

**Reporte de Auditoría No: QE - 46415 - 1/24 - S**

**Organización:** Universidad Autónoma de Yucatán

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

**Teléfono:** 52 999 930 0900

**Fecha de Reporte:** 09/12/2013

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

**Duración de Auditoría:** 5.0 día(s) auditor

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

**Número total de empleados verificados en sitio:** 162

**Código(s) NACE:** 85.2 85.1 92.5 71.3 73.1

**Complejidad EHS:** N/A

**Alcance de Certificación:**

*Provision of human health services. Provision of laboratory services and provision of infrastructure and laboratory equipment loan services  
Provisión de servicios de salud, provisión de servicios de laboratorio y de préstamo de instalaciones y equipo de laboratorio*

**Miembro(s) del Equipo Auditor** Aimée Avila Delgado /Auditor Líder, Jorge de la Rosa Tapia/Auditor  
Maria de Lourdes Ceron/Experto técnico

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

<b>Resultados de Auditoría:</b>					
No. Total de No conformidades	3	No. de NCs Mayores	2	No. de NCs menores	1

Únicamente para auditorías de vigilancia y re-certificación	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Existen no conformidades repetitivas/repetidas de auditoría(s) previas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿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? <b>(Requerido para el programa de certificación ISO/TS 16949)</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Si se recomienda el cambio, mencione la duración recomendada	-	

	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Fecha de término</b>
<b>Fechas para la siguiente auditoría</b>	1 Sep-2014	5 Sep- 2014

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

Cambios que afectan el alcance de Certificación			
<b>Instrucciones:</b>			
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. <b>Marcar la casilla de "Si" en la tabla de la página 1 de este reporte para indicar cambios identificados.</b>			
<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:
<b>No es necesario contactar a la oficina en los siguientes casos:</b>			
<input type="checkbox"/>	Incremento o decremento en el intervalo de vigilancias	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	Modificación / Adición de código NACE	<input type="checkbox"/>	
<b>Detalles del cambio:</b>			
El alcance de las actividades los siguientes sitios debe ser ajustado:			
<u>Laboratorio de Análisis de Suelos, Plantas y Agua:</u> <i>provisión de servicios de laboratorio y de préstamo de instalaciones y equipo de laboratorio</i>			
<u>Laboratorio de Biología Molecular:</u> <i>Préstamo de Instalaciones y equipos de laboratorio.</i>			
<u>Laboratorio de Recursos Florísticos de Mesosamérica:</u> <i>Préstamo de Instalaciones y Equipos.</i>			
<u>Laboratorio de Nutrición Animal:</u> <i>Provisión de servicios de laboratorio.</i>			
<u>Laboratorio de Zoología:</u> <i>provisión de servicios de laboratorio y de préstamo de instalaciones y equipo de laboratorio</i>			
<b>Fusión de laboratorios:</b>			
Se dan de baja los laboratorios de Transferencia de Embriones y Laboratorio de Andrología.			
Estos 2 laboratorios se convirtieron en el <u>Laboratorio de Reproducción Animal</u> .			
La dirección no cambia, sigue siendo la misma:			
Carretera Xmatkuil Km. 15.5--Mérida-Yucatán-México-97315			
El número de personal de este sitio es de 2 personas.			
Al alcance de este sitio es: <i>provisión de servicios de laboratorio y de préstamo de instalaciones y equipo de laboratorio</i>			
Hay que eliminar el código NACE en relación al proceso de "investigación" ya que ya no es aplicable.			
Nota: En todos estos cambios solicitados no hay adición de actividades, solo es ajuste dentro de las actividades ya previamente declaradas en el certificado.			

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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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:	12 Sep 2013	

**Conclusiones del equipo auditor sobre la efectividad del sistema de gestión:**

<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.
<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, 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Límites (únicamente para ISO 50001)**

*Límites físicos o del sitio y/o límites organizacionales definidos por la organización) ejem. Procesos (límites dentro del alcance – límites físicos o del sitio establecidos por la organización).*

**Sitios Auditados:**

**CCBA- Laboratorio de los Recursos Florísticos de Mesoamérica**

Carretera Xmatkuil Km. 15.5--Mérida-Yucatán-México-97315-1-0-Science research

**CCBA- Laboratorio de Análisis de Suelos Plantas y Agua**

Carretera Xmatkuil Km. 15.5--Mérida-Yucatán-México-97315-1-0-Science research

**CCBA- Laboratorio de Nutrición Animal**

Carretera Xmatkuil Km. 15.5--Mérida-Yucatán-México-97315-4-0-Science research

**CCBA- Laboratorio de Biología Molecular**

Carretera Xmatkuil Km. 15.5--Mérida-Yucatán-México-97315-2-0-Science research

**CCBA- Laboratorio de Zoología (Vertebrados)**

Carretera Xmatkuil Km. 15.5--Mérida-Yucatán-México-97315-1-0-Science research

**Rectoría** – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo-Calle 60 No. 491-A x 57-Col. Centro-Mérida-Yucatán-México-97000-30-0-Headquarters

**Comentarios Generales:**

La reunión de apertura se realizó en conjunto con los proyectos 46401, 46403 y 46404.

La agenda se realizó como estaba planeada.

La revisión de los procesos de administración del sistema de calidad (auditorías internas, acciones correctivas y preventivas, objetivos, satisfacción del cliente y revisión por la dirección) se revisó para las

cuatro dependencias que intervienen en este proyecto que son: Facultad de Química, Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias, Facultad de Medicina y Departamento de Salud.

Esta auditoría también se realizó en conjunto con la auditoría de extensión de alcance para integrar un nuevo sitio a este certificado (ver reporte 46415-X).

En la facultad de Química el pasado 12 de julio de 2013 hubo cambios en la administración quedando de la siguiente manera:

- Directora de la facultad – Dra. Zulema Osiris Cantillo Ciau
- Representante de la Dirección – M. en C. Martha Leticia Mena Reynoso

<b>Exclusiones</b> (únicamente SGC)		<b>Si</b>	<b>No</b>
¿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"/>
<b>Requerimiento Excluido</b>	<b>Justificación para la exclusión</b>		
7.3 Diseño	Los servicios incluidos en el clase son servicios médicos, análisis de laboratorios, préstamo de equipo e instalaciones, así como consulta de colecciones, por lo que no requieren de un diseño propiamente dicho; más bien es el cumplimiento de normativas, leyes y reglamentos.		
7.5.2	Los servicios pueden ser verificados por inspecciones, revisiones y/o pruebas.		
<b>Procesos Sub Contratados</b> (únicamente SGC)		<b>Si</b>	<b>No</b>
¿La Organización tiene procesos sub contratados? <b>En caso afirmativo, listar los procesos sub contratados:</b> 1. Mantenimiento y calibración de equipo		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿la organización tiene implantados controles adecuados sobre los procesos sub contratados?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> No Auditado	
<b>Interacción entre los procesos</b> (Únicamente SGC)		<b>Si</b>	<b>No</b>
¿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"/>
<b>Auditoría a todos los turnos</b> (Únicamente SGC)		<b>Si</b>	<b>No</b>
¿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: N/A			
<b>Requerimientos legales y otros</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>

¿La organización ha identificado los requerimientos legales y otros que le son aplicables? NOM-043-SSA2- 2005 Servicios Básicos de Salud NOM-008-SSA2-1993 Control de nutrición NOM-174-SSA1-1998 Manejo integral de la obesidad NOM-015-SSA2- 1994 Prevención y tratamiento de la diabetes NOM-030-SSA2-1999 Prevención y tratamiento de la hipertensión DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales y trastornos de conducta alimentaria de la Asociación de Psiquiatría Americana NOM-168-SSA1 1998 Elaboración de expediente clínico NOM-087-ECOL-SSA1-2002 Protección de residuos infecciosos NOM-052-SEMARNAT-2005 Identificación, clasificación y listado de residuos peligrosos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	--------------------------

<b>Mejora continua de la eficiencia energética (Únicamente ISO 50001)</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿La organización ha logrado mejorar su eficiencia energética? (Si la respuesta es "No", ver comentarios en la sección de "Comentarios Generales")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Revisión por la Dirección:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿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"/>
<b>Auditorías Internas</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Las auditorías internas fueron implantadas efectivamente y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Acción correctiva y preventiva</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿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:**

<b>Audit. No.</b>	<b>Cláusula No.</b>	<b>Item No.</b>	<b>Evidencia de implantación efectiva (Indicar N/A si no hubo N/C)</b>
12-S	7.5.4	1	<p><b>Requerimiento:</b> La organización debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la organización. La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente.</p> <p><b>No conformidad:</b> Se entregaron resultados de análisis practicados a un paciente a otra persona distinta, la cual no traía el comprobante del análisis, ni tampoco mostró identificación.</p> <p><b>Evidencia:</b> Resultados entregados en ventanilla de recepción de</p>

