PLAN E INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMA DE GESTIÓN	AÑO
	2026

ORGANIZACIÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CONTENIDO

Este documento contiene la planificación y el resultado de la realización de la auditoría del sistema de gestión. El auditor responsable completa este documento en la medida que se desarrollan las etapas de la presente auditoría.

CONTENIDO	FECHA DE ELABORACIÓN
Plan de auditoría *(punto 10)*	31/08/26
Informe de auditoría *(punto 11 y sigs.)*	07/09/26
Anexo A ☐ No aplica confeccionar el Anexo A en la presente auditoría.	08/09/26

COMPLETÓ AUDITOR RESPONSABLE
Evangelina Ferri
NOMBRE COMPLETO
evamferri@yahoo.es
CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

ORGANIZACIÓN	
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO	
DIRECCIÓN	
Facultad de Odontología UNR: Santa Fe 3160 - (2000) Rosario - Santa Fe - República Argentina	
CONTACTO DE LA ORGANIZACIÓN	**ROL**
Cecilia Scándolo	Gestión de Calidad UNR
TELÉFONO / CELULAR	**CORREO ELECTRÓNICO**
4201279	calidad@unr.edu.ar

ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN

ALCANCE ASIGNADO
Aclaración: En caso de auditoría de más de un sistema de gestión, si los alcances no son iguales, especificar los alcances para cada norma de referencia.

Registro y certificación de la formación del estudiante de la carrera de Odontología.

ALCANCE FINAL
Aclaración: Si el alcance asignado tuvo cambios que surgieron durante esta auditoría, escribir el alcance final.

CAMBIOS EN EL ALCANCE CERTIFICADO

Si la organización posee un certificado vigente, indique lo siguiente:

☒ el alcance certificado no tuvo cambios en esta auditoría. El alcance final coincide con el alcance certificado.

☐ el alcance certificado tuvo cambios que surgieron durante esta auditoría. Mencionar brevemente los cambios: .

Miembro de: IQNET

INFORMACIÓN DE LA AUDITORÍA

1. Tipo de auditoría

NORMA DE REFERENCIA	REGISTRO	TIPO DE AUDITORÍA
IRAM-ISO 9001:2015	RI: 9000- 4176	Seguimiento N° 1 Otro tipo, mencionar:
	RI: 9000-	Otro tipo, mencionar:
	RI: 9000-	Otro tipo, mencionar:
	RI: 9000-	Otro tipo, mencionar:
	RI: 9000-	Otro tipo, mencionar:

2. Fecha de la auditoría

FECHA DE LA AUDITORÍA	REMOTA	PRESENCIAL
07/09/26	☐	☒
	☐	☐

3. Objetivo de la auditoría

Evaluación del sistema de gestión de la organización según los criterios de auditoría con el objetivo de:

☐ Auditoría de Certificación – Etapa I: Verificar el diseño del sistema de gestión en base al cumplimiento de los requisitos de la norma de referencia, incluyendo la planificación y realización de las auditorías internas y revisión por la dirección.

☐ Auditoría de Certificación – Etapa II: Verificar la implementación eficaz del sistema de gestión en base al cumplimiento de los requisitos de la norma de referencia para otorgar la certificación del sistema de gestión, según se establece en el Acuerdo de Certificación IRAM de Sistemas de Gestión.

Miembro de: IQNET

☐ Auditoría de Recertificación: Verificar la implementación eficaz del sistema de gestión en base al cumplimiento de los requisitos de la norma de referencia para otorgar la renovación de la certificación del sistema de gestión, según se establece en el Acuerdo de Certificación IRAM de Sistemas de Gestión.

☒ Auditoría de Seguimiento: Efectuar el seguimiento del sistema de gestión en base al cumplimiento de los requisitos de la norma de referencia, según se establece en el Acuerdo de Certificación IRAM de Sistemas de Gestión.

☐ Auditoría de Levantamiento de Suspensión: Verificar la resolución de la cuestión que dio lugar a la suspensión.

☐ Auditoría Extraordinaria: Verificar la eficacia de las acciones correctivas y correcciones que confirmen la resolución de las observaciones (no conformidades menores) o no conformidades (no conformidades mayores) de la auditoría anterior.

☐ Otra auditoría. Mencionar tipo y objetivo de la auditoría:

4. Alcance de la auditoría

Los requisitos normativos indicados en los *requisitos a evaluar en la auditoría (punto 9)* y las actividades, procesos y sitios de la organización detallados en la *planificación de las actividades diarias (punto 10)*.

5. Equipo auditor

AUDITOR RESPONSABLE	**AUDITOR 2**
Evangelina Ferri	N/A
AUDITOR 3	**AUDITOR 4**
N/A	N/A
AUDITOR 5	**AUDITOR 6**
N/A	N/A
EXPERTO TÉCNICO	**OBSERVADOR**
N/A Aclaración: La participación del experto técnico figura en la *planificación de las actividades diarias (punto 10)*.	N/A
	TESTIFICADOR
	N/A

Si usted no estuviera de acuerdo con el equipo auditor o con alguno de los auditores asignados a su organización, por favor le solicitamos enviar una nota describiendo las causas de su apelación.

dirigida al Gerente de Certificación de Sistemas de Gestión, quien reverá la formación del equipo auditor.

6. Criterios de auditoría

Los criterios de auditoría utilizados como referencia son los requisitos establecidos en la norma de referencia (*punto 1)* y la información documentada de origen interno y externo del sistema de gestión de la organización.

