

Reporte de Auditoría No: QE - 46401 - 1/24 - S

Organización: **Universidad Autónoma de Yucatán**

Contacto: Miss. María Ortega

Teléfono: 52 999 9231495

Fecha de Reporte: 09/05/2013

Fechas de Auditoría: 09/03/2013 - 09/05/2013

Duración de Auditoría: 3.0 día(s) auditor

Norma(s): ISO 9001:2008

Número total de empleados verificados en sitio: 45

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*

Miembro(s) del Equipo Auditor Adela Du-Pont Rivas - Auditor Líder,

| | | |
|---|-----------------------|--------------------|
| 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 NCs Mayores | 0 | No. de NCs menores | 0 |

| Únicamente para auditorías de vigilancia y re-certificación | 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"/> |

| | Si | 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? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si se recomienda el cambio, mencione la duración recomendada | | |

| | Fecha de inicio | Fecha de término |
|---|-----------------|------------------|
| Fechas para la siguiente auditoría | 1 Sept 14 | 5 Sept 14 |

Díganos su opinión – Por favor complete una breve evaluación en <http://www.abs-qe.com/survey/>

| Cambios que afectan el alcance de Certificación | | | |
|--|---|--------------------------|---|
| Instrucciones: | | | |
| 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 en la frase del alcance | <input type="checkbox"/> | Cambios en las líneas de productos |
| <input type="checkbox"/> | Cambio / adición / eliminación de sitio(s) | <input type="checkbox"/> | Incremento/decremento en el 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 proveedor OEM (TS 16949 only) |
| <input type="checkbox"/> | Modificación / Adición de código NACE | <input type="checkbox"/> | |
| Detalles del 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 el cliente al final de la auditoría, por favor escriba la fecha en que fue entregado al cliente: | | |

| 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" |

| 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"/> |

Sitios Auditados:

Facultad de Medicina
Laboratorio de Ciencias Fisiológicas
Calle 84 A x 59 Núm. 498-Col. Centro
Mérida, Yucatán
México

Rectoría
Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo
Calle 60 No. 491-A x 57-Col. Centro
Mérida, Yucatán
México

Facultad de Medicina
Laboratorio de Cirugía Experimental y Técnica Quirúrgica
Calle 84 A x 59 Núm. 498-Col. Centro
Mérida, Yucatán
México

| Exclusiones (únicamente SGC) | | Si | No |
|---|---|---|--------------------------|
| ¿La organización ha excluido algún requerimiento normativo de su sistema de gestión? (verificar que las exclusiones y justificaciones estén descritas en el Manual de Políticas) | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Requerimiento Excluido | Justificación para la exclusión | | |
| 7.5.2 Validación de procesos | No es necesario validar los procesos dado que se cuenta con controles en todas las etapas de los mismos | | |
| Procesos Sub Contratados (únicamente SGC) | | Si | No |
| ¿La Organización tiene procesos sub contratados? En caso afirmativo, listar los procesos sub contratados: | | | |
| 1. Servicio externo de mantenimiento a equipo médico | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Servicio externo de calibración de equipo médico | | | |
| 3. Servicio externo de mantenimiento a infraestructura en general | | | |
| 4. Servicio externo de traslado y confinamiento de residuos peligrosos | | | |
| En caso afirmativo, ¿la organización tiene implantados controles adecuados sobre los procesos sub contratados? | | <input 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"/> |
| Auditoría a todos los turnos (Únicamente SGC) | | Si | No |
| ¿Todos los turnos fueron 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: | | | |

| | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| 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 y mantenido? | <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"/> |

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

| <u>Audit. No.</u> | <u>Cláusula No.</u> | <u>Item No.</u> | <u>Evidencia de implantación efectiva</u> (Indicar N/A si no hubo N/C) |
|-------------------|---------------------|-----------------|---|
| | | | N/A |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Acción(es) correctiva(s) aún en proceso para la(s) No Conformidad(es) No: N/A

