

Reporte de Auditoría No: QE-46415-1/12-S

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Contacto: Dr. Juan de Dios Pérez Alayón

Tel: 52 999 930 0900

Fax: 52 999 930 0900

Fecha de reporte: 08/17/2012

Fecha de auditoría: 08/13/2012 - 08/17/2012

Duración de auditoría: 5.0 día(s) auditor

Norma(s): ISO 9001:2008

Número total de empleados: 163

Código(s)NACE: 85.2 85.1 92.5 71.3 73.1

Alcance de Certificación: *Provision of human health services. Provision of laboratory services and provision of infrastructure and laboratory equipment loan services*

Provisión de servicios de salud, provisión de servicios de laboratorio y de préstamo de instalaciones y equipo de laboratorio

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

Resultados de Auditoría:					
No. total de No Conformidades	7	No. de N/C's mayores	3	No. de N/C's menores	4

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

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

Miembro(s) del Equipo Auditor Aimée Avila Delgado - Lead Auditor
Abel Hernandez
Roberto Diaz Valdes (experto técnico)

	Fecha de inicio	Fecha de término
Fechas tentativas para la siguiente auditoría	Junio 2012	Julio 2012

Cambios que afectan el alcance de certificación			
Instrucciones:			
1. Contactar a la oficina de ABS para aprobación antes de iniciar cambios 2. Referirse al Procedimiento QE-OPS-305 para Extensiones de Alcance 3. Marcar la casilla de "Si" en la tabla de la página 1 de este reporte para indicar cambios identificados			
<input type="checkbox"/>	Cambio significativo a la frase del alcance	<input type="checkbox"/>	Cambios en la línea de productos
<input type="checkbox"/>	Cambio / adición / eliminación de sitio(s)	<input type="checkbox"/>	Número de empleados
<input type="checkbox"/>	Cambio de nombre / propiedad	<input type="checkbox"/>	Otros:
No es necesario contactar a la oficina en los siguientes casos:			
<input type="checkbox"/>	Incremento o decremento en el intervalo de vigilancias	<input type="checkbox"/>	Modificación de actividades
<input type="checkbox"/>	Incremento o decremento en la duración de la auditoría basado en el desempeño histórico del cliente	<input type="checkbox"/>	Cambio de código de proveedor OEM (<i>únicamente TS 16949</i>)
<input type="checkbox"/>	Modificación / Adición de código NACE	<input type="checkbox"/>	
Detalles del cambio: Ninguno que reportar			

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

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"

Sitios Auditados:

CCBA- Laboratorio de Sanidad Apícola

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

[Equipment and infrastructure loan](#)

Rectoría – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo

Calle 60 No. 491-A x 57-Col. Centro-Mérida-Yucatán-México-97000-12-0

[Headquarters](#)

CCBA- Laboratorio de Transferencia de Embriones

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

[Equipment and infrastructure loan](#)

Dir.Gral.de Admon. y Desarrollo de Personal-Coord.Gral.De Salud

Calle 43 x 76 y 78 s/n-Col. García Gineres-Mérida-Yucatán-México-97000-60-30

[Health Services](#)

CCBA- Laboratorio de Ecofisiología y Biodiversidad

Carretera Xmatkuil Km. 15.5--Mérida-Yucatán-México-97315-3-0

[Equipment and infrastructure loan](#)

CCBA-Laboratorio de Herbario

Carretera Xmatkuil Km. 15.5--Mérida-Yucatán-México-97315-3-0

[Herbal collection](#)

F.Medicina - Laboratorio de Imagenología

Calle 84 A x 59 Núm. 498-Col. Centro-Mérida-Yucatán-México--1-0

[Laboratory services](#)

Exclusiones		(Únicamente SGC)		Si	No
¿La organización ha excluido algún requerimiento normativo de su sistema de gestión? (verificar exclusiones y justificaciones como están descritas en el Manual de Políticas)				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Requerimiento Excluido	Justificación para la Exclusión				
7.3 Diseño	Los servicios incluidos en el clase son servicios médicos, análisis de laboratorios, préstamo de equipo e instalaciones, así como consulta de colecciones, por lo que no requieren de un diseño propiamente dicho; más bien es el cumplimiento de normativas, leyes y reglamentos.				
7.5.2	Los servicios pueden ser verificados por inspecciones, revisiones y/o pruebas.				

Comentarios Generales:

Los sitios incluidos en este proyecto son ejecutados en 4 dependencias diferentes de la UADY:

- a) El Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias
- b) La Dirección General de Administración y Desarrollo de Personal-Coordinación General de Salud
- c) Facultad de Medicina
- d) Facultad de Química

Coordinación Institucional de Planeación, es la encargada de marcar las pautas para el sistema de calidad de todos los sitios y todos los proyectos de la UADY.