Aclaración: Si el sistema de gestión de la organización se encuentra certificado, la información documentada de origen externo incluye el Manual de aplicación para la divulgación de la certificación (DC-PG 096) emitido por el IRAM.

7. Confidencialidad

Toda la documentación que se emplee durante la auditoría o la originada durante la misma, tiene carácter confidencial, incluido el informe de auditoría, no pudiendo transcribirse a terceros o reproducirse sin permiso expreso de la organización auditada.

8. Recursos

En el caso de auditoría presencial o en la parte presencial de la auditoría mixta, el equipo auditor debe disponer de una sala u oficina adecuada para realizar las reuniones internas y elaborar las conclusiones de la auditoría.

En el caso de auditoría remota o en la parte remota de la auditoría mixta, el equipo auditor y la organización auditada deben utilizar una conectividad adecuada (es decir, voz y video) de manera de garantizar que la comunicación sea estable para realizar las actividades de auditoría, con la participación del auditado, utilizando las siguientes herramientas tecnológicas:

ACTIVIDADES DE AUDITORÍA	USO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS
Recorrida por el sitio y observación del trabajo realizado	☐ MS Teams ☐ Zoom ☐ Skype ☐ Google Meet ☐ WhatsApp Otra, mencionar
Realización de entrevistas	☐ MS Teams ☐ Zoom ☐ Skype ☐ Google Meet ☐ WhatsApp Otra, mencionar

ACTIVIDADES DE AUDITORÍA	USO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS
Revisión de información documentada (documentos y registros)	☐ MS Teams ☐ Zoom ☐ Skype ☐ Google Meet ☐ WhatsApp Otra, mencionar

La información documentada del sistema de gestión debe estar disponible para el equipo auditor. De existir observaciones (no conformidades menores) o no conformidades (no conformidades mayores) en la auditoría anterior realizada por el IRAM o por otro organismo de certificación (en caso de transferencia), la organización debe entregar una copia de las correcciones, causas determinadas y acciones correctivas, junto con la evidencia de implementación eficaz al equipo auditor en la auditoría.

9. Requisitos para evaluar en la auditoría según actividades y procesos:

La auditoría del sistema de gestión de la organización se estructura sobre la base de la evaluación de los procesos enfocando siempre el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) y el pensamiento basado en riesgos. Los requisitos que son tenidos en cuenta al evaluar dichas actividades y procesos se enumeran a continuación:

Norma de referencia	IRAM-ISO 9001
Entrevista con la alta dirección:	
Contexto de la organización	4
Liderazgo	5
Objetivos y planificación para lograrlos	6.2
Recursos	7.1
Revisión por la dirección	9.3
Mejora continua	10.3
Entrevista con la alta dirección o responsable del sistema de gestión:	
Determinación del alcance del sistema de gestión	4.3
Sistema de gestión y sus procesos	4.4
Roles, responsabilidades y autoridades	5.3
Acciones para abordar riesgos y oportunidades	6.1
Planificación de las acciones	6.1.2
Comunicación	7.4
Información documentada	7.5
Seguimiento, medición, análisis y evaluación	9.1.1; 9.1.3
Satisfacción del cliente	9.1.2
Auditoría interna	9.2
Mejora	10
Divulgación de la certificación, incluido el uso de logos, según DC-PG 096 (aplica en auditorías de seguimiento o recertificación)	X

Miembro de: IQNET

Norma de referencia	IRAM-ISO 9001
Verificación de correcciones y acciones correctivas surgidas de la auditoría anterior	X
Determinación de requisitos legales y reglamentarios aplicables a los productos y servicios	X
Tratamiento de quejas y reclamos de clientes	X
Auditoría a los procesos, según corresponda:	
Sistema de gestión y sus procesos	4.4
Acciones para abordar riesgos y oportunidades	6.1
Planificación de las acciones	6.1.2
Objetivos y planificación para lograrlos	6.2
Planificación de los cambios	6.3
Apoyo	7
Operación	8
Seguimiento, medición, análisis y evaluación – Generalidades	9.1.1; 9.1.3
Mejora	10

PLAN DE AUDITORÍA

10. Planificación de las actividades diarias

SITIO UNICO	Santa Fe 3160 - (2000) Rosario

FECHA	HORA	AUDITOR RESPONSABLE
07/9	08:15	Reunión de apertura *(Nota 1)*
	08:45	**Entrevista con la Alta Dirección** (se audita s/ item 9) Política de la Calidad. Contexto. Partes interés. R y O. Liderazgo. Objetivos y planificación. Provisión de recursos. Revisión por la dirección. Mejora. Comunicación institucional
	10:00	**Registro y certificación de la formación del estudiante de la carrera de Odontología** (se audita s/ item 9) **Inscripción e ingreso del estudiante** Ingreso de solicitudes. Revisión de los requisitos. **Administración, seguimiento y certificación de la trayectoria académica del estudiante** (Inscripción a cursado. Inscripción a exámenes. Regularización y promoción, trámites académicos. Certificación.) **Egreso y entrega de diplomas**
	13:00	Receso para almuerzo
	14:00	**Entrevista con el responsable del Sistema de Gestión** (se audita s/ item 9) Alcance. Determinación e interacción de procesos. Gestión documental. Satisfacción del cliente, quejas y reclamos. Tratamiento Auditoría anterior IRAM. Auditorías internas. Tratamiento hallazgos. No conformidades y Acción correctiva. Mejora. Seguimiento y medición
	15:00	Elaboración de las conclusiones
	15:45	Reunión de cierre *(Nota 1)*
	16:15	Fin de auditoría

Miembro de:
IQNET

Nota 1: La dirección de la organización debe estar presente en la reunión de apertura y cierre de la auditoría. En casos excepcionales, debidamente justificados, la dirección puede ser reemplazada por un representante con posición ejecutiva.

