

# INFORME DE AUDITORÍA

## UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

ALVARO OBREGÓN No. 64 ZONA CENTRO, C.P. 78000 SAN LUIS POTOSÍ/SAN LUIS POTOSÍ / ESTADOS UNIDOS  
MEXICANOS

### RSGC- 1007

Norma(s) de aplicación:  
NMX-CC-9001-IMNC-2015 / ISO 9001:2015

No. de Solicitud: C5-SCSGC-16013--REN

Vigente hasta: 21/08/2019

Fecha de auditoria: 24 al 27 de junio de/2019

Fecha de emisión del informe: 04/07/2019

**FERNANDO CUEVAS CASTRO**

**Director UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ**

Con base al acuerdo celebrado con el IMNC y al programa de auditorías del ciclo de certificación correspondiente, se realizó la evaluación al *Sistema de Gestión* de su representada, por lo que en representación del IMNC y en mi calidad de Auditor Líder hago entrega del presente Informe de auditoría.

## 1. TIPO DE AUDITORÍA.

Auditoría en instalaciones del IMNC       Auditoría en Sitio

Auditoría Etapa 1

Auditoría Etapa 2

Auditoría de Vigilancia 1

Auditoría de Vigilancia 2

Otra (Indique el No. de vigilancia que corresponda)

Renovación de la certificación

Transferencia de la certificación

Auditoría *especial*:

Ampliación del alcance (Describa): Proceso **Trámites en el centro de salud universitario**

Reducción del alcance (Describa):

Actualización del Sistema de Gestión

Por cambios de domicilio

Por cambio de situación legal

Por cambio en personal clave

Auditoría con *notificación a corto plazo*:

Por quejas de clientes

Por seguimiento de la certificación suspendida

\* En caso de conducir la auditoría en el IMNC, indique a continuación la justificación:

## 2. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA (Conforme al Plan de auditoría correspondiente).

**Objetivos de la auditoría Etapa 1.**

Evaluar la documentación y las condiciones iniciales que presenta el Sistema de Gestión, para determinar la viabilidad de la realización de la Etapa 2.

**Objetivos de la auditoría Etapa 2.**

Evaluar la implementación, incluida la eficacia del Sistema de Gestión de la Organización.

**Objetivos de una auditoría de vigilancia.**

Determinar de la conformidad de los procesos/Sitios/Áreas del Sistema de Gestión seleccionados, con los criterios de auditoría.

Evaluar la capacidad del Sistema de Gestión para asegurar que la Organización cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables.

Evaluar la eficacia del Sistema de Gestión para asegurar que la Organización cumple con los objetivos especificados.

Identificar las áreas mejora potencial del Sistema de Gestión.

**Objetivos de una auditoría de renovación.**

Revisar la eficacia del Sistema de Gestión en su totalidad a la vista de los cambios internos, externos su pertinencia y aplicación continua para el alcance de la certificación inicial o previa.

Revisar el desempeño del Sistema de Gestión durante el último ciclo de certificación.

Revisar los informes de las auditorías de vigilancia previas.

Revisar los cambios significativos en el Sistema de Gestión.

Confirmar el compromiso demostrado para mantener la eficacia y la mejora del Sistema de Gestión con el fin de reforzar el desempeño global.

Revisar si la operación del Sistema de Gestión certificado contribuye al logro de la política y los objetivos de la Organización.

Objetivos de una **auditoría Especial** (Señale el tipo de servicio que corresponda).

El propósito de una auditoría especial, es confirmar la continua conformidad ante la *ampliación, reducción, cambio de razón social/ cambio de estructura organizacional, quejas, suspensión, actualización* y eficacia del Sistema de Gestión en su conjunto así como su continua pertinencia y aplicabilidad del alcance de la certificación inicial o previa y los objetivos para el logro de este propósito.

En caso de la **ampliación del alcance** de la certificación.

Evaluar que la *ampliación* de él(los) *proceso(s)/ actividad(es)/ producto(s)/ sitio(s)* incorporado(s) al alcance de la certificación vigente, se encuentra(n) implementado(s) en el Sistema de Gestión certificado y se mantiene la integridad del mismo así como la continuidad del cumplimiento de los requisitos normativos bajo los cuales se concedió la certificación.