La revisión directiva de este proyecto se lleva a cabo en los 4 sitios. Para el caso de la Dirección General de Administración y Desarrollo de Personal-Coordinación General de Salud, ésta se lleva a cabo de manera compartida con los proyectos 40836, 46401 y 46404.

En el caso de la Facultad de Medicina, se comparte la Revisión por la Dirección con el proyecto 46403.

Las auditorías internas y las acciones correctivas y preventivas también son controladas por Dependencia.

En esta auditoría participó el Experto Técnico para los sitios con código 85.1.

Hubo algunos cambios en el orden de los sitios, pero los tiempos designados para cada sitio fueron cumplidos. La agenda incluida en este reporte contiene las fechas en que se visitó cada sitio y proceso.

La junta de apertura fue de manera individual, sin embargo la junta de cierre se compartió con los proyectos 40836, 46401, 46403 y 46404.

Procesos Sub Contratados	Si	No
¿La Organización tiene procesos sub contratados? En caso afirmativo, listar los procesos sub contratados: 1. Mantenimiento y calibración de equipo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿la organización tiene implantados controles adecuados sobre los procesos sub contratados? <i>Sigue abierta la NC de la auditoría "A" en relación a la calibración de los equipos.</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>
Requerimientos legales y otros	Si	No
¿La organización ha identificado los requerimientos legales y otros que le son aplicables? NOM-043-SSA2- 2005 Servicios Básicos de Salud NOM-008-SSA2-1993 Control de nutrición NOM-174-SSA1-1998 Manejo integral de la obesidad NOM-015-SSA2- 1994 Prevención y tratamiento de la diabetes NOM-030-SSA2-1999 Prevención y tratamiento de la hipertensión DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales y trastornos de conducta alimentaria de la Asociación de Psiquiatría Americana NOM-168-SSA1 1998 Elaboración de expediente clínico NOM-087-ECOL-SSA1-2002 Protección de residuos infecciosos NOM-052-SEMARNAT-2005 Identificación, clasificación y listado de residuos peligrosos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auditoría a todos los turnos	Si	No
¿Todos los turnos han sido auditados?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si todos los turnos no fueron auditados, justificar la razón por la cual no fueron auditados todos: N/A		
Revisión por la Dirección:	Si	No
¿Las revisiones por la dirección cumplen todos los requerimientos de la Norma y el proceso de revisión por la dirección está efectivamente implantado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auditorías Internas	Si	No
¿Las auditorías internas fueron implantadas efectivamente y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acción correctiva y preventiva	Si	No
¿Las acciones correctivas y preventivas fueron efectivamente implantadas y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

Audit. No.	Cláusula No.	Item No.	Evidencia de la implantación efectiva (Indicar N/A si no hubo N/C)
A	6.2.2	1	No conformidad – Falta de registros de competencia de acuerdo a perfiles. Se implementó la acción correctiva AC11-CCBA-SAD-04 Se identificaron 2 causas Se definieron los documentos que deben contener los expedientes en las en la Coordinación General de Recursos Humanos y en las Dependencias. Se revisaron 3 expedientes del personal y se pudo evidenciar que contienen los registros establecidos en la documentación interna. La acción se cierra como efectiva.
A	8.2.2	1	Se implementó la acción correctiva AC11-CCBA-SAD-02. Se modificaron los procedimientos y formatos para darle un adecuado seguimiento. Se muestrearon al azar 3 no conformidades de la última auditoría interna y en los tres casos se generaron las acciones correctivas correspondientes. La acción se cierra como efectiva.

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

7.6-A- 1 Se implementó las acción correctiva AC11-CCBA-LED-02; sin embargo no fue suficiente para abarcar a todos los laboratorios dentro del alcance de certificación. Por lo tanto se abrieron las acciones correctivas no. AC-12-CCBA-CC-01 y AC-12-CCBA-CC-01. Ya se comenzaron a identificar los equipos en varios laboratorios y también se mandaron a calibrar varios de los equipos.

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

No conformidades:

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

Instrucciones:

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

<u>Audit. No.</u>	<u>Cláus No.</u>	<u>Item No.</u>	<u>Descripción de la No Conformidad</u> (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	<u>Categoría</u> M - Mayor I - Menor
1-12-S	7.5.4 AAD	1	<p>Requerimiento: La organización debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la organización. La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente.</p> <p>No conformidad: Se entregaron resultados de análisis practicados a un paciente a otra persona distinta, la cual no traía el comprobante del análisis, ni tampoco mostró identificación.</p> <p>Evidencia: Resultados entregados en ventanilla de recepción de estudios de laboratorio y de ultrasonidos el día 13 de Agosto de 2012. Facultad de Medicina</p>	I
1-12-S	4.2.4 AAD	1	<p>Requerimiento: Los registros establecidos para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos deben controlarse.</p> <p>No conformidad: No se tienen identificados como registros las interpretaciones de los ultrasonidos realizados por el laboratorio de imagenología, ni ningún otro registro de la realización de la servicio. Tampoco se tienen definidos sus controles.</p> <p>Evidencia: Interpretaciones realizadas durante el 2011 y el 2012. 1 de +/- 6 tipos de registros Laboratorio de imagenología.</p>	I
1-12-S	5.1 e) AAD	1	<p>Requerimiento: La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de calidad, así como con la mejora continua de su eficacia asegurando la disponibilidad de recursos.</p> <p>No conformidad: Falta de recursos humanos para operar el laboratorio de imagenología por ausencias.</p> <p>Evidencia: El laboratorio de imagenología permaneció cerrado durante 2 semanas durante el cuatrimestre Enero-Mayo 2012 por enfermedad</p>	M

