

Reporte de Auditoría No: QE-46401-2/12-S

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Contacto: Paulina Martinez

Teléfono: 52 999 9231495

Norma(s): ISO 9001:2008

Duración: 2.5 día(s) auditor

Fecha de reporte: 07/Oct/2015

Fechas de auditoría: 29/Sept/2015 – 01/Oct/2015

Código(s) IAF/NACE: 37/80.3 37/80.4

Número total de empleados verificados en sitio: 8+7+7=22

Miembro (s) del Equipo Auditor Guillermo Pisanty Marin - Auditor Líder.

Alcance de Certificación:

Design and provision of services of academic practices and investigation activities

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

Recomendación 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							
Renovación: <input type="checkbox"/> Re-Aprobado <input type="checkbox"/> Re-Aprobado sujeto a Acciones Correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación							
Resultados de Auditoría:	Número Total de No conformidades:	0	No. de N/C's Mayores:	0	No. de N/C's Menores:	0	
Únicamente para Auditorías de Vigilancia y Re-Certificación						Si	No
¿Existen no conformidades repetitivas/repetidas de auditoría(s) previas?							X
¿Existen cambios o recomendaciones de cambios que afecten el Alcance de Certificación? (en caso afirmativo, completar la sección de cambios de la página 2)						X	
Auditoría de Seguimiento (Follow-Up)			Duración Recomendada:		Fechas Tentativas:		
<input type="checkbox"/> Se recomienda Auditoría de Seguimiento en Sitio			N/A		N/A		
<input type="checkbox"/> Se recomienda Auditoría de Seguimiento fuera de Sitio			Proveer la justificación para realizar la auditoría de seguimiento fuera de Sitio				
<input checked="" type="checkbox"/> No se requiere auditoría de seguimiento							
<i>Cuando una no conformidad mayor es identificada se requiere una Auditoría de Seguimiento (en sitio o fuera de sitio). Durante la auditoría de Seguimiento el Equipo Auditor requiere verificar la implementación y efectividad de las acciones correctivas realizadas.</i>							
						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?							X
Si se recomienda el cambio, mencione la duración recomendada						N/A	
			Fecha de Inicio		Fecha de término		
Fechas para la siguiente auditoría			28/Sept/2016		30/Sept/2016		
Acuse de recibo del reporte de auditoría						Reporte Final	Borrador
Un reporte de auditoría por escrito (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 entregado al cliente al final de la auditoría, por favor indique la fecha en que le fue enviado al cliente:						7/Oct/2015	

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. La Oficina de ABS QE debe ser contactada para aprobación antes o durante la auditoría.			
2. Para Extensiones de Alcance favor de referirse al Procedimiento QE-OPS-305.			
3. Marcar la casilla de "Si" en la tabla de la página 1 de este reporte para indicar cambios identificados.			
<input checked="" type="checkbox"/>	Cambio en la frase del alcance	<input type="checkbox"/>	Cambios en la línea de productos
<input checked="" type="checkbox"/>	Cambio / adición / eliminación de sitio(s)	<input type="checkbox"/>	Incremento/decremento en el número de empleados
<input type="checkbox"/>		<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 checked="" type="checkbox"/>	Modificación de actividades <i>Si la modificación de actividades afecta a otros certificados, hay que listar todos los certificados afectados en la sección de Detalles de Cambio por Número de Certificado.</i>
<input type="checkbox"/>	Incremento o decremento en la duración de la auditoría basado en el desempeño histórico del cliente	<input type="checkbox"/>	Cambio de Código de Proveedor OEM <i>(únicamente TS 16949)</i>
<input type="checkbox"/>	Modificación / Adición de código NACE	<input type="checkbox"/>	
Detalles del cambio:			
Durante el proceso de revisión inicial, en el cual verificamos la agenda de la auditoría, se detecta que no están realizando funciones de diseño de prácticas en la Facultad de Medicina como lo requiere la norma. Se plantea esto a la coordinación del SGC de la UADY (Paulina Martínez) y las coordinadoras de documentación y auditorías y al Director de la Facultad de Medicina, así como al Gerente de Certificación de ABS (Aimée Ávila) llegando a la conclusión que se planteara en este reporte la posible eliminación del proceso de diseño de las prácticas en el alcance de certificación.			

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 del (los) logo(s) del (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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>

Comentarios Generales:

Con respecto a cambios significativos en la dirección ejecutiva de la organización, reportan cambio de director de la Facultad de Medicina en este año 2015.

Con respecto a cambios significativos en el sistema de gestión certificado, se detecta que la función de diseño no se lleva a cabo como lo requiere la norma. Se plantea esto a la coordinación del SGC de la UADY (Paulina Martínez) y las coordinadoras de documentación y auditorías y al Director de la Facultad de Medicina, así como al Gerente de Certificación de ABS (Aimée Ávila) llegando a la conclusión que se planteara en este reporte la

posible eliminación del proceso de diseño de las prácticas en el alcance de certificación, quedando únicamente la provisión de estos servicios. Por este motivo se eliminó de la agenda de auditoría los procesos de diseño de los diferentes laboratorios auditados.

Sitios Auditados:

Facultad de Medicina, Laboratorio de Ciencias Fisiológicas, Calle 84 A x 59 Núm. 498, Col. Centro, Mérida, Yucatán, México-97000-7-0-Academic activities and investigation
 Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional, Calle 60x57 No. 491-A , Col. Centro, Mérida, Yucatán, México-97000-8-0-Headquarters
 Facultad de Medicina, Laboratorio de Cirugía Experimental y Técnica Quirúrgica, Calle 84 A x 59 Núm. 498, Col. Centro, Mérida, Yucatán, México-97000-7-0-Academic activities and investigation

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 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		
7.5.5 Preservación del producto	Por tratarse de provisión de Servicios		
Procesos Sub Contratados		Si	No
¿La Organización tiene procesos sub contratados? En caso afirmativo, listar los procesos sub contratados: 1. Calibración de equipo de medición y prueba		<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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	
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"/>

Turno	Hora de inicio del turno	Hora de término del turno
Matutino	8:00 a.m.	3:00 p.m.
Auditoría a todos los turnos (Requerido para todos los estándares)		
¿Todos los turnos fueron auditados?		<input checked="" type="checkbox"/>
Si todos los turnos no fueron auditados, justificar la razón por la cual no fueron auditados todos: N/A		

