 07 de Noviembre 2012, del cual no mostró la medición y el control de tiempos en las diferentes instituciones. En el mismo oficio presentan dos expedientes rechazados, por lo que no se asegura el cumplimiento de los requisitos establecidos en el procedimiento respectivo.  No se cumple con los requisitos 7.5.1 Control de la producción del servicio, la cual menciona que la organización DEBE planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas*. (Lo anterior afecta directamente los*  *requisitos 8.1, 8.2.4 , 8.3 y 8.4. Seguimiento, medición análisis y mejora; seguimiento y*  *medición del producto y control del producto no conforme respectivamente.* | **7.5.1 8.1, 8.2.4,8.3 y 8.4**  ISO 9001/2008 |
|  | De acuerdo al SIG de nuestro ITC en el procedimiento de auditoría interna SNEST-CAPG- 003 se establece los lineamientos que permitan dirigir la planificación y realización de la misma.  - Al revisar el formato de evaluación de auditores SNEST-CA-PG-003-01 se encontró que faltaban evaluaciones de dos auditores (1013 y 827) por lo que incumple al punto 8.2.2 de la norma en donde se establece que la selección de auditores y la realización de las auditorías deben de asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría. | 8.2.2 ISO 9001/2008 |
|  | En el departamento de mantenimiento y de recursos materiales no se mostro evidencia  del cumplimiento de los indicadores establecidos en el plan rector de la calidad, el cual  establece un indicador de mantenimiento preventivo de 90% y de mantenimiento correctivo de 90%.  **Lo anterior incumple al punto 8.2.3 de la norma de referencia, el cual establece que**  **la organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento y medición**  **cuando sea aplicable.** | 8.2.3 ISO 9001/2008 |
|  | Al preguntarle al jefe de recursos materiales sobre el estado de acciones correctivas  emanadas de la no conformidad de auditoría interna anterior no mostro evidencia de la  elaboración de las acciones correctivas pertinentes para eliminar la no conformidad detectada.  De acuerdo a nuestro SGC en el procedimiento de auditoría de servicios SNEST-CAPO-  002 (8.2.1) se debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción  del cliente, es decir, que cada área auditada deberá presentar las acciones correctivas  en un tiempo límite de ocho días hábiles después de haber sido notificados los resultados.  - Al visitar a los departamentos del centro de cómputo y la división de estudios no se mostró evidencia de la implementación de las acciones correctivas pertinentes para mejorar la calidad del servicio.  **Lo anterior incumple al punto 8.5.2 de la norma de referencia, el cual establece que**  **la organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades** | 8.5.2 ISO 9001/2008 |
|  | No hay evidencia de la generación de los registros referentes a la identificación e inventario de las fuentes móviles y fijas contaminantes | 4.4.6. ISO 14001/2004 |
|  | No se implementan los controles operacionales | 4.4.4 ISO 14001/2004 |
|  | No se identifican proveedores que sean evaluados a través de criterios ambientales | 4.4.6 ISO 14001/2004 |
|  | No se Implementa un programa de Formación y Capacitación del personal del SGA | 4.4.2 ISO 14001/2004 |
|  | No se han implementado los programas ambientales definidos | 4.3.3 ISO 14001/2004 |
|  | El personal involucrado en el sistema Ambiental desconoce sus funciones | 4.4.1 ISO 14001/2004 |
|  | En laboratorios se puede observar en el área de resguardo de los reactivos – Sustancias, no se encuentran clasificados y listado según la compatibilidad de los reactivos, así como su condición particular de manejo | 4.4.6, 4.3.2 ISO 14001/2004 |
|  | No se establece de una manera clara la identificación de los requisitos legales aplicables a los residuos peligrosos. | 4.3.2 ISO 14001/2004 |

|  |
| --- |
| CONCLUSIONES DE AUDITORÍA |
| Se mostro evidencia de la implementación del SIG de acuerdo con la versión ISO 9001:2008 e ISO 14001:2004 y es necesario el cierre de las NC´s para mantener la conformidad del sistema de acuerdo a los requisitos de las normas de referencia.  Se tiene actualmente una inadecuada compresión de la filosofía de la ISO 9001:2008 e ISO 14001:2004, planear, hacer, verificar y actuar, lo cual afecta en el desempeño del SIG institucional, impactando la calidad de servicio que se presta al estudiantado, aunado con la afectación del medio ambiente. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| AUDITOR LÍDER | RECIBÍ DE CONFORMIDAD | FECHAS DE AUDITORÍA |
| Ing. Juan Irineo Martínez Medina | Ing. Francisco Rafael Saldaña Ibarra | Del 15 al 22 de marzo de 2013 |

|  |  |
| --- | --- |
| FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME | 22 de marzo de 2013 |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Descripción** |
| 1 | Anotar el nombre del Instituto Tecnológico |
| 2 | Anotar el número consecutivo de la auditoria de acuerdo al historial de las mismas |
| 3 | Anotar el proceso a auditar considerado en el alcance de la misma |
| 4 | Anotar la fecha de elaboración del Informe de la auditoria |
| 5 | Anotar el nombre del líder del equipo auditor |
| 6 | Anotar los nombres de todos los integrantes que conforman el equipo auditor |
| 7 | Anotar el Objetivo de realizar la auditoria |
| 8 | Anotar a que partes del proceso se auditara ej. A todo el Proceso educativo, al proceso estratégico de vinculación del Proceso Educativo |
| 9 | Anotar al personal contactado responsable del proceso de acuerdo a la estructura orgánica del Instituto Tecnológico, ejemp: Director, Subdirector y Jefe de Departamento |
| 10 | Anotar por cada punto de norma A=aplica, NA=No aplica, EP=Exclusión permitida, de acuerdo al Plan de Auditoria y declarado en el SGC, conforme a la revisión hecha si anotar si es AD= Adecuado, NC=No conforme, NR=No revisado, EP=Exclusión permitida, NA=No aplica. |
| 11 | Anotar las oportunidades de mejora detectadas durante la auditoria |
| 12 | Anotar los comentarios sobre la apertura y disposición de las personas responsables de los procesos durante la auditoria. |
| 13 | Anotar las conclusiones a las que se llego en la auditoria punto 5 de la descripción del procedimiento. |
| 14 | Anotar las conclusiones de la auditoria conforme al resultado obtenido declarando el nivel de madurez del SGC |
| 15 | Anotar nombre y firma del Auditor Líder |
| 16 | Anotar nombre y firma del Director del Instituto Tecnológico o de la persona designada para recibir el Informe de la auditoria. |
| 17 | Anotar las fechas en que se desarrollo la auditoria. |
| 18 | Anotar la fecha de cierre de la auditoria |