Nota 2: En caso de que la organización lleve a cabo actividades o procesos en varios sitios (multisitio) y sean visitados en la presente auditoría, en la planificación de las actividades diarias se identifica el nombre del sitio (por ejemplo: casa central, depósito, sucursal) o la dirección del sitio.

Nota 3: Los sitios que se planifican visitar en la presente auditoría se determinan considerando lo siguiente:

- los sitios propios de la organización donde se realizan procesos, actividades, productos y servicios diferentes y que no se realizan en otro sitio *no son susceptibles de muestreo y se visitan en todas las auditorías*.

- una muestra de los sitios propios de la organización donde se realizan procesos, actividades, productos y servicios muy similares *son susceptibles de muestreo*.

- una muestra de los *sitios temporales* donde se realizan procesos, actividades, productos y servicios, por ejemplo, sitios de clientes donde se prestan servicios.

El auditor responsable verifica que las consideraciones descriptas anteriormente se cumplan en la planificación de la presente auditoría.

En caso de que la organización auditada constate algún apartamiento de estas consideraciones, rogamos avisar al auditor responsable para que revise la planificación, de manera de asegurar la auditoría a todos los procesos, actividades, productos y servicios que se encuentran dentro del alcance de la certificación.

INFORME DE AUDITORÍA

11. Sitios auditados

SITIOS AUDITADOS PROPIOS
Facultad de Odontología UNR: Santa Fe 3160 - (2000) Rosario - Santa Fe - República Argentina
SITIOS AUDITADOS TEMPORALES
n/a
Aclaración: Incluir todos los sitios propios y temporales auditados en la presente auditoría.

La organización lleva a cabo actividades o procesos:

☒ en un sitio.

☐ en varios sitios (multisitio). Se cumplió el plan de evaluación de sitios propios y temporales a auditar determinado por el IRAM.

☐ en varios sitios. No se cumplió el plan de evaluación de sitios propios y temporales a auditar determinado por el IRAM. Mencionar el motivo por el cual no se cumplió el plan: .

12. Cumplimiento del plan de auditoría

La presente auditoría fue realizada conforme a la *planificación de las actividades diarias (punto 10)* descriptas en el plan de auditoría. Con respecto al cumplimiento del plan de auditoría:

☒ esta auditoría se realizó cubriendo los procesos, actividades, productos, servicios y sitios indicados en la planificación de las actividades diarias descriptas en el plan de auditoría.

☐ fue necesario desviarse de la planificación de las actividades diarias descriptas en el plan de auditoría. Mencionar los motivos: .

13. Cumplimiento del objetivo de la auditoría

Con respecto al cumplimiento del objetivo de la auditoría:

☒ se cumplió el objetivo de la auditoría.

☐ no se cumplió el objetivo de la auditoría por los motivos mencionados en la conclusión del informe de auditoría.

14. Alcance de la certificación

El alcance de la certificación:

☒ es apropiado.

☐ no es apropiado y se informó a la Gerencia de Certificación de Sistemas de Gestión del IRAM. Mencionar el motivo por el cual no es apropiado: .

15. Cambios significativos en el sistema de gestión

Desde la última auditoría realizada por el IRAM o por otro organismo de certificación (en caso de transferencia), el sistema de gestión:

☒ no ha tenido cambios significativos.

☐ ha tenido cambios significativos detallados a continuación: .

16. Divulgación de la certificación

El Manual de aplicación (DC-PG 096) establece las condiciones para divulgar la certificación del sistema de gestión, que incluye la utilización del sello IRAM, en medios radiales, televisivos, gráficos y plataformas digitales, como redes sociales, sitios web y blogs, o a través de soportes, como folletos, catálogos, objetos promocionales, videos, presentaciones y avisos publicitarios, entre otros.

☒ La divulgación de la certificación cumple el Manual de aplicación (DC-PG 096).

☐ La divulgación de la certificación no cumple el Manual de aplicación (DC-PG 096).

☐ La organización no divulga la certificación.

☐ No aplica la evaluación de cumplimiento por ser etapa I o etapa II de la auditoría de certificación.

Miembro de: IQNET

17. Fecha de la próxima auditoría

La próxima auditoría del proceso de certificación debe realizarse en el mes y año: 09/2027.

18. Conclusión de la auditoría

De acuerdo con la evidencia evaluada y con los hallazgos de auditoría descriptos en el presente informe, el auditor responsable recomienda a la Gerencia de Certificación de Sistemas de Gestión del IRAM que se mantenga la certificación del sistema de gestión de la calidad, de la organización FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO conforme a los requisitos de la norma ISO 9001:2015, una vez aceptadas las correcciones y acciones correctivas que deberán implementarse eficazmente para dar respuesta a las observaciones descriptas en este informe.

La organización debe enviar al auditor responsable el tratamiento de las observaciones. El envío debe realizarse por correo electrónico dentro de los treinta días corridos a partir de la recepción del informe de auditoría.

Aclaraciones:

El resultado de la presente auditoría, transmitido en la conclusión del informe de auditoría, está basado en información reunida de la muestra auditada del sistema de gestión. Esta muestra permitió al equipo auditor llegar a una conclusión con respecto al objetivo de la auditoría con cierto grado de confianza. No obstante, puede haber desvíos en el sistema de gestión no detectados y esta situación no exime a la organización de la responsabilidad y de la verificación continua de cumplimiento de los requisitos.