			<p>estudios de laboratorio y de ultrasonidos el día 13 de Agosto de 2012. Facultad de Medicina</p> <p>Se implementó la Acción Correctiva AC-12-FMED-CC-03 Contención:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Supervisar que la secretaria entregue los resultados de acuerdo a procedimiento.</li> </ul> <p>CR- La secretaria desconoce el alcance de hacer una entrega incorrecta de resultados. Plan de acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforzar periódicamente la situación con la secretaria</li> <li>- Determinar otras áreas de la facultad de medicina que entregan resultados a los pacientes en días posteriores al examen</li> <li>- Crear un formato de contingencia para la entrega de resultados a los pacientes</li> <li>- Actualizar los procedimientos de los laboratorios y áreas en donde aplique.</li> </ul> <p>Se revisó la lista elaborada de los laboratorios que requieren entrega de resultados en día posterior al día de realización (laboratorio análisis de clínicos, laboratorio de enfermedades infecciosas y parasitarias y departamento de medicina del deporte). Se e actualizaron los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedimiento para Evaluación Morfofuncional P-F-FMED-DMDR-01</li> <li>- Procedimiento para la Confirmación etiológica especializada para la integración de un diagnóstico P-FMED-LEIP-03</li> </ul> <p>Se revisó la bitácora de entrega de resultados con fechas de noviembre 30 de 2012 al día de hoy 5 de septiembre de 2013. Se tiene el registro de los pacientes y de quien ha recogido los resultados.</p> <p><i>Se considera cerrada efectiva.</i></p>
12-S	4.2.4	1	<p><b>Requerimiento:</b> Los registros establecidos para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos deben controlarse. <b>No conformidad:</b> No se tienen identificados como registros las interpretaciones de los ultrasonidos realizados por el laboratorio de imagenología, ni ningún otro registro de la realización de la servicio. Tampoco se tienen definidos sus controles. <b>Evidencia:</b> Interpretaciones realizadas durante el 2011 y el 2012. 1 de+/- 6 tipos de registros Laboratorio de imagenología- Facultad de medicina Se implementó la Acción AC-12-FMED-CC-04 Plan de acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar una bitácora de estudios y/o servicios otorgados</li> <li>- Resguardar en el servidor institucional los resultados generados de los servicios otorgados</li> <li>- Definir el período de retención de los resultados.</li> </ul> <p>Se actualizó el procedimiento para la realización e interpretación de estudios médicos de ultrasonido P-FMED-LIMAG-01 a su versión 05. Se estableció como tiempo de retención 6 meses. Se estableció el citrix para el resguardo de información en lugar de guardarlo</p>

			<p>en disco "C" de la computadora del laboratorio. Se verificaron los registros de las interpretaciones realizadas en este 2013 a través de citrix. <i>Se considera cerrada efectiva.</i></p>
12-S	5.1 e)	1	<p><b>Requerimiento:</b> La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de calidad, así como con la mejora continua de su eficacia asegurando la disponibilidad de recursos. <b>No conformidad:</b> Falta de recursos humanos para operar el laboratorio de imagenología por ausencias. <b>Evidencia:</b> El laboratorio de imagenología permaneció cerrado durante 2 semanas durante el cuatrimestre Enero-Mayo 2012 por enfermedad del personal responsable del laboratorio Laboratorio de imagenología - Medicina Se implementó la Acción AC-12-FMED-CC-05 Plan de acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar listado de personas con posibilidades de requerir suplencia</li> <li>- Definir el perfil del personal suplente con base en las funciones del personal que se requiere cubrir.</li> <li>- Definir el salario correspondiente con base al catálogo de puestos de la institución</li> <li>- Establecer el mecanismo para la remuneración salarial del personal suplente acorde con la normativa institucional.</li> </ul> <p>Se tienen las listas de personas que requieren suplencias por cada laboratorio, se definió el perfil requerido. Se tienen identificados los nombres de quienes pudieran suplir cada puesto.</p> <p>A la fecha no se ha presentado ausencias. Por lo tanto no se puede verificar efectividad de la implementación de acciones. <i>Esta acción sigue en proceso, pero en tiempo.</i></p>
12-S	6.3	1	<p><b>Requerimiento:</b> La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto (equipos de proceso). <b>No conformidad:</b> No se encontró evidencia de que se haya realizado el mantenimiento al equipo de ultrasonido de imagen MCA-ALOK MOD- SSD-3500 SX no. de inventario 104614 <b>Evidencia:</b> Sin evidencia. Solo se presentó un reporte de folio no. 156 con fecha 14 de enero de 2010 (fecha tapada con corrector) Laboratorio de imagenología. Considerada menor porque no se tiene evidencia de fallas en los estudios realizados. Medicina: Se implementó la acción AC-12-FMED-CC-06 Plan de acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Localizar constancia de mantenimiento del 2011</li> <li>- Definir elementos que debe tener la constancia de mantenimiento y/o calibración para ser aceptada.</li> <li>- Informar a los proveedores de los requisitos que debe cumplir la constancia</li> <li>- Verificar que la constancia de mantenimiento y/o calibración cumpla con los requisitos.</li> </ul> <p>Se tiene el reporte de mantenimiento del 2011.</p>

			<p>Se definieron los requisitos para los registros. Se tienen los registros de calibración del 2012 y del 2013 en cumplimiento. <i>Se cierra efectiva.</i></p>
12-S	5.4.1	1	<p><b>Requerimiento:</b> La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el producto se establezcan en las funciones y los niveles pertinentes dentro de la organización. <b>No conformidad:</b> No se encontraron establecidos formalmente los objetivos de calidad de acuerdo al formato institucional establecido para tal efecto. <b>Evidencia:</b> Sin evidencia en Departamento de salud y Facultad de Medicina. Se implementaron la acciones AC-12-FMED-CC-07 y Acción AC-12-19 Se documentaron los objetivos en el formato institucional y se establecieron todos en relación a la satisfacción del usuario. Esto los llevó a desarrollar diversos formatos estandarizados para la medición de la satisfacción del cliente. Se realizaron las mediciones para el período 16 de noviembre de 2013 al 30 de mayo de 2013. Para la satisfacción del cliente.  En el departamento de Salud se definió el objetivo de satisfacción de los usuarios en 80% en el formato institucional. Se realizó la medición de manera semestral y se verificó la última realizada durante este 2013. <i>Esta acción se cierra efectiva.</i></p>
12-S	7.4.1	1	<p><b>Requerimiento:</b> La organización debe evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización. Deben establecerse los criterios para la selección, evaluación y la re-evaluación. <b>No conformidad:</b> No se tienen establecidos los criterios para la selección, evaluación y la re-evaluación de proveedores. <b>Evidencia:</b> Proveedores del Departamento de Salud Y los proveedores de los servicios de calibración del CCBA. Considerada menor debido a que no se tiene evidenciación de problemas en la provisión del servicio.  Se implementaron las acciones - AC-12-20 y AC-12-CCBA-04 Se realizó una lista de proveedores. Se establecieron los criterios para la selección y evaluación y reevaluación.  Se realizó un padrón de proveedores. Se realizó una lista de responsables hacia los proveedores. Se establecieron los lineamientos para la selección y evaluación de los proveedores de bienes y servicios del CCBA (L-CCBA-SAD-01). Se tienen las evidencias de la evaluación de proveedores. Se revisaron las de tres (mantenimiento de equipos de laboratorio, fumigación y recolección de residuos peligrosos). Los proveedores han sido evaluados de acuerdo a requerimientos establecidos. <i>Esta acción se cierra efectiva.</i></p>



12-S	7.6	1	<p><b>Requerimiento:</b> ISO 9001: 2008 establece en 7.6: Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (a) calibrarse o verificarse o ambos a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales;</li> <li>- (c) estar identificado para poder determinar su estado de calibración;</li> </ul> <p>Deben mantenerse registros de los resultados de la calibración y la verificación.</p> <p><b>No Conformidad:</b> Los equipos usados no cumplen con los controles de calibración e identificación.</p> <p><b>Evidencia:</b></p> <p><b>1.- FMED-Medicina del Deporte:</b> El equipo de la lista de equipos de medición usados en Medicina del deporte, no se mostró evidencia de calibración (No hay certificados de calibración) y los equipos no muestran identificación de estar calibrados: básculas, dinamómetro, Espirómetro, electrocardiógrafo,</p> <p><b>2.- FMED-Lab. de Enfermedades Infecciosas:</b> El equipo no se mostró evidencia de calibración: Balanzas, Termo Ciclador, Pipetas graduadas</p> <p><b>3.- CCBA-Lab. de Docencia:</b> Se encontró que el equipo requerido para las prácticas no cuenta en ningún caso con la identificación para determinar su estado de calibración: Balanza analítica, espectrofotómetro, balanzas granatarias y termómetros.</p> <p><b>4.Evidencia generada durante la presente auditoría (S-24)</b> El laboratorio de Análisis de Suelos Plantas y Agua, provee el servicio de préstamo de equipo, en el caso de Penetrómetro No. 2 LASPA, no se encontró evidencia de haber sido calibrado o verificado</p> <p>Siguen en proceso las acciones AC-12-CCBA-CC-01 y 02 Se capacitó al personal de los laboratorios en relación a la calibración, mantenimiento y verificación de equipos el día 11 de septiembre de 2012 a través del Centro de Investigaciones Científicas de Yucatán. Se realizó un inventario de todos los equipos para todos los laboratorios durante este 2013 (alrededor de 900 equipos). Se identificó cuales equipos deben ser calibrados, a cuales solo se les debe dar mantenimiento y cuales solo verificados. Se comenzaron las primeras calibraciones en mayo y julio de este 2013. Se tienen programadas más calibraciones para el mes de septiembre. Se está alimentando el sistema SIM (Sistema de Infraestructura y Mantenimiento) para poder administrar las calibraciones y mantenimientos de equipos en el tiempo. <i>Esta Acción correctiva se considera en proceso y en tiempo.</i></p>
------	-----	---	--

