

**REPORTE DE AUDITORIA No: 2010-QE-40836-1-36-R**

**Organización:** Universidad Autónoma de Yucatán

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

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

**Email:** [palayon@uady.mx](mailto:palayon@uady.mx)

**Fecha Reporte:** 09/07/2010

**Fecha Auditoría:** 05/07/2010 – 09/07/2010

**Duración Auditoría:** 7 día(s) auditor

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

**Código(s) NACE:** 72.1 74.1 92.5 85.1

**Descripción del Alcance de Certificación:**

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

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

**Resultados de Auditoría:**

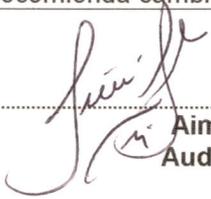
Número total de cláusulas con No Conformidades: 6 NC – 5.4 / 7.4.3 / 7.5 / 7.6 / 8.2.2

**Recomendación del Equipo Auditor:**

**Continúa:**  **Continúa, Sujeto a**  **A Prueba**   
 No N/C's **Acción Correctiva:** N/C's identificadas

**Visita de Seguimiento:** Si  No

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

  
 .....  
**Aimée Avila**  
**Auditor Líder**

**Miembro(s) del equipo auditor:**  
 Rolando Ruiz  
 Magdiel Martínez

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

El número de empleados es diferente. Estaba cotizado 267 y son 295.

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

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

## Resumen de Auditoría de Seguimiento:

### Sitios Auditados:

#### Dirección Central

Calle 60 No. 491-A x 57

Col. Centro.

Mérida, Yucatán

97000. México

Personal: 61

#### Departamento de Salud

Calle 43 x 76 y 78 s/n

Mérida, Yucatán México

Actividad: Servicios de salud

Personal: 44

#### Coordinación del Sistema Bibliotecario

Av. Itzaes x 59 A

Mérida, Yucatán México

Actividad: oficina central de servicios bibliotecarios

Personal: 16

#### Coordinación Administrativa de Tecnologías de Información

Av. Itzáes No. 499 x 59 y 59-A,

Mérida, Yucatán México

Actividades: Tecnologías de información

Personal: 3

Biblioteca Joaquín Dondé Ibarra  
Calle 41 No. 421 x 26 y 28, Col. Industrial  
Mérida, Yucatán México  
Actividad: servicios bibliotecarios  
Personal: 3

Biblioteca Renán Irigoyen Rosado  
Calle 41 S/N, Col. Industrial  
Mérida, Yucatán México  
Actividad: servicios bibliotecarios  
Personal: 2

CIR Sociales  
Calle 61 No. 525 x 66 y 68  
Mérida, Yucatán México  
Actividad: servicios bibliotecarios  
Personal: 3

Laboratorio de Dietología  
C. 84-A x 59-A No. 560-C altos  
Mérida, Yucatán México  
Actividad: servicios de laboratorio  
Personal: 1

Laboratorio de Evaluación del Estado de Nutrición  
Av. Itzáes No. 498 entre 59 y 59-A  
Mérida, Yucatán México  
Actividad: servicios de laboratorio  
Personal: 1

Laboratorio de cirugía experimental y técnicas quirúrgicas  
Av. Itzáes No. 498 entre 59 y 59-A  
Mérida, Yucatán México  
Actividad: Servicios de laboratorio  
Personal: 3

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

Fecha:

Hora:

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

Fecha:

Hora:

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

**Auditorías Internas de Calidad**

	No auditado	Si	No
¿Fueron implementas efectivamente las auditorías internas de calidad y están en cumplimiento con los requerimientos de la norma «ST»?			√

**Resumen de Auditoría de Seguimiento:**

**Objetivo de la auditoria:**

- ✓ Verificar el desempeño del sistema calidad en los pasados 3 años
- ✓ Verificar el cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001: 2008
- ✓ Verificar el cumplimiento con los requisitos internos y regulatorios.

**Exclusiones**

	Si	No
¿Ha excluido la organización algún requerimiento de la norma ISO 9001: 2008 de su sistema de gestión de calidad? (verificar exclusiones y justificaciones estén descritas en el Manual de Calidad)	√	
<b>Requerimiento Excluido</b>	<b>Justificación para la exclusión</b>	
7.3 Diseño y Desarrollo	Dentro de los procesos incluidos en el alcance actual las cuales prácticamente son procesos operativos y conforme a cumplimiento de normativas externas no aplican los requerimientos de diseño.	

