

Reporte de Auditoría No: QE-46401-1/12-S

Organización: **Universidad Autónoma de Yucatán**

Contacto: Mrs. María Ortega

Tel: 01 999 9231495

Fax: 01 999 9300900

Fecha de reporte: 08/20/2012

Fecha de auditoría: 08/16/2012 - 08/17/2012

Duración de auditoría: 1.5 día(s) auditor
(ver desglose en sitios auditados)

Número total de empleados: 3 empleados.

Norma(s): ISO 9001:2008

Código(s) NACE: 80.3 80.4

Alcance de Certificación:

Design and provision of services of academic practices and investigation activities

Diseño y provisión de servicios de prácticas académicas y actividades de investigación

Recomendación(es) del Equipo Auditor:		
Fase II/ Extensión de Alcance / Transferencia: <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Abierto		
Vigilancias: <input checked="" type="checkbox"/> Continúa <input type="checkbox"/> Continúa sujeto a acciones correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación		
Auditoría de Renovación: <input type="checkbox"/> Re-Aprobado <input type="checkbox"/> Re-aprobado sujeto a acciones correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación		
¿Se requiere visita de seguimiento?	Duración recomendada:	Fechas tentativas:
<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		

Resultados de Auditoría:					
No. total de No Conformidades	0	No. de N/C's mayores	0	No. de N/C's menores	0

Únicamente para auditorías de vigilancia y recertificación	Si	No
¿Existen no conformidades repetitivas/repetidas de auditoría(s) previas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Existen Cambios o recomendaciones de Cambios que afecten el Alcance de Certificación? (en caso afirmativo, completar la sección de cambios de la página 2)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	Yes	No
El equipo auditor recomienda algún cambio en la duración de auditoría para la siguiente auditoría a fin de verificar acciones correctivas resultantes de las no conformidades identificadas? (Requerido para el programa ISO/TS 16949)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Si se recomienda el cambio, mencione la duración recomendada		



Miembro(s) del Equipo Auditor Jorge Mendez - Lead Auditor,

	Fecha de inicio	Fecha de término
Fechas tentativas para la siguiente auditoría	15 Agosto 2013	16 Agosto 2013

ABS Quality Evaluations, Inc. • 16855 Northchase Drive, Houston, TX 77060 USA

• Tel: 1-281-673-2843 • Fax: 1-281-673-2844 • www.abs-qe.com

Cambios que afectan el alcance de certificación			
Instrucciones:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Contactar a la oficina de ABS para aprobación antes de iniciar cambios 2. Referirse al Procedimiento QE-OPS-305 para Extensiones de Alcance 3. Marcar la casilla de "Si" en la tabla de la página 1 de este reporte para indicar cambios identificados 			
<input type="checkbox"/>	Cambio significativo a la frase del alcance	<input type="checkbox"/>	Cambios en la línea de productos
<input type="checkbox"/>	Cambio / adición / eliminación de sitio(s)	<input type="checkbox"/>	Número de empleados
<input type="checkbox"/>	Cambio de nombre / propiedad	<input type="checkbox"/>	Otros:
No es necesario contactar a la oficina en los siguientes casos:			
<input type="checkbox"/>	Incremento o decremento en el intervalo de vigilancias	<input type="checkbox"/>	Modificación de actividades
<input type="checkbox"/>	Incremento o decremento en la duración de la auditoría basado en el desempeño histórico del cliente	<input type="checkbox"/>	Cambio de código de proveedor OEM (<i>únicamente TS 16949</i>)
<input type="checkbox"/>	Modificación / Adición de código NACE	<input type="checkbox"/>	
Detalles del cambio: Ningún cambio			

Acuse de recibo del Reporte de Auditoría	Reporte Final	Borrador
Un reporte por escrito de auditoría (borrador o final) con una descripción de todas las no conformidades, oportunidades de mejora, y recomendación del equipo auditor fue entregado a la organización en la reunión de cierre. Este reporte fue reconocido por la organización	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si el reporte final no fue dejado con cliente al final de la auditoria, por favor escriba la fecha en que fue entregado al cliente	08/20/2012	