Acción(es) correctiva(s) NO efectiva(s) para la(s) No Conformidad(es) No: N/A

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: **Al Auditor Líder**
- 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
 - a. 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 Re-certificación, 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>Cláusula</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: No conformidad: ninguna por reportar 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:

La Revisión Directiva, así como el seguimiento de Objetivos y logro de metas se comparten con el proyecto 46415 auditado por Aimee Avila y aplicable a la misma Facultad de Medicina de la UADY.

| |
|--|
| Procesos (para SGC): Auditorías Internas |
| Métricos de desempeño: cumplimiento del plan de auditoría |
| Entradas: resultados de auditorías previas, plan de auditoría, listado de auditores internos calificados |
| Salidas: Reporte de auditorías |
| Documentos/Registros: Manual de Calidad, procedimiento de auditorías internas, procedimiento de acciones correctivas |
| <p>Notas de Auditoría: El plan anual de auditorías internas de 2013 incluye 3 auditorías,</p> <p>Febrero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño y provisión de servicios de prácticas académicas. • Actividades de Investigación <p>Julio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de residuos peligrosos • Revisión por la Dirección <p>Octubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud • Servicios de préstamo de instalaciones y equipo de laboratorio • Adquisiciones • Administración del Sistema de gestión de calidad <p>A la fecha se pudo demostrar el cumplimiento con el plan, con la participación de 8 auditores internos calificados (entre ellos Zulema Cabrera, Pamela Pereyra, Caridad Herrera, Pedro Fuentes y Gabriel Paredes), hay al menos 2 auditores más en formación.</p> <p>Se revisaron registros de la auditoría realizada en el mes de Febrero cumpliendo con los requerimientos del procedimiento.</p> <p>En la auditoría AI13-01 se levantaron 10 noconformidades, de las cuales 3 se encuentran cerradas y 7 en proceso y en tiempo.</p> <p>En la auditoría AI13-02 se iniciaron 7 no-conformidades, todas ellas se encuentran en proceso de solución por parte de las áreas involucradas y los registros documentados en el share-point.</p> <p>Actualmente está en revisión un proyecto de mejora para permitir una mejor administración de las acciones y un seguimiento más adecuado y cercano por parte de los auditores internos mediante el uso de la plataforma moodle.</p> |

| |
|--|
| Procesos (para SGC): Acciones correctivas, preventivas y proyectos y mejora |
| Métricos de desempeño: efectividad de acciones |
| Entradas: incumplimientos reales o potenciales Revisiones directivas / análisis de datos Quejas de usuarios |

| |
|--|
| Salidas: acciones correctivas, preventivas o mejoras |
| Documentos/Registros: procedimiento de acciones correctivas y preventivas |
| <p>Notas de Auditoría: Acción AC13-FMED-CC-02 Acción correctiva relacionada para llevar un seguimiento electrónico de las acciones a través de la plataforma moodle. Se identificó la causa raíz y el plan de acción es acorde. Se tiene planeada para tenerle concluida para diciembre de 2013.</p> <p>Acción AC13-FMED-LFIS-02 Acción correctiva relacionada por la generación de acciones de mejora. Se estableció la causa raíz, el plan de acción y se implementó y se cerró efectiva.</p> <p>Acción AM13-FMED-LFIS-02 Acción de mejora relacionada con el ahorro de energía por el cambio de equipo de aire acondicionado. Se implementó la acción y se cerró como efectiva.</p> <p>AP13-FMED-LMD-01 Acción relacionada con la prevención de pérdida de información a través de la conservación de registros de manera electrónica a través de la adquisición de un scanner. Esta en proceso de implementación.</p> <p>Acción AP12-FMED-LEEN-02 Prevención del daño de un calorímetro. Causa raíz- falta de regulador. Adquisición del regulador. Implementada y cerrada efectiva.</p> <p>FOLIO AM13-FMED-LCETQ-01 Adquisición de 4 bancos y 4 botes de patada para el laboratorio de tecnicas quirurgicas, completar inmobiliario Abierta 06/03/2013 Cerrada 26/06/2013 (efectividad verificada en sitio)</p> <p>FOLIO AM12-FMED-LCETQ-01 Solicitar charolas de acero inoxidable para la colocacion de instrumental, pinzas de campo</p> <p>Acciones preventivas En proceso el inicio de accion preventiva relacionada con falta de recursos humanos, dado que el 35% de los usuarios consideraron la necesidad de un enfermero circulante durante las practicas</p> <p>Acciones Correctivas AC12-FMED-LCETQ-01 Implementacion de un plan de supervision asi como la realizacion de la bitacora de mantenimiento preventivo del equipo y mobiliario que se realiza en conjunto con el secretario administrativo</p> <p>Acciones preventivas AP13-FMED-LFIS-01 Peligro potencial pisos dañados pueden ocasionar accidentes de alumnos y docentes Accion: se repararon los pisos</p> <p>AP13-FMED-LFIS-02 Riesgo de fata de material para realizacion de las practicas Accion: adquisicion de micropipetas</p> |

