

## Reporte de Auditoría No: QE - 46401 - 1/0 - X

Organización: **Universidad Autónoma de Yucatán**

Contacto: **Paulina Martinez**

Teléfono: **52 999 9231495**

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

Fechas de Auditoría: **09/04/2014 - 09/04/2014**

Duración de Auditoría: **1.0 día(s) auditor**

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

Número total de empleados verificados en sitio: **4\_\_**

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*

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

<b>Resultados de Auditoría:</b>					
No. Total de No conformidades	Cero	No. de NCs Mayores	-----	No. de NCs menores	-----

	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?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Si se recomienda el cambio, mencione la duración recomendada	N/A	
	<b>Fecha de inicio</b>	<b>Fecha de término</b>
<b>Fechas para la siguiente Auditoría</b>	<b>08/31/2015</b>	<b>09/04/2015</b>

<b>Acuse de recibo del reporte de Auditoría (únicamente para TS 16949)</b>	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"/>
<b>Acuse de recibo del Reporte Final de Auditoría</b>	<b>Firma Manuscrita</b>	
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 checked="" type="checkbox"/>	Incremento/decremento en el número de empleados
<input type="checkbox"/>	Cambio de nombre / propiedad	<input type="checkbox"/>	Otros:
<b>No es necesario contactar a la oficina en los siguientes casos:</b>			
<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"/>	
<p><b>Detalles del cambio:</b> En la Carta de Confirmación se indicaban dos personas dentro del alcance, en este momento participan cuatro.</p> <p>Esta Auditoría de expansión de alcance, es continuación de la de Renovación de este Proyecto. Y fue acordada para incluir la Facultad de Enfermería en el proceso de la Secretaría Académica – Coordinación de Programa Educativo. La Auditoría de Renovación corresponde al reporte 46401-1/36-R.</p>			

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"

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:** Como se menciona en la Sección de Cambios que afectan al SGC, Se realiza esta Auditoría como continuación de la de Renovación, para incluir la Facultad de Enfermería en el proceso de la Secretaría Académica – Coordinación de Programa Educativo. Corresponde al reporte de Auditoría 46401-1/36-R.

Varios procesos como: Revisión Directiva, Adquisiciones, Recursos Humanos, Mantenimiento a infraestructura, 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.

**Sitios Auditados:**

**Facultad de Enfermería (Sria Académica)**  
Calle 90 S/N entre 59x59 A espaldas del Hospital O'Horan  
Mérida-Yucatán-México

<b>Exclusiones (únicamente SGC)</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
¿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"/>
<b>Requerimiento Excluido</b>	<b>Justificación para la exclusión</b>		
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		
<b>Procesos Sub Contratados (únicamente SGC)</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
¿La Organización tiene procesos sub contratados? <b>En caso afirmativo, listar los procesos sub contratados:</b> 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	
<b>Interacción entre los procesos (Únicamente SGC)</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
¿La organización ha incluido en el manual una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión?		✓	<input type="checkbox"/>

<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio del turno</b>	<b>Hora de término de turno</b>	
Matutino / Vespertino	8:00	20:00	
<b>Auditoría a todos los turnos</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Todos los turnos fueron auditados?		✓	<input type="checkbox"/>
Si todos los turnos no fueron auditados, justificar la razón por la cual no fueron auditados todos: N/A			

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

<b>Mejora continua de la eficiencia energética (Únicamente ISO 50001)</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿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"/>

<b>Revisión por la Dirección:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿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 type="checkbox"/>
<b>Auditorías Internas</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Las Auditorías internas fueron implantadas efectivamente y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	✓	<input type="checkbox"/>
<b>Acción correctiva y preventiva</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Las acciones correctivas y preventivas fueron efectivamente implantadas y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	✓	<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:**