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)
			No Aplica

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

Procesos / Funciones Auditados:

1) **Facultad de Medicina (SGC)**

Procesos (para SGC): Auditorías Internas			
Métricos de desempeño: N/A			
Entradas: Programa anual de auditorías, planes individuales de auditoría.			
Salidas: Reportes de auditoría			
Documentos/Registros: F-DGPLANEI-CC-09/Rev.06 Programa anual de auditorías internas 2015 F-DGPLANEI-CC-10/Rev.04 Plan de auditoría interna P-DGPLANI-CC-03 Rev.08 Procedimiento Auditorías Internas			
Notas de Auditoría: Programa anual de auditorías realizado a fin año para el siguiente año, acordado con la dirección de la Facultad de Medicina y con el representante de la dirección del SGC. Se publica en la página de internet de la Facultad de Medicina. En caso de requerirse, el programa se ajusta. Aproximadamente 1 mes antes de los periodos de auditoría, se inicia el proceso. Esto implica asignar auditor, cuidar los compromisos de auditados y auditores y se afina fecha y hora, lugar de auditoría, juntas de apertura y cierre, se confirma plan de auditoría. El procedimiento marca que cada laboratorio sea auditado al menos 1 vez al año, pero no necesariamente en un solo periodo. Se manda correo recordatorio a los involucrados, pues la invitación se manda con el plan de auditoría. Se realiza la junta de apertura, se asienta asistencia en formato F-DGPLANEI-CC-24/Rev.03. Se termina la junta de apertura y se entrega las listas de verificación los auditores, las cuales son formatos abiertos. Utilizan listados como referencia, los cuales no son oficiales, pero les son de utilidad y no interfieren con el sistema como tal. Realizan las auditorías. Realizan reunión de elaboración de reporte, donde se revisa que es lo encontrado y asientan en el reporte los incumplimientos, oportunidades para la mejora y fortalezas encontradas. Se realiza la reunión de cierre, se lee el reporte y se establecen acuerdos para la documentación de las NC, se suben estas a intranet "Shere Point". Confirman fechas de respuesta. Se presenta criterio de programación de auditorías considerando los resultados de auditorías previas, pero falta clarificación en el concepto. Observación.- Es mejorable la descripción de los criterios de programación de auditoría considerando resultados previos. Evidencias: <ul style="list-style-type: none"> Programa anual 2015. Plantean 2 periodos de auditoría en junio y noviembre. Asignación de auditores: 			
Auditor	Puesto	Area Auditada	Compatibilidad
Caridad Herrera	Jefe Lab. Analisis Clinicos	Provisión servicios Lab. LFIS	Ok
Rosario Barradas	Profesora Nutrición	Provisión servicios Lab. LCRTQ	Ok
Pamela Pereyra	Adm. Operativa SGC	Provisión servicios Lab. LEEN	Ok
<ul style="list-style-type: none"> Plan de auditoría. Presentan plan de auditoría del 18/Jun/2015, donde presentan el alcance de la auditoría, las clausulas a auditar, procesos, áreas a auditar, auditores, días programados, horarios y procedimientos involucrados. Hojas de verificación. Presentan las hojas del auditor: Fibi Yenisie Coop Gamas de la auditoría a 			

almacén de servicios generales.

- Reporte de auditoría interna. Fechado 25/Jun/15. Reportan 7 NC y 17 áreas de oportunidad. Presentan 6 fortalezas.

Se considera en cumplimiento a los requerimientos de la norma.

Procesos (para SGC): Acciones correctivas y preventivas

Métricos de desempeño: N/A

Entradas: Información de revisiones por dirección, resultados de auditorías internas, incumplimientos, etc.

Salidas: Resolución de la acciones correctivas y preventivas.

Documentos/Registros:

F-DGPLANEI-CC-15/Rev.04 Documentación para acciones correctivas y preventivas

P-DGPLANEI-CC-08/Rev.02 Procedimiento para acciones correctivas y preventivas.

F-DGPLANEI-CC-37/Rev.02 Hoja de verificación de acciones

F-DGPLANEI-CC-34/Rev.03 Re-programación de acciones

Notas de Auditoría:

Al detectar la NC, quien detecta reporta al responsable de la acción, quien llena el documento F-DGPLANEI-CC-15/Rev.04 Documentación para acciones correctivas y preventivas, se suben al SW "Share Point", en el cual se asigna un código de seguimiento, que es por área y no por facultad, lo cual facilita que no se equivoquen en el consecutivo. El formato a llenar consta de requerimiento incumplido, evidencia del incumplimiento, acciones inmediatas, causa raíz (técnica de lluvia de ideas) y acciones correctivas para eliminar la causa raíz, con lo cual se define el plan de trabajo. Se mantiene en coordinación con coord. de documentación y con el coord. de auditorías, quienes verifican que se mantengan adecuadamente documentados los casos que se presenten. El responsable implementa el plan de acción y genera la evidencia de las acciones correspondientes. Si la evidencia de cumplimiento levantada en el SW es suficiente antes del término de tiempo establecido, el coord. de auditorías o el auditor o administrador operativo del SGC (según el caso) dan por cerrado el caso específico y establece fecha de verificación (esta verificación es de implementación y de eficiencia). El procedimiento permite reprogramar las fechas en una ocasión. Se verifica en la fecha establecida y en función del resultado puede ser efectiva o no efectiva llenando el formato correspondiente. Si resulta efectiva el caso es archivado en forma impresa y digital. En caso no efectivo, se establecen nuevos planes de acción desde causa raíz, quedando abierto si se requiere otro nuevo código de seguimiento o se utiliza el mismo.

Evidencia:

SAC/SAP	Fecha	Verificada	Causa Raíz
AC-15-FMED-LFIS-01	09-jul-15	26-ago-15	Análisis pobre
AP-15-FMED-LAC-01	15-jun-15	Abierta	Ok
AC-15-FMED-LCETQ-01	11-ago-15	Abierta	Ok

Se considera en cumplimiento a los requerimientos de la norma.

Procesos (para SGC): Adquisiciones (Requisición, compra, recibo, almacén, Inspección Recibo, selección y evaluación de proveedores)

Métricos de desempeño: N/A

Entradas: Solicitud de reaprovisionamiento

Salidas: Aceptación de cliente interno de la recepción de material en las condiciones adecuadas.