| |
|--|
| <p>AP13-FMED-LFIS-03 Riesgo de falta de docente por jubilacion de un profesor Accion: contratacion de nuevo docente</p> <p>Las acciones fueron efectivas y el proceso implementado adecuadamente</p> |
| <p>Procesos (para SGC): Diseño y provisión de servicios de practicas académicas Facultad de Medicina- Laboratorio der Cirugía Experimental y Técnica Quirúrgica</p> <p>Métricos de desempeño: medición de la satisfacción de los usuarios La meta es incrementar 5% anual de satisfacción</p> <p>OBJETIVOS OPERATIVOS: Cumplir con realización de practicas en tiempo y forma de acuerdo a plan de estudios Cumplir con objetivos de las practicas Entregar a tiempo las evaluaciones de los alumnos según plan a la coordinación</p> |
| <p>Entradas: listado de grupos de tercer año de la licenciatura de Medicina. Programa académico. Definición de grupos y horarios. Practicas desarrolladas. Material necesario para la ejecución de las practicas. Cronograma semestral. Material para las practicas: Ropa de algodón y material desechable. Norma Oficial Mexicana.</p> |
| <p>Salidas: listado de evaluación de grupos</p> |
| <p>Documentos/Registros: Procedimiento practicas y capacitación del taller de Introducción a Técnicas quirúrgicas P-FMED-LCETQ-01 Registro Lista de cotejo de evaluación y calificación de habilidades F-FMED-LCETQ-03 Encuesta de satisfacción de los usuarios F-FMED-CC-02 NOM aplicables (166, 197 y 087)</p> |
| <p>Notas de Auditoría: Este laboratorio ofrece servicios de practicas cuyo diseño curricular fue el resultado del trabajo de un cuerpo colegiado liderado por el Secretario Académico y la Coordinación de la Carrera, el enfoque es desarrollar las habilidades definidas en el perfil de Egreso</p> <p>El Coordinador de Tercer año de Medicina genera los formatos de solicitud, cronogramas y listados de alumnos que participara en los cursos impartidos en el laboratorio.</p> <p>Los responsables de laboratorio revisan los requerimientos en base a los grupos que están matriculados.</p> <p>La planificación de la catedra se realiza anualmente, iniciando el ciclo escolar en Agosto y Enero. En el mes de Junio se realiza la evaluación final y se define si los alumnos han aprobado o no el curso. En caso de reprobación se debe realizar una evaluación extraordinaria.</p> <p>La evaluación del curso se realiza mediante una lista de cotejo de 9 puntos incluyendo la evaluación de habilidades y factores conductuales dentro del quirófano.</p> <p>Se atestiguo la impartición de la catedra en el grupo matutino de tercer año de Medicina, grupo C, el subgrupo C1 fue evaluado el 30 de Agosto, el subgrupo C2 se encuentra actualmente en el proceso de evaluación.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vestimenta correcta 2. Lavado de extremidades superiores 3. Secado correcto 4. Colocación de bata 5. Colocación de guantes 6. Vestido de mesa 7. Colocación de instrumental |

8. Delimitación de área operatoria
9. Comportamiento adecuado en quirófano

La evaluación de habilidades de los estudiantes tiene una graduación de 1 a 10.