**Procesos Subcontratados**

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

¿La organización ha identificado los requerimientos legales y reglamentarios aplicables al producto?

√

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

- Provisión de Servicio – Recursos financieros
- Auditorías Internas
- Acciones correctivas y preventivas
- Satisfacción del Cliente
- Provisión de Servicio – Servicios bibliotecarios
- Compras
- Revisión Directiva
- Provisión del Servicio – Servicio de laboratorios
- Provisión del Servicio – Administración de tecnologías de la información

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

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

**Claves:**

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

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

El sistema de calidad puede considerarse efectivo debido al resultado de la satisfacción del usuario en los diferentes procesos:

	2007	2008	2009
Selección de aspirantes	95%	93%	97%
Soporte a las tecnologías de información	86%	87%	90%
Servicios Bibliotecarios	75%	72%	81%
Administración de recursos financieros y materiales	88%	84%	88%
Revalidación externa de estudios	-	95%	98%
Servicio social	-	95%	85%
Egreso y titulación	85%	87%	91%
Consulta externa	-	-	91%
Administración de RH	B	B	E

Aunque los resultados son buenos, es factible aún hacer mejoras en el desempeño de algunos procesos.

**Comentarios Generales:**

La auditoría consistió de 7 días auditor comenzando el lunes 5 de julio, aunque la junta formal de apertura de auditoría fue realizada el martes 6 de julio.

Se revisaron todos los sitios y los procesos propuestos en la agenda de auditoría.

Actualmente se tienen procesos muy diversos incluidos dentro del alcance de auditoría y es necesario que en un futuro no muy lejano el sistema sea reorganizado para lograr un mejor control del mismo.

En general el sistema funciona bien y ha dado pasos hacia la mejora continua.

La política de calidad sigue siendo adecuada a los propósitos de la Organización, sin embargo los objetivos e indicadores están siendo revisados de manera institucional y en alineación al Plan de Desarrollo Institucional a fin de realizar mediciones más efectivas y certeras. (esta actividad de revisión ha generado que una no conformidad de la auditoría anterior siga en proceso su acción correctiva).

#### Dirección Central

Aquí se revisaron los procesos de Control de documentos, auditorías internas, acciones correctivas y preventivas y revisión por la dirección.

Las auditorías internas son programadas y realizadas conforme a programa. Se conservan los registros de las mismas y de las no conformidades levantadas se generan las acciones correctivas correspondientes. Todos los auditores han sido capacitados para la función. Se puede observar una mejora en la forma de auditar en lo relacionado a la profundidad, enfoque de proceso y redacción de no conformidades. En general el proceso está siendo realizado de buena manera y en forma controlada, sin embargo se encontró una no conformidad en este elemento.

Las acciones correctivas y preventivas, así como acciones de mejora que son implementadas en las diversas áreas de la UADY se están realizando de acuerdo a procedimientos internos y se está dejando evidencia en el share point y/o en los formatos relacionados. En general se están realizando bien, sin embargo existe un área de oportunidad en la redacción de las mismas.

La generación de acciones correctivas, preventivas y acciones de mejora en los pasados 3 años han sido a razón de:

	AC	AP	AM
2007	21	14	18
2008	92	16	51
2009	34	20	35
2010	20	17	28

La revisión por la dirección se realiza al menos una vez por año.

Las últimas dos reuniones han sido el 7 de octubre de 2009 y el 3 de junio de 2010.

Se conservan las minutas y éstas reflejan que se cumple con los requerimientos de 5.6

En este sitio se revisó un proceso de provisión del servicio, el cual tiene que ver con las licitaciones de equipo y muebles. Se auditaron los registros de la licitación pública internacional no. 2901210021-001-10 que tiene relación con la adquisición de equipo de cómputo.

El proceso se encontró en cumplimiento con requerimientos internos del procedimiento, así como con los requerimientos de la ley de adquisiciones, sin embargo se encontró una no conformidad en relación a la verificación del producto comprado.

#### Biblioteca CIR de Ciencias Sociales

En este sitio se revisaron los procesos préstamo a domicilio y préstamo en sala.

Se muestrearon diversos volúmenes y se encontraron debidamente clasificados, intercalados e identificados.

Se realizan las desideratas para las adquisiciones de acuerdo a procedimientos.

Es una biblioteca de poca afluencia, pero cuenta con un acervo importante.

En general la biblioteca trabaja bien, sin embargo se puede sacar mejor provecho de la información de la satisfacción del cliente.

