

BOLETÍN INFORMATIVO DEL SGC DE LA SECRETARÍA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL IPN



NÚMERO: 41

09 de noviembre de 2012

CONTENIDO:

Informe de la Auditoría interna No. 12

1. No conformidades detectadas
2. Oportunidades de mejora
3. Fortalezas
4. Resumen de las no conformidades identificadas
5. Conclusiones

Noticias

Se realiza la alineación y compatibilidad del SGC de la SGE con el Sistema Institucional de Calidad del PET 7, aplicable al Manual de Calidad y los Procedimientos de Gestión.

DIRECTORIO:

M. en C. Fernando Arellano
Calderón
Secretario

Dr. Daniel Marín Gómez
Director de Planeación

Biol. Pilar Piña Espallargas
Directora de Evaluación

Lic. Emilio Hernández López
Encargado de la Dirección de
Programación y Presupuesto

Ing. Juan Carlos Contreras Laríos
Coordinador de Proyectos y del
SGC

COLABORADORAS

Lic. Carmen Nerí González
Lic. Edith Barraza Morales

Informe de la Auditoría Interna N° 12

El presente Boletín tiene el propósito de dar a conocer a todo el personal que forma parte del Sistema de Gestión de la Calidad de la SGE, los resultados obtenidos en la pasada Auditoría Interna N° 12, efectuada del 24 al 26 de octubre del año en curso, los cuales muestran un adecuado nivel de madurez.

Se reconoce que todo el personal auditado de la Secretaría y de las Coordinaciones de Enlace y Gestión Técnica (CEGET) muestran compromiso, tanto con el SGC, como con sus Unidades Académicas.

Las CEGET por su parte muestran un nivel de desempeño uniforme en la realización de sus procesos, así como en el manejo del SGC.

El objetivo general de esta auditoría fue el de revisar la conformidad y eficacia del SGC con respecto a la normatividad institucional aplicable y la norma ISO 9001:2008.

Se aplicó a los procesos de Planeación, Desarrollo Funcional, Programación y Evaluación de la SGE, así como a 14 CEGET en los Procesos de Enlace Técnico de Planeación, Evaluación, Programación y Desarrollo Funcional.

La metodología consistió en realizar entrevistas con el personal responsable, donde el auditor verificó el dominio, conocimiento y aplicación del SGC y del proceso auditado, con base en las evidencias objetivas presentadas.

1. No conformidades detectadas

| NO CONFORMIDADES DETECTADAS | CEGET-UA /ÁREAS DE LA SGE |
|---|--|
| 4.2.4. Se identificó un registro sin codificación, declarado en el procedimiento de operación técnica de la CIDA (SGE-GT-PO-01); el registro es el codificado como el SGE-GT-PO-01-F6 (oficio para solicitar puntos de acuerdo o asuntos generales) Evidencia: Oficio para tal fin CIDA 178/12 del 29 de marzo del 2012. | Gestión Técnica de la CIDA |
| 8.4 Se cuenta con encuestas de satisfacción del cliente, sin embargo no el análisis de las mismas. Evidencia: Encuestas sin folio (digital) correspondiente al mes de mayo del 2012 | Gestión Técnica de la CIDA |
| 8.2 No se ha aplicado la encuesta de satisfacción al cliente y no muestra evidencia del seguimiento al indicador establecido. | Dirección de Planeación, ESIME Zacatenco |
| 8.2.4 Se indica en el procedimiento SGE-PL-PO-01 de fecha 2010-08-30 Rev. 06 la utilización de la bitácora de etapas de análisis, verificación y validación del proceso sin embargo no se tiene. | Dirección de Planeación |
| 8.5.1 Se tiene un proyecto de mejora N°2 de fecha 13/agosto/2012 con fecha de término 05/10/2012 sin embargo no se ha dado seguimiento a las actividades 2, 3 y 4 no existiendo evidencia de su cumplimiento. | Dirección de Planeación |
| 7.1 El plan de calidad con Rev. 11 de fecha 29/oct/ 2010 solo cuenta con una sola página aun cuando en el mismo muestra que son dos por lo cual se requiere su actualización, asimismo no muestra la participación del Departamento de Desarrollo Funcional | Desarrollo Funcional |