			del personal responsable del laboratorio Laboratorio de imagenología.	
1-12-S	6.3 AAD	1	<p>Requerimiento: La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto (equipos de proceso).</p> <p>No conformidad: No se encontró evidencia de que se haya realizado el mantenimiento al equipo de ultrasonido de imagen MCA-ALOK MOD- SSD-3500 SX no. de inventario 104614</p> <p>Evidencia: Sin evidencia. Solo se presentó un reporte de folio no. 156 con fecha 14 de enero de 2010 (fecha tapada con corrector) Laboratorio de imagenología. Considerada menor porque no se tiene evidencia de fallas en los estudios realizados.</p>	I
1-12-S	5.4.1 AAD	1	<p>Requerimiento: La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el producto se establezcan en las funciones y los niveles pertinentes dentro de la organización.</p> <p>No conformidad: No se encontraron establecidos formalmente los objetivos de calidad de acuerdo al formato institucional establecido para tal efecto.</p> <p>Evidencia: Sin evidencia en Departamento de salud y Facultad de Medicina.</p>	M
1-12-S	7.4.1 AAD	1	<p>Requerimiento: La organización debe evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización. Deben establecerse los criterios para la selección, evaluación y la re-evaluación.</p> <p>No conformidad: No se tienen establecidos los criterios para la selección, evaluación y la re-evaluación de proveedores.</p> <p>Evidencia: Proveedores del Departamento de Salud Y los proveedores de los servicios de calibración del CCBA. Considerada menor debido a que no se tiene evidenciad de problemas en la provisión del servicio.</p>	I
A	7.6 A_H	1	<p>Requerimiento: ISO 9001: 2008 establece en 7.6: Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (a) calibrarse o verificarse o ambos a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; - (c) estar identificado para poder determinar su estado de calibración; <p>Deben mantenerse registros de los resultados de la calibración y la verificación.</p> <p>No Conformidad: Los equipos usados no cumplen con los controles de calibración e identificación.</p> <p>Evidencia: 1.- FMED-Medicina del Deporte: El equipo de la lista de equipos de medición usados en Medicina del deporte, no se mostró evidencia de calibración (No hay certificados de calibración) y los equipos no muestran identificación de estar calibrados: básculas, dinamómetro, Espirómetro, electrocardiógrafo, 2.- FMED-Lab. de Enfermedades Infecciosas: El equipo no se mostró evidencia de calibración: Balanzas, Termo Ciclador, Pipetas graduadas</p>	M

3.- CCBA-Lab. de Docencia: Se encontró que el equipo requerido para las prácticas no cuenta en ningún caso con la identificación para determinar su estado de calibración: Balanza analítica, espectrofotómetro, balanzas granatarias y termómetros.

Proceso de Apelación de ABS QE:

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

Procesos / Funciones Auditados:

Proceso (para SGC): Provisión del Servicio – Departamento de Salud
Métricos de desempeño:
Entradas: Solicitud de consulta
Salidas: Pacientes consultados
Documentos/Registros: M-DGADP-CGS-01 Manual del usuario del Subsistema de salud P-DGADP-CGS-02 Somatometría P-DGADP-CGS-01 Agendar solicitudes de consulta P-DGADP-CGS-03 Consulta externa
Notas de auditoría: Se revisaron los procesos de agenda de consulta externa previa cita, consulta espontánea y consulta de extensión. Para la revisión de estos procesos se contó con la presencia del Experto Técnico (Dr. Roberto Díaz). En éste departamento se realizan los servicios de consulta de primer contacto con médicos generales, pediatría, medicina interna y consulta nutricional. Se observó el proceso de somatometría para 3 pacientes con cita agendada para el día de la auditoría. La enfermera tomó la información de los pacientes y las capturó en el sistema. Se observó la consulta de 2 pacientes con el médico general y la de 1 paciente con la nutrióloga en turno. En los 3 casos se cumplió con los procedimientos establecidos y con el llenado del expediente del paciente, así como la de otros registros relacionados. Se encontró 1 áreas de oportunidad en la revisión y observación de este proceso: el control de los menús de nutrición

