



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

CONTENIDO

DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	3
OBJETIVO	3
ALCANCE	3
CRITERIOS DE AUDITORIA	6
MIEMBROS DEL EQUIPO AUDITOR	6
AUDITADOS	7
DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS	9
DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS POR PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	9
0. Sistema de Gestión	9
1. Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos	11
2. Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	11
3. Administrativo de rectoría	12
4. Recepción de proyectos, análisis y determinación de factibilidad por parte de las comisiones para poder ser presentados ante el H. Consejo Universitario con el fin de emitir acuerdos	12
5. Atención y seguimiento de quejas para garantizar los derechos de la comunidad universitaria	12
6. Elaboración, seguimiento y evaluación del plan	14
7. Elaboración del presupuesto anual de egresos	14
8. Elaboración de la estadística básica	14
9. Emisión de certificados de estudios	14
10. Admisión al primer período de los programas educativos escolarizados de nivel bachillerato y licenciatura	14
11. Contratación de personal de base académico, administrativos y de intendencia y licencias	15
12. Egresos (Ventanilla de trámites generales)	15
13. Ingresos institucionales	15
14. Comprobación de gastos	16
15. Auditoría interna	16
16. Registro de ingresos	16
17. Registro de egresos	16
18. Operación y contabilidad	16
19. Archivo contable	16
20. Apoyo administrativo de la Dirección de Contabilidad General	16
21. Certificación laboral	16
22. Control de guardias	16
23. Elaboración de la nómina universitaria	16
24. Prestaciones sociales a los universitarios	17
25. Asignación y control de cargas académicas	17
26. Servicios de archivo general	17
27. Servicios informáticos y seguridad de la base de datos	17
28. Desarrollo de colecciones	17
29. Procesos técnicos	18
30. Servicios al público del SIBIUAS	18



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

31. Certificación profesional	18
32. Servicios de atención a eventos académicos, diseño y comunicación y elaboración de constancias	18
33. Servicios de laboratorio de prácticas experimentales (EPLC)	19
34. Asignación, seguimiento y liberación del servicio social	19
35. Solicitud y prestación de espacios físicos	19
36. Atención y seguimiento de solicitud de beca a la comunidad estudiantil universitaria	20
37. Solicitud y asignación de equipo de cómputo y espacios físicos (CCU)	20
38. Aprobación, programación, ejecución y seguimiento de eventos culturales y prestación de espacios culturales e infraestructura.	20
39. Promoción, incorporación y seguimiento del programa de movilidad estudiantil.	20
40. Solicitud y asignación de equipo de cómputo y espacios físicos. (CCM)	20
41. Servicios de laboratorio de prácticas experimentales (EPLM)	21
42. Emisión del Semanario Buelna y servicios de atención a eventos.	21
43. Definición, formalización, seguimiento y cierre de proyectos de investigación aplicada	21
ASPECTOS DESTACABLES	22
FORTALEZAS	23
DEBILIDADES	23
CONCLUSIONES	23



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA			
Fecha de Realización:	29 de enero al 9 de febrero 2018		
Número:	24		
Multi-Sitio:	SI	X	NO
Método de Auditoría:	En sitio		
Norma de Referencia:	ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos		

OBJETIVO
Verificar la conformidad de los procesos del Sistema de Gestión de acuerdo a los criterios de auditoría con la finalidad de evaluar el cumplimiento de los objetivos especificados e identificar las oportunidades de mejora con fines de transitar a la norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad- Requisitos

ALCANCE		
SISTEMA DE GESTIÓN		
PROCESO	SITIO (S)	UBICACIÓN
1. Solicitud de sangre, hemocomponentes y selección de donadores	Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud	Eustaquio Buelna No. 91, Col. Gabriel Leyva, C.P. 80030. Culiacán, Sinaloa.
2. Solicitud, realización y entrega de resultados de estudios clínicos		
3. Administrativo de rectoría	Rectoría	Bld. Miguel Tamayo Espinoza De Los Monteros 2358, Desarrollo Urbano 3 Ríos, CP 80020, Culiacán de Rosales, Sinaloa, México.
4. Recepción de proyectos, análisis y determinación de factibilidad por parte de las comisiones para poder ser presentados ante el H. Consejo Universitario con el fin de emitir acuerdos	Secretaría General	
5. Atención y seguimiento de quejas para garantizar los derechos de la comunidad universitaria	Defensoría de los Derechos Universitarios	Gral. Ángel Flores Pte. S/N Col. Centro. C.P. 80000. Culiacán, Sinaloa.
6. Elaboración, seguimiento y evaluación del plan	Coordinación General de Planeación y Desarrollo	Bld. Miguel Tamayo Espinoza De Los Monteros 2358, Desarrollo Urbano 3 Ríos, CP 80020, Culiacán de Rosales, Sinaloa, México.
7. Elaboración del presupuesto anual de egresos		
8. Elaboración de la estadística básica		
9. Emisión de certificados de estudios		
10. Admisión al primer período de los programas educativos escolarizados de nivel bachillerato y licenciatura	Dirección General de Servicios Escolares	Ángel Flores y Justicia Social, S/N Ciudad Universitaria, C.P. 81229, Los Mochis, Sinaloa, México.
	Coordinación de Servicios Escolares de la URN	Ángel Flores y Justicia Social, S/N Ciudad Universitaria, C.P. 81229, Los Mochis, Sinaloa, México.
	Facultad de Derecho y Ciencia Política Mochis	Juárez y Melchor Ocampo #88, Col. Centro, C.P. 80800, Mocorito, Sinaloa, México.
	Escuela Preparatoria Lázaro Cárdenas	Josefa Ortiz de Domínguez S/N C.P. 80080, Ciudad Universitaria, Culiacán, Sinaloa, México.
	Escuela Preparatoria Emiliano Zapata	Bld. De las Américas S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 80010, Culiacán, Sinaloa, México.
	Facultad de Derecho Culiacán	Bld. Universitarios y Av. De las Américas, Módulo 4, Ciudad Universitaria, C.P. 80010, Culiacán, Sinaloa, México.
	Facultad de Contaduría y Administración	Av. Universitarios S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 80010, Culiacán, Sinaloa, México.
	Facultad de Ciencias Químico Biológicas	Av. Ejército Mexicano y Av. Universidad S/N, Fracc. Tellerías, C.P. 82000, Mazatlán, Sinaloa, México.
	Coordinación de Servicios Escolares de la URS	Av. Universidad S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 82117, Mazatlán, Sinaloa, México.
Escuela de Trabajo Social Mazatlán		
11. Contratación de personal de base académico, administrativos y de intendencia y licencias	Dirección General de Recursos Humanos	Bld. Miguel Tamayo Espinoza De Los Monteros 2358, Desarrollo Urbano 3 Ríos, CP 80020, Culiacán de Rosales, Sinaloa, México.
12. Egresos (Ventanilla de trámites generales)	Secretaría de Administración y Finanzas	

Fecha de Actualización: 30 de octubre de 2017	Versión: 02	Página 3 de 24
--	----------------	----------------



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

ALCANCE		
SISTEMA DE GESTIÓN		
PROCESO	SITIO (S)	UBICACIÓN
13. Ingresos institucionales		
14. Comprobación de gastos	Dirección de Auditoría Interna	
15. Auditoría interna		
16. Registro de ingresos		
17. Registro de egresos		
18. Operación y contabilidad		
19. Archivo contable		
20. Apoyo administrativo de la Dirección de Contabilidad General	Dirección de Contabilidad General	
21. Certificación laboral		
22. Control de guardias	Dirección de Personal	Gral. Ángel Flores Pte. S/N Col. Centro. C.P. 80000. Culiacán, Sinaloa.
23. Elaboración de la nómina universitaria	Dirección de Sueldos y Salarios	
24. Prestaciones sociales a los universitarios	Dirección de Prestaciones Sociales	
25. Asignación y control de cargas académicas	Dirección de Contraloría Académica	Bld. Miguel Tamayo Espinoza De Los Monteros 2358, Desarrollo Urbano 3 Ríos, CP 80020, Culiacán de Rosales, Sinaloa, México.
26. Servicios de archivo general	Dirección de Archivo General	
27. Servicios informáticos y seguridad de la base de datos	Dirección de Informática	
28. Desarrollo de colecciones		
29. Procesos técnicos	Dirección General del Sistema Bibliotecario	Bld. Universitarios y Calzada de las Américas S/N Ciudad Universitaria, C.P. 80010. Culiacán Sinaloa, México.
30. Servicios al público del SIBIUAS	Coordinación de Bibliotecas de la URN	Ángel Flores y Justicia Social, S/N Ciudad Universitaria, C.P. 81229, Los Mochis, Sinaloa, México.
	Escuela Preparatoria Lázaro Cárdenas	Juárez y Melchor Ocampo #88, Col. Centro, C.P. 80800, Mocorito, Sinaloa, México.
	Facultad de Derecho Culiacán	Bld. De las Américas S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 80010, Culiacán, Sinaloa, México.
	Facultad de Contaduría y Administración	Bld. Universitarios y Av. De las Américas, Módulo 4, Ciudad Universitaria, C.P. 80010, Culiacán, Sinaloa, México.
	Facultad de Ciencias Químico Biológicas	Av. Universitarios S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 80010, Culiacán, Sinaloa, México.
	Coordinación de Bibliotecas de la URS	Av. Universidad y Leonismo Internacional s/n, Ciudad Universitaria, c.p. 82017, Mazatlán, Sinaloa, México.
	Facultad de Informática Mazatlán	Av. Universidad y Leonismo Internacional, C.P. 82017, Mazatlán, Sinaloa, México.
31. Certificación profesional	Dirección de Académico Legal	Bld. Miguel Tamayo Espinoza De Los Monteros 2358, Desarrollo Urbano 3 Ríos, CP 80020, Culiacán de Rosales, Sinaloa, México.
32. Servicios de atención a eventos académicos, diseño y comunicación y elaboración de constancias	Facultad de Ciencias Económicas y Sociales	Bld. Universitarios y Av. de las Américas, Unidad 3, S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 80010. Culiacán, Sinaloa, México.
33. Servicios de laboratorio de prácticas experimentales	Escuela Preparatoria Lázaro Cárdenas	Juárez y Melchor Ocampo No. 88, Col. Centro, C.P. 80800. Mocorito, Sinaloa.
34. Asignación, seguimiento y liberación del servicio social	Dirección General de Servicio Social	Josefa Ortiz de Domínguez esq. con Bld. Las Américas, S/N, Torre Académica 2do. Piso, Ciudad Universitaria, C.P. 80040, Culiacán, Sinaloa, México.
	Coordinación de Servicio Social de la URN	Ángel Flores y Bld. Justicia Social, S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 81223, Los Mochis, Ahome, Sinaloa, México.
	Escuela Superior de Enfermería Mochis	Bld. Justicia Social y Fuente Poseidon S/N Ciudad Universitaria, Módulo 1 y 2, Col. Jiquilpan, C.P. 81220, Los Mochis, Sinaloa, México.
	Coordinación de Servicio Social de la URCN	Carretera a Angostura Km 0.5, Vicerrectoría de la Unidad Regional Centro-Norte, 3er