Conclusiones del equipo auditor sobre la efectividad del sistema de gestión:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos.
<input type="checkbox"/>	Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos, excepto como se indica en las no conformidades.
<input type="checkbox"/>	Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión no fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos. La recomendación del equipo auditor es para "Revisión de Certificación"

Sitios Auditados:

Rectoría – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo-Calle 60 No. 491-A x 57-Col. Centro-Mérida-Yucatán-México-97000-12-0-Headquarters (.5 dias)
 F.Medicina-Laboratorio de Dietología-Calle 84 A x 59 Núm 498-Col. Centro-Mérida-Yucatán-México--1-0-Academic activities and investigation (.5 dias)
 F.Medicina-Laboratorio de Evaluación del Estado de Nutrición-Calle 84 A x 59 Núm. 498-Col. Centro-Mérida-Yucatán-México--2-0-Academic activities and investigation (.5 dias)

Exclusiones (Únicamente SGC)		Si	No
¿La organización ha excluido algún requerimiento normativo de su sistema de gestión? (verificar exclusiones y justificaciones como están descritas en el Manual de Políticas)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Requerimiento Excluido	Justificación para la Exclusión		
7.5.2	No es requerido aplicar procesos de validación de procesos a fin de identificar incumplimientos posteriores ya que se cuenta con los controles adecuados implementados en los procesos del sistema.		

Comentarios Generales:

Se encontró un sistema implementado y mantenido mostrando cumplimiento de acuerdo a los requisitos de la norma y los requisitos internos. Las acciones correctivas de las no-conformidades anteriores de la última auditoría de ABS para este proyecto fueron encontradas implementadas y en cumplimiento.

Se han implementado mejoras en los procesos del sistema y los procesos de difusión de los aspectos relacionados con el sistema de gestión de calidad. Se está reforzando al personal de auditoría interna en su competencia. El personal de la organización mostró un alto nivel de compromiso y participación en sus responsabilidades y procesos del sistema durante la auditoría.

Diferentes áreas de oportunidad son mencionadas en este reporte de auditoría. (Ver sección de áreas de oportunidad de mejora en este reporte).

Procesos Sub Contratados	Si	No
¿La Organización tiene procesos sub contratados? En caso afirmativo, listar los procesos sub contratados: 1. Servicio de mantenimiento externo a equipo médico 2. Servicios externos de calibración de equipo médico 3. Servicios externos de mantenimiento a infraestructura general. 4. Servicios externo de traslado y confinamiento de residuos peligrosos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿la organización tiene implantados controles adecuados sobre los procesos sub contratados? Se cuenta con contratos establecidos con proveedores de servicio externo, se verificó esto en la revisión documental.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> No Auditado	
Interacción entre los procesos (Únicamente SGC)	Si	No
¿La organización ha incluido en el manual una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Requerimientos legales y otros	Si	No
¿La organización ha identificado los requerimientos legales y otros que le son aplicables?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auditoría a todos los turnos	Si	No
¿Todos los turnos han sido auditados?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si todos los turnos no fueron auditados, justificar la razón por la cual no fueron auditados todos:

Revisión por la Dirección:	Si	No
¿Las revisiones por la dirección cumplen todos los requerimientos de la Norma y el proceso de revisión por la dirección está efectivamente implantado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auditorías Internas	Si	No
¿Las auditorías internas fueron implantadas efectivamente y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acción correctiva y preventiva	Si	No
¿Las acciones correctivas y preventivas fueron efectivamente implantadas y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para auditorías de vigilancia y renovación (borrar para auditorías iniciales)	Si	No
El uso de el (los) logo(s) de el (los) cuerpo(s) acreditador(es) y la marca de ABS estaba en cumplimiento con las Reglas de Uso de la Marca establecidas por ABS, QE, Inc. (Si la respuesta es "No", ver comentarios en las sección de "Comentarios generales".)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hubo cambios significativos en la dirección ejecutiva de la organización? (Si la respuesta es "Si", ver comentarios en las sección de "Comentarios generales".)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Hubo cambios significativos en el sistema de gestión certificado? (Si la respuesta es "Si", ver comentarios en las sección de "Comentarios generales".)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Verificación de acción(es) correctivas de la(s) no conformidad(es) de la auditoría anterior:

Audit. No.	Cláusula No.	Item No.	Evidencia de la implantación efectiva (Indicar N/A si no hubo N/C)
R	7.3.4	1	Se encontró adecuada evidencia implementada de revisión de diseño en 2 materias de prácticas de laboratorio con cambio en sus prácticas a través del instructivo "guía genérica para metodología de la aprobación de los nuevos planes de estudio". Cumplimiento en 2 de 2 casos muestreados.
R	7.3.6	1	Se encontró adecuada evidencia implementada de validación de diseño en 2 materias de prácticas de laboratorio con cambio en sus prácticas a través del instructivo "guía genérica para metodología de la aprobación de los nuevos planes de estudio". Cumplimiento en 2 de 2 casos muestreados.
R	6.4	1	Se encontró adecuada evidencia de cumplimiento en la implementación del control de firmas en las bitácoras en residuos peligrosos implementadas en laboratorio. Evidencia de implementación de reglamento para personal de apoyo, formato implementado de supervisión del manejo de residuos peligrosos biológicos infecciosos. Cumplimiento en 8 de 8 casos mustreados.
R	7.6	1	Se procedió a requerir a los proveedores externos de calibración de equipo la implementación de etiquetas en todos los equipos a fin de mostrar su estado de calibración en fechas. Esto se implementó en los equipos específicos que requerían calibración en sus fechas. Basculas granatorias 48991 y 48907, así como básculas analíticas 81787 y 48738.

Acción(es) correctiva(s) aún en proceso para la(s) No Conformidad(es) No: Ninguna

Acción(es) correctiva(s) NO efectiva(s) para la(s) No Conformidad(es) No: Ninguna

No conformidades:

La evaluación fue basada en muestras aleatorias y por lo tanto, pueden existir no conformidades que no han sido identificadas.

Instrucciones:

- Enviar respuesta a las no conformidades a ABS QE dentro de los **60** días a partir del último día de auditoría.
- Enviar un correo electrónico: auditservices@abs-qe.com **para clientes en USA y Canadá**
- Enviar un correo electrónico: **Al auditor líder para el resto de las oficinas internacionales (poner aquí el mail del auditor)**
- El formato provisto por ABS QE para acciones correctivas puede ser utilizado para responder a las No Conformidades, o bien, se puede utilizar el formato para acciones correctivas que su organización utilice cumpliendo con los requerimientos establecidos en el punto 1 descrito abajo.
- Acciones correctivas enviadas para revisión deben incluir:
 1. El contenido de las respuestas de acciones correctivas debe incluir:
 - a. Contención / corrección
 - b. Resultados de la investigación de la causa raíz,
 - c. Acciones para eliminar la causa raíz y prevenir recurrencia y
 - d. Fechas de implantación
 - e. Para sistemas de gestión certificados en esquema multi-sitios, las acciones correctivas deben considerar como sea aplicable todos los sitios dentro del sistema de gestión certificado.
 2. Evidencia objetiva de implementación – es requerida de ser enviada bajo las siguientes circunstancias:
 - a. Todas las no conformidades incurridas en las auditorías automotrices ISO/TS 16949;
 - b. Todas las no conformidades incurridas en Aeroespacial (AS 9100 / AS 9120) en auditorías de Recertificación, Fase 2, Transferencia y Extensión de Alcance;
 - c. Y para todas las no conformidades Mayores incurridas en cualquier programa.

