INFORME DE RESULTADOS DE LA AUDITORIA INTERNA ISO 9001:2015 APLICADA EN EL INSTITUTO TECNOLÓGICO DE OAXACA

Para: M. E. Fernando TOLEDO TOLEDO
Director del IT de Oaxaca

Preparado por Bernardo Ariel MENDIETA PÉREZ auditor líder validado por el organismo certificador Instituto Mexicano de Certificación, A.C. con el registro TECLSGC-053

I-GENERALES DE LA EVALUACIÓN

1. Fecha de la realización: 3 al 7 de mayo del 2021
2. Objetivo: Proporcionar información acerca de si el Sistema de Gestión de la Calidad
   a) Cumple:
      1. Los requisitos propios de la organización para su Sistema de Gestión de la Calidad;
      2. Los requisitos de la norma ISO 9001:2015;
   b) Está implementado y mantenido eficazmente.
3. Alcance: A todos los procesos incluidos en el Sistema de Gestión de la Calidad del Instituto Tecnológico de Oaxaca que establece “El Servicio Educativo, para la formación profesional tecnológica desde la difusión de la oferta educativa hasta la gestión del título y cédula profesional o grado, para licenciatura y/o posgrado incluida la generación de conocimiento y/o proyectos de investigación que emanan de la misma
4. Auditores:
   - ✓ Dr. Salvador GARCÍA FIERRO
   - ✓ Dra. Saraí María MARTÍNEZ MENDOZA
   - ✓ M.C, Vicenta RÍOS MALDONADO
   - ✓ Ing. Atalía LUNA PÉREZ
   - ✓ Ing. Huitzilí DÍAZ JAIMES
   - ✓ M. A. Elizabeth AVENDAÑO VÁSQUEZ
   - ✓ M. A. Fidelia CRUZ LÓPEZ
   - ✓ M. C- María de Jesús GIL GALLEGOS
   - ✓ M.C. Luis Ángel SANTOS PINEDA
   - ✓ Mariela Rivera Cervantes (observadora)
   - ✓ Bernardo Ariel MENDIETA PÉREZ (Líder)

II-RESUMEN PARA DIRECTIVOS:

En el Instituto Tecnológico de Oaxaca se requiere hacer un esfuerzo importante para robustecer el establecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad y dar continuidad a la fase de implementación y mantenimiento, conforme a lo dispuesto en la norma ISO 9001:2015.

A) FORTALEZAS:

- ✓ Se identifica como fortaleza, el liderazgo de varios responsables de departamento que se esmeraron en hacer partícipes al personal de sus áreas principalmente, conduciendo con certeza la integración de su equipo, como son los casos de Ingeniería en Sistemas Computacionales, Recursos Materiales, Servicios Escolares, Recursos Humanos, Lenguas Extranjeras, Residencia Profesional, Servicio Social, Servicio Médico y Mantenimiento Externo, Acreditación de Carreras.

- ✓ Tras identificar poca posibilidad de evaluar el proceso Académico se ofrece la alternativa de no auditar la fase operativa, sin embargo, durante la evaluación del proceso Estratégico el día 5 de mayo, se recibe instrucción de Dirección de intentar cumplir la agenda con el muestreo determinado para el día 6 de mayo, en consecuencia, se solicita aplicar auditoría sorpresiva, con apertura la Jefatura de Ingeniería en Sistemas que brinda un excelente resultado.
- ✓ El esfuerzo y capacidad mostrados por las personas que administran el Sistema de Gestión de la Calidad que muestra ejemplo para promover la mejora del sistema de gestión de la calidad.
- ✓ El interés y compromiso mostrado por los miembros del equipo auditor.

B) DEBILIDADES:

- El auditor líder de origen externo no muestra la sensibilidad necesaria conforme a la cultura organizacional de tal manera que:
  - La forma en la que expresa sus comentarios provoca disgusto en algunos casos del personal auditado.
  - Genera sensación de exclusión en parte del equipo auditor cuando toma decisiones que afectaron la realización de la auditoría del proceso Académico en su fase de posgrado, cuando determina que para la evaluación solo es necesaria la participación de Directores de Tesis de los casos de muestreo, solicitando que los Coordinadores de los Posgrados asociados privilegiaran la atención del proceso de Planeación en su fase del registro en PNPC, debido a que considera inapropiadamente que en la fase de formación no es necesaria la participación de estos, asumiendo que el único responsable de la formación del estudiante es realizada por el Director de Tesis.
- Tras identificar poca posibilidad de evaluar el proceso Académico y en consecuencia de no auditar la fase operativa, el Jefe de departamento de Ingeniería Mecánica promueve la respuesta por parte de su personal a requisitos generales de manera apropiada, aunque en la fase de operación se identifican debilidades importantes incluidas en el registro de la no conformidad al requisito 8.1 de la norma ISO 9001:2015.
  Por parte del programa de Ingeniería en Gestión Empresarial nos indican que los dos docentes seleccionados en el muestreo presentan situaciones inconvenientes de salud debido a la vacuna, razón por la cual no pueden participar en el proceso de auditoría.
- Tras varios intentos por revisar el proceso de Investigación e Innovación en la fase de Innovación e Incubación empresarial no fue posible a pesar de la apertura del equipo auditor para realizar la evaluación ajustándose a la disponibilidad del personal auditado.
- No se determina con claridad las responsabilidades de las personas a cargo del mantenimiento de los laboratorios de Química y Bioquímica aplicables en posgrado, ni el método para su aplicación.
- Falta de interés de algunos departamentos académicos para llevar a cabo trabajos de investigación.

RESULTADO:

1. No es posible confirmar cumplimiento de requisitos propios de la organización para su Sistema de Gestión de la Calidad, en la fase de operación dada las no conformidades registradas.
2. Se identifica cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, salvo los requisitos 6.2 (objetivos de la calidad), 7.3 (toma de conciencia) y 8 (Operación).

3. La implementación no puede ser evaluada de manera general, dadas las no conformidades declaradas, algunas actividades de los requisitos asociados a los capítulos 9 y 10 de la norma ISO 9001:2015 se preveía no hubieran sido implementadas para esta auditoría.
4. El mantenimiento y la mejora de la aplicación del Sistema de Gestión de la Calidad podrá ser evaluado, hasta después de confirmar la implementación.

III - ESTADO EN QUE SE ENCUENTRA EL SISTEMA:

4.1 Comprensión de la organización y de su contexto**: CONFORME**
4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas: **CONFORME**
4.3 Determinación del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad: **CONFORME**
4.4 Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos: **CONFORME**
5.1.1 Generalidades de liderazgo y compromiso**: CONFORME**
5.1.2 Enfoque al cliente**: CONFORME**
5.2.1 Establecimiento de la política de la calidad**: CONFORME**
5.2.2 Comunicación de la política de la calidad**: CONFORME**
5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización**: CONFORME**

Observación: Se cierra no conformidad
Oportunidad de mejora: No se dispone de nombramiento para jefes de oficina de departamentos Recursos financieros ni de Comunicación y difusión.

6.1.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades: **CONFORME**
6.1.2 Planificación de acciones para abordar riesgos y oportunidades**: CONFORME**
6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos**: NO CONFORME**

Hallazgo: La determinación y planificación de los objetivos de la calidad, muestra que varios de ellos no son alcanzables como es el hecho de conseguir 3 acreditaciones o 2 programas de posgrado registrados en PNPC para el 1 de junio del 2021, además de no presentar evidencia del seguimiento a la fecha.
Evidencia: Declaración de hechos, tablero
Requisito incumplido: 6.2 de la norma ISO 9001:2015

6.3 Planificación de los cambios**: CONFORME**
7.1.1 Apoyo: **CONFORME**
7.1.2 Personas**: CONFORME**
7.1.3 Infraestructura**: CONFORME**
7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos: **CONFORME**
7.1.5.1 Generalidades de recursos de seguimiento y medición**: CONFORME**
7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones**: CONFORME**
7.1.6 Conocimientos de la organización**: CONFORME**
7.2 Competencia**: CONFORME**
7.3 Toma de conciencia**: NO CONFORME**

Hallazgo: Alto porcentaje del personal entrevistado para la evaluación de la conducción del proceso académico en servicio de licenciatura no muestra conciencia de su contribución al logro de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, dado el desconocimiento de la documentación del sistema de gestión de la calidad.
Evidencia: Declaración de hechos.
Requisito incumplido: 7.3 de la norma ISO 9001:2015

7.4 Comunicación**: EN IMPLEMENTACÍON**
7.5 Información documentada**: NO CONFORME**

Existe no conformidad previamente registrada en proceso de atención, con resultado favorable, pero para lo que aún existen actividades comprometidas en proceso de atención.