En caso de la **reducción del alcance** de la certificación.

Evaluar que la *reducción* de él(los) *proceso(s)/ actividad(es)/ producto(s)/ sitio(s)* incorporado(s) al alcance de la certificación vigente, se encuentra(n) implementado(s) en el Sistema de Gestión certificado y se mantiene la integridad del mismo así como la continuidad del cumplimiento de los requisitos normativos bajo los cuales se concedió la certificación.

En caso de **cambio de razón social/ cambio de estructura organizacional** (personal directivo clave).

Evaluar que el *cambio de razón social/ cambio de estructura organizacional* incorporado al alcance de la certificación vigente, se encuentra implementado en el Sistema de Gestión certificado y se mantiene la integridad del mismo; así como la continuidad del cumplimiento de los requisitos normativos bajo los cuales se concedió la certificación.

En caso de una **queja**.

Confirmar que la **Organización** ha realizado las acciones pertinentes para dar atención a la *queja* recibida en el IMNC respecto a **él(los) proceso(s), producto(s), servicio(s) involucrado(s) en el alcance del Sistema de Gestión certificado**.

En caso del retiro de la **suspensión** de la certificación.

Confirmar que la **Organización** ha realizado las acciones pertinentes para dar atención a las causas que dieron lugar a la *suspensión* de la certificación.

En caso de la **actualización** del Sistema de Gestión de la Organización certificada.

Evaluar que los cambios relativos a la *actualización en la versión de la norma de referencia* se encuentran implementados en el Sistema de Gestión certificado de la Organización, se mantiene la integridad del mismo y se disponen de elementos para dar continuidad al cumplimiento de los requisitos normativos de la nueva versión de la norma bajo la cual se concedió la certificación.

En caso de una **transferencia de la certificación**.

Evaluar que la certificación del cliente satisface las condiciones y las características necesarias para mantener la integridad del Sistema de Gestión y determinar la viabilidad de la *transferencia de la certificación*.

### 3. ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN.

(Considerar en el alcance de la certificación los **límites y la aplicabilidad** del Sistema de Gestión de la Organización, el cual debe ser exactamente el mismo al descrito en el correspondiente Plan de auditoría).

Procesos de gestión académico-administrativos que generan servicios que contribuyen a la formación integral de profesionistas a través de: gestión escolar, desarrollo y formación integral del estudiante y gestión administrativa.

### 4. SECTOR DE NEGOCIO DEL CLIENTE / COMPLEJIDAD.

(Señale en la siguiente tabla, el(los) Sector(es) IAF de negocio del cliente, el(los) Código(s) NACE aplicable(s) y el Nivel de complejidad en caso de SGA).

Sector IAF	Código NACE	Proceso(s) / Productos involucrados
37	85.60	Procesos de gestión académico-administrativos. Producto: Título

Sector IAF	Código NACE	Proceso(s) / Productos involucrados
		profesional

Exclusivo para SGA					Exclusivo para SGen			
Complejidad Alta	Complejidad Media	Complejidad Baja	Complejidad limitada	Complejidad Especial	Área(s) técnica	Nivel de complejidad		
						Baja	Media	Alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. CRITERIOS DE AUDITORÍA.

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> NMX-CC-9001-IMNC-2015 / ISO 9001:2015   | <input type="checkbox"/> NMX-SAST-001-IMNC-2008                        |
| <input type="checkbox"/> NMX-SAA-14001-IMNC-2015/ISO 14001:2015   | <input type="checkbox"/> NMX-J-SAA-50001-ANCE-IMNC-2011/ISO 50001:2011 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Documento de "Condiciones generales de certificación de sistemas de gestión", vigente | <input checked="" type="checkbox"/> Acuerdo legalmente ejecutable      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Reglamento de uso de marca de conformidad del IMNC                                    | <input type="checkbox"/> Otro(s) (Indique:)                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Requisitos especificados por la organización en su SG                                 |  |

