

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

Auditoría: 1/2022

Periodo de auditoría: Del 18 al 29 de julio 2022.

Objetivo: Verificar el cumplimiento y la efectividad del Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad Tecnológica Cancún con respecto a la norma ISO 9001:2015 con un enfoque de servicio al cliente.

Alcance: Los procesos del sistema de gestión de calidad:

Ingreso de estudiantes	Estratégicos
Formación de estudiantes	Evaluación del desempeño
Procesos de apoyo	Educación continua
Gestión de recursos	

Documentos de referencia:

Manual de calidad	Lineamientos y reglamentos internos	Normatividad aplicable
Procedimientos	Instrucciones de trabajo	

Criterios: Requisitos 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 de la norma ISO 9001:2015

Equipo Auditor:

Denny Peniche Marfil	Liliana de la Cruz Naranjo	Elena Isabel Mugica Silva	Mónica Proy Carretero
Ana Lucía Díaz García	María del Rosario Domínguez Hernández	Juan Carlos Sandoval Villegas	Karen Obidia Luis Jiménez
Ramón Conrado Moguel	Sayuri Esther Hernández Pech	Randhy Mizzrain Yam Albornoz	José Gilberto Olan Ocampo
Valeria Carrillo Milán	Sergio Alegría	Leidy Rossina Madera Moreno	

Auditora Líder:

Mtra. Liliana Elizabeth de la Cruz Naranjo

Clasificación de hallazgos:









C Cumple	NCM No conformidad Mayor	NCm No conformidad Menor	OM Oportunidad de mejora
			





Áreas Auditadas:






- Rectoría
- Secretaría Académica
 - Dirección de División de Turismo
 - Dirección de División Económico-Administrativo
 - Dirección de División Ingeniería y Tecnología
 - Dirección de División de Gastronomía
 - Departamento Desarrollo Académico
 - Departamento de Tutoría
 - Coordinación de Idiomas
- Secretaría de Vinculación
 - Departamento de Educación Continua y CRI
 - Departamento de Gestión Empresarial
 - Departamento de Difusión y Capacitación
- Dirección de Planeación, Programación, Evaluación y Unidad de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales.
 - Departamento de Presupuestos
 - Calidad
- Dirección de Extensión Universitaria y Servicios Estudiantiles
 - Departamento de Servicios Escolares








- Departamento de Servicios Bibliotecarios
 - Departamento de Actividades Culturales y Deportivas
 - Departamento de Servicios Psicológicos y de Enfermería
 - Subdirección de Servicios de Informática
-
- Dirección de Administración y Finanzas
 - Departamento de Recursos Humanos
 - Departamento de Mantenimiento y Servicios Generales
 - Departamento de Recursos Materiales









INFORME DETALLADO




Elemento de la Norma	Evaluación/ Hallazgo	NCM	NCm	OM	Auditor/a
4	Contexto de la organización.				
4.1	Comprensión de la organización y su contexto. Se muestra información en el Manual del Sistema de Calidad (MSGC), 				Denny Peniche
4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas. Se documenta en el MSGC, pag. 14. 				Denny Peniche
4.3	Determinación del alcance del Sistema de Gestión de Calidad. Se documenta en el MSGC. 				Denny Peniche
4.4	Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos. Se documenta en el MSGC. 				Denny Peniche
5	Liderazgo				
5.1	Liderazgo y compromiso Sin hallazgos. 				Denny Peniche
5.1.2	Enfoque al cliente Se lleva a cabo mediante Auditoría de servicio al cliente, se muestra Análisis de Auditoría de servicios y a través del sistema operativo de sugerencias (S.O.S). 				Denny Peniche
5.2	Política. Se documenta y difunde en la Página web de la universidad: www.utcancun.edu.mx A través de intranet, MSGC y protector de pantalla. 				Denny Peniche
5.3	Roles, responsabilidades y autoridades. Se encuentran definidos en el Manual de Perfil de puestos, del departamento de RH, y en el MSGC en la sección de Matriz de Comunicación. 				Valeria Carrillo