Documentos/Registros:

F-FMED-AAL-01/Rev.02 Solicitud de reaprovisionamiento

F-FMED-AAL-02/Rev.02 Solicitud de cotización

P-FMED-AAL-01/Rev.03 Procedimiento para la adquisición de reactivos y materiales de laboratorio.

F-FMED-AAL-03/Rev.01 Orden de pago

F-FMED-AAL-06 Calendario de pedido de laboratorio.

F-FMED-AAL-04/Rev.01 Evaluación a proveedores de materiales y reactivos de laboratorio.

Notas de Auditoría:

El encargado de compras y almacén entrega a los usuarios el Calendario de pedido de laboratorio, dentro de las 2 primeras semanas de Enero. Los laboratorios definen necesidad para el año calendario, llenan formato de requisición de materiales en cumplimiento con el calendario entregado. Estos envían el formato al secretario administrativo, revisa y aprueba esta requisición y se envía al encargado de compras y almacén. Cotiza utilizando formato de solicitud de cotización, por regla se deben tener al menos 3 cotizaciones. Recibe cotizaciones y las analiza, se levanta el pedido al o los proveedores. Al llegar el material se revisa en variables básicas de este, pero al tratarse de material de laboratorio y reactivos, el visto bueno final corre a cargo de los laboratorios. El material se entrega a los laboratorios al momento de recibirlo, por lo que no se cuenta con stock en el almacén, este sirve de proceso de recepción únicamente. Al recibir los materiales, el laboratorio solicitante revisa el estado en que se recibe el material y ellos aceptan mediante la firma en la factura o rechazan el material. En almacén se tramita el pago a proveedores con el requisito de la factura firmada de conformidad por el laboratorio. Cuentan con lista de proveedores de laboratorio, los cuales son evaluados anualmente, separándolos en 2 periodos al año, con lo que se les autoriza a comprar al estar en esta lista.

La evaluación de proveedores se realiza anualmente, segregándolos al azar para realizar 2 grupos, los primeros evaluados en el primer semestre y los segundos en el segundo semestre. Se les evalúa entregas a tiempo y calidad de producto. En ambos casos son evaluados por el encargado de compras y almacén, calificando en escala de 6(malo), 8(regular) y 10 (Bueno), con lo que se logra un máximo de 20/20 puntos equivalente a un 100%. Esta asignación de calificación es realizada con eventos de tiempo indeterminado y de memoria sin evidencia de estos eventos. Clasifican a los proveedores en confiable (90% a 100%), condicionado (80% a 90%) y no confiable (menos a 80%). Observación.- Es mejorable el método utilizado para la evaluación de los proveedores. Observación.- Es mejorable el manejo de las escalas de calificación utilizadas en la evaluación de proveedores, ya que un rango de 60 a 100 no es comprendido como tal.

Evidencia:

- Presentan calendario de fechas límite del 2015.
- Presentan evaluaciones de proveedores del 2012 al 2015.
- Presentan lista de proveedores aprobados
- Presentan las 3 cotizaciones en la solicitud de compra del 29/Jun/15

Se considera en cumplimiento a los requerimientos de la norma.

Procesos (para SGC): Revisión Directiva

Métricos de desempeño: N/A

Entradas: Las requeridas por la norma.

Salidas: Acuerdos

Documentos/Registros: N/D

Notas de Auditoría:

Frecuencia: Semestral

La última fue Julio y Diciembre más reuniones extraordinarias. 1 julio 2015, Minuta 11.

Acuerdos: Realizar reunión informativa con los responsables para analiza los datos

Objetivo	Meta 2015	2015	2014	Estatus.
Atención en la recepción, Tiempo espera, Atención del profesional de la salud, limpieza de instalaciones	lograr la excelencia del 100% de los encuestados	95%	92%	Mejora un 2%
Incorporar anualmente a lo programas de auto cuidado al 80% de los alumnos de nuevo ingreso detectados en riesgo.	80%	32%	-	Se inicia en 2015 Mejorar enfoque de metrico, no depende de la dependencia 100%

2) Lab. de Cirugía Experimental y Técnica Quirúrgica

Procesos (para SGC): Servicio de prácticas académicas
Métricos de desempeño: Encuestas de satisfacción de los alumnos (meta= 90 min., real= 90 en 3er año, 87 en 4to. Año)
Entradas: Estudiantes sin conocimiento
Salidas: Estudiantes capacitados en un quirófano como médico general para asistir en quirófano de un hospital general de 2° nivel
Documentos/Registros: F-FMED-LCETQ-01/Rev.01 Solicitud para el uso del área de quirófano F-FMED-LCETQ-02/Rev.02 Lista de cotejo y verificación de materiales e instrumental quirúrgico. P-FMED-LCETQ-01/Rev.04 Procedimiento para prácticas y capacitación del taller de introducción a la técnica quirúrgica P-FMED-LCETQ-02/Rev.04 Procedimiento para el desarrollo de la práctica del taller de técnica quirúrgica.
Notas de Auditoría: En 3er y 4º año de la carrera de médico cirujano, se reciben por parte de los responsables de año de estudios las solicitudes para la utilización del área en el uso de las prácticas especificadas. Aquí se recibe la demanda total de alumnos para la programación a través del año, y la programación de los requerimientos de insumos desechables. Utilizan un calendario de actividades en el laboratorio, los cuales son realizados al término del periodo escolar anterior, programando el inmediato siguiente. Cada profesor recibe plan de estudios vía electrónica. El laboratorio opera con personal de enfermería externo en turno diurno y con personal de enfermería de base en turno vespertino (Lunes a viernes). Las prácticas de 3er año implican 20 hrs. promedio por alumno al año, en grupos de uso LMIV de 2 hrs., con lo cual se cuenta con un promedio de 5 alumnos por semana. La práctica la realizan, se les provee del material de insumos desechables requeridos, al terminar el maestro evalúa el desempeño de la práctica aplicando una lista de cotejo de evaluación y calificación de habilidades del alumno. El alumno evalúa el curso mediante la aplicación de encuesta de satisfacción de los usuarios. Esta información es analizada por el responsable del laboratorio y el resultado de las encuestas semestrales se envía al coordinador del año de curso y se envía el resultado para presentación en revisión directiva. Con respecto al mantenimiento del área, las instalaciones en general son responsabilidad de la secretaría administrativa, pero en las particularidades de los requerimientos del laboratorio s responsabilidad de laboratorio solicitar en tiempo y forma: Limpieza, fumigación, desbacterización. Evidencia: <ul style="list-style-type: none"> • Presentan solicitudes de uso de área de quirófano. 6/Ago/14 de 3er año y 11/Ago/14 en 4to. Año para el ciclo 2014-2015. • Presentan las listas de cotejo a alumnos de 3er año. Presentan ciclo escolar 2014-2015 y 2015-2016. • Presentan encuestas de satisfacción de los usuarios semestral. Se considera en cumplimiento a los requerimientos de la norma.