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

ALCANCE		
SISTEMA DE GESTIÓN		
PROCESO	SITIO (S)	UBICACIÓN
		Nivel, Col. Morelos, CP 81460, Guamúchil, Salvador Alvarado, Sinaloa
	Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Tecnológicas	Carretera a Angostura Km. 0.5, Col. Morelos, C.P. 81460, Guamúchil, Salvador Alvarado, Sinaloa, México.
	Facultad de Ciencias Económicas y Sociales	Blvd. Universitarios y Av. De las Américas Unidad 3, S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 80010, Culiacán, Sinaloa, México.
	Facultad de Informática Culiacán	Av. Josefa Ortiz de Domínguez S/N Ciudad Universitaria, C.P. 80040, Culiacán, Sinaloa, México.
	Coordinación de Servicio Social de la URS	Ejército Mexicano y Av. de los Deportes, S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 82017, Mazatlán, Sinaloa, México.
	Escuela de Ingeniería Mazatlán	Av. Ejército Mexicano y Av., de los Deportes, Ciudad Universitaria, C.P. 82140, Mazatlán, Sinaloa, México.
35. Solicitud y prestación de espacios físicos	Torre Académica Culiacán	Josefa Ortiz de Domínguez esq. con Blvd. Las Américas, S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 80040, Culiacán, Sinaloa.
36. Atención y seguimiento de solicitud de beca a la comunidad estudiantil universitaria	Secretaría Administrativa de Rectoría	Blvd. Miguel Tamayo Espinoza De Los Monteros 2358, Desarrollo Urbano 3 Ríos, CP 80020, Culiacán de Rosales, Sinaloa, México.
37. Solicitud y asignación de equipo de cómputo y espacios físicos	Centro de Cómputo Universitario Culiacán	Blvd. Las Américas esq. con Av. Universitarios, S/N, Ciudad Universitaria, Culiacán, Sinaloa.
38. Aprobación, programación, ejecución y seguimiento de eventos culturales y prestación de espacios culturales e infraestructura.	Coordinación General de Extensión de la Cultura	Gral. Ángel Flores 634 Colonia Centro CP 80000. Culiacán De Rosales, Sinaloa México.
39. Promoción, incorporación y seguimiento del programa de movilidad estudiantil.	Dirección General de Vinculación y Relaciones Internacionales	Blvd. Miguel Tamayo Espinoza De Los Monteros S/N Desarrollo Urbano Tres Ríos. Campus Rafael Buena, CP 80050. Culiacán De Rosales, Sinaloa México
	Coordinación de Enlace de Vinculación y Relaciones Internacionales de la URN	Gral. Ángel Flores y Justicia Social S/N, Ciudad Universitaria, Torre Académica Mochis primer piso C.P. 81223. Los Mochis, Ahome, Sinaloa.
	Facultad de Ingeniería Mochis	Fuente de Poseidon S/N, Ciudad Universitaria, Col. Jiupilpan, C.P. 81220, Los Mochis, Sinaloa, México.
	Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Tecnológicas	Carretera a Angostura Km. 0.5, Col. Morelos, C.P. 81460, Guamúchil, Salvador Alvarado, Sinaloa, México.
	Facultad de Ciencias Económicas y Sociales	Blvd. Universitarios y Av. De las Américas Unidad 3, S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 80010, Culiacán, Sinaloa, México.
	Facultad de Psicología	Av. De las Américas y Blvd. Universitarios S/N Ciudad Universitaria, C.P. 80080, Culiacán, Sinaloa, México.
	Coordinación de Enlace de Vinculación y Relaciones Internacionales de la URS	Av. de los Deportes y Ave. Leonismo Internacional S/N, Ciudad Universitaria, edificio de biblioteca central planta baja C.P. 82146. Mazatlán, Sinaloa, México.
	Escuela de Ingeniería Mazatlán	Av. Ejército Mexicano y Av., de los Deportes, Ciudad Universitaria, C.P. 82140, Mazatlán, Sinaloa, México.
40. Solicitud y asignación de equipo de cómputo y espacios físicos	Centro de Cómputo Mazatlán	Av. Universidad y Leonismo Internacional S/N, Ciudad Universitaria (Antiguo Aeropuerto), C.P. 82017 Mazatlán, Sinaloa, México.



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

ALCANCE		
SISTEMA DE GESTIÓN		
PROCESO	SITIO (S)	UBICACIÓN
41. Servicios de laboratorio de prácticas experimentales	Escuela Preparatoria Los Mochis	Independencia y Amado Nervo S/N, Col. Jardines del Valle C.P. 81230, Los Mochis, Sinaloa, México.
42. Emisión del Semanario Buelna y servicios de atención a eventos.	Dirección General de Comunicación Social	Josefa Ortíz de Domínguez esq. con Blvd. Las Américas, S/N, Ciudad Universitaria, C.P. 80040, Culiacán, Sinaloa.
43. Definición, formalización, seguimiento y cierre de proyectos de investigación aplicada	Parque de Innovación Tecnológica	Av. Josefa Ortíz de Domínguez S/N, Ciudad Universitaria C.P. 80040, Culiacán de Rosales, Sinaloa, México.

CRITERIOS DE AUDITORIA
<p>Norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad - Requisitos Manual y Política de Gestión</p> <p>Información documentada a mantener y conservar por la norma ISO 9001:2015 y el SG</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para el control de la información documentada • Procedimiento para el control de salidas no conformes • Procedimiento para la satisfacción del usuario • Procedimiento para planes de mejora • Procedimiento para auditorías internas • Procedimiento para la revisión por la dirección • Procedimiento para no conformidad y acciones correctivas • Guía para la elaboración de matriz de riesgos y oportunidades • Guía para la elaboración de plan de mejora • Guía para la elaboración de la información documentada, etc. <p>Información documentada a mantener y conservar específica de la planificación, operación y control de los procesos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de calidad • Requisitos y criterios de aceptación para salidas • Objetivo de calidad • Procedimientos específicos • Cédula de comunicación • Matriz de riesgos y oportunidades • Perfiles de puestos • Marco legal y reglamentario aplicable, etc.

MIEMBROS DEL EQUIPO AUDITOR	
AUDITOR LÍDER	
1. Rosa María Guevara Salido	
AUDITORES INTERNOS	
2. Abrajam Sosa Dalia Karina	3. López García Silvano
4. Amaral Solís Luis Antón	5. López León Alma Angelina
6. Avendaño Mendoza Graciela	7. López Obregón Orffa Marisol
8. Ávila López Veronica Patricia	9. Martínez Angulo Lyz Edemi
10. Ayala Camacho Zulma Odeth	11. Mendivil Rivera Irma
12. Beltrán Zazueta Omar Armando	13. Morales Morales Jesús Rene
14. Buelna Sánchez Rogelio	15. Navidad Pantoja Araceli
16. Casas González Roberto	17. Pierre Noel Gilles Bibiane
18. Castro Cuadras Dulce Livier	19. Ramos Parra Paulina Soledad
20. Contreras Gámez Bertila	21. Ríos Morgan Miriam Benita
22. Cuen Valenzuela Jesús Manuel	23. Rivero Borquez Arantxa Zulem
24. Delgado Burgueño Ana María	25. Rodríguez Castro Oralía Del Rosario
26. Félix Colado Bertha Elena	27. Román León Ashanti Daniela
28. Fernández Ávila José Gerardo	29. Salcido Ávila Esther Del Rosario
30. Franco Camacho Manuel	31. Sánchez Escalante Ramón Antonio
32. Fuentes Arredondo Anabell	33. Sánchez Moreno Rafael
34. García Castro Selene	35. Soto Pérez Fernando Ixel
36. Gómez López Paulette	37. Ultreras Rodríguez Andrés
38. Vargas Robles María Guadalupe	39. Uriarte González Dunia Elizabeth
40. Juárez Soto Renato Vladimir	41. Valdez Cruz Miguel Ángel
42. Karla Anali Leyva Osornio	43. Izaguirre Pinzón Clarissa Inobis
44. Leal León Alma Lorena	45. Villalobos Pereda Tania

Fecha de Actualización: 30 de octubre de 2017	Versión: 02	Página 6 de 24
--	----------------	----------------



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

AUDITORES EN FORMACIÓN O ENTRENAMIENTO		
46. Pamela Mendoza Medina	47. Gerardo Hiram Sarabia Enciso	
EXPERTO TÉCNICO		
Evangelina Beltrán López		
AUDITADOS		
NOMBRE	PUESTO	PROCESO
SISTEMA DE GESTIÓN		
Dr. Juan Eulogio Guerra Liera	Rector (Alta Dirección)	Sistema de Gestión de la Calidad
LCP. Omar Armando Beltrán Zazueta	Responsable de la Dirección del SGC (Representante de la Alta Dirección)	Sistema de Gestión de la Calidad
RECTORÍA		
Dr. Juan Eulogio Guerra Liera	Titular de la REC	Administrativo de Rectoría
Lic. Manuel Octavio Cervantes González	Responsable del Proceso (y operativos)	
SECRETARÍA GENERAL (SG)		
Dr. Jesús Madueña Molina	Titular de la SG	Recepción de Proyectos, Análisis y Determinación de Factibilidad por parte de las Comisiones para poder ser presentados ante el Consejo Universitario con el fin de emitir Acuerdos
Dr. Gerardo Joel Gallardo Pineda	Responsable del Proceso (y Operativos)	
DEFENSORÍA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS (DDU)		
MC. Sergio Villalobos Navarrete	Titular de la DDU	Atención y Seguimiento de Quejas para Garantizar los Derechos de la Comunidad Universitaria
Lic. Tania Villalobos Pereda	Responsable del Proceso (y Operativos)	
COORDINACIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO (CGPD)		
Dr. Ismael García Castro	Titular de la CGPD	Procesos de la CGPD
Dra. Rosalva Nava Gomez	Responsable del Proceso (y Operativos)	Planeación, Programación, Presupuestación y Evaluación Institucional
MC. Jesús Manuel Elizalde Valles	Responsable del Proceso (y Operativos)	Elaboración de la Estadística Básica
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS ESCOLARES (DGSE)		
Dr. Fidencio López Beltrán	Titular de la DGSE	Procesos de la DGSE
MC. Ramón Rodolfo Rodelo Sánchez	Responsable del Proceso (y Operativos)	Emisión de Certificados de Estudios
		Admisión al Primer Período de los Programas Educativos Escolarizados de Nivel Bachillerato y Licenciatura
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS (DGRH)		
Lic. Ramón López Hernández	Titular de la DGRH	Contratación de Personal de Base Académico, Administrativos y de Intendencia y Licencias
Lic. Rafael Tirado López	Responsable del Proceso (y Operativos)	
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS (SAF)		
MC. Manuel de Jesús Lara Salazar	Titular de la SAF	Procesos de la SAF
LCP. María Guadalupe Alvarado Rocha	Responsable del Proceso (y Operativos)	Egresos (Ventanilla de Trámites Generales)
LCP. Fernando Vázquez Barrón	Responsable del Proceso (y Operativos)	Ingresos Institucionales
DIRECCIÓN DE AUDITORÍA INTERNA (DAI)		
Dra. Marifeli Avendaño Corrales	Titular de la DAI	Procesos de la DAI
LCP. Irma Mendivil Rivera	Responsable del Proceso (y Operativos)	Comprobación de Gastos
LCP. José Gerardo Fernández Ávila	Responsable del Proceso (y Operativos)	Auditoría Interna
DIRECCIÓN DE CONTABILIDAD GENERAL (DCG)		
CPC. Rebeca Carrasco Peña	Titular de la DCG	Procesos de la DCG
LCP. Dora Elena Castro Cervantes	Responsable del Proceso (y Operativos)	Registro de Ingresos
LCP. Silvano López García	Responsable del Proceso (y Operativos)	Registro de Egresos
LCP. Ricardo Martínez Sainz	Responsable del Proceso (y Operativos)	Operación y Contabilidad
LCP. Federico Campos García	Responsable del Proceso (y Operativos)	Archivo Contable



