



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN
CON SENTIDO

Fecha (s) de auditoría 19-23 Octubre de 2015

Expediente: CA-3012811 N° Informe: 07
 CA-3012911
 CA-3013311
 CA-3013411
 CA-3013511
 CA-3013611
 CA-3014512
 CA-3018314
 CA-3018414
 CA-3018514
 CA-3018614
 CA-3018714
 CA-3018814

Organización	Dirección	Persona de Contacto
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA	Blvd. Miguel Tamayo Espinoza de los Monteros S/N, Desarrollo Urbano Tres Ríos, Campus Rafael Buelna Tenorio, C.P. 80050, Culiacán de Rosales, Sinaloa	Mtro. Omar Armando Beltrán Zazueta

Datos de la Auditoría			Otros datos de la Organización	
Tipo de Auditoría	Norma de referencia		Teléfono:*	01667-759-3879
Certificación	<input type="checkbox"/>	ISO 9001:2008 (NMX-CC-9001-IMNC-2008)	<input checked="" type="checkbox"/>	Fax:*
Seguimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	ISO 14001:2004 (NMX-SAA-14001-IMNC-2004)	<input type="checkbox"/>	E-Mail:*
Re-certificación	<input checked="" type="checkbox"/>	OHSAS 18001:2007 (NMX-SAST-001-IMNC-2008)	<input type="checkbox"/>	obeltranz@uas.edu.mx
Otra (Indique):				

Criterios de Auditoría

Norma ISO 9001:2008, Sistema de Gestión de la organización y marco legal y reglamentario aplicable a los procesos

Multi-sitio SI NO

Nombre	Función	Programa	Área técnica / Actividad Económica / Categoría
1.- Mtro. Ricardo Livas (RL)	AL	9001:2008	35/37 82.1/85.6
2.- Ing. Víctor Monsiváis (VM)	A		35 / 70.1
3.- Ing. J. Antonio Hernández (JAH)	A		35 / 70.1
4.- Mtro. Luis Mauricio Cárdenas flores (LMCF)	A		35 / 70.22
5.- Mtra. Lourdes Rodríguez (LR)	A		38 / 86.1
6.- Mtra. Fabiola Terrazas /(FT)	E		39 / 91.01

Actividades administrativas y auxiliares de oficina/Actividades de bibliotecas, archivos, museos y otras actividades culturales/Actividades auxiliares a la educación/Actividades administrativas de oficina y otras actividades auxiliares a las empresas

Informe de Auditoría de Etapa 2

FAU-SI-01-09 Rev. 7 Mayo 2015

Página 1 de 21

				museos y otras actividades culturales
--	--	--	--	---------------------------------------

AL= Auditor Líder, A= Auditor, E= Experto Técnico, AE= Auditor en Entrenamiento y O= Observador.

Sitio	Alcance de auditoría
Ver notificación correspondiente	Ver notificación correspondiente

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

1. Confirmación del Plan de Auditoría

¿El Plan de Auditoría se ha cumplido según lo estipulado? SI NO

En caso de respuesta negativa explicar las razones y los cambios en el plan:

2. Confirmación del cumplimiento de los objetivos de la Auditoría

¿Se ha alcanzado el objetivo de verificar la conformidad de la gestión de la Organización con los requisitos de la norma de referencia? SI NO

En caso de respuesta negativa explicar las razones:

3. Estado del SGC

El SGC de la organización se encuentra sólido, bien implementado y con un adecuado sistema de auditorías internas para su evaluación con un esquema de proyectos de mejora lo cuál favorece la mejora continua.

4. Recomendaciones del equipo auditor

A la vista del resultado de la auditoría, el equipo auditor considera que ACCM debería:	Certificar el Sistema	<input type="checkbox"/>	Solo llenar una de estas casillas
	Mantener el certificado	<input type="checkbox"/>	
	Re-certificación	<input type="checkbox"/>	
	Certificar el Sistema tras la presentación y evaluación positiva de un plan de Acciones Correctivas	<input type="checkbox"/>	
	Mantener el Sistema tras la presentación y evaluación positiva de un plan de Acciones Correctivas	<input type="checkbox"/>	
	Re-certificar el Sistema tras la presentación y evaluación positiva de un plan de Acciones Correctivas	<input type="checkbox"/>	
	Realizar una re-auditoría	<input checked="" type="checkbox"/>	
A la vista del resultado de la auditoría, el equipo auditor también considera	Mantener el alcance solicitado por el Cliente	<input checked="" type="checkbox"/>	Solo llenar una de estas casillas
	Cambiar y/o Ampliar el alcance solicitado	<input type="checkbox"/>	
	Indique y		

que ACCM debería:	justifique:		
	Reducir el alcance solicitado		<input type="checkbox"/>
	Indique y justifique:		

Solo aplica en Re auditoría

A la vista del resultado de la re auditoría, el equipo auditor también considera que ACCM debería:	Certificar el alcance solicitado por el Cliente		<input type="checkbox"/>	Solo llenar una de estas casillas
	Mantener el alcance certificado		<input type="checkbox"/>	
	Cambiar y/o Ampliar el alcance solicitado		<input type="checkbox"/>	
	Indique y justifique:			
	Reducir el alcance solicitado		<input type="checkbox"/>	
	Indique y justifique:			

DATOS A TENER EN CUENTA POR LA ORGANIZACIÓN

Carácter Muestral

La auditoría realizada se ha llevado a cabo mediante muestreo, por lo tanto es posible que determinados aspectos que concurren, incluidas no conformidades, no hayan sido observadas por el equipo auditor y si lo sean en posteriores auditorías.

