

**REPORTE DE AUDITORIA No: 2009-QE-40836-1/0-U**

**Organización:** **Universidad Autónoma de Yucatán**

**Contacto:** Dr. Juan de Dios Pérez Alayón

**Tel:** 52 999 930 0900 **Fax:** 52 999 930 0900

**Email:**

**Fecha Reporte:** 23/10/2009

**Fecha Auditoría:** 20/10/2009 - 21/10/2009

**Duración Auditoría:** 4 día(s) auditor

**Norma(s) a auditar:** ISO 9001:2008

**Código(s) NACE:** 74.1 92.5 85.1

**Descripción del Alcance de Certificación:**

*Provision of supporting services for the operation of the University related to: aspirants' selection, registration, scholastic and library services, management of financial, material and human resources, information technologies, degree certification, internship programs and external studies recognition; External consultation services of general medicine and pediatrics; Laboratory services*

*Provisión servicios de soporte para la operación de la universidad relacionados con: selección de aspirantes, ingreso, permanencia, servicios bibliotecarios, administración de recursos financieros, materiales y humanos, tecnologías de la información, egreso y titulación, servicio social y revalidación externa de estudios; Servicio de consulta externa de medicina general y pediatría; Servicios de Laboratorio*

**Resultados de Auditoría:**

Número total de cláusulas con No Conformidades: SEIS 4.2.3/5.4/5.5/6.3/7.5/8.2.2

**Recomendación del Equipo Auditor:**

**Continúa:**  **Continúa, Sujeto a**  **A Prueba**

No N/C's **Acción Correctiva:**  
N/C's identificadas

**Visita de Seguimiento:** Si  No

	Si	No
¿Recomienda el equipo auditor cambios en la duración para la siguiente auditoría?		x
Si se recomienda cambio, mencione la duración recomendada.		



.....  
**Jaime Martinez Fiesco - Lead Auditor - Auditor Líder**

**Miembro(s) del equipo auditor:**

Adela Du-Pont Rivas

**Anotar cualquier cambio al alcance, códigos de proveedores, direcciones, número de personal, sitios de soporte, etc. Aquí:**

## Lista de Verificación

Pregunta	SI	NO
El nombre del sitio principal concuerda con el nombre proporcionado en la portada de este reporte?	X	
El alcance de las actividades en el certificado para cada sitio/función soporte concuerdan con las proporcionadas en el formato de reporte y certificado?	X	
El número de empleados total y el del turno principal concuerda con el proporcionado en la carta de confirmación?	X	
El certificado del cliente refleja con precisión su dirección, alcance, alcance de sus actividades y el nombre de todos los sitios listados?	X	
Son todos los sitios soporte certificados auditados por ABS? (SI no, el reporte de auditoria previo y certificado de esa función soporte deben ser incluidos en el reporte de auditoria)	X	

**NOTA:** Si la respuesta a cualquiera de las preguntas arriba mencionadas es NO, describir la naturaleza de la discrepancia en la sección de cambios de la portada de éste reporte

## Resumen de Auditoría de Seguimiento:

### Sitios Auditados:

Coordinación del Sistema Bibliotecario  
Av. Itzaes x 59 A Mérida, Yucatán México

**Biblioteca Carlos Castillo Montes de Oca**  
Calle 50 S/N x 59 y 57, Ex-Convento de Mejorada Mérida, Yucatán México

**Biblioteca Rogelio Díaz Guerrero**  
Calle 31 A x 8 S/N Col. San Esteban Mérida, Yucatán México

**Biblioteca Jesús Silva Herzog**  
Calle 67 x Circuito Colonias Oriente Mérida, Yucatán México

**Unidad Cardiometabólica**  
Av. Itzáes No. 486 x 59 A y 86 Col. Centro Mérida, Yucatán México

**Laboratorio de Ciencias Fisiológicas**  
Av. Itzáes No. 498 entre 59 y 59-A, Col. Centro Mérida, Yucatán México

**Departamento de Salud**  
Calle 43 x 76 y 78 s/n Mérida, Yucatán México

**Dirección Central**  
Calle 60 No. 491-A x 57 Col. Centro Mérida, Yucatán México

**La junta de apertura con Representante(s) de la Dirección de la Organización fue realizada:**

Fecha:  Hora:

**La junta de cierre con Representante(s) de la Dirección de la Organización fue realizada:**

Fecha:  Hora:

	Si	No
¿El uso de la(s) marca(s) de acreditación y el de ABS QE esta de acuerdo con las Reglas de Uso de Marca establecido por ABS QE; Inc.? (Si la respuesta es "No", ver los comentarios en la sección de "Comentarios Generales".)	X	
¿Hubo cambios significativos a la Alta Dirección? (Si la respuesta es "Si", ver los comentarios en la sección de "Comentarios Generales".)		X
¿Hubo cambios significativos al Sistema de Gestión certificado? (Si la respuesta es "Si", ver los comentarios en la sección de "Comentarios Generales".)		X

### Auditorías Internas de Calidad

	No auditado	Si	No
¿Fueron implementas efectivamente las auditorias internas de calidad y están en cumplimiento con los requerimientos de la norma ISO 9001:2008?		X	

## Resumen de Auditoría de Seguimiento:

### Objetivo de la auditoría:

Evaluar que el SGC cumpla con los requerimientos de la Norma ISO 9001:2008 y, con los establecidos en el mismo; así también, que este implantado y mantenido eficazmente.