<u>Audit.</u> <u>No.</u>	<u>Cláus</u> <u>No.</u>	<u>Item</u> <u>No.</u>	<u>Descripción de la No Conformidad</u> (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	<u>Categoría</u> <u>M - Mayor</u> <u>I - Menor</u>
			Requerimiento: Ninguna no conformidad. No conformidad: Evidencia:	
			Requerimiento: No conformidad: Evidencia:	
			Requerimiento: No conformidad: Evidencia:	
			Requerimiento: No conformidad: Evidencia:	

Proceso de Apelación de ABS QE:

Cualquier cliente puede disputar cualquier decisión realizada por ABS QE e iniciar una queja contra la decisión. Tales quejas deben ser por escrito y serán sujetas al procedimiento de ABS QE para el manejo de apelaciones y disputas, QE-CRT-400. Apelaciones deben ser enviadas dentro de los **10 días hábiles** de la emisión del reporte. La presentación, investigación y decisiones sobre las apelaciones no resultarán en ninguna acción discriminatoria en contra del apelante.

Procesos / Funciones Auditados:

<p>Proceso (para SGC): Laboratorio de Dietología (enseñanza aprendizaje en la sección y preparación de alimentos). Prestación del servicio de laboratorio.</p>
<p>Métricos de desempeño: 8.2.1 Satisfacción del cliente: Evaluación calificación meta :menor o igual a 80 % real al 2012 88%</p> <p>En cuanto al servicio de laboratorio: Por actividades de otras materias se tuvo un incremento en los servicios ofrecidos durante 2011. 70% de la licenciatura en nutrición, 30% resto de solicitudes.</p>
<p>Entradas: Planes de clase, manual de prácticas, materiales y utensilios de cocina, alumnos, maestros competentes, equipo y material.</p>
<p>Salidas: Alumno con la competencia en la selección y preparación de alimentos. Equipo y materiales óptimos regresados al almacén.</p>
<p>Documentos/Registros: P-FMED-LD-01 Procedimiento para la enseñanza aprendizaje en la sección y preparación de alimentos. M-FMED-LD-01 Reglamento interno del laboratorio de dietología. Norma oficial Mexicana NOM-251-SSA1-1994, bienes y servicios. Prácticas de higiene y sanidad en la preparación de alimentos que se ofrecen en establecimientos fijos. F- FMED-LD-01 Plan de clase F- FMED-LD-02 Verificación y acondicionamiento del laboratorio F- FMED-LD-03 Registro de resultados F- FMED-LD-11 Calendarización de sesiones P-FMED-LD-02 Materiales y equipos L-FMED-LD-01 Reglamento del laboratorio de dietología F-FMED-LD-04 Préstamo de material y equipo F-FMED-LD-05 Oficio de solicitud de préstamo de materiales y equipos P-FMED-LD-03 Procedimiento para préstamo de instalaciones F-MED-LD-06 Oficio de solicitud de instalaciones F-MED-LD-07 Oficio de autorización de instalaciones F-MED-LD-02 Formato de verificación de instalaciones F-MED-LD-09 Agenda de ocupación</p>
<p>Notas de auditoría:</p> <p>En lo que va del 2012 se han registrado 33 sesiones y 13 prácticas realizadas. Este proceso de enseñanza aprendizaje para la Licenciatura en Nutrición de la UADY, se encontró en cumplimiento en su implementación efectiva en la prestación del servicio, acciones de mejora, acciones correctivas, medición de la satisfacción del cliente y de análisis de datos. Dos áreas de oportunidad de mejora (mencionadas abajo) y ninguna no conformidad que reportar.</p> <p>A/O : No cuenta con tapabocas el M-FMED-LD-01 Reglamento interno del laboratorio de dietología lo solicita Norma oficial Mexicana NOM-251-SSA1-1994, bienes y servicios. Prácticas de higiene y sanidad en la preparación de alimentos que se ofrecen en establecimientos fijos.</p> <p>A/O: Es importante mejorar los tiempos de preservación de registros en el área a fin de poder mostrar evidencia durante los procesos de auditoria interna y externa.</p> <p>No aplica diseño en este momento ya que no ha sido requerido actualizar las prácticas de los planes y programas de estudio hasta el próximo mes de Septiembre.</p> <p>Acción de mejora: AM12-FMED-LD-01 verificada y en cumplimiento.</p> <p>No hay necesidad de haber levantado producto no conforme por indicadores de servicio pero si en 3 casos</p>

por otras situaciones de incumplimiento: Se levantaron 1 producto no conforme durante el 2011 y 2 durante el 2011:

2011 Cucaracha detectada en almacén.
2012 Despachador de agua se quebró sin razón alguna.
2012 Fecha de caducidad del extinguidor vencida.