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

NC-7.6- 12S  
NC 5.1e) 12S

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

**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: [aavila@abs-qe.com](mailto:aavila@abs-qe.com)
- **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 No.</u>	<u>Cláusula No.</u>	<u>Item No.</u>	<u>Descripción de la No Conformidad</u> (Requerimiento, No conformidad, Evidencia)	<u>Categoría</u> <b>M - Mayor</b> <b>I - Menor</b>
12-S	7.6	1	<p><b>Requerimiento:</b> ISO 9001: 2008 establece en 7.6: Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (a) calibrarse o verificarse o ambos a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales;</li> <li>- (c) estar identificado para poder determinar su estado de calibración;</li> </ul> <p>Deben mantenerse registros de los resultados de la calibración y la verificación.</p> <p><b>No Conformidad:</b> Los equipos usados no cumplen con los controles de calibración e identificación.</p> <p><b>Evidencia:</b></p> <p><b>1.- FMED-Medicina del Deporte:</b> El equipo de la lista de equipos de medición usados en Medicina del deporte, no se mostró evidencia de calibración (No hay certificados de calibración) y los equipos no muestran identificación de estar calibrados: básculas, dinamómetro, Espirómetro, electrocardiógrafo,</p> <p><b>2.- FMED-Lab. de Enfermedades Infecciosas:</b> El equipo no se mostró evidencia de calibración: Balanzas, Termo Ciclador, Pipetas graduadas</p> <p><b>3.- CCBA-Lab. de Docencia:</b> Se encontró que el equipo requerido para las prácticas no cuenta en ningún caso con la identificación para determinar su estado de calibración: Balanza analítica, espectrofotómetro, balanzas</p>	<b>M</b>

			granatarias y termómetros	
12-S	5.1 e)	1	<p><b>Requerimiento:</b> La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de calidad, así como con la mejora continua de su eficacia asegurando la disponibilidad de recursos.</p> <p><b>No conformidad:</b> Falta de recursos humanos para operar el laboratorio de imagenología por ausencias.</p> <p><b>Evidencia:</b> El laboratorio de imagenología permaneció cerrado durante 2 semanas durante el cuatrimestre Enero-Mayo 2012 por enfermedad del personal responsable del laboratorio Laboratorio de imagenología - Medicina</p>	M
24-S	7.5.1	1	<p><b>Laboratorio de Biología Molecular</b></p> <p><b>Requerimiento:</b> ISO 9001:2008 especifica que la organización debe planificar y llevar a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas.</p> <p><b>No conformidad:</b> No en todos los casos la prestación del servicio se realiza en condiciones controladas.</p> <p><b>Evidencia:</b> Para el control de residuos se lleva un Bitácora de Control en donde se tiene que en confinamiento se encuentra Hidróxido de Sodio con fecha de entrada 11/Jul./2013 sin embargo en confinamiento no se encontró. Y en confinamiento se tiene Hidróxido de Sodio con fecha de entrada 23/Ago./2013 sin embargo este material no se encuentra registrado en la Bitácora de Control.</p> <p>Nota: Se consideró menor por ser dos sustancias fuera de control de seis auditadas.</p>	I

**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:**

**Procesos (para SGC):** Auditorías Internas/ Acciones correctivas y preventivas/ Revisión por la Dirección/ Satisfacción del cliente – **Rectoría - Facultad de Química**

**Métricos de desempeño:** Cumplimiento al programa de auditorías / Acciones en tiempo

**Entradas:** Programa de auditorías / Quejas, medición de indicadores, resultados de auditorías

**Salidas:** Reportes de auditorías/ Acciones / Minutas de revisión

**Documentos/Registros:**

P-CIPLADE-CC-03 Procedimiento de auditorías internas

Procedimiento para llevar a cabo acciones correctivas P-CIPLADE-CC-04

**Notas de Auditoría:**

En relación a las auditorías:

Se tiene programa para el año 2013 para el mes de noviembre.

Todos los procesos están programados una vez por año.

Para el año 2012 se realizó la auditoría en el mes de noviembre.

Provisión de servicios de laboratorio, préstamo de instalaciones y equipo, y administración del sistema, compras y competencia del personal.

Auditoría no. AI 12-FQUI-01

20- 23 de noviembre, 2012

Audidores: Amílcar Aguilar

Giovanni Xool

Carlos Villanueva

Martha Mena

**3 No conformidades**

- Reglamento de seguridad e higiene
- Propiedad del cliente- entrega de resultados
- Acciones correctivas no implementadas en 2012.

**6 oportunidades de mejora.**

Se revisó una OM que se convirtió en la AC13-FQUI-02 – designación de una persona para suplencia y capacitarla.

Se tienen los registros de la auditoría que consisten de: plan de auditoría, listas de verificación, reporte de auditoría.

En relación al revisión por la dirección:

La reunión se realiza de manera anual. La última se realizó el 14 de diciembre de 2012.

La siguiente está programada para diciembre de 2013.

Se revisaron todos los puntos requeridos en 5.6.

Se tiene la minuta.

De los resultados de la satisfacción del cliente:

Recepción – 83% Excelente y 16% bueno

Toma de muestra – 93% excelente

Limpieza de las instalaciones – 87% excelente

Tiempo empleado en el servicio (15-25 min) = 93%

Recomendaría los servicios= 98%

Disminuyó el número de servicios no conformes del 2011 al 2012 de 341 a 266

Resultado de la medición de los objetivos de calidad:

Obj. 1 – Disminuir en 10% los servicios no conformes con respecto al año anterior.

En el 2012 fueron 277  
A la fecha de agosto de 2013 se llevan 179.  
Se mide anualmente.

Obj. 2- Mantener anualmente el nivel excelencia en todas las áreas del laboratorio análisis clínicos.  
Los niveles máximos están establecidos por debajo de 100 y en todas las áreas al mes de agosto es menor al 100.

Obj 3. Mantener la satisfacción del usuario 95% usuarios y 80% médicos.  
99% recomendaría el servicio  
86% los médicos se sienten satisfechos

Obj 4. Implementar y operar anualmente al menos un estudio de laboratorio subrogado.  
Se integró el del helicobacter pylori.

Obj 5. Difundir ante la sociedad los servicios que ofrece el laboratorio.  
Se incrementó un día más a la semana durante este 2013 en la unidad de inserción social.

*Estos procesos se encontraron en cumplimiento.*

<b>Procesos (para SGC):</b> Auditorías Internas/ Acciones correctivas y preventivas/ Revisión por la Dirección/ Satisfacción del cliente – <b>Rectoría - CCBA</b>
<b>Métricos de desempeño:</b> Cumplimiento al programa de auditorías / Acciones en tiempo
<b>Entradas:</b> Programa de auditorías / Quejas, medición de indicadores, resultados de auditorías
<b>Salidas:</b> Reportes de auditorías/ Acciones / Minutas de revisión
<b>Documentos/Registros:</b> P-CIPLADE-CC-03 Procedimiento de auditorías internas Procedimiento para llevar a cabo acciones correctivas P-CIPLADE-CC-04
<b>Notas de Auditoría:</b> <u>De las auditorías internas:</u> Se tiene el programa de auditorías para el 2013. Se incluyeron todos los sitios del campus, así como los procesos de soporte. Varios procesos fueron programados para ser auditados más de una vez en el año. La primera auditoría del año fue en el mes de mayo, la segunda en el mes de julio y la tercera se tiene programada para este mes de septiembre.  Se revisó el reporte de la auditoría de julio para los procesos de compras y competencias del personal. Se tuvieron 5 no conformidades. Los Auditores fueron: Alejandra Ortega, Candita Euan Canul Se revisó el reporte de la auditoría de mayo para los sitios del laboratorio de zoología y el de recursos florísticos de Mesoamérica Equipo auditor: Wendy Couoh Chalé, Magnolia Tzec Gamboa, Vanesa Guadalupe Evia Pech. Se tuvieron 11 no conformidades Se conservan los registros (listas de verificación y reportes).  <u>De la revisión por la dirección:</u> La revisión por la dirección se tiene programada 1 ó 2 veces por año. La última realizada fue el 3 de diciembre de 2012. La siguiente se tiene programada para octubre de 2013. Se revisó la minuta del 2012 y se encontró que se cubren todos los puntos de 5.6.2  <u>La satisfacción del cliente</u> arrojó un resultado en el 2012 de 98.1, 99.2 y 98.3% con un resultado entre excelente y bueno. La medición se realiza a través de encuestas por cada laboratorio.

Se muestrearon los siguientes laboratorios para el primer cuatrimestre de 2013:

- L. Parasitología = 100% satisfechos entre excelente y bueno
- L. Reproducción Animal = 98.8% satisfechos entre excelente y bueno
- L. Ecofisiología y biodiversidad = 100% satisfechos entre excelente y bueno

Los resultados de la medición de los objetivos ha sido:

Laboratorio	Objetivo	Meta	Resultado
CCBA-LI	Incrementar en el 2013 la oferta de servicios que ofrece el laboratorio de inmunología.	1 servicio	En proceso
	Que del total de clientes encuestados anualmente, califiquen nuestro servicio como excelente.	50%	40%
CCBA-LP	Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso de los servicios del laboratorio de Parasitología.	95 %	90%
CCBA-LB	Alcanzar y mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso de los servicios del laboratorio de Bacteriología.	96%	90%
CCBA-LAC	Que en el año 2013 los resultados de los análisis de las muestras estén disponibles para el usuario en el área de recepción para su entrega en el tiempo comprometido.	92%	100%
	Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios de los servicios del laboratorio de análisis clínicos.	95%	90%
CCBA-LPAT	Aumentar anualmente un 2% el número de casos que se reciben en el laboratorio de patología con respecto al año 2012.	2%	Aumento del doble el número de solicitudes
	Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios, que hacen uso de los servicios del laboratorio de patología del CCBA-UADY.	95%	100%
CCBA-LASPA	Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios de los servicios del laboratorio.	95 %	90%
	Aumentar anualmente el número de alumnos de servicio social, tesis o estancia en el laboratorio.	50%	30%
CCBA-LD	Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios de los servicios del laboratorio.	95 %	90%
CCBA-LBM	Alcanzar y mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios del Laboratorio de Biología Molecular (LBM).	98%	97.5%
	Incrementar el número de usuarios respecto al año anterior.	10%	10%
CCBA-LSA	Alcanzar y mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios del laboratorio de Sanidad Apícola (LSA).	95%	100%
	Incrementar anualmente el número de usuarios que solicitan servicios del laboratorio de sanidad apícola.	20 %	10%
CCBA-LNA	Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso de los servicios del laboratorio.	98%	90%
CCBA-LRA	Alcanzar anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso de los servicios de laboratorio de reproducción animal.	95%	97.5%
CCBA-LZOO	Alcanzar anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso del servicio de préstamo de instalación y/o equipo de Laboratorio de Zoología.	90%	95.8
CCBA-CZOO	Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios de los servicios del área de Colecciones Zoológicas.	95%	97.8%
CCBA-HER	Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios de los servicios del herbario.	95 %	100%
	Incrementar anualmente el número de servicios prestados en el Herbario.	10%	1.94%
CCBA-LDRM	Incrementar anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso del servicio del LDRM.	2 %	1%
CCBA-LEB	Alcanzar anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso de los servicios del Laboratorio de Ecofisiología y Biodiversidad.	90%	100%
CCBA-SAD	Alcanzar y mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que reciben el servicio del departamento de compras.	80%	75%
CCBA-UDD	Que del total de clientes encuestados anualmente, al menos el 80% califique nuestro servicio como excelente.	80%	75%

Acciones correctivas/preventivas y de mejora:

AC13-CCBA-LNA-01

Queja por falta de extractores- se identificó la causa raíz, se estableció el plan, se implementó y se verificó que fuera efectiva.