Los clientes (usuarios) tanto en el 2009 como en lo que va del 2010 se encuentran en un nivel de satisfacción de satisfecho.

Las acciones correctivas y preventivas están controladas de manera central.

#### Biblioteca Renán Irigoyen

Al momento de la auditoría se encontraba en pleno inventario. El personal que labora en este sitio se encontró comprometido con su trabajo, la satisfacción de los usuarios (alumnos y personal de la preparatoria no. 1) y la mejora.

Se muestreo diverso material y todo se encontró debidamente clasificado e intercalado.

Esta es una biblioteca de mayor movimiento, sin embargo el grado de satisfacción de los usuarios ha sido satisfactorio. En el mes de abril se colocó un buzón para quejas y sugerencias y han tenido buena respuesta. De algunos comentarios se han generado acciones pertinentes.

Las acciones correctivas y preventivas están controladas de manera central.

#### Biblioteca Joaquín Dondé Ibarra

Esta biblioteca está ubicada en la facultad de química. Su acervo es pequeño comparado con el de otras bibliotecas de la institución.

Se observó un lugar agradable, limpio y ordenado.

Se está trabajando por motivar a los usuarios potenciales en el uso de los recursos de la biblioteca.

Este sitio en un futuro será absorbido por otra biblioteca de campus.

La satisfacción del cliente en el 2009 y en lo que va del 2010 está un nivel de muy satisfecho y satisfecho.

Las acciones correctivas y preventivas son manejadas de manera centralizada.

#### Coordinación Central del Sistema Bibliotecario

Aquí se revisó el proceso de adquisiciones, mismo que se encontró con una gran optimización que ha permitido que ahora la adquisición se pueda realizar en 3 eventos al año, ya que hace poco más de 3 años por el volumen que regularmente se compra solo era posible realizar un solo evento al año.

Este programa adquisiciones sigue en proceso de ser todavía más completo y mejorado.

Los proveedores que participan son evaluados en cuanto a calidad, precio y entrega. Se tienen los registros tanto de las evaluaciones del 2010 como del 2009.

En el caso de los procesos técnicos se revisó el proceso de catalogación del acervo. Este proceso también está en camino de ser optimizado a través del uso de la tecnología.

Se muestrearon algunos ejemplos de diversos títulos y la información correspondiente se encontró conforme.

La satisfacción del cliente de todo el sistema bibliotecario se ha comportado de la siguiente manera:

2008 - 72%

2009 - 84.3%

2010 (primer cuatrimestre) – 81.7%

Aunque los resultados de la satisfacción son aceptables, se están buscando alternativas de generar información relacionada que se pueda aprovechar de mejor manera.

Los indicadores principales de servicio en todo el sistema bibliotecario en los pasados 2 años arrojan los siguientes resultados:

	2008	2009
Consulta en sala	330,838	330,134
Préstamo a domicilio	220,403	366,481
Uso de espacios	13,209	17,677
Uso de equipos de computo	56,569	61,635
Formación de usuarios	5,172	6,096

En general se observa buen trabajo de mejora y compromiso en todo el equipo de la coordinación.

### Coordinación de Administración de Tecnología de Información (CATI)

Fue auditado el proceso de soporte de tecnología de información de la UADY.

Durante un día auditor hubo gran apertura por parte del personal de la Coordinación de Administración de Tecnología de Información para la realización de la auditoría.

En general este es un proceso que se compone de tres procedimientos: a) P-SG-CATI-01 Atención a Usuarios y Soporte de Servicio de TI, b) P-SG-CATI-02 Gestión de la TI y la Infraestructura y c) P-SG-CATI-03 Proveer los Servicios de TI.

Para esto, fueron revisados cuatro casos que prestan el servicio en estos tres procedimientos (casos:35933, 34193, 40371, 40371), estos casos se encontraban cerrados y efectivos. En estos procedimientos se utiliza una página web llamada Aplicación de Atención a Usuarios; aquí se registra la solicitud del usuario, se clasifica el tema y clase de la solicitud, se asigna a la persona quien atenderá la solicitud y se incluye el instructivo guía a seguir para dicho caso tomado de la base de conocimiento del mismo sistema. A cada caso se le identifica con un número único y el estado de conformidad. Se lleva un control del seguimiento y cierre de caso. Existe un área de oportunidad para fortalecer la descripción del tema y en el registro de los resultados obtenidos. Es importante aclarar que fue demostrada la efectividad de cada caso a través de minutas adjuntas.