Procesos (para SGC): Diseño de prácticas académicas
Métricos de desempeño:
Entradas:
Salidas:
Documentos/Registros:
Notas de Auditoría: N/A

Procesos (para SGC): Mantenimiento Preventivo
Métricos de desempeño: N/A
Entradas: Oficio de aviso de terminación de actividades académicas de laboratorio a Secretaria administrativa.

Salidas: Oficio de aviso de terminación de actividades académicas de laboratorio a Secretaria administrativa.
Documentos/Registros: N/A
<p>Notas de Auditoría:</p> <p>La operación del mantenimiento preventivo en el laboratorio, se restringe a la Limpieza exhaustiva y fumigación básicamente.</p> <p>Extinguidores, climas, etc., son llevados a cabo por programas a cargo de la secretaria administrativa a cargo de la Facultad de Medicina, lo cual no se considera parte del alcance del presente.</p> <p>La limpieza es a quirófano, pero este no es utilizado en humanos, por lo que no rigen normas al respecto, ni aplica tampoco en el caso de la fumigación.</p> <p>Al termino del ciclo escolar, se manda un oficio a la secretaria administrativa, en el cual se avisa del periodo no académico, con lo que la secretaria académica subcontrata la fumigación y limpieza. El proceso es anual y no requiere de programación. El resto de limpieza un proceso normal como cualquier otro tipo de instalación.</p> <p>Evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fumigación. Presentan constancia emitida por “Jardinería y Fumigación Integral” el 24/Jul/15 • Limpieza. Presentan cotización y factura a RS Corporativo de Servicios empresariales del 4/Ago/15 • Uso de quirófano. Presentan contrato con MVZ quien provee de conejos para las prácticas y da destino final a los restos de estos. <p>Se considera en cumplimiento a los requerimientos de la norma.</p>

3) Laboratorio de Ciencias Fisiológicas

Procesos (para SGC): Servicio de prácticas académicas
Métricos de desempeño: N/A
Entradas: Programa de cursos y solicitud fechas de exámenes parciales ordinarios de clase teórica.
Salidas: Evaluaciones de desempeño de los alumnos y calificaciones de los alumnos.
<p>Documentos/Registros:</p> <p>F-FMED-LFIS-01/Rev.01 Calendario de Ciencias Fisiológicas</p> <p>F-FMED-LFIS-12/Rev.01 Listas de cotejo de prácticas simuladas</p> <p>F-FMED-LFIS-04/Rev.04 Lista de cotejo de desempeño</p> <p>F-FMED-LFIS-05/Rev.03 Lista de cotejo de reporte</p> <p>F-FMED-LIS-09/Rev.02 Verificación de documentos</p> <p>F-FMED-LFIS-10/Rev.01 Control de temperatura del congelador.</p> <p>F-FMED-LFIS-14/Rev.00 Verificación de requerimientos para las prácticas del laboratorio de Ciencias Fisiológicas.</p>
<p>Notas de Auditoría:</p> <p>Ya planificadas las practicas, los profesores cuentan con manual de prácticas, manual de requerimientos y manual de preparación de reactivos. El profesor ayudante verifica que este todo lo requerido disponible para la realización de la práctica. Se realiza la práctica, antes de ella se realiza evaluación previa de conocimientos vía electrónica en casa, en laboratorio se realiza explicación de la práctica, se lleva a cabo, se evalúa en el proceso, se realiza evaluación sobre la marcha y los estudiantes cuentan con 1 semana para entrega de reporte (salvo la última practica que cuentan con hasta 2 semanas para ello). Se realizan 2 evaluaciones de satisfacción de los estudiantes con respecto a las prácticas, más o menos al final de cada semestre. Por lo tanto, el profesor ayudante es quien es el responsable de la calidad del servicio prestado. Se entregan calificaciones 2 semanas después de presentación de examen teórico a más tardar.</p> <p>Evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentan programa de calendario de prácticas de 2015-2016 con 7 grupos de estudiantes de la A a la G, con 24 prácticas programadas en el ciclo. A la fecha se deberían de haber realizado 5 prácticas de este ciclo y entregado 3 reportes los estudiantes. • Reportes de alumnos de la 3ª. Practica en pantalla.

- Preparación de la práctica por parte del ayudante. Se verifica encuesta de satisfacción de los alumnos de Julio 2015 (Fin del ciclo pasado), no se encontró ninguna queja o comentario por falta de preparación de las prácticas.
- Evaluación previa de los alumnos. Presenta en pantalla nueva plataforma SW MOODLE, muestran cuestionarios contestados de la práctica 5.

Cumple con los requerimientos de la norma.

Procesos (para SGC): Diseño de prácticas académicas
Métricos de desempeño:
Entradas:
Salidas:
Documentos/Registros:
Notas de Auditoría: N/A

Procesos (para SGC): Mantenimiento Preventivo
Métricos de desempeño: N/A
Entradas: Programa de Mantenimiento Preventivo
Salidas: Equipo funcionando
Documentos/Registros: s/Código Programa de mantenimiento Preventivo.
Notas de Auditoría: A partir de programa de mantenimiento preventivo del laboratorio (básicamente equipos de medición y equipo de laboratorio). También se da el caso de mantenimientos bajo responsabilidad de la secretaria administrativa, los cuales están enfocados al mantenimiento del edificio y equipos generales de uso común. La labor implica cuidar el programa y en función de las fechas solicitar a la secretaria administrativa se realicen los tramites adecuados. Evidencia: <ul style="list-style-type: none"> • Programa de mantenimiento preventivo 2015. Presentan 16 tipos de equipos a medir. Programa hasta el 2017. • Presentan evidencia de 3 tipos de equipos que programa exige en 2015: Computadoras, refrigerador y climas. Se considera en cumplimiento a los requerimientos de la norma.