<p><b>Procesos (para SGC):</b> Administración del SGC, incluyendo Auditorías Internas, Acciones Correctivas y Preventivas, Control Documental y Revisión Gerencial (Facultad de Medicina).</p>
<p><b>Métricos de desempeño:</b> 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. El segundo de ellos es la implementación de 10 acciones preventivas, y a la fecha se llevan 7. 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. 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.</p>
<p><b>Entradas:</b> Planes y Programas</p>
<p><b>Salidas:</b> Actividades Documentadas, minutas y presentaciones</p>
<p><b>Documentos/Registros:</b> En detalle en reporte de Renovación de este proyecto.</p>
<p><b>Notas de Auditoría: Tomadas del Reporte de Auditoría R. Con mas detalles en dicho reporte.</b> Las últimas dos Revisiones Gerenciales de la Facultad de Medicina fueron realizadas el 11 de Diciembre de 2013 y 9 de Julio de 2014. 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. De cada reunión se conserva la minuta y la presentación utilizada para la reunión. Para los laboratorios dentro del alcance 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. 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. Laboratorios de dietología, del estado de nutrición, laboratorio de cirugía experimental y técnica quirúrgica.  Se muestrearon las siguientes acciones correctivas: AC-14-FENF-01 – proveniente de Auditoría interna – realizada del 24 al 27 de Junio AC-14-FENF-CE-01- proveniente de otras fuentes– iniciada 7 de Abril y concluida 20 de Junio Y otras, en todos los casos se describieron los problemas, se identificaron las causas probables y establecieron y realizaron las acciones para evitar recurrencia. Como ejemplo de Acciones Preventivas se auditaron varias, como la Acción AP14 FENF-SAC-02 ya cerrada. Se identificó la causa raíz potencial y el plan de acción es acorde. Se documenta en la red electrónica.  Para la Facultad de Enfermería se auditó el proceso de AI revisando las evidencias de la realizada durante Junio y Agosto. Con participación de auditores calificados, en este momento mas de 6, confirmando cumplimiento con Programa Anual, Plan (F CIPLADE CC 10). Especificos en Lista de Verificación de Auditores de tres áreas, como muestra, Dirección, Control Escolar y Servicios Financieros. Los formatos terminación 12 y 13. El reporte AI14 FENF 01 en cumplimiento.</p>

<p><b>Procesos (para SGC):</b> Revisión por la Dirección – Facultad de Enfermería (Tomado del Reporte 46403</p>
<p><b>Métricos de desempeño:</b> Indicadores de desempeño de procesos de provisión del servicio</p>
<p><b>Entradas:</b> Información relativas a satisfacción de los clientes, auditorias internas, acciones correctivas, preventivas y de mejora, desempeño de los procesos y conformidad de producto, aspectos de situaciones que afecten el sistema de gestión, seguimiento de acuerdos anteriores de las revisiones por la dirección previas y acciones de mejora.</p>
<p><b>Salidas:</b> Mejora de la eficacia del sistema y sus procesos, mejora del producto en relación a requisitos del cliente y necesidades de recursos.</p>
<p><b>Documentos/Registros:</b> P-CIPLADE-CC-07 Revisión por la dirección</p>

Minuta de acuerdos de la revisión por la dirección

**Notas de Auditoría:**

Se revisó el proceso de revisión por la Dirección para los siguientes alcances de los proyectos certificados:

Certificado 46415 Provisión de servicios de salud, provisión de servicios de laboratorio y de préstamo de instalaciones y equipo de laboratorio Auditor líder: Aimée Ávila.

Certificado 46401 Diseño y provisión de servicios de prácticas académicas y actividades de investigación Auditor líder: Gil Ochoa.

Certificado 46403 Provisión y gestión de servicios escolares y servicio social, selección de aspirantes, provisión de servicios financieros, materiales y humanos. Auditor líder: Abel Hernández.

Certificado 46404 Diseño y Provision de servicios de tecnologías de información y comunicaciones Auditor líder: Jorge Méndez.

La primera revisión por la dirección se realizó el 23 mayo y la segunda el 16 de agosto 2014, y la próxima revisión está programada para el próximo 7 de noviembre. Se encontró cumplimiento en los requerimientos de la norma ISO 9001:2008 respecto a la revisión por la dirección. Se verificó la evidencia de la revisión por la dirección que engloba la información y acuerdos de los diferentes alcances certificados ya mencionados.