Elemento de la Norma	Evaluación/ Hallazgo	NCM	NCm	OM	Auditor/a
6 6.1	<p>Planificación Acciones para abordar riesgos y oportunidades.</p> <p>En el Departamento de Servicios Psicológicos y de Enfermería, en el paso 10 del procedimiento SPE-APS-P03 Atención primaria a la salud, se indica que, en caso de requerirse un Traslado, este se llevará a cabo por medio de ambulancia, sin embargo, se indicó que en ocasiones el servicio es negado, por lo que se han realizado traslados en vehículos institucionales e incluso personales; en este caso, con el fin de prevenir o reducir efectos no deseados, no se presentó evidencia de haber realizado el análisis de riesgos correspondiente tal como se indica en el punto 6.1 de la norma ISO 9001:2015. Por otro lado, se recomienda verificar la viabilidad de esta actividad.</p>				Leidy Madera
6.2	<p>Objetivos de la Calidad y planificación para lograrlos</p> <p>Sin hallazgos. </p>				José Olán
6.3	<p>Planificación de los cambios.</p> <p>Cada área es responsable de las actualizaciones a sus procedimientos y dependiendo de lo que marquen los mismos se actualizarán y definirán dichos cambios en el apartado 8 del formato para procedimientos. </p>				José Olán
7 7.1	<p>Apoyo Recursos</p> <p>En el Departamento de Presupuestos no se tiene registrado en su análisis de riesgos el Informe de Integración de facturas por partida que requiere SEFIPLAN para entregarse el mes de agosto, como requisito para que se otorgue el piso presupuestal. Esta misma integración se produce en el Departamento de Contabilidad y Finanzas, por lo que no sería necesario que el Departamento de Presupuestos realice esta misma actividad, la cual se vuelve compleja porque se deben cuadrar los importes de las facturas con las partidas del gasto. Si el Departamento de Contabilidad y Finanzas enviara dicha integración, no se tendría el riesgo de no cumplir en las fechas que establece SEFIPLAN para la entrega de información, debido a la complejidad y tiempo que se emplea en la integración documental.</p>				Rosario Domínguez






Elemento de la Norma	Evaluación/ Hallazgo	NCM	NCm	OM	Auditor/a
7 7.1	En la División de Gastronomía, se encontró que en el procedimiento viajes de práctica DID-VPA-P03 se tiene establecido en la actividad 2 rubro notas dice lo siguiente: "Nota: Los viajes de prácticas y actividades académicas deben haber sido contemplados en el ejercicio presupuestal y deben formar parte del programa operativo anual". El docente Florentino Pech Juárez manifestó no haber recibido información si el viaje al pueblo El Ideal, Nuevo Xcan, Nuevo Durango, La Esmeralda Quintana Roo 1ª etapa el día 04 de junio y la 2ª etapa el día 16 de julio a Chemax, Valladolid y Temozin establecidos en la minuta de reunión de Dirección Gastronomía de fecha mayo 2022, acuerdo número 2 contó con presupuesto, por lo que los recursos fueron absorbidos por los Estudiantes. La Dirección debe realizar un análisis de lo que le corresponde presupuestar para los viajes de práctica de los/as estudiantes.				Liliana de la Cruz
7.1	En la Coordinación de Planeación se observa que en el Procedimiento Programa Operativo Anual (PLE-POA-P01) no se menciona el Programa Sectorial de Educación Pública de Calidad, el cual es el documento rector para establecer prioridades y asignar recursos y responsables para cada uno de los componentes, procesos y proyectos de la Universidad.				Rosario Dominguez
7.1.2	Personas Sin hallazgos. 				Valeria Carrillo
7.1.3	Infraestructura En el Departamento de Mantenimiento y Servicios Generales, El punto de la norma dice que 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: No mostró el formato "evidencia de necesidades para el mantenimiento", Sin embargo, sí se lleva cabo la actividad, mostrando evidencia del calendario de ingresos propios 2022, donde se refleja la misma información.				Juan Carlos Sandoval
7.1.3	En la Subdirección de Servicios Informáticos, se observó lo siguiente: El punto de la norma dice que la organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de sus productos y servicios en equipo incluyendo hardware y software; no se encontró un procedimiento para la gestión del software que incluya su				Juan Carlos Sandoval







