



Documento: Informe de Auditoría

Área: Dirección de Planeación y Evaluación

ISO 9001:2015	9.2
ISO 14001:2015	9.2
NMX-R-025-SGF-2015	5.3.3.2.3

Código FPLE08

Edición 02

Fecha 09/05/2018

Fecha de entrega del Informe: 18/10/2018

Días de Ejecución de la Auditoría: 3

Alcance	Tipo de auditoría
A todos los procesos del Sistema de Gestión Integral de la Universidad Tecnológica de la Huasteca Hidalguense	Interna

Resultados de Auditoría: Total de Hallazgos: 14

Integrantes del Equipo Auditor:

AAG	Álvaro Álvarez González
AFR	Ana María Felipe Redondo
AHTR	Arturo Hernán Tagle Reyes
BHH	Beatriz Hernández Hernández
CERM	Claudia Eunice Rivera Morales
FLO	Francisca Lagunes Olivares
GAJ	Guadalupe Azuara Juárez
HCM	Heidi Del Carmen Morales
IRA	Israel Reyes Aquino
JGM	Juana García Morales
JMC	Juvencio Mendoza Castelán
LGMB	Laudette Guadalupe Mogica Betancourt
LFC	Leticia Flores Contreras
MFAR	María Fernanda Andrade Reyes
MSL	Mirna Salazar Lara
NFMG	Nelly Fabiola Montoya García
PJAH	Pablo Jesús Abrego Hernández
YACM	Yucels Anahí Del Carmen Morales
ASR	Alfredo Salguero Rojo
EAPR	Elva Alicia Pavagueau Reyes

Exclusiones (Sólo para ISO 9001:2015)

	Si	No
¿La Universidad ha excluido algún requerimiento de la Norma ISO 9001:2015 en su Sistema de Gestión Integral?	X	

Lista de requerimientos excluidos en el Sistema de Gestión Integral:

8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios, para la prestación del servicio educativo.

Conclusiones del equipo de auditores acerca de la efectividad del Sistema de Gestión Integral (Calidad, ambiental e Igualdad Laboral y No Discriminación), según aplique:

La auditoría Interna se realizó del 09 al 11 de octubre de 2018, cuyo objetivo fue contribuir a la mejora del Sistema de Gestión Integral (SGI) y a su desempeño. El equipo de auditores internos que participa en este ejercicio está conformado por 20 auditores internos, todos cuentan con la formación pertinente para llevar a cabo este proceso en base a las normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 y NMX-R-025-SCFI-2015, las áreas auditadas fueron las siguientes: Rectoría, Planeación y Evaluación, Vinculación y Extensión, Administración y Finanzas, Servicios Escolares, Dirección Académica y dentro de esta se tomó una muestra de 3 de 10 programas educativos tanto de nivel TSU como nivel Ingeniería, teniendo comunicación con todas (os) las (os) jefas (es) de área y directoras (es) de carrera y con la mayoría del personal docente y administrativo de esta institución en donde se observó disponibilidad por parte del personal para la evaluación y entrega de evidencias de sus procesos.

En cuanto a la evaluación de la NMX-R-025-SCFI-2015 se cumple con los 70 puntos mínimos que requiere la norma, dentro de los cuales están incluidos los 5 requisitos críticos con los 30 puntos obligatorios; de los 9 requisitos no críticos se obtienen 66 puntos, la suma de los requisitos críticos y no críticos da un total de 96 puntos y se cumple también con las 5 medidas de nivelación, lo que nos daría opción a obtener un certificado oro.

Se tiene un aumento en el puntaje obtenido en el Proceso de formación, capacitación, adiestramiento y con igualdad de oportunidades aplicado por el área de Recursos Humanos y con la segunda medida de nivelación, la cual hace referencia a contar con la existencia de un 40% de mujeres en el total de plantilla de puestos directivos.