**Resultados de auditorías:** Se verificó la planeación de auditorías externas de Mayo a Julio relativas a las actividades institucionales de COPAES para la Licenciatura en Trabajo Social y Licenciatura en enfermería, así como certificación docente ante Consejo docente ante Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería, A.C. Se maneja un programa anual detallado por área-proceso para definir los tiempos programados. Dentro de los resultados de la 1era auditoría interna del 11 al 18 de junio se encontraron 5 no conformidades y 32 oportunidades de mejora. En la segunda auditoría interna del 7 al 11 de agosto se detectan 7 no conformidades, 17 oportunidades de mejora y 4 fortalezas.

**Retroalimentación del cliente:** Se encontró evidencia de la evaluación de la satisfacción del cliente de los diferentes servicios de provisión del servicio que corresponden a los diferentes certificados a los que se integra la Facultad de Enfermería. Se cuenta con el objetivo de calidad de alcanzar y mantener al menos el 85% del índice de satisfacción anual de los usuarios que reciben los servicios de la facultad de enfermería. Se obtiene en el indicador de Gestión de

Campos Prácticos un 100% en los aspectos de oportunidad, actitud del servicio y apego a la normativa de la institución con 17 encuestas aplicadas en diferentes sitios donde se aporta este servicio. La satisfacción de los usuarios del laboratorio de habilidades marca un 98 % de satisfacción del usuario evaluándose tiempo de atención, disposición del personal, limpieza y orden en instalaciones, uso y funcionalidad del equipo y ambiente de trabajo. El índice de satisfacción del usuario de servicio social es de un 95% evaluándose la orientación proporcionada, supervisión, atención a incidencias y actitud del servicio. En los servicios de control escolar el índice de satisfacción del cliente es de un 88 % evaluándose actitud del personal, tiempo de entrega y eficiencia del servicio. Los resultados de la medición de la satisfacción del usuario a los servicios del Centro de Tecnología de Información muestran un 85% en la atención a usuarios y soporte de servicios, 80 % en servicios de cómputo en el CTI y 92% en préstamo de equipos (Global de un 86% en total de servicios de CTI). En el personal contratado se evalúa el tiempo para tender solicitud, actitud del personal, la limpieza y el orden con 5 felicitaciones, 0 quejas y 0 comentarios. En la primera auditoría interna se recibieron evidencias de quejas respecto al servicio de impresión del CTI y respecto a ruido en sala de espera donde se difundieron medidas de concientización con los estudiantes.

**Desempeño de los procesos y conformidad del producto.** Se revisó el avance los objetivos de calidad verificando su avance en su medición. Se obtiene un 94.5% de satisfacción en los servicios de la Facultad de enfermería siendo que la meta establecida es de un 85% en el índice de satisfacción anual. (15 de agosto 2014). El objetivo de calidad relativo a alcanzar y mantener una calificación promedio de al menos 85 puntos, de los estudiantes que concluyan campos prácticos, obteniéndose un 93.4 puntos. Así mismo se considera para el objetivo de calidad de participar anualmente con la comunidad en al menos 2 actividades de promoción y educación para salud, cumpliéndose hasta el momento: Campaña de vacunación en el mes de febrero, feria de la salud en marzo, intervención comunitaria para la erradicación de pediculosis en una población indígena vulnerable (San José Oriente) el 9 de julio participando profesores de ambas licenciaturas e investigadores. Se integran indicadores de número de estudiantes que aspiran a realizar el campo práctico, % de campos prácticos autorizados en licenciatura en enfermería, licenciatura en trabajo social y posgrado. Se incluyen indicadores de aprovechamiento del campo práctico en Licenciatura en Enfermería 93.62%, Licenciatura en Trabajo Social 94.72% y posgrado con 92%, siendo la meta de un 85 %. Así mismo se obtiene una eficiencia terminal del campo práctico de 100% para las dos licenciaturas y posgrado. En la aprobación de protocolos de investigación de nivel de licenciatura se revisó la integración del comité de ética y de investigación fusionados a partir del 6 de agosto del 2014, en todos los casos las 7 solicitudes de aprobación de temas, tanto en la licenciatura de enfermería como en trabajo social, en todos los casos han sido aprobados. En la provisión de servicios de laboratorio y préstamo de instalaciones y equipo de laboratorio se presentan indicadores para medir la frecuencia de los servicios ofrecidos y medición del nivel de utilización de las áreas de laboratorio de habilidades. En procesos de gestión de servicios escolares y servicio social se mide el nivel de demanda de estudiantes asignados a proyectos de servicio social agosto 2014 a julio 2015, así como el porcentaje de eficiencia terminal en la conclusión del servicio social generación febrero 2013 a enero 2014 con un 100% en licenciatura en trabajo social y 93.3 % en licenciatura en enfermería. En los procesos de inscripción y reinscripción se revisan los niveles de matrícula, así como el total de matrícula por niveles educativos. Se busca ampliar la matrícula en función de las nuevas instalaciones a un edificio de 15 aulas con presupuesto federal que ya ha sido gestionado. Se revisan el número de documentos emitidos por tipo de documento ( constancias y certificados). En diseño y provisión de servicios de tecnologías de información y comunicaciones se miden el % de solicitudes atendidas en 48 horas o menos incrementando el nivel de atención; Mayo 82.61%, Junio 92.65% y Julio 100%, así como la medición de % de solicitudes atendidas respecto al préstamo de equipo para el 100% de los casos en mayo, junio y julio. En servicios financieros, materiales y humanos se miden el número de personal académico contratado, niveles de gasto realizado en pruebas psicológicas, báscula INBODY, aguja needle easy y modelo anatómico neonatal, % de recurso ejercido en pago a proveedores y su medición de tiempos de pago.