## 6. ALCANCE DE LA AUDITORÍA (En caso de Organizaciones multi-sitios utilizar los espacios necesarios).

No.	SITIOS AUDITADOS Calle / Número Ext. / Int. / Colonia / Delegación/ c.p. / Ciudad / Municipio / Estado / País	DATOS DEL SITIO	
OFICINA PRINCIPAL	Álvaro Obregón 64 Zona Centro, C.P. 78000, San Luis Potosí, San Luis Potosí, Estados Unidos Mexicanos	Producto(s): Título profesional	No Aplicabilidad: 8.3 y 8.5.1 f)
		Proceso(s): <b>MACROPROCESO CONTROL ESCOLAR:</b> Proceso: Expedición y registro de título profesional.  <b>MACROPROCESO: FORMACIÓN INTEGRAL DEL ESTUDIANTE:</b> Proceso: Prestación de Servicios del Centro de Producción Audiovisual. Proceso: Red universitaria de videoconferencia Proceso: Trámites del centro de salud universitario. Proceso: Gestión de fomento al deporte.  <b>MACROPROCESO: GESTIÓN ADMINISTRATIVA:</b> Proceso: Adquisición- pago de materiales, bienes, muebles y servicios. Proceso: Atención y soporte a usuarios de las tecnologías. Proceso: Gestión y desarrollo del factor humano. Proceso: Generación de nómina.  <b>MACROPROCESO: ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD</b> Proceso: Administración de la calidad.	
		Fecha(s) de Auditoria: 24, 25, 26 y 27 de junio de 2019	

No.	SITIOS AUDITADOS Calle / Número Ext. / Int. / Colonia / Delegación/ c.p. / Ciudad / Municipio / Estado / País	DATOS DEL SITIO	
SITIO PERMANENTE	Región Altiplano (COARA). Carretera Catedral Km. 5- 600, Ejido San José de las Torres, Matehuala, S.L.P.	Producto(s): Título profesional	No Aplicabilidad: 8.3 y 8.5.1 f)
		Proceso(s): <b>MACROPROCESO CONTROL ESCOLAR:</b> Proceso: Inscripción y reinscripción de alumnos de la Coordinación Académica Multidisciplinaria. <b>MACROPROCESO FORMACIÓN INTEGRAL DEL ESTUDIANTE:</b> Proceso: Control de Laboratorios de la Coordinación Académica Región Altiplano (COARA).	
		Fecha (s) de Auditoria): 25 de junio de 2019	
SITIO PERMANENTE	Zona Huasteca (UAMZH) Romualdo del Campo No. 50, Fraccionamiento Rafael Curiel, C.P. 79060, Ciudad Valles, S.L.P.	Producto(s): Título profesional	No Aplicabilidad: 8.3 y 8.5.1 f)
		Proceso(s): <b>MACROPROCESO CONTROL ESCOLAR:</b> Proceso: Inscripción y reinscripción de alumnos de la unidad Académica Multidisciplinaria. <b>MACROPROCESO FORMACIÓN INTEGRAL DEL ESTUDIANTE:</b> Proceso: Control de Laboratorios de la Coordinación Académica Multidisciplinaria Zona Huasteca (UAMZH)	
		Fecha (s) de Auditoria): 25/06/2019	
SITIO PERMANENTE	Altiplano Oeste (CARAO) Carretera Salinas - Santo Domingo No. 200 C.P. 78600, Salinas de Hidalgo, S.L.P.	Producto(s): Título profesional	No Aplicabilidad: 8.3 y 8.5.1 f)
		Proceso(s): <b>MACROPROCESO CONTROL ESCOLAR:</b> Proceso: Inscripción y reinscripción de alumnos y trámites de titulación en la unidad Académica Multidisciplinaria	
		Fecha (s) de Auditoria): 26/06/2019	

## 7. DATOS DEL EQUIPO AUDITOR.

NOMBRE	FUNCIÓN	No. DE VALIDACIÓN
Luz María CARRANZA GARCÍA	Auditor Líder	TECLSGC-073
Daniel Israel LAORRAVAQUIO RAMÍREZ	Auditor	ASGC-075
NA	Experto Técnico	NA
NA	Auditor En Entrenamiento	NA
NA	Otro (Especifique)	NA

## 8. ASPECTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN.

### 8.1 Cambios significativos que afecten al Sistema de Gestión de la Organización, a partir de la última auditoría.

(Cuando aplique, describa en esta sección si de la última auditoría a la presente auditoría, el cliente ha conducido cambios significativos que afecten al Sistema de Gestión).

