

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

Organización: **Universidad Autónoma de Yucatán**

Contacto: **Paulina Martinez**

Teléfono: «52 999 9231495»

Fecha de Reporte: **2014-09-12**

Fechas de Auditoría: **2014-09-02 - 2014-09-02**

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

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

Número total de empleados verificados en sitio: **3**

Código(s) IAF/NACE: **38/85.2 38/85.1 39/92.5 32/71.3**

Miembro(s) del Equipo Auditor **Aimée Avila Delgado - Auditor Líder**

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

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

Recomendación (es) del Equipo Auditor:			
Fase II/ Extensión de Alcance / Transferencia:		<input type="checkbox"/> Aprobado	<input checked="" type="checkbox"/> Abierto
Vigilancias:		<input type="checkbox"/> Continúa	<input type="checkbox"/> Continúa sujeto a acciones correctivas
Auditoría de Renovación:		<input type="checkbox"/> Re-Aprobado	<input type="checkbox"/> Re-aprobado sujeto a acciones correctivas
¿Se requiere visita de seguimiento?		Fechas Tentativas:	
<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	-	
Resultados de Auditoría:			
No. Total de No conformidades	1	No. de NCs Mayores	0
No. de NCs menores	1		
Únicamente para auditorías de vigilancia y re-certificación			
¿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? (Requerido para el programa de certificación ISO/TS 16949)			
<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
Si se recomienda el cambio, mencione la duración recomendada			-
		Fecha de inicio	Fecha de término
Fechas para la siguiente auditoría		31/Ago/2015	4/Sept/2015

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

Cambios que afectan el alcance de Certificación			
Instrucciones:			
1. Contactar a la oficina de ABS para aprobación antes de iniciar cambios.			
2. Referirse al procedimiento QE-OPS-305 para Extensiones de Alcance.			
3. Marcar la casilla de "Si" en la tabla de la página 1 de este reporte para indicar cambios identificados.			
<input type="checkbox"/>	Cambio significativo en la frase del alcance	<input type="checkbox"/>	Cambios en las líneas de productos
<input type="checkbox"/>	Cambio / adición / eliminación de sitio(s)	<input checked="" 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 <i>Si la modificación de actividades afecta a otros certificados, hay que listar todos los certificados afectados en la sección de Detalles de Cambio por Número de Certificado.</i>
<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 <i>(TS 16949 only)</i>
<input type="checkbox"/>	Modificación / Adición de código NACE	<input type="checkbox"/>	
Detalles del cambio:			
El número de empleados subió de 1 a 3.			

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

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 la 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 la 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 la sección de "Comentarios generales".)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Comentarios Generales:

Esta auditoría de extensión de alcance se realizó en conjunto con la auditoría de Re-certificación. El sitio que se está incluyendo dentro del sistema es el Laboratorio de Habilidades de la Facultad de Enfermería, cuyo servicios a certificar son el Préstamo de Equipos y Préstamos de Instalaciones para la prácticas de los estudiantes.

También de la facultad de Enfermería se certificaron procesos que están incluidos en los siguientes proyectos:

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 Provisión de servicios de tecnologías de información y comunicaciones Auditor líder: Jorge Méndez.

Notas fueron compartidas por los auditores para los proyectos a fin de tratar de evitar en la medida de lo posible el empalme de actividades.

Sitios Auditados:

Fac. Enfermería - Lab. de Habilidades-

Calle 90 S/N entre 59x59 A espaldas del Hospital O'Horan--Mérida-Yucatán-México--1-1-Facilities loan and equipment of laboratory

Exclusiones (únicamente SGC)		Si	No
¿La organización ha excluido algún requerimiento normativo de su sistema de gestión? (verificar que las exclusiones y justificaciones estén descritas en el Manual de Políticas)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Requerimiento Excluido	Justificación para la exclusión		
7.3 Diseño	Los servicios incluidos en el alcance tienen que ver con servicios médicos, análisis de laboratorio (humana y animal), préstamo de equipo e instalaciones, así como consulta de colecciones, por lo que no requieren de un diseño propiamente dicho; más bien es el cumplimiento de normativas, leyes y reglamentos.		
7.5.2	Los servicios pueden ser verificados por inspecciones, revisiones y/o pruebas.		
Procesos Sub Contratados (únicamente SGC)		Si	No
¿La Organización tiene procesos sub contratados? En caso afirmativo, listar los procesos sub contratados: 1. 2.		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿la organización tiene implantados controles adecuados sobre los procesos sub contratados?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> No Auditado	
Interacción entre los procesos (Únicamente SGC)		Si	No
¿La organización ha incluido en el manual una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turno	Hora de inicio del turno	Hora de término de turno	
1	8:00	20:00	
Auditoría a todos los turnos (Requerido para todos los estándares)		Si	No
¿Todos los turnos fueron auditados?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si todos los turnos no fueron auditados, justificar la razón por la cual no fueron auditados todos:

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

Revisión por la Dirección:	Si	No
¿Las revisiones por la dirección cumplen todos los requerimientos de la Norma y el proceso de revisión por la dirección está efectivamente implantado y mantenido?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auditorías Internas	Si	No
¿Las auditorías internas fueron implantadas efectivamente y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acción correctiva y preventiva	Si	No
¿Las acciones correctivas y preventivas fueron efectivamente implantadas y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

Procesos / Funciones Auditados:

Procesos (para SGC): Provisión del servicio – Préstamo de Equipos y Préstamo de Instalaciones

Métricos de desempeño: No definidos

Entradas: Solicitudes de préstamo y programación del docente

Salidas: Equipo, materiales e instalaciones

Documentos/Registros:

Procedimiento para el préstamo de material y equipo P-FENF-LH-01
Reglamento Interno del Laboratorio de Habilidades – L-FENF-LH-01
Procedimiento para el préstamo de las áreas físicas del laboratorio P-FENF-LH-02

Notas de Auditoría:

Los dos procesos de provisión de servicio son el préstamo de equipos y de las instalaciones para el laboratorio con el propósito de:

- a) Práctica de alumnos
- b) Evaluación del procedimiento a los alumnos
- c) Demostración del procedimiento por el Docente.

