

Reporte de Auditoría No: QE - 46401 - 1/36 - R

Organización: **Universidad Autónoma de Yucatán**

Contacto: **Paulina Martinez**

Teléfono: **52 999 9231495**

Fecha de Reporte: **09/04/2014**

Fechas de Auditoría: **09/01/2014 - 09/03/2014**

Duración de Auditoría: **3.0 día(s) auditor**

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

Número total de empleados verificados en sitio: **13__**

Código(s) IAF/NACE: **37/80.3 37/80.4**

Miembro(s) del Equipo Auditor **Gil Ochoa - Auditor Líder**

Alcance de Certificación: *Design and provision of services of academic practices and investigation activities*

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

Recomendación (es) del Equipo Auditor:		
Fase II/ Extensión de Alcance / Transferencia: <input 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 checked="" 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	Cero	No. de NCs Mayores	-----	No. de NCs menores	-----

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

¿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?	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Si se recomienda el cambio, mencione la duración recomendada	N/A	
	Fecha de inicio	Fecha de término
Fechas para la siguiente Auditoría	08/31/2015	09/04/2015

Acuse de recibo del reporte de Auditoría (únicamente para TS 16949)	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.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acuse de recibo del Reporte Final de Auditoría	Firma Manuscrita	Correo Electrónico
Reporte Final de Auditoría fue recibido por el Rep. de la Dirección del cliente:	<input type="checkbox"/> Rep. Dir.: _____ Firma	<input type="checkbox"/> Ver correo adjunto

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

Cambios que afectan el alcance de Certificación			
<input type="checkbox"/>	Cambio significativo en la frase del alcance	<input type="checkbox"/>	Cambios en las líneas de productos
<input checked="" type="checkbox"/>	Cambio / adición / eliminación de sitio(s)	<input type="checkbox"/>	Incremento/decremento en el número de empleados
<input type="checkbox"/>	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: Se tiene programada (Con fecha Septiembre 4) una Auditoría de expansión de alcance para incluir la Facultad de Enfermería en el proceso de la Secretaría Académica – Coordinación de Programa Educativo. Se reportará como Auditoría 46401-1/0-X.			

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

Límites (únicamente para ISO 50001)
<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>

Comentarios Generales:

Varios procesos como: Revisión Directiva, así como el seguimiento de Objetivos y logro de metas se comparten con otros proyectos aplicables a la misma Facultad de Medicina de la UADY. Auditados en las mismas fechas con participación de equipos auditores de ABS QE.
Como se menciona en la Sección de Cambios que afectan al SGC, Se realizará como continuación de esta Renovación, una Auditoría de expansión de alcance para incluir la Facultad de Enfermería en el proceso de la Secretaría Académica – Coordinación de Programa Educativo. Se reportará como Auditoría 46401-1/0-X.

Sitios Auditados:

Facultad de Medicina

Laboratorio de Evaluación del Estado de Nutrición

Calle 84 A x 59 Núm. 498-Col. Centro

Mérida-Yucatán-México

Laboratorio de Dietología

Calle 84 A x 59 Núm 498-Col. Centro

Mérida-Yucatán-México

Rectoría de la UADY

Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo

Calle 60 No. 491-A x 57-Col. Centro

Mérida-Yucatán-México

Exclusiones (únicamente SGC)		Si	No
¿La organización ha excluido algún requerimiento normativo de su sistema de gestión? (verificar que las exclusiones y justificaciones estén descritas en el Manual de Políticas)		✓	<input type="checkbox"/>
Requerimiento Excluido	Justificación para la exclusión		
7.5.2 Validación de procesos	No es necesario validar los procesos dado que se cuenta con controles en todas las etapas de los mismos		
7.5.5	Pro tratarse de provisión de Servicios		
Procesos Sub Contratados (únicamente SGC)		Si	No
¿La Organización tiene procesos sub contratados? En caso afirmativo, listar los procesos sub contratados: Ninguno directamente relacionado con la provisión de los servicios dentro del alcance de este certificado.		✓	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿la organización tiene implantados controles adecuados sobre los procesos sub contratados?		✓	<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 type="checkbox"/>

Turno	Hora de inicio del turno	Hora de término de turno
Matutino	7:00	15:00
Auditoría a todos los turnos		
¿Todos los turnos fueron auditados?		<input checked="" type="checkbox"/>
Si todos los turnos no fueron auditados, justificar la razón por la cual no fueron auditados todos: N/A		
Requerimientos legales y otros		Si
¿La organización ha identificado los requerimientos legales y otros que le son aplicables?		✓
		<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:

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

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

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

Procesos / Funciones Auditados:

Procesos (para SGC): Revisión Gerencial
<p>Métricos de desempeño: La facultad en este 2014 redefinió sus objetivos de calidad. El primero de ellos (incorporación de alumnos a programas de auto cuidado) no tiene relación directa con los procesos dentro del alcance.</p> <p>El segundo de ellos es la implementación de 10 acciones preventivas, y a la fecha se llevan 7.</p> <p>Y el tercero es la reducción de tiempos de solicitudes de mantenimiento a 15 días hábiles. Está en proceso de medición. El objetivo que ha permanecido es la satisfacción del cliente.</p>
Entradas: Programa
Salidas: Minutas y decisiones documentadas.
Documentos/Registros: Minutas y Presentaciones
<p>Notas de Auditoría:</p> <p>La frecuencia de revisión es dos veces por año.</p> <p>La revisión de la dirección en esta facultad aplica tanto para el proyecto 46415 como para el 46401.</p> <p>Las últimas dos fueron realizadas el 11 de Diciembre de 2013 y 9 de Julio de 2014.</p> <p>Los puntos evaluados fueron: Alcance del SGC, resultados de Auditorías, Auditorías, estado de acciones correctivas, preventivas y de mejora, seguimiento de revisiones previas, retroalimentación de usuarios, desempeño de los procesos, cambios que pudrían afectar el SGC y recomendaciones de mejora.</p> <p>De cada reunión se conserva la minuta y la presentación utilizada para la reunión.</p> <p>Adicionalmente se tiene reuniones con los diferentes sitios (áreas de la facultad) que tienen algún proceso certificado para revisar con los responsables de éstos procesos cuales han sido sus resultados y escuchar sus necesidades e inquietudes.</p> <p>Para los laboratorios que prestan servicios de estudios, análisis o evaluaciones se miden los aspectos de: atención en recepción, tiempo de espera, atención del profesional de la salud y limpiezas e instalaciones.</p> <p>Para los laboratorios que realizan actividades prácticas se evalúan los aspectos de: horarios, objetivos del programa, trato y respeto del profesor, conocimiento y dominio del profesor, instalaciones y limpieza, y trato del personal de apoyo.</p> <p>En la medición de la segunda mitad de 2013 y la primera del 2014 más del 95% de los resultados han sido entre Excelente y Bueno; en una escala que va de Malo, Regular, Bueno y Excelente.</p> <p>Estos resultados están relacionados con los laboratorios de Medicina del deporte, análisis clínicos, laboratorio de enfermedades infecciosas y parasitarias, laboratorio de estimulación e intervención múltiple, Laboratorio de dietología, laboratorio de imagenología, laboratorio del estado de nutrición, laboratorio de cirugía experimental y técnica quirúrgica, laboratorio de ciencias fisiológicas, Unidad Cardiometabólica.</p>

Procesos (para SGC): Adquisiciones
Métricos de desempeño: Mejora en tiempos de respuesta
Entradas: Solicitudes, identificación de necesidades. Evaluación de Proveedores
Salidas: Recibo de Materiales, consumibles y equipos en las diversas áreas. Información a proveedores.
Documentos/Registros: Oficios. Cotizaciones de Proveedores. Cartas de Entrega, Garantía y compromisos de capacitación. Etc.
<p>Notas de Auditoría:</p> <p>Se auditó documentalmente con ejemplos de ambos laboratorios. Incluyendo documentos del área contable,</p>

por ejemplo "Reembolsos" y Hojas de Entrega. Para equipos del LEEN (Tanitas) desde el formato F DGF CGDF 56 en donde se dio a resguardo el activo 134485. El recibo de Factura MAT 14, la carta de entrega del 25 de Marzo, junto las de Garantía y Compromiso de Capacitación por parte del proveedor. La aprobación de recursos PIFI (PIFI-2013-31 MSU 0098J19). Y un reembolso identificado como Folio 8 del 31 de Enero de este año.

Un ejemplo de solicitud de primero de Julio al 30 de Agosto F MED DSG 01. Y evaluaciones de proveedores de Consumibles (F DGF CGDF 09) y otro de Reactivos y / o equipos de Laboratorio (F MED AAL 04). Con resultado de calificaciones de 100 y 80% aceptables.

Confirmando equipos en sitio para adquisiciones recientes en LEEN Oficio de Recibo y Solicitud entre Julio y Octubre de 2012 con cotización 6310 del Proveedor Abastecedor Hospitalario del Sureste.

Procesos (para SGC): Mantenimiento
Métricos de desempeño: Reducir a 15 días hábiles la respuesta administrativa a las solicitudes de mantenimiento correctivo y preventivo del SGC- FMED en 2014.
Entradas: Solicitudes, aprobaciones, planes y programas.
Salidas: Respuesta a necesidades de varios tipos.
Documentos/Registros: En su caso aceptación por responsables de los Laboratorios.
Notas de Auditoría: Por ejemplo en LD después de identificación de grietas y perforaciones en la infraestructura se confirmó la solicitud y el resultado del Mantenimiento. En LEEN principalmente se pudo confirmar la realización de calibración de equipos (Por un proveedor externo) identificando los mismos con etiqueta propia del proveedor y manteniendo en archivo los certificados expedidos por el mismo. El proceso fue auditado desde la revisión de un inventario de la UADY con identificación univoca de equipos (Como el # 58268) y con registro F DGF CGDF 56. Actividades programadas por ejemplo cada fin de semestre. Además de cuidado de Jardinería, Fumigación (Control de Plagas) documentada como 0359 del 26 de Julio, atención a equipo de compute como # de inventario 112467 de Febrero de este año. Para equipos de LEEN (Tanita) por fabricante en forma anual. La documentación de equipos dados de baja como 109278 debidamente registrada. Y en un ejemplo de báscula con Estadímetro (700151063).