Confidencialidad

Los datos contenidos en el presente informe son propiedad de la organización auditada, ACCM se compromete a que todos estos datos y cualquier otra información derivada de la presente auditoría y de otras actividades relacionadas con la certificación son tratados con absoluta confidencialidad salvo autorización escrita expresa por la organización auditada.

Independencia e imparcialidad

La organización auditada conoce la identidad del equipo auditor y sabe que puede, en cualquier momento, recusar a cualquiera de los miembros de este si tiene la mínima sospecha de la existencia de cualquier conflicto de intereses.

5. SEGUIMIENTO A HALLAZGOS DE LA ETAPA 1 (aplica para certificación / re-certificación)

Requisito	Descripción	¿Atendido satisfactoriamente? Justifique la respuesta ¹
	N/A	

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

¹ En caso de respuesta negativa la justificación se detalla en la No Conformidad Correspondiente.

6. ASPECTOS DESTACABLES:

1. Se ha podido constatar un avanzado porcentaje de implementación en miras de ampliación del alcance de certificación de 4 nuevos procesos institucionales.
2. Se encuentra en desarrollo un Manual de Organización para la DGSGC.
3. En cumplimiento con el Plan de Desarrollo Institucional vigente, se tiene en vías de desarrollo la reglamentación de algunas de las actividades sustantivas de la DGSGC.
4. La Dirección de Auditoría Interna ha realizado una puntual planeación del área alineando sus objetivos al PDI y estableciendo planes de mejora en mira de una transición a la versión 2015 de la norma ISO 9001 más eficiente.
5. La Dirección de Control de Bienes e Inventarios ha mejorado su aplicación electrónica considerando incluso una aplicación móvil como extensión a su sistema para la entrega en almacén.
6. Durante esta evaluación se corroboró el compromiso de la responsable del proceso de Servicio de Laboratorio de Prácticas Experimentales observando también que el tema referente a planificación y solicitud de recursos se ha mejorado considerablemente.
7. Durante la evaluación al sistema Bibliotecario se observó el compromiso y dominio de los responsables de proceso con el desarrollo, implementación y mantenimiento del SGC.
8. Los documentos bibliográficos estarán concursando con una colección de documentos históricos, para incluirlos dentro del proyecto de Memoria del mundo y Memoria de México.
9. Durante la evaluación al responsable de la Coordinación de Bibliotecas Unidad Regional Norte se observó un excelente dominio de los procesos a su cargo.
10. En el transcurso de la auditoría en la Biblioteca de la Preparatoria Juan José Ríos se observó un excelente control del proceso de Servicios al Público, mostrando consistencia entre las actividades descritas en el proceso y cumpliendo con cada uno de los puntos de verificación y registros.
11. Se observa compromiso y disposición por parte de la Dirección de Servicios Escolares en particular por el Dr. Fidencio López Beltrán y el Mtro. Rodelo.
12. La matrícula de inscripción a programas de primer ingreso en los niveles de bachillerato y licenciatura se ha incrementado al menos en un 14% comparada con el ciclo anterior.
13. Con el fin de satisfacer la demanda social, la comisión institucional de admisión coadyuvó a que se diera oportunidad de ingreso a más de seis mil aspirantes adicionales a los que se consideraron inicialmente.
14. Se observa muy buen control de los documentos y formatos del proceso de admisión que maneja y resguarda la encargada de la Facultad de Psicología en Culiacán.
15. El conocimiento y disposición de algunas de las encargadas de servicios escolares es relevante por ejemplo escuela preparatoria Salvador Allende, Facultad de Odontología.
16. El personal que lleva a cabo el proceso de elaboración de estadística básica demuestra disposición conocimiento y experiencia.
17. Se revisa el proceso de Estadística Básica fechado el 21 de septiembre notificado el 3 de octubre del cual se solicita una prórroga al 31 de este último mes para el nivel de bachillerato.
18. Hasta el día de hoy se observa un avance suficiente y adecuado en el proceso de Estadística Básica.
19. Para el caso de la Estadística Básica para nivel licenciatura la fecha de entrega del proceso de la estadística básica será hasta el 6 de noviembre del 2015. En esta semana se está llevando a cabo la capacitación del personal en este nivel.
20. Se evidenció una adecuada vinculación entre el proceso de certificación de personal con el cumplimiento de los diferentes requisitos legales y reglamentarios que aplican tales como el estatuto general y la ley orgánica.
21. Durante la evaluación del proceso de asignación seguimiento y liberación del servicio social y en la Facultad de Trabajo social (Mazatlán) se identificó este proceso se presentó con un cumplimiento al 100% pues cuenta con un planeación, desarrollo y seguimiento puntual calendarizado con supervisores mostrando evidencia de cumplimiento total en cada etapa.