La conclusión de la auditoria es complementada con información adicional incluida en el Anexo A que forma parte del presente documento y es enviado a la organización dentro de los diez días corridos a partir de la finalización de la auditoría. La confección del Anexo A no aplica en la etapa I de la auditoría de certificación.

La información incluida en el presente informe de auditoría ha sido transmitida y analizada en la reunión de cierre. Si la organización auditada no está de acuerdo con el resultado de la presente auditoría, puede presentar una queja o una apelación ante la Gerencia de Certificación de Sistemas de Gestión del IRAM. Ver cláusula 15° y 16° del Acuerdo de Certificación IRAM de Sistemas de Gestión.

Miembro de: IQNET

Si la organización auditada no efectúa comentarios acerca del resultado de la auditoría dentro de los treinta días corridos a partir de la recepción del informe de auditoría, el IRAM considera que este informe ha sido aceptado.

Antes de otorgar o mantener la certificación, lo actuado en la presente auditoría se somete a una revisión independiente dentro del IRAM que podría modificar el contenido del informe de auditoría y sus conclusiones o solicitar información adicional.

HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR

19. Verificación de correcciones y acciones correctivas

El resultado de la verificación de la eficacia de las correcciones, determinación de la causa y acciones correctivas y registro de las evidencias que confirmen la resolución de las **observaciones** (no conformidades menores) o **no conformidades** (no conformidades mayores) de la auditoría anterior realizada por el IRAM o por otro organismo de certificación (en caso de transferencia), se detalla a continuación:

N.º NC	N.º OB	Requisito	Evidencia de la resolución *(Se mencionan registros, documentos, declaraciones de hechos u otra información)*	R	PR

Resultado de la verificación:

☐ No aplica por ser etapa I de la auditoría de certificación.

☒ No aplica ya que no se detectaron **observaciones** (no conformidades menores) o **no conformidades** (no conformidades mayores) en la auditoría anterior.

☐ Todas las **observaciones** (no conformidades menores) o **no conformidades** (no conformidades mayores) detectadas en la auditoría anterior se calificaron como **resueltas (R)**.

☐ Existen **observaciones** (no conformidades menores) o **no conformidades** (no conformidades mayores) detectadas en la auditoría anterior calificadas como **pendientes de resolución (PR)**. Para cerrar el incumplimiento, l**a organización auditada debe registrar nuevamente el tratamiento de los desvíos pendientes de resolución en el archivo "Tratamiento de OB y NC" suministrado por el IRAM y enviar dicho registro conteniendo la determinación de la causa raíz y el plan para las correcciones y acciones correctivas junto con evidencias de implementación de ambas al auditor responsable para su revisión, aceptación y verificación,** dentro de los treinta días corridos a partir de la recepción del informe de auditoría.

☐ Existen **observaciones** (no conformidades menores) o **no conformidades** (no conformidades mayores) detectadas en la auditoría anterior calificadas como **pendientes de resolución (PR)**. Para cerrar el incumplimiento, **el IRAM debe realizar una auditoría extraordinaria con una duración de días auditor antes de los días corridos** a partir de la finalización de la presente auditoría.

HALLAZGOS DE LA PRESENTE AUDITORÍA

Fortaleza

La fortaleza (FO) es una situación o un atributo del sistema de gestión destacable por su buen funcionamiento y su valor con respecto al desempeño general del sistema.

FO	Requisito	Redacción del hallazgo
FO 1	5.1	Liderazgo y compromiso Se destaca el liderazgo y compromiso asumido por la dirección de la organización, evidenciado en la estrategia de distribución de los escasos recursos económicos con los que cuenta para poder sostener las mejoras implementadas y avanzar con nuevas. Si bien el contexto económico es desmotivante, se evidencian pasos sostenidos hacia la mejora.

☐ No se detectaron fortalezas.

Oportunidad de mejora

La oportunidad de mejora (OM) es un aspecto del sistema de gestión implementado que el auditor considera oportuno mejorar y que podría generar un beneficio potencial para la organización. Este beneficio potencial se describe en su redacción.

La organización auditada debe evidenciar su análisis, si bien queda a su consideración la toma de acciones.

OM	**Requisito**	**Redacción del hallazgo** ***(Se menciona el título del requisito, la idea sugerida y el beneficio potencial asociado)***
OM 1	4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas Es una oportunidad de mejora revisar la identificación dentro de las partes interesadas a los pacientes atendidos por los estudiantes durante las prácticas de las distintas asignaturas y a las otras facultades con las que interactúan intercambiando experiencias respecto al SGC, con el fin de detectar potenciales oportunidades de mejora tras el análisis de necesidades y expectativas.
OM 2	4.3	Determinación del alcance del SGC Es una oportunidad de mejora revisar la ampliación del alcance del SGC considerando los procesos de soporte del proceso de enseñanza aprendizaje, con el fin de mostrar la eficiencia operativa con la que trabajan.
OM 3	6.2	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos Es una oportunidad de mejora revisar que las metas asociadas a los objetivos de la calidad sean desafiantes y profundizar en la planificación para su logro, con el fin de esclarecer la mejora continua con la que están alineados. Ej.: “rectificativas”.
OM 4	8.2.1	Comunicación al cliente Es una oportunidad de mejora revisar las estratégicas de comunicación a los estudiantes, a fin de acercar la formalidad institucional y profesional a las nuevas generaciones.
OM 5	10.2	No conformidad y acción correctiva Es una oportunidad de mejora revisar la profundización en el análisis de causas de las no conformidades con el fin de garantizar la eficacia de las acciones correctivas correspondientes.