### Satisfacción del Cliente

La CATI tiene dos tipos de clientes para efectos de la norma ISO-9001:2008, uno es la dependencia de la universidad a la que se le llama Cliente, y el otro es el Usuario que utiliza el servicio que presta la CATI. Al Cliente le es evaluada su satisfacción cada seis meses y al usuario se evalúa cada servicio una vez que este es concluido. Para ambos casos tiene como meta de satisfacción un índice superior a 85%, obteniendo calificaciones por arriba del 95% promedio.

### Acciones Correctivas y Preventivas

En lo relacionado a acciones correctivas, no se identificaron no conformidades ni quejas de los usuarios dentro de la muestra revisada. Lo que se encontró fueron temas relacionados con el alcance de este proceso de soporte a tecnología de información como apoyar en asuntos relacionados con e-mail que no pudieron ser identificadas como quejas de Usuarios.

Para las acciones preventivas, fue identificada la AP-65 y fue identificada en cumplimiento.

### Laboratorio de Evaluación del Estado de Nutrición.

En el Laboratorio de Nutrición se manejan 3 procedimientos:

Préstamo de equipos	P FMED LEEN 01
Préstamo de las instalaciones del LEEN para prácticas	P FMED LEEN 02
Taller de capacitación en el manejo de equipos y materiales	P FMED LEEN 03

Se revisaron los equipos en préstamo consistentes en antropómetros, básculas, plicómetros, con folios 92768, 83755, 105730, que son utilizados en el cálculo de las fórmulas nutrimentales, que los alumnos realizan y se la otorgan al paciente, así mismo y a solicitud de clientes diversos se les prestan las instalaciones para la realización de prácticas y en el ultimo procedimiento

En lo relacionado a acciones correctivas, no se identificaron no conformidades ni quejas de los usuarios dentro de la muestra revisada.

### Departamento de Salud

En este sitio sus actividades consisten en dar el primer nivel de atención médica refiriendo a los pacientes con los médicos especialistas por no contar con estos servicios, en cuyo caso el paciente se lleva el expediente clínico el cual denominan como expediente viajero donde el especialista anota los datos clínicos se revisaron los expedientes 7, 73, 98, 108, 136, 156, 160, 390, 2898 y 7331, cuentan con un área de archivo clínico para los expedientes en papel y reguardo electrónico para los expediente de este tipo.

En lo relacionado a acciones correctivas, no se identificaron no conformidades ni quejas de los usuarios dentro de la muestra revisada.

Laboratorio de Dietología

Informa la responsable del área que las actividades de los alumnos consisten en realizar prácticas para la preparación de alimentos desde la compra y selección de los mismos, hasta su preparación y presentación, debiendo seguir las reglas de sanidad en base a la NOM 093 SSA1.

En lo relacionado a acciones correctivas, no se identificaron no conformidades ni quejas de los usuarios dentro de la muestra revisada.

Laboratorio de Cirugía Experimental

En área los alumnos de 3° y 5° semestre realizan actividades semejantes a las del quirófano donde los de 3° semestre deben saber la técnica de asepsia y los de 5° realizar procedimientos quirúrgicos en animales, se verifica que cuentan con equipo de autoclave, así como un área establecida para el desecho de los RPBI, se manejan 2 procedimientos:

Práctica del taller de inducción a la técnica quirúrgica	P FMED ICTEQ 01
Procedimiento para el desarrollo de la práctica	P FMED ICTEQ 02
Solicitud para uso del área del ICTEQ	F FMED ICTEQ 01
Acciones Correctivas y Preventivas	

En lo relacionado a acciones correctivas, no se identificaron no conformidades ni quejas de los usuarios dentro de la muestra revisada.

## No Conformidades auditoría anterior

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

Auditoría Número	Cláusula Número	Número	Evidencia de implementación efectiva
C	4.2.3	1	Se implementó de manera efectiva la acción correctiva no. 66 En cada sitio se identificaron las normativas aplicables a sus procesos relacionados. Se dio de alta toda la normatividad aplicable a la UADY en un sitio de internet especialmente diseño para el control y actualización de la misma. Se modificó el procedimiento de control de documentos para reflejar las políticas relacionadas al control de los documentos de origen externo.
U	5.5.	1	Se implementó de manera efectiva la acción correctiva no. 114. Se actualizó el manual a su versión no. 6 para reflejar los servicios ofrecidos por cada biblioteca. Y durante esta auditoría el personal entrevistado en las 3 bibliotecas visitadas conocían los servicios ofrecidos en su biblioteca.
U	6.3	1	Se implementó de manera efectiva la acción correctiva no. 116 No se adquirió el arco magnético porque esta biblioteca será absorbida por una biblioteca de Campus. Sin embargo se implementaron acciones de revisión y control de acceso a usuarios para verificar que no se sustraigan volúmenes y éstas han funcionado efectivamente de según resultados de inventario.
U	8.2.2	1	Se implementó de manera efectiva la acción correctiva no. 119 Se capacitó al personal en la implementación de acciones correctivas. De las no conformidades derivadas de las últimas auditorías internas se han realizado las acciones correctivas correspondientes y se tiene implementado para todas las áreas el uso de una herramienta informática (share point) para el manejo más efectivo de todas las acciones correctivas.