Elemento de la Norma	Evaluación/ Hallazgo	NCM	NCm	OM	Auditor/a
	análisis de compra, adquisición, mantenimiento y renovación de licencias.				
7.1.3	Tanto en el Taller de Gastronomía como en el Taller de Turismo, en el Procedimiento de “Prácticas de taller” se señala en el punto tres, que la solicitud del préstamo del material o herramienta con un mínimo de 24 horas de anticipación, a través del formato PDT-P01-F03 sin embargo, no se pudo evidenciar que las solicitudes fueron recibidas con la anticipación que establece el procedimiento, porque el formato no cuenta con un espacio que indique la fecha en que se recibe la solicitud, por lo que existe una oportunidad de mejora para incluir este dato en el formato.				Elena Múgica
7.1.3	En el Taller de Turismo el Procedimiento de “Prácticas de taller” señala en el punto dos, que la solicitud del taller se realiza con un mínimo de dos días hábiles de anticipación, a través del formato PDT-P01-F01 Solicitud de Prácticas, sin embargo, no se pudo evidenciar que las solicitudes fueron recibidas con la anticipación que establece el procedimiento, porque el formato no cuenta con un espacio que indique la fecha en que se recibe la solicitud, por lo que existe una oportunidad de mejora para incluir este dato en el formato.				Elena Múgica
7.1.3	Se observó que el procedimiento “Prácticas de taller” y los formatos: PDT-P01-F01, PDT-P01-F02 y PDT-P01-F03, no cuentan con una versión que considere el lenguaje incluyente, además de que en el procedimiento sigue apareciendo el nombre del anterior director de Gastronomía, por lo que se tiene una oportunidad de mejora para esta actualización.				Elena Múgica
7.1.4	Ambiente para la operación de los procesos Sin hallazgos. 				José Olán
7.1.5	Recurso de seguimiento y medición Trazabilidad de las mediciones Sin hallazgos. 				Denny Peniche
7.1.6	Conocimiento de la organización Sin hallazgos. 				José Olán
7.2	Competencia Sin hallazgos. 				Valeria Carrillo







Elemento de la Norma	Evaluación/ Hallazgo	NCM	NCm	OM	Auditor/a
7.3	Toma de conciencia. Sin hallazgos. 				José Olán
7.4	Comunicación Sin hallazgos 				Rosario Domínguez
7.5 7.5.3	Información documentada Control de la Información documentada Para el Taller Pesado se encontró que todos los registros de Visita a Laboratorios y el Concentrado de Horas por cuatrimestre, se mostraron en formatos con fecha anterior al que está en la Intranet, siendo estos PDT-P01-F02 y PDT-P01-F04 respectivamente.				Mónica Proy
7.5 7.5.3	En el Departamento de Gestión Empresarial, en el procedimiento de estadía profesional GEM-EST-P01 se le solicitó lista de asistencia a la plática de estadía EST-P01-A01, se presentaron los listados en el formato correspondiente, sin embargo, estos no cuentan con la nomenclatura de registro al pie de la página, se le sugirió en lo sucesivo los actualizara con los datos de nomenclatura correspondiente expedida por el área de calidad.				Sergio Alegría
7.5 7.5.3	Así mismo, en los campos de “elaboró, revisó y autorizó” se encontró que la información no estaba actualizada con los nombres de quien en activo elaboraron dicho procedimiento, se sugiere actualizarlo con los datos correspondientes.				Sergio Alegría
7.5 7.5.3	En el Departamento de Educación Continua y CRI, se observó que en el procedimiento: Atención a usuarios del centro de recursos de idiomas CRI, CRI-ASU-P01, se revisó el flujograma. y en este no se usa la simbología correspondiente para diagramas publicada en la intranet.				Sergio Alegría
7.5 7.5.3	En este mismo procedimiento se encontró que al pie del documento no está actualizado con el nombre y grados académicos de quienes en activo firman.				Sergio Alegría
7.5 7.5.3	En el Departamento de Educación Continua y CRI, se le solicitó al auditado diera acceso en la Intranet al lineamiento CRI-DI-LCRI, donde se observó, en el apartado al pie del documento, que este no estaba actualizado con el nombre de				Sergio Alegría