El préstamo de equipo y provisión de materiales para las prácticas se realiza previa solicitud por parte de los alumnos, ya sea por necesidad propia, o por requerimiento de la asignatura que están cursando.

Se tomó una muestra de los siguientes prestamos:

Asignatura	Técnica	Fecha	Alumno(s)	Registros
Fundamental II	Sonda Nasogástrica	2-Sep-2014	Silvia Pérez	En cumplimiento
Fundamental II	Sonda Nasogástrica	2-Sep-2014	Roberto Dzul	En cumplimiento
Cuidado del niño	Venoclisis	2-Sep-2014	Leslie D. Osorno	En cumplimiento
Crítico	Curación C.V.C.	2-Sep-2014	Lucero Cocom	En cumplimiento

La muestra tomada para revisar el proceso de préstamo de instalaciones fue:

Asignatura	Espacio a utilizar	Fecha	Horario	Solicitado vía
Modelo de Embarazo II	Cama 1	19 Agosto-2014	9:00-10:30	Programación docente
Cuidado Materno	Control Prenatal	25 Agosto-2014	17:00-17:45	Solicitud de Alumnos Gaby y Pablo
Cuidado Adulto Hospitalaria	Quirófano	22 Agosto-2014	18:00- 19:00	Solicitud de Alumnos Erika y Diana

La programación de las prácticas se realiza al inicio del semestre por los docentes. Se tomó una muestra de las siguientes asignaturas y en los 3 casos se encontraron los programas y las prácticas definidas.

- a) Cuidado a la persona en Estado Crítico – 7° Semestre – MCE. Elosía Puch Ku
- b) Cuidado materno del Recién Nacido – 4° Semestre – LE Rebeca Sosa Cárdenas
- c) Enfermería Fundamental II – 2° Semestre – MCE Janet Carolina Negrón

Tanto para el préstamo de equipo, como para el préstamo de instalaciones, los procesos y los registros se encontraron en cumplimiento de acuerdo a los requerimientos establecidos en los procedimientos definidos para la ejecución de estos procesos.

Se revisaron las condiciones de mantenimiento de los siguientes equipos:

Equipo	Marca	No. Identificación	Registro de Mtto.	Ubicación física
Báscula médica electrónica	Tanita	009	ok	Ok
Electrocardiógrafo	Kenz	129211	ok	Ok
Bomba de infusión	Braum	70944	ok	Ok
Equipo Accutrend GCT	Roche	051	ok	Ok
Equipos de diagnóstico	Riester	77277	ok	ok
Esfignomanómetro para adulto	Lumed	071	ok	Ok
Glucómetro Accuckeck active	Roche	019	ok	Ok
Microscopio	Southern	70974	ok	Ok
Monitor de presión arterial automático	Omrom	002	ok	Ok
Termómetro para el oído	Beurer	052	ok	ok

En todos los casos se encontraron los equipos en condiciones de uso, en el lugar definido de uso y/o almacenamiento, y sus registros de mantenimiento conservados.

El mantenimiento de algunos equipos fue realizado por proveedores externos. No se tienen definidos los criterios para la selección y evaluación de los proveedores de servicios de mantenimiento, razón por la cual se generó una no conformidad.

Cuando un equipo sufre algún daño, éste es reportado a través del reporte de incidente F-FENF-LH-06. A la fecha, desde la implementación del sistema de gestión de calidad no se han presentado equipos dañados.

Se revisaron los expedientes del personal que labora en el laboratorio y se encontraron las evidencias de educación, conocimientos, experiencia y habilidades.

Los expedientes revisados fueron de:

- a) Edit Fany Norma Interian Cocon
- b) Pilar Esther Reinoso Santiago
- c) Joel Alberto Núñez Marrufo

Estos procesos se encontraron en cumplimiento, salvo por la no conformidad relacionada a los criterios de selección y evaluación de proveedores de servicios de mantenimiento.

Procesos (para SGC): Evaluación de la Satisfacción del cliente / Objetivos

Métricos de desempeño: Ver notas

Entradas: Información de los usuarios

Salidas: Reportes e informes

Documentos/Registros: Formatos para la medición de la Satisfacción del cliente.

Notas de Auditoría:

Se tienen definidos 4 objetivos de Calidad

1. Obtener la certificación ISO 9001: 2008
2. Alcanzar y mantener al menos el 85% el índice de satisfacción anual de los usuarios
3. Alcanzar y mantener una calificación promedio de al menos 85 puntos de los estudiantes que concluyen los campos prácticos
4. Participar anualmente con la comunidad en el menos 2 actividades de promoción y educación para la salud.

Estos cuatro objetivos son a nivel facultad, y no necesariamente están directamente relacionados con los procesos que se están certificando.

El objetivo no.1, más que un fin es un medio.
Del objetivo no. 2 se ha obtenido un resultado del 94.5%
Los objetivos no. 3 y no.4 no tienen relación con los procesos préstamo de equipo e instalaciones.

Se detecta un área de oportunidad en cuanto a la definición de los objetivos de calidad

La satisfacción del cliente es medida a través de encuestas a los usuarios.
Sin embargo cabe destacar, que desde la implementación del SGC en este 2014 se han recibido 32 felicitaciones, 3 comentarios y 0 quejas.