<u>Exclusiones</u>		Si	No
¿Ha excluido la organización algún requerimiento de la norma ISO 9001.2008 de su sistema de gestión de calidad? (verificar exclusiones y justificaciones estén descritas en el Manual de Calidad)		X	
<u>Requerimiento Excluido</u>	<u>Justificación para la exclusión</u>		
7.3 Diseño y desarrollo	Las características y especificaciones de los productos (servicios) de los procesos incluidos en el alcance del SGC, son las mismas para todos los usuarios y consumidores de estos; y estas son establecidas en normas y reglamentos por entes gubernamentales		

<u>Procesos Subcontratados</u>	Si	No	N/A
¿La organización ha identificado e implementado un control adecuado sobre sus procesos subcontratados? Lista de todos los procesos subcontratados:			X
<u>Interacción entre Procesos</u>	Si	No	
¿La organización ha incluido una descripción de la interacción entre los procesos del Sistema de Gestión en el Manual de Calidad?	X		
<u>Requerimientos Legales y Reglamentarios</u>	Si	No	N/A
¿La organización ha identificado los requerimientos legales y reglamentarios aplicables al producto?	X		

### Lista de los procesos del sistema de gestión de calidad de la organización revisados durante esta auditoría:

Procesos Relacionados con el Cliente (En Bibliotecas, Coordinación del Sistema Bibliotecario, Laboratorios, Departamento de Salud)  
 Prestación del Servicio(En Bibliotecas, Coordinación del Sistema Bibliotecario, Laboratorios, Departamento de Salud)  
 Proceso de Gestión: Acciones Correctivas/Preventivas, Medición de los Procesos (En Bibliotecas, Coordinación del Sistema Bibliotecario, Laboratorios, Departamento de Salud)  
 Proceso de Gestión: Acciones Correctivas/Preventivas, Auditorías Internas, Revisión por la Dirección, Competencia del Personal (En Dirección Central)

**Niveles de la organización entrevistados durante la auditoría:**

Función/Departamento	Nivel				
	A	B	C	D	E
Aseguramiento Calidad/Corporativo		X			
Mercadotecnia/Contratos/Ventas					
Diseño/Ingeniería					
Planeación/Control de Producción		X	X	X	X
Compras					
Producción/Operaciones		X	X	X	X
Instr./CC/Lab.					
RH		X			
Almacenes					

**Claves:**

- A – Apoyo Administrativo
- B - Gerencia
- C - Operaciones
- D - Supervisión
- E - Técnica

**Conclusiones del equipo auditor relativo a la efectividad del sistema de gestión de calidad:**

En los sitios revisados el SGC se aplica y esto ha llevado a que las actividades del día con día se lleven a cabo de manera ordenada.

La medición de la satisfacción de los clientes que se lleva a cabo en estos sitios, muestra que los usuarios de sus servicios consideran que estos cumplen con sus requisitos.

Para incrementar la efectividad del SGC, los indicadores de la medición de los procesos de estos sitios deben ser mejorados.

**Comentarios Generales:**

La documentación del SGC: manual de calidad, procedimientos requeridos por la norma, procedimientos e instrucciones de trabajo establecidos por la organización. Consideran los requerimientos de la Norma ISO 9001:2008.

La política y los objetivos de calidad, fueron revisados con referencia a los requerimientos de la Norma ISO 9001:2008. Como resultado de la revisión se considero que la política y objetivos actuales cumplen con los requerimientos.

**Laboratorio Unidad Cardiometabolica**

**Proceso relacionados con el cliente**

El servicio que provee son: Consulta externa y talleres enseñanza (publico en general) de nutrición, control de diabetes, hipertensión y cardiopatías. Enseñanza a estudiantes de licenciatura de nutrición y medicina de la UADY, a través de talleres coordinados con profesores.

Los requerimientos de los servicios de están determinados por normativas de entes gubernamentales y reglamentos internos de la UADY; y se encuentran documentados en los procedimientos P-FMED-UC-01 y P-FMED-UC-03, así también, la forma y tiempo en que son comunicados a los usuarios de los servicios.