Procesos (para SGC): Acciones correctivas y preventivas. Proyectos de mejora. Auditado en forma centralizada para LEEN y LD. Por otro lado en la expansión de alcance para la Facultad de Enfermería.

Métricos de desempeño: Realización en tiempo y forma, efectividad de acciones
Implementar al menos 10 acciones preventivas documentadas en el SGC-FMED en 2014. Se reportan 7 a la fecha pero dentro de un programa que luce alcanzable.

Entradas:
Incumplimientos reales o potenciales
Revisiones directivas / análisis de datos Quejas de usuarios

Salidas: Acciones correctivas, preventivas o mejoras

Documentos/Registros: Procedimiento y formato de acciones correctivas y preventivas

Notas de Auditoría:
Acciones Correctivas
Se verificó la acción correctiva que estaba abierta desde la Auditoría S-12 relacionada con el requerimiento 5.1 (ver sección de verificación de acciones Auditorías previas de ABS en reporte 4615).
La relación de acciones en los últimos 3 años ha sido:

	2012	2013	2014 (a la fecha)
Acciones Correctivas	29	29	7
Acciones Preventivas	9	9	8
Acciones de Mejora	37	11	13

Se muestrearon las siguientes acciones correctivas:
AC-13-FMED-LD-01 – proveniente de queja de cliente – falta de equipos
AC-14-FMED-LFIS-01- proveniente de Auditoría interna – clasificación de residuos RPBI
AC-14-FMED-LCETQ-01 – proveniente de Auditoría interna – formatos obsoletos
AC-13-FMED-UC-02- proveniente de Auditoría interna – trazabilidad de citas de agendas
En todos los casos se describieron los problemas, se identificaron las causas raíces a través de multi-votación, y establecieron las acciones a implementar.
Acciones Preventivas
En proceso el inicio de otras Acciones preventivas, y como acciones cerradas:
Acción APFMED-AAL-01
Acción Preventiva relacionada con evitar el uso de equipos o materiales obsoletos.
Se identificó la causa raíz y el plan de acción es acorde. Se realiza del 31 de Marzo al 11 de Julio.
También la
Acción AP13-FMED-LFIS-03
Realizada durante Julio y Agosto. Implementada y cerrada efectiva.
Acción AP14 FMED-UC-01
Mejoras como en infraestructura, adquisición de nuevos equipos y apertura a uso de instalaciones por Alumnos de otras facultades, etc.

Las acciones fueron efectivas y el proceso implementado adecuadamente

Procesos (para SGC): Auditorias Internas
Métricos de desempeño: Cumplimiento con requisitos de la Norma y del plan de auditoria
Entradas: Resultados de auditorias previas, plan y programa, listado de auditores internos calificados
Salidas: Reporte de auditorias, acciones de corrección y mejora.
Documentos/Registros: Manual de Calidad, procedimiento de auditorias internas, procedimiento de acciones correctivas. Formatos por ejemplo: F CIPLADE CC 09
Notas de Auditoría: Las 3 auditorias internas de 2013 fueron realizadas y se planean 2 auditorias este año. A la fecha se pudo demostrar el cumplimiento con el plan, confirmando 9 auditores calificados y 3 auditores mas en formación. Se revisaron registros de la auditoria realizada en el mes de Julio cumpliendo con los requerimientos establecidos. En la auditoria AI14-01 se revisaron los formatos terminación 09, 10, 12. Encontrándolos en cumplimiento. Identificación de oportunidades de Mejora. Y aspectos especificos a cuidar. Se auditaron tres listas de verificación, relacionadas con LEEN (AI14 f MED 01 LEEN) como de otras áreas. Laboratorio de Técnicas Quirúrgicas Experimentales. Se confirmó el ejercicio hasta su reporte y seguimiento a resultados.