En cumplimiento.

AC13-CCBA-LDRM-03 (por auditoría interna)

No se llenaban los formato de reporte de objetivos – se capacitó al personal y se tiene como fecha de implementación este mes de septiembre de 2013. En proceso y en cumplimiento.

AP13-CCBA-LZOO-02

Salida de emergencia no adecuada en caso de tener que ser utilizada- se acondicionó la salida para evitar algún accidente en caso de que la salida de emergencia fuera requerido utilizarla.

En cumplimiento.

AP13-CCBA-LASPA-01

Posible incumplimiento de entrega de resultados. La causa es lo antiguo de ciertas piezas. Se cambiaron y se cerró efectiva:

Acción de Mejora

AM13-CCBA-LP-01

Cambiar enchufes en el laboratorio. Se cambiario y ahora se tienen conexiones más seguras.

*Estos procesos se encontraron en cumplimiento.*

**Procesos (para SGC):** Auditorías Internas/ Acciones correctivas y preventivas/ Revisión por la Dirección/ Satisfacción del cliente – **Rectoría – Departamento de salud**

**Métricos de desempeño:** Cumplimiento al programa de auditorías / Acciones en tiempo

**Entradas:** Programa de auditorías / Quejas, medición de indicadores, resultados de auditorías

**Salidas:** Reportes de auditorías/ Acciones / Minutas de revisión

**Documentos/Registros:**

P-CIPLADE-CC-03 Procedimiento de auditorías internas

Procedimiento para llevar a cabo acciones correctivas P-CIPLADE-CC-04

**Notas de Auditoría:**

En relación a las auditorías.

La última auditoría interna fue en el mes de mayo de 2013. No se tuvieron no conformidades.

Los auditores son enviados por la administración central.

Se tienen los registros y el reporte correspondiente de auditoría.

Se revisaron las acciones correctivas AC-12-19 y AC-12-20. Ambas se encontraron documentadas, implementadas y en cumplimiento.

Respecto a la evaluación de la satisfacción del cliente se realizó la última evaluación en mayo de 2013. – Se aplicaron a 400 usuarios. – 100 para cada área.

Consulta externa

Enfermería

Limpieza

Recepción

Farmacia

Todos los valores obtuvieron resultados por arriba del 90%, siendo la meta mínima el 85%.

En la relación a la revisión por la dirección, la última en que participó ésta área fue el 27 de agosto de 2013. Toda la información revisada cumple con los requerimientos de 5.6.  
*Estos procesos se encontraron en cumplimiento.*

**Procesos (para SGC):** Auditorías Internas/ Acciones correctivas y preventivas/ Revisión por la Dirección/ Satisfacción del cliente – **Rectoría – Facultad de medicina**

**Métricos de desempeño:** Cumplimiento al programa de auditorías / Acciones en tiempo

**Entradas:** Programa de auditorías / Quejas, medición de indicadores, resultados de auditorías

**Salidas:** Reportes de auditorías/ Acciones / Minutas de revisión

**Documentos/Registros:**

P-CIPLADE-CC-03 Procedimiento de auditorías internas

Procedimiento para llevar a cabo acciones correctivas P-CIPLADE-CC-04

**Notas de Auditoría:**

El plan anual de auditorías internas de 2013 incluye 3 auditorías,

Febrero:

- Diseño y provision de servicios de prácticas académicas.
- Actividades de Investigacion

Julio:

- Manejo de residuos peligrosos
- Revisión por la Dirección

Octubre:

- Servicios de salud
- Servicios de préstamo de instalaciones y equipo de laboratorio
- Adquisiciones
- Administración del Sistema de gestión de calidad

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.

Se revisaron registros de la auditoría realizada en el mes de Febrero cumpliendo con los requerimientos del procedimiento.

En la auditoría AI13-01 se levantaron 10 noconformidades, de las cuales 3 se encuentran cerradas y 7 en proceso y en tiempo.

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.

En cuanto a las acciones correctivas:

Se tienen el procedimiento definido para las acciones, se tienen los formatos para el registro.

Se administran las acciones a través del share point y están en fase de desarrollo para darles seguimiento a través de una plataforma moodle.

Se tomaron de muestras de 2 acciones correctivas, 1 acción de mejora y 2 acciones preventivas.

Todas se encontraron en cumplimiento de acuerdo a lo que tenía planteado y de acuerdo a procedimiento.

**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.

**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.

**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.

**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.

**Acción AP12-FMED-LEEN-02**

Prevención del daño de un calorímetro. Causa raíz- falta de regulador.  
Adquisición del regulador.  
Implementada y cerrada efectiva.

En cuanto a la revisión por la dirección, la última fue realizada el 15 de julio de 2013.

Se realiza 2 veces por año. Los requerimientos de 5.6.

Se conservan las minutas.

Adicionalmente se realizan reuniones mensuales de seguimiento para las acuerdos.

*Estos procesos se encontraron en cumplimiento.*

**Procesos (para SGC):** *Provisión del Servicio / Control del Equipo de Medición/ Acciones Correctivas y Preventivas* **Laboratorio de Análisis de Suelos, Plantas y Agua**

**Métricos de desempeño:**

	Meta	Result. 2012	Result. 2013-Julio
Satisfacción del Cliente	≥ 95%	100%	100%

**Entradas:**

Clientes Internos y Externos con necesidades de préstamo de Materiales  
Clientes Internos y Externos con necesidades de préstamo de Instalaciones de Laboratorio  
Clientes Internos y Externos con necesidades de Análisis de Muestras

**Salidas:**

Clientes satisfechos en sus necesidades.

**Documentos/Registros:**

Procedimiento para Préstamo de Materiales para uso Externo Código: P-CCBA-LASPA-05 Rev.2  
Procedimiento para Préstamo de de Instalaciones de Laboratorio Código: P-CCBA-LASPA-04 Rev.1  
Procedimiento para Análisis de Muestras Código: P-CCBA-LASPA-06 Rev.0  
Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas

**Notas de Auditoría:**

*Provisión del Servicio:*

Se encontró conforme. El Laboratorio de Análisis de Suelos, Plantas y Agua, provee los servicios de Préstamo de Materiales, Préstamo de Laboratorios y Análisis de Muestras. En general los procesos para los servicios de préstamo inician con la recepción de solicitud, análisis y aprobación, préstamo de materiales y/o instalaciones, uso, devolución de lo prestado, verificación y aceptación. Se audita el préstamo de los siguientes equipos: Penetrómetro, Multiparamétrico, Espectrofotómetro y Balanza Analítica. Los dos primeros (Penetrómetro y Multiparamétrico) fueron para uso externo, y los últimos dos (Espectrofotómetro y Balanza Analítica) son para uso interno ya que estos no se prestan para uso externo. Se encontraron conformes. Se audita los siguientes servicios de préstamo de instalaciones, Solicitudes # 2013-01(07-Mzo-2013), 2013-02 (07-Mzo-2013), 2013-011 (Del 13-Jun-2013 al 20-Jun-2013) y 2013-015 (Del 13-Ago-2013 al 22-Ago-2013). Los cuatro servicios auditados se encontraron conformes.

El Laboratorio también provee el servicio de Análisis de Muestras, el proceso consiste en recepción de

solicitud, revisión, cotización, aceptación de cotización por parte del cliente, pago, realización de análisis, entrega y aceptación de resultados. Se audita los servicios de análisis # 2013-01, 2013-02 y 2013-03. Encontrándose los tres servicios auditados conformes.

*Control de los Equipos de Medición.*

Se audita la identificación de los siguientes equipos de medición para determinar su estado: LASPA 54-Penetrómetro 2 (Se tuvo una No-conformidad), LASPA 49-Multiparametrico ID: 121385 (29/08/2013), LASPA 41-Espectrofotómetro ID: 78183 (29/08/2013) y Balanza Analítica ID: AS-120 (27/08/2013). Estos últimos 3 equipos se encontraron conformes.

*Acciones Correctivas y Preventivas.*

Se encontraron conformes. Se audita las siguientes acciones:

*Acción Correctiva* No. AC13-CCBA-LASPA 02

NC: Mufla no funciona

Acción Inmediata: Reparación de la Mufla

Causas: - Tiempo excesivo de uso de equipo

- Falta de Control

Acciones Correctivas: - Compra de Mufla Nueva

- Establecimiento de control para seguimiento y Mantenimiento Preventivo.

*Acción Preventiva* No. AP13-CCBA-LASPA-01

NCP: Las fallas recurrentes del horno puede ocasionar retrasos en la entrega de resultados.

Causas: Componentes del Horno muy antiguos, con fallas frecuentes.