8.1 Planificación y control operacional: **NO CONFORME**

Hallazgo: El Instituto Tecnológico de Oaxaca no muestra certeza en la planificación, implementación y control de los procesos de Gestión de la Educación, Académico, así como el de Investigación e Innovación que son los que declara necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios, ya que, por ejemplo:

a) El personal entrevistado para revisar la inscripción de los estudiantes de segundo semestre informa que se preparó una plataforma para colectar los documentos de forma digital, sin embargo, hace días ya no pudieron acceder a dicha plataforma, ni en el momento en que se realiza la auditoría. A través de MindBox se pudo recobrar cierta información.
b) La planificación de las actividades complementarias descritas en el mapa de proceso Académico limita la aplicación a actividades extraescolares sin que nadie hubiera identificado esta limitación.
c) La alternativa de la metodología asociada a titulación por proyecto de tesis no se encuentra prevista ni para estudiantes de Posgrado ni de licenciatura en la documentación del SGC, a pesar de que durante el muestreo se identifican los casos de estudio que optan por esta opción, lo que no permite confirmar el cumplimiento de los requisitos asociados.
d) Las acciones que se han aplicado para mitigar los efectos de la emergencia sanitaria y que influyen de manera significativa para propiciar la educación a distancia, no se encuentran previstas ni documentadas en las etapas adecuadas, para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.
e) El personal entrevistado que dirige las actividades incluidas en los procesos de Operación desconoce los objetivos de la calidad que se pretenden cumplir, la manera de medir y en consecuencia los resultados alcanzados como es la eficiencia terminal institucional.
f) No se dispone de información para la implementación y control de actividades de Emprendedurismo
g) Dada la nueva normalidad se requiere la prestación de servicios directamente a los estudiantes por parte del Departamento del Centro de Cómputo lo que debería ser considerado en los procesos de operación, como son la generación de correo electrónico institucional, incluido cuando se cambia de carrera, asignación de grupos, MindBox, Moodle.
h) En la coordinación institucional de tutorías no se tuvo acceso a evidencia de la aplicación del servicio de tutorías, orientación educativa, salvo de Ingeniería en Sistemas Computacionales considerando el muestreo aplicado durante la auditoría
i) Durante la auditoría se evidenció que las actividades que se realizan en el proceso académico en posgrado no están declaradas en el SGC, siendo necesario adecuar a las necesidades del posgrado.

Evidencia: Mapas de proceso de Gestión de la Educación, Académico, de Investigación e Innovación, así como declaración de hechos,

Requisito de la norma ISO 9001:2015 incumplido 8.1, afectando la conformidad de los requisitos 8.2, 8.3, 8.5, 8.6 y 8.7

9.1.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación **EN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN**

9.1.2 Satisfacción del cliente **POR IMPLEMENTAR**

9.2.1 Auditoría interna: **CONFORME**

9.2.2 Auditoría interna: **NO CONFORME**

Existe no conformidad registrada en proceso de atención que se encuentra en proceso de atención,

9.3.1 Revisión por la dirección **SIN IMPLEMENTACIÓN**
9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección **SIN IMPLEMENTACIÓN**
9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección **SIN IMPLEMENTACIÓN**

10.1 Mejora **CONFORME**
10.2.1 No conformidad y acción correctiva **CONFORME**
10.2.2 No conformidad y acción correctiva **CONFORME**
10.3 Mejora continua **EN IMPLEMENTACIÓN**

Atentamente



Firmado digitalmente por Bernardo Ariel MENDIETA PÉREZ
Fecha: 2021.05.07 16:42:01 -05'00'

Bernardo Ariel MENDIETA PÉREZ
Auditor líder

c.c.p. Ing. Julio César VILLALOBOS GARCÍA
M.I. Gladis Yolanda Delfina CASTELLANOS HERNÁNDEZ
M.D. Javier Ezequiel FUENTES GARCÍA
Ing. Huitzilí DÍAZ JAIMES
M.A. Fidelia CRUZ LÓPEZ
M.C María de Jesús GIL GALLEGOS
Archivo