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

AUDITADOS		
NOMBRE	PUESTO	PROCESO
LCP. Janeth Flores Nevarez	Responsable del Proceso (y Operativos)	Apoyo Administrativo de la Dirección de Contabilidad General
DIRECCIÓN DE PERSONAL (DP)		
Ing. Francisco Javier Veá Souza	Titular de la DP	Procesos de la DP
Lic. Héctor Octavio Arellano Sánchez	Responsable del Proceso (y Operativos)	Certificación Laboral
Lic. Agustín Sánchez Castro	Responsable del Proceso (y Operativos)	Control de Guardias
DIRECCIÓN DE SUELDOS Y SALARIOS (DSS)		
Dr. Santiago Inzunza Cázares	Titular de la DSS	Elaboración de la Nómina Universitaria
Lic. María Guadalupe Vargas Robles	Responsable del Proceso (y Operativo)	
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES SOCIALES (DPS)		
Dr. Manuel Alfonso Urtusuástegui Ibarra	Titular de la DPS	Prestaciones Sociales a los Universitarios
LTS. Esther del Rosario Salcido Ávila	Responsable del Proceso (y Operativos)	
DIRECCIÓN DE CONTRALORÍA ACADÉMICA (DCA)		
Dr. Antonio González Balcazar	Titular de la DCA	Asignación y Control de Cargas Académicas
Lic. Francisco Javier Landeros Ruíz	Responsable del Proceso (y Operativos)	
DIRECCIÓN DE ARCHIVO GENERAL (DAG)		
Dra. Miriam Benita Ríos Morgan	Titular de la DAG	Servicios de Archivo General
Lic. Jorge Aguilar Martínez	Responsable del Proceso (y Operativos)	
DIRECCIÓN DE INFORMÁTICA (DI)		
ISC. María Angélica Álvarez Félix	Titular de la DI	Servicios Informáticos y Seguridad de la Base de Datos
LI. Paulina Soledad Ramos Parra	Responsable del Proceso (y Operativos)	
DIRECCIÓN GENERAL DEL SISTEMA BIBLIOTECARIO (DGSIBUIAS)		
Ing. José Samuel Higuera Valenzuela	Titular de la DG del SIBUIAS	Procesos de la DG del SIBUIAS
Lic. Ivett Higuera Medina	Responsable del Proceso (y Operativos)	Desarrollo de Colecciones
Lic. César Noel Hernández Ibarra	Responsable del Proceso (y Operativos)	Procesos Técnicos
MC. Héctor Carlos Leal Camacho	Responsable del Proceso (y Operativos)	Servicios al Público del SIBUIAS
DIRECCIÓN DE ACADEMICO LEGAL (DAL)		
Dr. José Enrique Gil Osuna	Titular de la DAL	Certificación Profesional
LCE. Oralia del Rosario Rodríguez Castro	Responsable del Proceso (y Operativos)	
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES (FACES)		
Dr. Oscar Alfonso Aguilar Soto	Titular de la FACES	Servicios de Atención a Eventos Académicos, Diseño y Comunicación y Elaboración de Constancias
Lic. Ariadna Guadalupe Hernández Reyes	Responsable del Proceso (y Operativos)	
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD (CIDOCS)		
Dr. Carlos Fernando Corona Sapien	Titular del CIDOCS	Procesos del CIDOCS
Dr. Miguel Ángel Valdez Cruz	Responsable del Proceso (y Operativos)	Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores
Dra. Rosario Beltrán Ruiz.	Responsable del Proceso (y Operativos)	Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos
ESCUELA PREPARATORIA LÁZARO CÁRDENAS (EPLC)		
Dr. Alonso Enrique Francis Brown	Titular de la EPLC	Servicios de Laboratorio de Prácticas Experimentales
MC. Bibiane Pierre Noel Gilles	Responsable del Proceso (y Operativos)	
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIO SOCIAL (DGSS)		
Dr. Víctor Hugo Aguilar Gaxiola	Titular de la DGSS	Asignación, Seguimiento y Liberación del Servicio Social
LAF. Ashanti Daniela Román León.	Responsable de Proceso (y Operativos)	
TORRE ACADÉMICA CULIACÁN (TAC)		
Dr. Héctor Melesio Cuén Díaz.	Titular de la Torre Académica Culiacán	Solicitud y Prestación de Espacios Físicos
LCP. Graciela Mellado Navarro	Responsable de Proceso (y Operativos)	



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

AUDITADOS		
NOMBRE	PUESTO	PROCESO
SECRETARÍA ADMINISTRATIVA DE RECTORIA (SAR)		
MC. Jesús Abel Sánchez Inzunza.	Titular de la SAR	Atención y Seguimiento de Solicitud de Beca a la Comunidad Estudiantil Universitaria.
LAE. Arantxa Zulem Rivero Bórquez.	Responsable de Proceso (y Operativos)	
CENTRO DE CÓMPUTO UNIVERSITARIO (CCU)		
L.I. Emilio Eustacio Lara Velasco.	Titular de CCU	Solicitud y Asignación de Equipo de Cómputo y Espacios Físicos
Lic. En Dcho. Dunia Elizabeth Uriarte González	Responsable de Proceso (y Operativos)	
COORDINACIÓN GENERAL DE EXTENSIÓN DE LA CULTURA (CGEC)		
LEM. María de Jesús Rendón Ibarra	Titular de la CGEC	Aprobación, Programación, Ejecución y Seguimiento de Eventos Culturales y Prestación de Espacios Culturales e Infraestructura.
Dr. Manuel Franco Camacho	Responsable de Proceso (y Operativos)	
DIRECCIÓN GENERAL DE VINCULACIÓN Y RELACIONES INTERNACIONALES (DGVRI)		
MC. América Magdalena Lizárraga González	Titular de DGVRI	Promoción, Incorporación y Seguimiento del Programa de Movilidad Estudiantil
MC. Dalia Karina Abrajan Sosa	Responsable del Proceso (y Operativos)	
CENTRO DE CÓMPUTO UNIVERSITARIO MAZATLÁN (CCM)		
MC. Rosa Elena Colado Martínez	Titular del CCU Mzt.	Solicitud y Asignación de Equipos de Cómputo y Espacios Físicos
Dr. Jorge Lizárraga Reyes	Responsable del Proceso (y Operativos)	
ESCUELA PREPARATORIA LOS MOCHIS (EPM)		
LB. José Jaime Gutiérrez Esquivel	Titular de la UA EPM	Servicios de Laboratorio de Prácticas Experimentales
Lic. Paola Viridiana Gutiérrez García	Responsable de Proceso (y Operativos)	
DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL (DGCS)		
Ing. Arnoldo Valle Leyva	Titular de DGCS	Emisión del Semanario Buelna y servicios de atención a eventos.
T.S. Yadira Guadalupe Arce Arias	Responsable de Proceso (y Operativos)	
PARQUE DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA (PIT)		
M.A. José Ramón López Arellano	Titular del PIT	Proyectos de Investigación Aplicada
MC. Rosalía Saraí Flores Ceballos	Responsable de Proceso (y Operativos)	
PROCESOS DE APOYO		
C. Norma Alicia Aguilar Navarro	Titular de la Dirección de Control de Bienes e Inventarios	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente
DRA. Rosa Duarte Quintero	Presidente de la Comisión Mixta de Capacitación y Desarrollo de la DGRH	Competencia y Toma de Conciencia
MI. Luis Enrique Rodelo Romero	Subdirector de mantenimiento de la Dirección de Construcción y Mantenimiento (DCM)	Infraestructura y Ambiente para la Operación de los Procesos

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS		
REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS POR PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
PROCESO:	0. Sistema de Gestión	
Requisito	Competencia	
7.2	<p>La organización debe determinar la competencia necesaria de las personas que realizan, bajo su control, un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del SGC; asegurarse de que estas personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas; cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas y conservar la información documentada apropiada como evidencia de la competencia. Sin embargo, en la evaluación se detecta en los procesos que:</p> <ol style="list-style-type: none"> Elaboración, seguimiento y evaluación del plan y elaboración del presupuesto anual de egresos: No se muestra evidencia de capacitación y actualización en cursos relacionados con la naturaleza del proceso; los auditados declaran que no cuentan con un programa de capacitación en temas específicos de su área y el currículo vitae del titular no cuenta con evidencia de capacitación en la norma ISO 9001:2015. Elaboración de la estadística básica: no se muestra evidencia de capacitación y actualización en cursos relacionados con la naturaleza del proceso. Además, los currículos vitae del titular, responsable de proceso y operativos no cuentan con evidencia de capacitación en la norma ISO 9001:2015. 	Observación



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS		
REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
	<p>3. Contratación de personal de base académico, administrativos y de intendencia y licencias: los currículos vitae CV del Subdirector Académico, no está actualizado, usan formato en versión obsoleta (V5 al 27/05/15) y no cuenta con capacitaciones (última en 08/10/13), a su vez, el CV del operativo del proceso Alejandro Meza Savalza no cuenta con evidencia de educación, no ha tenido capacitaciones actuales (última en el año 2011), en tanto que el personal operativo Carlos Sandoval y Norma Fuentes declaran que el personal de la DGRH no cuenta con capacitación de la norma ISO 9001-2015.</p> <p>4. Asignación y control de cargas académicas: currículos vitae CV del Director de la UO, responsable de proceso y personal operativo se detecta que: no se encuentran actualizados en formación (actualización en cursos hasta 2013) y uso de formato no vigente. Ejemplo el CV de González Balcázar Antonio, titular de la UO, con formato en fecha de emisión de agosto de 2016 V6.</p> <p>5. Servicios de archivo general: no se muestra la evidencia de educación requerida en los expedientes de Rosa Ma. Miller Astengo (Certificado de primaria) y Ma. Esther Núñez Barraza (preparatoria y de Comercio Secretarial).</p> <p>6. Desarrollo de colecciones: el perfil de puesto del coordinador de desarrollo de colecciones V5 actualizado al 30/10/2017, especifica que en educación se requiere de título profesional y en la documentación del currículo vitae del personal asignado al puesto no cuenta con este documento; En sustitución se presenta una constancia de fecha de agosto/2014 firmada por el director general del sistema bibliotecario, acreditando su desempeño con relación a su puesto. Considerando que en la actualización reciente se confirma contar con título profesional, se considera necesario la gestión de dicho documento.</p> <p>7. Servicios al público: el Reglamento General del Sistema Bibliotecario (3ra edición de febrero 2017) señala en su artículo 32 que las autoridades universitarias procurarán que el personal bibliotecario cuente con conocimientos bibliotecológicos. Durante la evaluación la coordinadora y responsable del proceso del SIBIUAS de la DGSIBIAS mostraron el perfil de puesto del bibliotecario V9 actualizado al 30/10/17, sin embargo, dicho perfil no señala conocimientos necesarios.</p> <p>8. Solicitud y prestación de espacios físicos: los curriculum vitae fecha 29/08/16 v6 del director, sub-director, administrador, contador y secretarías no muestran evidencia de tener formación de la Norma ISO 9001:2015.</p> <p>Sugerencias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de la nómina universitaria: Comunicar a la Dirección General de Recursos Humanos los perfiles puestos que han sido elaborados por el personal de la Dirección de Sueldos y Salarios (DSS), para que a su vez sea administrado y considerado en la descripción y promoción del personal universitario, y en lo particular los (las) que ocuparan cargo en la DSS para elaboración de nómina universitaria. - Atención y seguimiento de solicitud de beca a la comunidad estudiantil universitaria: considerar el uso de minutas de reunión en caso de las capacitaciones de la actualización de la norma ISO 9001:2015 y su caso las constancias en los expedientes. 	
Requisito	Control de la información documentada	
7.5.3	Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades: distribución, acceso, recuperación y uso. Mediante consulta en la plataforma del SGC, la responsable de control documental de la DSGC muestra el procedimiento para el control de la información documentada V9 actualizado al 30/10/17, el cual establece en la política 11 que la información documentada deberá ser publicada en formato protegido contra modificación o alteraciones y solo para consulta en línea, sin embargo, esta puede ser descargada por el usuario de la plataforma incumpliendo con la política.	Observación
Requisito	Infraestructura	
7.1.3	El Manual de Gestión establece que la UAS determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad de los requisitos del producto a través de las áreas responsables de acuerdo a su función. La Dirección de Construcción y Mantenimiento (DCM) mostró el programa de mantenimiento preventivo para el 2017 de la unidad regional centro y evidencia de los respectivos levantamientos de trabajos preventivos de acuerdo al programa 2017 y correctivos incluyendo la atención a los procesos certificados y áreas certificadas, ejemplo reporte de revisión de y constancia de trabajos realizados de: carpintería, herrería a la DGA el 7/04/17; carpintería, albañilería, electricidad, plomería y refrigeración en DGVRI el 12/05/17, plomería, refrigeración en DCA el 6/04/17, plomería en DSS el 6/04/17, electricidad en FCA (control escolar, servicio social y biblioteca) del 22/05/17. En cuanto al mantenimiento correcto se muestra oficio de solicitud del 25/10/17 de reparación de lámparas en Facultad de Derecho CIn atendida el 31/10/17; oficio de solicitud del 8/11/17 de pintura de la escuela preparatoria Genaro Vázquez Rojas, atendido el 14/11/17.	No conformidad