Los resultados de la última evaluación de la satisfacción del cliente con fecha de corte al 20 de marzo 2014 fueron.

	Excelente	Bueno
Tiempo de respuesta en atención solicitada	82%	18%
Disposición del personal que le atendió	88%	12%
Limpieza y orden en las instalaciones	74%	24%
Equipo y material proporcionado	68%	26%
Orientación proporcionada por el personal	87%	13%

La escala va de excelente, bueno, regular, mala y pésima. Todos los resultados han estado entre excelente y bueno, y un porcentaje muy bajo en regular.
Aunque los resultados fueron muy buenos, como quiera se realizaron planes de mejora para los diferentes rubros evaluados.

Procesos (para SGC): Revisión por la Dirección / Auditorías Internas / Acciones Correctivas y Preventivas

Métricos de desempeño: Indicadores de desempeño de procesos de provisión del servicio

Entradas: Información relativas a satisfacción de los clientes, auditorías 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.

Salidas: Mejora de la eficacia del sistema y sus procesos, mejora del producto en relación a requisitos del cliente y necesidades de recursos.

Documentos/Registros: P-CIPLADE-CC-07 Revisión por la dirección

Minuta de acuerdos de la revisión por la dirección

P-CIPLADE-CC-03 Procedimiento de auditorías internas

Procedimiento para llevar a cabo acciones correctivas y acciones preventivas P-CIPLADE-CC-04

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 Provisión 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 auditoria interna del 11 al 18 de junio se encontraron 5 no conformidades y 32 oportunidades de mejora. En la segunda auditoria 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 auditoria 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 cuáles 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 auditoría 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

Avance hacia la mejora continua

Ninguno que reportar

Oportunidades de mejora

La definición de los objetivos puede ser mejorada.

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

Revisión del desempeño histórico de auditoría:

Evaluar la conformidad continua de la organización utilizando:

- resultados de auditorías previas y comentarios reportados
- historia del cumplimiento y control de la no conformidad de la organización

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

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

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

Efectividad del sistema de gestión durante los últimos 3 años: Registrar los resultados de la revisión aquí.

(Comentarios detallados son requeridos para auditorías de Re-certificación; y para TODAS las auditorías de vigilancia realizadas durante el 2013 y 2014)

N/A

Registro de Asistencia

Reunión de apertura: Fecha: 09/01/2014 **Hora:** 8:30
(Compartida con proyectos 40836, 46401, 46403, 46404, 46415)

Reunión de cierre: Fecha: 09/05/2014 **Hora:** 4:30
(Compartida con proyecto 46403)

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

Lic. Cecilia Cárdenas	CIPLADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lic. Patricia Escoffié	CIPLADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Andrea Márquez	CIPLADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Planeación de Auditoría y Matriz Histórica

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

SGC/TS Cláusulas	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	
Extensión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	1-I	0	0	0	0	0	0	0	0
S6																								
S12																								
S18																								
S24																								
S30																								
Renovación																								
Total N/C por Cláusula	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Plan de Auditoría No: QE - 46415 - 1/36 – R&X

Organización: **Universidad Autónoma de Yucatán**

Fecha de envío del plan de auditoría al cliente:

Agosto 8, 2014

Equipo Auditor:

Aimée Avila Delgado - Auditor Líder
Gil Ochoa - Auditor
Jorge de La Rosa Tapia - Auditor
Maria de Lourdes Ceron -Auditor
Verónica Estrada – Exp Técnico

Contacto: **Paulina Martinez**

Tel: 52 999 9231495

**Audit Dates: 09/01/2014 - 09/05/2014 (R)
09/02/2014 - 09/02/2014 (X)**

**Duración de auditoría: 10.5 día(s) auditoría (R)
1 día(s) auditoría (X)**

Norma(s) a auditar: ISO 9001:2008

Número total de empleados: 151 para todos los sitios

Código(s) IAF/NACE: 38/85.2 38/85.1 39/92.5 32/71.3

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

Objetivos de auditoría:

- Verificar el cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008 y el sistema de gestión documentado de la organización;
- Verificar que el sistema de gestión de Universidad Autónoma de Yucatán cumple con los requerimientos contractuales, legales y regulatorios aplicables;
- Evaluar la efectividad del sistema de gestión para cumplir continuamente los objetivos especificados; e
- Identificar áreas de mejoras potenciales.
- **Revisar el Desempeño del Sistema durante los pasados 3 años** (Auditoría de Recertificación)
- Verificar la Implementación del SGC en los nuevos sitios a ser incluidos(Auditoría de Extensión de Alcance)

Día/Hora	Procesos para la auditoría Actividades/Funciones/Áreas
Lunes 1	Aimée Avila/ Lourdes Cerón/ Jorge de la Rosa/ Gil Ochoa/Verónica Estrada
8:30-9:00	Junta Apertura Verificación de procesos y de todos los lugares donde éstos ocurren (QMS)
9:00 – 10:00	Uso de las marcas de certificación Revisión documental Cambios a la organización Objetivos/Metas/Mejora Continua
Auditoría R	Aimée Avila – Facultad de Medicina (Rectoría)
10:00-12:30	Auditorías Internas Acciones Correctivas/Preventivas Verificación de acciones correctivas de la auditoría previa de ABS [5.1e) y 7.6]
12:30-1:30	Revisión por la Direccion Satisfacción del Cliente Objetivos de Calidad (últimos 3 años)
1:30-2:00	Comida