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

**U-5.4-ADR-1 (I)** Se tiene en proceso la acción correctiva no. 115.

- Se están midiendo y reportando las metas actuales.
- Las 3 bibliotecas revisadas durante esta auditoría están reportando sus indicadores de manera periódica.
- Sigue abierta y en proceso esta acción, porque se extendió al resto de los sitios y procesos que integran el sistema de calidad (no solo a las bibliotecas) para alinear los objetivos de calidad con las metas que se están definiendo en el PDI "Programa de Desarrollo Institucional", el cual tiene una visión a largo plazo.

**U-7.5 – ADR-1 (I)** Se tiene implementada la acción correctiva no. 117

- Las bibliotecas están reportando sus indicadores de manera periódica, sin embargo sigue abierta debido a que se está diseñando e implementado un sistema integral de inventarios para todas las bibliotecas.

**U-7.5-JMF-2(I)** Se tiene implementada la acción correctiva no. 118

- Se tienen los expedientes y las historias clínicas en físico.
- La forma electrónica de esta información está en proceso de ser implementada debido a que como parte de la acción correctiva se va a poner un candado en el programa electrónico que exija tener la historia clínica.

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

Ninguna que reportar.

## No Conformidades:

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

### Instrucciones:

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

<u>Auditoría</u> <u>Número</u>	<u>Cláusula</u> <u>Número</u>	<u>Artículo</u> <u>Número</u>	<u>Descripción de la No Conformidad</u> (Requerimiento, No Conformidad, Ubicación, Evidencia, Justificación)	<u>Categoría</u> <u>M/I</u>
U	5.4 ADR	1	<p><b>Requerimiento:</b> El Manual de Calidad identifica los objetivos institucionales y la frecuencia con que éstos deben ser reportados en cuanto al logro de metas por cada una de las bibliotecas para que a su vez, la Coordinación del Sistema Bibliotecario pueda consolidar los datos y revisarlos en el Comité de Calidad.</p> <p><b>No Conformidad:</b> En 3 de 17 bibliotecas no fue posible demostrar el reporte de las metas en la frecuencia referida.</p> <p><b>Evidencia:</b> Biblioteca Castillo Montes de Oca, Biblioteca Rogelio Díaz Guerrero y Biblioteca Jesús Silva Herzog.</p>	I
U	7.5 ADR	1	<p><b>Requerimiento:</b> ISO 9001: 2008 requiere la trazabilidad del producto</p> <p><b>No Conformidad:</b> En 3 de +10 volúmenes no fue posible trazar la localización de los mismos.</p> <p><b>Evidencia:</b> ARQ0008778 y ARQ0017156 (Biblioteca Carlos Castillo) y Q147.B4618 (Biblioteca Rogelio Díaz Guerrero). En la Biblioteca Jesús Silva Herzog no hay condiciones actualmente para realizar este muestreo dado el porcentaje de volúmenes que se encuentran sin catalogar.</p>	I
U	7.5 JMF	2	<p><b>Requerimiento:</b> El procedimiento P-DGAP-DS-03 revisión 1, requiere se cumpla con requerimientos de la Norma NOM-168-SSA: para cada paciente se debe tener Historia Clínica, Nota de Evolución, Nota de Intraconsulta, si se requiere.</p> <p><b>No Conformidad:</b> No se cumple con el requerimiento de la NOM-168-SSA</p> <p><b>Evidencia:</b> En el área Departamento de Salud. En 2 de 6 expedientes electrónicos de pacientes revisados no se encontró evidencia de Historia Clínica.</p>	I
R	7.4.3 AAD	1	<p><b>Requerimiento:</b> ISO 9001: 2008 en 7.4.3 requiere que la Organización debe establecer e implementar la inspección y otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto comprado cumple con los requisitos de compra especificados.</p> <p><b>No Conformidad:</b> No se encontró evidencia de que se realiza una inspección para verificar que los productos comprados cumplen con</p>	I