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS		
REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
	Sin embargo, no se mostró evidencia de la planificación e implementación de los programas de mantenimiento preventivo 2017, ni mantenimiento correctivo de las unidades regionales norte, centro- norte y sur.	
Requisito:	Análisis y evaluación	
9.1.3	La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición, los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar: el desempeño y la eficacia del SGC. La responsable de indicadores de la DSGC demuestra la recepción de los indicadores de cumplimiento los procesos y captura la información en una base de datos para su control. Sería recomendable fortalecer el seguimiento y análisis de los datos con el uso de técnicas estadísticas que permita información (tendencias, desempeños, comparativas) relevante para la alta dirección.	Oportunidad de mejora
PROCESO:	1. Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos	
6.1.1	Al planificar el SGC, la organización debe determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos. Se muestra Matriz de Riesgos y Oportunidades V1 al 30/10/17 con la identificación de 27 riesgos para los cuales han establecidos sus respectivos tratamientos. Se recomienda valorar la consideración de los riesgos en la realización de estudios clínicos cuyas muestras no fueron tomadas por personal del proceso.	Oportunidad de mejora
8.5.1	La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas, estas deben incluir, cuando sea aplicable: la disponibilidad de información documentada, la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos, implementación de actividades para prevenir errores humanos y actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega. Se muestra la realización de controles de calidad (ejemplo: registro de controles de CA-500 V3 al 1/12/17) realizados en enero 2018 señalando los valores de referencia y manual de control y seguimiento de los valores de control de calidad V2 al 31/10/17. Se recomienda por el uso del equipo CA-500 (incorporación al laboratorio en noviembre 2017) realizar los gráficos de acuerdo al manual de control y seguimiento de los valores de control de calidad y valorar el uso de pruebas con separación de plasma.	Oportunidad de mejora
8.5.2	La UAS identifica las salidas de cada proceso a través de la producción y prestación del servicio utilizando mecanismos como sistemas informáticos, bases de datos y/o información documentada que identifican y controlan en cada etapa el estado de sus salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición por medio de identificación del avance en las etapas, uso de códigos, folios y/o fechas. El proceso cuenta con un sistema MIH que desde la recepción y hasta la impresión del informe de resultados de estudios clínicos se identifican y controlan las salidas, a través de folios emitidos por el sistema, folios internos por turnos y nombre del paciente. Se recomienda valorar la inclusión de la libreta de asignación de folios internos por turnos (control interno en recepción) en los controles de la información documentada y señalar en la información documentada en las etapas de realización de los estudios el folio asignado por el sistema (control en operación).	Oportunidad de mejora
8.5.5	La organización debe cumplir los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios, considerando al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicio y la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios. El alcance del proceso descrito en el desarrollo del procedimiento específico V11 al 31/10/17 contempla las etapas de solicitud, toma de muestra (pre-analítica), realización de estudios (analítica) y elaboración y entrega del informe (post analítica). Se recomienda valorar la inclusión de actividades de conservación de las muestras con sus respectivos controles y criterios por posibles verificaciones de los resultados posteriores a la entrega de los estudios clínicos.	Oportunidad de mejora
PROCESO:	2. Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	
8.5.1	La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas, estas deben incluir, cuando sea aplicable, la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos. El proceso realizó controles de calidad periódicos. Se recomienda fortalecer el seguimiento del control de calidad con la realización de gráficas de Levey Jennigs.	Oportunidad de mejora
9.1.2	La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. Se cuenta con objetivo de satisfacción V7 al 31/10/17 cuya meta es incrementar de 80% a 85% de las encuestas entre bueno y excelente a 2021, en relación a ello muestran la medición de septiembre a diciembre 2017 en el reporte general de cumplimiento de la satisfacción a usuarios V2 al 30/10/17 con alcanzando el 100% de satisfacción en las 112 encuestas aplicadas y análisis y seguimiento de comentarios de quejas y sugerencias manifestando que no hubo opiniones negativas. Se recomienda valorar la inclusión como parte la medición de la satisfacción la información recabada y analizada en los “reportes detallados de encuestas” de satisfacción de usuarios aplicada por HCC, considerando que la información esta sistematiza, es de fácil acceso según responsable de proceso y evalúan 9 criterios más que las encuestas aplicadas por parte de CIDOCS.	Oportunidad de mejora
9.1.3	Se debe analizar y evaluar los datos y la información que surgen por el seguimiento y medición. Se cuenta con gráficos anuales que concentran los datos de unidades donadas, transfundidas, de apoyo	Oportunidad de mejora



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS		
REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
	interinstitucional y destino final, entre otros análisis de datos relevantes, para los ejercicios 2016 y 2017. Se sugiere realizar comparativas anuales que permita identificar tendencias y analizar los datos de forma cualitativa que sirva de apoyo en la evaluación del desempeño y la eficacia del SGC, así como difundir los resultados del desempeño de proceso sobre todo en el indicador de viales que impacta directamente en la seguridad para el paciente, en el aseguramiento de la calidad de los resultados y entrega de las unidades al paciente, con miras a la acreditación del banco de sangre en la norma 15189.	
PROCESO:	3. Administrativo de rectoría	
6.2.1	La organización debe establecer objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el SGC. Sería benéfico que las solicitudes de becas del programa de doctores jóvenes se identifiquen y administren de manera separada del indicador y meta establecida para las solicitudes de partidas extraordinarias, viáticos y apoyos económicos.	Oportunidad de mejora
8.5.1	La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable: la disponibilidad de la información documentada que defina las características de los servicios a prestar y la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos. Sin embargo, se pudo constatar que no se tiene una definición clara de las características de cada tipo de solicitud de servicios , la recepcionista de Rectoría no efectúa el corte de los trámites recibidos en el día de acuerdo a la actividad 6 del procedimiento específico además de que la solicitud 2017034117 y los paquetes 33480 y 32935 no tenían firma de autorización.	Observación
9.1.1	La organización debe determinar: los métodos de seguimiento y medición necesarios para asegurar resultados válidos. Sería conveniente que los reportes mensuales del seguimiento y medición del objetivo de la calidad se modificaran de acuerdo a los indicadores y metas establecidas vigentes.	Oportunidad de mejora
9.1.2	El Manual de Gestión específica que la UAS realiza el seguimiento de la percepción del cliente a través de la metodología descrita en el procedimiento para la satisfacción del usuario y en el objetivo de satisfacción al usuario. Sin embargo se pudo verificar que las encuestas correspondientes al cuatrimestre Septiembre-Diciembre de 2017 no fueron aplicadas de acuerdo al tamaño de la población atendida y no se cuenta con el reporte general de cumplimiento de satisfacción a usuarios del periodo citado.	Observación
PROCESO:	4. Recepción de proyectos, análisis y determinación de factibilidad por parte de las comisiones para poder ser presentados ante el H. Consejo Universitario con el fin de emitir acuerdos	
7.1.4	La UAS determina, proporciona y mantiene el ambiente de trabajo necesario para la operación de los procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios. Se observa durante auditoría espacios con iluminación, libres de humedad, limpios y agradables, se ha realizado la encuesta de ambiente de trabajo. Se recomienda fortalecer el conocimiento del personal del proceso en documentos institucionales como el Código de Ética.	Oportunidad de mejora
7.4	La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad incluyan: qué comunicar, cuándo comunicar, a quién comunicar, cómo comunicar, quién comunica. Se muestra cédula de comunicación V1 al 30/10/17. Se recomienda clarificar quien dentro de la UO debe comunicar: las acciones de contingencia, la información relativa a los productos y servicios y la descripción de los productos a comprar, así mismo, incorporar la responsabilidad de la alta dirección de comunicar al personal la importancia de un desempeño eficaz y conformidad con los requisitos para lograr los resultados previstos. (requisito 5.1.1).	Oportunidad de mejora
7.5.3	Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: distribución, acceso, recuperación y uso, almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad, control de cambios, conservación y disposición. Para lo cual la UAS establece la metodología en el procedimiento para el control de la información documentada V19 al 30/10/17 y la guía para la elaboración de la información documentada V11 al 30/10/17, sin embargo, durante la auditoría se detecta que: <ul style="list-style-type: none"> - No cuentan con los controles de la información documentada conservada y externa. - Formato del encabezado no actualizado en: Solicitud de Asuntos Académicos del HCU V5 al 30/10/17 y Solicitud de Comisión de Hacienda y Glosa del HCU V5 al 30/10/17). - Título de control de cambios no actualizado en: Solicitud de Asuntos Académicos del HCU V5 al 30/10/17. 	Observación
8.1	La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios. Se muestran la información documentada: plan de la calidad V8 al 30/10/17 requisitos y criterios de aceptación de productos y servicios V7 al 30/10/17 y matriz de riesgos y oportunidades V1 al 30/10/17. Se sugiere referenciar en el plan de calidad, en el apartado de información, el Plan Estratégico de Desarrollo Consolidación Global 2021.	Oportunidad de mejora
PROCESO:	5. Atención y seguimiento de quejas para garantizar los derechos de la comunidad universitaria	



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS		
REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
4.1	La organización debe determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica, y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su SGC. Se observa en el Plan Estratégico de Desarrollo (PED) en la matriz DAFO que se consideran cuestiones internas y externas, ejemplo: oportunidades- Impulso a los derechos humanos por organismos internacionales y por ONGs, amenaza: crisis nacional y el insuficiente financiamiento a la educación superior, fortaleza- reconocimiento de la DDU por parte de la comunidad universitaria y pertinencia y agilidad en la atención de demandas de la comunidad universitaria, avalado por más de seis años de experiencia del personal que labora en la UO y debilidad: burocracia y normativa que no agiliza los procesos de denuncia y su solución. Se recomienda incorporar como oportunidad la incorporación a la Red de Defensorías de los Derechos Universitarios en el análisis DAFO del PED.	Oportunidad de mejora
6.1.2	Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades deben ser proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y los servicios. Se muestra Matriz de Riesgos y Oportunidades V1 al 30/10/17, se han implementado considerados riesgos asociados a la realización de su salida, requisitos legales, satisfacción del cliente, entre otros, Sin embargo, se observa que las medidas para el control y evidencia verificable no tienen relación con la causa del riesgo, como lo establece la Guía para la Elaboración de Matriz de Riesgos y Oportunidades V1 al 30/10/17 , apartado Instructivo de llenado de la matriz de riesgos y oportunidades (Ejemplo - Riesgo: Incumplimiento del Reglamento de la DDU, Causa: Desconocimiento o malinterpretación del reglamento. Omisión de hechos por parte de los quejosos, Medida de control: Investigar el caso en base al reglamento, antes de admitirlo, evidencia verificable: procesos de los casos en tiempo y forma); Además, no se han considerado riesgos relativo a la pérdida de información, considerando el impacto de no contar con un medio de recuperación de la información (evidencia) de su proceso con fundamento en lo declarado en el control de información documentada conservada al 30/10/17.	Observación
6.2.1	Los objetivos de la calidad deben ser medibles, objeto de seguimiento, comunicarse, actualizarse y mantener información documentada. Se muestra el objetivo de calidad versión 4 al 4/07/14, objetivo de calidad versión 5 actualizado al 30/10/17 y oficios de la DSGC, (fechas: 25/01/18, 21/09/17 y 15/05/17) recibidos por la DDU solicitando la información de cumplimiento, en relación a ello se detecta que: Acorde a la versión 4 no se realizaron las mediciones siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Del objetivo 1 (atención de quejas y denuncias) en el periodo (enero – junio y julio – diciembre 2017), - Del objetivo 2 (informe anual al HCU) del 2016, - Del objetivo 3 (medición de la satisfacción) en los semestres enero – junio y julio – diciembre 2017. Acorde a la versión 5 del objetivo 2 (informe anual al HCU) del 2017.	No conformidad
7.1.4	La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. Se observan espacios con iluminación, ventilación, limpios y agradables, además de se lleva a cabo la encuesta de ambiente de trabajo y se muestra oficio de solicitud al área de apoyo DCM de fecha 20/06/17 recibida el 21/06/17. Se recomienda dar seguimiento a las gestiones relacionadas al equipo de refrigeración y espacios.	Oportunidad de mejora
7.4	La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al SGC que incluyan: qué comunicar, cuándo comunicar, a quién comunicar, cómo comunicar, quién comunica. Se muestra cédula de comunicación V1 al 30/10/17, sin embargo, se detecta que consideran al titular de la DGCS como responsable de comunicar la descripción de productos a comprar y la manipulación y control de lo que es propiedad del cliente, mismo que no tiene competencia en la DDU , en tanto que para la comunicación externa, relacionada con la retroalimentación con el cliente incluyendo sus quejas, el buzón de quejas y sugerencias no se encuentra de fácil acceso para los usuarios por lo que no se está implementando.	Observación
8.1	El resultado de la planificación, de acuerdo a la operación de cada uno de los procesos se establece en los Planes de Calidad. Se muestra Plan de Calidad V5 al 30/10/17 donde se retoma el documento Matriz de Riesgos y Oportunidades, Requisitos y Criterios de Aceptación para el Producto y Servicio. Se recomienda incorporar en el apartado de información del Plan de Calidad el Reglamento de la Defensoría.	Oportunidad de mejora
8.5.2	Muestra procedimiento específico que determina las etapas para el desarrollo del producto, y evidencias de los mismos conforme las etapas. Se recomienda fortalecer la identificación del estado de avance en las etapas de realización del producto con el uso de mecanismos como sistemas informáticos y/o bases de datos.	Oportunidad de mejora
8.5.4	La organización debe preservar las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos. Se identifican áreas y protección de documentos mediante archiveros. Se recomienda incorporar equipo contra incendio en los espacios de la DDU.	Oportunidad de mejora
9.1.2	Se debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes. Se cuenta con procedimiento para la Satisfacción del Usuario V2 al 30/10/17y se ha determinado un objetivo relativo a la satisfacción en el documento objetivos de calidad del proceso V5, sin embargo: no muestran evidencia de aplicación en 2017 de boletas del buzón de quejas y sugerencias; no se realizaron encuestas de satisfacción en el periodo 2017 por lo que no se ha reportado cumplimiento del objetivo de satisfacción a la DSGC ni se ha realizado el seguimiento 2017 y no se ha atendido la acción correctiva folio	No conformidad