Las encuestas de satisfacción del subgrupo C1 fueron revisadas, en general los alumnos están evaluando como Excelente los servicios de practicas académicas. Los resultados de las encuestas de satisfacción fueron analizados en la reunión de revisión por la dirección y las acciones pertinentes iniciadas.

El proceso de mantenimiento preventivo esta programado de la siguiente manera:

Control de extintores (semestral= Julio 2013)
 Mantenimiento de autoclave (anual= Noviembre 2012)
 Control de plagas (semestral=marzo 2013) proveedor= Jardinería y Fumigación Integral
 Limpieza exhaustiva y desbacterizacion del quirófano (Julio 2013)
 Reparación, afilado de material quirúrgico (Julio 2013)
 Mantenimiento preventivo a lámparas quirúrgicas (Agosto 2013)

El proceso se encontró adecuadamente planificado, ejecutado, evaluado y en cumplimiento con los requerimientos documentales y de la norma ISO 9001:2008

Procesos (para SGC): Diseño y provisión de servicios de practicas académicas
 Facultad de Medicina- Laboratorio de Ciencias Fisiológicas

Métricos de desempeño: medición de la satisfacción de los usuarios
 La meta es incrementar 5% anual de satisfacción

OBJETIVOS OPERATIVOS:

Cumplir con realización de practicas en tiempo y forma de acuerdo a plan de estudios
 Cumplir con objetivos de las practicas
 Entregar a tiempo las evaluaciones de los alumnos según plan a la coordinación

Entradas: listados de alumnos
 Manual de practicas de laboratorio

Salidas: reporte de evaluación de los alumnos

Documentos/Registros:

Procedimiento de planificación de las practicas P-FMED-LFIS-01
 Calendario de practicas F-FMED-LFIS-01
 Manual de requisitos de las practicas F-DMED-LFIS-02
 Manual de preparación de reactivos F-MED-LFIS-03
 Procedimiento de desarrollo y evaluación de las practicas P-FMED-LFIS-05
 Lista de cotejo F-FMED-LFIS-05
 Reporte de desempeño F-FMED-LFIS-04
 Reporte Physioex F-FMED-LFIS-12
 NOM aplicables (087, 052, 062)

Notas de Auditoría:

El diseño de las practicas se realizo dentro de las reuniones del cuerpo colegiado para cumplir con los requerimientos de perfil de egreso de los estudiantes de la licenciatura.

La planeación de las practicas se realiza por parte de la secretaria académica en función de la inscripción de alumnos al ciclo escolar vigente

El plan de estudios de la Licenciatura de Medico Cirujano requiere que las practicas realizadas en este laboratorio se realicen durante el 2do. Año de la carrera.

Las practicas deben ser realizadas en 100 horas, con un 15% de la evaluación total del curso y deberá ser aprobado con un mínimo de 60 puntos

El calendario del ciclo escolar Agosto 2012-Junio 2013 cubrió los requisitos de enseñanza en 7 módulos:

1. Introducción
2. Neurología
3. Endocrino
4. Metabolismo
5. Cardiología
6. Nefrología
7. Crecimiento

Dado que a partir de este ciclo escolar se cuenta con la herramienta Physioex-V9 las practicas fueron re-diseñadas con la participación del cuerpo colegiado del Laboratorio de Fisiología, Responsable del Laboratorio, Secretario Académico de la Facultad de Medicina y docentes que participan en la impartición de la catedra, se cuenta con los registros apropiados de dicha revisión y aprobación de las nuevas practicas, considerando que en algunos casos, el software solo sirve de apoyo para la realización de la practica tradicional y en otros casos la simulación permite mejorar el uso de los recursos sin demerito del proceso enseñanza-aprendizaje sino además incrementando las opciones de investigación e involucramiento por parte del estudiante.