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

7. EVIDENCIAS DE MEJORA²

1. En apego a la premisa de Mejora Continua, se ha formalizado la revisión trimestral de los avances de los planes de mejora propuestos por cada proceso.
2. Se ha podido validar la implementación de una plataforma electrónica para el control de la documentación del Sistema de Gestión y su difusión así como la habilitación parcial de algunos módulos a los procesos de soporte en vías de automatizar su totalidad.
3. Aunado al compromiso ambiental con la certificación de algunos procesos en la norma ISO 14001 se han implementado programas para el ahorro de energía.
4. Como parte de la madurez del sistema y mejora continua en el Laboratorio de Prácticas Experimentales, se observó que el proceso se ha re estructurado identificándose más claramente el producto, su seguimiento y medición.
5. Durante la evaluación se observó que en la Biblioteca central se concluyeron los proyectos de mejora en la infraestructura planteados en el ejercicio anterior.
6. Como parte de la evidencia de mejora se constata que de acuerdo a la información presentada en el reporte general de aspirantes inscritos en tiempo, todos los sitios incluidos en el sistema se observan en cumplimiento.
7. El proyecto de mejora que se estableció permite que el usuario tenga acceso a una mesa de ayuda en donde puede visualizar la disponibilidad de las fichas que se liberan en el proceso de admisión.
8. Se constata la mejora del proceso en el reporte mensual de certificados de estudios emitidos con el código del documento FODGSEECE02 Vers05

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

8. NOTAS DE MEJORA

ES DE VITAL IMPORTANCIA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA ASEGURARSE DE QUE SU PERSONAL ES CONSCIENTE DE LA PERTINENCIA E IMPORTANCIA DE SUS ACTIVIDADES Y DE CÓMO CONTRIBUYEN AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE LA CALIDAD, Y DE FORMA PARTICULAR A LOS ESPECÍFICOS DE SUS PROCESOS.

1. Sería conveniente formalizar y concluir a la brevedad el proyecto para la reingeniería de las actividades relativas a la obtención de la información de la satisfacción de los clientes de cada uno de los procesos.
2. Sería conveniente formalizar el registro de las habilidades derivado de la inducción en el proceso de Elaboración de la Nómina Universitaria.
3. Sería conveniente que como parte de los Planes de Mejora presentados por cada proceso no solamente se incluyeran los riesgos asociados, si no también planes de contingencia para su solución en caso de presentarse.
4. Durante el proceso de adquisiciones, algunas veces se realiza una requisición en un formato controlado y algunas otras una requisición por medio de oficio (compra de bibliografía), sería importante definir en que casos aplica cada una u homologar el proceder.
5. Sería conveniente analizar y actualizar los perfiles de puesto actuales en relación a la información provista por la Comisión de Capacitación en su Catálogo de Puestos vigente.
Sería conveniente definir cómo serán soportadas las herramientas estadísticas que deben acompañar a los reportes de acción correctiva.
7. Durante la auditoría en el Laboratorio de Prácticas Experimentales, se observó que podría mejorar la forma de reflejar el seguimiento al programa semestral, desde que se reprograma una práctica hasta el número de grupo aplicable.
8. Durante el transcurso de la auditoría se observó que podría mejorar la ubicación de los aires acondicionados de las diferentes bibliotecas, esto con el fin de mejorar la preservación del acervo bibliotecario.

² Este aspecto se tendrá especialmente en cuenta en auditorías de seguimiento y renovaciones.

9. Sería conveniente se analizará el beneficio que podría generar el que los responsables de proceso bibliotecario tengan acceso a la información de los procesos con los cuales tienen interrelación, por ejemplo servicios al público con desarrollo de colecciones.
10. Sería importante se analizara la posibilidad de homologar los contenidos básicos de la visita guiada en las bibliotecas, ya que varía la información y el tiempo en el que se otorgan.
11. Durante la auditoría se observó que podría mejorar la identificación que guarda el acervo bibliográfico cuando se realiza el descarte y este se deriva de las donaciones realizadas a la Universidad.
12. Sería conveniente se reflejara de manera más precisa en los documentos del Sistema de Gestión de Calidad las diferentes etapas del proceso de Desarrollo de Colecciones, esto con la intención de robustecer y clarificar el mismo.
13. Sería conveniente se estableciera claramente en el procedimiento de Servicios al Público el vínculo entre las actividades realizadas y el registro a complementar.
14. Sería importante que se documentara claramente la forma en que se proporciona el mantenimiento a la infraestructura de las bibliotecas departamentales.
15. Se observó que podría mejorar en algunos casos el manejo de la documentación y registros del Sistema de Gestión de Calidad por parte de los bibliotecarios.
16. Como parte de la madurez del Sistema de Gestión se podría considerar el replantear los indicadores de desempeño en función del Plan de Desarrollo Institucional.
17. Con el objetivo de evitar futuras pérdidas y confusiones en el control de registros del Banco de Sangre, sería conveniente que se definiera un orden y lugar específico para el control y almacenamiento de los registros derivados de sus operaciones técnicas, incluyendo los registros electrónicos.
18. Es conveniente que se considere en el Laboratorio Clínico la inclusión dentro de los documentos externos de aquellas normas mencionadas en la norma obligatoria NOM-007-SSA3-2011 y que son de aplicación a los laboratorios clínicos ejemplo: NOM-008-SCFI-2011 y NOM-010-SSA2-2010. Así como verificar la nomenclatura que referencian de la norma : NOM-001-ECOL-1996.
19. Será conveniente que en el Laboratorio Clínico se analicen los criterios de evaluación para los proveedores de calibración con el fin de hacerlos más objetivos, especialmente aquellos relacionados con la trazabilidad de los equipos.
20. Es conveniente que se evalúen las indicaciones que actualmente se tienen para el control de registros establecida en el formato FO-SG-CRE-01 ya que el registro FO-CIDOCs-SRERE-47 actualmente no se resguardan cronológicamente en el Laboratorio Clínico.
21. Es conveniente que el Laboratorio Clínico efectúe una evaluación a su proveedor de servicio de mantenimiento del congelador; ya que si bien hay entrega de un informe de dicho mantenimiento, este no cuenta con la fecha en que el servicio es efectuado.
22. Es conveniente que se revisen los registros del Laboratorio Clínico donde se emite la justificación de los estudios que no se han realizado, ya que actualmente la causa descrita no corresponde al proceso que se efectuó.
23. Sería recomendable que el laboratorio clínico realice el registro que efectúa sobre el análisis y aplicación de causas que realizan sobre las sugerencias de sus pacientes.
24. Será conveniente que se cuente con un tutorial, manual o herramienta que facilite que los usuarios de SACE, ya sea en el caso de tener alguna duda o tratar de familiarizarse con el sistema lo puedan hacer de una forma simple.
25. Será importante que en el momento en el que se seleccionen los módulos de las carreras en el SACE el sistema guarde el cambio ya que se salvan con diferente nombre por ejemplo en el caso de la licenciatura de enfermería debería quedar como: "módulo ciencias de la salud" y queda como: "ciencias naturales y exactas".
26. La única área de control escolar que demostró un documento formal en que la comisión institucional de admisión le instruya para la inscripción de determinados estudiantes fue la Facultad de Odontología de Culiacán será importante que todas estas áreas conserven dichos oficios.
27. La buena práctica de manejar un comunicado formal a la Comisión Institucional de Admisión para hacer de