Se constata la permanencia de los sitios declarados en el alcance.

Asimismo, se revisa y audita el proceso: "**TRÁMITES DEL CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO**" solicitado para ampliación del alcance y ubicado en el edificio central de Álvaro Obregón 64 Zona Centro, C.P. 78000, San Luis Potosí, San Luis Potosí, Estados Unidos Mexicanos, el cual se encuentra documentado, implementado y ha sido auditado internamente en la Revisión del SGC de la UASLP.

El nuevo proceso cuenta con infraestructura, recursos humanos, técnicos y materiales y ha sido debidamente planificado para ser insertado en el actual SGC, sin afectar la operación, el producto final, la satisfacción del cliente o al resto de los procesos. Se puede comentar que está aportando valor al sistema debido al buen control de los trámites que marcan los lineamientos de la Universidad.

## 8.2 Cambios significativos que afecten al Programa de auditorías del ciclo completo de la certificación (*Plan trianual*).

*(En caso de auditorías de Vigilancia, de Renovación o Especiales, describa en esta sección si de la presente auditoría, se derivan cambios que afecten al Programa de auditoría correspondiente. Por ejemplo: Procesos/Sitios no auditados, Procesos/Sitios que debido a los resultados obtenidos de la presente auditoría, requieren ser auditados nuevamente).*

Únicamente la ampliación del alcance del sitio COROA que se detectó en la auditoría del IMMC de 2018 y del actual proceso: "Trámites en el centro de salud Universitario". Éste último se documenta en la presente auditoría.

## 8.3 Conformidad del proceso de Auditoría Interna.

*(Con base a los resultados de la presente auditoría y en caso de aplicar, describa en esta sección el grado de cumplimiento del programa de auditorías internas a conducir por la Organización a su Sistema de Gestión y si dichas auditorías internas proveen información acerca de si el Sistema de Gestión es conforme con: los requisitos propios de la Organización para su Sistema de Gestión, los requisitos de la norma de referencia, y se implementa y mantiene eficazmente.)*

La organización cuenta con un programa de auditoría interna cuya ejecución se ha cumplido. Se cuenta con 30 Informes de auditoría internas, ejecutadas a cada uno de los procesos, debido a que se llevan a cabo de manera separada en fechas diferentes. Última auditoría en el mes de junio del presente.

Se considera que las Auditorías internas, están proporcionando información completa sobre el Sistema de Gestión de Calidad, su eficacia y desempeño, y están aportando adecuado valor a la organización para la toma de decisiones y la asignación de recursos.

## 8.4 Conformidad de la Revisión por la Dirección.

*(Señale la(s) fecha(s) de la última revisión por la Dirección realizada por la Organización a su Sistema de Gestión y describa si éstas ofrecen información respecto al desempeño del Sistema de Gestión, así como respecto a las oportunidades de mejora, cualquier necesidad de cambio en el Sistema de Gestión y la necesidad de recursos.)*

Las revisiones por la Dirección con todos los elementos que marca el apartado 9.3 de la norma de referencia, se ejecutan anualmente. La UASLP cuenta con la Minuta de Revisión por la Dirección documentada el pasado 20 de junio del presente, en la que se mencionan los temas abordados conforme a 9.2 de la norma de referencia. Hay un área de oportunidad que se documenta en el presente informe, con respecto a las Revisiones por la Dirección. Entre algunos resultados de revisión por la dirección que se consideran son: Oportunidades de mejora, Conclusiones generales, Necesidad de Recursos y Necesidad de Cambios.