			<p>los requisitos de compra especificados.</p> <p><b>Evidencia:</b> Licitación no. 29021002-001-10</p> <p>Nota: Considerada menor porque para el resto de las compras que no son licitaciones si se tienen establecidas inspecciones de producto.</p> <p>Sitio: Dirección Central</p>	
R	7.6 RRC	1	<p><b>Requerimiento:</b> La organización debe determinar el seguimiento y la medición a realizar y los equipos de seguimiento y medición necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto con los requisitos determinados.....Deben mantenerse registros de los resultados de la calibración y la verificación</p> <p><b>No Conformidad:</b> El procedimiento P F-MED LEEN 01 establece que los equipos deben verificarse antes de su préstamo</p> <p><b>Evidencia:</b> Básculas para la elaboración de programas nutricionales Laboratorio de Evaluación del Estado de Nutrición</p>	I
R	8.2.2 AAD	1	<p><b>Requerimiento:</b> ISO 9001: 2008 en 8.2.2 requiere que la Organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para determinar su el sistema de calidad es conforme a disposiciones planeadas, a los requisitos de ISO 9001 y con los requisitos establecidos en el sistema de gestión de la organización.</p> <p><b>No Conformidad:</b> No se encontró evidencia de la realización de auditorías internas en 2009 a 3 de 9 sitios que están incluidos dentro del SGC.</p> <p><b>Evidencia:</b> Sitios de biblioteca de antropología, coordinación del sistema bibliotecario y biblioteca de contaduría.</p> <p>Sitio: Dirección Central</p>	I

M = Mayor

I = Menor

Recibido por (Firma del Representante): \_\_\_\_\_  
 (Requerido para auditorías ISO/TS 16949).

## Resumen de renovación de certificación

Número de empleados: Total:  Turno principal:

### Documentación del sistema de calidad:

El sistema de calidad se encuentra de manera electrónica y se compone de:

Manual de Calidad	1
Procedimientos	82
Instructivos	2,130
Formatos	489
Guías	19
Manuales	25
Lineamientos	9
Catálogos	2

### Efectividad del sistema de gestión de calidad:

El sistema de calidad puede considerarse efectivo debido al resultado de la satisfacción del usuario en los diferentes procesos:

	2007	2008	2009
Selección de aspirantes	95%	93%	97%
Soporte a las tecnologías de información	86%	87%	90%
Servicios Bibliotecarios	75%	72%	81%
Administración de recursos financieros y materiales	88%	84%	88%
Revalidación externa de estudios	-	95%	98%
Servicio social	-	95%	85%
Egreso y titulación	85%	87%	91%
Consulta externa	-	-	91%
Administración de RH	B	B	E

### Compromiso de la organización para mantener la efectividad del sistema de gestión de la calidad:

En entrevista con el Rector y todo el cuerpo directivo de la UADY se pudo evidenciar el compromiso de continuar con el trabajo de mantenimiento y mejora del SCG, así como la implementación del mismo en otras áreas y procesos.

Se conoce el sistema, se entiende y se analizan los resultados para mejorar la efectividad.

# Matriz de Auditoría

<b>Sitio auditado:</b>	Dirección Central	<b>Fechas de auditoría:</b> 06-JUL-10 - 09-JUL-10 1.5 día(s) auditor
<b>Dirección:</b>	Calle 60 No. 491-A x 57 Col. Centro. Mérida, Yucatán. México	<b>Equipo auditor:</b> Aimée Avila

Borrar la fila de cláusulas que no aplique:

Cláusulas del SGC	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5
<b>Procesos auditados</b>																							
Revisión por la Dirección	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y					Y		Y	Y		Y	Y
Auditorías Internas	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y						Y		Y	I		Y	Y
Acciones Correctivas y Preventivas	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y								Y		Y	Y
Satisfacción del Cliente	Y	Y		Y		Y		Y												Y		Y	Y
Provisión del Servicio – Rec Financieros	Y	Y		Y	Y	Y			Y	Y	Y	Y	Y	Y		I	Y			Y	Y		
<b>Número total de No conformidades por cláusula:</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		0	1	0	0	0

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

M = NC mayor

I = NC menor

# Matriz de Auditoría

<b>Sitio auditado:</b>	Departamento de Salud	<b>Fechas de auditoría:</b> 05-JUL-10 - 05-JUL-10 0.5 día(s) auditor
<b>Dirección:</b>	Calle 43 x 76 y 78 s/n Mérida, Yucatán. México	<b>Equipo auditor:</b> Rolando Ruiz