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS		
REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
	291/SQAD/06/16 (seguimiento y medición del proceso no realizada en 2016) al 20/06/16 con fecha propuesta de cumplimiento 15/07/16 cuya última verificación de eficacia al 6/01/17 fue no efectiva.	
10.2	Cuando ocurra una no conformidad la organización debe evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, implementar cualquier acción necesaria, revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada. Se muestran reportes de acciones correctivas de folios: 290/SQAD/06/16 de fecha 20/06/16 con fecha propuesta de cumplimiento 15/07/16 (currículos desactualizados) con ultima verificación al 6/01/17 no efectiva, y 291/SQAD/06/16 de fecha 20/06/16 con fecha propuesta de cumplimiento 15/07/16 (seguimiento y medición del proceso no realizada) última verificación el 6/01/17 no efectiva – no se presentaron mediciones a la DSGC. Se recomienda fortalecer el seguimiento periódico y el cierre de las acciones.	Oportunidad de mejora
PROCESO:	6. Elaboración, seguimiento y evaluación del plan	
PROCESO:	7. Elaboración del presupuesto anual de egresos	
5.1	La organización debe asegura los recursos necesarios para el SGC. En cuanto a los recursos necesarios para la realización del proceso se encuentran determinados en los planes de calidad y en los proyectos especiales. Los integrantes del proceso declaran que los materiales de oficina y mobiliario son adecuados para realizar las actividades del proceso. Se detecta que la dependencia cuenta con los materiales para operar el proceso. Se sugiere intensificar las gestiones para proveer el equipo informático necesario para realizar los talleres (laptops) y facilitar la gestión del recurso (viático).	Oportunidad de mejora
7.1.4	La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de los procesos y lograr la conformidad. Durante la auditoria los integrantes del proceso declararon que en general el ambiente laboral es bueno. Se recomienda compartir con el personal y analizar el resultado de la encuesta de ambiente laboral, para en caso de ser necesario, aplicar medidas específicas para mejorar en este rubro.	Oportunidad de mejora
7.1.5.1	La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados cuando se realice el seguimiento o la medición. Para realizar el seguimiento del proceso, se cuenta con el software denominado Sistema Institucional de Planeación, Programación, Presupuestación y Evaluación SIPPPE. Sería recomendable revisar la operación permanente en línea del software para garantizar que esté disponible cuando se requiera.	Oportunidad de mejora
7.4	La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al SGC. Se muestra la cedula de comunicación del proceso y evidencia de cumplimiento en los puntos especificados en dicho documento. Sería conveniente revisar los canales de comunicación interna para que la información fluya hasta los operativos del proceso.	Oportunidad de mejora
9.1.1	La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del SGC. Se muestra el documento objetivo de la calidad del proceso y los reportes de evidencia del cumplimiento de las metas. Sin embargo se detecta que no se cumple con la meta 1.4 establecida para la evaluación trimestral de POA de las UO, en el periodo correspondiente al cuarto trimestre del año 2017 (se alcanza el 68.18% de un 90% establecido).	No conformidad
PROCESO:	8. Elaboración de la estadística básica	
7.1.4	La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de los procesos y lograr la conformidad. Durante la auditoria los integrantes del proceso declararon que en general el ambiente laboral es bueno. Se recomienda compartir con el personal y analizar el resultado de la encuesta de ambiente laboral, para en caso de ser necesario, aplicar medidas específicas para mejorar en este rubro.	Oportunidad de mejora
7.4	La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al SGC que incluyen que comunicar; cuando comunicar; a quien comunicar; como comunicar y quien comunica. Se muestra la cedula de comunicación del proceso y evidencia de cumplimiento en los puntos especificados en dicho documento. Sería conveniente revisar los canales de comunicación interna para que la información fluya hasta los operativos del proceso.	Oportunidad de mejora
PROCESO:	9. Emisión de certificados de estudios	
El proceso demuestra que ha establecido, implementado, mantenido y mejorado continuamente de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.		
PROCESO:	10. Admisión al primer período de los programas educativos escolarizados de nivel bachillerato y licenciatura	
8.7.1	La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionado. El documento Requisitos y Criterios de Aceptación para el Producto y Servicios V8 al 30/10/17 señala en el apartado establecido por la organización como requisito para realizar la inscripción que: el aspirante deberá presentarse a la UA con la documentación: c) Certificado médico de la UAS d) Hoja de pago por concepto de Inscripción pagada. g) Carta de asignación o localización del Número de Seguridad Social (número de afiliación) del IMSS. Sin embargo, en la Facultad de Ciencias Químico Biológicas en el área de control escolar, se detectó que el expediente del aspirante inscrito Carlos Alberto Obeso Camacho no cuenta con los documentos mencionados, sin que identifiquen la salida no conforme ni se levante el reporte correspondiente.	Observación



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS		
REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
PROCESO:	11. Contratación de personal de base académico, administrativos y de intendencia y licencias	
4.1	El manual de gestión V21 al 30/10/17 establece que se determinan las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica en el Plan de Desarrollo Institucional. Con base en él las UO establecen su Plan Estratégico de Desarrollo (PED) determinando mediante la matriz FODA, las cuestiones externas e internas que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos para el proceso. Se mostró: PDI Consolidación Global 2021 (eje 4); PED de la DGRH que señala las políticas y estrategias vinculadas al proceso y asignándoles un cronograma en su Programa Operativo Anual 2018. Se recomienda fortalecer la comprensión de su contexto de acuerdo al PDI, PDE y demás información documentada de la planeación institucional y otras por parte de los involucradas en su determinación e implementación.	Oportunidad de mejora
5.2.2	La política de la calidad debe ser comunicada, entendida y aplicada. Durante la entrevista Carlos Sandoval la mostró en el manual de gestión V21 al 30/10/17 y explica los cambios: se incluye la parte de la gestión del riesgo, la mejora continua y cumplir con requisitos. Se observa accesible al personal que participa en los procesos al estar en el módulo del SG y difundida en el portal web de la DSGC. Se sugiere fortalecer la comunicación y entendimiento de la aplicación de la política de gestión en todos los niveles de la UO.	Oportunidad de mejora
6.1.2	El manual de gestión establece que las UO determinan en la Matriz de Riesgos y Oportunidades y según el tipo de tratamiento, las acciones a desarrollar para abordarlos; las acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades deben ser proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y servicios. La matriz de riesgos y oportunidades V1 al 31/10/17 del proceso señala los riesgos 2 y 3 relacionados al incumplimiento en tiempo acorde a los requisitos relacionados con el cliente (el movimiento de nómina para licencia debe aplicarse en un máximo de 15 días hábiles a su recepción) y como tratamiento establecer políticas en su procedimiento específico para septiembre 2018. Se recomienda valorar los tipos de tratamiento de los riesgos y la comprensión de los mismos que demuestre que el tratamiento elegido atienda a la causa del riesgo (interrupciones de sistemas que involucra a otras dependencias).	Oportunidad de mejora
6.2.1	El manual de gestión V21 al 30/10/17 establece que los objetivos de calidad deben ser medibles, a través de indicadores y metas y que los procesos certificados deben enterar su medición a la DSGC de acuerdo a su frecuencia de revisión, a más tardar en el mes inmediato posterior a las fechas de revisión y/o término. Se han establecido 5 objetivos de calidad señalando sus indicadores (fórmula de cálculo), valores de inicio y metas. Sin embargo, se detecta que del objetivo de calidad V4 al 2/09/15 (en su periodo de vigencia) no se realizaron, ni reportaron a la DSGC las mediciones de marzo 2017 a octubre 2017 y que del objetivo de calidad V5 al 31/10/17 los 5 indicadores establecidos no señalan en el valor de inicio la fecha y no se enteraron a la DSGC los reportes mensuales de cumplimiento con los objetivos (V5 al 31/10/17) de los meses de noviembre y diciembre 2017.	No conformidad
6.2.2	Al planificar como lograr los objetivos, la UO determina que se va a hacer, que recursos se requerirán, quien será responsable, cuando se finalizaran y como se evaluarán los resultados. Para la medición del objetivo 3 (licencias), Carlos Sandoval muestra como la Dirección de informática (Victorio Rosales) envía correo con el concentrado de las licencias elaboradas (Excel), para revisar, analizar, cotejar contra la solicitud físico de movimientos de nómina y separar por mes, y realizar la medición manual. Se recomienda sistematizar la medición de licencias otorgadas en el mes, toda vez que la información de tiempos de atención queda en el sistema, previniendo el error de cálculo.	Oportunidad de mejora
9.1.2	Se debe realizar el seguimiento de la percepción del cliente del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. Se cuenta con el Procedimiento para la Satisfacción del Usuario y el objetivo de satisfacción del usuario en el proceso. Sin embargo, se detecta que por los servicios de licencias no se ha determinado la muestra, no se han aplicado encuestas y no se ha realizado el reporte de medición; en tanto que de los servicios de contratación no han generado el reporte respectivo.	No conformidad
PROCESO:	12. Egresos (Ventanilla de trámites generales)	
6.1.1	Al planificar el SGC, la organización debe determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de: prevenir o reducir efectos no deseados. Muestra como evidencia la matriz de riesgos y oportunidades V1 de fecha 31/10/17 en la manifiestan riesgos relativos al hardware y a la conectividad a internet. Sería recomendable tomar en consideración el riesgo relativo a la no recepción de la documentación por parte de la Dirección de Contabilidad General ya que este impacta directamente en el cumplimiento de su objetivo.	Oportunidad de mejora
8.2.3.1	La organización debe asegurarse de que tiene la capacidad de cumplir los requisitos para los productos y servicios que van a ofrecer y llevar a cabo una revisión antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a un cliente. Muestra como evidencia el documento requisitos y criterios de aceptación para el producto y servicio V11 de fecha 31/10/2017. Sería recomendable analizar el apartado de legales y reglamentarios para verificar la pertinencia de la normatividad incluida.	Oportunidad de mejora
PROCESO:	13. Ingresos institucionales	
8.2.3.1	La organización debe asegurarse de que tiene la capacidad de cumplir los requisitos para los productos y servicios que van a ofrecer a los clientes y llevar a cabo una revisión antes de comprometerse a suministrar productos y servicios. Se muestra como evidencia el documento requisitos y criterios de	Oportunidad de mejora