Avance hacia la mejora continua

Oportunidades de mejora

- Auditorías internas. Es mejorable la descripción de los criterios de programación de auditoria considerando resultados previos.
- Adquisiciones. Es mejorable el método utilizado para la evaluación de los proveedores.
- Adquisiciones. Es mejorable el manejo de las escalas de calificación utilizadas en la evaluación de proveedores, ya que un rango de 60 a 100 no es comprendido como tal.

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

Revisión del desempeño histórico de auditoría:

Evaluar la conformidad continua de la organización utilizando:

- resultados de auditorías previas y comentarios reportados
- historia del cumplimiento y control de la no conformidad de la organización

Registre los resultados de su revisión abajo.

Esta tabla se basa en la revisión de la Matriz Histórica 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 tendencias de N/C repetitivas.)	<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: N/A

Efectividad del sistema de gestión durante los últimos 3 años: Registrar los resultados de la revisión aquí.
(Comentarios detallados requeridos para Auditorías de Re-Certificación)

- *resultados de reportes de auditorías previas incluyendo tendencias de no conformidades y comentarios sobre los últimos 3 años.*

En las últimas 3 auditorías no presentan NC.

- *el desempeño histórico de la organización incluyendo objetivos y metas durante los últimos 3 años.*

Ver tabla de indicadores en proceso de Revisión Directiva.

Registro de Asistencia

Reunión de apertura: Fecha: 29/Sept/2015 Hora: 8:30 a.m.

Reunión de cierre: Fecha: 01/Oct/2015 Hora: 10:30 a.m.

Nombre	Puesto	Apertura	Cierre
Gabriela Alonso Salomón	QFB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sandra Luz Villegas Pérez	Rep. Dirección	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Martha L. Mena Reynoso	Rep. Dirección	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Graciela Pastrana	Coordinación Bibliotecas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irma López Chunab	Bibliotecas CCBA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silvia Medina Campoy	Bibliotecas Sociales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilda Novelo Pérez	Biblioteca Central	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yolanda L. López	Secretaría General	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Julieta Guzmán	Coordinación de Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raúl García Velarde	CIR Sociales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Julieta Guerrero	Directora FEDU	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silvia Carola Salas Ortegón	Directora FENF	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paulina Martínez	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juan de Dios Pérez	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patricia Escoffié	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernanda Gasca	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Said Cárdenas	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daniel Barroso	Capacitación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lizbeth Estrada	Finanzas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gabriel Paredes	Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sally López	Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pamela Pereyra	Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wendy Montejó	Servicios Escolares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mildred Avilés	Titulación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erik Polanco	Servicios Escolares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carlos Mojica	Matemáticas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ramón Peniche	F. Matemáticas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zulema Cantillo	F. Química	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marco Torres	CCBA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guillermo Storey	F. Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nubia Rivero	CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elsy Rosado	CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alberto Arellano	Bibliotecas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
José Luis Villamil	Secretario General	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
José Williams	Rector	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yheny López	F. Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorena Gamboa	Servicios Escolares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caridad Herrera Franco	Auditor Interno LF13	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
María de la Luz Trasfi	Coord. Gral. de Ef. Inst.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Matriz Histórica de Auditoría

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 SGS/TS	Turnos Auditados			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
	1	2	3																							
Fase 2																										
S6																										
S12	X			0	0	0	0	0	0	0	0			0		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
S18																										
S24																										
S30																										
Renovación																										
Total N/C por Cláusula:				0	0	0	0	0	0	0	0			0		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0

Turnos Auditados: Todos los turnos deben ser auditados en auditorías de Fase 2 y Re-Certificaciones, y durante el ciclo de auditorías de vigilancia – Colocar una “X” en la columna aplicable para indicar el (los) turno(s) auditado(s).
Nota: Cuando se auditan todos los turnos, se debe dar énfasis a los procesos de manufactura y/o provisión del servicio.

Plan de Auditoría No: QE-46401-2/12-S

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Fecha de entrega del plan de auditoría al cliente: 21/Sept/15

Equipo Auditor:

Guillermo Pisanty - Lead Auditor

Contacto: Paulina Martínez

Tel: 52-999-9231495

Fechas de auditoría: 29/Sept/15 al 1/Oct/15
Duración de auditoría: 2.5 días(s) auditor

Norma(s) a auditar: ISO 9001:2008

Número total de empleados: = 8+7+7=22

NACE Code(s): 37/80.3 37/80.4

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
- 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;
- Identificar áreas de mejoras potenciales.

Plan de auditoría

Día/Hora		Procesos para la auditoría
29-sep-15		Actividades/Funciones/Áreas
Auditores		Guillermo Pisanty
Día 1	08:15 a. m.	Llegada a instalaciones
8:30 - 9:00 a.m.		Reunión de Apertura Verificación de procesos y de todos los lugares donde éstos ocurren (QMS) (Reunión de Apertura para todos los proyectos)
9:00 - 9:30 a.m.		Traslado Facultad de Medicina
9:30 - 11:30 a.m.		Auditorías Internas
11:30 - 1:30 p.m.		Acciones correctivas y preventivas
1:30 - 2:30 p.m.		Comida
2:30 - 3:00 p.m.		Adquisiciones (Requisición, compra, recibo, almacén, Inspección Recibo, selección y evaluación de proveedores)
3:00 - 3:30 p.m.		Junta Resumen

Día/Hora	Procesos para la auditoría	
30-sep-15	<u>Actividades/Funciones/Áreas</u>	
Audidores	Guillermo Pisanty	
Día 2	07:45 a. m.	Llegada Facultad de Medicina
8:00 - 10:00 a.m.	Adquisiciones (Requisición, compra, recibo, almacén, Inspección Recibo, selección y evaluación de proveedores)	
	Lab. de Cirugía Experimental y Técnica Quirúrgica	
10:00 - 11:30 a.m.	Servicio de prácticas académicas	
11:30 - 1:00 p.m.	Mantenimiento Preventivo	
1:00 - 1:30 p.m.	Comida	
	Laboratorio de Ciencias Fisiológicas	
13:30 - 3:00 p.m.	Servicio de prácticas académicas	
3:00 - 3:30 p.m.	Junta Resumen	
Día/Hora	Procesos para la auditoría	
01-oct-15	<u>Actividades/Funciones/Áreas</u>	
Audidores	Guillermo Pisanty	
Día 3	07:45 a. m.	Llegada Facultad de Medicina - Laboratorio de Ciencias Fisiológicas
8:00 - 9:30 a.m.	Mantenimiento Preventivo	
9:30 - 10:00 a.m.	Elaboración de reporte	
10:00 - 10:30 a.m.	Junta de cierre	
10:30 - 11:00 a.m.	Traslado a Proyecto 40836-3/24-S	

Nota.- El proceso de revisión directiva se tomara del proyecto 46415-2/12-S.