Elemento de la Norma	Evaluación/ Hallazgo	NCM	NCm	OM	Auditor/a
	quienes en activo manejan el lineamiento, se sugiere revisarlo a detalle y actualizar lo correspondiente.				
7.5 7.5.3	En la División de Gastronomía, se encontró que en el procedimiento de evaluación del alumno durante el proceso de enseñanza-aprendizaje DOC-EVA-P02 se tiene establecido en el rubro de REGISTROS Y ANEXOS los formatos: Formato Solicitud de acción de mejora y/o curso de recuperación EVA-P02-F03, sin embargo, el Docente presentó dicho formato, pero de fecha 24 de junio de 2015 sin el logotipo vigente de la Universidad Formato EVA-P02-F02, sin embargo, el Docente presentó dicho formato, pero de fecha 18 de septiembre de 2014 sin el logotipo vigente de la Universidad. Se observa el uso de formatos desactualizados y que no corresponden a los que se encuentran en la INTRANET. Se sugiere modificar en el título del procedimiento el término "alumno" por Estudiante.				Liliana de la Cruz
7.5 7.5.3	En la misma División, se encontró que en el procedimiento de Prácticas de Taller de Gastronomía TGA-PGR-P01 se tiene establecido en el rubro de REGISTROS Y ANEXOS los formatos: Formato concentrado de horas por grupo PRG-P01-F10 y Formato rol de uso cuatrimestral de cocinas PRG-P01-F11. Sin embargo, en la práctica, se utilizan los formatos con diferente código como se observa a continuación: Formato concentrado de horas por grupo. AIN-P03-F10 Formato rol de uso cuatrimestral de cocinas AIN-P03.F10. Se recomienda realizar una revisión de los formatos registrados en el procedimiento y determinar los códigos correctos a utilizar de cada uno.				Liliana de la Cruz
7.5 7.5.3	En la División de Gastronomía, se encontró que en el procedimiento viajes de práctica DID-VPA-P03 se tiene establecido en el rubro de REGISTROS Y ANEXOS los formatos: REGISTROS Y ANEXOS: Lista de Asistencia de Viajes de Prácticas y Actividades Académicas VPA-P03-F01 Itinerario de Viaje de Prácticas y Actividades Académicas VPA-P03-F02 Carta de Autorización de Viaje de Prácticas y Actividades Académicas VPA-P03-F03. En el rubro de Formatos establecidos en las ACTIVIDADES se establecen los siguientes formatos: Lista de Asistencia de Viajes de Prácticas y Actividades Académicas VDP-P03-F01 Itinerario de Viaje de Prácticas y Actividades Académicas VDP-P03-F02 Carta de Autorización de Viaje de Prácticas y Actividades Académicas VDP-P03-F03. Durante el proceso de auditoría se presentaron estos últimos, mismos que no corresponde el código a los establecidos en el procedimiento en el rubro de registros y anexos, pero si en las actividades, por lo que es				Liliana de la Cruz