☐ No se detectaron oportunidades de mejora.

Miembro de: IQNET

Observación (OB)

La observación (no conformidad menor) es un incumplimiento puntual o parcial de un requisito normativo.

La organización auditada debe registrar el tratamiento de cada observación en el archivo "Tratamiento de OB y NC" suministrado por el IRAM y enviar dicho registro, conteniendo la determinación de la causa raíz y el plan para las correcciones y acciones correctivas al auditor responsable para su revisión y aceptación. No aplica en la etapa I de la auditoría de certificación.

Se aclara que, independientemente de que el tratamiento sea registrado en el archivo "Tratamiento de OB y NC" suministrado por el IRAM, la organización auditada debe registrar dicho tratamiento en la información documentada de su sistema de gestión.

OB	**Requisito**	**Redacción del hallazgo** ***(Se menciona el título del requisito, el desvío y la evidencia de la auditoría)***
OB 1	8.5.4	Preservación En un caso puntual no se evidencia que la organización preserve las salidas para asegurar que se mantengan los requisitos. EO: el diploma (duplicado) de Jorge Barberis estaba en contacto con un papel (formulario de retiro de diploma) cuando esto deteriora el papel del diploma

☐ No se detectaron observaciones.

No conformidad (NC)

La no conformidad (no conformidad mayor) es un incumplimiento sistemático de un requisito normativo o incumplimientos puntuales relevantes para el sistema de gestión auditado.

La organización auditada debe registrar el tratamiento de cada no conformidad en el archivo “Tratamiento de OB y NC” suministrado por el IRAM y enviar dicho registro conteniendo la determinación de la causa raíz y el plan para las correcciones y acciones correctivas junto con evidencias de implementación de ambas al auditor responsable para su revisión, aceptación y verificación. No aplica en la etapa I de la auditoría de certificación.

Se aclara que, independientemente de que el tratamiento sea registrado en el archivo “Tratamiento de OB y NC” suministrado por el IRAM, la organización auditada debe registrar dicho tratamiento en la información documentada de su sistema de gestión.

NC	**Requisito**	**Redacción del hallazgo** ***(Se menciona el título del requisito, el desvío y la evidencia de la auditoría)***

☒ No se detectaron no conformidades.

ASISTENTES A LA REUNIÓN DE CIERRE

NOMBRE COMPLETO	ROL
Claudia Lescamno	Decana - Odontóloga Especialista
Gonzalo Rodriguez	Vicedecano - Odontólogo Especialista
Gabriela Pisterna	Coordinadora de Asuntos académicos y estudiantiles
Evangelina Berón	Secretaria Estudiantil - Odontóloga
Virginia Vicari	Representante de la calidad y directora de consejo directivo
Tamara Nemirovsky	Dirección alumnado
Cecilia Scandolo	Directora de Gestión de calidad de UNR
Alba Sanchez	Secretaria Administrativa
Evangelina Ferri	Auditora Responsable IRAM

Nota:
La dirección de la organización debe estar presente en la reunión de cierre. En caso de ausencia, mencionar el motivo a continuación: .

ANEXO A – COMPLEMENTARIO AL INFORME DE AUDITORÍA

Este Anexo A contiene un resumen de las evidencias (registros, documentos, declaraciones de hechos u otra información) que demuestran el cumplimiento de los requisitos de la norma de referencia y de la información documentada del sistema de gestión de la organización, y complementa la conclusión del informe de auditoría, brindando información para agregar valor a dicho sistema de gestión con conclusiones relativas a su eficacia y madurez.

ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN
[evidencia de conformidad mínima obligatoria]
Información documentada donde figura el alcance: - Manual de gestión de la calidad – Facultad de Odontología UNR. Rev8 (30/7/26) ¿Todos los requisitos de la norma son aplicables para el alcance? NO Los requisitos no aplicables y la justificación de la no aplicabilidad documentada por la organización: **7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones:** la Facultad de Odontología UNR no utiliza equipos de medición para verificar la conformidad de los productos y servicios con los requisitos establecidos, por lo que no resultan aplicables la calibración ni la verificación de dichos equipos. **8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios:** la Facultad de Odontología UNR no realiza actividades de diseño y desarrollo vinculadas a los servicios que presta ni a los productos que entrega, dado que sus procesos académicos y administrativos se encuentran definidos por normativas, reglamentaciones y planes de estudio previamente establecidos. Los principales requisitos legales y reglamentarios aplicables al producto y servicio: - Ley de educación superior N° 24521 - Ley de educación nacional N° 26.206

CANTIDAD DE TURNOS OPERATIVOS

Indicar los turnos donde realizan la producción o provisión del servicio.

Turnos operativos (marcar con una cruz)		**Auditados en** (marcar con una cruz)			**Horarios**	**Comentarios**
		C/RC	**S1**	**S2**		
X	Mañana		X		7 a 14	La atención en ventanilla de alumnado es de 8 a 16
X	Tarde		X		14 a 20	
	Noche					
	Único					

Miembro de: IQNET

CONTEXTO, PARTES INTERESADAS PERTINENTES, RIESGOS Y OPORTUNIDADES
[evidencia de conformidad mínima obligatoria]

Evidencia relacionada con determinación del contexto:

- CRO03 CONTEXTO, RIESGOS/OPORTUNIDADES Y SU ABORDAJE. (actualizado 2026)

Evidencia relacionada con determinación de las partes interesadas pertinentes:

- PI02 Partes Interesadas. 2026

Evidencia de la consideración del cambio climático como cuestión pertinente del contexto:

- CRO03 CONTEXTO, RIESGOS/OPORTUNIDADES Y SU ABORDAJE. (actualizado 2026)

Evidencia de la consideración del cambio climático como requisito pertinente de una parte Interesada:

- PI02 Partes Interesadas. 2026

Evidencia relacionada con abordaje de riesgos y oportunidades (mencionar ejemplos de riesgos y oportunidades y acciones):

- CRO03 CONTEXTO, RIESGOS/OPORTUNIDADES Y SU ABORDAJE. (actualizado 2026)
- Riesgo: Por el contexto presupuestario está en riesgo la continuidad del desarrollo normal de enseñanza-aprendizaje, administrativos y de gestión por falta de insumos. Posibles paros de personal Docente y Nodocente. Acción: El 12 de mayo se realizó una marcha federal por la educación, la universidad pública y la ciencia nacional. El 25 de junio la corte suprema de justicia dejo firme la cautelar que obliga al Gobierno a cumplir con los Art. 5º y 6º de la Ley de Financiamiento Universitario. A partir del sueldo de junio se acordó un incremento del 21,3% del sueldo de los Docentes y No docentes. Desde el mes julio se aumentan en un 20 % las becas para estudiantes. No obstante, se sigue exigiendo la implementación plena de la Ley.
- Riesgo: Por el contexto presupuestario está en riesgo Paralización de la Obra Anexo de la FOR. Acción: el rector de la UNR, Lic. Franco Bartolacci y el Vicerrector Prof. Od. Héctor Darío Masía, junto al Secretario del Área de Infraestructura de la UNR, Arq. Guillermo Bas, anunciaron el inicio de nuevas obras de refacción y mantenimiento del edificio, que se llevaron a cabo desde septiembre de 2025 y continúan hasta la actualizada. A esto se suma la culminación de las tres plantas del edificio Anexo.

  OBRAS DE INFRAESTRUCTURA PARA LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA: Con fondos propios, se invirtieron 160 millones de pesos para finalizar el edificio anexo y 90 millones de pesos para mejorar el edificio principal, incluyendo impermeabilizaciones y remodelación de espacios.

  Los días en los que se estableció paro del personal Nodocente, se garantizaron guardias mínimas para la atención de pacientes que ya contaban con turnos y para la atención en la Sala de Guardia.

  Se continua con el plan de acción.

Miembro de: IQNET
DC-FI 049 – Rev. 13

CONTEXTO, PARTES INTERESADAS PERTINENTES, RIESGOS Y OPORTUNIDADES

- Oportunidad: Suplemento al Título Universitario. La formación de los y las estudiantes comprende no sólo el recorrido del plan de estudios de cada carrera en particular, sino que la vida universitaria permite transitar otros espacios de importancia que también contribuyen a la formación de los/las graduados/as. Es una motivación para realizar actividades curriculares y extracurriculares dentro de la Universidad. Acción: Se reforzará la comunicación y difusión del procedimiento, haciendo especial énfasis en la necesidad de solicitar el Suplemento al Título antes de rendir las dos últimas materias, a fin de favorecer una gestión más ágil del trámite.

¿Evalúa la eficacia de las acciones tomadas? SI

LOGRO DE LOS OBJETIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN

[evidencia de conformidad mínima obligatoria]

Información documentada donde establece objetivos:

- PLANILLAS OBJETIVOS 2026

– conformidad de los productos y servicios:
  - tiempo de entrega de diplomas:
    - No exceder los 3 meses y 15 días de demora promedio total. (No cumplido en el 1° semestre 2025. Se evidencia acción. Cumplido en el 2° semestre 2025)
    - No exceder los 30 días de demora promedio en Facultad. Cumplido
  - errores de expediente. Meta: no exceder el 10% de errores en expedientes. Cumplido
  - rectificativa de actas. Meta: no exceder el 3 % de rectificativas en actas generadas por los Docentes. Cumplido (máximo 0,46% en 2025)

– aumento de la satisfacción del cliente:
  - encuesta a estudiantes. Meta: hasta 7% de insatisfactorio en respuestas. No cumplido. Se realiza tratamiento en “Seguimiento de acciones y hallazgos - SAH01”, SAH N°3-2026
  - Encuesta de diplomados. Meta: hasta un 10% de insatisfacción. Cumplido

Evidencia relacionada con la planificación para lograrlos:

- Revisión por la dirección

Resultado de la verificación del logro de los objetivos: en su mayoría cumplidos y se tomaron acciones en los casos donde no se cumplieron.

Miembro de: IQNET

PROCESO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
[evidencia de conformidad mínima obligatoria]

Información documentada donde establece la política:

- *Resolución de Consejo Directivo Nº 018/018*

Intervalo para la revisión por la dirección:

- Año 2025 y 1° semestre 2026

¿Se evidencia la consideración de todas las entradas establecidas en la norma? SI

Mencionar principales salidas:

- Gestión ante el Consejo Superior de la UNR la solicitud de inclusión de la Facultad como Hospital Odontológico, con el objetivo de acceder a los recursos financieros necesarios y acordes para su funcionamiento.
- Implementación de una encuesta dirigida a los estudiantes ingresantes 2027, con el propósito de relevar sus expectativas, necesidades y percepción inicial, generando información que permita orientar acciones de mejora y fortalecer las estrategias de acompañamiento y enseñanza
- Modificaciones de infraestructura (sillones odontológicos, un piso sanitario, bachas).