Acciones: Reposición de componentes nuevos (Cablería y Resistencia)

**Procesos (para SGC):** Préstamo de Equipo/ Préstamo de Instalaciones /Acciones Correctivas y Preventivas **Laboratorio de Biología Molecular**

<b>Métricos de desempeño:</b>	2012	2013-Ago.
	Meta/Resultado	Meta/Resultado
Satisfacción del Cliente	95% Min./ 97.5%	98% Min./ 98.3%

**Entradas:**  
Solicitudes de préstamo de equipo y/o instalaciones

**Salidas:**  
Clientes que cubren sus necesidades de préstamo

**Documentos/Registros:**  
Procedimiento para la solicitud de préstamo de las instalaciones, equipo, y/o materiales de Laboratorio  
Código: P-CCBA-LBM-01 Rev. 02  
Formato Externo de Solicitud de Préstamo de las Instalaciones, Equipos y Materiales.  
Código: F-CCBA-LBM-07 Rev. 01

**Notas de Auditoría:**  
Se audita el préstamo de Instalaciones y Equipo para Filtrado de Miel. El proceso se inicia con la recepción de la solicitud de préstamo de instalaciones y equipo para las fechas del 22-26 de Octubre del 2012, en horario de 8:00-16:00 Hrs. El personal de Laboratorio verifica lo requerido y determina la factibilidad de uso en las fechas solicitadas, las aprueba y se actualiza el Formato de Calendarización del uso de Laboratorio para las fechas del 22-26 de Octubre del 2012. El programa incluye las fechas de uso de Lunes a Viernes, los usuarios, técnicas a utilizar, equipo y materiales requeridos. Una vez cumplido el uso de los equipos e instalaciones se la entrega de los mismos y se registra en la Bitácora de Control de Equipos y Materiales (F-CCBA-LBM-02 Rev.01), según evidencia en los registros foliados como 22 y 26. Se Registra la No Generación de Residuos y se cierra el proceso.  
Se audita el control de residuos, donde se tuvo un hallazgo el cual se describe en la sección de No-conformidades.

*Acciones Correctivas*  
(Se encontró Conforme)

AC-13-CCBA-CC-01

NC: No se registra el préstamo de material No-conforme.

Causas: El personal que hizo el préstamo no sabía que tenía que hacer un registro del suceso.  
Por falta de capacitación

Acciones: Se impartió la capacitación correspondiente

Evidencia: Se auditó a la persona que incurrió en la falla y sabe qué hacer ahora en caso de tener el mismo problema, se le pregunta los conceptos de llenado de la forma "Identificación y Control de los Servicios No-Conformes" Código: F-CIPLADE-CC-22 Rev.01, respondiendo correctamente para cada concepto.

*Acciones Preventivas*

Se encontró Conforme

AP-13-CCBA-CC-01

NCP: La falta de Regulador de Voltage puede ocasionar que ante una variación excesiva se dañe el equipo nuevo Secuenciador de ADN.

Causa: No se contempló la inclusión de un regulador que proteja al equipo cuando se hizo la petición del Secuenciador de ADN, por omisión.

Acciones: Comprar un regulador para proteger el equipo actual (Evidencia el Secuenciador dispone del regulador)

Incluir en cada solicitud de equipo eléctrico/electrónico su protección de voltaje respectivo.

**Procesos (para SGC):** Préstamo de Instalaciones / Préstamo de Equipos /Acciones Correctivas

**Laboratorio de Recursos Florísticos de Mesoamérica**

**Métricos de desempeño:**

	2011	2012	2012-1er Q.
Incrementar la Satisfacción del Cliente respecto al año anterior	87.0%	91.6%	98.75%

**Entradas:**

Usuario con necesidades de préstamo de Instalaciones y/o Equipos.

**Salidas:**

Usuarios satisfechos al cubrir sus necesidades.

**Documentos/Registros:**

Procedimiento para préstamo de Instalaciones y/o Equipos Código: P-CCBA-LDRM-01 Rev. 03

**Notas de Auditoría:**

Se encontró conforme. El proceso inicia con el recibo de la solicitud de Laboratorio Diversidad de los Recursos Florísticos de Mesoamérica, el cual es analizado y determinado su factibilidad, en cuanto a instalaciones, equipos y fechas solicitado, en caso de aceptarse se formaliza el préstamo mediante la calendarización de los servicios, el cual se registra en la Bitácora de Uso, se prestan los equipos los cuales son registrados en la Bitácora de Equipos, se usan las instalaciones y equipos y al término del período solicitado se hace entrega de los prestado y se recibe a conformidad. Se audita los procesos de préstamo de Equipo e instalaciones para las fechas 7-01-2013 y 19-04-2013, ambas cumplen con todas etapas del proceso y se mostraron los registros correspondientes.

**Acciones Correctivas y Preventivas**

Se tiene 5 acciones correctivas de las cuales se han cerrado 4 y una se encuentra en proceso de solución de acuerdo a su programa. Se audita la Acción Correctiva AC13-CCBA-LDRM-02, la cual se le detectó correctamente las causas, se implementaron acciones y les fue evaluadas su eficacia, la eficacia fue considerada aceptada. Se encontró en conformidad.

Se tiene 1 acción preventiva, la cual se encuentra en proceso de solución de acuerdo a su plan de acción. Se encontró en conformidad.

<b>Procesos (para SGC):</b> Provisión de Servicios de Laboratorio (Análisis) /Control del Equipo de Medición Acciones Correctivas y Preventivas <b>Laboratorio de Nutrición Animal</b>			
<b>Métricos de desempeño:</b>			
	Meta	2011	2012
Incrementar Satisfacción del Cliente respecto al año anterior	≥ 2.0%	95%	98%
<b>Entradas:</b> Necesidad de realización de análisis			
<b>Salidas:</b> Necesidad de análisis satisfecha			
<b>Documentos/Registros:</b> Procedimiento para Recepción y Registro de Muestras Código: P-CCBA-LNA-01 Rev. 02 Procedimiento para Análisis de Muestra Código: P-CCBA-LNA-02 Rev.02 Procedimiento para Entrega de Resultados Código: P-CCBA-LNA-03 Rev.01			
<b>Notas de Auditoría:</b> Se encontró conforme. Se audita el proceso de provisión del servicio de análisis fisicoquímico, caso Cliente externo que requiere la determinación del contenido de Fibra Cruda de un alimento balanceado "Lorgam", a quien se le hace un presupuesto el cual es cubierto por el cliente, presentando la Nota de Venta Folio 0532. Se recibe y registra las muestras (#s: 679, 680, 681, 682 y 683). Se canaliza la muestra y se procede a realizar el análisis, los resultados se registran y se verifica la variabilidad, aceptándose los resultados (5.93% y 5.83%) se recopila información, se Llena forma se validan resultados, se Firma el Reporte y se entrega al cliente. <i>Control del Equipo de Medición</i> Se audita el cumplimiento de la calibración y/o verificación, en los siguientes equipos: Equipo analizador de C y N <sub>2</sub> , Balanzas No. 3, No. 4 y No. 5, Termómetro Digital CICY y Termómetro de Mercurio A-3772. Se mostró evidencia de cumplimiento de la calibración o verificación en las fechas programadas. Los patrones utilizados tienen trazabilidad a patrones nacionales del CENAM.  <i>Acciones Correctivas y Preventivas</i> Se encontró conforme. Se audita las siguientes acciones: AC13-CCBA-LNA-01 NC: Extractores de estufas y áreas de digestión no funcionan Causas: Extractores Rotos, por viejos y falta de mantenimiento preventivo. Acción inmediata: Cambio de extractores. Evidencia: Se tienen en funcionamiento 3 extractores nuevos. Acciones Correctivas: Elaborar programa de mantenimiento preventivo Evidencia: Programa de MP operativo  AP13-CCBA-LNA-01 NCP: Escombros regados en áreas de paso pueden ser causa de accidentes Causas: - Los escombros fueron dejado por obra de albañilería durante modificación a instalaciones. - No se solicita a contratistas recoger el escombro al término de obra - No existe supervisión al término de obra  Acciones: Se solicita a la administración de que para dar por terminado una obra, se establezca, recogimiento del escombro, y despeje de cualquier obstáculo que pueda ocasionar un accidente.			

<b>Procesos (para SGC):</b> Préstamo de Instalaciones /Préstamo de Equipo de Laboratorio <b>Laboratorio de Zoología</b>			
<b>Métricos de desempeño:</b>			
	META	2012	2013-Abril
Satisfacción del Cliente	90% Min.	93.0%	95.8%
<b>Entradas:</b>			
Alumnos con necesidades de préstamo de instalaciones y/o equipos de Laboratorio de Zoología			
<b>Salidas:</b>			
Alumnos con necesidades de préstamos satisfechas.			
<b>Documentos/Registros:</b>			
Procedimiento para llevar a cabo el Préstamo de Instalaciones y/o Equipo del Laboratorio de Zoología Código: P-CCBA-LZOO-01 Rev. 03			
<b>Notas de Auditoría:</b>			
<p>Se encontró conforme. El proceso se inicia cuando el alumno presenta una solicitud de servicio, donde describe el trabajo a realizar, sus necesidades de instalaciones y/o equipo, tipo de equipo y fechas requeridas. Esta solicitud es analizada por el personal de Zoología, quien verifica disponibilidad tanto de equipo como de instalaciones, se comunica al solicitante y en caso necesario, se renegocia opciones, definiéndose un acuerdo final, se realiza el préstamo y al finalizar el alumno sus análisis, se entrega el equipo e instalaciones a conformidad. Se auditan los siguientes servicios:</p> <p>Solicitud de servicio para preparación de material biológico para ingreso a colecciones. Solicitud No. 6, requerido los días 20/06/2013 y 21/06/2013 de 10:00 a 13:00 Hrs. Se encontró en cumplimiento.</p> <p>Solicitud de servicio No. 12 para Revisión de ejemplares del grupo Taxonómico peces, para su curación. La evidencia mostrada se encontró en cumplimiento.</p> <p>Solicitud de servicio No. 15 para identificación de ejemplares de peces para su posterior curación, limpieza material y práctica ictiológica. Fecha requerida: 10/06/2013 Hora de entrada: 9:55 AM. Se encontró conforme.</p> <p><i>Acciones Correctivas y Preventivas</i> AC12-CCBA-L200-07 NC: Las actividades definidas en el procedimiento P-CCBA-LZOO-01 (relacionadas con actividades de aseguramiento y control de Laboratorio) no se realizan. Causas: Falta personal para realización de actividades. Acciones: - Se revisa exhaustivamente todas las actividades definidas en el procedimiento P-CCBA-LZOO-01 y se contrasta vs lo realizado. Se definen todas las actividades faltantes. - Solicita a la administración la contratación de un elemento adicional para el Laboratorio de Zoología. Evidencia: Se contrata al personal faltante, el cual se encuentra participando como auditada en esta auditoria Las actividades que no se realizaban, ahora se realizan con eficacia y en forma oportuna.</p> <p>AP-13-CCBA-LZOO-02 NCP: La salida de emergencia del Laboratorio de Zoología conduce un área con alta hierba y piedras que pueden ocasionar caídas y accidentes. Causa: La salida conduce a un área de alta vegetación y piedras que no se tiene incluida en el plan de mantenimiento preventivo. Acciones: Se corta la vegetación y se limpia el área. Se hace un camino con vaciado de cemento, que impide el nuevo crecimiento de hierba. Se incluye el mantenimiento preventivo del área Se coloca iluminación para en caso de uso de la salida de emergencia de noche.</p>			

**Avance hacia la mejora continua**

Las acciones correctivas están siendo trabajadas de mejor manera en general.  
Los reportes de auditoría han mejorado en cuanto a su contenido y la redacción de no conformidades.