Elemento de la Norma	Evaluación/ Hallazgo	NCM	NCm	OM	Auditor/a
	confuso. Se recomienda actualizar el procedimiento y definir cuáles son los formatos con los códigos correctos.				
7.5 7.5.3	Así mismo, se encontró que en el procedimiento viajes de práctica DID-VPA-P03 se tiene establecido en la actividad 8 que la carpeta de evidencias debe contener entre otros documentos el formato cuestionario de satisfacción del Estudiante VPA-P03-F04, sin embargo, no se mostró evidencia del cuestionario, al respecto, dentro del reporte de viajes de práctica y actividades académicas VPA-P03-F04 se encuentra un rubro que dice "firma de satisfacción del estudiante". Es necesario actualizar el procedimiento conforme a los formatos que se utilizan actualmente. Se sugiere también analizar si el llenado "firma de satisfacción del estudiante". es voluntario, obligatorio y qué hacer con los resultados, se sugiere definirlo en el procedimiento o en las minutas de planeación didácticas.				Liliana de la Cruz
8. 8.1	Operación Planificación y control de operaciones  Sin hallazgos.				José Olán
8.2 8.2.1	Requisitos para los productos y servicios Comunicación del cliente  Sin hallazgos.				José Olán
8.2.2	Determinación de los requisitos para el servicio  Sin hallazgos.				Rosario Domínguez
8.2.3	Revisión de los requisitos para el servicio  Sin hallazgos.				Rosario Domínguez
8.2.4	Cambios de los requisitos para el servicio La Secretaría Académica a través del Memorandum número UTC/SA/121/2021 comunica a las Divisiones de Carrera los requisitos para el reingreso de estudiantes de Modalidad BIS, en el cual se indica que, por recomendaciones dadas por el Sistema de Gestión de Calidad y el enfoque de riesgos y mejora continua, el procedimiento de reingreso se estandarice. El Sistema de Gestión de Calidad implementado en la Universidad, no tiene facultades de toma de decisiones ni de dar recomendaciones, por lo que se observa en el				Rosario Domínguez

Elemento de la Norma	Evaluación/ Hallazgo	NCM	NCm	OM	Auditor/a
	memorándum UTC/SA/121/2021 una redacción que no aplica y que a la letra dice: "En seguimiento a las recomendaciones dadas por el Sistema de Gestión de Calidad y al enfoque de riesgos y mejora continua, solicito su amable apoyo para estandarizar el procedimiento de reingreso de estudiantes a la Modalidad BIS, respecto al comprobante de nivel de inglés que deben presentar los estudiantes para realizar dicho trámite." Por lo anterior no se mostró evidencia del procedimiento que se seguirá para que los estudiantes obtengan los comprobantes del nivel del idioma que se están requiriendo para su reingreso, por medio del Memorándum UTC/SA/121/2021, así mismo en el memorándum no se menciona el reglamento aplicable.				
8.2.4	En el mismo sentido, en el Departamento de Servicios Escolares, se observó que las cartas compromiso de los estudiantes de la modalidad BIS para obtener el nivel del idioma que se están requiriendo, están impresas en hojas membretadas de la Universidad.				Rosario Domínguez
8.3	Diseño y desarrollo.	N/A	N/A	N/A	
8.4 8.4.1	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente. Se revisó el Procedimiento REM-ASM-P01 Evaluar y seleccionar proveedores el cual cumple con lo descrito. 				Leidy Madera
8.4.3	Información para los proveedores externos Sin hallazgos. 				Leidy Madera
8.5 8.5.1	Producción y provisión de servicio Control de la producción y de la provisión de servicios En el Departamento de Gestión Empresarial, en la revisión del procedimiento de visitas GEM-VIS-P02 en la intranet, de acuerdo a otra forma de evidencia se solicitó "la evaluación de visita por la empresa" y este no fue presentado, por lo que se sugirió agregarlo al procedimiento como parte de las actividades de este, con la nomenclatura correspondiente al pie del documento (código).				Sergio Alegría
8.5	En las Divisiones de Ingeniería y Gastronomía se encontró que en el procedimiento DOC-AEP-P03 Asesoría en Estadías Profesionales, política 4.3, se indica que para los cargos de				Leidy Madera