Registro y fecha de la revisión por la dirección:

- IRD03 INFORME REVISION POR LA DIRECCIÓN Y PLANILLAS ASOCIADAS, realizada el 19/8/26

Resumen de situación:

Los estudiantes inician la actividad en febrero, para dar continuidad a los tratamientos de los pacientes asignados.

La facultad actúa como un efector de salud pública. Como un hospital escuela.

Hace 2 semanas retomaron actividades de infraestructura que debieron detener en 2025, entre ellas un cerramiento donde existía una filtración de agua (impermiealización de salas) en el sector de conexión con el Hospital Centenario

Los insumos odontológicos para las prácticas se compran por minuciosa licitación, con el fin de optimizar al máximo los recursos. La comisión de insumos hace un relevamiento con cada cátedra clínica.

Realizan control de la esterilización y control de equipos que realizan la esterilización.

Desde 2026: el ingreso y retiro de cajas de esterilización se realiza con lector de huellas digitales para garantizar el resguardo del material de cada estudiante, además de reducir el consumo del plástico usado para las tarjetas anteriores.

Cuentan también con:

- compresor de aire para el funcionamiento de los equipos,
- un generador para garantizar la prestación del servicio a pacientes
- tanque de agua potable controlada, para la prestación del servicio a los pacientes.
- Sala de guardia,

Miembro de: IQNET

PROCESO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
- Atención de pacientes con discapacidad. - Bio simulador para prácticas previas de los estudiantes antes de trabajar en la boca del paciente. Actualmente roto el disco, tramitando la reposición. - Escáner Digitalizador de placas radiológicas (adquirido por donación de una empresa) Están preparando un escrito para solicitar Presupuesto hospitalario. Están transitando el proceso de acreditación. Se revalúa el trabajo autónomo del alumno. A esto apunta el sistema de créditos: poner en valor las hs de dedicación más allá de las que tienen con presencialidad del docente. El último plan de estudio es del año 2010. Se está preparando un nuevo plan de estudio. Realizan extrapolación de la mirada SGC a todos los procesos de la universidad. Realizan encuestas a estudiantes en los diferentes años. Analizan los cambios de los alumnos para adaptarse a las diferentes generaciones. Ej.: la inmediatez de la información. Mantienen un trato muy cercano. Secretaria estudiantil mantiene contacto por whatsapp con los alumnos. Cuenta con 450 docentes. En la web comunican modalidad de trabajo para la comunidad. Cuentan con profesional de sala de guardia. Realizan 1 acto 1 vez por mes para realizar la entrega de diplomas. Se pacta día de entrega en caso de que necesiten retirarlo antes. En el momento que retiran responden la encuesta. Se informa al momento en el que está disponible el diploma.

PROCESO DE AUDITORÍA INTERNA
[evidencia de conformidad mínima obligatoria]
Información documentada del programa de auditorías internas: - Plan anual de auditorías internas de UNR- 2026 (planificadas para agosto 2026) ¿Se evaluaron todos los procesos del sistema de gestión? SI (realizada el 26/8/26) Registro de resultado de auditoría interna y detalle del resultado (cantidad y tipo de hallazgos): - IA03 Informe de auditoría, (proceso 04 del programa: Autoridades y Gestión de Calidad) del 26/8/26 - IA03 Informe de auditoría (procesos 05 del programa: al proceso principal y de soporte (informática)

Miembro de: IQNET

PROCESO DE AUDITORÍA INTERNA
¿Se evidencia el tratamiento de los desvíos? Sí. Tratado en “Seguimiento de acciones y hallazgos. SAH.01” - 3 OM - 6 F - 1 OB Auditores internos que participaron: - María del Carmen Lorenzale - Silvia Porthe En “Seguimiento de acciones y hallazgos - SAH01” se evidencia hallazgo por desvío de indicador debido a la incorporación del “Suplemento de título universitario”. También el tratamiento de otros desvíos y oportunidades de mejoras. Satisfacción del cliente (estudiante, egresado y diplomado). Se realizan encuestas: - 1° semestre y 2° semestre para egresados y diplomados - Estudiantes (desde marzo al 31/8 de cada año). (los resultados expresados en el item ”objetivos de la calidad”) Se verifican tratados los comentarios que realizaron los estudiantes y graduados. En 2027 se agregará encuesta para ingresantes

Resumen de evidencias de conformidad en los procesos auditados:

Se incluye el resumen de evidencia de conformidad (registros, documentos, declaraciones de hechos u otra información) de cada proceso operativo y de apoyo auditado, manteniendo el orden dispuesto que se encuentra en planificación de las actividades diarias (punto 10) del plan de auditoría y teniendo en cuenta los procesos del alcance de la certificación.

PROCESO AUDITADO: (debe coincidir con el plan de auditoría)	**Registro y certificación de la formación del estudiante de la carrera de Odontología.**
[evidencia de conformidad mínima obligatoria]	
Roles de las personas entrevistadas: - Evangelina Berón (Secretaría Estudiantil) - David Colamosca (director de alumnado) - Sandra Herrera (directora de alumnado) - Matías Corzo (jefe de alumnado)	

Miembro de: IQNET

PROCESO AUDITADO: (debe coincidir con el plan de auditoría)	Registro y certificación de la formación del estudiante de la carrera de Odontología.

- Daniel Macario (subdirector de alumnado)
- Tamara Nemirovsky (administrativo alumnado)
- Virginia Vicari (directora del despacho del concejo directivo)

Información documentada:

- RESCDODONT-296/2024 Manual de procedimiento de la dirección Alumnado de la facultad de odontología de UNR. (30/8/2024)

Muestra auditada:

Inscripción e ingreso del estudiante

Realizan presentación en la expocarreras. Además, cuando se acercan a la facultad, se la presentan al futuro estudiante y a las familias.