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS		
REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
	aceptación para el producto y servicio V11 actualizado al 31/10/17. Sería recomendable analizar el apartado de legales y reglamentarios con la finalidad de ver al pertinencia de la normatividad incluida.	
PROCESO:	14. Comprobación de gastos	
El proceso demuestra que ha establecido, implementado, mantenido y mejorado continuamente de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.		
PROCESO:	15. Auditoría interna	
El proceso demuestra que ha establecido, implementado, mantenido y mejorado continuamente de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.		
PROCESO:	16. Registro de ingresos	
El proceso demuestra que ha establecido, implementado, mantenido y mejorado continuamente de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.		
PROCESO:	17. Registro de egresos	
El proceso demuestra que ha establecido, implementado, mantenido y mejorado continuamente de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.		
PROCESO:	18. Operación y contabilidad	
El proceso demuestra que ha establecido, implementado, mantenido y mejorado continuamente de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.		
PROCESO:	19. Archivo contable	
El proceso demuestra que ha establecido, implementado, mantenido y mejorado continuamente de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.		
PROCESO:	20. Apoyo administrativo de la Dirección de Contabilidad General	
El proceso demuestra que ha establecido, implementado, mantenido y mejorado continuamente de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.		
PROCESO:	21. Certificación laboral	
8.2.2	<p>Cuando se determinan los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes, la organización debe asegurarse de que los requisitos para los productos y servicios se definen. Se muestra la información documentada de requisitos y criterios de aceptación para el producto y servicio V9 actualizado al 30/10/17, sin embargo, al hacer revisión del documento se detectan las siguientes inconsistencias:</p> <p>En los requisitos establecidos por el cliente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información completa: no hay congruencia entre las partes interesadas y el criterio de aceptación. - Credencial de identificación universitaria, está identificado para servicio, cuando se trata del producto del proceso. - Oportuna, está identificado para producto, cuando el criterio de aceptación hace referencia a servicios. - Información, no tiene definido si es a producto o servicio. <p>En otros requisitos necesarios</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certificaciones laborales urgentes: el criterio de aceptación es ambiguo. 	Observación
9.1.1	<p>La organización debe determinar los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos. Se muestran objetivo de calidad del proceso V9 actualizado al 30/10/17 y evidencia del indicador 1 y 2 del periodo de julio a diciembre de 2017, sin embargo, se detecta que la medición es inconsistente y el responsable de proceso no logra demostrar la base de su medición, considerando que los reportes de certificaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con revisión de antigüedad: no lograron demostrar la base de cálculo del apartado certificaciones comprometidas en el mes. Evidencia: FO-DP-CERTILFL-03 V7 de julio a agosto 2017 y V8 de septiembre a diciembre 2017. - Sin revisión de antigüedad: no lograron demostrar la base de cálculo del apartado certificaciones elaboradas (columna D), el dato señalado en el apartado porcentaje de certificaciones elaboradas a tiempo no representa el resultado de la fórmula declara para su cálculo. Evidencia FO-DP-CERTILFL-04 V7 de julio a agosto 2017 y V8 de septiembre a diciembre 2017. 	Observación
PROCESO:	22. Control de guardias	
El proceso demuestra que ha establecido, implementado, mantenido y mejorado continuamente de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.		
PROCESO:	23. Elaboración de la nómina universitaria	
4.1	<p>La organización debe determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica, y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos del SGC; asimismo realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones. Se mostró evidencia de un plan de la calidad que incluye los aspectos del contexto de la DSS, es pertinente al alcance del proceso y los resultados esperados. Se recomienda mejorar los trabajos del Plan de Operaciones Anual, para incluir los aspectos de interés para el desarrollo del plan de la calidad en</p>	Oportunidad de mejora



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS		
REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
	el alcances del proceso de elaboración de la nómina universitaria, para alinear con claridad el valor que aporta al Plan de Desarrollo Institucional.	
9.1.1	La organización debe determinar qué necesita seguimiento y medición; los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos; cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición; cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición; evaluar el desempeño y la eficacia del SGC; conservar la información documentada apropiada como evidencia de los resultados. En este sentido se revisó el objetivo de la calidad, en el cual no coincidía los resultados del indicador “número de errores efectuados entre el número de movimientos de nómina encontrados”, que se mostró en documento contra los cálculos realizados en sitio. Ambos resultados cumplen con la meta que se establece para el indicador; Por lo que se comprobó la eficacia del proceso.	Observación
PROCESO:	24. Prestaciones sociales a los universitarios	
6.1.2	La organización debe planificar la manera de integrar e implementar las acciones para abordar riesgos y oportunidades en sus procesos del SGC. Sería conveniente que la Matriz de Riesgos y Oportunidades con fecha de emisión del 30/10/17 se revise y actualice en su caso; considerando las actividades estratégicas de cada uno de los desarrollos (Afiliación al IMSS, Afiliación Seguro Facultativo, Gestión de Ayudas Médicas y Trámite de Crédito Fonacot) considerando los lineamientos de la Guía para la Elaboración de Riesgos y Oportunidades con el propósito de facilitar su comprensión y entendimiento.	Oportunidad de mejora
9.1.3	La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición además de que los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar el grado de satisfacción del cliente. Sin embargo, se pudo verificar que en el análisis de las encuestas de satisfacción a usuarios correspondientes al cuatrimestre septiembre-diciembre 2017 no se le dio seguimiento a dos encuestas del trámite de seguro facultativo; la primera correspondiente a la Prepa Mochis donde se manifiesta que la atención que le brindo el personal es regular y la segunda correspondiente a la Facultad de Derecho Culiacán donde expresan que no se informó sobre el estado de su trámite.	Observación
PROCESO:	25. Asignación y control de cargas académicas	
6.1.2	El manual de gestión V21 al 30/10/17 establece que las UO determinan en la Matriz de Riesgos y Oportunidades, según el tipo de tratamiento, las acciones a desarrollar para abordar los riesgos e integrarlas a sus procesos, de acuerdo a la Guía para elaborar la Matriz de Riesgos y Oportunidades. El responsable de proceso mostró el documento de matriz de riesgo y oportunidades V1 emitida el 30/10/17 de manera física (con firmas) identificando los riesgos pertinentes para su proceso. De acuerdo a la guía para la elaboración la matriz de riesgos y oportunidades, V1 del 30/10/17, se sugiere fortalecer la identificación de riesgos ambientales considerando el riesgo que representa la ubicación de la dependencia.	Oportunidad de mejora
9.1.2	La UAS realiza el seguimiento de la percepción del cliente del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas, a través de la metodología descrita en el Procedimiento para la Satisfacción del Usuario y en el objetivo de satisfacción del usuario de cada proceso. El responsable de proceso declara que conoce el procedimiento para la elaboración del indicador de satisfacción a usuarios emitido por la DSGC y cuenta con encuestas de satisfacción y boletas de buzón de quejas y sugerencias, sin embargo, no se elaboraron los reportes cuatrimestrales correspondientes a mayo-agosto y septiembre-diciembre 2017.	Observación
PROCESO:	26. Servicios de archivo general	
Forma parte del hallazgo al requisito 7.2 a nivel sistema		
PROCESO:	27. Servicios informáticos y seguridad de la base de datos	
El proceso demuestra que ha establecido, implementado, mantenido y mejorado continuamente de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.		
PROCESO:	28. Desarrollo de colecciones	
7.1.4	La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. Durante el desarrollo de la auditoría se percibe un ambiente tranquilo, temperatura e iluminación adecuadas. Se recomienda reforzar la limpieza en estantería (atención al polvo) para que este en óptimas condiciones de uso.	Oportunidad de mejora
7.3	La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia: de su contribución a la eficacia del SGC, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño y las implicaciones del incumplimiento de los requisitos. Se recomienda fortalecer la toma de conciencia del personal en su contribución para la eficacia del SG, que se refleje en ubicar su interacción con los documentos generales del SG con el contexto de la organización e identificar las salidas no conformes en el desarrollo del proceso.	Oportunidad de mejora
7.5.1	El manual de SG establece que la información documentada (mantenida y conservada) para demostrar la planificación, operación y control de los procesos; se controla de acuerdo al procedimiento para el control de información documentada, donde se establece la metodología en cuanto a su preservación (entre otros). Durante el desarrollo de la auditoría se revisa el documento de control de información documentada conservada V1 al 30/10/17 donde se establece que se preservará sus evidencias	Observación



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS		
REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
	contra el fuego, sin embargo, se observa que no se cuenta con un extintor instalado en el lugar pertinente en caso de que se presente una contingencia.	
8.5.1	La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas, las cuales incluye la disponibilidad de la información documentada, uso de recursos de seguimiento y medición y la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega. Durante la auditoría se muestra el plan de calidad V7 actualizado al 30/10/2017, la información documentada del proceso se encuentra en el módulo del SG, ambientes de trabajo evaluados y atendidos, y evidencia de actividades de liberación y entrega. Se muestra por la responsable de proceso un acta de descarte de acervo, misma que no menciona la reubicación del material y considerando que estas colecciones forman parte del patrimonio universitario, se recomienda implementar un control que indique su destino después de retirarlo de la colección.	Oportunidad de mejora
PROCESO:	29. Procesos técnicos	
El proceso demuestra que ha establecido, implementado, mantenido y mejorado continuamente de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.		
PROCESO:	30. Servicios al público del SIBIUAS	
7.4	La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes SGC, que incluyan: qué comunicar, cuándo comunicar, a quién comunicar, cómo comunicar y quien comunica. Durante la auditoría se mostró la cédula de comunicación V1 al 30/10/17. Se recomienda agregar el esquema para comunicar el Reglamento General del Sistema Bibliotecario y el extracto del reglamento que se encuentra distribuido en las bibliotecas del alcance del proceso.	Oportunidad de mejora
8.2.2	La organización debe asegurarse de que los requisitos para los productos y servicios se definen, incluyendo cualquier requisito legal y reglamentario aplicable y que la organización puede cumplir con las declaraciones acerca de los productos y servicios que ofrece. Durante la auditoría en la DGSIBIUAS la coordinadora y responsables bibliotecarios de UA muestran los requisitos y criterios de aceptación para el producto y servicio V16 al 30/10/17 y su cumplimiento. Se recomienda valorar la aplicabilidad, y en su caso incluir los requisitos, de la legislación: Ley General de Bibliotecas, Ley Federal de Derecho de Autor y Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información.	Oportunidad de mejora
8.7.1	La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan. El Reglamento General del Sistema Bibliotecario (3ra edición de febrero 2017) en su artículo 47, fracción IV señala que solo usuarios internos con registro vigente pueden hacer uso del servicio de préstamo externo, previa presentación de su credencial, siempre y cuando existan los volúmenes suficientes. Ellos tendrán la posibilidad de solicitar hasta un máximo de tres ejemplares diferentes, por un término de tres días hábiles , con derecho a dos renovaciones, siempre y cuando no esté reservado por otro usuario. Durante la auditoría se mostraron los requisitos y criterios de aceptación para el producto y servicio V16 al 30/10/17 referidos al apartado de préstamos externo cuyos criterios incluye la presentación de credencial vigente , no contar con multas y/o bloqueos y dejar en reserva la credencial. Sin embargo, en la Facultad de Ciencias Químico Biológicas, se detectó que para el préstamo externo: no se requisita la credencial, se limitan el préstamo externo para entregar el mismo día dentro del horario de la biblioteca y en caso de excederse el usuario deberá de pagar una cuota, según declaraciones de la responsable bibliotecaria de la UA, por lo que se están generando salidas no conformes sin identificar y sin tomar acciones.	Observación
PROCESO:	31. Certificación profesional	
9.1.2	La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas y determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información. Se muestra encuestas aplicadas y análisis de la satisfacción del usuario, sin embargo, se detecta que no se realiza correctamente la determinación de la muestra a encuestar según lo establecido en el procedimiento para la satisfacción del usuario V1 (actividades 2 y 3) generando incertidumbre respecto al logro de la meta del 80% en el objetivo de satisfacción del proceso. Ejemplo: Reporte Cuatrimestral de Satisfacción FO-DAL-CERTIFP-09 V6 correspondiente a mayo-agosto 2017 señala: tamaño de la población y muestra 59.	Observación
PROCESO:	32. Servicios de atención a eventos académicos, diseño y comunicación y elaboración de constancias	
7.1.4	La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. En el proceso, se pudo verificar que cuentan con un buen ambiente laboral. Sería recomendable que el responsable de proceso, así como todos los involucrados en el mismo, tuvieran conocimiento de la ubicación y aplicabilidad del Código de Ética y resultados de la encuesta de ambiente de trabajo.	Oportunidad de mejora
9.1.2	La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas y determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información. El proceso pudo dar evidencia de la medición y el seguimiento de la percepción del cliente, se cuenta con el análisis y seguimiento de comentarios quejas y sugerencia. Se sugiere fortalecer capacitación en la determinación del grado de incertidumbre y el tamaño de la muestra al responsable de proceso de acuerdo al procedimiento de satisfacción de usuarios.	Oportunidad de mejora