De acuerdo a lo observado en el proceso de evaluación de las normas ISO9001:2015, ISO 14001:2015 y NMX-R-025-SCFI-2015 se hacen las siguientes sugerencias y observaciones:

De las áreas auditadas en 1 de 6 se incumple en el punto 5.1 de las normas de calidad y ambiental referentes al liderazgo y compromiso, lo cual afecta a la mejora continua del SGI de la UTHH, derivado de lo anterior es necesario asegurarse de que las personas que trabajamos en esta Institución tomemos conciencia de nuestra contribución a la eficacia del sistema de gestión, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño, así como las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión.

Derivado de lo anterior es importante asumir con responsabilidad y obligación nuestras actividades con relación a la eficacia del SGI; para asegurarnos de que se logren los resultados previstos y para esto es necesario comprometernos demostrando liderazgo en la forma en la que aplique a sus áreas de responsabilidad, para dirigir y apoyar a las personas, promoviendo así la mejora.

Se cuenta con un plan de capacitación y sensibilización en igualdad laboral y no discriminación para el personal del centro de trabajo, sin embargo se cumple parcialmente, ya que la capacitación se brinda, pero de forma general, debido a que el punto 5.3.3.4.4 de la norma NMX-R-025-SCFI-2015, establece que el programa de capacitación debe contar con un apartado específico para el área de Recursos Humanos y el Comité de Igualdad Laboral y no Discriminación.

Se utiliza el lenguaje incluyente no sexista y accesible, pero solo parcialmente, debido a que en algunas de las áreas no hacen uso del mismo, se observó que algunas personas desconocen quiénes son las ombudsperson, y adonde acudir o reportar una queja en caso de hostigamiento, acoso, discriminación o trato

inequitativo, existe personal que desconoce donde se encuentra publicada la política de igualdad laboral y no discriminación en el portal de la página de la UTHH, existe personal de la institución que desconoce el proceso para realizar acciones correctivas, siendo personal que ya tomó la capacitación en las normas pertinentes y habiendo realizado campañas de difusión de todos estos aspectos. Derivado de lo anterior es necesario que todo el personal concientice sobre el beneficio del SGI y el compromiso con nuestra institución.

Se oferta el cuidado de menores para personal, dirigido a madres y padres o tutores/as, complementarios a aquellos proporcionados por los servicios de seguridad social (IMMS, ISSSTE y otros), sin embargo el personal no informa al Departamento de Recursos Humanos (DRH) cuando hace uso de un servicio, el DRH solicita mediante memorándum al personal que haga uso de estos servicios lo informe a esta área y a la fecha no hay respuesta por parte de las áreas. Se sugiere al DRH que haga una estadística cuatrimestral sobre el uso de este servicio y a las áreas contribuir con la entrega oportuna de esta información.

Se cuenta con un Proceso de ascenso y permanencia, sin embargo se sugiere generar evidencia de forma escrita sobre el ascenso de personas beneficiadas. Como sugerencia también sería más equitativo contar con un ombudsperson hombre y una mujer.

Existen medidas para la flexibilización de los horarios de trabajo y para atender las necesidades de su personal que permitan ofrecer cuidados a dependientes y terceros, pero se sugiere al DRH que realice el análisis estadístico de acuerdo a la información presentada del personal que hace uso del horario flexible, ya que como la presenta no se puede apreciar cual se usa con mayor frecuencia, para tomar acciones que ayuden al trabajador.

Para el caso de la licencia de paternidad se sugiere al Departamento de Recursos Humanos en base al reporte mostrado marque los días laborables que se otorgan, debido a que el reporte se presenta incluyendo días inhábiles

En materia de Protección civil y respuesta ante emergencias se sugiere solicitar capacitación para la UIPC por parte de gente experta en esta materia como el ejército mexicano, cruz roja, entre otros.