Proceso (para SGC): Provisión del servicio – Laboratorio de Imagenología
Métricos de desempeño: Satisfacción del cliente – 100%
Entradas: Solicitud de servicio
Salidas: Estudios e interpretación.
Documentos/Registros: NOM-208-SSA-2002 Ultrasonografía diagnostic NOM-178-SSA-1- 1998 Atención Médica de Pacientes Ambulatorios G-FMED-LIMAG-03 Libreta de registro de los pacientes P-FMED-LIMAG-01 Realización e interpretación de Estudios Médicos de Ultrasonido
Notas de auditoría: Para la revisión de este proceso se contó la presencia del Experto Técnico (Dr. Roberto Díaz). Se revisó el proceso a nivel documental ya que no se tenían estudios programados para realizarse el día de la auditoría. Cuatro no conformidades fueron encontradas en este laboratorio. Una de ellas no tiene que ver directamente con el laboratorio de imagenología, sin embargo si con otro de los laboratorios incluidos dentro del alcance de certificación. Se revisaron interpretaciones de ultrasonidos realizados en Agosto de 2012. Estas interpretaciones no se tienen definidos como registros de la provisión del servicio, y por lo tanto tampoco se tienen definidos sus controles. No se pudo evidenciar que efectivamente se realizaron los mantenimientos al equipo de ultrasonido en los tiempos programados. El sistema de calidad se nota incipientemente implementado en este laboratorio. Estos procesos no se encontraron en cumplimiento.

Proceso (para SGC): Provisión del Servicio – CCBA Laboratorio del Herbario
Métricos de desempeño: Incrementar el% de usuarios del Herbario en un 10% en 2012 95% de satisfacción anual de los usuarios del herbario
Entradas: Solicitudes de consulta y ejemplares a ser incluidos en la colección
Salidas: Usuarios informados
Documentos/Registros: Procedimientos de prestamo de material herbario, consulta de base datos, visitas guiadas, consulta de ejemplares, secado de material biológico, recepción e identificación de macroalgas marinas, microalgas y plantas vasculares, ingreso de ejemplares a las colecciones.
Notas de auditoría: Este herbario cuenta con alrededor de 10,000 plantas vasculares y 1,200 algas. Se revisaron las condiciones de medio ambiente para la conservación del material herbario (temperatura y humedad), mismas que están definidas en la documentación del sistema. Estas son revisadas de manera diaria y conservados los registros de revisión. Los registros del 2011 y 2012 revisados se encontraron en cumplimiento. Se revisó también el cumplimiento del programa de fumigación, y se encontraron las evidencias en cumplimiento al programa establecido. Se revisó también la identificación del material, así como los registros de revisión del material. Encontrándose completos y de acuerdo a procedimiento interno. Se muestrearon aleatoriamente 4 materiales herbarios (777, 125, 2521 y 3555), y en todos los casos se encontraron identificados, coincidentes con la base de datos y conservados en el lugar destinado. Los procesos de este laboratorio se encontraron en cumplimiento; sin embargo se encontraron áreas de oportunidad relacionadas con las instrucciones al proveedor de fumigación, la optimización de formatos de solicitud y registro de consulta y la claridad de las condiciones a revisar a las colecciones. Los resultados de la medición de la satisfacción del cliente muestran un resultado del 98.03 en el último cuatrimestre del 2011 y por arriba de la meta que es el 95% durante el primer cuatrimestre del 2012.
Proceso (para SGC): Provisión del Servicio – Laboratorio de Ecofisiología y Biodiversidad
Métricos de desempeño: Mínimo 60% en la encuesta de satisfacción Atención al 100% de las solicitudes de préstamo de equipo y/o instalaciones
Entradas: Solicitudes de préstamos
Salidas: Equipos y/o instalaciones en préstamo
Documentos/Registros: Procedimiento de préstamo de equipo e instalaciones
Notas de auditoría: En este laboratorio se hace el préstamo de las instalaciones y de su equipo para la comunidad académica del Campus. Se revisaron solicitudes y préstamos de equipo e instalaciones del 2012. En los 4 casos muestreados se encontraron en cumplimiento los registros requeridos por los procedimientos internos. Se revisaron también 7 equipos (balanzas, microscopio estereoscópico, cintas métricas, infiltrómetro y medido de flujo). Todos los equipos se encontraron identificados e inventariados. Se mostraron los registros de calibración de los equipos que lo requieren. El proceso de préstamo se encontró en cumplimiento; sin embargo se encontraron áreas de oportunidad relacionadas relacionadas con las fechas de calibración en las etiquetas de los equipos y la información de los reportes de calibración del proveedor de este servicio.

Los objetivos de calidad la fecha se encontraron en cumplimiento: 100% de solicitudes atendidas y 94.3% de satisfacción de usuarios.