2:00 – 2:30	Traslado a Coordinación General de Salud
Auditoría R	Aimée Avila – Coordinación General de Salud (Rectoría)
2:30 – 5:00	Auditorías Internas Acciones Correctivas/Preventivas Quejas (17)
5:00-6:00	Revisión por la Dirección Satisfacción del Cliente Objetivos de Calidad (últimos 3 años)
Auditoría R	Lourdes Cerón / Verónica Estrada – CCBA Laboratorio de Análisis Clínicos
10:30 – 1:00	Provisión de servicios de Laboratorio - Calibración de equipos - Control de producto no conforme
1:00-2:00	Satisfacción del cliente Objetivos de Calidad
2:00-3:00	Acciones Correctivas y Preventivas
Martes 2	
Auditoría R	Jorge de la Rosa / Verónica Estrada – CCBA Laboratorio de Reproducción Animal
7:30-1:00	Provisión del Servicio - Servicios de Laboratorio - Calibración de equipos - Control de producto no conforme
1:00 – 2:00	Satisfacción del cliente Objetivos de Calidad
2:00 – 3:00	Acciones Correctivas y Preventivas
Auditoría R	Lourdes Cerón – Facultad de Medicina Laboratorio de Análisis Clínicos
7:30-1:00	Provisión del Servicio- servicios de Laboratorio - Calibración de equipos - Control de producto no conforme
1:00 – 2:00	Satisfacción del cliente Objetivos de Calidad
2:00 – 3:00	Acciones Correctivas y Preventivas
Auditoría X	Aimée Avila – Facultad de Enfermería Laboratorio de Habilidades
8:00 – 12:30	Provisión del Servicio – Préstamo de Equipo - Mantenimiento del equipo - Producto No conforme
12:30-1:30	Satisfacción del cliente Objetivos de Calidad
1:30-2:30	Comida
2:30-3:30	Acciones correctivas y Preventivas Quejas (2)
3:30- 4:30	Interacción con el proceso de Revisión por la Dirección
Miércoles 3	
Auditoría R	Lourdes Cerón – Facultad de Medicina Unidad de Rehabilitación
7:30-1:00	Provisión del Servicio – Servicios de salud - Mantenimiento/ Calibración del equipo - Producto No conforme

1:00 – 2:00	Satisfacción del cliente Objetivos de Calidad
2:00 – 3:00	Acciones correctivas y Preventivas
Auditoría R	Aimée Avila / Verónica Estrada – CCBA Laboratorio de Inmunología
7:30-1:00	Provisión del Servicio- servicios de Laboratorio - Calibración de equipos - Control de producto no conforme
1:00 – 2:00	Satisfacción del cliente Objetivos de Calidad
2:00 – 3:00	Acciones Correctivas y Preventivas
Jueves 4	
Auditoría R	Aimée Avila – CIR (Rectoría)
7:30-8:30	Auditorías Internas Acciones Correctivas/Preventivas Quejas (1)
8:30-9:30	Revisión por la Direccion Satisfacción del Cliente Objetivos de Calidad (últimos 3 años)
9:30-10:00	Traslado a Facultad de Química
Auditoría R	Aimée Avila – Facultad de Química (Rectoría)
10:00-11:00	Auditorías Internas Acciones Correctivas/Preventivas Quejas (1)
11:00-12:00	Revisión por la Direccion Satisfacción del Cliente Objetivos de Calidad (últimos 3 años)
Auditoría R	Lourdes Cerón / Verónica Estrada – CCBA Laboratorio de Parasitología
7:30-1:00	Provisión del Servicio- servicios de Laboratorio - Calibración de equipos - Control de producto no conforme
1:00 – 2:00	Satisfacción del cliente Objetivos de Calidad
2:00 – 3:00	Acciones Correctivas y Preventivas
Viernes 5	
	Lourdes Cerón / Facultad de Química Laboratorio de Análisis Clínicos
7:30-12:00	Provisión de servicios de Laboratorio - Calibración de equipos - Control de producto no conforme
12:00 – 1:00	Satisfacción del cliente Objetivos de Calidad
1:00 – 2:00	Acciones Correctivas y Preventivas
Auditoría R	Gil Ochoa / Verónica Estrada – CCBA Laboratorio de Patología
7:30-12:00	Provisión del Servicio- servicios de Laboratorio - Calibración de equipos - Control de producto no conforme
12:00 – 1:00	Satisfacción del cliente

	Objetivos de Calidad
1:00 – 2:00	Acciones Correctivas y Preventivas
Auditoría R	Aimée Avila – CCBA (Rectoría)
7:30-12:00	Auditorías Internas Acciones Correctivas/Preventivas Quejas (18) Verificación de acciones correctivas de la auditoría previa de ABS [7.5.1 y 7.6]
12:00-1:00	Revisión por la Dirección
1:00-2:00	Satisfacción del Cliente Objetivos de Calidad (últimos 3 años)
2:00-2:30	Traslado a Rectoría
2:30-3:30	Reunión de auditores – Rectoría
3:30-4:30	Elaboración del reporte
4:30-5:00	Reunión de cierre - Rectoría

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).

Instrucciones para el auditor: Favor de tomar en cuenta que las justificaciones para cambios al plan de auditoría deben ser proporcionados y que las horas de la junta de apertura y cierre deben ser consistentes con las horas del registro de asistencia de la junta de apertura/cierre.