**Oportunidades de mejora**

Considerar mejorar la detección de causas en las acciones correctivas y preventivas  
Considerar indicadores de eficacia relacionados con los procesos del servicio

**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:

<b>La revisión del desempeño histórico y esta auditoría indican que la organización ha:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/A</b>
¿Tomado acciones para abordar efectivamente todas las no conformidades emitidas previamente por ABS QE? (No debe haber N/C repetitivas o tendencias)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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:**

Las acciones correctivas implementadas para 2 de las no conformidades se trabajaron bien y están en proceso; aunque no pudieron ser cerradas, se consideran que están bien.

**Efectividad del sistema de gestión durante el ciclo de certificación:** N/A

## Registro de Asistencia

**Reunión de apertura: Fecha:** 09/03/2013 **Hora:** 8:00  
(En conjunto con proyectos 46401, 46403 y 46404)

**Reunión de cierre: Fecha:** 09/05/2013 **Hora:** 12:00

Nombre	Puesto	Apertura	Cierre
Jorge Zavala Castro	Director	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pedro Gonzalez Martinez	Investigador CIR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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 Tesoreria DGF	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carlos Alcocer Selem	CGSE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mildred Aviles	Oficina de Titulacion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marco Torres Leon	FMVZ CCBA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Carmen Diaz Novelo	SG CATI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luci del C Torres Sanchez	Directora FMAT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guillermo Storey	Director FMED	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sally Lopez Osorno	Coordinadora de Auditorias	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mario A Carrillo Alonzo	Coordinador General de Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Julieta Guzman Casas	Responsable Computo Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Maria Ortega Horta	Planeacion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celia Beatriz Villanueva Novelo	Secretaria Administrativa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Martha L. Mena	LACSC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Giovani Xool Castellanos	LACSC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Zulema Contillo	Fac Quimica LACSC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Juan A. Herrera	SG CATI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maria M Paredes Cardenas	Coord Gral Des Financiero	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma. Teresa Zapata Villalobos	Responsable LCETQ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paulina Martínez	CIPLADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patricia Escoffié CAño	CIPLADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nina Valadéz Gzz	CIR	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Guillermo Valencia Pacheco	CIR	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gabriela Alonzo Salomón	CIR	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Irma Quintal Ortíz	CIR	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
William Moguel Rodríguez	CIR	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Norma Pavia	CIR	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



**Audit Matrix**

<b>Sitio Auditado:</b>	Rectoría – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo (Facultad de Química/ CCBA/ Departamento de Salud y Facultad de Medicina)	<b>Fechas de Auditoría:</b> 03-SEP-13 - 05-SEP-13 <b>2.5 día(s)- auditor</b>
<b>Dirección:</b>	Calle 60 No. 491-A x 57 Col. Centro Mérida, México	<b>Equipo Auditor:</b> Aimee Avila Delgado- Auditor Maria de Lourdes Ceron - Observador <b>Número total de empleados:</b> 30 (incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)

Init / RC	Vigilancias					QMS																													
Init / RC	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							
<b>Historia / Plan de Auditoría Futuro</b>						<b>Procesos</b>																													
						<b>Resultados de Auditoría Actuales</b>																													
R	A	A	A			A	A	1-M	A	A	A	A	A																						
R	A	A	A			A	A							A	A												A	A							
R	A	A	A			A	A			A				A	A												1-M	A							
R	A	A	A			A	A				A																	A							
<b>Número Total de No conformidades →</b>						0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	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**

<b>Sitio Auditado:</b>	CCBA- Laboratorio de Análisis de Suelos Plantas y Agua	<b>Fechas de Auditoría:</b> 03-SEP-13 - 03-SEP-13
<b>Dirección:</b>	Carretera Xmatkuil Km. 15.5 Mérida, México	<b>Equipo Auditor:</b> Jorge de La Rosa Tap
		<b>Número total de empleados:</b> (incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)

Init / RC	Vigilancias					QMS																													
Init / RC	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						Procesos																													
Historia / Plan de Auditoría Futuro						Resultados de Auditoría Actuales																													
R	-		A			A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A			A	I				A								
R	-		A			A	A		A		A															A	A		A	A					
R	-		A			A	A																				A	A	A						
						Número Total de No conformidades →	0	0	0	0	0	0	-	-	0	0	0	0	0	0	0	-	-	0	1	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**

**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](http://www.abs-qe.com)

**Audit Matrix**

<b>Sitio Auditado:</b>	CCBA- Laboratorio de Biología Molecular	<b>Fechas de Auditoría:</b> 03-SEP-13 - 03-SEP-13 <b>5.0 día(s)- auditor</b>
<b>Dirección:</b>	Carretera Xmatkuil Km. 15.5 Mérida, México	<b>Equipo Auditor:</b> Jorge de La Rosa Tapia
		<b>Número total de empleados:</b> <i>(incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)</i>

Init / RC	Vigilancias					QMS	Resultados de Auditoría Actuales																						
	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
Init / RC	Historia / Plan de Auditoría Futuro					Procesos																							
R	-			A		Provisión del servicio	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A				A	A			A		
R	-			A		Satisfacción del cliente	A	A		A	A														A	A		A	A
R	-			A		Acciones correctivas y preventivas	A	A																			A	A	A
						Número Total de No conformidades →																							
						0	0	0	0	0	0	0	-	-	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

**Audit Matrix**

<b>Sitio Auditado:</b>	CCBA- Laboratorio de los Recursos Florísticos de Mesoamérica	<b>Fechas de Auditoría:</b> 04-SEP-13 - 04-SEP-13 <b>5.0 día(s)- auditor</b>
<b>Dirección:</b>	Carretera Xmatkuil Km. 15.5 Mérida, México	<b>Equipo Auditor:</b> Jorge de La Rosa Tapia
		<b>Número total de empleados:</b> <i>(incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)</i>

Init / RC	Vigilancias					QMS	Resultados de Auditoría Actuales																						
	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
Init / RC	Historia / Plan de Auditoría Futuro					Procesos																							
R	-		A			Provisión del servicio	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A			A	A			A			
R	-		A			Satisfacción del cliente	A	A		A	A														A	A		A	A
R	-		A			Acciones correctivas y preventivas	A	A																			A	A	A
Número Total de No conformidades →							0	0	0	0	0	0	-	-	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

**Audit Matrix**

<b>Sitio Auditado:</b>	CCBA- Laboratorio de Nutrición Animal	<b>Fechas de Auditoría:</b> 04-SEP-13 - 04-SEP-13 <b>5.0 día(s)- auditor</b>
<b>Dirección:</b>	Carretera Xmatkuil Km. 15.5 Mérida, México	<b>Equipo Auditor:</b> Jorge de La Rosa Tapia
		<b>Número total de empleados:</b> <i>(incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)</i>

Init / RC	Vigilancias				QMS																								
	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					Procesos																								
R	-		A		Provisión del servicio	A	A	A	A	A				A	A	A	A	A	A				A	A			A		
R	-		A		Satisfacción del cliente	A	A		A		A														A	A		A	A
R	-		A		Acciones correctivas y preventivas	A	A																				A	A	A
Número Total de No conformidades →					0	0	0	0	0	0	0	-	-	0	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

**Audit Matrix**

<b>Sitio Auditado:</b>	CCBA- Laboratorio de Zoología	<b>Fechas de Auditoría:</b> 05-SEP-13 – 05-SEP-13
<b>Dirección:</b>	Carretera Xmatkuil Km. 15.5 Mérida, México	<b>5.0 día(s)- auditor</b>
		<b>Equipo Auditor:</b> Jorge de La Rosa Tapia
<b>Número total de empleados:</b> (incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)		

Init / RC	Vigilancias					QMS																													
Init / RC	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						Procesos																													
						Resultados de Auditoría Actuales																													
R		-		A		A	A	A	A	A				A	A	A	A	A	A			A	A				A								
R		-		A		A	A		A		A														A	A		A	A						
R		-		A		A	A																				A	A	A						
Número Total de No conformidades →						0	0	0	0	0	0	-	-	0	0	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**

**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](http://www.abs-qe.com)

**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.

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
<b>Ciclo de auditoría (incluir el historial de auditorías para el ciclo completo – no solamente la auditoría actual)</b>																							
Fase 2										1-I								1-M*		1-I			
S6	n/a																						
S12		1-I	1-M			1-M					1-I					1-I	1-I	1-M*					
S18	n/a																						
S24			1-M*															1-M*					
S30																							
Renovación																							
<b>Total N/C por Cláusula</b>	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	-	1	1	2	0	1	0	0	0

(\*) misma NC

**Plan de Auditoría No: QE - 46415 - 1/24 - S**

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

**Fecha de envío del plan de auditoría al cliente:** Julio 16, 2013  
**Equipo Auditor:** Aimee Avila Delgado - Auditor Líder,  
 Jorge de La Rosa Tapia - Auditor  
 Maria de Lourdes Ceron – Experto Técnico

**Contacto:** Dr. Juan de Dios Pérez Alayón **Tel:** 52 999 930 0900

**Audit Dates:** 09/03/2013 - 09/05/2013 –S  
 09/05/2013 - 09/06/2013 –X **Duración de auditoría:** 5.0 día(s) auditor – “S”  
 1.0 día auditor- “X”