<p>Procesos (para SGC): Diseño y provisión de servicios de instalaciones y equipos en Laboratorios Facultad de Medicina- Laboratorios de Evaluación del Estado de Nutrición (LEEN) y Laboratorio de Dietología (LD)</p>
<p>Métricos de desempeño: medición de la satisfacción de los usuarios La meta es incrementar 5% anual de satisfacción están en proceso.</p> <p>OBJETIVOS OPERATIVOS: Cumplir con realización de practicas en tiempo y forma de acuerdo a plan de estudios Cumplir con objetivos de las practicas Entregar a tiempo las evaluaciones de los alumnos según plan a la coordinación</p>
<p>Entradas: Solicitudes de Docentes, alumnos y otras entidades. Además de en su caso público en general. Manual de practicas de laboratorio, calendario y reglamento</p>
<p>Salidas: Realización de actividades y préstamo de equipos.</p>
<p>Documentos/Registros: Por ejemplo MGC CIPLADE-CC-01. Procedimientos como PFMED-LEEN-01 a 03.</p> <p>Notas de Auditoría: Se auditaron los procesos realizados en estos laboratorios. Teniendo la oportunidad de atestiguar algunas actividades durante su realización. Básicamente se concibe la función y servicio proporcionado como complemento a Enseñanza / Aprendizaje. Se busca el control de estos espacios, equipos y consumibles para beneficio principalmente de alumnos y docentes de la Facultad de Medicina. Pero se encuentran disponibles y en uso por Investigadores, otras dependencias gubernamentales y con frecuencia público en general. El prestamos de equipos para diferentes objetivos. Uso de los laboratorios para Prácticas, Capacitación, Investigación y apoyo comunitarios fueron evaluados documentalente. Por ejemplo: -Equipo solicitado (FMED LEEN 01) Octubre 10 regresando el 11, báscula 58697 alumno matricula 06001666. -Dos ejemplos mas del 6 de Septiembre y del 12 al 19 de Mayo, este por alumno 08003676. -Con constancia de comunicación del reglamento interno, para alumno 07003307 por el equipo 58696. -Atención a alumnos solicitando información. -Permiso a dos alumnos para el uso de equipo "Tanita" atestiguando dicho uso durante su realización. -Solicitudes del Laboratorio para Capacitación (F MED LEEN 02) en Agosto 20 y entregada el día 22 de Agosto para una actividad de cinco participantes del 9 al 11 de Septiembre. -Realización de Capacitación: 1) Dieta para Pacientes Patológicos, 2) Selección, Lavado y Preparación de Alimentos y 3) Preparación de Alimentos con vida de anaquel (Conservas). -Actividades calendarizadas como de solicitud FMED LD 09, período de Agosto a Diciembre -Solicitud con Oficio CAM/066/14 para estudiantes de Nutrición realizada en Abril 30. -Uso por personal de Cafetería en diversos procesos. -Solicitud atendida para ISSTE documentada de Oficio UPI/159/13.</p> <p>Todas en cumplimiento y tomando una muestra se confirmo el uso de lista de verificación de entrega / salida F MED LD 08. Y el uso de encuesta de satisfacción CC01/FMEDLD-12.</p> <p>El diseño de las practicas se considera responsabilidad de los Docentes (Ejemplo Práctica de preparación de Yogurt) y / o Solicitantes, confirmando la aplicación de este requerimiento en otros laboratorios dentro del alcance de este proyecto como el Laboratorio de Cirugía Experimental y Técnica Quirúrgica</p>

Avance hacia la mejora continua

Se reportan incremento en servicios, mejoras en infraestructura como el Laboratorio de Dietología y nuevos equipos como Básculas en Laboratorio de Evaluación de Nutrición.

Oportunidades de mejora

Documentar en forma mas detallada las listas de verificación de Auditorías y otros registros del SGC.

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

Revisión del desempeño histórico de Auditoría:

Solamente se reportan cuatro NC en este ciclo de Certificación. Todas identificadas durante la Fase II. En las Auditorías de Vigilancia y en esta Renovación no se identificaron NC.

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

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

Efectividad del sistema de gestión durante los últimos 3 años:

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

Se realizaron en tiempo y forma las actividades del SGC y como se menciona antes solamente cuatro NC en este ciclo de Certificación-

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

*Esta sección fue Auditada como parte de otros proyectos de la UADY Auditados durante los mismos días de este ejercicio. Además, se reportan mejora en los Laboratorios Auditados como muestra en esta ocasión: Incremento en disponibilidad de equipos en Laboratorio de Evaluación del Estado de Nutrición (LEEN) por ejemplo básculas electrónicas y “Tanitas”. De cuatro básculas durante 2012, a 18 en 2013 y con la mas reciente adquisición 34 disponibles actualmente. De los equipos de evaluación “Tanitas” además de la original del 2007, actualmente se tienen disponibles 4. Las calibraciones y verificaciones se mejoraron al disponer de una pesa patrón. En Horas de uso a la semana de este Laboratorio un aproximado de 20 en 2012, 25 en 2013 y mas de 30 en este año.
De igual forma en Laboratorio de Dietología (LD) se han adquirido nuevos equipos, se hicieron disponibles sus instalaciones a otras Facultades, a otras dependencias gubernamentales y al público en general.*

Registro de Asistencia

Reunión de apertura: Fecha: 09/01/2014 Hora: 8:30
Realizada en conjunto con otros proyectos de la UADY