Proceso (para SGC): Acciones correctivas y preventivas

Métricos de desempeño: Número de acciones correctivas y preventivas

Entradas: Hallazgos en auditorias internas y externas, situaciones de servicio no conforme.

Salidas: Detección de causa raíz, determinación de acciones de corrección, implementación efectiva.

Documentos/Registros:

GT-FMED-CC-01 Guía para la actualización o modificación del diseño de actividades académicas prácticas
F-CIPLADE-CC-15 Formato de acciones correctivas.

Notas de auditoría:

Se evaluó la efectividad de las acciones correctivas anteriores encontradas en este proyecto encontrando efectividad en la implementación de las acciones:

Folio AC11-FMED-LECTQ-01 NC: No se cuenta con ningún caso documentado a la fecha de cambio en las prácticas llevadas a cabo en este laboratorio que pudieran haber generado registros de revisión del diseño (7.3.4) y (7.3.6)

Causa raíz: No se tenía registrada la metodología para la aprobación de planes de estudio.

Acciones:

- 1.- Elaborar y difundir guía genérica para metodología de la aprobación de los nuevos planes de estudio.
- 2.- Entregar a los laboratorios la evidencia de la aprobación de la actualización de los planes de estudios correspondiente a su área.

Evidencias:

GT-FMED-CC-01 Guía para la actualización o modificación del diseño de actividades académicas prácticas.

16 de Junio del 2010 se envió para su modificación 27 de Mayo 2009 , y aprobado el 10 de Diciembre del 2009, Reglamento interior de la Facultad de medicina aprobado por consejo universitario

Caso 1 es relativo a actualización del programa de técnica quirúrgica 5to año carrera.

Caso 2 es relativo a sesiones clínicas y bibliográficas del 5° semestre.

1.- Propuesta de actualización o modificación. Evidencias:

Caso 1: Documento con la propuesta, firmado por los profesores.

Caso 2: Propuesta de modificación del taller de técnica quirúrgica 2009-2010

24 de Mayo. Modificación del programa del taller de sesiones clínicas y bibliográficas III, Cambio en cuarto año de esta materia para el logro de la competencia de toma de decisiones clínicas orientada por evidencias con análisis de casos reales, generación de preguntas clínicas derivadas de dichos casos, la búsqueda inteligente de información, y el análisis de la misma de forma sistematizada para obtener respuesta que permitan la toma de decisiones médicas orientadas por evidencias. Apoyo con plataforma educativa SEL-DOKEOS. El pilotaje realizado demostró plena capacidad para incrementar niveles de competencia del uso de III congreso Internacional de educación media Puerto Vallarta 5-9 Junio 2012. MC Pablo Miguel González Montalvo, MC Gilberto Sierra Basto, M en ES Ramón Ignacio Esperón Hernández.

2.- Análisis de la propuesta de actualización o modificación. El coordinador de año/área analiza con el coordinador de la Licenciatura la pertinencia y fundamentación de la propuesta y en su caso, establecen la necesidad de correcciones. El coordinador de año/área informa por escrito a los profesores del resultado de este análisis. Evidencia: Documento con la respuesta conjunta del coordinador del año/área y de la Licenciatura a los profesores responsables de la propuesta.

Caso 1: Julio 16, 2009 Actualización del programa de técnica quirúrgica.

Caso 2: Respuesta de coordinador de área MC. Pablo M. González Montalvo.