| NO CONFORMIDADES DETECTADAS | CEGET-UA /ÁREAS DE LA SGE |
|--|--|
| <p>8.2.3 El SGC tiene establecido una matriz de seguimiento de objetivos de proceso (SGE-PG-03-F03-01), el cual no se ha empleado adecuadamente para atender cada proceso.</p> <p>Evidencia: Formato SGE-PG-03-F03-01 del 28 de septiembre para el proceso de enlace técnico de evaluación con el llenado de los resultados por trimestre, mas no por proceso.</p> | CECYT 7 "Cuauhtémoc" |
| <p>8.5.1 No se muestra evidencia de haber documentado mejoras, acciones correctivas y acciones preventivas.</p> | CECYT 7 "Cuauhtémoc", ESIA Zacatenco |
| <p>4.2.4 No se cuenta con la lista maestra de control de registros</p> | ESIME Ticomán |
| <p>7.5 Se tiene el procedimiento SGE- GL- PO de fecha 2010/10/01 Rev. 2 el cual no se le está dando cumplimiento a las actividades descritas en el mismo. Así mismo el diagrama de flujo no muestra los formatos a utilizar</p> | ESE |
| <p>8.2.3 Se requiere realizar el seguimiento de indicadores para los procesos de la CEGET</p> | ESE |
| <p>4.2.4 No conoce el Procedimiento de control de registros y no muestra lista maestra de registros.</p> | ESIA Zacatenco, ESIME Zacatenco |
| <p>8.2.1 En el proceso de planeación no muestra evidencia del seguimiento y no muestra evidencia del proceso de desarrollo funcional.</p> <p>7.1 Se requiere unificar los criterios para definir los procedimientos metodologías y formatos aplicables en los departamentos de servicios administrativos de la SGE</p> | ESIA Zacatenco DSA-DPP, DAS-DEV, DSA-SGE, DSA-DPL |
| <p>4.2.3 Se requiere contar con las listas maestras de documentos internos y externos</p> | DPL |
| <p>4.2.4 Se requiere contar con la lista maestra de registros</p> | DPL, ESIA Zacatenco |
| <p>8.5 En el proceso de planeación no muestra evidencia del seguimiento y no muestra evidencia del proceso de desarrollo funcional.</p> | ESIA Zacatenco |
| <p>7.1 El plan de calidad SGE-GE-PL de fecha 2010-10-01, rev 03 de enlace técnico de evaluación no contempla la utilización del SAPMI para el desarrollo del proceso.</p> | ENCB |