Se revisaron registros de taller de enseñanza (“Nutrición del Individuo en nivel de Patológicas II, del 27 de octubre al 8 de diciembre 2008. “Taller de Aspectos Biopsicosociales” del 15 junio 2009 al 2 de julio 2009). En estos se encuentran las solicitudes de la impartición del taller realizadas por los profesores, y en estas están descritas los temas a abordar, el numero de alumnos, los tiempos de impartición y la evaluación de los alumnos

Se reviso la Agenda de Citas F-FMED- UC-03 del 15/10/09, en ella esta el paciente DT asignado al Doctor Sansores

**Proceso de prestación del servicio**

Se reviso el expediente del paciente D T. En se tiene el Reporte Consulta FMEDUC 11 del 15/10/09, la Historia Clínica y en ella el Diagnostico establecido por el Doctor

Se revisaron registros de taller de enseñanza (“Nutrición del Individuo en nivel de Patológicas II, del 27 de octubre al 8 de diciembre 2008. “Taller de Aspectos Biopsicosociales” del 15 junio 2009 al 2 de julio 2009). En estos se encuentra el programa de actividades, y en el taller “Nutrición...., las evaluaciones de los alumnos que asistieron

Los registros revisados dan evidencia del cumplimiento con lo establecido en los procedimientos P-FMED-UC-01 y P-FMED-UC-03

La identificación de los servicios es: para consulta externa el nombre del paciente y número de expediente; para enseñanza el nombre del taller y de los participantes en el

El equipo de medición usado en el servicio de consulta (basculas N/S: 2526, 4265,97153; Analizador grasa corporal N/S 3967; Electrocardiógrafo N/S 19053097) se encontró verificado y mantenido en condiciones de trabajo. El Programa de Mantenimiento y Verificación de Equipo debe ser mejorado

#### Proceso de Gestión

El proceso es medido por el indicador “Satisfacción del Usuario”, la meta es que al menos el 85% de ellos califique el servicio como excelente o bueno. La medición es por medio de encuestas.

En el periodo enero – junio 09 resultado d encuestas de pacientes consulta externa, el servicio fue calificado como excelente o bueno por el 90% de los pacientes encuestados.

En el taller “Taller de Aspectos Biopsicosociales” el 90% de los alumnos calificaron el servicio como excelente o bueno

El indicador para medir el proceso debe ser mejorado

Se reviso en la Acción Correctiva AC-FMED-UC-15 del 6/10/09, la descripción de la no conformidad, la determinación de la causa de la no conformidad y la acción correctiva. La descripción no es totalmente clara y no proporciona la suficiente información (donde, quien, cuando, cuanto). La causa esta alineada a la no conformidad pero no esta completa. La acción correctiva esta alineada a la causa.

El proceso de análisis de la causa de la no conformidad debe mejorarse

Se han identificado mejoras al proceso de consulta externa. Se habilito una báscula que permite pesar a pacientes con silla de ruedas

#### **Laboratorio de Fisiología**

##### Procesos relacionados con el cliente

El servicio que provee es proporcionar los conocimientos y habilidades, a los alumnos del 2º año de la carrera de medico cirujano, relacionadas con las materias de fisiología, farmacología y métodos y técnicas de investigación; através de practicas en el laboratorio.

Los requerimientos de los servicios de están determinados por el programa de estudio y reglamentos internos de la UADY; y se encuentran documentados en los procedimientos P-FMED-LFIS-01, P-FMED-LFIS-02 y P-FMED-LFIS-03 así también, la forma y tiempo en que son comunicados a los alumnos y profesores de los servicios.

Se reviso el registro “Calendario de prácticas de Laboratorio Ciencias Fisiológicas” Ciclo 2009-2010. En este están considerados los requerimientos del: Programa de estudios, Calendario escolar y Calendario de aplicación exámenes parciales.

A los alumnos al inicio del curso se les proporcionan el calendario de prácticas

##### Proceso de prestación del servicio

Los alumnos cuentan con los siguientes documentos para realizar las prácticas en el laboratorio: Manual de Practicas de Laboratorio de Ciencias Fisiológicas M- FMED -LFIS-01; Reglamento del Laboratorio. Programación

Los profesores cuentan con los siguientes documentos para realizar las practicas en el laboratorio; Manual de Preparación de Reactivos M- FMED -LFIS-02 y Requerimientos para Practicas F- FMED -LFIS-02

Lo anterior es la planeación y programación del servicio

En la realización de la práctica. El profesor antes del iniciar prepara los reactivos y verifica se cuente con el equipo a usar en la practica. Al inicio, explica a los alumnos la realización de la práctica y asigna los equipos de trabajo. Durante la práctica verifica que se realice la práctica acorde al manual, aclara dudas de alumnos y evalúa a estos.