## 8.5 Desempeño del Sistema de Gestión de la organización.

*(En caso de auditorías de Vigilancia o de Renovación y con base a los resultados de la presente auditoría, describa a continuación el desempeño de los procesos/ actividades / áreas evaluadas desde la última auditoría por parte del IMNC a los resultados alcanzados actualmente).*

Se observa un sistema de gestión de calidad documentado, implementado, conforme con la norma de referencia, que ha logrado un buen nivel de madurez y que está mostrando evidencia de mejora continua consistente.

Se constata que la UASLP muestra evidencia de enfoque al cliente, de adecuada atención a sus partes interesadas, de cumplimiento de requisitos legales, normativos e internos para los productos y servicios, así como de logro de un buen nivel de satisfacción de clientes.

## 8.6 Conformidad del alcance y la aplicabilidad de la certificación.

*(Describe la conformidad del alcance de la certificación, los límites y aplicabilidad del Sistema de Gestión. En caso de modificar la redacción del alcance describir la justificación del mismo e indicar cambios en el (los) Sector(es) IAF, Código(s) NACE, Categoría o Área técnica (según aplique) acorde al alcance declarado en el Sistema de Gestión)*

Se constata que el alcance del SGC de la UASLP, documentado en su **Lineamientos del SICAL, 7 enero de 2019, Ver. 7**, es pertinente a la actividad productiva de la organización y se está cumpliendo en todos los sitios declarados en su alcance, los cuales son seis tomas de muestra como sitios permanentes y un sitio principal:

- 1) **SITIO PRINCIPAL:** Álvaro Obregón 64 Zona Centro, San Luis Potosí, C.P. 78000, San Luis Potosí, S.L.P.
- 2) **SITIO PERMANENTE REGIÓN ALTIPLANO (COARA):** Carretera Catedral Km. 5-600, Ejido San José de las Torres, Matehuala, S.L.P.
- 3) **SITIO PERMANENTE ZONA HUASTECA (UAMZH):** Romualdo del Campo No. 50, Fraccionamiento Rafael Curiel, C.P. 79060, Ciudad Valles, S.L.P. .
- 4) **SITIO PERMANENTE ALTIPLANO OESTE:** Carretera Salinas - Santo Domingo No. 200 C.P. 78600, Salinas de Hidalgo, S.L.P.
- 5) **SITIO PERMANENTE ZONA MEDIA:** Carretera Río Verde – San Ciró Km. 4, Col Puente del Carmen, Río Verde, San Luis Potosí.

Con base en el requisito 4.3 de ISO 9001.2015, se verifica que en la UASLP no aplican los siguientes requisitos:

Cláusulas 8.3 y 8.5.1 f) debidamente justificados en su **Lineamientos del SICAL, 7 enero de 2019, Ver. 7**

## IAF 37 /NACE 85.60

Los procesos documentados en el sistema de gestión de calidad de la UASLP son Cuatro macro procesos y un total de 31 (treinta y uno) procesos del SGC.

## 8.7 Seguimiento a No Conformidades y Oportunidades de mejora derivadas de la auditoría anterior del IMNC.

*(Cuando aplique, describa en esta sección cada No conformidad derivada de la auditoría anterior realizada por el IMNC, indicando la conclusión sobre la eficacia de las acciones correctivas o la reapertura de la NC, de acuerdo al documento de clasificación EPEC01 Apéndice 5).*

Se constata que la organización tiene determinado cómo dar atención a sus no conformidades, sin embargo existen algunos incumplimientos de metas de procesos ante los cuales no se han llevado a cabo las acciones correctivas correspondientes.

Se verifica la adecuada atención a los hallazgos documentados en la auditoría anterior del IMNC.

## 8.8 Confirmación del nivel de integración del Sistema de Gestión señalado por la Organización en la “Solicitud de propuesta económica” clave FPEC01 correspondiente. *(Aplica sólo para Sistemas de Gestión integrales)*

Hay integridad del SGC de UASLP con la propuesta correspondiente.

## 9. RESULTADOS DE AUDITORÍA.

### 9.1 Fortalezas del Sistema de Gestión.

*(Con base a los resultados obtenidos en la presente auditoría, describa en esta sección aquellos aspectos que el equipo auditor considere relevantes señalar como fortalezas que aportan mejoras al Sistema de Gestión de la Organización)*

Compromiso directivo y del área de calidad.