**Estado de acciones correctivas y preventivas.** Se revisó un resumen ejecutivo del avance de las acciones a fin de verificar cuales llevan un status de abiertas y cerradas para el comité de calidad. Con un total de 15 acciones correctivas (6 abiertas y 9 cerradas), 8 acciones preventivas ( 5 abiertas y 3 cerradas), así como 6 acciones de mejora (6 abiertas). A continuación se listan las acciones por área-proceso:

Proceso	Área	Acciones correctivas	Acciones preventivas	Acciones de mejora
Comité de calidad	Comité de calidad	0	3	0
Diseño y provisión de servicios de prácticas académicas y actividades de investigación	Coordinación de Programas educativos	2	2	1
Provisión de servicios de laboratorios y préstamos de instalaciones y equipos de laboratorio	Laboratorio de habilidades	1	2	1
Provisión y gestión de servicios escolares y servicio social	Control escolar y servicio social	4	2	3
Diseño y provisión de servicios de tecnología de información y comunicaciones	Centro de tecnologías de la información	0	5	0
Provisión y servicios financieros, materiales y humanos	Administración de personal, contabilidad, coordinación de PE	1	1	1
		8	15	6

**Acciones de seguimiento de las revisiones por la Dirección previas.** Se revisa el status de las acciones anteriores a fin de verificar el avance de acuerdos de la 1era revisión por la dirección:

- Revisión de la política de gestión y actividades de difusión
- Mejoras en las gráficas de medición de satisfacción del cliente
- Identificación de acciones correctivas, preventivas y de mejora en base a análisis de datos
- Integración de información comparativa para determinar tendencias
- Difusión de la nueva Política de gestión
- Difusión del proyecto de ampliación y modernización de la facultad de enfermería
- Difusión del procedimiento para la aprobación del protocolo de investigación a Nivel Licenciatura
- Modificación del curso de inducción la difusión respecto al sistema de gestión

**Cambios que podrían afectar al sistema de gestión de calidad.** Se incluyen aspectos relativos a la preparación para la 1era etapa de la ampliación y modernización de la Facultad de Enfermería, así como el cambio de coordinador de servicio Social de la Licenciatura en Servicio Social.

**Recomendaciones para la mejora.**

- Reubicación de las áreas
- Difusión de los cambios a alumnos, personal administrativo y académico
- Redistribución de aulas para los estudiantes de los diferentes programas educativos
- Instalación de servicios de red en áreas de reubicación
- Reestructuración de funciones y áreas de limpieza del personal manual
- Entrega recepción por parte del Coordinador del servicio social de la LTS al personal que asumirá las funciones
- Asignación de un académico del área disciplinar al departamento de servicio social.