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

Note: 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/escorta para cada miembro del equipo auditor

Favor de indicar de los PPE 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 usados en las actividades relacionadas a lo ambiental, salud y seguridad (no necesario para algunos programas, ejem ISO 9001)

Junta de Apertura y Cierre a ser realizada utilizando QE-OPS-851

Los siguientes aspectos deben ser verificados durante la junta de Apertura/Cierre: Cualquier cambio que afecta el Alcance de la Auditoría necesita ser registrado en la sección de “Cambios que afectan el alcance de certificación” de la página 2 del reporte de auditoría.

Junta de Apertura: (Marcar [X] para indicar que el elemento ha sido verificado/confirmado/revisado durante la junta de apertura)

- Presentación del equipo auditor y de su rol
- Confirmación de los Procedimientos de Seguridad en el trabajo y emergencia relevantes al equipo auditor
 - a. Procedimiento/Proceso/ Política de evacuación del cliente
- Explicar la Política de Confidencialidad de ABS QE
- Revisar el Alcance de la Auditoría:
 - Norma / Especificación a ser utilizada.
 - Verificación del idioma a ser utilizado durante la auditoría
 - Verificar/Reconfirmar alcance de productos/servicios a ser certificados
 - Verificar Sitios y Actividades listados en el Certificado del sitio web de ABS QE (www.ab-qe.com)
 - Verificar copia del certificado del cliente comparado con el Certificado publicado en el sitio web de ABS QE.
 - Confirmar el número de empleados o cualquier cambio en el mismo desde la auditoría previa y determinar si los cambios afectarán el número de días de la auditoría.
 - Verificar la precisión del código IAF/NACE por QE-OPS-887
 - Reconfirmar la precisión de la Frase del Alcance
 - Revisar el Plan de Auditoría
- Definir el objetivo de la auditoría
 - Métodos y procedimientos a ser utilizados para realizar la auditoría basado en un muestreo
 - Verificación de las No Conformidades de Auditorías Previas (si aplica)
- Política de ABS sobre la observación de violaciones regulatorias durante la auditoría
- Explicar el conflicto de intereses entre auditar y dar consultoría.
- Explicar el rol de guías, observadores, y consultores
- Comentar las condiciones bajo las cuales la auditoría pudiera terminar prematuramente
- Identificar guías y definir sus responsabilidades
- Explicar el criterio de clasificación para las no conformidades (NC's)
- Explicar los “Resultados Esperados del Sistema de Gestión del Cliente” (ver ejemplos en QE-OPS-851)
- Definir el criterio para la recomendación
- Juntas diarias de resumen

Junta de Cierre: (Marcar el cuadro [X] para indicar que el elemento fue verificado//revisado durante la junta de cierre)

- Comentarios Generales
 - a. Agradecer al cliente por trabajar con ABS QE (enfoque de colaboración para la certificación)
 - b. Enfatizar que las no conformidades fueron revisadas y convenidas por los guías y el representante de la dirección
 - c. Solicitar que las preguntas sean realizadas hasta el final de reunión. Comentarios sobre el personal entrevistado durante la auditoría
 - d. Presentar los resultados de auditoría, NC's y Oportunidades de Mejora y comentar sobre aspectos positivos observados durante el curso de la auditoría (si las reuniones sumarias previas se realizaron con la misma audiencia, la revisión puede ser acortada)
 - e. La evidencia de auditoría recolectada fue basada en una muestra; esto crea un elemento de incertidumbre
- Reafirmar el criterio de clasificación para las no conformidades (NCs) – excepto para BSCI
- Revisar las Instrucciones de Respuesta de CARs como están definidas en el Reporte de Auditoría o por los Requerimientos Específicos del Programa:
 - Explicar que la implementación y eficacia de las acciones correctivas tomadas serán verificadas durante la siguiente visita de auditoría o en una auditoría de follow-up (en o fuera de sitio) si ésta es requerida.
 - Explicar que si se falla en enviar las acciones correctivas dentro del tiempo especificado, esto puede resultar en la suspensión o el retiro (cancelación) del certificado.
- Definir el criterio para la recomendación
- Decir que las Decisiones Finales de Certificación son responsabilidad del Departamento de Certificación
- Explicar el proceso de auditoría de Seguimiento (Follow-up) y porque es requerida (según sea apropiado, por ejemplo NCs mayores)
- Explicar el Proceso de Apelación y Quejas
- Concluir
 - a. Explicar el siguiente paso y el intervalo estimado de tiempo
 - b. Felicitar al cliente (como sea apropiado)
 - c. Cerrar formalmente la junta
 - d. Contestar preguntas
 - e. Dejar copias del reporte de auditoría, NC's, Oportunidades de Mejora

Planeación de Auditoría

Nombre de la Compañía: Universidad Autónoma de Yucatán

Número de Certificado. 46401

Con el fin de asegurar una planeación apropiada de auditoría favor de completar esta forma y enviarla al Auditor Líder; así el plan de auditoría puede ser desarrollado con rutas potenciales de auditoría claramente comunicadas para su auditoría.

1. En especial asegúrese de proveer la siguiente información:

a. Identificar los métricos de desempeño clave del Sistema de Gestión.

Favor de identificar el desempeño en relación a los objetivos y metas clave, para permitir al equipo auditor identificar y comunicar apropiadamente rutas de auditoría que puedan ser seguidas durante la misma.

b. Identificar cambios críticos al Sistema de Gestión.

Cualquier cambio al Sistema de Gestión que pueda tener un efecto en el status de la certificación debe ser identificado. Con base en la naturaleza del cambio, la dinámica del equipo auditor podría necesitar ajustarse.

c. Identificar cambios en el número de empleados.

Un cambio en el número de empleados, o bien en el estatus de los empleados (tiempo completo a contratistas, etc) puede tener efecto en la duración de auditoría. Esto necesita ser identificado antes de la realización de la actividad de auditoría.