Reunión de cierre: Fecha: 09/03/2014 Hora: 17:00

Nombre	Puesto	Apertura	Cierre
MDO. Juan de Dios Pérez	Coord. de Planeación	✓	✓
Mtra. Luci Torres	Directora Fac. de Matemáticas	✓	✓
Mtra. Celia Villanueva	Secretaria Administrativa F. Mat	✓	✓
Dr. Guillermo Storey	Dir. Facultad de Medicina	✓	✓
Dr. Gabriel Paredes	RD de Facultad de Medicina	✓	✓
Lic. Pamela Azcorra	Facultad de Medicina	✓	✓
Mtra. Silvia Salas	Dir. Facultad de Enfermería	✓	✓
Mtra. Lourdes Yam	RD Facultad de Enfermería	✓	✓
Mtra. Ermila Moo	Auditorías Fac. Enfermería	✓	
Q.B.A Sandra Villegas	RD CCBA	✓	
Mtro. Marco Torres	Director CCBA	✓	
Dra. Zulema Cantillo	Dir. Facultad de Química	✓	
Mtra. Martha Mena	RD Facultad de Química	✓	
Q.F.B. Giovanni Xool	Facultad de Química	✓	
Mtro. Gabriel Montero	Facultad de Química	✓	
Mtra. Julieta Guerrero	Dir. Facultad de Educación	✓	✓
Mtra. Yheni López	RD. Facultad de Educación	✓	✓
Dra. Nubia Rivero	CIRB	✓	
Dr. Pedro González	RD CIRB	✓	
Dr. Mario Carrillo	Coord. General de Salud	✓	
Lic. Julieta Guzmán	Coord. General de Salud	✓	
Q.F.B. Pilar Rosado	CIRB	✓	
Mtra. Sally López	Fac. Medicina	✓	
Ing. Carlos Estrada	Coord. de Licenciatura	✓	
Brenda Gómez	CSL	✓	
Carolina Castillo	CSEMS	✓	
Erika Osorno	CSEMS	✓	
Mtra. Hilda Novelo	Sistema Bibliotecario	✓	
Lic. Graciela Pastrana	Sistema Bibliotecario	✓	
Mtro. Alberto Arellano	Sistema Bibliotecario	✓	
Físico Juan Herrera	CATI	✓	✓
Mtra. Carmen Díaz	CATI	✓	✓
Dra. Norma Pavia	CIRB	✓	
Dra. Ligia Vera	CIRB	✓	
Dr. Alfredo Dájer	Rector	✓	
Mtra. María Ortega	CIPLADE	✓	✓
Mtro. Said Cárdenas	CIPLADE	✓	✓
Mtro. Eder Pinto	CIPLADE	✓	

Lic. Paulina Martínez	CIPLADE	✓	✓
Lic. Cecilia Cárdenas	CIPLADE	✓	✓
Lic. Patricia Escoffié	CIPLADE	✓	✓
Andrea Márquez	CIPLADE	✓	
Glendy Pérez	Facultad de Enfermería		✓
Sergio Quiñónez	Facultad de Educación		✓

Audit Matrix

Sitio Auditado:	Rectoría – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo	Fechas de Auditoría: 01-SEP-14 - 01-SEP-14 1.0 día(s)- auditor
Dirección:	Calle 60 No. 491-A x 57 Col. Centro Mérida, México	Equipo Auditor: Gil Ochoa
		Número total de empleados: 9 <i>(incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)</i>

Init / RC	Vigilancias					QMS	Cláusulas																									
	6	12	18	24	30		4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5			
Historia / Plan de Auditoría Futuro						Resultados de Auditoría Actuales																										
A	R		R			Procesos	A	A	A	A	A	A	A	A																		
A		R		R		Responsabilidad Directiva	A	A	A	A	A	A	A	A																		
A		R		R		Auditorías Internas	A	A																								
A		R		R		Acciones Correctivas y Preventivas	A	A																								
A				R		Capacitación	A								A																	
A		R				Control Documental	A	A																								
Número Total de No conformidades →							0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Legenda: A = requerimientos auditados aplicables a los procesos encontrados en conformidad / No conformidades identificadas por tipo M = Mayor / I = Menor
R = Proceso recomendado para ser auditado

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				
Fase 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0				
S6																											
S12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
S18																											
S24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
S30																											
Renovación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Total N/C por Cláusula	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0				

Plan de Auditoría No: QE-46401-1/36-R y 1/0-X

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Fecha de envío del plan de Auditoría al cliente: 08/12/2014 **Equipo Auditor:** Gil Ochoa - Auditor Líder

Contacto: Paulina Martinez **Tel: 52 999 9231495**

Audit Dates: 09/01/2014 - 09/03/2014 (09/04/2014 para X) Duración de Auditoría: 3 días auditor (R) 1 día (X)

Norma(s) a auditar: ISO 9001:2008 **Número total de empleados: 15**

Código(s) IAF/NACE: 37/80.3 37/80.4

Alcance de Certificación: *Design and provision of services of academic practices and investigation activities*
Diseño y provisión de servicios de prácticas académicas y actividades de investigación

Objetivos de Auditoría:

- Verificar el cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008 y el sistema de gestión documentado de la organización;
- 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.
- Recomendar: 1) Un nuevo certificado por tres años y 2) La inclusión en el mismo de Coord. de Programa Educativos correspondientes a la Facultad de Enfermería.