**Resultados de la revisión por la Dirección:** Diferentes mejoras en la eficacia del sistema de gestión de calidad y sus procesos y productos, así como de necesidades de recursos son emitidas en las minutas de reunión: a) Continuar las sesiones de trabajo con el equipo de calidad de la FEUADY en preparación a auditoria externa, b) Capacitación en las III Jornadas Internacionales para la Gestión de la Calidad educativa, c) Elaboración de un diagnóstico y seguimiento de la funcionalidad de los servicios de red en las áreas de reubicación debido al proyecto de ampliación y modernización de la FEUADY, d) así como la documentación de acciones preventivas respecto a las condiciones actuales de las áreas de reubicación debido al proyecto de ampliación y modernización de la FEUADY. Diferentes acciones se encuentran localizadas en las 48 minutas de seguimiento al desarrollo del sistema de gestión de calidad desde el 1ero de Marzo al 16 de agosto del 2014. Proceso de revisión por la dirección encontrado en cumplimiento.

<b>Procesos (para SGC):</b> Diseño de Practicas Académicas
<b>Métricos de desempeño:</b> Aceptación de Proyecto de los Alumnos.
<b>Entradas:</b> Propuesta por Alumnos
<b>Salidas:</b> Oficio de aceptación
<b>Documentos/Registros:</b> Por ejemplo Procedimientos P FENF SAC 01 al 03 y formatos como F FENF SAC 05. Lineamiento institucional F FENF SAC 12.
<b>Notas de Auditoría:</b> El diseño como tal y su evaluación es aplicado durante el proceso de Aprobación de Proyectos de titulación. Para los otros dos procesos de esta coordinación no aplica. Para este proceso se inicia con una solicitud F FENF SAC 10, de las cuales varios ejemplos fueron auditados. Ejemplos aplicables tanto a estudiantes de salud como de servicio social. El proceso de solicitud especifica el tema, los asesores con los que fuera acordado, etc. Si es necesario se realiza una iteración hasta lograr su aprobación. Ejemplos de oficios como: DIR/138/2014, correspondiente a un proyecto de comunidad, el de salud aprobado con oficio 118 y los # 256 y 122. En estos procesos de prácticas y proyectos de investigación los temas y actividades relacionados incluyen, además de instituciones de salud (Hospitales y Clínicas), instituciones de trabajo comunitario (Casa Hogar y de Tercera edad como ejemplo) instituciones de reincorporación social (Como CERESO).

<b>Procesos (para SGC):</b> Servicio de Practicas Académicas
<b>Métricos de desempeño:</b> Colocación de la totalidad de la población estudiantil.
<b>Entradas:</b> Información de estudiantes, instituciones disponibles, etc.
<b>Salidas:</b> Propuestas y comunicación de solicitudes aceptadas.
<b>Documentos/Registros:</b> Formatos de la serie F FENF SAC XX.
<b>Notas de Auditoría:</b> Se auditó documentalente con múltiples ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para el SSY (Seguro Social Yucateco) la solicitud # 245 contestada con oficio SSY/DPD/SIESC/1778/20124.</li> <li>- En área de cuidados intensivos para período de Marzo 30 a Junio 30 con aceptación de 10 alumnos.</li> <li>- En Enfermería Pediátrica para el mismo período 8 alumnos.</li> <li>- Emisión de la Notificación detallada de aceptación para Sexto Semestre en área de Adultos Mayores. Período de Enero a Julio.</li> <li>- Para Enfermería Fundamental de Agosto a Diciembre de 2014.</li> </ul> Evidencias del segundo procedimiento dentro del alcance se revisaron evaluaciones en Campo (Prácticas)

documentadas en F FENF SAC 09, ejemplos de Trabajo Social en campo de Adultos Mayores y de Enfermería Comunitaria área de Consulta Externa. También para especialidad de Cuidados Intensivos. Los registros evidenciaban retroalimentación y calificación de las percepciones de los alumnos. Como se menciona antes para el procedimiento de aprobación como muestra de Auditoría de revisaron solicitudes en formato F FENF SAC 10 como una de 20 de Agosto de este año. Y en F FENF SAC 12 y 13, las evidencias de sometimiento a protocolo. Finalmente otros ejemplos aprobados. Todos fueron encontrados en cumplimiento.