Registros de las reuniones realizadas desde el mes de Junio 2013 incluyen la revisión de las practicas, la selección de los temas que serán simulados, la aprobación por parte de las autoridades de las nuevas practicas, la capacitación de los docentes en la nueva metodología (software), el levantamiento de inventario de materiales, equipos, recursos humanos, recursos materiales, infraestructura, planes de mantenimiento preventivo.

Se revisaron evidencias de la planificación, ejecución y verificación de las actividades realizadas en el ciclo escolar 2012-2013, incluyendo cronogramas, solicitudes de recursos, listas de cotejo de los grupos a quienes se impartió la catedra, evaluación de satisfacción de los usuarios y análisis de datos derivados de dichos resultados.

Las mejoras fueron significativas, lográndose los siguientes resultados:

| pregunta | Diciembre 2012 | Mayo 2013 | comentarios |
|----------|----------------|-----------|---|
| 1 | 87 | 95 | Se lograron mejoras significativas en la perception de los alumnum como resultado de la implementación de varias acciones preventivas |
| 2 | 90 | 94 | |
| 3 | 99 | 97 | |
| 4 | 98 | 97 | |
| 5 | 93 | 98 | |

Se revisaron 3 acciones preventivas, las cuales fueron iniciadas y terminadas en el ciclo Marzo-Agosto 2013

El proceso de mantenimiento preventivo esta programado de la siguiente manera:

Control de plagas (semestral=Marzo 2013) proveedor= Jardinería y Fumigación Integral

Mantenimiento de infraestructura (especialmente pisos) = Marzo 2013

Mantenimiento de equipo de laboratorio (bombas, electroestimulador, espectrofotómetro, centrifuga, balanzas) = 30 Agosto, 2013

Este proceso se encontró adecuadamente implementado, tanto el personal a cargo del laboratorio como los usuarios (estudiantes) fueron entrevistados y muestran conocimiento e involucramiento adecuado en la efectividad del sistema de gestión de calidad

Avance hacia la mejora continua

Mejoras significativas en la forma como el personal de las diferentes areas participa activamente y en forma colegiada en el analisis de datos resultantes de la implementacion del sistema de gestion de calidad, asi como en la implementacion y seguimiento de acciones correctivas y preventivas

Oportunidades de mejora

Considerar las ventajas que aportaria a la organización la clarificacion de la metodologia para controlar y registrar los cambios en el diseño de practicas educativas

Considerar las ventajas organizacionales que aportaria la clarificacion de los controles ejercidos al proceso de calendarizacion y ejecucion del mantenimiento preventivo en los laboratorios de la Facultad de Medicina de la UADY

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:

Registro de Asistencia

Reunión de apertura: Fecha: 09/03/2013

Hora: 8:00

Reunión de cierre: Fecha: 09/05/2013

Hora: 16:00

| Nombre | Puesto | Apertura | Cierre |
|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Jorge Zavala Castro | Director | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pedro González Martínez | Investigador CIR | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pamela Pereyra | Admin. Operativo SGC | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Gabriel Paredes | Coordinador SGC FMED | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ivett Parra Arceo | Jefe Depto Tesorería DGF | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carlos Alcocer Selem | CGSE | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mildred Avilés | Oficina de Titulación | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marco Torres León | FMVZ CCBA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carmen Díaz Novelo | SG CATI | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Luci del C Torres Sánchez | Directora FMAT | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Guillermo Storey | Director FMED | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sally López Osorno | Coordinadora de Auditorías | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Mario A Carrillo Alonzo | Coordinador General de Salud | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Julieta Guzmán Casas | Responsable Computo Salud | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| María Ortega Horta | Planeación | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Celia Beatriz Villanueva Novelo | Secretaria Administrativa | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Martha L. Mena | LACSC | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Giovani Xoal Castellanos | LACSC | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Zulema Contillo | Fac Química LACSC | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Juan A. Herrera | SG CATI | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| María Mercedes Cárdenas | Coord. Gral. Des Financiero | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Ma. Teresa Zapata Villalobos | Responsable LCETQ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Jose Luis Torres | Responsable LFIS | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Audit Matrix

