

Reporte de Auditoría No: QE - 46415 - 1/0 - X

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Contacto: Dr. Juan de Dios Pérez Alayón

Teléfono: 52 999 930 0900

Fecha de Reporte: 09/06/2013

Fechas de Auditoría: 09/03/2013 - 09/06/2013

Duración de Auditoría: 1.0 día(s) auditor

Norma(s): ISO 9001:2008

Número total de empleados verificados en sitio: 11

Código(s) NACE: 85.2 85.1 92.5 71.3 73.1

Complejidad EHS: N/A

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

Miembro(s) del Equipo Auditor Aimée Avila Delgado - Auditor Líder, Maria de Lourdes Ceron- Experto Técnico

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

Resultados de Auditoría:					
No. Total de No conformidades	0	No. de NCs Mayores	0	No. de NCs menores	0

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

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

	Fecha de inicio	Fecha de término
Fechas para la siguiente auditoría	1-Sep-2014	5-Sep-2014

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

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

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

Conclusiones del equipo auditor sobre la efectividad del sistema de gestión:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos.
<input type="checkbox"/>	Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos, excepto como se indica en las no conformidades.
<input type="checkbox"/>	Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión no fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos. La recomendación del equipo auditor es para "Revisión de Certificación"

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

Límites (únicamente para ISO 50001)
<i>Límites físicos o del sitio y/o límites organizacionales definidos por la organización) ejem. Procesos (límites dentro del alcance – límites físicos o del sitio establecidos por la organización).</i>

Sitios Auditados:

CIR "Dr. Hideyo Noguchi"-Área de apoyo al diagnóstico clínico
Calle 60 num.491 A-Col. Centro-Mérida-Yucatán-México-97225
Laboratory services

Comentarios Generales:

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

Esta auditoría de extensión de alcance se realizó en conjunto con la auditoría de vigilancia S-24.
El objetivo de ésta extensión de alcance fue integrar un nuevo sitio que provee servicios de laboratorio.

En general se encontró que el sistema de gestión incluyó este nuevo sitio de manera muy natural.
Todos los procesos tanto de la provisión del servicio como los de apoyo y gestión fueron encontrados en cumplimiento de acuerdo a los requerimientos de ISO 9001: 2008, así como los propios establecidos por la UADY.

Exclusiones (únicamente SGC)		Si	No
¿La organización ha excluido algún requerimiento normativo de su sistema de gestión? (verificar que las exclusiones y justificaciones estén descritas en el Manual de Políticas)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Requerimiento Excluido	Justificación para la exclusión		
7.3 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.		
Procesos Sub Contratados (únicamente SGC)		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?		<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"/>

Auditoría a todos los turnos (Únicamente SGC)	Si	No
¿Todos los turnos fueron auditados?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si todos los turnos no fueron auditados, justificar la razón por la cual no fueron auditados todos:		

Requerimientos legales y otros	Si	No
¿La organización ha identificado los requerimientos legales y otros que le son aplicables?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Revisión por la Dirección:	Si	No
¿Las revisiones por la dirección cumplen todos los requerimientos de la Norma y el proceso de revisión por la dirección está efectivamente implantado y mantenido?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auditorías Internas	Si	No
¿Las auditorías internas fueron implantadas efectivamente y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acción correctiva y preventiva	Si	No
¿Las acciones correctivas y preventivas fueron efectivamente implantadas y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

No conformidades:

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

Instrucciones:

- Enviar respuesta a las no conformidades a ABS QE dentro de los **60** días a partir del último día de auditoría
- Enviar un correo electrónico: **Al Auditor Líder**
- Acciones correctivas enviadas para revisión deben incluir:
 1. El contenido de las respuestas de acciones correctivas debe incluir:
 - a. Contención / corrección
 - b. Resultados de la investigación de la causa raíz,
 - c. Acciones para eliminar la causa raíz y prevenir recurrencia y
 - d. Fechas de implantación

a. Para sistemas de gestión certificados en esquema multi-sitios, las acciones correctivas deben considerar como sea aplicable todos los sitios dentro del sistema de gestión certificado.
 2. Evidencia objetiva de implementación – es requerida de ser enviada bajo las siguientes circunstancias:
 - a. Todas las no conformidades incurridas en las auditorías automotrices ISO/TS 16949;
 - b. Todas las no conformidades incurridas en Aeroespacial (AS 9100 / AS 9120) en auditorías de Re-certificación, Fase 2, Transferencia y Extensión de Alcance;
 - c. Y para todas las no conformidades Mayores incurridas en cualquier programa.

<u>Audit.</u> <u>No.</u>	<u>Cláusula</u> <u>No.</u>	<u>Item</u> <u>No.</u>	<u>Descripción de la No Conformidad</u> (Requerimiento, No conformidad, Evidencia)	<u>Categoría</u> <u>M - Mayor</u> <u>I - Menor</u>
-	-	-	Requerimiento: No conformidad: N/A Evidencia:	-

Proceso de Apelación de ABS QE:

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

Procesos / Funciones Auditados:

Procesos (para SGC): Provisión del servicio – Realización de exámenes
Métricos de desempeño: Satisfacción del cliente
Entradas: Solicitud de análisis
Salidas: Resultados de análisis
<p>Documentos/Registros: Procedimiento para realizar el análisis de muestras y entrega de resultados P-CIRB-AADC-03 Procedimiento para la solicitud de análisis de laboratorio P-CIRB-AADC-01 Procedimiento para expedir certificado médico y certificado de salud P-CIRB-AADC-04 Procedimiento para la atención a solicitudes para la prueba de anticuerpos contra VIH P-CIRPB-AADC-05 Manual de técnicas para diagnóstico inmunológico M-CIRB-AADC-03 Manual de Hemostasia y Trombosis M-CIRB-AADC-01 Manual de Técnicas Especiales en Hematología M-CIRB-AADC-02 NOM-SSA-166 - 1997</p>
<p>Notas de Auditoría: El alcance de certificación de este sitio aplica para análisis de rutina y pruebas especiales. No se maquila nada afuera. Todos los exámenes son realizados internamente. En lo que va del 2013 la cantidad de pacientes atendidos por mes ha sido: Enero – 40 Mayo - 62 Febrero – 49 Junio - 51 Marzo – 45 Julio - 33 Abril – 37 Agosto - 48</p> <p>El proceso de provisión de servicio se auditó de 2 maneras diferentes:</p> <p>La primera de ellas fue a través de la revisión de registros para los procesos con folio no. 13429 del día 29 de agosto para las pruebas de VIH y antidoping y el folio no. 13434 del día 30 de agosto para una biometría hemática. Para estos 2 casos se encontraron los registros de los resultados en las bitácoras correspondientes. Así mismo también se encontraron los registros de la entrega de resultados.</p> <p>La segunda, fue a través de la realización de 2 exámenes a mi persona (Aimée Avila):</p> <ol style="list-style-type: none"> Antidoping (orina): metanfetaminas, cocaína, benzodiacepinas, opiáceos y marihuana. Biometría hemática. <p>Para el caso del antidoping se sacó del refrigerador donde se conservan el cartucho de la prueba. El cartucho se encontraba en su empaque cerrado, con lote dentro de vigencia y en temperatura fría para evitar el calor. Se atemperó el cartucho. La muestra de orina fue recolectada. Se procedió con la prueba. Después de 15 minutos se comprobó negativo a todo.</p> <p>Se revisó que el equipo procesador de biometrías hubiera sido verificado. Los registros de verificación del 5 de septiembre de 2013 para los valores bajo, medio y alto fueron encontrados de acuerdo al rango establecido en los parámetros de referencia de los controles. Los controles utilizados fueron: QC-01 – bajo – lote 32040710 QC-02- medio – lote 32040711 QC-03 – alto – lote 32040712</p> <p>Se me tomó la muestra de sangre para realizar la biometría hemática. La jeringa era nueva, se abrió y sacó del empaque enfrente de mi.</p>

El personal estaba trabajando con guantes todo el tiempo.