2. Oportunidades de mejora

| OPORTUNIDADES DE MEJORA | CEGET-UA /ÁREAS DE LA SGE |
|---|---|
| 8.2.3 . Se recomienda que una vez iniciado un proceso de mejora con la reingeniería del proceso, se adecuen los indicadores por otros que aporten valor a las actividades que realiza la CIDA, ya que algunos de ellos no son alcanzados y se interpretan como incumplimientos, cuando en realidad la actividad no está sujeta al control de la CIDA. | Gestión Técnica de la CIDA |
| 8.5.1 No se mostró evidencias de acciones de mejora, acciones correctivas y acciones preventivas documentadas que aporten valor al proceso. | Gestión Técnica de la CIDA CECYT 5, DSA-DEV, <u>CECyT 2</u> |
| 8.2.3 . Se recomienda que una vez iniciado un proceso de mejora con la | Gestión Técnica de la CIDA |
| 4.2.3 Se observó que desde el año 2011 los parámetros de medición para evaluar los indicadores han sido rebasados constantemente, por lo que se recomienda ajustarlos para verificar mediciones que aporten valor y las metas sean más exigentes en cuanto a su alcance. | Control y Gestión de documentos de la SGE |
| 4.1 Se recomienda reforzar el conocimiento y manejo del SGC y de la norma ISO 9001:2008. | Departamento de Servicios Administrativos de la SGE, CECYT 7 "Cuauhtémoc" |
| 4.2.3 Es necesario revisar y actualizar todas las claves de los formatos en los procedimientos de compras y capacitación. | Departamento de Servicios Administrativos de la SGE |
| 5.3 se recomienda difundir y reforzar el conocimiento de la política de calidad, misión y visión del SGC de la SGE con el personal del área | Departamento de Servicios Administrativos de la SGE, ESIME Zacatenco |
| 8.5 Documentar las acciones de mejora y acciones preventivas llevadas a cabo. | Departamento de Servicios Administrativos de la SGE, ESCA Tepepan, ESIME Culhuacán, ESIME Ticomán |
| 6.3, 6.4 Se detectó que los espacios de trabajo de la CEGET son muy reducidos y está instalada una cámara de seguridad que emite un ruido permanente que ha traído problemas en la salud del personal. | ESIME Ticomán |
| 4.1 Se requiere conocer más la documentación del SGC para identificar algunos elementos señalados en los requisitos generales. | CECYT 7 "Cuauhtémoc" |
| 5.4.1 no se presentó evidencia y difusión de los objetivos de calidad | ESIME Zacatenco |
| 4.2.3 En el procedimiento de Enlace Técnico de Evaluación se recomienda la actualización en el manejo de la herramienta informática relacionado con los formatos que utilizan para integrar sus informes | CECYT 5, CECYT 7, ESM |
| 4.2.3 Los procedimientos operativos muestran en el encabezado una fecha diferente a la reportada en la lista maestra y es la hoja de revisiones del mismo procedimiento. | Dirección de Planeación |
| 7.1 El plan de calidad SGE-PL-PCREV.II de 2010-08 no muestra las guías metodológicas (PIMP) y hace referencia a procedimientos que ya no existen en (p.e. SGE-PLP-005). | Dirección de Planeación |
| 8.5.2/8.5.3 Se requiere reforzar el entendimiento y aplicación de los procedimientos de AC y AP para generar evidencias y documentar proyectos de mejora. | Dirección de Planeación, DF, ESIA Zacatenco |
| 4.2.4 Se utiliza un formato del inventario de manuales el cual no contiene codificación ni se menciona en el plan de calidad. | Desarrollo Funcional |
| 5.4.2 Documentar las actividades para la planificación de su proceso de acuerdo a los nuevos cambios de documentos. | Desarrollo Funcional |
| 8.2.4 Se recomienda tener la evidencia del seguimiento de los procesos. | ESE |