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 [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:
 - [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-ge.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
- [X] Juntas diarias de Recapitulación

- [X] 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 acertada)
 - 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
 - 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

Dejar copias del reporte de auditoría, NC's, Oportunidades de Mejora

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Certificado No. 46415

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
Coordinación General de Salud			
Lograr anualmente el 85 % del índice de satisfacción entre bueno y excelente en los derechohabientes que hacen uso de los servicios de la Coordinación General de Salud.	85%	89.4%	
Incrementar en un 10% el número de usuarios registrados en el sistema de solicitud de citas médicas vía web durante el 2014.	10%	13.44 %	
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 Química (FQUI)			
No exceder anualmente del 0.36% los servicios no conformes en el total de estudios de laboratorio.	0.36%	0.25%	El valor pretendido es anual.
Mantener anualmente el nivel de excelencia de acuerdo a los criterios establecidos por el Programa de Evaluación Externo de Aseguramiento de la Calidad (PACAL), en todas las áreas de laboratorio de análisis clínicos.	Nivel de excelencia	Nivel de excelencia de Enero a Junio de 2014 en las áreas de Química Clínica, Inmunología, Parasitología, Bacteriología, Citometría Hemática y Coagulación. En el caso de Uro análisis en los meses de enero a abril fue nivel de excelencia y nivel de Muy Bueno durante el mes de Junio de 2014.	De acuerdo a los criterios establecidos por el PACAL.
Mantener anualmente el índice de satisfacción del usuario, en	Índice de satisfacción	97 % Pacientes.	En el caso de los médicos no se habían aplicado encuestas de

pacientes al 95% y en médicos al 80%.	del 95% en pacientes y en médicos al 80%		Satisfacción debido a que la misma se encontraba en revisión.
Operar anualmente con un 90% de satisfacción del usuario médico, al menos uno de los estudios de laboratorio que son subrogados.	90% de satisfacción	No se ha implementado el estudio subrogado	Ya se solicitó el reactivo para la implementación de la prueba CA 15-3 y a la fecha se encuentra en proceso de entrega por parte del proveedor.
Difundir ante la sociedad los servicios que ofrece el laboratorio, mediante la realización anual, de al menos tres actividades de promoción.	Difusión de los servicios	Se ha realizado una actividad de difusión "Feria de la Salud" en la Parroquia de San Francisco de Asís en la que asistieron 100 personas.	En el mes de Octubre se participará en la segunda actividad de difusión.
Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias (CCBA)			
Alcanzar anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso del servicio de préstamo de instalación y/o equipo de Laboratorio de Zoología.	90	96	
Alcanzar anualmente el del índice de satisfacción de los usuarios del Laboratorio de Zoología.	92	100	
Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios de los servicios del área de Colecciones Zoológicas	95	99	
Mantener anualmente el 95 % de satisfacción de los usuarios de los servicios del área de Colecciones Zoológicas.	95	100	
incrementar anualmente el número de servicios prestados en el Herbario	10	100	Se incrementó el número de servicios en 12.5% (350 servicios atendidos en 2012, contra 394 atendidos en 2013)
Mantener anualmente al menos un 95% el índice de satisfacción de los usuarios de los servicios del Herbario	95	98.8	
Mantener anualmente al menos un 95% el índice de satisfacción de los usuarios de los servicios del Herbario	95	97	
Mantener en el año de 2013, que al menos el 92% de los resultados de los análisis de las muestras estén disponibles para el usuario en el área de recepción para su entrega en el tiempo comprometido. Laboratorio de Análisis clínicos	92	99.3	Se superó la meta propuesta en un 7.33%

Mantener durante el año de 2013, en al menos un 95 % el índice de satisfacción de los usuarios de los servicios del laboratorio de Análisis Clínicos .	95	99.3	Se superó la meta en un 4,33%
Incrementar en 2014 un 2% el promedio de 130 casos procesados anualmente en los servicios que ofrece el laboratorio de Análisis Clínicos .	2(133 casos)	63 (84 de 133 casos)	La meta es anual por lo que cada cuatrimestre es de 46 casos o sea el 34% por cuatrimestre. En total se captaron 84 casos en el primer cuatrimestre del 2014, por lo que la meta se superó en un 148%.
Alcanzar y mantener anualmente al menos un 96% el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso de los servicios del laboratorio de Bacteriología .	96	100	
Mantener el 90% de los resultados de los análisis de las muestras estén disponibles para el usuario en el área de recepción para su entrega en el tiempo comprometido. Laboratorio de Bacteriología	90	100	
Actualizar anualmente en un 5% los servicios de diagnóstico que ofrece el laboratorio de Bacteriología para satisfacer las necesidades de los usuarios	5	100	
Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios de los servicios del laboratorio de Docencia	95	94	
Mantener anualmente el 95 % el índice de satisfacción de los usuarios de los servicios del laboratorio de Docencia .	95	80	
Incrementar anualmente la oferta de servicios, que ofrece el laboratorio de Inmunología .	1	100	
Que del total de clientes encuestados anualmente, califique nuestro servicio como excelente. Laboratorio de Inmunología	50	100	
Actualizar anualmente en un 10% los servicios de diagnóstico que ofrece el laboratorio de inmunología para satisfacer las necesidades de los usuarios.	10	50	
Mantener anualmente, en un 98% el índice de satisfacción de los usuarios, que hacen uso de los servicios de laboratorio de Nutrición Animal	98	100	
Mantener anualmente, en un 98% el índice de satisfacción de los usuarios, que hacen uso de los	98	100	