Borrar la fila de cláusulas que no aplique:

Cláusulas del SGC	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5
<b>Procesos auditados</b>																							
Provisión del Servicio	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y					Y	Y		Y	Y		
Satisfacción del Cliente	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y													Y			Y
Acciones Correctivas y Preventivas	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y			Y									Y	Y	Y	Y	Y
<b>Número total de No conformidades por cláusula:</b>	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0					0	0	0	0	0	0	0

Y = requerimiento auditado aplicable al (los) proceso(s) encontrado(s) en conformidad      M = NC mayor      I = NC menor

# Matriz de Auditoría

<b>Sitio auditado:</b>	Laboratorio de Evaluación del Estado de Nutrición	<b>Fechas de auditoría:</b> 05-JUL-10 - 05-JUL-10 0.5 día(s) auditor
<b>Dirección:</b>	Av. Itzáes No. 498 entre 59 y 59 - A Mérida, Yucatán. México	<b>Equipo auditor:</b> Rolando Ruiz

Borrar la fila de cláusulas que no aplique:

Cláusulas del SGC	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	
<b>Procesos auditados</b>																								
Provisión del Servicio	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y	Y			Y	I		Y	Y			
Satisfacción del Cliente	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y													Y			Y	
<b>Número total de No conformidades por cláusula:</b>	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0			0	1		0	0		0	

Y = requerimiento auditado aplicable al (los) proceso(s) encontrado(s) en conformidad      M = NC mayor      I = NC menor

# Matriz de Auditoría

<b>Sitio auditado:</b>	Laboratorio de Dietología	<b>Fechas de auditoría:</b> 06-JUL-10 - 06-JUL-10 0.5 día(s) auditor
<b>Dirección:</b>	C. 84-A x 59-A No. 560 –C Altos Mérida, Yucatán. México	<b>Equipo auditor:</b> Rolando Ruiz

Borrar la fila de cláusulas que no aplique:

Cláusulas del SGC	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5
<b>Procesos auditados</b>																							
Provisión del Servicio	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y	Y			Y	Y		Y	Y		
Satisfacción del Cliente	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y													Y			Y
<b>Número total de No conformidades por cláusula:</b>	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0			0	0		0	0		0

Y = requerimiento auditado aplicable al (los) proceso(s) encontrado(s) en conformidad      M = NC mayor      I = NC menor

# Matriz de Auditoría

<b>Sitio auditado:</b>	Laboratorio de Cirugía Experimental y Técnicas Quirúrgicas	<b>Fechas de auditoría:</b> 06JUL-10 - 06-JUL-10 0.5 día(s) auditor
<b>Dirección:</b>	Av. Itzáes No. 498 entre 59 y 59 - A Mérida, Yucatán. México	<b>Equipo auditor:</b> Rolando Ruiz

Borrar la fila de cláusulas que no aplique:

Cláusulas del SGC	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	
<b>Procesos auditados</b>																								
Provisión del Servicio	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y	Y			Y	Y		Y	Y			
Acciones Correctivas y Preventivas	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y			Y									Y	Y	Y	Y	Y	
<b>Número total de No conformidades por cláusula:</b>	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0

Y = requerimiento auditado aplicable al (los) proceso(s) encontrado(s) en conformidad      M = NC mayor      I = NC menor

# Matriz de Auditoría

<b>Sitio auditado:</b>	Coordinación de Administración de Tecnologías de la Información	<b>Fechas de auditoría:</b> 08-JUL-10 - 08-JUL-10 1 día(s) auditor
<b>Dirección:</b>	Av. Itzáes No. 499 entre 59 y 59 - A Mérida, Yucatán. México	<b>Equipo auditor:</b> Magdiel Martínez

Borrar la fila de cláusulas que no aplique:

Cláusulas del SGC	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5
<b>Procesos auditados</b>																							
Provisión del Servicio	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y	Y			Y	Y		Y	Y		
Satisfacción del Cliente	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y													Y			Y
Acciones Correctivas y Preventivas	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y			Y									Y	Y	Y	Y	Y
<b>Número total de No conformidades por cláusula:</b>	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0

Y = requerimiento auditado aplicable al (los) proceso(s) encontrado(s) en conformidad      M = NC mayor      I = NC menor