Se revisaron los siguientes registros: Lista de asistencia grupo al 25/09/09 a cuatro prácticas del ciclo 2009-2010; Lista de cotejo del grupo E F- FMED-LFIS-05. Estos muestran evidencia de la aplicación y cumplimiento de los procedimientos P-FMED-LFIS-02 y P-FMED-LFIS-03. Provisión del servicio en condiciones controladas

El equipo de medición usado en el laboratorio se encontró verificado y calibrado, los siguientes registros revisados muestran la evidencia de esto. Registros de Servicio Técnico del 14 y 15 de octubre 2009 del proveedor del servicio BiomedCap para los equipos: Espectrofotómetro N/S 48477, Balanza Analítica N/S 2524, Balanza N/S 1402 y Balanza N/S 16806175.

La identificación del servicio se da a través del número de práctica a realizar.

#### Proceso de Gestión

El proceso es medido por el indicador cumplimiento con el número de prácticas planeadas, la meta es el 100%. Se ha cumplido con la meta en los que va del ciclo escolar.

El indicador para medir el proceso debe ser mejorado

Se reviso en la Acción Correctiva AC-FMED-LFIS-03 del 23/10/09, y la Acción Preventiva AP-FMED-LFIS-01 del 22/08/09 la descripción de la no conformidad, la determinación de la causa de la no conformidad (real y potencial respectivamente) y la acción correctiva. La descripción es clara y proporciona la suficiente información (donde, quien, cuando, cuanto). La causa esta alineada a la no conformidad. La acción correctiva esta alineada a la causa.

Se han identificado mejoras al proceso. Se aplica el método de la 5's, este permite reducir el tiempo de preparación de reactivos que se van a usar en la práctica.

### **Departamento de Salud**

#### Procesos relacionados con el cliente

El servicio es proporcionar atención médica, a nivel medicina general y pediatría, a los empleados, y sus familiares, de la UADY. Por medio de cita, consulta espontánea o de extensión

Los requerimientos de los servicios de están determinados por normativas de entes gubernamentales y reglamentos internos de la UADY; y se encuentran documentados en los procedimientos P-DGADPF-DS-01, P-DGADPF-DS- 02 y P-DGADPF-DS-03, así también, la forma y tiempo en que son comunicados a los usuarios de los servicios.

Se reviso el Reporte de Citas (formato electrónico) del día 21/10/09, en estaban registradas las citas realizadas por los pacientes vía telefónica, a estos pacientes se le asigna cita después de las 11 AM horas, a los espontáneos de la antes de las 11 AM. Los requisitos para la consulta y horarios son dados a los usuarios vía la página Web de la UADY y trípticos o vía telefónica a requerimientos del usuario por esta vía. Para la asignación de citas esta establecido un tiempo de referencia de acuerdo al tipo reconsulta solicitado (pediatría: 20 minutos, interna: 35 minutos)

#### Proceso de prestación del servicio

Las consultas de los médicos se realizan considerando los requerimientos de las normas emitidas por la secretaria de Salud para el caso.

Una, la NOM-168-SSA, establece que el expediente médico del los pacientes deben contener los siguientes: historia clínica, nota de evaluación y nota de interconsulta, si se requiere.

Se revisaron expedientes, seis, en formato electrónico) de pacientes, no todos los revisados cumplían con los requisitos de la norma arriba indicada (ve hoja de no conformidades)

Los equipos (basculas) de medición usados para proporcionar el servicio cuentan con registros de verificación (Reporte de Verificación y Mantenimiento de Corporación Biomédica del 16/09/09

#### Proceso de Gestión

El proceso es medido por el indicador de número de consultas atendidas contra las programadas, la meta es que al menos el 95% de las programadas sean atendidas. La meta se ha cumplido en los meses julio, agosto y septiembre del 2009.

El indicador para medir el proceso debe ser mejorado

Se reviso en la Acción Correctiva AC-42 del 6/03/09 la descripción de la no conformidad, la determinación de la causa de la no conformidad. La descripción es clara y proporciona la suficiente información (donde, quien, cuando, cuanto). La causa esta alineada a la no conformidad. La acción correctiva esta alineada a la causa.

#### Dirección Central

Se reviso la administración de las acciones correctivas y preventivas. Se reviso el periodo mayo a septiembre del 2009, en este periodo se generaron 14 acciones correctivas: de estas 3 están cerradas, 11 abiertas y en tiempo; 3 acciones preventivas estas están cerradas

La muestra de acciones (5 correctivas y 2 preventivas) revisada, muestra evidencia del cumplimiento con los requerimientos de la norma ISO 9001:2008 y del procedimiento P-CGPEGI-CC-04 REVISIÓN 03

En el Programa de Auditoria Anual periodo 2009, indica que esta programado realizar auditorias internas al SGC en los meses de marzo, mayo, junio, octubre y noviembre.