Buenos sistemas de información en la mayoría de procesos.  
Buen nivel de dominio del SGC por parte de directivos y personal.

## 9.2 No conformidades.

Tipo de hallazgo	Total de hallazgos
No conformidades mayores	0
No conformidades menores	1
Oportunidades de mejora	11

No.	CLASIFICACIÓN DE LA NC (NCM Mayor NCm Menor)	NO CONFORMIDAD(ES)
	NCm	<p><b>Descripción de la No Conformidad:</b></p> <p>La Universidad Autónoma de SLP, no está dando evidencia completa de atender sus no conformidades, tal como lo establece la norma de referencia en su apartado 10.2 y la propia documentación de la UASLP.</p>
	<p><b>Criterio de auditoría:</b></p> <p><b>10.2</b></p>	<p><b>Evidencia que soporte la no conformidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuatro de seis indicadores de Control escolar del sitio Zona Huasteca, no lograron sus metas de 2018 y 2019, y aún cuando llevaron a cabo actividades de corrección, no cuentan con acción correctiva levantada conforme al SGC de la UASL.</li> <li>• Cuatro de seis indicadores del proceso de Control de Control de Laboratorios de la Coordinación Académica Multidisciplinaria Zona Huasteca (UAMZH), no lograron sus metas de 2018 y algunas de 2019 y, no cuentan con acción correctiva levantada conforme al SGC de la UASL.</li> <li>• El indicador de tiempo de respuesta entre la recepción y la elaboración de la orden de compra ordinario máximo 5 días no alcanzó la meta del 80% teniendo un resultado del 72%, para este incumplimiento no se presentó acción correctiva que incluya el análisis de la causa conforme lo establece los lineamientos de la propia organización.</li> </ul>

## 9.3 Oportunidades de mejora.

(Con base a los resultados obtenidos de la presente auditoría, describa en esta sección aquellos aspectos que el equipo auditor considere relevantes señalar como Oportunidades de mejora del Sistema de Gestión de la Organización).

1. Fortalecer el planteamiento de elementos de entrada y salidas de los procesos. 4.4
2. La UASLP, en el proceso de *Trámites del centro de salud*, podría valorar el excluir la atención médica (Sector IAF 38) y mantener únicamente el trámite, tal como lo especifica el alcance del proceso. 4.4
3. Mejorar la planificación de acciones para el abordaje de riesgos, así como precisar la planificación de oportunidades del SGC y su despliegue a todos los procesos. 6.1
4. Analizar el planteamiento de los riesgos, pues se observan algunos muy latentes y de mayor gravedad, que los planificados en el SGC (Ej. Pérdida de activo por daño de equipo audiovisual, daño a expedientes de alumnos, subutilización de servicios de la red de videoconferencia). 6.1



5. Reforzar la alineación de las características del producto, con las descritas en el plan de control y con las descritas en las evaluaciones de satisfacción del cliente. 8.1
6. La UASLP, podría identificar la normatividad aplicable en materia de publicidad, para validar los contenidos con fines de publicación, solicitados por los clientes. 8.1
7. La UASLP, en el proceso de *Producción audiovisual*, podría mejorar la trazabilidad de los casos que se abren para dar atención a los clientes tanto internos como externos, así como el control de la información documentada al respecto. 8.5.2 y 7.5.
8. La UASLP, en el proceso de *Gestión de Fomento al Deporte*, podrían fortalecer los mecanismos para seleccionar y evaluar al proveedor de instalaciones para las clases deportivas que toman los alumnos en alianza con otras instituciones. 8.4
9. Fortalecer en la Revisión por la Dirección, el análisis del desempeño de procesos y la decisión de atender áreas de oportunidad, Ej de área de oportunidad: *Mayor atención a las acciones correctivas que se deben levantar ante el incumplimiento de metas*. 9.3
10. El proceso de *Trámites en el Centro de Salud Universitario*, debería diferenciar las quejas imputables a la UASLP y los comentarios negativos en los que la UASLP no tiene injerencia, a efecto de mejorar la atención y tiempos de atención a las quejas reales. Asimismo, podría fortalecer el procedimiento de atención a quejas. 10.2
11. La UASLP podría a Fortalecer el análisis de las causas raíz de las no conformidades, así como la implementación de acciones a nivel del SGC y no tan focalizadas, a efecto de evitar la recurrencia. 10.2