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS		
REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
PROCESO:	33. Servicios de laboratorio de prácticas experimentales (EPLC)	
8.7.1	La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controla. Para ello se cuenta con el procedimiento para el control de las salidas no conformes V14 al 30/10/17. Con relación al programa de prácticas experimentales del ciclo escolar 2017-2018 Semestre I, se revisaron 57 listas de verificación de realización de prácticas correspondientes al mes de septiembre 2017, sin embargo, se detectaron 6 practicas no conformes sin el debido levantamiento del reporte de salidas no conformes. Evidencia: listas de verificación de realización de prácticas experimentales FO-EPLC-SLPE-15 V1 de los grupos 1, 2, 3 y 4 de 1er grado el día 28/09/17, y a los grupos 2 y 5 de 1er grado el día 29/09/17.	Observación
PROCESO:	34. Asignación, seguimiento y liberación del servicio social	
6.1.2	La organización debe planificar las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades y la manera de integrar e implementar las acciones en sus procesos del SGC. El titular muestra la matriz de riesgos y oportunidades V1 al 30/10/17 donde planifican las actividades para abordar los riesgos. Se recomienda revisar la consistencia en el tratamiento del riesgo, para asegurar que las medidas de control y el elemento de control (evidencia verificable) tengan relación.	Oportunidad de mejora
8.2.2	Cuando se determinan los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes, la organización debe asegurarse de que: los requisitos para los productos y servicios se definen, incluyendo: cualquier requisito legal y reglamentario aplicable. Se muestra la información documentada de requisitos y criterios de aceptación para el producto y servicio, V3 al 30/10/17, además muestran las convocatorias para alumnos y egresados y unidades receptoras. Sería recomendable incluir en los requisitos y criterios de aceptación para el producto y servicio los establecidos en la convocatoria para unidades receptoras .	Oportunidad de mejora
8.7.2	La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada. Identifican en la DGSS como salida no conforme los errores en los informes finales de los brigadistas de servicio social, sin embargo no se registran en el formato de salidas no conformes, ni se toman las acciones pertinentes.	Observación
9.1.1	La organización debe determinar: cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición. Se muestra la evidencia global de objetivos mensuales de mayo a dic 2017, sin embargo no se alcanzó la meta del 85% reportando solo el 71% según reporte mensual de emisión de cartas de liberación de la DGSS V4 del mes de septiembre, además no se han tomado las acciones necesarias.	Observación
10.3	La organización debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC. La RP muestra la sección de planes de mejora en el módulo del SG, y el cumplimiento por tarea del mismo en 2017. Sería recomendable contar con una evaluación global del cumplimiento del plan de mejora del proceso.	Oportunidad de mejora
PROCESO:	35. Solicitud y prestación de espacios físicos	
5.3	La Alta Dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes sean asignen, se comuniquen y se entiendan en toda la organización. La TAC presentó el Procedimiento Especifico de Solicitud y Prestación de Espacios Físicos de fecha 31/10/17 V6 y perfil de puestos con fecha 31/10/17 V2 donde se establecen las responsabilidades y autoridades de los que integran el proceso. Se recomienda revisar la consistencia de responsabilidades entre el procedimiento y los perfiles de puestos del director, sub-director y administrador.	Oportunidad de Mejora
7.1.2	La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su SGC y para su operación y control de sus procesos. En el Plan de la calidad del proceso se menciona al recurso humano (1 director, 1 subdirector, 1 administrador, 1 contador y 2 secretarías) los cuales realizan funciones de administración. Se recomienda valorar la incorporación del personal técnico.	Oportunidad de Mejora
7.5.3	Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: distribución, acceso, recuperación y uso; almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legalidad; control de cambios (por ejemplo, de versión); conservación y disposición. Se observa el uso de versiones obsoletas en: currículo vitae del personal director, sub-director, administrador, contador y secretarías (se utiliza la versión 6 obsoleta del 29/08/16), las encuestas general de usuarios de octubre a diciembre 2017 (se utilizó la versión 3 del fecha 27/07/16).	Observación
8.2.3	La UO asegura que tiene capacidad para cumplir los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes, llevando acabo revisiones de los elementos de entrada de los procesos antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a un cliente, teniendo como referencia: los Requisitos y Criterios de Aceptación para el Producto y Servicio. Se observa en el documento Requisitos y Criterios de Aceptación del Producto y/o Servicio V4 con fecha 31/10/17, en específico en el apartado requisito legales y reglamentarios: el Reglamento de Protección Civil cuyo criterio de aceptación hace referencia al artículo 37 que señala: se deberá revalidar en forma anual la opinión favorable otorgada por el Instituto o la Unidad Municipal del programa interno de protección civil, sin embargo, no se presenta evidencia. Asimismo, en el mismo apartado se hace referencia al Plan de	No conformidad



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS		
REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
	Desarrollo Institucional Consolidación 2017 (no vigente) como requisitos en el PDI vigente, Plan Estratégico y Plan Operativo Anual.	
9.1.1	La organización debe determinar: que necesita seguimiento y medición; los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados validos; cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición; cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición. Se presentó objetivo de calidad del 31/10/17 y evidencia de su cumplimiento de enero a diciembre 2017. Se recomienda valorar la meta del objetivo número 1.	Oportunidad de Mejora
PROCESO:	36. Atención y seguimiento de solicitud de beca a la comunidad estudiantil universitaria	
Forma parte del hallazgo al requisito 7.2 a nivel sistema		
PROCESO:	37. Solicitud y asignación de equipo de cómputo y espacios físicos (CCU)	
5.2.2	La política de la calidad debe: estar disponible y mantenerse como información documentada, comunicarse, entenderse y aplicarse dentro de la organización y estar disponible para las partes pertinentes. La política de la calidad se encuentra ubicada en portal de la DSGC e impresa en instalaciones de UO. Se recomienda brindar capacitación y comunicación de la ubicación e interpretación de la política de calidad a colaboradores de la UO.	Oportunidad de mejora
9.1.2	La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. Se tiene implementado el procedimiento para la satisfacción del usuario y se da seguimiento al objetivo de calidad de satisfacción a través de evaluaciones sistematizadas y graficadas con el uso de la plataforma interna de la UO. Sin embargo, se detecta que el reporte general de cumplimiento de la satisfacción a usuarios presenta error en el % alcanzado, debido a que no coinciden los datos con el número de encuestas de satisfacción calificadas en niveles de bueno y excelente. Evidencia: FO-CCU-SAEF-10 de mayo a agosto 2017 señala que el 100%, de las 126 encuestas aplicadas califican el servicio en niveles de bueno y excelente, sin embargo se identificaron encuestas aplicadas en el periodo con opiniones en regular y malo.	Observación
PROCESO:	38. Aprobación, programación, ejecución y seguimiento de eventos culturales y prestación de espacios culturales e infraestructura.	
5.2.2	La política de la calidad debe: estar disponible y mantenerse como información documentada; comunicarse, entenderse y aplicarse dentro de la organización. Está disponible para las partes interesadas pertinentes. Se recomienda, por su importancia, dar a conocer los diferentes medios en los que se publica la política de gestión a todo el personal operativo.	Oportunidad de mejora
5.3	La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen, comuniquen y entiendan en toda la organización. Se cuenta con los perfiles de puestos que determinan responsabilidades y autoridades, mismos que se encuentran descritos en el procedimiento específico. Se recomienda revisar la coincidencia de la información documental de perfiles de puesto de con lo establecido en el procedimiento específico en los casos del director de actividades artísticas y director académico cultural.	Oportunidad de mejora
6.1.1	Al planificar el SGC, la organización debe considerar las cuestiones referidas a la comprensión de la organización y su contexto, la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas y los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de asegurar el logro de los resultados previstos, aumentar los efectos deseables, prevenir o reducir efectos no deseados y lograr la mejora. Considerando el alcance del proceso que incluye la organización, coordinación y seguimiento del festival internacional de la cultura, se recomienda incluir en la matriz de riesgos y oportunidades, aquellos implicados con la realización de dicho festival.	Oportunidad de mejora
6.1.2	La organización debe planificar: las acciones para abordar riesgos y oportunidades. Se cuenta con la guía para la elaboración de la matriz de riesgos y oportunidades, la cual en la etapa 4 referida al tratamiento del riesgo menciona que de acuerdo al resultado del índice de riesgo (IR) se debe seleccionar el tipo de tratamiento, la medida de control a aplicar, la evidencia de verificación del control y el responsable de verificación. Durante la revisión de la documentación, se observa que se cuenta con la matriz de riesgos y oportunidades no se especifica la medida de control para el riesgo 1, 15, 21 y 22.	Observación
6.2.1	La organización debe establecer objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el SGC, los cuales deben ser medibles. El objetivo de calidad 3 menciona obtener el grado de satisfacción de los usuarios entre los niveles bueno y excelente al solicitar servicios a la CGEG. Sería conveniente revisar la redacción del objetivo de satisfacción, considerando la guía para la elaboración de la información documentada, apartado 3.4.2, (iniciar con un verbo infinitivo y dar respuesta a las interrogantes ¿qué hace?, ¿cómo lo hace? y ¿para que lo hace?	Oportunidad de mejora
PROCESO:	39. Promoción, incorporación y seguimiento del programa de movilidad estudiantil.	
El proceso demuestra que ha establecido, implementado, mantenido y mejorado continuamente de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.		
PROCESO:	40. Solicitud y asignación de equipo de cómputo y espacios físicos. (CCM)	
6.1.1	La organización debe determinar los riesgos y oportunidades necesarios a abordar con el fin de asegurar que el SGC pueda lograr sus resultados previstos. Se muestra Matriz de Riesgos y Oportunidades V1 al 31/10/17. Se recomienda fortalecer la inclusión de riesgos para prevenir o reducir efectos no deseados (fallas de servicios de internet, cañón de proyecciones y línea telefónica, entre otros).	Oportunidad de mejora



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS		
REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
PROCESO:	41. Servicios de laboratorio de prácticas experimentales (EPLM)	
8.1	La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios, y para implementar las acciones determinadas mediante: la determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos de los productos y servicios. Se muestra plan de la calidad V2 actualizado al 30/10/17 que establece 6 maestros de asignatura de laboratorio. Se recomienda que los auxiliares de laboratorio que colaboran directamente en el proceso se declaren en el plan de la calidad.	Oportunidad de mejora
8.5.2	La organización debe: utilizar los medios apropiados para identificar las salidas, cuando sea necesario, para asegurar la conformidad de los productos y servicios; identificar el estado de las salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la producción y prestación del servicio, controlar la identificación única de las salidas conservando la información documentada necesaria. Se presentó bitácora de uso de laboratorio FO-EPLM-SLPE-12 (V1 del 30/11/15) y listas de verificación de práctica experimental FO-EPLM-SLPE-15 (V1 del 30/11/15) que permiten identificar la salida y la conformidad del producto durante el último semestre, sin embargo, el proceso no conservó la información documentada relacionada: Planeación de prácticas experimentales de asignatura, planeación de prácticas experimentales del área, y programa semestral de actividades experimentales, que permitiera su trazabilidad, aun cuando establece en su control de información documentada conservada V1 emitido al 30/10/17, que dicha información debe almacenarse en expediente físico y electrónico y conservarse durante 1, 1.5, 1.5 y 4 años, respectivamente.	Observación
9.1.3	La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición y los resultados deben utilizarse para evaluar: la conformidad de los productos y servicios, la satisfacción del cliente, el desempeño y la eficacia del SGC. Se recomienda que se analice y evalúe cualitativa o cuantitativa, los datos y la información obtenidos del seguimiento y medición.	Oportunidad de mejora
PROCESO:	42. Emisión del Semanario Buelna y servicios de atención a eventos.	
8.2.2	Cuando se determinan los requisitos para los productos y servicios que van a ofrecer a los clientes, la organización debe asegurarse de cualquier requisito legal y reglamentario aplicable. El proceso establece en su documento de Requisitos y Criterios de Aceptación del Producto y Servicios V2 actualizado al 31/10/17, la normatividad aplicable. Sin embargo no se menciona el artículo 32 de la Ley Federal de Derechos de Autor, el cual dice: los actos, convenios y contratos por los cuales se transmitan derechos patrimoniales deberán inscribirse en el Registro Público del Derecho de Autor para que surtan efectos contra terceros, no se mostró el registro que menciona dicho artículo.	Observación
9.1.1	La organización debe evaluar el desempeño y eficacia del SGC. El proceso muestra reporte mensual de cumplimiento de objetivo en servicio de atención a eventos con un cumplimiento del 100% en los servicios durante los meses de enero, febrero, marzo, abril, noviembre y diciembre 2017. Sin embargo los meses de mayo, junio, y septiembre 2017 no prestan servicio de edecanes obteniendo un 0% en este indicador, en el mismo Reporte mensual de Servicio de Atención a Eventos en el mes de junio, octubre y diciembre 2017 reportan más solicitudes aceptadas que las recibidas, sin conocer el motivo.	Observación
9.1.2	La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. Se aplican encuestas a los usuarios y se muestran resultados de encuestas de septiembre-diciembre 2017 en Reporte General de Cumplimiento de Satisfacción a Usuarios del Semanario Buelna, cumpliendo con la meta establecida. Se recomienda analizar el tamaño de la población de 10,000 usuarios que reportan, ya que esto conlleva a aplicar una cantidad de encuestas elevada y que en algunos casos los encuestados no son quienes solicitan el servicio.	Oportunidad de mejora
PROCESO:	43. Definición, formalización, seguimiento y cierre de proyectos de investigación aplicada	
7.1.2	La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su SGC y para la operación y control de sus procesos. Aún y cuando se cuenta con el Plan de la Calidad en el que se especifican los recursos humanos necesarios para el buen funcionamiento del proceso, al momento de la evaluación, la RP declara que no se cuenta con personal para cubrir los puestos de coordinador operativo y administrador de proyectos, a fin de estar en condiciones de cumplir con los objetivos planteados.	Observación