Comunicación: canal de difusión desde estudiantil (Evangelina)

Comunicaciones por IG dónde acceder para trámites.

Preinscripción en noviembre

Consejo directivo debe expedir calendario académico para programar el ciclo lectivo.

Febrero recepción de documentación.

Los legajos los mantienen en papel.

Transacción de inscripción (ficha de inscripción): 82356014.

Estudiante A. Balaguer. Inscripción con legajo completo. Se verifica completo en SIU Guarani.

En sistema SIU GUARANÍ consulta reporte de alumnos que adeudan requisitos de ingreso.

Alumnos con estado “pendientes” al 31/7/26.

Ej.:

- Alcides V. (debe título o analítico – antes del 31/10 lo debe entregar)
  No obstante, la estudiante se encuentra en regla hasta el momento. Se encuentra cursando.

- Bracamonte L. (adeuda constancia de no adeudar materias). Se verifica recordatorio desde estudiantil el 27/4/26. Sin novedad de la estudiante.
  Se verifica que Bracamonte no está anotada en cursadas.

Miembro de: IQNET

PROCESO AUDITADO: (debe coincidir con el plan de auditoría)	Registro y certificación de la formación del estudiante de la carrera de Odontología.

En sistema aparece foto de cada estudiante. Esto facilita la identificación rápida, especialmente para los docentes.

Administración, seguimiento y certificación de la trayectoria académica del estudiante

Alcides V. Inscripta 29/4/26 en 1° cuatrimestre:

- Química Estomatologica básica y aplicada (10103)
- Odontología Social 1 (10104)

Se verifica que hasta el momento no ha rendido finales.

Verificamos inscripciones a cursada de Periodoncia (4to año). Se toma como muestra a P. Aguirre (aceptada) – legajo (A-0787/1) - DNI 43196724

Se revisa su historial académico. Ingresó 2019. Plan 2010.

Último examen 24/7/26. Cirugía I. Aprobado (7). Acta 5826EN00274. Libro de exámenes 2026. Acta 88.

Se verifican inscripciones actuales, exámenes rendidos, actuación provisoria (se verifica cargada Disfunción).

Se revisan actas:

Rectificativa. 5826ER00005. Examen 8/4/26. Oclusión. Puigpinos, Francisco. (no había sido incorporado a la mesa oportunamente)

Acta original: 5826EN00193. (se verifica que Puigpinos no estaba en el listado).

Se verifica 1 caso de solicitud de cambio de identidad por autopercepción, ingresante 2026. Registro en SIU por N° de legajo para trazar su historial. Tiene tiempo hasta la emisión del diploma para realizar el trámite de cambio de identidad en el registro civil. Según resolución 1377/2024 del 3/4/24.

Se verifica “Solicitud de inscripción a exámenes” fuera de término. Asignatura PPS31. De fecha 6/4/26. Falco F. N° Legajo 41905815.

Ingresó en 2018 (desde 2017 la carga de las actas las realizan los docentes)

Egreso y entrega de diplomas

Se verifica solicitud de Título de grado por mail el día 6/5/2026. El 7/5/26, completó la documentación. El 21/5/26 tiene disponible el certificado provisorio. Se verifica retirado 26/5/26.

PROCESO AUDITADO: (debe coincidir con el plan de auditoría)	Registro y certificación de la formación del estudiante de la carrera de Odontología.

Se verifica “Planilla de diplomas” y “Acto de entrega”.

El 22/4/26 envió el correo solicitando Título de grado. Fecha de pase a Consejo Directivo: 28/4/26

Se verifica en libro de actas. Folio 121, firma de recepción del 4/9/26 de diploma de Zitelli, Candelari. Diploma de facultad: 8389 y de universidad 186987. Expediente 12158/2026.

Se verifica seguimiento en “Planilla de diplomas” y “Acto de entrega”.

En SUDOCU se verifica:

Seguimiento de expediente.

El 28/4/26 de alumnado a CD

El 30/4/26 de CD a Sede (dirección grado títulos)

El 10/8/26 llega el aviso de retiro.

Se verifica en armario bajo llave resguardados los diplomas en espera de ser retirados. Ej.:

- Moreno, Joaquina (incluye juramento hipocrático, certificado analítico y sur 22, todo esto en folio para evitar contacto del diploma con papel)
- Jorge Barberis (duplicado) Expediente 15678/ 2026. Aviso para retiro de sede el 28/7/26 – no hacen el seguimiento de tiempos de duplicados en la facultad porque el trámite inicia en sede.
  Este diploma estaba en contacto con el papel del formulario de retiro de diploma (Expediente 15678/2026 – expediente original N°40731/76)

Como acción por desvío en el objetivo de tiempo de entrega de diplomas en el 1° semestre 2025, se verifica nota Externa 14/2025 del 25/6/25. Dirigida a la secretaría académica por retraso en el tramo operativo de sede en entrega de diplomas (la secretaria académica renunció). En agosto asume la nueva secretaria. El 17/9/25 recibieron respuesta.

Seguimiento de Moreno, Joaquina:

El 30/9/25 solicitó su título. El 1/10/25 disponía del provisorio. Fecha de aviso de disponibilidad en facultad el 5/2/26. El 17 de julio de 2026 consultó a estudiantil por whatsapp cómo tenía que hacer para retirar. El mismo día informó por mail a alumnado que lo retiraría por ventanilla, para que preparen su diploma firmado. El mismo está listo para retirar (firmado).