| OPORTUNIDADES DE MEJORA | CEGET-UA /AREAS DE LA SGE |
|--|-------------------------------|
| 4.2.4 Se debe actualizar la lista maestra de registros ya que se detecto el formato con clave SGE.PP.F09/01 en dos formatos diferentes, así como revisar la codificación en los formatos que no exista duplicidad. | Programación y Presupuesto |
| 7.1 Se debe actualizar el plan de calidad conforme a los nuevos procedimientos y formatos presentados a planeación para su registro. | Programación y Presupuesto |
| 7.1 En el plan de calidad en la parte relacionada a la realización del POA se debe presentar la utilización de los procedimientos en forma que se vea que se comparten ya que solo muestra que los utilizan los clientes y no el área de programación. | Programación y Presupuesto |
| 7.1 Se requiere incluir en el plan de calidad que la dependencia es la que realiza las modificaciones de acuerdo a las verificaciones que realiza programación al POA. | Programación y Presupuesto |
| 8.5.1 Como resultado de las mejoras a su proceso se desarrollaron guías para revisión y definiciones de conceptos los cuales no se han incluido al SGC por lo que se deben incorporar. | Programación y Presupuesto |
| 6.2.2 El plan de calidad SGE-CAC- PC de fecha 2010-oct-18 Rev. 08 presenta la fecha diferente al procedimiento en cuestión. | Servicios Administrativos DPL |
| 6.2.2 El procedimiento de capacitación muestra las claves diferentes a las que tienen los formatos físicamente, así mismo se utiliza un formato para el control de personal capacitado el cual no forma parte del SGC por lo que se debe incluir. | Servicios Administrativos DPL |
| 6.4 Es conveniente tener el concentrado de la evaluación de clima laboral para el 2012 para comparar con el anterior y evaluar las mejoras. | Servicios Administrativos DPL |
| 7.4 El Procedimiento de compras presenta el diagrama de flujo al final no apeándose a los lineamientos. | Servicios Administrativos DPL |
| 8.5.1 Se debe dar seguimiento a la mejora de evaluar a los clientes indirectos para saber el grado de satisfacción. | Servicios Administrativos DPL |
| 8.2.1 No se presenta encuesta de satisfacción del cliente | ESIA Zacatenco |
| 4.1 Se recomienda actualizar el MC ver. 07 de fecha 2010-09-09 ya que se cita el procedimiento de enlace técnico como versión 03, sin embargo el procedimiento muestra la versión 05 de fecha 2012 | ENCB |
| 8.5.2 Se requiere analizar el comportamiento del proceso de seguimiento programático anual para detectar la causa raíz y evaluar su efectividad. | ENCB |
| 7.5 El procedimiento de enlace técnico de evaluación es diferente en la secuencia de actividades al plan de calidad de dicho proceso. | ENCB |
| 8.2.3 Se requiere contar con la matriz (Formato) de seguimiento del proceso de enlace técnico de evaluación. | ENCB |
| 8.5.3 Es conveniente contar con el concentrado de las acciones correctivas y preventivas para facilitar la asignación del folio. | ENCB |

3. Fortalezas

| FORTALEZAS | CEGET-UA / ÁREAS DE LA SGE |
|---|--|
| Se observa una atención y esmero de todo el personal por conocer y atender el SGC, así como los procesos en que están involucrados. Excelente disposición del personal | Control y Gestión de documentos de la SGE |
| 4.1 El personal entrevistado evidencia un excelente manejo del SGC por la descripción de funciones y de la forma en que se desarrollan sus procesos. | Coordinación de Proyectos y del SGC, CECYT 3 |
| 8.5.1 Se observa un trabajo muy arduo en la mejora continua a través del trabajo realizado para la creación del Sistema Institucional de Calidad a través del Proyecto Estratégico Transversal PET 7, que se sigue trabajando para su implementación. | Coordinación de Proyectos y del SGC |
| En general se manifiesta un SGC muy sólido, que se mantiene estable a pesar de la movilidad del personal que mantiene la operación del sistema en las unidades académicas y administrativas que intervienen en el sistema. | Coordinación de Proyectos y del SGC |
| 4.2.3 Se desarrolló e implementó el Sistema Institucional de Estadística que ha beneficiado la captura de información requerida a todas las unidades académicas. | Dirección de Evaluación |
| 4.2.4 Se desarrolló e implementó el Sistema de respaldo y consulta de información que mantiene actualizada la información relevante de las unidades académicas, tales como los informes de autoevaluación, etc. | Dirección de Evaluación |
| Muestran un excelente control de los registros | ESCA Tepepan, CECYT 3 |
| 7.2.2 Existen excelentes canales de comunicación entre las unidades académicas y las áreas centrales. | Dirección de Evaluación, ESCA Tepepan |
| 8.2.1 La encuesta de satisfacción del cliente SGE-EV-280-ESC se actualizó considerando la estructura del Sistema Institucional de Estadística. | Dirección de Evaluación |
| 8.2.4 El seguimiento y medición del proceso muestra evidencia de un excelente control y manejo de los indicadores. | Dirección de Evaluación |
| 4.2.4 Se observó un óptimo manejo de los registros que proporcionan las evidencias de la conformidad con los requisitos y la operación eficaz | DSA-DEV, CECYT 2, ESM, CECYT 5, CECYT 13 |
| 6.4 Se mejoró el orden y los espacios de trabajo para el mejor desempeño de los procesos | ESM |
| Se observó una excelente disposición para el desarrollo de los procesos en planeación, organización, seguimiento, comunicación y mejora | CECYT 2 |