3.- Corrección de la propuesta y entrega al consejo académico. Evidencia: Documento con la propuesta reformulada (en su caso) y firmada por los profesores.

Caso 1: Taller de técnica quirúrgica ciclo escolar 2008-2009, 5to año carrera de medico cirujano.

Caso 2: Programa escolar de ciencias clínicas III ciclo escolar 2009-2010.

Se redujo el contenido teórico y se amplió el contenido práctico.

-Replanteamiento de cambios propuesta de modificación de los talleres de sesiones clínicas y bibliográficas II y III. Precisión del significado de medicina orientada a evidencias (MOE) y sus diferencias con la medicina basada en evidencias. Nivel menos complejo y más aplicativo.

4.- Nombramiento de la comisión revisadora. El director de la facultad como presidente de el consejo académico nombrará en dicha sesión una comisión de profesores y alumnos integrantes de dicho consejo, para presentarse en próxima sesión del consejo. Evidencia:

Caso 1: Acta de sesión del consejo académico correspondiente, firmada por el director, consejeros maestros y consejeros alumnos.

Caso 2: 30 de Julio 2009 (técnicas quirúrgicas): Acta de sesión extraordinaria del consejo académico: Se acepta la propuesta sobre el acotamiento de las prácticas quirúrgicas y de los contenidos temáticos. 24 de Mayo 2012, sesión ordinaria del consejo académico, se pone a consideración del consejo académico una propuesta de modificación en el curso de sesiones clínicas y bibliográficas del 5° semestre que ha sido piloteada durante 2 años. Anexo con documento Resultados del análisis comparativo individual y grupal por parte de la comisión revisadora de la propuesta para el ciclo escolar 2012-2013. Listas de cotejo, plataforma educativa SEL DOKEOS, referencias bibliográficas, referencia metológica MOE (Medicina orientada por evidencias) para programas de Ciencias Clínicas II y ciencias Clínicas III. Se anexan ajustes documentales a la propuesta como dictamen final de la comisión revisora.

5.- Análisis de la actualización o modificación del diseño de las actividades académicas prácticas. Evidencias: Informe de la comisión revisora de la propuesta firmada, acta de sesión del consejo académico con el dictamen final si procede en los programas académicos del siguiente ciclo escolar.

Caso 1: Misma evidencia.

Caso 2: Misma evidencia.

6.- Verificación del cumplimiento. Evidencia: Informe del responsable de la comisión revisora de que la propuesta fue incluida conforme a lo establecido en el dictamen final del consejo.

Evidencia: Ambos programas académicos.

Caso1: Ambos planes de estudio.

Caso 2: Lista de cotejo de Taller de sesiones clínicas y bibliográficas II, ciclo 2012-2013, Lista de Cotejo incluida.

Proceso (para SGC): Laboratorio de evaluación del estado de nutrición.

Métricos de desempeño:

8.2.1 Evaluación de la satisfacción del cliente. Evaluación en estructura: 82.11, proceso: 88.65 y resultados de 84.88.

Marzo y Mayo presentan mayor demanda de préstamo: 28 préstamos en Marzo y 34 préstamos en Mayo. El 58% de los estudiantes de la Licenciatura en Nutrición hicieron uso del laboratorio Ene-Junio 2012. Este análisis se muestra en el formato P-MED-LEEN-01 Número de usuarios por mes que prestaron equipo del LEEN.

Entradas: Solicitud de préstamo de equipo, solicitud del área de LEEN.

Salidas: Equipo prestado y regresado al laboratorio de evaluación del estado de nutrición.