## 10. USO POR PARTE DEL CLIENTE DEL DOCUMENTO DE CERTIFICACIÓN Y LA MARCA DE CONFORMIDAD PROPIEDAD DEL IMNC.

*(En caso de auditorías de Vigilancia, de Renovación o Especiales, describa a continuación si la Organización se encuentra haciendo uso de la marca de conformidad; en dicho caso, solicite a la Organización la autorización de uso de marca y coteje si dicha utilización es conforme a dicha autorización y al "Reglamento para el uso de marcas IMNC – Certificación de Sistemas de Gestión" clave RPEC01 vigente.)*

Se está utilizando correctamente el logo y marca de IMNC

## 11. CONCLUSIONES GENERALES DEL EQUIPO AUDITOR RESPECTO A LA AUDITORÍA REALIZADA.

### 11.1 Confirmación respecto al cumplimiento de los objetivos de la auditoría.

*(Describa en esta sección, si fue atendido el objetivo de la auditoría especificado. En caso contrario, indique por qué)*  
Se confirma el cumplimiento de los objetivos de la auditoría y del plan de auditoría.

### 11.2 Desviaciones presentadas al Plan de auditoría y su justificación.

*(Describa en esta sección si se presentaron desviaciones o cambios a lo que originalmente se especificó en el Plan de auditoría. Describa la justificación correspondiente).*

Ninguna.

### 11.3 Comentarios por parte del equipo auditor a considerar para la próxima auditoría del IMNC.

*(Describa a continuación cualquier aspecto que considere el equipo auditor que puedan ayudar a una mejor prestación del servicio en la siguiente auditoría, por citar: aspectos de logística, equipo de protección personal.)*

Revisar atención al hallazgo menor, así como a las oportunidades de mejora documentados en el presente informe. y auditar sitios no considerados en la presente auditoría.

## 12. RECOMENDACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR \*.

La recomendación abajo señalada, **sólo aplica** cuando no se hayan derivado No conformidades en la presente auditoría. Cuando se hayan derivado No conformidades (Mayores y/o menores), la recomendación sobre la certificación se verá reflejada en el correspondiente Informe de seguimiento.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Realizar auditoría de Etapa 2</b><br>(Sólo para procesos de certificación <i>inicial</i> ) | <input type="checkbox"/> <b>Renovar</b> la certificación<br>(Sólo para auditorías de <i>renovación</i> )  |
| <input type="checkbox"/> <b>Otorgar</b> la certificación<br>(Sólo para auditoría de certificación <i>inicial</i> )     | <input type="checkbox"/> <b>Restaurar</b> la certificación<br>(Sólo para auditorías de <i>renovación</i> , o por retiro de la suspensión)   |
| <input type="checkbox"/> <b>Negar</b> la certificación<br>(Sólo para auditoría de certificación <i>inicial</i> )       | <input type="checkbox"/> <b>Ampliar</b> el alcance de la certificación.<br>(Aplica sólo en auditorías de <i>vigilancia</i> , o <i>renovación</i> , o auditorías <i>especiales</i> , con base a la solicitud presentada por la Organización) |
| <input type="checkbox"/> <b>Mantener</b> la certificación.<br>(Sólo para auditorías de <i>vigilancia</i> )             | <input type="checkbox"/> <b>Reducir</b> el alcance de la certificación.<br>(Aplica en auditorías de <i>vigilancia</i> , o <i>renovación</i> , o auditorías <i>especiales</i> , con base a la solicitud presentada por la Organización)      |
| <input type="checkbox"/> <b>Suspender</b> la certificación<br>(Sólo para auditorías de <i>vigilancia</i> )             | <input type="checkbox"/> <b>Aceptar la Transferencia</b> de la certificación<br>(Sólo para auditorías de <i>transferencia</i> )   |

\* **Nota importante:** La decisión final sobre la certificación, es tomada por el Comité de Dictaminación del IMNC.