| | | |
|------------------------|--|---|
| Sitio Auditado: | Facultad de Medicina-Laboratorio de Ciencias Fisiológicas | Fechas de Auditoría: 05-SEP-13 - 05-SEP-13 1.0 día(s)- auditor |
| Dirección: | Calle 84 A x 59 Núm. 498 Col. Centro Mérida, Yuc. México | Equipo Auditor: Adela Du-Pont Rivas Número total de empleados: 7 <i>(incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)</i> |

| Init / RC | Vigilancias | | | | | QMS | Cláusulas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|----|----|----|----|---|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 6 | 12 | 18 | 24 | 30 | | 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 | | | | | | | | | |
| Historia / Plan de Auditoría Futuro | | | | | | Resultados de Auditoría Actuales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Procesos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | A | | A | | | Servicio de prácticas académicas | | | | | | | | | | | | | A | A | | | A | | A | A | A | | | | | | | | | | | |
| R | | | A | | | Diseño de practicas académicas | | | | | | | | | | | | | | | A | | A | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | | | | | | Adquisiciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | | | A | | | Mantenimiento de Infraestructura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número Total de No conformidades → | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Legenda: A = requerimientos auditados aplicables a los procesos encontrados en conformidad / No conformidades identificadas por tipo M = Mayor / I = Menor

R = Proceso recomendado para ser auditado

Audit Matrix

| | | |
|------------------------|--|---|
| Sitio Auditado: | Rectoría – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo | Fechas de Auditoría: 03-Sep-13 - 03-Sep-13 1.0 día(s)- auditor |
| Dirección: | Calle 60 No. 491-A x 57 Col. Centro Mérida, Yuc. México | Equipo Auditor: Adela Du-Pont Rivas Número total de empleados: 30 (incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas) |

| Init / RC | Vigilancias | | | | | QMS | Cláusulas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|----|----|----|----|---|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 6 | 12 | 18 | 24 | 30 | | 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 |
| Historia / Plan de Auditoría Futuro | | | | | | Resultados de Auditoría Actuales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Procesos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | | A | | A | | Responsabilidad Directiva | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | | A | | |
| R | | A | | A | | Auditorías Internas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | A | | | |
| R | | A | | A | | Acciones Correctivas y Preventivas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | A | |
| R | | | | | | Capacitación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | | A | | A | | Control Documental | | | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número Total de No conformidades → | | | | | | | 0 | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | |

Legenda: A = requerimientos auditados aplicables a los procesos encontrados en conformidad / No conformidades identificadas por tipo M = Mayor / I = Menor

R = Proceso recomendado para ser auditado

Audit Matrix

| | | |
|------------------------|---|---|
| Sitio Auditado: | Facultad de Medicina-Laboratorio de Cirugía Experimental y Técnica Quirúrgica | Fechas de Auditoría: 04-Sep-13 - 04-Sep-13 1.0 día(s)- auditor |
| Dirección: | Calle 84 A x 59 Núm. 498 Col. Centro Mérida, México | Equipo Auditor: Adela Du-Pont Rivas Número total de empleados: 8 <i>(incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)</i> |

| Init / RC | Vigilancias | | | | | QMS | Cláusulas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|----|----|----|----|---|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
| | 6 | 12 | 18 | 24 | 30 | | 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 | |
| Historia / Plan de Auditoría Futuro | | | | | | Resultados de Auditoría Actuales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Procesos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | | A | | A | | Servicio de prácticas académicas | | | | | | | | | | | | A | | | | A | | | | A | A | | | |
| R | | | | A | | Diseño de practicas académicas | | | | | | | | | | | | | | A | | | | | | | | | | |
| R | | | | A | | Mantenimiento de Infraestructura | | | | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | |
| R | | | | | | Adquisiciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Número Total de No conformidades → | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Legenda: A = requerimientos auditados aplicables a los procesos encontrados en conformidad / No conformidades identificadas por tipo M = Mayor / I = Menor