Se revisaron registros de las auditorias realizadas en mayo y junio. Estos dan evidencia del cumplimiento con los requerimientos de la Norma ISO 9001: 2008 y el procedimiento documentado. Para las no conformidades identificadas, se solicitaron acciones correctivas para eliminar la causa de estas.

Para 4 no conformidades identificadas en la auditoria de noviembre del 2008, las acciones correspondientes AC-72, 80, 83 y 84, se mantienen aun abiertas (ver hoja de no conformidades)

Se revisaron registros recompetencia de una muestra de 4 personas del personal de la UADY entrevistadas durante la auditoria. Estos muestran cumplimiento con las competencias determinadas para los puestos que actualmente ocupan.

La determinación de la competencia del personal de la UADY debe mejorarse.

Se planea realizar al menos 3 revisiones al SGC por la alta dirección. Se revisaron registros de la última revisión al SGC, llevada acabo el 7 octubre del 2007. SE revisaron datos de la información de entrada, requerido por la Norma ISO 9001:2008.

En la revisión por la dirección con el representante de la dirección y los responsables de la Facultad de Medicina, Coordinación de Bibliotecas y Departamento de Salud. Se reviso lo referente a las quejas del cliente, se concluyo que su proceso de manejo de las quejas del cliente en la parte comunicación con el cliente debe mejorar

### **Coordinación del Sistema Bibliotecario**

#### Proceso de Prestación del Servicio

La Coordinación del Sistema Bibliotecario de la Universidad Autónoma de Yucatán tiene a su cargo la administración del sistema de gestión de calidad y el monitoreo del desempeño de 17 bibliotecas, las bibliotecas de Ciencias Sociales que están en proceso de integración son: Biblioteca de la Facultad de Ciencias Antropológicas, CIR-Sociales, Facultad de Derecho, Facultad de Economía, Facultad de Educación, Facultad de Contaduría y Administración, Facultad de Psicología)

Cuatro bibliotecas Multidisciplinarias, dos bibliotecas de Ciencias exactas, 3 bibliotecas de Ciencias de la salud y una Biblioteca de Arquitectura, Arte y Diseño.

A futuro se pretende integrar las bibliotecas al Modelo de Campus (una por campo del conocimiento), donde el modelo requerirá controlar 3 bibliotecas en Bachilleratos, 5 Bibliotecas de área (Ciencias sociales, Ciencias de la salud, Ingenierías, Arquitectura) y 2 Multidisciplinarias (Biblioteca Central y Tizimin)

El enfoque educativo de la Universidad Autónoma de Yucatán parte de las premisas:

Aprender a ser. Aprender haciendo. Aprendizaje para la vida

Este enfoque requerirá que el sistema de servicios bibliotecarios se integre en colaboración con las Academias para poder enfocar sus esfuerzos en la atención a las diferentes necesidades de sus usuarios diversos:



estudiantes, docentes, academias y público en general, de tal manera que las estrategias implementadas partan de un diagnóstico de las necesidades y expectativas reales actuales de dichos usuarios.

Los servicios ofrecidos por el Sistema bibliotecario de la UADY en sus diferentes bibliotecas son:  
Préstamos bibliotecarios; Formación de usuarios; Alerta bibliográfica Diseminación y Selección de Información;  
Guías de Literatura; Obtención de documentos

Entre los datos estadísticos con que cuenta la Coordinación de Servicios bibliotecarios que muestran las tendencias de los usuarios del Estado de Yucatán se encuentran:

- 1) El uso per cápita de alumnos en forma presencial es de aproximadamente 50 volúmenes al año
- 2) El uso per cápita de docentes está por determinarse
- 3) La lectura de medios de comunicación impresa, aunque no está claramente definido es alto
- 4) Un indicador del nivel de cultura de la zona estriba en que las instalaciones que pertenecen a la UADY no son objeto de daño por grafiti.

Entre las herramientas tecnológicas que se están modernizando para el monitoreo de los procesos relacionados con los servicios que provee la Coordinación de servicios bibliotecarios, está por implementarse la trazabilidad del uso del material bibliográfico por usuario y tiempo de consulta. Esta información permitirá tomar decisiones más oportunas y enfocadas a las necesidades reales de los usuarios actuales así como proyectar necesidades potenciales y actuar con oportunidad.

En referencia al sistema de evaluación de la satisfacción de los usuarios, está en proceso una acción correctiva que permita modificar la herramienta actual, así como determinar más adecuadamente el indicador de desempeño.

Actualmente se provee servicios a aproximadamente 1 millón de usuarios al año, de los cuales, casi el 50% son externos.

La adquisición anual de acervo de la UADY es el 80% del total de adquisiciones en todas las bibliotecas del Estado de Yucatán, incluyendo las particulares.

El principal reto que enfrenta actualmente la Coordinación de Servicios bibliotecarios es el apoyo para que todas las bibliotecas del área de Ciencias Sociales estén preparadas para su integración en un solo campus durante 2010.