### 12.1 Opiniones divergentes no resueltas entre el equipo auditor y el auditado.

(Señale en esta sección si durante la presente auditoría se presentaron aspectos u opiniones entre el equipo auditor y el cliente que generaron controversia, y que no hayan podido ser resueltas).

Ninguna

## 13. PLAZOS A CONSIDERAR POR LA ORGANIZACIÓN.

En caso de haberse registrado no conformidades en el presente Informe de auditoría, el auditor líder debe registrar las fechas límites para que la organización dé cumplimiento en los tiempos establecidos.

Fecha límite para presentar <b>Plan de Acciones Correctivas</b> por parte de la organización a partir de la recepción del presente informe de auditoría (Solo en caso de haberse registrado No conformidades en el presente Informe de auditoría):	11 de junio de 2019
--	---------------------

Fecha límite para presentar <b>Evidencias</b> de implementación de acciones correctivas (En caso de No conformidades mayores):	No aplica por ser hallazgo menor.
--	-----------------------------------

Fecha límite para conducir su siguiente auditoría:	21 de junio de 2020	Sitio(s):	El sitio principal y los no auditados en esta ocasión: Sitio Zona media
--	---------------------	-----------	---



LIC. LUZ MARÍA CARRANZA GARCÍA

Nombre y firma del Auditor líder

## 14. FIRMAS DE AUTORIZACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA.

<p>En mi carácter de Representante autorizado <b>recibo y acepto</b> el contenido de este informe de auditoría.</p>	<p>En mi carácter de Representante autorizado <b>recibo pero no acepto</b> el contenido de este informe de auditoría y me obligo a presentar al IMNC, A.C., la argumentación técnica y las evidencias al respecto, al día hábil siguiente de la última fecha de auditoría. En caso de no presentar dicha información, <b>acepto</b> lo documentado en el presente informe</p>
<p style="text-align: center;"><b>ING. FERNANDO CUEVAS CASTRO</b> <b>Director UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ</b></p>	<p style="text-align: center;">(Nombre y firma)</p>

### DISPOSICIONES FINALES:

- a) El presente Informe de auditoría es propiedad del **Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C. (IMNC)**, por lo que queda prohibido su fotocopiado parcial o total, sin autorización previa del IMNC.
- b) El presente Informe de auditoría se debe imprimir de forma total, por duplicado, debiéndose **rubricar ambos ejemplares en todas sus hojas, por el Auditor líder y por el Representante autorizado del cliente**. El original del documento se entrega al cliente y la copia queda en poder del IMNC.
- c) El IMNC mantiene su responsabilidad sobre el contenido descrito en el presente informe de auditoría.
- d) En caso de no entregar el informe el último día de la auditoría el Auditor líder debe entregarlo al cliente en un plazo máximo de 5(Cinco) días hábiles.
- e) El presente Informe de auditoría no debe emplearse en un proceso de certificación inicial, como indicación de que la organización se encuentra ya certificada, ni constituye un dictamen a favor de la organización.
- f) Los datos contenidos en el presente informe y las evidencias recopiladas durante la auditoría son **estrictamente confidenciales** y el **IMNC** no podrá transmitirlos a terceros sin autorización previa de la Organización auditada.
- g) La auditoría a la que se refiere el presente Informe, ha sido conducida en concordancia con la planificación trianual correspondiente y fue realizada mediante un muestreo de la información disponible, por lo que se debe considerar el efecto de la **incertidumbre** en los hallazgos de auditoría; así como en las conclusiones y los resultados derivados de la misma; por lo que no lo anterior, no es privativo de encontrar No conformidades en futuras auditorías.
- h) Los resultados contenidos en el presente informe, son utilizados para fines exclusivos de la toma de decisión sobre la certificación, la cual está a cargo del Comité de Dictaminación del **IMNC**.
- i) En caso de registrarse **No conformidades** y/u **Oportunidades de mejora** en el presente Informe de auditoría, la organización se obliga a dar atención conforme a lo especificado en el documento de "Condiciones Generales de Certificación de Sistemas de Gestión", *vigente*.