**Procesos (para SGC):** Capacitación

**Métricos de desempeño:** Evaluación periódica tipo 360, participación y logros alcanzando por ejemplo beneficios de PROMED.

**Entradas:** Información de evaluadores, información de eventos y capacitaciones disponibles.

**Salidas:** Aprobación y participación por personal tanto administrativo como docentes.

**Documentos/Registros:** Diplomas, Certificados, resultados de la evaluación

**Notas de Auditoría:** Se auditaron ejemplos de eventos y logros. Pro ejemplo, Curso de Evaluación Integral, Diseño de Encuestas, Eventos como Biencomer (Logrado en un ejemplo un primer lugar a nivel nacional. Este proceso realizándose en varios niveles dentro de la UADY.

**Procesos (para SGC):** Mantenimiento e Infraestructura

**Métricos de desempeño:** Realización de Mantenimientos

**Entradas:** Planes y solicitudes

**Salidas:** Equipos e instalaciones en funcionamiento

**Documentos/Registros:** Mayormente registros de uso de componentes y consumibles.

**Notas de Auditoría:** Como parte de otro proyecto se auditó lo relacionado con Informática. En la Facultad de Enfermería se auditó al responsable de instalaciones físicas. Encontrando áreas limpias y funcionales. Descripción del proceso de revisión rutinaria, solicitud de consumibles, control de almacén de herramientas y partes. Descripción de procesos realizados entre semestres.

**Procesos (para SGC):** Adquisiciones tomado del reporte de Renovación. Auditado en la Facultad de Medicina.

**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.

**Notas de Auditoría:**

Se auditó documentalmente con ejemplos de ambos laboratorios. Incluyendo documentos del área contable, 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.

**Avance hacia la mejora continua**

Reportados en Auditoría de Renovación.

**Oportunidades de mejora**

Reportados en Auditoría de Renovación.

## 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:** 09/04/2014      **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		✓



## Planeación de Auditoría y Matriz Histórica

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 II	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 Expansión de Alcance	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
<b>Total N/C por Cláusula</b>	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
<b>Rectoría – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo</b>		
<b>Día 1/9 Lunes</b>	8:00	Llegada
	8:30 – 9:30	Junta de Apertura
	9:30 – 10:00	Traslado a Facultad de Enfermería
	10:00 – 10:30	Revisión documental - <b>Facultad de Enfermería</b> – 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 - <b>Facultad de Medicina</b> – 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
<b>F. Medicina-Laboratorio de Evaluación del Estado de Nutrición</b>		
<b>Día 2/9 Martes</b>	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
<b>F. Medicina-Laboratorio de Dietología</b>	
<b>Día 3/9</b> <b>Miércoles</b>	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
<b>Facultad de Enfermería-Sria Académica Coord. de Programa Educativos Corresponde a la expansión de alcance –Auditoría X-</b>	
<b>Día 4/9</b> <b>Jueves</b>	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).

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

- [x] Reunión informativa introductoria y de emergencias
  - a. Procedimiento/proceso/política de evacuación de emergencia del Cliente
- [x] Explicar la Política de Confidencialidad de ABS QE
- [x] Revisar el Alcance de Auditoría:

# ABS Quality Evaluations

AN ABS GROUP COMPANY

[x] Norma / Especificación a ser utilizados.