Cabe resaltar que el área de Mantenimiento (Dirección de Administración y Finanzas) mostró un control de manera digital que permite monitorear el estatus de las órdenes de mantenimiento de julio a la fecha, cuyo balance de 217 solicitudes es: 119 Por atender, 78 atendidas con firmas de conformidad y 20 atendidas - pendientes de firmar. Se recomienda establecer un indicador que monitoree solicitudes recibidas contra solicitudes atendidas en tiempo.

En el área de Recursos Humanos se encontró todo conforme a lo que establece la normas y los procedimientos, solo se hace la observación de delimitar tiempos en algunas actividades. También se observa una gran mejoría en la organización de las evidencias. Además que las 4 acciones correctivas de la auditoria pasada fueron atendidas en tiempo y forma.

Hallazgos

No.	Proceso	Auditor/a	Descripción del Hallazgo	No Conformidad y/o Puntaje Obtenido (Señale con una X)	Incumplimiento de los Requisitos
1.	Liderazgo/ Operación/ Evaluación del Desempeño/ Mejora	CERM	<p>En la auditoría realizada al Departamento de Recursos Materiales, Mantenimiento y Servicios Generales (Dirección de Administración y Finanzas), se verificó el Procedimiento para adquisición de bienes y servicios (PADFO5) encontrando los mismos hallazgos de la auditoría interna efectuada en mayo del 2018, tomando muestras actuales:</p> <p>1.-Incumplimiento a las políticas 12, 13 y 14 referentes a la evaluación y revaluación de proveedores.</p> <p>2.-En el formato FADF20 Solicitud de servicios y bienes de consumo final se observa variedad en los requisitos solicitados para el trámite, ya que en algunos adjunta oficio de justificación</p> <p>3.-En seguimiento a la acción correctiva por auditoría interna ADF-02-AI, con vencimiento del 22 de septiembre del 2017, referente a la "contradicción entre el alcance y la política 11", se encontró que en la plataforma aún se presenta la misma inconsistencia, incumpliendo el punto de la norma 9.2.2.</p> <p>En el informe de auditoría con fecha 30 de mayo del 2018 el Departamento de Recursos Materiales tiene los hallazgos número 9 y 10, por lo que se le solicito evidencia de la acción correctiva, manifestando no haberla realizado.</p> <p>Se verificó en el Sistema de Gestión Integral, corroborando la inexistencia de dicha acción correctiva.</p> <p>La jefa de recursos materiales menciona desconocer el proceso para realizar acciones correctivas.</p>	X	<p>ISO 9001:2015</p> <p>5.1.1- La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de la calidad: i) promoviendo la mejora; j) apoyando otros roles pertinentes de la dirección, para demostrar su liderazgo en la forma en la que aplique a sus áreas de responsabilidad.</p> <p>8.4.1- La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos. La organización debe determinar y aplicar criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos....</p> <p>9.2.2- La organización debe: e) realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada; f) conservar información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorías.</p> <p>10.1- La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente. Éstas deben incluir:</p> <p>b) corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados;</p> <p>10.2.1 Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe:</p> <p>b) 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,</p> <p>c) implementar cualquier acción necesaria;</p> <p>d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada;</p> <p>10.3- La organización debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad.</p>

2.	Mejora	CERM	<p>En el informe de auditoría con fecha 30 de mayo del 2018 el área de Mantenimiento (Dirección de Administración y Finanzas) tiene el hallazgo número 16, por lo que se le solicitó evidencia de la acción correctiva, mencionando no haberla realizado.</p> <p>Se verificó en el Sistema de Gestión Integral, corroborando la inexistencia de dicha acción correctiva.</p>	X	<p>ISO 9001:2015</p> <p>10.1- La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente. Éstas deben incluir:</p> <p>b) corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados;</p> <p>10.2.1 Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe:</p> <p>b) 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,</p> <p>c) implementar cualquier acción necesaria;</p> <p>d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada;</p> <p>10.3- La organización debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad.</p>
3.	Apoyo	CERM	<p>Al evaluar el área de Mantenimiento (Dirección de Administración y Finanzas), se verificó el Procedimiento para el mantenimiento preventivo y correctivo a mobiliario e instalaciones (PADF07) donde se observa lo siguiente:</p> <p>a) Muestra dos formatos DADF02 Programa Anual de mantenimiento preventivo y correctivo 2018, ambos con inconsistencias tales como: fechas, encabezados modificados, uno carece de la firma por parte de rectoría.</p> <p>Al mostrar dos formatos, marcando lo planeado y realizado, no se puede comprobar cuál es el utilizado.</p>	X	<p>ISO 9001:2015</p> <p>7.1.3- La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.</p>