2. El plan de auditoría abarcará áreas relevantes relacionadas a:

a. Declaración de alcance

b. Unidades funcionales y procesos dentro del alcance de auditoría

➤ Unidades Organizacionales y/o funcionales aplicables a esta auditoría

➤ Proceso(s) de realización del producto o servicio principales a ser auditados durante esta auditoría

c. Normativa y exclusiones

d. Auditoría a los turnos en cada sitio a ser incluidos en la Agenda Auditoría

e. Objetivos/propósito de la auditoría

f. Otros criterios de auditoría y documentos de referencia (ejem. Manual del cliente)

g. Asignación de recursos adicionales para áreas críticas de la auditoría (si aplica)

h. Idioma de trabajo y del reporte de la auditoría

i. Arreglos logísticos (traslados, instalaciones en el sitio, etc.)

3. Verificar el formato de Planeación de Auditoría en relación a la Carta de Confirmación

La carta de confirmación enviada con este formato identifica el estatus del Sistema de Gestión como está registrado en la base de datos de ABS-QE. Favor de revisarlo para asegurar que la información esta correcta y actualizada. Listar cualquier cambio en este formato si la información es incorrecta. Número de empleados, nombre de los sitios, dirección del sitio, son solo algunos ejemplos.

1. 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)

2. Favor de adjuntar (como sea aplicable) documentos del desempeño Interno de métricos			
Objetivos y Metas	Valor Pretendido	Resultado Actual	Comentarios
Facultad de Medicina (FMED)			
Alcanzar y mantener al menos el 85% del Índice de Satisfacción anual de los Usuarios que reciben los servicios de la Facultad de Enfermería	85%	95%	Este objetivo fue actualizado siendo ahora su meta alcanzar el 95% sumando el nivel de excelente y bueno y su fecha de implementación fue a partir del 02 de junio de 2015.
Participar anualmente con la comunidad en al menos 2 actividades de promoción y educación para la salud.	2 actividades	100%	El día 27 Marzo de 2015 se llevó a cabo el III Foro de educación sanitaria y desarrollo social: Feria del bienestar y la salud 2015, en el parque de la colonia Bojórquez (ubicado en la calle 104 x 59H y 59J)de 11:00 a 17:00 hrs, bajo la implementación del MEFI. En esta ocasión se conjuntaron las dos licenciaturas, Enfermería y Trabajo Social. Se participó en la 8ª Feria de la Salud de la Universidad Autónoma de Yucatán, efectuada los días 16, 17 y 18 de octubre de 2014, donde se atendieron a 346 usuarios, entre hombres, mujeres, con edades desde los 17 hasta los 96 años de edad. Llas actividades realizadas se llevaron a cabo de 8:00 a 13:00 hrs.
Realizar anualmente 2 actividades para promover la elaboración de tesis en opción a titulación.	2 actividades	100%	Se imparten dos temas relacionados con el "Procedimiento para la Aprobación de Protocolo de Investigación de nivel Licenciatura", el 18 de junio a los estudiantes de 8º. Semestre de la Licenciatura en Enfermería y el 1º. de julio a los estudiantes del 6º. Semestre de la Licenciatura en Trabajo Social, con duración de 2 y 1 hora respectivamente.
Facultad de Enfermería (FENF)			
Alcanzar y mantener al menos el 85% del Índice de Satisfacción anual de los Usuarios que reciben los	85%	95%	Este objetivo fue actualizado siendo ahora su meta alcanzar el 95% sumando el nivel de

servicios de la Facultad de Enfermería			excelente y bueno y su fecha de implementación fue a partir del 02 de junio de 2015.
Participar anualmente con la comunidad en al menos 2 actividades de promoción y educación para la salud.	2 actividades	100%	El día 27 Marzo de 2015 se llevó a cabo el III Foro de educación sanitaria y desarrollo social: Feria del bienestar y la salud 2015, en el parque de la colonia Bojórquez (ubicado en la calle 104 x 59H y 59J)de 11:00 a 17:00 hrs, bajo la implementación del MEFI. En esta ocasión se conjuntaron las dos licenciaturas, Enfermería y Trabajo Social. Se participó en la 8ª Feria de la Salud de la Universidad Autónoma de Yucatán, efectuada los días 16, 17 y 18 de octubre de 2014, donde se atendieron a 346 usuarios, entre hombres, mujeres, con edades desde los 17 hasta los 96 años de edad. Las actividades realizadas se llevaron a cabo de 8:00 a 13:00 hrs.
Realizar anualmente 2 actividades para promover la elaboración de tesis en opción a titulación.	2 actividades	100%	Se imparten dos temas relacionados con el "Procedimiento para la Aprobación de Protocolo de Investigación de nivel Licenciatura", el 18 de junio a los estudiantes de 8º. Semestre de la Licenciatura en Enfermería y el 1º. de julio a los estudiantes del 6º. Semestre de la Licenciatura en Trabajo Social, con duración de 2 y 1 hora respectivamente.

3. Listar los detalles como sea aplicable para los siguientes puntos. Favor de adjuntar información adicional como sea necesario en relación a cambios en los indicadores de desempeño clave.

3-1 Número total de quejas clientes desde la última auditoría:	FMED: 0 FENF: 0
3-2 Situaciones significativas con clientes /quejas,	Ninguna
3-3 Situaciones internas de desempeño	FMED: Servicios no conformes Número de estudiantes aprobados Satisfacción de usuarios FENF: Número de estudiantes que aspiran a realizar campo práctico 2014: Lic. Enf 835; Lic en Trabajo Social 193

	<p>Posgrado 57 Número de estudiantes que aspiran a realizar campo práctico 2015 (Ene- Julio): Lic. Enf 476; Lic en Trabajo Social 105 Posgrado 47 Aprovechamiento del campo práctico 2014: Lic. Enf. 94% Lic. TS. 90% Posgrado. 90% Aprovechamiento del campo práctico 2015 (Ene- Julio): Lic. Enf. 93 % Lic. TS. 95% Posgrado. 91% Protocolos Aprobados: 2014: 7 2015:7 Número de estudiantes por tesis: 2015: 6</p>
Esto es lo 3-4 Situaciones de aspectos ambientales o situaciones de peligros OHSAS	N/A