Elemento de la Norma	Evaluación/ Hallazgo	NCM	NCm	OM	Auditor/a
	Presidente/a de la Comisión Académica, se asignaran dos horas para el desarrollo de sus funciones, sin embargo, se observa que, en las dos Divisiones evaluadas, solo se tiene asignada una hora para las PTC's que ocupan dicho cargo, según el formato DCA-P02-F04 Distribución de Horas de las Funciones Sustantivas de PTC's.				
8.5	En el Departamento de Servicios Psicológicos y de Enfermería No se mostró evidencia de realizar el expediente clínico del paciente, tal como lo indica la política 4.3 y el paso 8 del procedimiento SPE-APS-P03 Atención primaria a la salud.				Leidy Madera
8.5	En el Taller Pesado, en el punto once del procedimiento de Prácticas de Taller, señala que se entrega un reporte de horas práctica en el formato PDT-P01-F04 a la Dirección, para reporte de revisión de avance de plan de clase, al término de cada cuatrimestre. No se mostró evidencia de la entrega de dicho reporte a la Dirección.				Elena Múgica
8.5.1	Control de la producción y provisión del servicio En el Departamento de Gestión Empresarial, durante la revisión del procedimiento de visita GEM-VIS-P02 en la intranet se solicitó el reporte cuatrimestral enero-abril de 2022 y este no fue presentado, pues la auditada comentó que no lo había elaborado.				Sergio Alegría
8.5.1	En el Departamento de Servicios Psicológicos y de Enfermería, se recomienda actualizar las instrucciones de trabajo SPE-APE-I01 y SPE-APE-I03 de acuerdo a las actividades que se están llevando a cabo, ya que se encontró que algunas de éstas se han sustituido por otras, debido al cambio reciente del sistema para aplicar el Psycowin, denominado PsycStock.				Leidy Madera
8.5.2	Identificación y trazabilidad  Sin hallazgos.				Rosario Domínguez
8.5.3	Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos En el Departamento de Servicios Psicológicos y de Enfermería, se observa buen manejo de la información perteneciente al cliente, para el caso de los resultados psicológicos de los estudiantes canalizados, sin embargo, en				Leidy Madera

Elemento de la Norma	Evaluación/ Hallazgo	NCM	NCm	OM	Auditor/a
	ocasiones se solicita un reporte ya sea por parte de tutores/as o Direcciones, donde se encontró que se indican cuestiones generales de seguimiento, se recomienda generar controles para el cuidado de la propiedad del cliente.				
8.5.3	En la misma área, no se tiene descrito actividades para identificar, verificar y proteger la propiedad de los clientes, para el caso de los datos personales sensibles, como son los resultados del análisis del Psycowin para los estudiantes de movilidad, ya que se comparten a otra área y no se mostró evidencia de contar con algún control para el cuidado de la propiedad del cliente.				Leidy Madera
8.5.4	Preservación Sin hallazgos 				Sayuri Hernández
8.5.3 8.5.5	Actividades posteriores a la entrega En el Departamento de Servicios Bibliotecarios no se tiene definido una política de descarte del material bibliográfico (Libros, Revistas Periódicos, Memorias etc.), que se encuentra a disposición del usuario, por lo que el crecimiento y la acumulación del mismo material, podría estar mermando la eficiencia en la disponibilidad para su uso y consulta, así como en la reducción de espacios físicos de la biblioteca destinado a la consulta.				Ramón Conrado
8.5.6	Control de los cambios Sin hallazgos. 				Sayuri Hernández
8.6	Liberación de los productos y servicios La Universidad Tecnológica de Cancún, no se asegura que la totalidad de los estudiantes complemente su formación integral a través de las actividades artísticas, culturales y deportivas, en virtud de que el indicador del Departamento de Actividades Culturales y Deportivas presentó un alcance del 80% para el ejercicio 2021; aunado a que no se cuenta con información documentada respecto a la liberación del servicio y la trazabilidad de los estudiantes que cumplieron o no con su formación.				Ramón Conrado
8.7	Control de las salidas no conformes Sin hallazgos. 				Denny Peniche

