



## Reporte de Auditoria Interna

No. de Auditoria Interna 5 Fecha de realización: 5, 6 y 7 de Junio del 2012		Fecha de elaboración del reporte: 7 de Junio de 2012							
No.	Hallazgo de Auditoria	Proceso / Unidad	Cláusula	Auditor	Categoría				
					May	Men	Obs	OM	EN
1	En el procedimiento para las acciones correctivas y preventivas se menciona que puede haber una reincidencia en el cumplimiento de una acción, por lo que no cumple con la norma en 8.5.2 c)	RD	8.5.2 c)	PO			1		
2	En el manual de la calidad del SUBA, tiene como registro el de realizar 3 veces al año la Revisión por la Dirección, y se evidencia que en el programa de la Revisión por la Dirección unicamnete se programa en 2 ocasiones para el año 2012	RD	5.6.1	PO			1		
3	El Formato FOR 7.5.5 CG 01 arroja un porcentaje de PNC, que no se sabe que es lo que indica, creo que se debería quitar del formato o incluir el parametro contra el cual se va a comparar dicho porcentaje	FD	7.5.5	JM			1		
4	Se recomienda establecer los criterios para considerar el producto no conforme.	FD	7.5.5	JM				1	
5	No se tienen documentadas acciones de mejora, se aconsejo a la encargada documentar los proyectos de capacitacion.	FD	8.5.1	JM				1	
6	Se recomienda que los bibliotecarios tengan copia de las acciones correctivas que se van a realizar	FD	8.5.3	JM			1		
7	<b>Requisito:</b> Control de Producto No Conforme <b>Falla:</b> Material segregado como PNC, no aparece en la cuenta Restaura. En la auditoría interna No.4 se le observo que no se captura el PNC en RESTAURA <b>Evidencia:</b> libro de Cirugía Bucomaxilofacial.	FO	8.3	FV		1			
8	El acervo se encontro mal ordenado de acuerdo al Sistema de Clasificación Dewey, en particular el MD con clasificación 001.42 (metodología de la Investigación) .	FO	7.5.3	FV			1		
9	No coincide la información que se muestra en el procedimiento, con la del manual de la calidad: (dice en el manual que son 13 registros diarios por catalogador y en el procedimiento en el punto 1.4.2 dice que son 10 registros diarios por catalogador); En el manual de calidad en el punto 8.5.2 viene referenciado el procedimiento de acciones correctivas como PRO8.5 CG 01 debiendo se PRO 8.5.2 CG 01	Control de documentos	4.2.3	JM/SM			1		
10	<b>Requisito:</b> Control de la producción y de la prestación del servicio. <b>Falla:</b> En el procedimiento en las formas y en el diagrama se menciona el uso del formato FOR 8.3 UPT 01, el cual no se encuentra en el uniq y no se encuentra en uso. <b>Evidencia:</b> El documento que se usa es el Reporte de incidencias FOR 7.5 UPT 04	UPT	7.5.1	SM		1			
11	En el diagrama no se clarifica el procedimiento del Jefe de UPT en cuanto al tipo de adquisición del MD; así como tampoco está bien especificado cuando pasa de Jefe de UPT a catalogador (clarificar el punto, no siempre hay SABCR).	UPT	7.5.1	SM			1		
12	Los indicadores de la UPT no se encuentran actualizados, el IND 8.2.3 UPT01 está hasta DIC 2011, el IND 8.2.3 UPT02 está hasta FEB 2012, y el IND 8.2.3 UPT 03 está hasta FEB 2012.	UPT	8.2.3	SM			1		



## Reporte de Auditoría Interna

No. de Auditoría Interna 5					Fecha de elaboración del reporte: 7 de Junio de 2012				
Fecha de realización: 5, 6 y 7 de Junio del 2012									
No.	Hallazgo de Auditoría	Proceso / Unidad	Cláusula	Auditor	Categoría				
					May	Men	Obs	OM	EN
13	En el área donde se encuentran los catalogadores, se encuentra un extintor con llave, que no se puede abrir, así como varias cajas desordenadas; En Zootecnia se encuentra un tomacorriente y cables en el piso, falta de señalización de ruta de evacuación y cajas desordenadas; en Ciencias Agrícolas se encuentran cables sueltos en el módulo; En Odontología se encuentran cajas desordenadas y en el FOR 8.5.2. CG 01 Reporte de Acción señala como punto a atender el de dar el servicio de fotocopiado por ventanilla eterna y presenta fecha de cierre el 31 de mayo del 2012. No hay evidencia de señalamiento que exista una ventanilla para dar el servicio.	UPT/FZ/CA/FO	6.3	SM/TS/ DB, RR/FV			1		
14	Se encuentra referencia errónea en el Procedimiento para auditorías internas y en el procedimiento para acciones correctivas o preventivas dice ISO 9001:2000 debe decir ISO 9001:2008	Control de documentos	4.2.3	SM			1		
15	<b>Requisito:</b> Infraestructura <b>Falla:</b> En la pasada auditoría interna se observó en el hallazgo No.78 que la puerta de la Biblioteca de Zootecnia se encontraba cerrada y la biblioteca de Odontología no contaba con alarma, ambas puertas siguen en las mismas condiciones. <b>Evidencia:</b> Puerta de emergencia que está junto a la rampa sigue cerrada y en el caso de Odontología la puerta de emergencia sigue sin alarma, no presentó evidencia de haber solicitado la alarma.	FZ/FO	6.3	TS/FV		1			
16	Se observa que falta protección en el exhibidor de material documental electrónico, la puerta de emergencia no cuenta con señalización.	CA	6.3	DB/RR			1		
<b>Total</b>					<b>0</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>Conclusión:</b>									
Se observa que el SGC está evolucionando favorablemente ya que en la auditoría anterior se encontraron ocho hallazgos menores habiéndose reducido en un 50% en esta auditoría.									
<b>Recomendaciones de mejora (En el caso de que se haya establecido como Objetivo de la Auditoría)</b>									
Es indispensable realizar más Revisiones por la Dirección, debido a que el sistema en el SUBA es muy amplio y con procesos que demandan supervisión y ejecución constante, por lo que estos arrojan constantemente información que debe ser revisada y analizada para las tomas de decisiones pertinentes.									
A falta de JB la USEI sea quien imparta los cursos de capacitación.									
La USEI debe recopilar la evidencia de los cursos de capacitación de bases de datos a los alumnos de licenciatura y de posgrado con la finalidad de respaldar las listas de calificaciones.									

Nombre y firma del Auditor Líder

Nombre y firma del Representante de la Dirección