- su conocimiento el número de fichas y la infraestructura física con la que cuenta cada Unidad Académica será importante que se siga manteniendo por los diferentes responsables de control escolar.
28. Será conveniente que se revise el reglamento escolar y el reglamento especial de admisión para garantizar que no exista controversia entre ellos así como para que se refuercen las facultades de la Comisión Institucional de Admisión y en su caso se deroguen artículos que no se están aplicando como la aplicación de multas por inscripciones extemporáneas.
 29. Será importante que se revise la plataforma del sistema de gestión de calidad para que se encuentren todos los documentos relacionados con las funciones del proceso de admisión tales como el perfil de puestos del auxiliar de control escolar.
 30. El análisis de datos debería permitir de manera sencilla comparar las tendencias de acuerdo a la frecuencia que se establece de medición. Ya que hasta el momento lo anterior no sucede.
 31. Será importante que se pudieran tener un concentrado con los comparativos que demuestren las diferentes metas e indicadores del SGC de acuerdo con las frecuencias establecidas.
 32. Se observó que se recaba información valiosa como parte de las encuestas de satisfacción sin embargo no se segmenta en el caso de que se traten quejas, sugerencias e incluso felicitaciones.
 33. En el caso del certificado de Roberto López León se observó que se emitió su documento sin embargo en el sistema electrónico no se verificaron todos los pasos que en teoría debió de haber cubierto anteriormente.
 34. Es importante que como parte del proceso de emisión de certificados se aclare que en caso de que la documentación del solicitante no se encuentre digitalizada se procederá a realizar dicha actividad y esta formará parte de las actividades que forman parte del procedimiento correspondiente.
 35. Será importante que el personal operativo de servicios escolares que tiene contacto directo con los usuarios, tenga una mayor actitud de servicio.
 36. En la mayoría de los casos las personas auditadas en el proceso de emisión de certificados de estudios no pudieron demostrar un buen conocimiento para manejar el sistema de gestión de la calidad.
 37. Sería importante para los procesos identificar y establecer el perfil más idóneo para los diferentes puestos administrativos relacionados con unidades académicas que requieren un apoyo más eficaz.
 38. Sería conveniente evaluar el impacto que genera el brigadista de servicio social que no concluya su proyecto en objetivo o meta de la eficiencia terminal por carrera.
 39. Sería conveniente dentro del proceso de servicio social identificar la forma de evaluar la eficacia de las acciones de las conciliaciones donde intervienen las relaciones interpersonales con daños y agravantes.
 40. La documentación es parte importante de la operación del sistema de gestión y los procesos, por lo que es conveniente por el grado de madurez evaluar la correlación entre el desarrollo del procedimiento y el diagrama de flujo del documento.
 41. La documentación externa de referencia para el sistema y los procesos es importante, por lo que es relevante identificarla y referenciarla tanto en el desarrollo como en el diagrama de flujo de documento

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

9. CONFIANZA QUE SE PUEDE OTORGAR A LAS AUDITORÍAS INTERNAS

Las auditorías internas se consideran confiables, se ha profesionalizado paulatinamente la competencia de los auditores internos y se tiene en entrenamiento a más de 30 futuros auditores. Se ha considerado la diversificación en la programación de las mismas en función del desempeño de los procesos procurando poder tener ciclos completos con acciones correctivas cerradas antes de la auditoría externa.