servicios de laboratorio de Nutrición Animal			
Mantener anualmente el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso de los servicios del laboratorio de Parasitología.	95	100	
Actualizar anualmente en un 2% los servicios de diagnóstico que ofrece el laboratorio de Parasitología para satisfacer las necesidades de los usuarios	2	100	
Alcanzar anualmente 95 % del índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso de los servicios del laboratorio de Reproducción Animal.	95	98.3	
Alcanzar anualmente 95 % del índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso de los servicios del laboratorio de Reproducción Animal.	95	98.3	
Mantener anualmente el 95% el índice de satisfacción de los usuarios que hacen uso de los servicios del laboratorio de Reproducción Animal	95	99	
Mantener anualmente un 95% el índice de satisfacción de los usuarios, que hacen uso de los servicios del laboratorio de patología del CCBA-UADY.	95	97.9	Se superó la meta en un 2.9% anual
Aumentar anualmente un 2% el Número de casos que se reciben en el laboratorio de patología con respecto al año 2012.	2	100	Se superó la meta en un 73%
Mantener anualmente, en un 95% el cumplimiento de la fecha de entrega de los resultados de análisis del laboratorio de patología a la recepción.	95	100	Se superó la meta en un 5%.
Que del total de clientes encuestados anualmente, al menos el 80% califique nuestro servicio como excelente (UDD)	80	83.4	Se alcanzó el objetivo (por 3.4% de mas)
El total de los servicios ofrecidos en la UDD durante el presente año al menos el 83% sea calificado como excelente.	83	96	El objetivo se alcanzó en 13% de mas
Alcanzar y mantener anualmente en un 90% el índice de satisfacción de los usuarios que reciben el servicio del departamento de compras.	90	95	
Alcanzar semestralmente un 85% el índice de satisfacción de los usuarios que reciben el servicio del departamento de compras.	85	91	

Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi, Unidad Biomédicas (CIRB)			
Mantener anualmente un índice promedio de satisfacción de los usuarios al menos del 90%, en el nivel de excelente	90 %	91 %	Se mantiene el mismo % promedio en el nivel de excelencia del año 2013.
Mantener anualmente el nivel de satisfacción en el desempeño analítico del programa de evaluación externa de la calidad en un 80%	80 %	81.4 %	El Programa de evaluación externa de calidad es del CoNaQuic
Facultad de Enfermería			
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:	CGS:17 FMED:0 FQUI: 1 CCBA:18 CIRB: 1 FENF: 2
3-2 Situaciones significativas con clientes /quejas,	CGS: La atención en ventanilla requiere mejorar el trato a los derechohabientes y disminuir los tiempos de espera todo esto debido a la misma demanda del servicio sobre todo en trámites, igualmente mejorar la atención y el trato en el área de enfermería; quejas hacia el proveedor de medicamentos ya que varias recetas no las surte completas en el momento que el paciente acude por sus medicamentos. FQUI: Atraso en la atención del área de recepción. CCBA: Las quejas son relacionadas pidiendo más aires acondicionados y se solucionó llevando una acción correctiva al solicitar la verificación de los aires y que como resultado se realizó la instalación de uno más con mayor BTUS; en otras quejas se solicitaron la ampliación de los laboratorios, que se realizó a finales del año pasado. En cuanto a los equipos

	<p>se ha solicitado la compra de más multiparámetro y que hasta el día de hoy aún está en proceso por lo costoso que se cotizan.</p> <p>Otras quejas relacionadas con la limpieza de LD, se ha solicitado a la alta dirección de contar con una persona fija para los laboratorios que se dedique a procurar la limpieza, pero aún no se tiene una respuesta definitiva. Otras competencias al personal del laboratorio se realizó una reunión con todo el personal que labora ahí, para notificar dichas quejas con señalamiento directo para procurar las modificaciones pertinentes (Actitud y Disposición) dando seguimiento de ello.</p> <p>CIRB: El usuario manifestó inconformidad con el desempeño del personal secretarial y de limpieza.</p>
<p>3-3 Situaciones internas de desempeño</p>	<p>CGS: Para mejorar el trato del personal a nuestros derechohabientes se programaran de manera permanente cursos y talleres para nuestro personal enfocados al cambio de actitud y trato a nuestros usuarios (derechohabientes); como ya está incluido en el alcance de la CGS el Servicio Odontológico de primer contacto se realizarán reuniones con el personal odontológico para implementar acciones de mejora.</p> <p>FQUI: Cambio de Instalaciones del Laboratorio al nuevo edificio.</p> <p>FMED: Satisfacción del usuario.</p> <p>CCBA: La certificación de los laboratorios del CCBA ha sido un elemento importante en la acreditación y re acreditaciones de los programas de licenciaturas (MVZ, Biología y Biología Marina) asimismo, para el reconocimiento internacional de la Asociación Universitaria Iberoamericana de Postgrado (Premio AUIP) de la maestría y el doctorado en ciencias biológicas y agropecuarias</p> <p>CIRB: Número de usuarios satisfechos con el servicio/ Número total de usuarios que recibieron el servicio x 100 (500/501x100 = 99.8%) <Esto de acuerdo al indicador del objetivo 1 que es la percepción de los usuarios></p> <p>FENF: Número de solicitudes atendidas en el Laboratorio de habilidades: 2687 (enero-marzo 2014); porcentaje de ocupación de las áreas del Laboratorio de habilidades: 100%</p>
<p>3-4 Situaciones de aspectos ambientales o situaciones de peligros OHSAS</p>	<p>Manejo de RPBI</p>

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 :	CCBA - Laboratorio de	# of	2	Sitio 2 Dirección :	CCBA - Herbario	# of	2
---------------------	-----------------------	------	---	---------------------	-----------------	------	---

	Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	Emp.			Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	Emp.	
Sitio 3 Dirección :	CCBA- Laboratorio de Patología Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	# of Emp.	2	Sitio 4 Dirección :	CCBA - Laboratorio de Zoología Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	# of Emp.	2
Sitio 5 Dirección :	CCBA- Laboratorio de Bacteriología Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	# of Emp.	1	Sitio 6 Dirección :	CCBA- Colecciones Zoológicas Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	# of Emp.	2
Sitio 7 Dirección :	CCBA- Laboratorio de Parasitología Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	# of Emp.	2	Sitio 8 Dirección :	CCBA- Laboratorio de Reproducción Animal Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	# of Emp.	2
Sitio 9 Dirección :	CCBA- Laboratorio de Inmunología Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	# of Emp.	2	Sitio 10 Dirección :	CCBA- Laboratorios de Docencia (3) Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	# of Emp.	4
Sitio 11 Dirección :	CCBA- Laboratorio de Nutrición Animal Análisis Clínicos Carretera Xmatkuil km 15.5	# of Emp.	4	Sitio 12 Dirección :	Coordinación General de Salud Calle 43 x 76 y 78 s7n col centro	# of Emp.	60
Sitio 13 Dirección :	FQUI- laboratorio de Análisis Clínicos Calle 43 núm. 613 entre 90 Col. Inalámbrica.	# of Emp.	15	Sitio 14 Dirección :	CIRB - Área de apoyo al diagnóstico clínico. Calle 96 S/N x Ave. Jacinto Canek y calle 47 Paseo de las Fuentes	# of Emp.	11
Sitio 15 Dirección :	FENF- Laboratorio de Habilidades Calle 90 s/n entre 59 y 59 A espaldas del Hospital O'Horan	# of Emp.	1 tiempo completo, 1 tiempo parcial y 3 becarios	Sitio 16 Dirección :	FMED-Unidad Cardiometabólica Av. Itzáes No. 486 x 59-A y 86	# of Emp.	6
Sitio 17 Dirección :	FMED-Laboratorio de Análisis Clínicos Calle 84-A x 59 No. 498 Col. Centro	# of Emp.	5	Sitio 18 Dirección :	FMED-Unidad de rehabilitación Calle 100 x 43 No. 613 Col. Inalámbrica	# of Emp.	3
Sitio 19 Dirección :	FMED-Laboratorio de Imagenología Calle 84-A x 59 No. 498 Col. Centro	# of Emp.	3	Sitio 20 Dirección :	FMED-Laboratorio de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias Calle 84-A x 59 No. 498 Col. Centro	# of Emp.	8
Sitio 21 Dirección :	FMED-Laboratorio de Medicina del Deporte y Rehabilitación Calle 84-A x 59 No. 498 Col. Centro	# of Emp.	12				

5. Información de turnos

Nombre del sitio	FQUI- laboratorio de Análisis Clínicos		Nombre del sitio	Coordinación General de Salud	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	7:00	15:00	Matutino vespertino	7:30 14:00	15:30 20:00
Nombre del sitio	CCBA - Laboratorio de Análisis Clínicos		Nombre del sitio	CCBA - Herbario	
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	CCBA- Laboratorio de Patología		Nombre del sitio	CCBA - Laboratorio de Zoología	
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	CCBA- Laboratorio de Bacteriología		Nombre del sitio	CCBA- Colecciones Zoológicas	
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	CCBA- Laboratorio de Parasitología		Nombre del sitio	CCBA- Laboratorio de Reproducción Animal	
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	CCBA- Laboratorio de Inmunología		Nombre del sitio	CCBA- Laboratorios de Docencia (3)	
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	CCBA- Laboratorio de Nutrición Animal		Nombre del sitio	CIRB - Área de apoyo al diagnóstico clínico.	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	7:00	15:00	Matutino	7:00	16:00
Nombre del sitio	FMED-Unidad Cardiometabólica		Nombre del sitio	FMED-Laboratorio de Análisis Clínicos	
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 Imagenología		Nombre del sitio	FMED-Laboratorio de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	
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-Unidad de rehabilitación		Nombre del sitio	FMED-Laboratorio de Medicina del Deporte y Rehabilitación	
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 - Laboratorio de Habilidades				
Turno	Hora de inicio	Hora de término			
Matutino	8:00	20:00			

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
26 de septiembre de 2013	<p>CIRB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difundir ante la comunidad universitaria profesionales de la Química y sociedad en general, la certificación ISO-9001:2008 del Laboratorio de Hematología del CIR-UADY • Establecer un diagnóstico y costo de la renovación del equipo para Química Clínica
29 octubre 2013	<p>FMED, FQUI, CIRB, CCBA, CGS: Realizar un levantamiento de los equipos de seguimiento y medición para identificar los requerimientos de calibración y/o mantenimiento de cada uno.</p>
29 noviembre 2013	<p>CCBA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir el sitio adecuado para establecer un buzón de quejas, sugerencias, felicitaciones. • Analizar la posibilidad de proveer a LD de internet en el turno vespertino • Realizar la medición de los objetivos establecidos en el curso/taller realizado en el mes de noviembre del 2013 • Realizar un diagnóstico de las oportunidades de mejora que se presentan en el SGC y establecer las estrategias para su atención.
13 de diciembre de 2013	<p>CIRB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer el calendario de revisiones de la dirección para 2014 • Establecer el calendario de auditorías internas y externas 2014 • Adquisición del equipo para Química Clínica • Definir el sistema de control de Calidad Externo • Nombrar al Responsable del proceso SGC-CIR • Nombrar al Responsable de la Coordinación de Auditorías Internas SGC-CIR
30 enero 2014	<p>FMED, FQUI, CIRB, CCBA, CGS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar la propuesta de la Política de Gestión y en su caso enviar a CIPLADE comentarios y/o observaciones. • Llenar la información requerida del formato del levantamiento de los equipos de seguimiento y medición y enviar a CIPLADE.
23 de mayo de 2014	<p>CIRB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer un portafolio de los servicios que se prestan en el AADC, incluyendo la detección de Influenza, Papilomavirus, Enfermedad de Chagas, etc., para utilizarlo en la promoción y difusión de los servicios. • Incrementar las actividades de difusión del AADC (congresos, web master, redes sociales, etc.) como un proveedor de servicios de laboratorio de calidad certificada.
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,