Proceso (para SGC): Auditorías Internas/ Acciones correctivas y Preventivas / Objetivos de Calidad y Medición de la satisfacción del cliente – [Departamento de Salud](#)

Métricos de desempeño: N/A

Entradas: Programa de auditorías
P-CIPLADE-CC 03 Auditorías Internas
P-CIPLADE-CC Acciones correctivas y preventivas

Salidas: Reportes de Auditorías
Reportes de la medición de objetivos y de la satisfacción del cliente

Documentos/Registros:
Acciones correctivas/ Acciones preventivas / Quejas, sugerencias, felicitaciones

Notas de auditoría:
Se revisaron los procesos de gestión del sistema de calidad en el Departamento de Salud
Se tiene el programa de auditorías para 2011 y 2012. Las últimas 2 auditorías realizadas fueron en mayo de 2012 y en octubre de 2011.
Se tienen los registros de las auditorías y se generaron las acciones correctivas correspondientes a las no conformidades encontradas.
Los auditores no auditaron su propio trabajo.

Se revisaron acciones correctivas y preventivas del Departamento de Salud.
En el último año no se tienen acciones preventivas implementadas.
Se revisaron 3 acciones correctivas: AC-2011-44 / AC-2012-11 y AC-2012-12. Dos de ellas cerradas como efectivas y la última aún en proceso.

En el caso de los objetivos de calidad, no se encontraron definidos y formalizados. Se levanta una no conformidad a este respecto.

Para el caso de la medición de la satisfacción del cliente se realiza de manera trimestral. Se revisaron los resultados del último trimestre del 2011 y del primer trimestre del 2012. En ambos casos se encontraron resultados por encima del 90% en los rangos de excelente y bueno.

Proceso (para SGC): Compras – [Departamento de Salud](#)

Métricos de desempeño: No existen

Entradas: Cotizaciones

Salidas: Servicios y productos adquiridos

Documentos/Registros: Expedientes de médicos subrogados
Registros de compras

Notas de auditoría:
Se revisó el proceso de adquisición de bienes y servicios. Se levanto una no conformidad porque se encontró que no se tienen establecidos los criterios para la evaluación, selección y re-evaluación de proveedores, como es el caso de proveedores de servicios de calibración, mantenimientos, fumigaciones, etc. Tampoco están incluidos formalmente los requisitos establecidos para los médicos subrogados.
Se tienen órdenes de compra y demás documentación del proceso.
Se revisaron los expedientes de los médicos o prestadores de servicios subrogados. Se encontraron completos, sin embargo los requisitos no se encontraron formalmente definidos dentro del sistema de calidad.

Proceso (para SGC): Revisión por la Dirección – Rectoría – Coordinación Institucional
Métricos de desempeño: N/A
Entradas: Resultados de la medición de procesos / Resultados de la medición de la satisfacción del cliente
Salidas: Acciones y decisiones para el sistema de calidad
Documentos/Registros: Minuta de la revisión por la Dirección
<p>Notas de auditoría: Se revisó la Revisión por la Dirección que se realiza de manera central con la participación del Rector de la Universidad. La última revisión por la dirección fue realizada en Junio de 2012. En esta revisión por la Dirección están incluidos los procesos de los siguientes proyectos de la UADY también certificados por ABS: 40836 – Procesos de todo el sistema Bibliotecario 46403 – Procesos de la administración central 46404- Procesos de la CATI 46415 –Únicamente los procesos del Departamento de Salud (el resto de los procesos de este proyecto están incluidos en revisiones por la Dirección realizadas en las Facultades de Medicina, Facultad de Química y Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias.</p> <p>Se conserva la minuta. Se cubrieron todos los puntos requeridos en 5.6. Se detecta un área de oportunidad en la manera de analizar el estado de las acciones correctivas y preventivas. Este proceso se encontró en cumplimiento.</p>

Proceso (para SGC): Auditorías Internas/ Acciones correctivas y Preventivas / Objetivos de Calidad y Medición de la satisfacción del cliente – CCBA
Métricos de desempeño:
Entradas: Programa Anual de Auditorías Datos para la revisión directiva Share Point
Salidas: Reportes de auditorías Minutas de la revisión por la dirección Datos de la satisfacción del cliente
Documentos/Registros: Procedimiento de auditorías internas Procedimiento de acciones correctivas y preventivas Procedimiento de Revisión por la Dirección Manual de Calidad
<p>Notas de auditoría: Se tiene el programa de 2012. Para este año se tienen programadas 2 auditorías internas (junio y octubre). En ambas se cubre la totalidad de los sitios (laboratorios) y los procesos de apoyo. Se revisó el reporte de la auditoría de Junio. Se reportaron 29 de no conformidades.</p> <p>Se revisaron las acciones correctivas de la auditoría anterior de ABS. Y se muestrearon 4 acciones correctivas más y de las 3 se encontró la causa raíz, el plan de acción y las evidencias de implementación y efectividad. AC-12-CCBA-LB-01 – cerrada AC-12-CCBA-LZOO-03 – en proceso AC-12-CCBA-CC-03 – en proceso AC-12-CCBA-LZOO-02 – en proceso</p>

Se muestrearon 3 acciones preventivas de la 15 que se tienen listadas.