Actualmente se desconoce el porcentaje de volúmenes extraviados en las bibliotecas de la UADY.

#### Los principales procedimientos controlados incluyen:

Administración del Sistema bibliotecario  
Desarrollo de colecciones documentales  
Organización de recursos documentales  
Prestación de servicios de información al usuario  
Adquisición de material bibliográfico  
Registro de equipos adquiridos por la Coordinación del Sistema Bibliotecario  
Mantenimiento correctivo al software instalado por la CSB en los equipos del Sistema bibliotecario de la UADY  
Mantenimiento correctivo al hardware instalado por la CSB en las bibliotecas del sistema bibliotecario de la UADY

#### Proceso de Gestión

En lo que respecta al proceso de gestión, la Coordinación del Sistema bibliotecario de la UADY incluye:  
Monitoreo del logro de metas y desempeño de los procesos del Sistema bibliotecario de la UADY  
La planeación y ejecución de auditorías internas en el Sistema bibliotecario de la UADY  
El seguimiento y cierre de acciones correctivas  
Monitoreo de la Mejora continua

Los objetivos institucionales referidos en el Manual de Calidad son:

- 1) Servicios bibliotecarios: Proceso de automatización, Profesionalización del personal, Recuperación de documentos y servicios de consulta
- 2) Incremento gradual de la satisfacción del cliente (iniciando con 70% mínimo)
- 3) Promoción de cultura de autoevaluación (impartición de cursos)
- 4) Consolidación de la presencia y pertinencia de la Universidad Autónoma de Yucatán a nivel local, regional y Nacional

## **Biblioteca Carlos Castillo**

### Procesos relacionados con el cliente

Esta biblioteca está ubicada en la Facultad de Arquitectura de la Universidad Autónoma de Yucatán. Ofrece sus servicios a estudiantes, docentes y la comunidad de las carreras de Arquitectura, Artes Visuales y Diseño del Hábitat.

En el acervo de la Biblioteca Carlos Castillo de la Facultad de Arquitectura (carrera de Arquitectura, Diseño del Hábitat y Artes Visuales) se cuenta con la valiosa colección donada por Carlos Chanfón Olmos, la cual cuenta con aproximadamente 2000 volúmenes los cuales están actualmente en el proceso de clasificación. Esta colección hace de la biblioteca un referente importante en el medio, entre otros volúmenes valiosos, esta colección incluye un incunable de valor aproximado de \$100,000.

### Proceso de Prestación del Servicio

Los servicios ofrecidos por esta biblioteca incluyen estantería abierta, préstamos en sala, préstamos a domicilio, préstamos inter-bibliotecarios, fotocopiado y boletín de adquisiciones.

Los usuarios potenciales prácticamente se duplicaron en los últimos años, llegando a 1100 en septiembre 2009.

### Proceso de Gestión

El personal está actualmente tomando cursos en línea para lograr la meta de profesionalización (2 de 5 personas participan en el Diplomado de Bibliotecología impartido en línea por la Universidad Autónoma de San Luís Potosí)

Es necesario que la biblioteca reporte el logro de metas a la Coordinación de Servicios bibliotecarios con la frecuencia requerida en el Manual de Calidad para efectos de que dicha Coordinación pueda concentrar y reportar a la vez sus datos a la Rectoría. (ver no-conformidad)

## **Biblioteca Rogelio Díaz Guerrero**

### Procesos relacionados con el cliente

Esta biblioteca está ubicada en la Facultad de Psicología. Cuenta con una Responsable y una Técnica bibliotecaria. Ofrece el servicio en un solo turno de lunes a viernes en horario extendido de 8:00 a 19:00 horas.

El modelo de servicio es de estantería abierta, no cuenta con cubículos/áreas de aprendizaje.

Los servicios ofrecidos incluyen el uso de las Alertas bibliográficas, las cuales se ejecutan tanto verbalmente, como por medios electrónicos, los docentes reciben mensajes que incluyen listados de los nuevos ejemplares. Durante la presente auditoría se evidenciaron mensajes electrónicos al respecto.

El acervo bibliográfico incluye aproximadamente 14,500 ejemplares monográficos, además de revistas, pruebas psicológicas, DVD, tesis, obras de consulta y acceso a base de datos.

### Proceso de Prestación del Servicio

100% de los alumnos de primer ingreso reciben un curso de formación de usuarios de 4 horas mínimo en su inducción. Adicionalmente, el personal de la biblioteca participa en apoyo a los docentes de la facultad de Psicología, especialmente en las materias de Metodología de la Investigación.

Entre los controles con que cuentan los volúmenes están la cinta magnética, los sellos en los cantos y la signatura topográfica.

### Proceso de Gestión

En esta biblioteca se han iniciado 6 acciones correctivas, 3 acciones preventivas y 6 acciones de mejora. Solamente 3 acciones correctivas se encuentran cerradas, todas las demás están en vías de ser evaluadas respecto a su efectividad y en su caso, el cierre.