Día/Hora		Procesos para la Auditoría Actividades/Funciones/Áreas
Rectoría – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo		
Día 1/9	8:00	Llegada
Lunes		
8:30 – 9:30		Junta de Apertura
9:30 – 10:00		Traslado a Facultad de Enfermería
10:00 – 10:30		Revisión documental - Facultad de Enfermería – Programas Educativos
10:30 – 11:00		Responsabilidad Directiva
11:00 – 11:30		Auditorías Internas
11:30 – 12:00		Acciones Correctivas y Preventivas
12:00 – 12:30		Capacitación
12:30 – 13:00		Traslado a Facultad de Medicina
13:00 – 13:30		Revisión documental - Facultad de Medicina – Dietología y Nutrición
13:30 – 14:00		Responsabilidad Directiva
14:00 – 14:30		Auditorías Internas
14:30 – 15:00		Acciones Correctivas y Preventivas
15:00 – 15:30		Capacitación
F. Medicina-Laboratorio de Evaluación del Estado de Nutrición		

Día 2/9 Martes	7:00	Llegada
7:30 – 9:30		Servicio de prácticas académicas
9:30 – 11:00		Diseño de practicas académicas
11:00 – 12:00		Mantenimiento de Infraestructura
12:00 – 13:00		Adquisiciones
13:00 – 15:00		Preparación del Reporte
F. Medicina-Laboratorio de Dietología		
Día 3/9 Miércoles	7:00	Llegada
7:30 – 9:30		Servicio de prácticas académicas
9:30 – 11:00		Diseño de practicas académicas
11:00 – 12:00		Mantenimiento de Infraestructura
12:00 – 13:00		Adquisiciones
13:00 – 15:00		Preparación del Reporte
Facultad de Enfermería-Sria Académica Coord. de Programa Educativos Corresponde a la expansión de alcance –Auditoría X-		
Día 4/9 Jueves	7:30	Llegada
8:00 – 11:00		Provisión del Servicio
11:00 – 13:00		Capacitación
13:00 – 14:00		Comida
14:00 – 15:00		Mantenimiento de Infraestructura
15:00 – 16:00		Adquisiciones
16:00 – 16:30		Preparación del Reporte
16:30 – 17:00		Traslado para Rectoría
17:00		Reunión de cierre

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

Nota: El plan de Auditoría puede cambiar durante el transcurso de la misma.

Documentación y Control de documentos será auditado en conjunto con los otros elementos

Política y Registros serán auditados a través de las instalaciones durante la auditoría

Favor de hacer los arreglos para tener la comida en el sitio a fin de mantener el enfoque de la auditoría

Favor de proveer un guía/escolta para cada miembro del equipo auditor

Favor de indicar el Equipo de Protección Personal requeridos en sitio

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

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

ABS Quality Evaluations

AN ABS GROUP COMPANY

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

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

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

- Reunión informativa introductoria y de emergencias
 - a. Procedimiento/proceso/política de evacuación de emergencia del Cliente
- Explicar la Política de Confidencialidad de ABS QE
- Revisar el Alcance de Auditoría:
 - Norma / Especificación a ser utilizados.
 - Verificar/Reconfirmar productos/Servicios en el alcance a ser certificado**
 - Verificar Sitios y Actividades listados en el Certificado en el sitio Web de ABS QE (www.ab-qe.com) (Para TS 16949: cuando se auditan Sitios de Soporte Remotos se debe verificar la precisión de las actividades para todos los certificados en que el Sitio de Soporte Remoto está incluido).**
 - Verificar la copia del certificado del cliente comparada con el Certificado listado en el sitio web de ABS QE.**
 - Confirmar la cantidad de empleados o cualquier cambio en la cantidad de empleados desde la actividad previa de Auditoría y determinar si los cambios afectarán el número de días de Auditoría**
 - Verificar la precisión del Código IAF/NACE de acuerdo a QE-OPS-887**
 - Reconfirmar la precisión de la Frase del Alcance**
- Definir el Objetivo de Auditoría
- La Política de ABS QE sobre la observación de violaciones regulatorias durante la Auditoría
- Explicar el conflicto de intereses entre auditar y consultar
- Explicar el rol de los consultores (Para TS 16949–Los Consultores no son permitidos–Ver Reglas Sección 3.1.g)
- Comentar las condiciones bajo las cuales la Auditoría pudiera terminar prematuramente
- Identificar los guías y definir las responsabilidades de éstos
- Explicar el criterio de clasificación para las no conformidades (NC's)
- Definir el criterio para la recomendación
- Juntas diarias de Recapitulación
- Específicos para Auditorías SA 8000 / BSCI

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

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

- d. Contestar preguntas
- e. Dejar copias del reporte de Auditoría, NC's, Oportunidades de Mejora

Instrucciones para el envío de acciones correctivas

- Completar y enviar la(s) forma(s) de Acción Correctiva adjuntas para todas las no conformidades identificadas
- Enviar un correo electrónico a: **El Auditor Líder y oficina local de ABS.**
- *Para Auditorías de Re-Certificación las Respuestas de Acciones Correctivas deben ser enviadas con suficiente tiempo al Auditor para revisión, aprobación y envío a Revisión Técnica antes de la expiración del Certificado.*

**SGC (ISO 9001, TL9000, 20000, 29000, 13485)
EHS (ISO 14001, RC14001, RCMS, OHSAS 18001)
Otros estándares, incluidos: ISO 27001, ISO 28000, ISO 15504, R-026, ISO 50001**

- Se requiere que las respuestas a las no conformidades sean enviadas a ABS QE dentro de los **60** días contados desde el último día de la Auditoría.
- Las acciones correctivas enviadas deben incluir:
 1. Respuestas de acción correctiva, incluyendo:
 - a. Evidencia objetiva de las actividades de contención/corrección, como sea aplicable.
 - b. Resultados de la investigación de la causa raíz.
 - c. Acciones para eliminar la causa raíz y prevenir recurrencia; y
 - d. Fechas de implementación.
 2. Evidencia objetiva de implementación de Acciones Correctivas para todas las No conformidades Mayores incurridas en cualquier programa.
 3. Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, evidencia de que las actividades de acción correctiva consideraron a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable.