AP-12-CCBA-LNA-01

AP-12-CCBA-LA-01

AP-12-CCBA-CZOO-01

Todas las acciones tienen sus causas raíces identificadas, los planes de acción y evidencias de implementación.

Existe un área de oportunidad en la evidencia utilizada para verificar la efectividad de las acciones.

La revisión por la dirección se realiza a razón de 2 veces por año. La última se realizó el 16 de marzo de 2012 y la próxima se tiene programada para el mes de noviembre.

Se cubrieron todos los puntos de 5.6. Se conserva la minuta.

Se detecta un área de oportunidad en la manera en se analiza el estado de las acciones correctivas y preventivas dentro de la revisión por la dirección.

Se tienen establecidos 3 objetivos de calidad en relación a los objetivos de calidad institucionales.

La satisfacción del cliente es medida en los distintos sitios a través de una encuesta. Los resultados son analizados de manera cuatrimestral.

Los resultados del 2011 son:

1er cuatrimestre – 91.3

2° cuatrimestre – 91.4

3er cuatrimestre – 93.3

Los resultados del 2012 son:

1er cuatrimestre – 97.6

Estos procesos se encontraron en cumplimiento.

Proceso (para SGC): Auditorías Internas/ Acciones correctivas y Preventivas / Objetivos de Calidad y Medición de la satisfacción del cliente – [Facultad de Química](#)

Métricos de desempeño: N/A

Entradas: Programa Anual de Auditorías

Datos para la revisión directiva

Share Point

Salidas:

Reportes de auditorías

Minutas de la revisión por la dirección

Datos de la satisfacción del cliente

Documentos/Registros:

Procedimiento de auditorías internas

Procedimiento de acciones correctivas y preventivas

Procedimiento de Revisión por la Dirección

Manual de Calidad

Notas de auditoría:

Se tiene el programa de auditorías tanto del 2011 como del 2012.

Todos los procesos de fueron programados y las auditorías realizadas de acuerdo a programa.

Se conservan los registros y los auditores son competentes para la función y existe independencia de la función auditada.

No se generaron no conformidades.

En este año no hay acciones correctivas implementadas, sin embargo tienen 12 acciones de mejora y 1 preventiva implemetada.

Se tienen 5 objetivos de calidad; los cuales están en cumplimiento en lo que va del 2012.

Los objetivos tienen que ver la provisión del servicio, el producto no conforme, la satisfacción del cliente, la cobertura y ampliación de los servicios. Todos alineados a la política de calidad y a los objetivos de calidad

institucionales.

Se detectó un área de oportunidad en el objetivo relacionado con el producto no conforme.

Las revisiones por la dirección se realizan a razón de 1 por año. La última realizada fue el 16 de diciembre de 2011. Se cubrieron todos los puntos requeridos en 5.6 y se conserva la minuta.

Estos procesos se encontraron en cumplimiento.

Proceso (para SGC): Auditorías Internas/ Acciones correctivas y Preventivas / Objetivos de Calidad y Medición de la satisfacción del cliente – [Facultad de Medicina](#)

Métricos de desempeño: N/A

Entradas: Programa Anual de Auditorías
Datos para la revisión directiva
Share Point

Salidas:
Reportes de auditorías
Minutas de la revisión por la dirección
Datos de la satisfacción del cliente

Documentos/Registros:
Procedimiento de auditorías internas
Procedimiento de acciones correctivas y preventivas
Procedimiento de Revisión por la Dirección
Manual de Calidad

Notas de auditoría:
Se tiene el programa de auditorías internas y se está cumpliendo. En este 2012 se tienen 3 auditorías programadas. Dos ya se realizaron el 14 de marzo y el 21 de junio. En ambas se detectaron 7 no conformidades.
Se generaron las acciones correctivas correspondientes.
Los auditores están calificados para auditar y son independientes del proceso a ser auditado.
Se revisaron 3 acciones correctivas de este año y 2 preventivas. En todos los casos se identificó la causa raíz, determinados los planes de acción y verificada la efectividad.

La revisión por la dirección se realiza una vez por año, con una intermedia. La última revisión fue realizada el 20 de Enero de 2012. Se tocaron todos los puntos requeridos en 5.6 y se conservan las minutas.
La satisfacción del cliente se mide a través de encuestas; pero su formato de presentación es distinto en cada sitio incluido en el alcance. Sin embargo, en todos los casos se tienen resultados definidos.
En el caso de los objetivos de calidad, no se encontraron definidos en el formato institucional, ni con alineación a la política de calidad de la UADY y a los objetivos de calidad institucionales. Por esta razón se levanta una no conformidad.