**Norma(s) a auditar:** ISO 9001:2008 **Número total de empleados:**

**Código(s)NACE:** 85.2 85.1 92.5 71.3 73.1

**Alcance de Certificación:** *Provision of human health services. Provision of laboratory services and provision of infrastructure and laboratory equipment loan services  
 Provisión de servicios de salud, provisión de servicios de laboratorio y de préstamo de instalaciones y equipo de laboratorio*

**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.
- Verificar la implementación del sistema de calidad en el nuevo sitio a ser incluido dentro del sistema de calidad. (auditoría de extensión de alcance)

Día/Hora	<b>Procesos para la auditoría</b> <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>	
<b>Martes 3</b>	<b>Aimée Avila</b>	<b>Jorge de la Rosa</b>
<b>7:45 AM</b>	Llegada a Rectoría	
<b>8:00 – 8:30</b>	Reunión de Apertura - <b>Rectoría</b> Verificación de procesos y de todos los lugares donde éstos ocurren	
<b>8:30 – 9:30</b>	Uso de las marcas de certificación Revisión documental Cambios a la organización Objetivos/Metas/Mejora Continua	
<b>9:30 – 12:30</b>	Revisión de Acciones correctivas de las NC de la auditoría previa de ABS	<b>9:30-10:00</b> Traslado a CCBA
<b>12:30- 3:30</b>	<b><u>Rectoría - Facultad de Química</u></b>	<b>Lab de Análisis de Suelos, Plantas y agua</b>
	Objetivos de Calidad Revisión por la Dirección Auditorías internas Acciones correctivas y preventivas Satisfacción del cliente	<b>10:00 -12:00</b> Provisión del Servicio – Investigación científica
		<b>12:00- 1:00</b> Satisfacción del cliente- Objetivos- Acciones correctivas y preventivas
		<b>Lab de Biología Molecular</b>
	<b>1:00 -2:30</b> Provisión del Servicio – Investigación científica	



		<b>2:30- 3:30</b>	Satisfacción del cliente- Objetivos- Acciones correctivas y preventivas
--	--	-------------------	---

<b>Miérc 4</b>	<b>Aimée Avila</b>	<b>Jorge de la Rosa</b>	
<b>7:30- 11:30</b>	<u>Rectoría - CCBA</u> Objetivos de Calidad Revisión por la Dirección Auditorías internas Acciones correctivas y preventivas Satisfacción del cliente	<b>Lab de Recursos Florísticos de Mesoamérica</b>	
		<b>7:30 -10:00</b>	Provisión del Servicio – Investigación científica
		<b>10:00- 11:00</b>	Satisfacción del cliente- Objetivos- Acciones correctivas y preventivas
<b>11:30 – 3:00</b>	<u>Rectoría -Dirección de Personal de la Coordinación General de Salud</u> Objetivos de Calidad Revisión por la Dirección Auditorías internas Acciones correctivas y preventivas Satisfacción del cliente	<b>Lab de Nutrición Animal</b>	
		<b>11:00 -2:30</b>	Provisión del Servicio – Investigación científica
		<b>2:30- 3:30</b>	Satisfacción del cliente- Objetivos- Acciones correctivas y preventivas

<b>Jueves 5</b>	<b>Aimée Avila</b>	<b>Jorge de la Rosa</b>	
<b>7:30 – 11:00</b>	<u>Rectoría- Facultad de Medicina</u> Objetivos de Calidad Revisión por la Dirección Auditorías internas Acciones correctivas y preventivas Satisfacción del cliente	<b>Laboratorio de Zoología</b>	
	<b>Auditoría de Extensión de Alcance</b>	<b>7:30 -10:00</b>	Provisión del Servicio – Investigación científica
	<b>Aimée Avila /Lourdes Cerón (TE)</b>	<b>10:00- 11:00</b>	Satisfacción del cliente- Objetivos- Acciones correctivas y preventivas
	<b>CIR Dr. Hideyo Noguchi</b>		
<b>11:00 – 3:00</b>	Provisión del servicio – Servicios de laboratorio		
<b>Viernes 6</b>	<b>Aimée Avila /Lourdes Cerón (TE)</b>		
<b>8:00 – 9:00</b>	Calibración y Mantenimiento de Equipos		
<b>9:00 -10:00</b>	Competencia del personal		
<b>10:00- 11:00</b>	Objetivos de Calidad, Satisfacción del cliente y acciones correctivas y preventivas		
<b>11:00-12:00</b>	Elaboración del reporte		
<b>12:00- 12:30</b>	Junta de Cierre		

**Nota:** Un 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 el equipo de protección personal 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
- Lista de los contratistas y/o proveedores utilizados para actividades relacionadas a lo ambiental, seguridad y salud ocupacional (no necesario para algunos programas, ejem ISO 9001).

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán Certificado No. 46415

Con el propósito de asegurar una planeación apropiada de auditoría, favor de completar esta forma y enviarla por correo electrónico al Auditor Líder, a fin de que puede elaborarse la agenda de auditoría.

Favor de adjuntar la documentación que identifique la secuencia e interacción de los procesos identificados de su Organización. (**Únicamente SGC** – Referencia ISO 9001, Sección 4.2.2.c)

Favor de completar y enviar al auditor con suficiente anticipación a la realización de su próxima auditoría:

Sitio	Objetivos & Metas	Objetivo	Actual	Comentarios
<b>Favor de enviar (como sea aplicable) documentos del Desempeño Interno de Métricos</b>				
FMED-UC	Incrementar anualmente la satisfacción de los usuarios internos y externos de los laboratorios certificados en ISO 9001:2008.	5 %	96.91%	N/A
FMED-LAC				
FMED-LMD				
FMED-LIMAG				
FMED-LEIP				
CGS	Alcanzar durante 2013 el índice de satisfacción de los derechohabientes que hacen uso de los servicios de salud de la Coordinación General de Salud.	80%	75%	N/A
CCBA-LI	Incrementar en el 2013 la oferta de servicios que ofrece el laboratorio de inmunología.	1 servicio	En proceso	N/A
	Que del total de clientes encuestados anualmente, califiquen nuestro servicio como excelente.	50%	40%	N/A
CCBA-LP	Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso de los servicios del laboratorio de Parasitología.	95 %	90%	N/A
CCBA-LB	Alcanzar y mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso de los servicios del laboratorio de Bacteriología.	96%	90%	N/A
CCBA-LAC	Que en el año 2013 los resultados de los análisis de las muestras estén disponibles para el usuario en el área de recepción para su entrega en el tiempo comprometido.	92%	100%	N/A
	Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios de los servicios del laboratorio de análisis clínicos.	95%	90%	N/A
CCBA-LPAT	Aumentar anualmente un 2% el número de casos que se reciben en el laboratorio de patología con respecto al año 2012.	2%	Aumento del doble el número de solicitudes	N/A
	Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios, que hacen uso de los servicios del laboratorio de patología del CCBA-UADY.	95%	100%	N/A
CCBA-LASPA	Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios de los servicios del laboratorio.	95 %	90%	N/A
	Aumentar anualmente el número de alumnos de servicio social, tesis o estancia en el laboratorio.	50%	30%	N/A
CCBA-LD	Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios de los servicios del laboratorio.	95 %	90%	N/A
CCBA-LBM	Alcanzar y mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios del Laboratorio de Biología Molecular (LBM).	98%	97.5%	N/A
	Incrementar el número de usuarios respecto al año anterior.	10%	10%	N/A
CCBA-LSA	Alcanzar y mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios del laboratorio de Sanidad Apícola (LSA).	95%	100%	N/A
	Incrementar anualmente el número de usuarios que solicitan	20 %	10%	N/A

	servicios del laboratorio de sanidad apícola.			
CCBA-LNA	Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso de los servicios del laboratorio.	98%	90%	N/A
CCBA-LRA	Alcanzar anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso de los servicios de laboratorio de reproducción animal.	95%	97.5%	N/A
CCBA-LZOO	Alcanzar anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso del servicio de préstamo de instalación y/o equipo de Laboratorio de Zoología.	90%	95.8	N/A
CCBA-CZOO	Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios de los servicios del área de Colecciones Zoológicas.	95%	97.8%	N/A
CCBA-HER	Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios de los servicios del herbario.	95 %	100%	N/A
	Incrementar anualmente el número de servicios prestados en el Herbario.	10%	1.94%	N/A
CCBA-LDRM	Incrementar anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso del servicio del LDRM.	2 %	1%	N/A
CCBA-LEB	Alcanzar anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso de los servicios del Laboratorio de Ecofisiología y Biodiversidad.	90%	100%	N/A
CCBA-SAD	Alcanzar y mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que reciben el servicio del departamento de compras.	80%	75%	N/A
CCBA-UDD	Que del total de clientes encuestados anualmente, al menos el 80% califique nuestro servicio como excelente.	80%	75%	N/A
FQUI	Disminuir anualmente servicios no conformes en comparación al año anterior.	10%	8.66%	N/A
	Mantener anualmente el nivel de excelencia en todas las áreas del laboratorio de análisis clínicos de acuerdo a los criterios establecidos por el programa de evaluación externo de aseguramiento de la calidad (PACAL).			N/A
	• QUÍMICA CLÍNICA	PIV Promedio ≤ 100	PIV Promedio 36	
	• INMUNO/ENDOCRINO	PIV Promedio ≤ 100	PIV Promedio 36	
	• COAGULACIÓN	PIV Promedio ≤ 100	PIV Promedio 64	
	• CITOMETRÍA HEMÁTICA	PIV Promedio ≤ 100	PIV Promedio 48	
	• HEMATOLOGÍA	PIV Promedio ≥ 75	PIV Promedio 97	
	• PARASITOLOGÍA	PIV Promedio ≥ 75	PIV Promedio 88	
	• BACTERIOLOGÍA	PIV Promedio ≥ 75	PIV Promedio 88	
	• UROANÁLISIS	PIV Promedio ≥ 75	PIV Promedio 100	
Alcanzar y mantener anualmente un índice de satisfacción del usuario.	Pacientes 95% Médicos 80%.	Pacientes 99% Médicos 84.8%	N/A	
Implementar y operar anualmente dentro de las instalaciones, estudios de laboratorio que son subrogados.	1 estudio	Prueba de Antígeno de Helicobacter pylori en heces fecales	N/A	
Difundir ante la comunidad los servicios que ofrece el laboratorio.	3 actividades	1 actividad de promoción en	N/A	

		de promoción	la Unidad Universitaria de Inserción Social San José Tecoh.	
CIRB	Mantener anualmente un índice promedio de satisfacción de los usuarios, en el nivel de excelente.	90%	93%	N/A
	Mantener anualmente por debajo del promedio, el índice de variación global en el programa de evaluación externa de la calidad.	Debajo del promedio de variación global	Se mantienen 80%	N/A
	Difundir ante la comunidad los servicios que ofrece el Laboratorio de Hematología, mediante la realización anual, de al menos 2 actividades de promoción.	2 actividades de promoción al año	3 actividades de difusión	N/A

Listar los detalles, como sea aplicable para cualquiera de las siguientes cosas. Favor de anexar información adicional como sea necesario relacionada con los cambios de indicadores clave de desempeño.