	<p>el promedio general del área.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
07 octubre 2013 Folio A113-CCBA-03	AC13-CCBA-CC-06, AC13-CCBA-CC-04, AC13-CCBA-CC-05, AC13-CCBA-LEB-04, AC13-CCBA-LEB-05, AC13-CCBA-HER-02
26 mayo 2014 Folio A114-CCBA-01	AC14-CCBA-CC-01, AC14-CCBA-CC-02, AC14-CCBA-LRA-01, AC14-CCBA-LRA-02, AC14-CCBA-LD-02, AC14-CCBA-LB-01.
19-26 de noviembre 2013 Folio AC13-FQUI-01	AC13-FQUI-03, AC13-FQUI-04, AC13-FQUI-05, AC13-FQUI-06, AC13-FQUI-07, AC13-FQUI-08
17 al 26 de febrero 2014 Folio A114-ADMC-01	CGS: AC14-05
11 al 23 de junio 2014 Folio A114-FMED-01	AC14-FMED-LCETQ-01, AC14-FMED-AAL-01 y AC14-FMED-LEIP-01
Junio 2014 Folio A114-FENF-01	AC14-FENF-CC-01, AC-14-FENF-CC-02, AC-14-FENF-CC-03
30 junio al 04 de julio Folio A114-CIRB-AADC-01	AC14-CIRB-AADC-01, AC14-CIRB-AADC-02, AC14-CIRB-AADC-03, una acción está en proceso de documentación por lo que no cuenta todavía con el folio

8. Equipo de Protección Personal Requerido	<p>FQUI: Bata de laboratorio, lentes de seguridad, zapatos cerrados, cabello recogido.</p> <p>CCBA: Bata larga para laboratorio, pantalón largo, calcetines y zapatos cerrados.</p> <p>CIRB: Uso de bata de laboratorio y se recomienda el uso de zapatos cerrados.</p>
---	---

9. Favor de listar los requerimientos legales y regulatorios relevantes dentro del alcance del sistema de gestión.
<p>FQUI: NOM-087-ECOL-SSA1-2002 y NOM-007-SSA3-2011</p> <p>CGS: NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.</p> <p>CIRB: Ley Federal de Protección de datos personales en posesión de los particulares; COFEPRIS Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Responsabilidad Sanitaria; NOM-010-SSA2-2010 Norma Oficial Mexicana para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana; Manual de consejería en VIH/Sida e ITS; PRODEMEFA Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia. Requisitos para adopción.</p> <p>FENF-LH: NOM-087-ECOL-SSA1-2002 sobre el Manejo de RPBI</p> <p>Para todos los laboratorios de CCBA: M-CCBA-CC-01 Manual para el manejo de Residuos Peligrosos (RP) del Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias (CCBA) que refieren las NOM-087-ECOL-SSA1-2008, NOM-052-SEMARNAT-2005 y NOM-054-SEMARNAT-1993</p>

CCBA - CZOO: Ley General de Vida Silvestre, Artículo 78; Reglamento de la Ley General de Vida Silvestre, Artículos, 123 y 131; Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente Artículos 87, Párrafo Quinto y 97; Artículo 123, Reglamento de la Ley General de Vida Silvestre; NOM-126-SEMARNAT-2000, Capitulo 5. Especificaciones, por la que se establecen las especificaciones para la realización de actividades de colecta científica de material biológico de especies de flora y fauna silvestres y otros recursos biológicos en el territorio nacional. (publicado) en el Diario Oficial de la Federación el 20/03/2001); NOM-059-SEMARNAT-2010-PROFEPA.

CCBA - PAT: NOM-033-ZOO-1995 Sacrificio humanitario de los animales domésticos y silvestres

FMED - LMP: NOM-04-SSA3-2012 Del expediente clínico, Norma Técnica 313. Para la presentación de proyectos de investigación e informes técnicos de investigación en las instituciones de salud.

FMED -LEIP: 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.

FMED -LAC: 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 - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

FMED -LIMAG: NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-208-SSA1-2002, REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. PARA LA PRÁCTICA DE LA ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA

FMED - Unidad de Rehabilitación: Reglamento General de la Unidad Universitaria de Rehabilitación (UUR)

FMED - UC: NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias; NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-043-SSA2-2005, SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD. PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN MATERIA ALIMENTARIA. CRITERIOS PARA BRINDAR ORIENTACIÓN; MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes; NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial; 11-28-94 NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio; NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. NORMA Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad, NORMA Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

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 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: Aimée Avila

Fecha: 8 de Agosto de 2014

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 de 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

46415 - 1/0 - X	RAC No.: 1
Cláusula No. 7.4.	Menor
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	
Requerimiento: La Organización debe evaluar y seleccionar a los proveedores basado en su habilidad para proveer un producto (servicio) de acuerdo con los requerimientos de las Organización. Los criterios para la selección, evaluación y re-evaluación deben ser establecidos.	
No conformidad: No se tienen establecidos los criterios para la selección, evaluación y re-evaluación de los proveedores de servicios de mantenimiento de equipos para el Laboratorio de Habilidades en la Facultad de Enfermería	
Evidencia: Procedimiento para las compras directas de material y equipo de laboratorio – P-FENF-SAD-02. Nota: Considerada menor ya que para el resto de los proveedores si se tienen establecidos los criterios.	

(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:		