Proceso (para SGC): Préstamo de equipo de laboratorio y uso de instalaciones. [Laboratorio de Sanidad Apícola y Lab. Transferencia de embriones](#)

Métricos de desempeño:
Satisfacción del Usuario Meta 95% en el Lab. De Trasterferencia de Embriones muestra niveles de 95.8% trimestre Ene-Abr y 96.4% en trimestre May-Ago.
En Sanidad Apícola la evaluación presentada en el periodo Ene-Jul. 2012 es del 100%

Sin embargo una mejora se identificó en el método de evaluación, ya que el 100% representa que de 17 evaluaciones todas fueron evaluadas entre Bueno y Excelente.
Además que se promedian criterios de evaluación informativos, como “el medio Cómo se entero del servicio”.

Entradas: Requerimientos de equipo e instalaciones

Salidas: Equipo

Documentos/Registros:

P-CCBA-LTE.01 Préstamo de equipo en Laboratorio de Transferencia de embriones
 P-CCBA-LTE-01 Préstamo y uso de laboratorio
 P-CCBA-LSA-0 Préstamo de equipo de laboratorio de Sanidad Apícola
 F-CCBA-LTE Solicitud de préstamo de equipo
 Catálogos de equipo
 Registros de mantenimiento

Notas de auditoría:

Durante la auditoría a los laboratorios de Transferencia de Embriones y Sanidad Apícola del Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias CCBA se revisaron los controles para el manejo, mantenimiento, control entradas y salidas de equipo para préstamo.

Los laboratorios han establecido los equipos e instalaciones que requieren mantenimiento o calibración en el catálogo de equipo.

Una muestra aleatoria fue revisada.

Laboratorio de Transferencia de embriones:

Equipo	Núm. Inventario	Estatus
Campana Extractora	55339	Cumple con el Mantenimiento anual
Centrifuga	55435	Requiere Limpieza y Calibración*
Incubadora CO2	78799	Requiere limpieza y calibración de nivel de CO2 y temperatura*
Viscosímetro 1,2 y 3	111085	Requiere limpieza y Calibración

Los equipos con requerimiento de mantenimiento (Limpieza y Ajuste), se mostraron los registros del mantenimiento realizados en Julio 2012 por el proveedor BTI Bajío Tecnología Industrial, donde especifican claramente el alcance del mantenimiento.

**Los equipos con requerimiento de calibración, no se muestra el registro correspondiente.

Se mantiene abierta la no conformidad de la auditoría anterior relacionada con control de equipo de seguimiento y medición.

Laboratorio de Sanidad Apícola:

Equipo	Núm. Inventario	Estatus
Microscopio compuesto	85855	Cumplen con el Mantenimiento anual
Microscopio estereoscópico	06-0015-2228	
Fuente de Luz	S/N	

Los equipos con requerimiento de mantenimiento (Limpieza y Ajuste), se mostraron los registros del mantenimiento realizados en Julio 2012 por el proveedor BTI Bajío Tecnología Industrial, donde especifican claramente el alcance del mantenimiento.

La auditoría se realizó de acuerdo a los criterios y control de prestación del servicio establecidos en los procedimientos de Laboratorios que prestan equipo e instalaciones en el marco de la norma ISO9001:2008 cláusula 7.1 7.2, 7.5, 6.3, 7.6, 8.2 y 8.5

Avance hacia la mejora continua

Se ha mejorado la forma de documentar y controlar las acciones correctivas y preventivas.

Oportunidad de mejora

Sin llegar a ser no conformidades se identificaron aspectos que demandan atención.

En las revisiones por la dirección se puede mejorar el análisis que se hace del estado de las acciones correctivas y preventivas.

La evidencia de la verificación de la efectividad de las acciones tomadas también pueden ser mejoradas.

Laboratorio de Sanidad Apícola y Transferencia de Embriones: Mejorar el método de toma de datos y ponderación del cuestionario de satisfacción del cliente F-CCBA-CC-01 Rev. 1.

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

Revisión del desempeño histórico de auditoría:

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

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

Para cualquier No – proporcionar información de soporte:

N/A

Efectividad del sistema de gestión durante el ciclo de certificación:

Los resultados de la medición de la satisfacción del cliente en sus diversas modalidades se encuentran en niveles de cumplimiento.