1. Problemas importantes con clientes / quejas,

FMED:

- No se presentaron quejas.

CCBA

- Falta de espacios en algunas de las áreas y laboratorios,
- Falta de material y equipo para poder realizar los servicios que brinda el laboratorio.
- Presencia de termitas en algunos laboratorios

FQUI

- No se presentaron quejas.

CIRB

- Limpieza de los sanitarios y áreas comunes del edificio
- Ubicación/señalización del edificio.
- Falta de personal en recepción

CGS

- Mala actitud de algunos los médicos durante la consulta.
- La farmacia no cuenta con todos los medicamentos al momento de surtir las recetas.

2. Situaciones de desempeño interno

FMED:

- Inclusión del perfil ginecológico como ampliación del catálogo de servicios en el laboratorio de análisis clínicos.

CCBA

- PROFEPA emitió el certificado de calidad ambiental el 24 de julio de 2012.

- Mayor número de solicitudes por estudiantes demostrando la inclusión del uso de los laboratorios en las asignaturas.
- Disminución alrededor de un 50% en el número de solicitudes y servicios por parte de los clientes externos.
- Falta de recursos para el mantenimiento y calibración de los equipos.
- Fusión de laboratorios por disminución de solicitudes de servicios.

FQUI

- Se implementa en el Laboratorio de Análisis Clínicos de Servicio a la Comunidad de la Facultad de Química un módulo de cobro de los estudios de laboratorio con el fin de agilizar la atención a los usuarios y recepción de muestras. Anteriormente esta actividad la desempeñaba el personal de recepción.
- Se implementa un día de la semana más (Jueves) para la prestación del servicio de laboratorio de análisis clínicos en la Unidad Universitaria de Inserción Social San José Tecoh (UUIS). Anteriormente el servicio sólo se prestaba los días martes de cada semana.

CIRB

- Se implementó en 2013, la prueba de Chagas
- El estudio que más se hace es la citometría hemática
- Grado de satisfacción del usuario: promedio semestral (ene-junio) es de 93.3 a nivel de excelente y 5.7 a nivel de bueno)
- Número de usuarios atendidos: La tendencia está estable y con leve incremento.
- El laboratorio obtuvo la certificación para participar en el Control a la Calidad Externo de la CONAQUIC.
- Inclusión del AADC al padrón de laboratorios del servicio médico de la UADY.

CGS

- Se está en proceso de documentación del procedimiento de la consulta odontológica para consolidar el servicio odontológico que en el año 2012 se implementó en la Coordinación.
- Se detectó un área de oportunidad en el trato recibido en enfermería. De septiembre de 2012 a junio de 2013 se han otorgado 47,940 consultas y 85,455 recetas expedidas.

Número total de quejas de cliente desde la última auditoría: 25

Número total de empleados (incluyendo tiempo completo / parcial / temporales / contratistas)

FMED-UC	Calle 84 A x 59 Núm. 498 - Colonia Centro	# de Emp.	8	DGADP-CGS	Calle 43 x 76 y 78 S/N - Colonia García Gineres	# de Emp.	60
FQUI-LAC	Calle 84 A x 59 Núm. 498 - Colonia Centro	# de Emp.	14	FEMD-LMD	Calle 84 A x 59 Núm. 498 - Colonia Centro	# de Emp.	15
FMED-LEIM	Calle 84 A x 59 Núm. 498 - Colonia Centro	# de Emp.	5	FMED-LEIP	Calle 84 A x 59 Núm. 498 - Colonia Centro	# de Emp.	11
FMED-LIMAG	Calle 84 A x 59 Núm. 498 - Colonia Centro	# de Emp.	2	FMED-LAC	Calle 84 A x 59 Núm. 498 - Colonia Centro	# de Emp.	6
CCBA-LAC	Carretera Xmatkuil Km 15.5 C.P. 97315	# de Emp.	2	CCBA-LASPA	Carretera Xmatkuil Km 15.5 C.P. 97315	# de Emp.	1
CCBA-LA	Carretera Xmatkuil Km 15.5 C.P. 97315	# de Emp.	2	CCBA-LB	Carretera Xmatkuil Km 15.5 C.P. 97315	# de Emp.	1
CCBA-LBM	Carretera Xmatkuil Km 15.5 C.P. 97315	# de Emp.	2	CCBA-LDRM	Carretera Xmatkuil Km 15.5 C.P. 97315	# de Emp.	1
CCBA-LI	Carretera Xmatkuil Km 15.5 C.P. 97315	# de Emp.	2	CCBA-LNA	Carretera Xmatkuil Km 15.5 C.P. 97315	# de Emp.	3
CCBA-LP	Carretera Xmatkuil Km 15.5 C.P. 97315	# de Emp.	2	CCBA-LPAT	Carretera Xmatkuil Km 15.5 C.P. 97315	# de Emp.	2
CCBA-LSA	Carretera Xmatkuil Km 15.5 C.P. 97315	# de Emp.	1	CCBA-LZOO	Carretera Xmatkuil Km 15.5 C.P. 97315	# de Emp.	2

CCBA-LEB	Carretera Xmatkuil Km 15.5 C.P. 97315	# de Emp.	1	CCBA-CZOO	Carretera Xmatkuil Km 15.5 C.P. 97315	# de Emp.	1
CCBA-LD	Carretera Xmatkuil Km 15.5 C.P. 97315	# de Emp.	5	CCBA-HER	Carretera Xmatkuil Km 15.5 C.P. 97315	# de Emp.	2
CIRB-AADC	Calle 96 s/n por avenida Jacinto Canek y calle 47 paseos de las fuentes	# de Emp	11				

Debe de proveer número de empleados para cada sitio listado en el Certificado de ABS QE que está programado para esta auditoría. (El Certificado está disponible en línea en [www.abs-qe.com](http://www.abs-qe.com). Click en QENetCert)

Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
FMED-UC Único	7:00 a.m.	3:00 p.m.	DGADP-CGS	Nutrición y recepción (citas) 7:30 a.m. Recepción y atención médica 7:30 a.m. 4:00 p.m. 9:00 p.m.	Nutrición y recepción (citas) 3:00 p.m. Recepción y atención médica 3:00 p.m. 8:00 p.m. 12:00 p.m.
FQUI-LAC Único	7:00 a.m.	3:00 p.m.	FEMD-LMD Único	7:00 a.m.	3:00 p.m.
FMED-LEIM Único	7:00 a.m.	3:00 p.m.	FMED-LEIP Único	7:00 a.m.	3:00 p.m.
FMED-LIMAG Único	7:00 a.m.	3:00 p.m.	FMED-LAC Único	7:00 a.m.	3:00 p.m.
CCBA-LAC Único	7:30 a.m.	3:00 p.m.	CCBA-LASPA Único	7:30 a.m.	3:00 p.m.
CCBA-LA Único	7:30 a.m.	3:00 p.m.	CCBA-LB Único	7:30 a.m.	3:00 p.m.
CCBA-LBM Único	7:30 a.m.	3:00 p.m.	CCBA-LDRM Único	7:30 a.m.	3:00 p.m.
CCBA-LI Único	7:30 a.m.	3:00 p.m.	CCBA-LNA Único	7:30 a.m.	3:00 p.m.
CCBA-LP Único	7:30 a.m.	3:00 p.m.	CCBA-LPAT Único	7:30 a.m.	3:00 p.m.
CCBA-LSA Único	7:30 a.m.	3:00 p.m.	CCBA-LZOO Único	7:30 a.m.	3:00 p.m.
CCBA-LEB Único	7:30 a.m.	3:00 p.m.	CCBA-CZOO Único	7:30 a.m.	3:00 p.m.
CCBA-LD Único	7:30 a.m.	7:00 p.m.	CCBA-HER Único	7:30 a.m.	3:00 p.m.
CIRB-AADC Único	7:00 a.m.	3:00 p.m.			

**Cambios al alcance de certificación**

	Cambio significativo en la frase del alcance		Cambios en la línea de productos
	Cambio / adición / eliminación de sitio(s)		Cambio de nombre / propiedad
	Incremento/decremento en el número de empleados comparado con el número de empleados declarados en la Carta de Confirmación		Modificación de actividades (para certificados multi-sitios)

	Cambio en Aspectos/Peligros Significativos (Únicamente EHS)	Otros
<p><b>Detalles del cambio:</b></p> <p>CCBA Se realizó la fusión del Laboratorio de Andrología y del Laboratorio de Transferencia de Embriones, el cual derivó en el Laboratorio de Reproducción Animal.</p> <p>CIRB Adición del Área de apoyo al diagnóstico clínico- Laboratorio de hematología, al alcance del proceso de Provisión de Servicios de Laboratorio y Préstamo de instalaciones y equipo de Laboratorio</p>		