Documentos/Registros:

P-FMED-LEEN-01 Procedimiento para préstamo del equipo del LEEN
 P-FMED-LEEN-02 Procedimiento para el uso del Leen para prácticas
 P-FMED-LEEN-03 Procedimiento para el taller de capacitación en el manejo de equipo y material del LEEN
 L-FEMED-LEEN-01 Reglamento interno del LEEN
 F-FMED-LEEN-01 Formato de solicitud de préstamo de equipo
 F-FMED-LEEN-02 Formato para solicitud del laboratorio de evaluación del estado de nutrición.
 F-FMED-LEEN-03 Formato de solicitud de inscripción al taller de capacitación
 F-FMED-LEEN-04 Lista de asistencias al taller de capacitación
 F-FMED-LEEN-05 Constancias de asistencia a taller de capacitación
 F-FMED-LEEN-07 Checklist del cumplimiento de competencias
 Formatos externos Solicitud de reconocimiento académico
 F-FMED-LEEN-06 Formato de solicitud de préstamo de réplicas de alimentos
 Encuesta de satisfacción del usuario

Notas de auditoría:

Proceso adecuadamente implementado y mantenido en las prácticas de laboratorio y préstamo del equipo de este laboratorio. Se verificó cumplimiento de las condiciones controladas de prestación del servicio, manejo de producto no conforme, análisis de datos, acciones correctivas y medición de la satisfacción del cliente.

8.3 Se encontró evidencia de implementación de servicio no conforme:

06/02/12 Falta de cintas métricas para préstamo.
 11/05/12 Falta de cintas métricas para préstamo.
 04/06/12 Falta de cintas métricas para préstamo.
 28/06/12 Solicitud de un equipo que no tiene carácter de préstamo.
 08/03/12 Durante la prueba con ergómetro no se tiene al alcance un baumanómetro para control arterial.
 28/03/12 Se programó una prueba de ergómetro y no había contacto de electricidad

A/O: Mejorar el uso de las metodologías de causa raíz dependiendo de el incumplimiento a resolver.

8.5.2 Se encontraron implementadas 2 acciones correctivas en este proceso:

AC12-FMED-LEEN-01 No se encontró con señalamientos que indiquen como separar adecuadamente residuos biológico infecciosos .

AC12-FMED-LEEN-02 No se encontraron métodos apropiados para la medición de los procesos 8.2.3.

7.6 Solo las básculas con altímetro y medidores de composición corporal son calibrados externamente:

Basculas con tallímetro Folios: 79929, 79932, 79930, 79926, 72971, 79927, 48350, 48351, 48353, 79931.

Medidor de composición corporal 83751, 89794, 83750, 89795, 105731, 105730, 105732.

Se encontraron en cumplimiento en su calibración con la compañía ORTMET SA de CV.

Avance hacia la mejora continua

Se está mejorando los procesos de difusión de aspectos de gestión de calidad hacia el personal y mejora en las instalaciones para la impartición de prácticas (se visitó el área de prácticas de resucitación).

Oportunidad de mejora

Laboratorio de dietología.

-No se cuenta con el tapabocas como requerimiento en el M-FMED-LD-01 Reglamento interno del laboratorio de dietología aunque es solicitado por la Norma oficial Mexicana NOM-251-SSA1-1994, bienes y servicios. Prácticas de higiene y sanidad en la preparación de alimentos que se ofrecen en establecimientos fijos. (Se requiere a los alumnos en el reglamento de forma indirecta a través del reglamento y con ayudas visuales).

-Es importante mejorar los tiempos de preservación de registros en el área a fin de poder mostrar evidencia durante los procesos de auditoria interna y externa.

Laboratorio de evaluación del estado de nutrición.

-Deben de actualizarse las exclusiones declaradas en el manual de calidad respecto a este proyecto ya que solo 7.5.2 aplicaría como exclusión (Se integra en el sistema 7.5.5 y 7.6).

- Mejorar el proceso de selección de las metodologías de causa raíz a fin de identificar la técnica más adecuada para cada problemática a resolver.