[x] **Verificar/Reconfirmar productos/Servicios en el alcance a ser certificado**

[x] **Verificar Sitios y Actividades listados en el Certificado en el sitio Web de ABS QE ([www.ab-qe.com](http://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).*

[x] **Verificar la copia del certificado del cliente comparada con el Certificado listado en el sitio web de ABS QE.**

[x] **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**

[x] **Verificar la precisión del Código IAF/NACE de acuerdo a QE-OPS-887**

[x] **Reconfirmar la precisión de la Frase del Alcance**

[x] Definir el Objetivo de Auditoría

[x] La Política de ABS QE sobre la observación de violaciones regulatorias durante la Auditoría

[x] Explicar el conflicto de intereses entre auditar y consultar

[x] Explicar el rol de los consultores *(Para TS 16949–Los Consultores no son permitidos–Ver Reglas Sección 3.1.g)*

[x] Comentar las condiciones bajo las cuales la Auditoría pudiera terminar prematuramente

[x] Identificar los guías y definir las responsabilidades de éstos

[x] Explicar el criterio de clasificación para las no conformidades (NC's)

[x] Definir el criterio para la recomendación

[n/a] Juntas diarias de Recapitulación

[n/a] 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)*

[x] 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

[x] Reafirmar el criterio de clasificación para las no conformidades (NCs) – excepto para BSCI

[x] Revisar las Instrucciones de Respuesta de CARs como están definidas en el Reporte de Auditoría o por los Requerimientos Específicos del Programa:

[x] Definir el criterio para la recomendación

[x] Decir que las Decisiones Finales de Certificación son responsabilidad del Departamento de Certificación

[x] Explicar el proceso de Auditoría de Follow-up y porque es requerida (según sea apropiado, por ejemplo NCs mayores)

[x] Explicar el Proceso de Apelación y Quejas

[x] Concluir

α. Explicar el siguiente paso y el intervalo estimado de tiempo

β. Felicitar al cliente (como sea apropiado)

γ. Cerrar formalmente la junta

δ. Contestar preguntas

ε. 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 - 1/0 - X	RAC No.:
Cláusula No.	Mayor / Menor:
<b>DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA</b>	
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).**

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

<b>DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ</b>
<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>

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

<b>Para Auditorías TS 16949: VERIFICACIÓN DEL CLIENTE</b>		
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
<b>Facultad de Medicina (FMED)</b>			
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.
<b>Facultad de Enfermería (FENF)</b>			
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: <b>Número de estudiantes que aspiran a realizar campo práctico ago-dic 2014:</b> Lic. Enf 488;

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

<b>4. Número total de empleados (incluyendo tiempo completo / parcial / temporales / contratistas)</b>						
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 <a href="http://www.abs-qe.com">www.abs-qe.com</a> . 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			

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

<b>6. Cambios al alcance de certificación</b>			
<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"> <li>Realizar una reunión informativa con los miembros del Comité de Calidad acerca de los resultados de la Revisión de la Dirección.</li> <li>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.</li> </ul>
23 de mayo de 2014	<p>FENF</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Agregar en la agenda de la reunión la revisión de la política de gestión, así como la sección de conclusión y de acuerdos.</li> <li>Agregar en la presentación, el Programa Anual de Auditorías Internas 2014 y Plan de Auditoría Interna AI14-FENF-01</li> <li>Incluir en las graficas de satisfacción de usuarios las quejas y felicitaciones, el promedio general del área.</li> <li>A partir del análisis de datos identificar acciones correctivas, preventivas y de mejora.</li> <li>Agregar el folio de las acciones en las diapositivas en donde se haga mención.</li> <li>Integrar a la información presentada en las graficas un comparativo con periodos anteriores para determinar la tendencia.</li> <li>Incluir en el Próximo curso de inducción de estudiantes de nuevo ingreso la socialización del SGC.</li> <li>Incluir en el próximo curso de inducción de Servicio Social la socialización del procedimiento para la aprobación del protocolo de investigación de Nivel Licenciatura.</li> <li>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.</li> <li>Socializar la política del SGC a través de medios de comunicación.</li> </ul>
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

<b>8. Equipo de Protección Personal Requerido</b>	No aplica
---	-----------

9. Favor de listar los requerimientos legales y regulatorios relevantes dentro del alcance del sistema de gestión.
<p><b>FMED-LEEN:</b> Reglamento interno de LEEN.</p> <p><b>FMED-LFIS:</b> 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><b>FMED-LCETQ:</b> 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: SEPTIEMBRE 2014\_\_\_\_\_