10. USO DE LA MARCA Y DEL LOGOTIPO DE ACCM

Únicamente se detectó el uso de marca en una aplicación de difusión interna del área de Auditoría Interna

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

11. NO CONFORMIDADES Y OBSERVACIONES

Se detallan en el Anexo del presente Informe de Auditoría

12. CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

- Número de observaciones apreciadas en la Auditoría	10
- Número de no conformidades apreciadas en la Auditoría.	01

LA ORGANIZACIÓN DISPONE DE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS NATURALES PARA EL CIERRE DE ACCIONES MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN E INCLUYENDO LA EVIDENCIA RESPECTIVA DEL ADECUADO TRATAMIENTO DE LAS NO CONFORMIDADES Y OBSERVACIONES DETECTADAS.

13. ACTUALIZACIONES AL PROGRAMA DE AUDITORÍA TRIANUAL *(Comente y justifique)*

No se realizaron cambios al programa trianual atendándose en forma puntual el Plan de Auditoría 2015

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

14. INCONFORMIDADES DEL CLIENTE

SI NO

En caso afirmativo, indique:

15. ACTIVIDADES SIGUIENTES DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN *(Informativo)*

- Si se presentaron No conformidades u Observaciones, realizar el análisis de la(s) causa(s) raíz que originó el incumplimiento así como el desarrollo e implementación de la(s) acción(es) correctiva(s) que lo solventen.
- Revisión y aprobación, por el Auditor Líder, de las acciones correctivas implementadas.
- Adopción de la decisión de la certificación / Revisión de las inconformidades presentadas por la organización auditada.
- Emisión del Certificado o Carta de Mantenimiento derivado de la decisión del Certificador.

Enterado como representante de la empresa

23/10/11

Fecha y Firma

Por ACCM América S. de R.L. de C.V.

23/10/11

Fecha y Firma de Auditor Líder

ANEXO AL INFORME.

Definiciones.

Observaciones.

Es cuando se presenta una condición que refleja errores de implantación, faltas de concordancia o consistencia y fallos, así como aquellos incumplimientos de los requisitos de la norma de referencia de carácter puntual que dificultan el mantener de forma sistemática uno o más de los elementos del sistema de gestión pero que no impiden de forma general la conformidad del sistema de calidad. REQUIEREN ACCIÓN CORRECTIVA y EVIDENCIA DE SU CUMPLIMIENTO que debe ser verificada y aceptada por el auditor líder para su cierre previo a la recomendación de certificación o mantenimiento del certificado.

No conformidades.

Es cuando se presenta una condición que pudiera (basándose en evidencias o evaluaciones objetivas) resultar en una falla que reduzca considerablemente el rendimiento para el que fueron diseñados originalmente los procesos, productos o servicios, o bien, crear una duda razonable sobre la calidad del producto suministrado o el servicio proporcionado; Cuando se presente cualquier situación que pudiera generar el envío de un producto o servicio no conforme; Cuando se presenta la ausencia o ruptura total de un sistema en el cumplimiento de un requerimiento de la norma. Un incumplimiento legal. Un número representativo de observaciones contra un proceso puede representar un rompimiento total del sistema y por lo tanto considerarse como no conformidad. REQUIEREN ACCIÓN CORRECTIVA y EVIDENCIA DE SU CUMPLIMIENTO que debe ser verificada y aceptada por el auditor líder, en caso de ser necesario mediante re-auditoría en sitio, para su cierre previo a la recomendación de certificación o mantenimiento del certificado.

Notas de Mejora: Son apreciaciones del equipo auditor acerca de áreas de oportunidad del sistema de calidad de la organización, aunque ello no implique algún incumplimiento en relación a la norma de referencia. Estas recomendaciones NO SE REALIZAN CON ASESORIA O CONSULTORÍA y están mencionadas en el presente informe, éstas no requieren de evidencia de cumplimiento en caso de que tomen acciones correctivas.

Solicitud de Acciones Correctivas.

Conjunto de Acciones Correctivas presentadas por la organización auditada en respuesta a las no conformidades y observaciones detectadas durante el transcurso de la auditoría y reflejadas en el presente informe.

INSTRUCCIONES DE LLENADO DE LA SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS.

Tanto las observaciones como las no conformidades detectadas durante la auditoría practicada por ACCM a la organización deben ser objeto del llenado de una solicitud de acciones correctivas que se debe presentar por la organización al AUDITOR LIDER que realizó la correspondiente auditoría.

1. Para elaborarlo, la organización debe seguir las siguientes recomendaciones³:
 - Cada observación / no-conformidad debe presentarse en el formato Solicitud de Acciones Correctivas que forma parte del presente informe y ser tratada de forma individual.
 - Cada observación / no-conformidad debe describir las **correcciones específicas** que apliquen para resolver la desviación.
 - Cada observación / no conformidad debe incorporar la **CAUSA RAIZ** que la produce.

³ El no seguir estas recomendaciones, puede suponer que el Auditor Líder responsable del equipo de auditores considere que el Plan de Acciones Correctivas no esté lo suficientemente documentado y lo devuelva a la organización con el consiguiente retraso.