Los resultados arrojados por el equipo fueron confirmados de forma manual a través de la técnica de frotis para realizar el conteo diferencial.

El ambiente de trabajo del laboratorio está contralado, limpio y ordenado.
El equipo y materiales de trabajo también están ordenados.
Las bitácoras ordenadas.

El proceso se encontró en cumplimiento.

Procesos (para SGC): Mantenimiento y calibración de equipos

Métricos de desempeño: N/A

Entradas: Equipos, instructivos de los fabricantes

Salidas: Equipo funcionando

Documentos/Registros: Registros de mantenimiento y calibración

Notas de Auditoría:

Se tiene el plan de mantenimiento para el 2013 el cual contempla 16 equipos.

Se revisaron 3 equipos:

- Coagulómetro Star con número de serie 11377.

La última calibración fue el 17 de enero 2013, por el proveedor Promelab.

Se tiene el registro de la realización de: limpieza, ajustes, inspecciones, corrida de pruebas de seriación.

- Espectrofotómetro Humalyser

La última calibración fue el 24 agosto de 2012.

Se tiene el reporte por parte del proveedor.

- Microscopio # 7

El mantenimiento se da interno. Básicamente es una rutina de limpieza y ajuste.

Los equipos se encontraron identificados, en buenas condiciones, y los registros en cumplimiento con los plazos establecidos.

Este proceso se encontró en cumplimiento

Procesos (para SGC): Competencia
Métricos de desempeño: N/A
Entradas: Documentos
Salidas: Personal competente
Documentos/Registros: Archivos de personal
<p>Notas de Auditoría: Para los 11 puestos del CIR se tienen definidos los requerimientos de competencia en relación a la educación, experiencia, habilidades y conocimientos requeridos. Se tiene el organigrama y el catálogo de puestos del CIR. Se muestrearon los puestos de Técnicos Académicos (personal del área de laboratorio). Los requerimientos definidos fueron: Formación de químico 5 años de experiencia mínima Actualizaciones en el área de competencia. Habilidades analíticas</p> <p>Los 2 archivos muestreados (Quintal y Alonzo) tienen la formación de Químico Fármaco Biólogo con cédula profesional, con 6 y 19 años experiencia respectivamente. Maestría y diplomados <i>Ambos se encontraron en cumplimiento.</i></p>
Procesos (para SGC): Administración del SCG – Revisión por la dirección, auditorías internas, objetivos de calidad, satisfacción del cliente, acciones correctiva y preventivas.
Métricos de desempeño: N/A
Entradas: Reportes la medición de la satisfacción, minutas de la revisión por la dirección, reportes de auditorías
Salidas: Acciones correctivas, preventivas y de mejora
Documentos/Registros: Reporte de auditorías, minutas
<p>Notas de Auditoría: A la fecha se han realizado 3 reuniones de <u>revisión por la dirección</u>. Las últimas 2 han sido en este 2013, el 30 de abril y 15 de julio. En ambas se cubrieron los requerimientos de 5.6 y se conservan las minutas. De ambas se generaron acuerdos y se han generado e implementado acciones.</p> <p>En relación a los <u>objetivos de calidad</u> se tienen 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción de los usuarios al menos de 90% a nivel de excelente - Mantener anualmente por debajo del promedio el índice de variación global en el programa de evaluación externa de la calidad - Difundir ante la comunidad los servicios que ofrece el laboratorio con al menos 2 actividades de promoción. <p>Del primer objetivo relacionado con la <u>satisfacción del cliente</u>, a la fecha se tiene un resultado de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para el 2° semestre de 2012: 87.3% en excelente y un 10.3 en bueno - Para el 1er semestre de 2013: 93.3% en excelente y 5.7% en bueno. <p>El segundo objetivo se tiene en proceso, ya que la comparación se puede realizar de manera anual. Y para el tercer objetivo hay 3 eventos: 1 realizado y 2 programados para llevarse a cabo en septiembre y en noviembre.</p>

La auditoría interna a este sitio fue realizada del 15 al 23 de abril de 2013; se reportaron 8 no conformidades y 8 oportunidades de mejora.