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS	
ASPECTOS DESTACABLES	Actualización de la Política de Gestión Universitaria que contempla aspectos estratégicos contenidos en el Plan de Desarrollo Institucional Consolidación Global 2021 de la actual administración del C. Rector Dr. Juan Eulogio Guerra Liera.
	Actualización del Manual de Gestión, procedimientos y guías generales y de más información documentada (general y específica) de soporte del SG de conformidad con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
	El liderazgo y compromiso manifestado por la alta dirección que atendió la evaluación en sus respectivos procesos, en las UO: Rectoría, Secretaría de Administración y Finanzas, Secretaría Administrativa de Rectoría, Dirección General de Servicios Escolares, Dirección de Auditoría Interna, Dirección General de Comunicación Social, Dirección de Sueldos y Salarios, Dirección de Prestaciones Sociales, Dirección de Archivo General, Dirección de Informática, Dirección General del Sistema Bibliotecario, Dirección de Académico Legal, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Escuela Preparatoria Lázaro Cárdenas, Dirección General de Servicio Social, Centro de Cómputo Universitario, Coordinación General de Extensión de la Cultura, Centro de Cómputo Universitario Mazatlán, Escuela Preparatoria Los Mochis y Dirección de Control de Bienes e Inventarios.
	La implementación del plan de transición del SG a la norma ISO 9001:2015 y su implementación, que incluye la capacitación del personal, incluyendo la formación del equipo auditor interno de calidad.
	El compromiso y conocimiento mostrado por parte del responsables de procesos y personal operativo en el desarrollo de sus actividades.
	En SAF – La actualización de la página de la secretaria la cual sirve como medio de contacto y orientación al usuario respecto a la política de gestión institucional, el marco normativo que rige a la secretaria y de los diversos trámites que se pueden realizar en la UO.
	En CIDOCS (Banco de sangre) – Se ha establecido un nuevo indicador en relación controles de calidad EvECSi que impacta directamente en la seguridad para el paciente, en el aseguramiento de la calidad de los resultados y entrega de las unidades al paciente, logrando ser un referente en el noroeste del país al implementar dichos controles, lo que implica una inversión permanente trimestral, con miras a la acreditación del banco de sangre en la norma 15189, meta establecida en la política 5.4 del PDI Consolidación Global 2021.
	En CIDOCS (Laboratorio) – La sistematización con el uso del software MIH, que moderniza el proceso y genera mayor control de la información, seguridad en el control de las muestras y conectividad oportuna con el médico al estar directamente vinculado con el Hospital Civil de Culiacán. Así como la inversión en la creación del espacio de la jefatura de calidad.
	En DDU - Se ha incorporado un nuevo objetivo referido a impulsar mecanismos de protección de derechos humanos, vinculado a la política 8.3 del PDI Consolidación Global 2021.
	En DPS – Reducción de la documentación requisita da para la afiliación al IMSS de los trabajadores y los esfuerzos que hace la dirección a través de diferentes convenios para que el trabajador universitario reciba de manera extraordinaria otro tipo de prestaciones (Suburbia, Kuroda, etc).
	En DAG - Basto conocimiento del contexto, mantiene el seguimiento de su proceso.
	En SG – El compromiso y dominio del personal en lo referente al SG.
	En CGPD – La elaboración del PDI Consolidación Global 2021, la realización del taller de planeación, programación y presupuestación 2018 alcanzando que el con el 100% UO cuenten con su Programa Estratégico de Desarrollo.
	En DAI – Destacado compromiso del personal en los cambios de transición de la norma ISO 9001:2015, la política de calidad, objetivos, etc.
	En TAC – Búsqueda de la opinión favorable por parte del instituto de protección civil para su programa interno con enfoque de la prevención de riesgos.
	En DGSIBIAS – Actualización del Reglamento General del Sistema Bibliotecario en febrero 2017, dominio del personal de procesos técnicos de la información documentada y destacada participación de las coordinadoras de las unidades regionales norte, centro norte, sur y centro.
	En DGSE - Liderazgo por parte las coordinaciones de unidades regionales para la operatividad del proceso de admisión y la implementación de controles operacionales que evitan errores al momento de imprimir los certificados de estudio de cada alumno.
	En DGRH – La inclusión del desarrollo de licencias como parte del su proceso certificado, que beneficia a la comunidad universitaria en la gestión eficiente de información administrativa para el goce de sus derechos contractuales.
	En DGSS - Los coordinadores de servicio social en unidades académicas conocen la matriz de riesgos e identifican sus riesgos.
	En DGVRI – Los vinculadores de UR para atender las tareas específicas de cada UA en el alcance del SG.
En DCA – El seguimiento después de la entrega del producto ante la DSS hasta confirmar la aceptación de mismo.	
En DI - El compromiso que la titular manifiesta para la buena ejecución del proceso es guía palpable para que tanto la RP como cada uno de los operativos cumpla de manera oportuna, eficiente y controlada sus actividades.	
En CCM - Eficiencia de su sistema informático y equipo de cómputo renovado.	



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS	
FORTALEZAS	En CCM - La eficiencia de su sistema informático y equipo de cómputo renovado.
	En CGEC - El conocimiento a fondo de las actividades que se realizan en la unidad organizacional.
	En CCU - La UO cuenta con una plataforma interna del mismo sitio, el cual es de utilidad, de fácil interpretación y satisface las necesidades de operación del proceso y el sólido liderazgo del titular de la UO, demostrando capacidad, compromiso y seguimiento a las actividades internas y externas para dar cumplimiento a la naturaleza del proceso.
	En CIDOCS (Banco de sangre) – El compromiso, toma de conciencia, dominio técnico y de los cambios de la nueva norma y su implementación en el proceso mostrado por el personal operativo y responsable del proceso.
	En CIDOCS (Laboratorio) – La toma de conciencia de la relevancia de la capacitación, generando de manera interna sesiones de formación por el propio equipo del laboratorio.
	En DPS – Participación incluyente del personal; de manera particular se destaca el compromiso y la experiencia de la responsable de recepción para afiliación al IMSS, la C. María de los Ángeles Vega Félix y el software IDSE (IMSS desde tu empresa) para el desarrollo del proceso.
	En SAF – El liderazgo y compromiso por el Secretario y la subsecretaria al estar en todo momento pendientes del desarrollo de la revisión, así como el conocimiento mostrado por parte del personal operativo del proceso.
	En DAG - El uso de la plataforma les brinda una gran fortaleza para evaluar su proceso y dar un seguimiento al usuario, la comunicación con su propio equipo de trabajo al programar cursos y capacitaciones y la gestión de recursos y la infraestructura.
	En SG – La oportuna atención al cliente, en especial al personal foráneo.
	En CGPD- Compromiso del personal para la realización de los talleres de planeación, programación y presupuestación y del llenado del formato 911
	En DGSIBIAS – Gestiones del titular para las cubrir las necesidades de sus procesos certificados, alto involucramiento del personal de procesos técnicos en las actividades del SG.
	En DGSE - Dominio de responsabilidades por parte de controles escolares en el proceso de admisión por su carácter multisitio con presencia a nivel estado, así como el empoderamiento de cada operativo en el proceso de emisión de certificados para la realización de sus actividades y su experiencia además de excelente ambiente de trabajo
	En la DGRH – La competencia técnica y experiencia de la responsable de licencias.
	En DGSS - El sistema de servicio social SASS, con la política de cero papel, todas las evidencias son en electrónico.
	En DI - Persona involucrada en las tareas propias del proceso identifica plenamente su alcance y la importancia de sus funciones.
	En CCU - plataforma interna desarrollada por el mismo sitio, el cual es de utilidad, fácil interpretación y satisface las necesidades de operación del proceso.
	En CGEC - La gestión de recursos, el involucramiento, compromiso y disposición de los operativos y el responsable de proceso, que se manifiesta en el conocimiento a fondo de las actividades que se realizan en la unidad organizacional
	En EPLM – Vinculación entre el equipo de trabajo, contar con auxiliar de laboratorio de base adscrito a la Unidad Académica para colaborar en todos los turnos de atención.
En PIT – Equipo e infraestructura de vanguardia y la competencia, experiencia, energía y juventud por parte los involucrados en este proceso	
DEBILIDADES	En CIDOCS (Laboratorio) – La rotación del responsable de proceso.
	En DAG – Espacios con falta de ventilación.
	En CGPD – Insuficiente personal para la realización de talleres y falta de equipamiento para los asesores e incertidumbre de las fechas de entrega del formato 911 de entrega a la SEP por no depender de la institución.
	En DGSIBIUS – Insuficiencia de personal y recurso humano próximo a la jubilación en el proceso de procesos técnicos así como debilidades en la infraestructura de las bibliotecas de UA.
	En DGSE - Los canales de comunicación se dificultan ya que son varias unidades académicas involucradas en el proceso de admisión, y excesivos puntos de inspección que impacta en la agilidad del proceso de emisión de certificados.
	En DGRH – Falta de formación en los cambios de la nueva norma y cambios implementados en el SG.
En DGSS - El sistema de servicio social SASS no se encuentra enlazado al sistema de servicios escolares SACE por lo cual no hay una validación de nombres y números de estudiante por lo cual al registrarse como brigadista pueden equivocarse en el número o en el nombre, lo que podría generar una salida no conforme en la carta de liberación de servicio social.	
CONCLUSIONES	La auditoría se realizó de acuerdo a lo establecido en el Plan de Auditoría No.24 y se cumplió con el objetivo y los criterios de la misma.
	Durante la auditoría no se presentaron incidentes y los trabajos se llevaron en un ambiente de colaboración.
	A pesar de las actividades diarias del equipo de auditores internos del Sistema de Gestión en cada una de sus unidades organizacionales agradecemos su esfuerzo para la realización de este ejercicio.
	En términos numéricos se auditaron 43 procesos en total de 56 de unidades organizacionales, de las cuales 30 son unidades de la administración central, 9 coordinaciones regionales de procesos multisitio y 16 unidades académicas. Toda esta evaluación fuera realizada en las 4 unidades regionales por un total de 48 miembros del equipo auditor de los cuales 1 representante de la alta dirección del SGC y gestor del programa de auditoría, 1 auditor líder, 44 auditores internos, 2 auditores en entrenamiento y la colaboración de 1 experta técnica, la QFB. Evangelina Beltrán López,



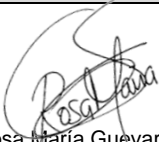

Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 24

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS	
	<p>Se informa que se detecta hallazgos al requisito 7.2 de tipo observación y/o no conformidades en más de siete procesos por lo que se deberá levantar acción correctiva a nivel sistema de acuerdo al Procedimiento para Auditorías Internas. De lo anterior se concluye que se detectaron:</p> <p>7 No conformidades, 26 Observaciones y 57 Oportunidades de Mejora</p>
	<p>Para el caso de las observaciones y no conformidades anteriormente citados se procederá al levantamiento de acciones correctivas a nivel proceso y sistema en un plazo no mayor a cinco días hábiles de haber recibido el informe de auditoría interna de acuerdo al Procedimiento para Auditorías Internas y en el caso de las oportunidades de mejora se solicita considerarlas como elementos de entrada para la Revisión por la Dirección, analizarlas y en su caso incorporarlas al Plan de Mejora Anual 2018.</p>
	<p>Se agradece la disponibilidad y amabilidad de los Titulares de Unidades Organizacionales, así como de sus colaboradores, responsables y operativos de los procesos, que nos permitieron el desarrollo adecuado de esta revisión.</p>

FECHA DE ELABORACIÓN	9 de febrero de 2018
-----------------------------	----------------------

ELABORADO POR:	AUTORIZADO POR:
 LCP. Rosa María Guevara Salido Auditora Líder	 LCP. Omar Armando Beltrán Zazueta Representante de la Alta Dirección