2.	Mejora	CERM	<p>En el informe de auditoría con fecha 30 de mayo del 2018 el área de Mantenimiento (Dirección de Administración y Finanzas) tiene los hallazgos número 16 y 17, por lo que se le solicitó evidencia de la acción correctiva, mencionando no haberla realizado.</p> <p>Se verificó en el Sistema de Gestión Integral, corroborando la inexistencia de dichas acciones correctivas.</p>	X	<p>ISO 9001:2015</p> <p>10.1- La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente. Éstas deben incluir:</p> <p>b) corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados;</p> <p>10.2.1 Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe:</p> <p>b) 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,</p> <p>c) implementar cualquier acción necesaria;</p> <p>d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada;</p> <p>10.3- La organización debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad.</p>
3.	Apoyo	CERM	<p>Al evaluar el área de Mantenimiento (Dirección de Administración y Finanzas), se verificó el Procedimiento para el mantenimiento preventivo y correctivo a mobiliario e instalaciones (PADF07) donde se observa lo siguiente:</p> <p>a) Muestra dos formatos DADF02 Programa Anual de mantenimiento preventivo y correctivo 2018, ambos con inconsistencias tales como: fechas, encabezados modificados, uno carece de la firma por parte de rectoría.</p> <p>Al mostrar dos formatos, marcando lo planeado y realizado, no se puede comprobar cuál es el utilizado.</p>	X	<p>ISO 9001:2015</p> <p>7.1.3- La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.</p>

Handwritten marks and signatures on the right side of the page, including a large 'X' and other illegible scribbles.

4.	Mejora/apoyo	EAPR	<p>Al evaluar a la Unidad Interna de Protección Civil (UIPC):</p> <p>a) Se dió seguimiento a la acción correctiva (UIP18AI) y no existe evidencia formal al respecto, refiere el encargado de la UIPC que se encuentra en proceso por los cambios de responsable del área.</p> <p>b) Se revisa el Procedimiento para la preparación y respuesta ante emergencias (PDAC07) y no se encuentra evidencia de cumplimiento de ninguna política, sin embargo en su Programa ambiental de respuesta ante emergencia (DDAG05) 2018 presenta como realizadas actividades.</p> <p>c) Dando seguimiento a las políticas se cuestiona al encargado sobre su nombramiento, manifiesta no contar con dicho documento, se da seguimiento en Rectoría, encontrando dichos nombramientos para cada responsable según el momento (Febrero, Agosto).</p>	X	<p>ISO 9001:2015</p> <p>10.2.1 Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe:</p> <p>b) 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, c) implementar cualquier acción necesaria;</p> <p>d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada;</p> <p>7.2- La organización debe:</p> <p>a) determinar la competencia necesaria de las personas que realizan, bajo su control, un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad;</p> <p>7.3- La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad;</p> <p>b) los objetivos de la calidad pertinentes;</p> <p>c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño;</p> <p>d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.</p> <p>7.4- La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la Calidad.</p>
----	--------------	------	---	---	---