R = Proceso recomendado para ser auditado

Planeación de Auditoría y Matriz Histórica

Instrucciones: Este es un perfil histórico del desempeño del sistema de gestión. Para el **ciclo** actual de auditoría, señalar en esta tabla las cláusulas auditadas **en cada auditoría** y el total de no conformidades por cláusula.

| SGC/TS Cláusulas | 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 | | | | |
|-------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|--|--|--|
| 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| 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 | | | | |

Plan de Auditoría No: QE - 46401 - 1/24 - S

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Fecha de envío del plan de auditoría al cliente: **4 de Julio 2013** **Equipo Auditor:** Adela Du-Pont Rivas - Auditor Líder,

Contacto: Miss. María Ortega
Email: mortega@uady.mx

Tel: 52 999 9231495

Audit Dates: 09/03/2013 - 09/05/2013

Duración de auditoría: 3.0 día(s) auditor

Norma(s) a auditar: ISO 9001:2008

Número total de empleados: 45

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

Objetivos de auditoría:

- Verificar el cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008 y el sistema de gestión documentado de la organización;
- Verificar que el sistema de gestión de Universidad Autónoma de Yucatán cumple con los requerimientos contractuales, legales y regulatorios aplicables;
- Evaluar la efectividad del sistema de gestión para cumplir continuamente los objetivos especificados; e
- Identificar áreas de mejoras potenciales.

| Día/Hora | | Procesos para la auditoría Actividades/Funciones/Áreas |
|--------------------|------|--|
| Martes | | Auditor: Adela Du-Pont |
| | | Sitio: Rectoría / Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo |
| Día 1 | 8:15 | Llegada |
| 8:30-9:30 | | Reunión de Apertura Verificación de procesos y de todos los lugares donde éstos ocurren |
| 9:30-12:00 | | Uso de las marcas de certificación no se usa Revisión documental / Manual de calidad comun a toda la UADY Cambios a la organización no hay cambios organizacionales Objetivos/Metas/Mejora Continua |
| 12:00-13:00 | | Auditorías Internas |
| 13:00-14:00 | | Comida |
| 14:00-15:00 | | Acciones Correctivas y preventivas |
| 15:00-16:00 | | Satisfacción del Cliente |
| 16:00 | | Junta Resumen |

| Día/Hora | Procesos para la auditoría Actividades/Funciones/Áreas | |
|---|---|---------|
| Mie | Auditor: Adela Du-Pont | |
| Sitio: Facultad de Medicina / Lab. de Cirugía Experimental y Técnica Quirúrgica | | |
| Día 2 | 8:00 | Llegada |
| 8:00-15:00 | Diseño y Provisión de Servicios de prácticas académicas | |
| 15:00-16:00 | Comida | |
| 16:00 | Reunión Resumen | |
| Día/Hora | Procesos para la auditoría Actividades/Funciones/Áreas | |
| Jueves | Auditor | |
| Sitio: Facultad de Medicina / Laboratorio de Ciencias Fisiológicas | | |
| Día 3 | 8:00 | Llegada |
| 8:00-14:00 | Diseño y Provisión de Servicios de prácticas académicas | |
| 14:00-15:00 | Comida | |
| 15:00-16:00 | Revisión de notas de auditoría. Elaboración del reporte | |
| 16:00 | Reunión de Cierre | |

Nota: Una auditoría de certificación de sistemas de gestión no es una auditoría de cumplimiento legal o una auditoría de certificación de producto.

Nota: El plan de auditoría puede cambiar durante el transcurso de la misma.

Documentación y Control de documentos será auditado en conjunto con los otros elementos

Política y Registros serán auditados a través de las instalaciones durante la auditoría

Favor de hacer los arreglos para tener la comida en el sitio a fin de mantener el enfoque de la auditoría

Favor de proveer un guía/escolta para cada miembro del equipo auditor

Favor de indicar de los Procedimientos para Emergencias requeridos en sitio

Favor de tener copias disponibles para cada uno de los auditores de lo siguiente:

- Mapa del sitio
- Descripción de la planta y de los procesos / operaciones asociados
- Lista de objetivos, metas y programas