Requerimientos específicos para el Programa TS 16949:

- Para no conformidades **MAYORES** los puntos 1 y 2 deben ser enviados a ABS QE dentro de los **20 días** posteriores a la fecha de la junta cierre, y los puntos 3 y 4 (de abajo) dentro de los **60 días** posteriores a la fecha de la junta de cierre.
- Para no conformidades menores, los puntos 1 al 4 deben ser enviados dentro de los **60 días** posteriores a la fecha de la junta de cierre.
- Las respuestas de acciones correctivas deben incluir:
 1. Evidencia objetiva de las actividades de corrección/contención, como sea aplicable.
 2. Causa raíz, incluyendo la metodología utilizada, análisis y resultados.
 3. Acciones correctivas sistémicas implementadas con evidencia objetiva de implementación para eliminar cada no conformidad, incluyendo la consideración del impacto en otros procesos y productos similares.
 4. Verificación de la efectividad de las acciones correctivas implementadas

De acuerdo a las Reglas Sección 5.11.3 No Conformidad Mayor requiere de verificación en sitio de la acción correctiva y la Sección 8.3 No Conformidad Mayor en Auditoría de Vigilancia o re-certificación resulta en recomendación de Suspensión del Certificado.

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.

Requisición de Acción Correctiva

46401 - 1/36 - R	RAC No.:
Cláusula No.	Mayor / Menor:
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	
Requerimiento:	
No conformidad:	
Evidencia:	

(Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, las acciones deben considerar a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable).

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)			
<i>Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad.</i>			
<i>Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad.</i>			
<i>Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables?</i>			
<i>Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.</i>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ
<i>Posterior a su investigación (use una técnica como un árbol lógico o preguntar “por qué” 5 veces) incluya una declaración sobre lo que causó que la no conformidad ocurriera.</i>

ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS			
<i>Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa.</i>			
<i>Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</i>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

Para Auditorías TS 16949: VERIFICACIÓN DEL CLIENTE		
DESCRIPCIÓN	Responsable	FECHA
1.		
2.		
Listar la evidencia de verificación de las acciones correctivas enviadas con la respuesta de la RAC:		

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Certificado No. 46401

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

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

2. Favor de adjuntar (como sea aplicable) documentos del desempeño Interno de métricos			
Objetivos y Metas	Valor Pretendido	Resultado Actual	Comentarios
Facultad de Medicina (FMED)			
Incorporar anualmente a los programas de auto cuidado al 80% de los alumnos de nuevo ingreso de FMED detectados en riesgo	80%	Aún no se tienen mediciones	Este indicador se comenzará a medir en el ciclo escolar 2014-2015, debido a que se creó en noviembre de 2013 y ya había empezado el curso escolar
Implementar al menos 10 acciones preventivas documentadas en el SGC-FMED en 2014	10 acciones preventivas	7 acciones preventivas	Este indicador se está cumpliendo según los tiempos establecidos (2014)
Reducir a 15 días hábiles la respuesta administrativa a las solicitudes de mantenimiento correctivo y preventivo del SGC-FMED en 2014	Reducir 15 días hábiles	Se midió el primer semestre el avance de este objetivo	Ha mejorado la respuesta operativa.
Facultad de Enfermería (FENF)			
Obtener la Certificación ISO 9001:2008 del Sistema de Gestión de Calidad de la Facultad de Enfermería en el segundo semestre del 2014.	Obtener la Certificación	En proceso	
Alcanzar y mantener al menos el 85% del Índice de Satisfacción anual de los usuarios que reciben los servicios e la Facultad de Enfermería.	85%	95.9%	
Alcanzar y mantener una calificación promedio de al menos 85 puntos, de los estudiantes que concluyen los Campos Prácticos.	85 puntos	91.7	
Participar anualmente con la Comunidad en al menos dos actividades de promoción y educación para la salud.	Dos eventos	100%	

3. Listar los detalles como sea aplicable para los siguientes puntos. Favor de adjuntar información adicional como sea necesario en relación a cambios en los indicadores de desempeño clave.	
3-1 Número total de quejas clientes desde la última Auditoría:	FMED: 0 FENF: 0
3.2 Situaciones significativas con clientes /quejas,	Ninguna
3.3 Situaciones internas de desempeño	FMED: Satisfacción de los usuarios FENF: Número de estudiantes que aspiran a realizar campo práctico ago-dic 2014: Lic. Enf 488;

	Lic en Trabajo Social 97 Posgrado 55 Estudiantes Aprovechamiento del campo práctico: Lic. Enf. 93.62% Lic. TS. 94.69% Posgrado. 92% Total de Matrícula por Programa Educativo: Lic. Enfermería 343 Lic. En Trabajo Social 121 Posgrado 75
3-4 Situaciones de aspectos ambientales o situaciones de peligros OHSAS	Ninguna