Registro de Asistencia

Reunión de Apertura: Fecha: 08/13/2012

Hora: 8:30 AM

Reunión de Cierre: Fecha: 08/17/2012

Hora: 15:30 PM

Nombre	Puesto	Apertura	Cierre
Dr. Mario Carrillo	Coordinador General Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dra. Miriam Soberanis	Enc. Sistema de Calidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Patricia Escoffié	Admón del Sistema de Calidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
María Orta	Sistema de Calidad	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Juan de Dios Pérez	Coordinador de Planeación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pamela Pereyra	Sistema de Calidad	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Matriz de Auditoría

Sitio auditado:	Rectoría – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo/ Medicina/ Química/CCBA Administración del Sistema	Fechas de auditoría: 16 y 17 de Agosto 2012 1 día(s) auditor	Número total de empleados: 12
Dirección:	Calle 60 No. 491-A x 57-Col. Centro-Mérida-Yucatán-México-97000-12-0	Equipo Auditor: Aimée Avila	

Borrar la fila de la cláusula que no aplique:

Cláusulas del SGC	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	
Procesos auditados																								
Revisión por la dirección	Y	Y	Y	Y	Y	1-M	Y	Y	Y	Y	Y									Y			Y	
Auditorías internas	Y	Y																		Y	Y	Y	Y	
Acciones correctivas y Preventivas	Y	Y																		Y		Y	Y	
Satisfacción del cliente	Y	Y																		Y		Y	Y	
Número Total de NC por Cláusula:	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0									0	0	0	0	

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

M = NC mayor

I = NC menor

Matriz de Auditoría

Sitio auditado:	Dir.Gral.de Admon. y Desarrollo de Personal-Coord.Gral.De Salud Health Services	Fechas de auditoría: 13 Y 15 de Agosto 2012 1.5 día(s) auditor	Número total de empleados: 60
Dirección:	Calle 43 x 76 y 78 s/n-Col. García Gineres-Mérida-Yucatán-México-97000	Equipo Auditor: Aimée Avila Roberto Díaz	

Borrar la fila de la cláusula que no aplique:

Cláusulas del SGC	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	R
Procesos auditados																								
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	
Compras	Y	Y														I								R
Satisfacción del cliente	Y	Y																		Y		Y	Y	
Revisión por la Dirección	Y	Y	Y	Y	Y	1-M	Y	Y												Y		Y	Y	
Número Total de NC por Cláusula:	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	-	1	0	0	0	0	0	0	0	

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

M = NC mayor

I = NC menor

Matriz de Auditoría

Sitio auditado:	F.Medicina - Laboratorio de Imagenología <i>Laboratory services</i>	Fechas de auditoría: 13 de Agosto, 2012 .5 día(s) auditor	Número total de empleados: 1
Dirección:	Calle 84 A x 59 Núm. 498-Col. Centro-Mérida-Yucatán-México	Equipo Auditor: Aimée Avila Roberto Díaz	

Borrar la fila de la cláusula que no aplique:

Cláusulas del SGC	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	
Procesos auditados																								
Provisión del Servicio	Y	I	M								I		Y	Y				I		Y	Y			
Número Total de NC por Cláusula:	0	1	1								1		0	0				1		0	0			

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

M = NC mayor

I = NC menor

Matriz de Auditoría

Sitio auditado:	CCBA-Laboratorio de Herbario Herbal collection	Fechas de auditoría: 14 de Agosto, 2012 .5 día(s) auditor	Número total de empleados: 3
Dirección:	Carretera Xmatkuil Km. 15.5--Mérida-Yucatán- México-97315	Equipo Auditor: Aimée Avila	

Borrar la fila de la cláusula que no aplique:

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

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

M = NC mayor

I = NC menor

Matriz de Auditoría

Sitio auditado:	CCBA- Laboratorio de Ecofisiología y Biodiversidad Equipment and infrastructure loan	Fechas de auditoría: 14 de Agosto, 2012 .5 día(s) auditor	Número total de empleados: 3
Dirección:	Carretera Xmatkuil Km. 15.5--Mérida-Yucatán-México-97315	Equipo Auditor: Aimée Avila	

Borrar la fila de la cláusula que no aplique:

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

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

M = NC mayor

I = NC menor

Matriz de Auditoría

Sitio auditado:	CCBA- Laboratorio de Sanidad Apícola Equipment and infrastructure loan	Fechas de auditoría: 17 de Agosto, 2012 .5 día(s) auditor	Número total de empleados: 1
Dirección:	Carretera Xmatkuil Km. 15.5--Mérida-Yucatán- México-97315	Equipo Auditor: Abel Hernández	

Borrar la fila de la cláusula que no aplique:

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

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

M = NC mayor

I = NC menor

Matriz de Auditoría

ABS Quality Evaluations, Inc. • 16855 Northchase Drive, Houston, TX 77060 USA
• Tel: 1-281-673-2843 • Fax: 1-281-673-2844 • www.abs-qe.com

Sitio auditado:	CCBA- Laboratorio de Transferencia de Embriones <i>Equipment and infrastructure loan</i>	Fechas de auditoría: 17 de Agosto, 2012 .5 día(s) auditor	Número total de empleados: 2
Dirección:	Carretera Xmatkuil Km. 15.5--Mérida-Yucatán-México-97315	Equipo Auditor: Abel Hernández	

Borrar la fila de la cláusula que no aplique:

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

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

M = NC mayor

I = NC menor

Planeación de Auditoría y Matriz de Historia

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

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