- **DEBEN** establecerse **Acciones Correctivas** planificadas para eliminar las **CAUSAS** de las no-conformidades / observaciones para asegurarse de que **NO VUELVEN A OCURRIR** por lo que el Auditor Líder estudiará si cada Acción Correctiva propuesta elimina la causa de la no-conformidad / observación y no simplemente su efecto.
 - Debe asignarse un responsable para cada Corrección y Acción Correctiva dentro de la organización, así como la persona que verifica su implantación.
 - Se debe identificar la fecha en que inició la acción y la fecha en la que se dio seguimiento y cierre.
2. El Auditor Líder verificará que se resuelve la desviación, para ello es requerido que la organización **FACILITE COMO ANEXO EVIDENCIA DE SU IMPLANTACIÓN** lo que evitará, en caso de ser aceptado, que el equipo de auditores realice una re-auditoría para verificar la solución de la desviación.
 3. Se deberá realizar un solo envío con la evidencia de todas las acciones por medio electrónico a la dirección de correo electrónico: programacion@accm.com.mx.
 4. El auditor líder revisará las acciones correctivas para su cierre. Cuando el auditor líder no considere efectivas las acciones para eliminar la causa del problema, lo notificará mediante el mismo formato al representante de la organización para que éste a su vez haga las correcciones necesarias y presente una nueva propuesta. Esta revisión se realizará dos veces como máximo.
 5. Se tiene un máximo de 45 días naturales para el cierre de las acciones, sin embargo se recomienda ampliamente su envío con anticipación pues es posible que el auditor retroalimente las correcciones específicas u acciones correctivas.

Otros puntos a considerar.

- No es necesario adjuntar todos los documentos cambiados completos, es suficiente con adjuntar las páginas que contienen los cambios producidos.
- Cuanto más evidencia se envíen para demostrar la implantación de las correcciones / acciones correctivas de las no-conformidades u observaciones mejor.
- Identificar los cambios producidos en los documentos (subrayado, **negrita**, resaltado...).
- En caso de que la obtención de las evidencias definitivas pueda demorarse por causas ajenas a la organización, justificar y enviar documentos que demuestren que se comenzó con los trámites correspondientes (solicitudes, entregas con sello de registro de entrada, cartas, planificaciones...).

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 1 de 11	
			Requisito:	4.2.3
Descripción:	<p>De acuerdo con el Procedimiento PG-SG-CDOC-01 para el Control de Documentos, el área responsable de ello, debe notificar al área solicitante el resultado de la revisión antes de validar y subir a la plataforma el documento en cuestión, sin embargo lo anterior no siempre se cumple, ej. "Relación anexa de inserto de reactivos" y "Manuales de pruebas (serología, bioquímica clínica)" mismos que desde el 4 y 9 de septiembre fueron recibidos para su validación.</p> <p>/ Por otro lado, no todos los listados de documentos de origen externo de los procesos son claros respecto a la fecha de emisión y/o la fuente para su consulta / El proceso de Elaboración de Nómina Universitaria hasta el momento no ha considerado como parte de sus documentos de origen externo y por lo tanto la ejecución de legislación en materia de Transparencia y Acceso a la Información habiéndose identificado que se proporciona información a entidades distintas de la propia Coordinación de Transparencia de la UAS./ Se observó también durante la auditoría que para el caso de los Reglamentos Internos de las Bibliotecas no se cuenta con la validación de la autoridad correspondiente en cumplimiento con el Reglamento General de Bibliotecas.</p>			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación ⁴ :				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)⁵:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)⁶:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:	

⁴ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

⁵ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

⁶ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 2 de 11	
			Requisito:	6.3
Descripción:	<p>El Manual de Gestión vigente menciona que se cuenta con un programa anual de mantenimiento preventivo cuyo alcance es aplicable a las unidades organizacionales con procesos certificados distribuidas geográficamente en las cuatro unidades regionales de la institución. Es responsabilidad de la sub-dirección de mantenimiento atender a las unidades organizacionales ubicadas en la unidad regional centro; así como de las coordinaciones de mantenimiento de las unidades regionales norte, centro-norte y sur.</p> <p>Sin embargo, de acuerdo a lo registrado, se deberían hacer rondas de manera mensual sin que aparentemente se cumplan ya que solamente se registra 1 ronda mensual desde mayo a la fecha por UO. / Para las zonas diferentes al centro, no se cuenta con programas de mantenimiento ni se tienen identificadas formalmente las coordinaciones regionales mencionadas para la programación y realización de dichas actividades así como tampoco aquellas actividades realizadas por proveedores externos. / Los programas actuales de mantenimiento preventivo hasta el momento no consideran aquellas actividades que son realizadas por externos, como el mantenimiento de 6 transformadores eléctricos en zona centro / Durante la auditoría se observó que para el caso de los extintores de las Bibliotecas no se consideró el tipo de agente extintor previendo el menor daño al acervo bibliográfico o equipo.</p>			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación⁷:				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)⁸:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)⁹:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:	