Resumen de desempeño (Requerido para auditorías de vigilancia y renovación)

Revisión del desempeño histórico de auditoría:

Esta tabla se basa en la revisión de la Matriz del Historial de Auditoría y en las auditorías previas:

La revisión del desempeño histórico y esta auditoría indican que la organización ha:	Si	No	N/A
¿Tomado acciones para abordar efectivamente todas las no conformidades emitidas previamente por ABS QE? (No debe haber N/C repetitivas o tendencias)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Manejado efectivamente quejas de clientes y otros?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Identificado los requerimientos legales y regulatorios?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Mantenido y mejorado consistentemente el sistema de gestión?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para cualquier No – proporcionar información de soporte:

Efectividad del sistema de gestión durante el ciclo de certificación:

Se mostró evidencia de mejora en sus procesos y evidencia de efectividad en la implementación del cierre de las no conformidades anteriores en el proceso de diseño y otros procesos. (Ver sección de no conformidades anteriores).

Registro de Asistencia

Sitio: Laboratorio de Dietología, Facultad de Medicina.

Reunión de Apertura: Fecha: 08/16/2012 Hora: 9:00 a.m.

Reunión de Cierre: Fecha: 08/17/2012 Hora: 3:30 p.m.

Nombre	Puesto	Apertura	Cierre
Lic. Ma. del Rosario Barradas	Laboratorio de Dietología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dr. Gabriel Paredes	Coordinador del Sistema de gestión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Registro de Asistencia

Sitio: Laboratorio de Evaluación del Estado de Nutrición, Facultad de Medicina.

Reunión de Apertura: Fecha: 08/16/2012 Hora: 9:00 a.m.

Reunión de Cierre: Fecha: 08/17/2012 Hora: 3:30 p.m.

Nombre	Puesto	Apertura	Cierre
Dr. Gabriel Paredes	Coordinador del Sistema de gestión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lic. Zulema Cabrera Araujo	Laboratorio de Laboratorio de Evaluación del Estado de Nutrición	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
PLN. Edwin Martínez Leo	Servicio social (LEEN)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Matriz de Auditoría

Sitio auditado:	F.Medicina-Laboratorio de Dietología	Fechas de auditoría: 08/16/2012 - 08/17/2012 1.5 día(s) auditor	Número total de empleados: 1
Dirección:	Calle 84 A x 59 Núm 498-Col. Centro-Mérida-Yucatán-México--1-0-Academic activities and investigation	Equipo Auditor: Jorge Alberto Méndez, auditor líder	

Borrar la fila de la cláusula que no aplique:

Cláusulas del SGC	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	
Procesos auditados																								
Procesos de provisión del servicio	Y	Y		Y			Y							Y			Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	
Número Total de NC por Cláusula:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Y = requerimiento auditado aplicable al (los) proceso(s) encontrado(s) en conformidad

M = NC mayor

I = NC menor

Matriz de Auditoría

Sitio auditado:	F.Medicina-Laboratorio de Evaluación del Estado de Nutrición	Fechas de auditoría: 08/16/2012 - 08/17/2012 1.5 día(s) auditor	Número total de empleados: 2
Dirección:	Calle 84 A x 59 Núm. 498-Col. Centro-Mérida-Yucatán-México--2-0-Academic activities and investigation	Equipo Auditor: Jorge Alberto Méndez, auditor líder	

Borrar la fila de la cláusula que no aplique:

Cláusulas del SGC	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	
Procesos auditados																								
Procesos de provision del servicio	Y	Y		Y			Y					Y		Y			Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	
Procesos de diseño y desarrollo	Y	Y		Y			Y							Y	Y				Y	Y	Y	Y	Y	
Número Total de NC por Cláusula:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Y = requerimiento auditado aplicable al (los) proceso(s) encontrado(s) en conformidad

M = NC mayor

I = NC menor

Planeación de Auditoría y Matriz de Historia

Instrucciones: Este es un perfil histórico del desempeño del sistema de gestión. Para esta auditoría, completa esta tabla con el total de no conformidades por cláusula.

Cláusulas SGC/TS	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5
Ciclo de auditoría (incluir el historial de auditorías para el ciclo completo – no solamente la auditoría actual)																							
Renovación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0
S6																							
S12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S18																							
S24																							
S30																							
Renovación																							
Total N/C por Cláusula	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0