4. Número total de empleados (incluyendo tiempo completo / parcial / temporales / contratistas)							
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-ge.com . Click en QENetCert)							
Sitio 1 Dirección :	FMED-Laboratorio de Dietología Calle 84-A x 59 Núm. 498 colonia Centro	# of Emp.	2	Sitio 2 Dirección :	FMED- Laboratorio de Evaluación del Estado Nutrición Calle 84-A x 59 Núm. 498 colonia Centro	# of Emp.	2
Sitio 3 Dirección :	FMED-Laboratorio de Cirugía Experimental y Técnica Quirúrgica colonia	# of Emp.	7	Sitio 4 Dirección :	FMED-Laboratorio de ciencias Fisiológicas Calle 84-A x 59 Núm. 498 colonia Centro	# of Emp.	7
Sitio 5 Dirección :	FENF - Coordinación de Programas Educativos	# of Emp.	8 total 6 Primer turno 2 Segundo turno				

5. Información de turnos					
Nombre del sitio	FMED-Laboratorio de Dietología		Nombre del sitio	FMED- Laboratorio de Evaluación del Estado Nutrición	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	8:00	15:00	Matutino	8:00	15:00
Nombre del sitio	FMED-Laboratorio de Cirugía Experimental y Técnica Quirúrgica		Nombre del sitio	FMED-Laboratorio de ciencias Fisiológicas	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	8:00	15:00	Matutino	8:00	15:00
Nombre del sitio	FENF - Coordinación de Programas Educativos				
Turno	Hora de inicio	Hora de término			
Matutino	8:00	16:00			
Vespertino	13:00	21:00			

6. Cambios al alcance de certificación En caso de cambios en éste sección, favor de comunicarlo a su ejecutiva de Servicio a Cliente.			
<input type="checkbox"/>	Cambio significativo en la frase del alcance	<input type="checkbox"/>	Cambios en la línea de productos
<input type="checkbox"/>	Cambio / adición / eliminación de sitio(s)	<input type="checkbox"/>	Cambio de nombre / propiedad
<input type="checkbox"/>	Incremento/decremento en el número de empleados comparado con el número de empleados declarados en la Carta de Confirmación	<input type="checkbox"/>	Modificación de actividades (para certificados multi-sitios)
<input type="checkbox"/>	Cambio en Aspectos/Peligros Significativos (Únicamente EHS)	<input type="checkbox"/>	Otros
Detalles del cambio:			

7. Listar las fechas de cualquier auditoría interna y revisiones por la dirección desde la última auditoría de ABS, incluyendo cualquier acción significativa o acciones correctivas	
Fecha de la Rev. Directiva	Líneas de acción & Acciones correctivas
FENF: 07 Noviembre 2014	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar el calendario de reuniones de revisión de la dirección 2015. 2. Elaborar el Programa anual de auditorías internas 2015. 3. Restructuración final de los objetivos de calidad de la Facultad de Enfermería. 4. Documentar acciones de mejora derivado del análisis de datos de las encuestas de satisfacción del usuario del segundo semestre de 2014. 5. Revisión y actualización de los indicadores de calidad. 6. Llevar a cabo revisión documental de procedimientos para establecer acciones de mejora. 7. Implementar auditorías internas de 5'S+1 mediante un Comité específico. 8. Llevar a cabo dos sesiones anuales para difundir el SGC al personal y estudiantes de nuevo ingreso.
FENF: 06 julio 2015	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión y restructuración de Encuestas de Satisfacción del Usuario. 2. Revisar y actualizar Indicadores de los procedimientos.
FMED: 03 Diciembre 2014	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una reunión informativa con los miembros del Comité de Calidad acerca de los resultados de la Revisión de la Dirección.
FMED: Julio 2015	Realizar una reunión informativa con los miembros del Comité de Calidad acerca de los resultados de la Revisión de la Dirección.
Fecha de la Auditoría interna	Líneas de acción & Acciones correctivas
FMED: 10 al 30 de Junio 2015.	7 No Conformidades de las cuales 4 son del proyecto correspondiente de prácticas AC15-FMED-LEEN-01 y AC15-FMED-LFIS-01. AC15-FMED-LEEN-02, AC15-FMED-LFIS-02.
FENF: 25 al 29 de Mayo 2015.	Ninguna No conformidad al Proceso de Prácticas Académicas.

8. Equipo de Protección Personal Requerido	En laboratorios uso de bata clínica larga, pantalón largo, calcetines y zapatos cerrados.
---	---

9. Favor de listar los requerimientos legales y regulatorios relevantes dentro del alcance del sistema de gestión.
<p>FMED-LEEN: Reglamento interno de LEEN.</p> <p>FMED-LFIS: NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.</p> <p>NOM-052-SEMARNAT-2005 Procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos, NORMA Oficial Mexicana NOM-062-ZOO-1999, Especificaciones técnicas para la producción, cuidado y uso de los animales de laboratorio.</p> <p>FMED-LCETQ: NORMA Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p>

NORMA Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos, NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

10. Contestar por clientes que realizan proyectos fuera de sitio que están incluidos dentro del Alcance de Certificación (por ejemplo: construcción, Administración de proyectos, etc).

Número total de proyectos activos:

Tipo de Proyecto	Ciudad, Estado	Actividades	Número total de empleados	Fechas de Proyecto	¿Se administran Sub contratistas en el sitio?	¿Aplican requerimientos específicos de cliente?	¿Se utiliza equipo que requiere licencia?	¿Aplican requerimientos legales / regulatorios?
					S / N	S / N	S / N	S / N
					S / N	S / N	S / N	S / N
					S / N	S / N	S / N	S / N
					S / N	S / N	S / N	S / N
					S / N	S / N	S / N	S / N

Representante del cliente: **Paulina Martínez Navarrete** **Fecha:** **28 de Agosto de 2015**

Para uso exclusivo del Auditor Líder de ABS:

¿El número de empleados fue proporcionado para cada sitio listado en el Certificado de ABS QE que está programado para ser auditado? Si No

Si la respuesta es "No" a la pregunta de arriba, favor de contactar al cliente para conocer el número de empleados.

¿El número de empleados provisto concuerda con el número de empleados listado en la Carta de Confirmación? Si No

Si la respuesta es "No" a la pregunta de arriba, favor de contactar a la oficina de ABS QE para recibir instrucciones.

ABS QE Auditor Líder: Guillermo Pisanty Marín

Fecha: 29/Sept/15