4. Número total de empleados (incluyendo tiempo completo / parcial / temporales / contratistas)							
Debe de proveer número de empleados para cada sitio listado en el Certificado de ABS QE que está programado para esta Auditoría. (El Certificado está disponible en línea en www.abs-qe.com . Click en QENetCert)							
Sitio 1 Dirección :	FMED-Laboratorio de Dietología Calle 84-A x 59 Núm. 498 colonia Centro	# of Emp.	2	Sitio 2 Dirección :	FMED- Laboratorio de Evaluación del Estado Nutrición Calle 84-A x 59 Núm. 498 colonia Centro	# of Emp.	2
Sitio 3 Dirección :	FMED-Laboratorio de Cirugía Experimental y Técnica Quirúrgica colonia	# of Emp.	4	Sitio 4 Dirección :	FMED-Laboratorio de ciencias Fisiológicas Calle 84-A x 59 Núm. 498 colonia Centro	# of Emp.	7
Sitio 5 Dirección :	FENF - Coordinación de Programas Educativos	# of Emp.	4				

5. Información de turnos					
Nombre del sitio	FMED-Laboratorio de Dietología		Nombre del sitio	FMED- Laboratorio de Evaluación del Estado Nutrición	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	7:00	15:00	Matutino	7:00	15:00
Nombre del sitio	FMED-Laboratorio de Cirugía Experimental y Técnica Quirúrgica		Nombre del sitio	Laboratorio de ciencias Fisiológicas	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	7:00	15:00	Matutino	7:00	15:00
Nombre del sitio	FENF - Coordinación de Programas Educativos				
Turno	Hora de inicio	Hora de término			
Matutino Vespertino	8:00	20:00 h			

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

7. Listar las fechas de cualquier Auditoría interna y revisiones por la dirección desde la última Auditoría de ABS, incluyendo cualquier acción significativa o acciones correctivas	
Fecha de la Rev. Directiva	Líneas de acción & Acciones correctivas
09 de julio de 2014	<p>FMED:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar una reunión informativa con los miembros del Comité de Calidad acerca de los resultados de la Revisión de la Dirección. Informar a la Secretaría Administrativa las necesidades relacionadas con infraestructura, mantenimientos, tiempos de respuesta etc., manifestadas por los Responsables de los laboratorios en la revisión de la Dirección.
23 de mayo de 2014	<p>FENF</p> <ul style="list-style-type: none"> Agregar en la agenda de la reunión la revisión de la política de gestión, así como la sección de conclusión y de acuerdos. Agregar en la presentación, el Programa Anual de Auditorías Internas 2014 y Plan de Auditoría Interna AI14-FENF-01 Incluir en las graficas de satisfacción de usuarios las quejas y felicitaciones, el promedio general del área. A partir del análisis de datos identificar acciones correctivas, preventivas y de mejora. Agregar el folio de las acciones en las diapositivas en donde se haga mención. Integrar a la información presentada en las graficas un comparativo con periodos anteriores para determinar la tendencia. Incluir en el Próximo curso de inducción de estudiantes de nuevo ingreso la socialización del SGC. Incluir en el próximo curso de inducción de Servicio Social la socialización del procedimiento para la aprobación del protocolo de investigación de Nivel Licenciatura. Socializar el proyecto de ampliación y modernización de la Facultad a fin de informar oportunamente a los estudiantes a cerca de los cambios de la reubicación temporal de las áreas, servicios que se ofrecen y horarios de atención. Socializar la política del SGC a través de medios de comunicación.
Fecha de la Auditoría interna	Líneas de acción & Acciones correctivas
11 al 23 de junio 2014 Folio AI14-FMED-01	AC14-FMED-LCETQ-01, AC14-FMED-LEIP-01
Junio 2014 Folio AI14-FENF-01	AC-14-FENF-CC-01, AC-14-FENF-CC-02, AC-14-FENF-CC-03

8. Equipo de Protección Personal Requerido	No aplica
---	-----------

9. Favor de listar los requerimientos legales y regulatorios relevantes dentro del alcance del sistema de gestión.
<p>FMED-LEEN: Reglamento interno de LEEN.</p> <p>FMED-LFIS: NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. NOM-052-SEMARNAT-2005 Procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos, NORMA Oficial Mexicana NOM-062-ZOO-1999, Especificaciones técnicas para la producción, cuidado y uso de los animales de laboratorio.</p> <p>FMED-LCETQ: NORMA Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. NORMA Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos, NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental -</p>

Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

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

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

Representante del cliente: Paulina Martínez Navarrete **Fecha:** 15 de Julio 2014

Para uso exclusivo del Auditor Líder de ABS:

¿El número de empleados fue proporcionado para cada sitio listado en el Certificado de ABS QE que está programado para ser auditado?
 Si No
 Si la respuesta es "No" a la pregunta de arriba, favor de contactar al cliente para conocer el número de empleados.

¿El número de empleados provisto concuerda con el número de empleados listado en la Carta de Confirmación?
 Si No
 Si la respuesta es "No" a la pregunta de arriba, favor de contactar a la oficina de ABS QE para recibir instrucciones.

ABS QE Auditor Líder: GIL OCHOA Fecha: AGOSTO 2014