De las no conformidades se generaron las acciones correctivas correspondientes.

Los auditores fueron de la administración central, no hay conflicto de interés y están calificados para la función.

Se muestrearon 2 acciones correctivas y 1 preventiva.

Las acciones AC-13-CIRB-AADC-10, AC-13-CIRB-AADC-13 y AP-13-CIRB-AADC-03.

En todos los casos se encuentran las causas raíces definidas y los planes de acción definidos son acordes a éstas.

Todos los procesos de gestión del sistema se encontraron en cumplimiento.

Avance hacia la mejora continua

N/A

Oportunidades de mejora

Analizar la posibilidad de documentar el instructivo de mantenimiento a microscopios.

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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Manejado efectivamente quejas de clientes y otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Identificado los requerimientos legales y regulatorios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Mantenido y mejorado consistentemente el sistema de gestión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Para cualquier No – proporcionar información de soporte: N/A

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

Registro de Asistencia

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

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

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

Planeación de Auditoría y Matriz Histórica

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

SGC/TS Cláusulas	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5
X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	0	0	0	0	0	0
S6																							
S12																							
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	0

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

Organización: **Universidad Autónoma de Yucatán**

Fecha de envío del plan de auditoría al cliente: Julio 16, 2013

Equipo Auditor: Aimee Avila Delgado - Auditor Líder,
Jorge de La Rosa Tapia - Auditor
Maria de Lourdes Ceron – Experto Técnico

Contacto: Dr. Juan de Dios Pérez Alayón

Tel: 52 999 930 0900

Audit Dates: 09/03/2013 - 09/05/2013 –S
09/05/2013 - 09/06/2013 –X

Duración de auditoría: 5.0 día(s) auditor – “S”
1.0 día auditor- “X”

Norma(s) a auditar: ISO 9001:2008

Número total de empleados:

Código(s)NACE: 85.2 85.1 92.5 71.3 73.1

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

Objetivos de auditoría:

- Verificar el cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008 y el sistema de gestión documentado de la organización;
- Verificar que el sistema de gestión de Universidad Autónoma de Yucatán cumple con los requerimientos contractuales, legales y regulatorios aplicables;
- Evaluar la efectividad del sistema de gestión para cumplir continuamente los objetivos especificados; e
- Identificar áreas de mejoras potenciales.
- Verificar la implementación del sistema de calidad en el nuevo sitio a ser incluido dentro del sistema de calidad. (auditoría de extensión de alcance)

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

		2:30- 3:30	Satisfacción del cliente- Objetivos- Acciones correctivas y preventivas
--	--	-------------------	---

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

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

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

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

Nota: El plan de auditoría puede cambiar durante el transcurso de la misma.
Documentación y Control de documentos será auditado en conjunto con los otros elementos
Política y Registros serán auditados a través de las instalaciones durante la auditoría
Favor de hacer los arreglos para tener la comida en el sitio a fin de mantener el enfoque de la auditoría
Favor de proveer un guía/escolta para cada miembro del equipo auditor
Favor de indicar el equipo de protección personal requeridos en sitio

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

- Mapa del sitio
- Descripción de la planta y de los procesos / operaciones asociados
- Lista de objetivos, metas y programas
- Lista de los contratistas y/o proveedores utilizados para actividades relacionadas a lo ambiental, seguridad y salud ocupacional (no necesario para algunos programas, ejem ISO 9001).