5.	Operación	AAG EAPR	<p>Continuando con la revisión a la UIPC, en cuanto a la preparación y respuesta ante emergencias se observó lo siguiente: a) No existe en POA presupuesto para recarga de extinguidores. Se verificaron 23 extinguidores, de los cuales 8 en buen estado y 15 caducaron en octubre de 2017. Verificando los extintores existentes en los edificios A y B, no se encontraron extintores en tres laboratorios, tampoco en el edificio K planta baja y alta, en el taller de pastelería, el laboratorio de gastronomía y en las oficinas administrativas.</p> <p>No hay señalética de prevención en diferentes áreas de los edificios de la UTHH</p> <p>Ante los simulacros no cuentan con un sistema de alarma efectivo para toda la UTHH.</p> <p>No se encontró evidencia en la UIPC del programa de protección civil, al menos la persona encargada no lo pudo evidenciar.</p>	X	<p>ISO14001:2015 8.2 -La organización debe establecer, implementar y mantener los procesos necesarios acerca de cómo prepararse y responder a situaciones potenciales de emergencia identificadas... La organización debe: a) prepararse para responder, mediante la planificación de acciones para prevenir o mitigar los impactos ambientales adversos provocados por situaciones de emergencia; b) responder a situaciones de emergencia reales; c) tomar acciones para prevenir o mitigar las consecuencias de las situaciones de emergencia, apropiadas a la magnitud de la emergencia y al impacto ambiental potencial; d) poner a prueba periódicamente las acciones de respuesta planificadas, cuando sea factible;</p> <p>NMX-R-025-SCFI-2015 5.3.3.6.1.3 Información y comunicación accesible para la totalidad del personal. Contar con un programa de protección civil que incluya a personas adultas mayores y con discapacidad.</p>
6.	Apoyo	EAPR	<p>En el Departamento de Contabilidad 3/7 personas adscritas, desconocen la manera de acceder a la Política integral en la página institucional y el 100% desconoce la manera en que ellos contribuyen con la misma.</p>	X	<p>ISO 9001:2015 5.2.2- La política de la calidad debe: a) estar disponible y mantenerse como información documentada; b) comunicarse, entenderse y aplicarse dentro de la organización; 7.3- La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad; c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño.</p>

7.	Apoyo	AAG	<p>Al evaluar el área de Mantenimiento (Dirección de Administración y Finanzas), no tiene registro de la adquisición de productos ecológicos o biodegradables. Se adquieren productos altamente contaminantes que destruyen la capa de ozono como el refrigerante R-22 para los aires acondicionados.</p> <p>También se verificó que no se generan evidencias de aviso a grupos de interés, sobre la participación de eventos de simulacros de evacuación a nivel institucional. (por ejemplo la compañía constructora que se encuentra actualmente realizando obras dentro de nuestra institución)</p>	X	<p>ISO 14001:2015</p> <p>7.3 La organización debe asegurarse de que las personas que realicen el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de:</p> <p>b) los aspectos ambientales significativos y los impactos ambientales reales o potenciales relacionados, asociados con su trabajo;</p> <p>c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión ambiental, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño ambiental;</p> <p>7.4.2 La organización debe:</p> <p>a) comunicar internamente la información pertinente del sistema de gestión ambiental entre los diversos niveles y funciones de la organización, incluidos los cambios en el sistema de gestión ambiental, según corresponda.</p>
8.	Operación/ Apoyo	HCM	<p>Al realizar la evaluación del PE de Construcción y revisando el Procedimiento para el seguimiento y evaluación de la estadía (PDAC03), no hay evidencia del cumplimiento de la Política 6, "la DPE entrega a la DSE, el archivo electrónico del producto de la estadía del alumnado que la haya acreditado, en un periodo no mayor a 60 días hábiles después de haber concluido el cuatrimestre".</p> <p>Se verificó en DSE y Biblioteca, se encontró únicamente entrega de memorias de TSU generación 2012-2014.</p> <p>En el PE de Mercadotecnia 2 de 5 docentes no realizan verificación del avance de estadía, además de no asentar calificación de dos parciales en los formatos FDAC08-Evaluación de Desempeño de estadía.</p>	X	<p>ISO9001:2015</p> <p>8.1- Planificación y control operacional. La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios.</p> <p>7.3- La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de:</p> <p>c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño;</p> <p>d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.</p>