Elemento de la Norma	Evaluación/ Hallazgo	NCM	NCm	OM	Auditor/a
9	Seguimiento, medición, análisis y evaluación				
9.1.1	<p>En el Departamento de Tutoría y Desarrollo Estudiantil, se mostraron los resultados cuatrimestrales por División, donde se observa oscilación en el cumplimiento de la función tutorial para las 4 divisiones, resultados desde 50% hasta 89%, Se rediseñó el formato de observación de tutorías grupales y la evaluación del PIT para presentar resultados por programa educativo para un mejor seguimiento puntual.</p> <p>Se han establecido acciones de mejora para alcanzar la meta deseada, sin embargo, es importante documentar los controles correspondientes, tanto en el procedimiento como en la Matriz de Riesgos.</p>				Leidy Madera
9.1.2	<p>Satisfacción del cliente</p> <p>En el Departamento de Servicios Psicológicos y de Enfermería no se mostró evidencia de llevar a cabo las encuestas de satisfacción del cliente tal como se indica en el punto 2, 3 y 5 del procedimiento SPE-CIG-P01 Canalizaciones psicológicas individuales y grupales.</p>				Leidy Madera
9.1.2	<p>En la misma área, no se mostró evidencia de la aplicación de las evaluaciones para medir el índice de satisfacción tanto de estudiantes como de tutores de las pláticas impartidas, así como haber realizado el análisis mensual y el informe general de satisfacción del cliente como lo indican los puntos 10 al 12 de la instrucción de trabajo SPE-PSP-I02 Pláticas brindadas por el DSPE.</p>				Leidy Madera
9.1.3	<p>Análisis y evaluación</p> <p>Sin hallazgos. </p>				Denny Peniche
9.2	<p>Auditoría interna</p> <p>Se mostró documentación de auditoría 2021. </p>				Denny Peniche
9.3	<p>Revisión por la dirección</p> <p>Sin hallazgos. </p>				José Olán
10	Mejora				
10.1	<p>Sin hallazgos. </p>				Elena Mugica

Elemento de la Norma	Evaluación/ Hallazgo	NCM	NCm	OM	Auditor/a
10.2	No conformidad y acciones correctivas Sin hallazgos. 				Elena Mugica
10.3	Mejora continua Sin hallazgos. 				Elena Mugica
	Totales	7	7	20	

COMENTARIOS

Con respecto al año anterior se observa aumento en número de No conformidades Mayores detectadas, sin embargo, las No conformidades menores y Oportunidades de Mejora disminuyen.

Se recomienda continuar con la identificación, medición, control y monitoreo de los Riesgos, así como de la documentación de las acciones de mejora planeadas y realizadas.

De igual forma se insta a todas las áreas a mantener actualizados sus procedimientos y en general, los documentos del SGC, de acuerdo a las actividades que actualmente se realizan.

CONCLUSIONES DE AUDITORIA

Se agradece a todo el personal administrativo y docente, las facilidades y disponibilidad otorgadas para la realización de la presente auditoria.

De manera general, se observa cumplimiento a la norma.

Todas las No conformidades Mayores y menores se deben documentar en el Sistema de Acciones Correctivas y de Mejora para su atención, así mismo se deberá contar con el análisis de causa y la programación de las actividades a realizar para solventar dichos hallazgos a más tardar el 18 de agosto del corriente.

Se recomienda atención puntual a las oportunidades de mejora detectadas, las cuales también podrán ser documentas, junto con las acciones inmediatas a realizar, en el Sistema de Acciones Correctivas y de Mejora.

HALLAZGOS		
NO CONFORMIDADES MAYORES 7	NO CONFORMIDADES MENORES 7	OPORTUNIDADES DE MEJORA 20



Realizó



Universidad Tecnológica
de Cancún
CALIDAD

QBB. Leidy Rossina Madera Moreno
Coordinación de Calidad

Vo.Bo.



Mtra. Liliana Elizabeth de la Cruz Naranjo
Auditora Líder