⁷ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

⁸ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

⁹ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 3 de 11	
			Requisito:	7.2.1
Descripción:	<p><i>La organización debe determinar: b) los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido, c) los requisitos legales y reglamentarios aplicables al producto, y d) cualquier requisito adicional que la organización considere necesario.</i></p> <p>En el Laboratorio Clínico, actualmente se tiene establecido dentro de su proceso de realización de estudios que las pruebas se realizan si y solo si existe una solicitud de parte del solicitante o de forma interna; se detecto que para las pruebas de certificados médicos (VDRL), no existe dicha solicitud o el consentimiento informado del paciente / El Centro de Cómputo Universitario cuenta con un Reglamento Interno para aplicación de los usuarios mismo que actualmente no se encuentra autorizado por alguna autoridad competente para esto / En Bibliotecas durante la auditoría se pudo observar que aún no se han identificado los requisitos legales en su totalidad, por ejemplo la Ley Federal de Derechos de Autor, ni la normatividad emitida por la SEP con respecto a la información que se debe proporcionar al INEGI formato 912.11 (Estadísticas de Bibliotecas). / El proceso de Servicio de Atención a Eventos Académicos, Diseño y Comunicación y Elaboración de Constancias NO se definen dichos requisitos de manera precisa, ya que se solicita un espacio físico sin indicar el número de personas, en el caso de constancias no se especifica el contenido de la constancia, incumpliendo así con este requisito.</p>			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación¹⁰:				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)¹¹:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)¹²:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:	

¹⁰ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

¹¹ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

¹² Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 4 de 11	
			Requisito:	7.2.3
Descripción:	<p><i>En apego a la norma ISO 9001:2008 la organización debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a la retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas.</i></p> <p>En el Laboratorio Clínico se revisaron los registros de encuestas de satisfacción del usuario del mes de abril de 2015 en donde los usuarios reportan 3 quejas que NO fueron registradas ni reportadas a la Dirección, sin encontrarse tampoco evidencia de su seguimiento. / Actualmente el Centro de Cómputo Universitario realiza de forma cuatrimestral la aplicación de encuestas de satisfacción, durante los resultados de Enero a Abril de 2015, se recibieron 11 quejas de las que no hay evidencia formal de su análisis, seguimiento y/o retroalimentación. / Como parte de los mecanismos implementados para la obtención de la satisfacción del usuario, la Universidad ha dispuesto buzones de quejas y sugerencias en las diferentes Bibliotecas, sin embargo durante la auditoría a la Escuela Superior de Agricultura del Valle del Fuerte se detectó que dicho buzón no se abría desde 2013, ya que se encontraron 2 papeletas llenas con sugerencias sin que fueran consideradas o atendidas.</p>			
	PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN			
Análisis de la Causa raíz de la desviación¹³:				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)¹⁴:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)¹⁵:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:	

¹³ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

¹⁴ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

¹⁵ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 5 de 11	
			Requisito:	7.4
Descripción:	<i>La norma ISO 9001:2008 establece que la organización debe evaluar y seleccionar a los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización. Deben establecerse los criterios para la selección, la evaluación y la reevaluación. Deben mantenerse los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria que se derive de las misma</i>			
	Hasta el momento no se encuentran claramente definidos los criterios para la evaluación de los proveedores incluyendo qué área será la responsable de realizar esta actividad cuando la Dirección de Bienes no sea quién realice la adquisición de algún bien o servicio (ej. servicio de seguridad privada, mantenimiento o compra de equipos especializados, mantenimiento de aires acondicionados y fumigaciones, especialmente donde ésta sea un requisito como archivos).			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación¹⁶:				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)¹⁷:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)¹⁸:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:	

¹⁶ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

¹⁷ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

¹⁸ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 6 de 11	
			Requisito:	7.5.1
Descripción:	<p><i>También el procedimiento citado, menciona dentro de su objetivo y alcance el SEGUIMIENTO de brigadistas en cada proyecto dentro de las unidades receptoras de Servicio Social.</i></p> <p>Sin embargo NO es claro el proceder específico para actividades del SEGUIMIENTO del Servicio Social. Por otro lado, al evaluar el cumplimiento en las unidades académicas zona sur (Mazatlán), Se muestrearon aleatoriamente los proyectos entregados de la fase uno y en ninguno se pudo demostrar que se realiza el seguimiento: (Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas (FCEAM), Escuela Superior de Enfermería, Facultad de Informática, Facultad de Ciencias Sociales) / De igual forma, al revisar aleatoriamente se identificó que no es consistente la forma de evaluar del contenido del informe final del Servicio Social pues en su mayoría solo se revisa que cumpla con la estructura, mas no así, en su contenido referenciado al proyecto, (proyectos de SAT) / También se establece y se confirma el lanzamiento de las convocatorias dentro de las etapas regulares (uno y dos), pero no se identifica que se mencione dentro del procedimiento el lanzamiento de convocatorias para rezagados (del 6 de octubre al 5 de diciembre del 2014 y de 27 de abril y al 31 de agosto 2015). / En el proceso de Emisión de Certificados de Estudios no se está considerando el control del papel foliado y con código de seguridad que se resguarda y se debe inventariar con el fin de garantizar que se preserve adecuadamente y no sea utilizado para otros fines.</p>			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación¹⁹:				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)²⁰:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)²¹:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:	