# Matriz de Auditoría

<b>Sitio auditado:</b>	Coordinación del Sistema Bibliotecario	<b>Fechas de auditoría:</b> 08-JUL-10 - 08-JUL-10 1 día(s) auditor
<b>Dirección:</b>	Av. Itzáes No. 499 x 59 - A Mérida, Yucatán. México	<b>Equipo auditor:</b> Aimée Avila

Borrar la fila de cláusulas que no aplique:

Cláusulas del SGC	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5
<b>Procesos auditados</b>																							
Provisión del Servicio – Servicios Técnicos	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y	Y			Y	Y		Y	Y		
Satisfacción del Cliente	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y													Y			Y
Acciones Correctivas y Preventivas	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y			Y									Y	Y	Y	Y	Y
Compras	Y	Y	Y	Y	Y	Y			Y	Y	Y	Y				Y			Y	Y	Y		
<b>Número total de No conformidades por cláusula:</b>	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0

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

M = NC mayor

I = NC menor

# Matriz de Auditoría

<b>Sitio auditado:</b>	Biblioteca CIR Sociales	<b>Fechas de auditoría:</b> 07-JUL-10 - 07-JUL-10 0.5 día(s) auditor
<b>Dirección:</b>	Calle 61 No. 525 x 66 y 68 Mérida, Yucatán. México	<b>Equipo auditor:</b> Aimée Avila

Borrar la fila de cláusulas que no aplique:

Cláusulas del SGC	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5
<b>Procesos auditados</b>																							
Provisión del Servicio	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y	Y			Y	Y		Y	Y		
Satisfacción del Cliente	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y													Y			Y
Acciones Correctivas y Preventivas	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y			Y									Y	Y	Y	Y	Y
<b>Número total de No conformidades por cláusula:</b>	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0

Y = requerimiento auditado aplicable al (los) proceso(s) encontrado(s) en conformidad M = NC mayor I = NC menor

# Matriz de Auditoría

<b>Sitio auditado:</b>	Biblioteca Renán Hirigoyen Rosado	<b>Fechas de auditoría:</b> 07-JUL-10 - 07-JUL-10 0.5 día(s) auditor
<b>Dirección:</b>	Calle 41 S/N, Col. Industrial Mérida, Yucatán. México	<b>Equipo auditor:</b> Aimée Avila

Borrar la fila de cláusulas que no aplique:

Cláusulas del SGC	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	
<b>Procesos auditados</b>																								
Provisión del Servicio	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y	Y			Y	Y		Y	Y			
Satisfacción del Cliente	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y													Y			Y	
Acciones Correctivas y Preventivas	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y			Y									Y	Y	Y	Y	Y	
<b>Número total de No conformidades por cláusula:</b>	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	

Y = requerimiento auditado aplicable al (los) proceso(s) encontrado(s) en conformidad      M = NC mayor      I = NC menor

# Matriz de Auditoría

<b>Sitio auditado:</b>	Biblioteca Joaquín Dondé Ibarra	<b>Fechas de auditoría:</b> 09-JUL-10 - 09-JUL-10 0.5 día(s) auditor
<b>Dirección:</b>	Calle 41 No. 421 x 26 y 28, Col. Industrial Mérida, Yucatán. México	<b>Equipo auditor:</b> Aimée Avila

Borrar la fila de cláusulas que no aplique:

Cláusulas del SGC	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5
<b>Procesos auditados</b>																							
Provisión del Servicio	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	Y	Y	Y	Y	Y			Y	Y		Y	Y		
Satisfacción del Cliente	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y													Y			Y
Acciones Correctivas y Preventivas	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y			Y									Y	Y	Y	Y	Y
<b>Número total de No conformidades por cláusula:</b>	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0

Y = requerimiento auditado aplicable al (los) proceso(s) encontrado(s) en conformidad M = NC mayor I = NC menor

## Planeación de auditoría y Matrix de historial de auditorías

**Instrucciones:** Este es un perfil de la historia del desempeño del sistema de gestión. Para la auditoría actual, llenar la tabla con el total de NC por cláusula.

Borrar la fila de cláusulas que no aplique:

Cláusulas del SGC	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	
Ciclo de auditorías																								
Fase 1																								
Fase 2																								
S6																								
S12																								
S18																								
S24 - U	Y	Y	Y	Y	Y	I	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		Y	I	Y	Y	Y	Y	Y	Y	
S30																								
Renovación	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		I	Y	I	Y	I	Y	Y	Y	
Número total de No conformidad s por cláusula:	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1	2	1	0	1	0	0	0	