El personal ha participado en cursos adecuados para asegurar su profesionalización. Adicionalmente, se ha participado en encuentros Internacionales que aseguran la proyección de la UADY como lo requieren las metas institucionales.

Es necesario que la biblioteca reporte el logro de metas a la Coordinación de Servicios bibliotecarios con la frecuencia requerida en el Manual de Calidad para efectos de que dicha Coordinación pueda concentrar y reportar a la vez sus datos a la Rectoría. (ver no-conformidad)

## **Biblioteca Jesús Silva Herzog**

### Procesos relacionados con el cliente

Los cursos de formación de usuarios se están llevando a cabo mediante un plan que incluye un temario amplio: inducción a alumnos de nuevo ingreso, Taller DHI de autoformación para el uso adecuado de la información e identificación de necesidades de información, Manejo de Fuentes de Información, Herramientas para localización de la Información, Acceso a las bases de datos en línea, Citas y referencias bibliográficas.

Los usuarios potenciales de esta biblioteca son aproximadamente 500.

La encuesta de satisfacción llevada a cabo en el mes de Septiembre arroja los siguientes resultados: los usuarios no están satisfechos con el servicio de revistas electrónicas, fotocopiado y la falta de recursos para recepción de quejas y sugerencias. Se está trabajando en una acción que involucra a todas las bibliotecas.

### Proceso de Prestación del Servicio

No fue posible realizar el muestreo de la rastreabilidad de los volúmenes, ya que actualmente sólo 3895 de aproximadamente 7000 del total de los libros de esta biblioteca se encuentran controlados conforme a los requerimientos del proceso (catalogación, identificación, etiquetas, código de barras, sellos de la biblioteca, cinta magnética)

Adicionalmente, se reporta una no-conformidad relacionada con falta de recursos dado que no se cuenta con arco magnético que apoye la prevención de la pérdida de volúmenes.

### Proceso de Gestión

Esta biblioteca se encuentra ubicada en la Facultad de Economía, actualmente están en proceso 2 acciones correctivas (112 y 113), 2 acciones preventivas (48 y 49) y 3 acciones de mejora (96, 97 y 98)

Es necesario que la biblioteca reporte el logro de metas a la Coordinación de Servicios bibliotecarios con la frecuencia requerida en el Manual de Calidad para efectos de que dicha Coordinación pueda concentrar y reportar a la vez sus datos a la Rectoría. (ver no-conformidad)

## No Conformidades auditoría anterior

### Acción correctiva efectiva para No Conformidad(es) No:

Auditoría Número	Cláusula Número	Número	Evidencia de implementación efectiva
40836-C	4.2.3	1	Se revisaron los procedimientos: P-FMED-UC-01, P-FMED-UC-03, P-FMED-LFIS-01, P-FMED-LFIS-02, P-FMED-LFIS-03, P-DGADPF-DS-01, P-DGADPF-DS-02 y P-DGADPF-DS-03. En estos ya están indicados los requerimientos legales aplicables. Esta es una de las acciones a realizar para eliminar la no conformidad identificada. La otra acción es que cada sitio tenga su Lista Maestra de Documentos Externos en formato electrónico para su control. Respecto a esta actividad, están en proceso de registrar los documentos externos en la base de datos del sistema electrónico, aún no se ha terminado esta actividad en todos los sitios.

### Acción correctiva aún en proceso respecto a No Conformidad(es) No: EN PROCESO

No Conformidades con acciones correctivas aún en proceso están descritas en la sección de No Conformidades.

### Acción correctiva No efectiva respecto a No Conformidad(es) No:

No Conformidades con acciones correctivas no efectivas están descritas en la sección de No Conformidades.

## No Conformidades:

La evaluación fué basada en muestras aleatorias y por lo tanto pudieran existir no conformidades que no han sido identificadas.

### Instrucciones:

- Enviar las respuestas a las no conformidades a ABS QE via mensajería, fax o email.
- Las organizaciones son requeridas a tomar acciones correctivas para eliminar la causa de todas las no conformidades identificadas en este reporte.
- Las organizaciones deben enviar los planes de acción correctiva para **todas** las no conformidades a ABS Quality Evaluations, Inc. para su revisión dentro de los 60 días contados a partir del último día de auditoría.
- Se requiere la evidencia de implementación de las acciones correctivas identificadas como **Mayores** dentro del mismo plazo (60 días contados a partir del último día de auditoría).
- Los planes de acción correctiva enviados para revisión deben incluir los resultados de la investigación de la causa raíz, acciones para eliminar la causa raíz y prevenir su recurrencia y fechas de implementación de las acciones.
- La implementación y efectividad de las acciones correctivas tomadas para todas las no conformidades Mayores y Menores identificadas en este reporte serán verificadas durante la siguiente auditoría o en una visita de seguimiento en caso de ser requerida por el auditor.