¹⁹ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

²⁰ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

²¹ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 7 de 11	
			Requisito:	7.5.5
Descripción:	El requisito 7.5.5 de la Norma ISO 9001:2008 establece que la organización debe preservar el producto durante el proceso interno y la entrega al destino previsto para mantener la conformidad con los requisitos. Según sea aplicable, la preservación debe incluir la manipulación, almacenamiento y protección, sin embargo durante la auditoría se observó que en las diferentes Bibliotecas en el área de Servicios al Público la existencia de polvo y en algunos casos insectos muertos, aunado a esta situación no es claro como la organización se asegura la correcta preservación del acervo bibliográfico encontrándose incluso material bibliográfico con presencia de hongos en la Biblioteca Central / De manera semejante, el area donde se almacenan los registros de los procesos auditados de la Dirección de Contabilidad son expuestos a la luz excesiva, rayos del sol, humedad de minisplits, excesivas plagas vivas y muertas, así como malas prácticas para la protección de los legajos (mal embalados, sin tapas en las cajas) y sin evidente supervisión de las trampas de roedores			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación²²:				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)²³:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)²⁴:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:	

²² Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

²³ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

²⁴ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 8 de 11	
			Requisito:	7.6
Descripción:	<p><i>La norma ISO 9001:2008 indica: "Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe: a) calibrarse o verificarse, o ambos, a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; cuando no existan tales patrones debe registrarse la base utilizada para la calibración o la verificación. c) estar identificado para poder determinar su estado de calibración";</i></p> <p>En el Laboratorio Clínico cuenta con un registro de los mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos: FO-CIDOCs-SRERE-41; este registro NO considera la identificación de los equipos con los que actualmente cuenta; NI la totalidad de ellos, ejemplo: pipetas automáticas y termómetros, mencionando que éstos últimos no están calibrados y/o verificados. / En el Banco de Sangre se identificó que el programa de mantenimiento y calibración de equipos e instrumentos NO se encuentra actualizado a la cantidad e identificación que actualmente mantienen en el laboratorio.</p>			
	PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN			
Análisis de la Causa raíz de la desviación²⁵:				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)²⁶:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)²⁷:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:	

²⁵ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

²⁶ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

²⁷ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 9 de 11	
			Requisito:	8.2.3
Descripción:	<p><i>La institución ha determinado efectuar las mediciones de los procesos a través de indicadores específicos, sin embargo se detectó que:</i> Los indicadores establecidos en el Centro de Computo Universitario el número 2, habla sobre garantizar al menos el 80% del buen funcionamiento de los equipos de computo, en el reporte de los indicadores, los resultados van dirigidos a la atención de las solicitudes de equipos con falla por lo que NO se obtiene el % de funcionamiento de la totalidad de sus computadoras, como lo marca el indicador / Hasta el momento NO se han definido acciones correctivas a pesar de que la Dirección del Servicio Bibliotecario (Servicios al Público) no ha presentado los resultados de sus indicadores a la DGSGC del mes de Agosto / De acuerdo con el Plan de Calidad del proceso de Archivo General, se tienen definidos 3 Productos, sin embargo hasta el momento, no se ha definido formalmente la manera como se sigue y mide el proceso del sistema MIDAC ni sus criterios de aceptación.</p>			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación²⁸:				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)²⁹:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)³⁰:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:	

²⁸ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

²⁹ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

³⁰ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input type="checkbox"/>	No conformidad <input checked="" type="checkbox"/>	Solicitud 10 de 11	
			Requisito:	8.3
Descripción:	<p><i>La Universidad ha desarrollado el Procedimiento de Control de Producto No Conforme en cumplimiento con el requisito 8.3 de la norma ISO 9001:2008.</i></p> <p>Sin embargo, hasta el momento y de manera repetitiva respecto a la evaluación inmediata anterior, dicho procedimiento refiere que será PNC todo aquello que no cumpla con los requisitos especificados para cada producto/ servicio. Durante esta evaluación, se identificaron incumplimientos a lo definido en los criterios de aceptación específicos de cada proceso sin que se atienda el formal seguimiento como está descrito ej: Elaboración de Nómina Universitaria, Certificación Profesional, Ingresos Institucionales, Servicios al Público de Bibliotecas, Servicio de Atención a Eventos Académicos, etc. / En el Laboratorio Clínico, dentro del reporte de indicadores del mes de septiembre reportan 4 informes de resultados con error; sin que haya evidencia de que se haya identificado como PNC ni evidencia de su seguimiento. / En los pocos casos que el PNC es documentado en Bibliotecas, se observó que no esta concluyendo el proceso, ya que no se establece qué se hace con los productos no conformes detectados (corrección, eliminación, liberación bajo concesión) conforme al procedimiento y la norma.</p>			
	PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN Análisis de la Causa raíz de la desviación³¹:			
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)³²:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)³³:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:	

³¹ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

³² Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

³³ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 11 de 11	
			Requisito:	8.4
Descripción:	<p><i>La norma ISO 9001:2008 establece que el análisis de datos debe proporcionar información sobre: las características y tendencias de los procesos y de los productos, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones.</i> Durante la auditoría al proceso de Certificación de Personal se establece que el indicador establecido es el proporcionar la credencial en el momento que la solicita el usuario siempre y cuando cumpla con los requisitos. Durante los meses de agosto y septiembre la impresora estuvo descompuesta, sin embargo el indicador se reporto al 100% ya que no se contabilizaron todos los usuarios a los que no se les prestó el servicio por dicha falla.</p>			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación ³⁴ :				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s) ³⁵ :		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s) ³⁶ :		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:	

³⁴ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

³⁵ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

³⁶ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.