9.	Operación	GAJ LGMB	En el área de Control escolar se revisó el Procedimiento para la identificación y trazabilidad del alumnado (PSES03), en la política 2 menciona las condiciones y requisitos para subir calificaciones, en este punto se observa que existen prórrogas para extender las fechas de captura de calificaciones y la política 4 menciona que dichas prórrogas deben contener una justificación, sin embargo tomando una muestra de 7, solo 2 presentan dicha justificación.	X	ISO 9001:2015 8.1- Planificación y control operacional. La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios. 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.
10.	Apoyo	MSL	El comité de igualdad laboral y no discriminación no está integrado equitativamente por mujeres y hombres respecto a la población total del centro de trabajo.	X	NMX-R-025-SCFI-2015 5.3.3.2.1 Contar con un grupo, comisión o comité encargado de la vigilancia del desarrollo e implementación de prácticas de igualdad laboral y no discriminación en el centro de trabajo. El cual debe estar integrado equitativamente por mujeres y hombres con respecto a la población del centro de trabajo.
11.	Apoyo	MSL MFAR	En el área de recursos humanos, revisando el Procedimiento de selección y contratación (PADF01), se tomó una muestra de 3 expedientes de contratación, 1 de ellos se encuentra incompleto ya que falta el examen psicométrico; el expediente debe contener todas la evidencias que indica el procedimiento.	X	NMX-R-025-SCFI-2015 5.3.3.2.2 Contar con un proceso de reclutamiento y selección de personal sin discriminación y con igualdad de oportunidades.
12.	Apoyo	ASR MSL	En el área de mantenimiento, dando seguimiento a la revisión de mobiliario y equipo con ajustes razonables, se verificó que se incumple este punto, debido a que el área responsable no presentó las evidencias de infraestructura adecuada a las características descritas. Asimismo, no se ha documentado la acción correctiva ADF19, derivada de la auditoría interna del mes de mayo de 2018.	X	NMX-R-025-SCFI-2015 5.3.3.6.1.1 Mobiliario y equipo con ajustes razonables para personas con discapacidad y/o personas adultas mayores y/o embarazadas.

13.	Apoyo/ Operación/ Evaluación del desempeño	MSL ASR	En el área de Mantenimiento, revisando la Infraestructura de espacios físicos adaptados a las necesidades de toda persona; se verificó que se incumple, debido a que existen dos edificios de dos plantas, los cuales no presentan accesibilidad para personas con discapacidad y no existe un plan de modificación.	X	<p>NMX-R-025-SCFI-2015 5.3.3.6.1.4 Presentar fotografías de la Infraestructura de espacios físicos adaptados a las necesidades de toda persona.</p> <p>ISO 9001:2015 8.4.1- La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos. La organización debe determinar y aplicar criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos.... 9.2.2- La organización debe: e) realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada; f) conservar información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorías.</p>
14.	Operación	AHTR	Al revisar el Procedimiento de estadías (PVIE01), se verificó que los resultados de las encuestas donde vienen todas las carreras presenta resultados erróneos lo que no permite tener objetividad de los resultados.	X	<p>8.4 La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos. La organización debe determinar los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente cuando: a) los productos y servicios de proveedores externos están destinados a incorporarse dentro de los propios productos y servicios de la organización;</p>

Recibe


MC. RICARDO RODRÍGUEZ
ALARCÓN

Titular de la Rectoría

Recibe


MC. CRISTOBAL CONTRERAS
ESCOBAR

Titular de la Dirección de
Planeación y Evaluación

Entrega


LAF. FRANCISCA LAGUNES
OLIVARES

Auditoras Líderes