<u>Auditoría Número</u>	<u>Cláusula Número</u>	<u>Artículo Número</u>	<u>Descripción de la No Conformidad</u> (Requerimiento, No Conformidad, Ubicación, Evidencia, Justificación)	<u>Categoría M/I</u>
40836-U	5.5 ADR	1	<p><b>Requerimiento:</b> El Manual de Calidad página 36 incluye una tabla donde debe definir los servicios bibliotecarios ofrecidos por cada una de las bibliotecas de la UADY</p> <p><b>No Conformidad:</b> En 2 de 17 bibliotecas, no fue posible identificar y comunicar adecuadamente los servicios ofrecidos</p> <p><b>Evidencia:</b> Biblioteca Rogelio Díaz Guerrero y Biblioteca Joaquín Dondé Ibarra</p>	I
40836-U	5.4 ADR	1	<p><b>Requerimiento:</b> El Manual de Calidad identifica los objetivos institucionales y la frecuencia con que éstos deben ser reportados en cuanto al logro de metas por cada una de las bibliotecas para que a su vez, la Coordinación del Sistema bibliotecario pueda consolidar los datos y revisarlos en el Comité de Calidad</p> <p><b>No Conformidad:</b> En 3 de 17 bibliotecas, no fue posible demostrar el reporte de las metas en la frecuencia referida</p> <p><b>Evidencia:</b> Biblioteca Carlos Castillo Montes de Oca, Biblioteca Rogelio Díaz Guerrero y Biblioteca Jesús Silva Herzog.</p>	I
40836-U	6.3 ADR	1	<p><b>Requerimiento:</b> ISO 9001:2008 cláusula 6.3 requiere: "La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto. La infraestructura, incluye equipo para los procesos"</p> <p><b>No Conformidad:</b> No se encontró la infraestructura lograr la conformidad con los requisitos del producto</p> <p><b>Evidencia:</b> En 1 (Biblioteca Jesús Silva Herzog) de 3 bibliotecas, revisadas, no fue posible demostrar el control por medio de un arco magnético para prevenir la sustracción de volúmenes</p>	I

40836-U	7.5 ADR	1	<p><b>Requerimiento:</b> ISO 9001:2008 requiere la trazabilidad del producto</p> <p><b>No Conformidad:</b> en 3 de +10 volúmenes, no fue posible trazar la localización de los mismos</p> <p><b>Evidencia:</b> ARQ0008778 y ARQ0017156 (Biblioteca Carlos Castillo) y Q147.B4618 (Biblioteca Rogelio Díaz Guerrero)</p> <p>En la Biblioteca Jesús Silva Herzog no hay condiciones actualmente para realizar este muestreo dado el porcentaje de volúmenes que se encuentran sin catalogar.</p>	I
40836-U	7.5 JMF	2	<p><b>Requerimiento:</b></p> <p>El procedimiento P-DGAP-DS-03 revisión 1, requiere se cumpla con los requerimientos de la Norma NOM- 168-SSA: Para cada paciente se debe tener Historia Clínica, Nota de Evolución, Nota de Intraconsulta, si se requiere.</p> <p><b>No Conformidad:</b></p> <p>No se cumple con el requerimiento de la NOM- 168-SSA</p> <p><b>Evidencia:</b></p> <p>En el área Departamento de Salud. En 2 de 6 expedientes electrónicos de pacientes, revisados, no se encontró evidencia de Historia Clínica</p>	I
40836-U	8.2.2 JMF	1	<p><b>Requerimiento:</b></p> <p>ISO 9001:2008 sección 8.2.2 requiere: “La dirección responsable del área que este siendo auditada debe asegurarse de que se realizan las correcciones y se toman las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas”.</p> <p><b>No Conformidad:</b></p> <p>No se han realizado las correcciones y tomado las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas</p> <p><b>Evidencia:</b></p> <p>En el área de Planeación. De una muestra de 13 acciones correctivas, revisada. Para 4 (AC 72, 80, 83, 84), derivadas de no-conformidades detectadas en la auditoría interna 05 (Noviembre 2008), no se encontró evidencia de haberse determinado y aplicado, correcciones o acciones correctivas para eliminar la causa de las no conformidades detectadas.</p>	I
40836-C	4.2.3	1	<p><b>Requerimiento:</b> ISO 9001: 2000 f) requiere que se asegure que los documentos de origen externo sean identificados y su distribución controlada.</p> <p><b>No Conformidad:</b> El procedimiento para el control de documentos no es efectivo para el control de los documentos de origen externo de manera que permita identificar actualizaciones.</p> <p><b>Evidencia:</b> Norma NOM 168</p>	M

M = Mayor

I = Menor