4. Resumen de las no conformidades identificadas

NÚMERO DE NO CONFORMIDADES: DIEZ Y OCHO (18)

MAYORES: 0

MENORES: 18

| Nº | MAYOR | MEJOR | Nº | MAYOR | MEJOR | Nº | MAYOR | MEJOR |
|-----------|-------|-------|-----------|-------|-------|-----------|-------|-------|
| 4/4.1 | 0 | 0 | 6.2/6.2.1 | 0 | 0 | 7.4.3 | 0 | 0 |
| 4.2/4.2.1 | 0 | 0 | 6.2.2 | 0 | 0 | 7.5/7.5.1 | 0 | 1 |
| 4.2.2 | 0 | 0 | 6.3 | 0 | 0 | 7.5.2 | N/A | N/A |
| 4.2.3 | 0 | 0 | 6.4 | 0 | 0 | 7.5.3 | 0 | 0 |
| 4.2.4 | 0 | 4 | 7/7.1 | 0 | 3 | 7.5.4 | 0 | 0 |
| 5/5.1 | 0 | 0 | 7.2/7.2.1 | 0 | 0 | 7.5.5 | N/A | N/A |
| 5.2 | 0 | 0 | 7.2.2 | 0 | 0 | 7.6 | N/A | N/A |
| 5.3 | 0 | 0 | 7.2.3 | 0 | 0 | 8/8.1 | 0 | 0 |
| 5.4/5.4.1 | 0 | 0 | 7.3/7.3.1 | N/A | N/A | 8.2/8.2.1 | 0 | 2 |
| 5.4.2 | 0 | 0 | 7.3.2 | N/A | N/A | 8.2.2 | 0 | 0 |
| 5.5/5.5.1 | 0 | 0 | 7.3.3 | N/A | N/A | 8.2.3 | 0 | 2 |
| 5.5.2 | 0 | 0 | 7.3.4 | N/A | N/A | 8.2.4 | 0 | 1 |
| 5.5.3 | 0 | 0 | 7.3.5 | N/A | N/A | 8.3 | 0 | 0 |
| 5.6/5.6.1 | 0 | 0 | 7.3.6 | N/A | N/A | 8.4 | 0 | 1 |
| 5.6.2 | 0 | 0 | 7.3.7 | N/A | N/A | 8.5/8.5.1 | 0 | 4 |
| 5.6.3 | 0 | 0 | 7.4/7.4.1 | 0 | 0 | 8.5.2 | 0 | 0 |
| 6/6.1 | 0 | 0 | 7.4.2 | 0 | 0 | 8.5.3 | 0 | 0 |

N/A: NO APLICA

—: NO AUDITADO

5. Conclusiones

De la información obtenida y de las observaciones realizadas por parte del grupo auditor conforme al Procedimiento de Auditorías de la SGE, se concluye que se cuenta con evidencia objetiva que soporta el establecimiento, la aplicación y el mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, conforme con los requisitos institucionales establecidos y la norma ISO 9001:2008; sin embargo, debe asegurarse la realización de las correcciones y aplicar las acciones correctivas necesarias, sin demora injustificada, a fin de solventar las **18** no conformidades detectadas y sus causas, para estar en cumplimiento pleno de todos los requisitos.

Noticias

- Se enviarán los reportes del seguimiento de acciones correctivas para su atención procedente.
- Se realiza la alineación y compatibilidad del SGC de la SGE con el Sistema Institucional de Calidad del PET 7, aplicable al Manual de Calidad y los Procedimientos de Gestión.



El aprendizaje en equipo es el proceso de alinear y desarrollar la capacidad del equipo para crear los resultados deseados por sus integrantes. Se construye sobre la disciplina del desarrollo de una visión compartida.

Peter Senge