



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN
CON SENTIDO

Fecha (s) de auditoría

4 al 8 de julio de 2016

Expediente:

CA-3012811
CA-3013411
CA-3013611
CA-3018814
CA-3018714
CA-3018314
CA-3013511
CA-3018614

N° Informe: 08

Organización	Dirección	Persona de Contacto
Universidad Autónoma de Sinaloa	Blvd. Miguel Tamayo Espinoza de los Monteros, número 2358 Desarrollo Urbano 3 Ríos C.P; 80020 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:*	obeltranz@uas.edu.mx
Re-certificación	<input type="checkbox"/>	OHSAS 18001:2007 (NMX-SAST-001-IMNC-2008)	<input type="checkbox"/>		
Otra (Indique):					

Criterios de Auditoría

NMX-CC-9001-IMNC 2008 / ISO 9001:2008, Documentos de la UAS, leyes y reglamentos aplicables, documentos requisitos del cliente cuando aplique.

Multi-sitio SI NO

Nombre	Función	Esquema	Área técnica / Actividad Económica
1. Q. Luis Javier García Peguero (LP)	AL Experto Técnico	ISO 9001:2008	37/85.60 Actividades auxiliares a la educación Otra provisión de Recursos Humanos.
2. I.A. Itandegui Xicoténcatl López (IX)	Auditor 1	ISO 9001:2008	NA
3. Ing. Edgar Daniel Almaraz Alanís (DA)	Auditor 2	ISO 9001:2008	NA
4. I.Q. Víctor Gerardo Monsiváis (VM)	Auditor 3 Experto Técnico	ISO 9001:2008	35/70.10 Actividades administrativas y auxiliares de oficina
5. Q. Ma. De Lourdes Rodríguez Hernández (LR)	Auditor 4 Experto Técnico	ISO 9001:2008	38/86.90 Actividades Sanitarias
6. M. en C. Mayra Lizeth Salmerón Ruiz	Auditor en Entrenamiento	ISO 9001:2008	NA

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

Informe de Auditoría de Etapa 2

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

Página 1 de 9



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN
CON SENTIDO

Sitio	Alcance de auditoría
Dirección General de Recursos Humanos. Blvd. Miguel Tamayo Espinoza de los Monteros, Número 2358, Desarrollo Urbano 3 Ríos, C.P. 80020, Culiacán de Rosales, Sinaloa	Contratación de personal de base, académico, administrativo y de intendencia, Asignación y control de cargas académicas, Elaboración de nómina universitaria, Prestaciones Sociales a los Universitarios, Control de Guardias, Certificación Laboral.
Secretaría General Blvd. Miguel Tamayo Espinoza de los Monteros, Número 2358, Desarrollo Urbano 3 Ríos, C.P. 80020, Culiacán de Rosales, Sinaloa	Recepción de proyectos, análisis y determinación de factibilidad por parte de las comisiones para poder ser presentados al consejo universitario con el fin de emitir acuerdos, Servicios de archivo general, Certificación profesional
Secretaría de Administración y Finanzas Blvd. Miguel Tamayo Espinoza de los Monteros, Número 2358, Desarrollo Urbano 3 Ríos, C.P. 80020, Culiacán de Rosales, Sinaloa	Egresos (Ventanilla de trámites generales), Ingresos institucionales, Registro de ingreso, Registro de egresos, Operación y contabilidad, Archivo contable, Apoyo administrativo a la Dirección de Contabilidad General, Comprobación de gastos, Auditoría interna
Coordinación General de Planeación y Desarrollo Blvd. Miguel Tamayo Espinoza de los Monteros, Número 2358, Desarrollo Urbano 3 Ríos, C.P. 80020, Culiacán de Rosales, Sinaloa	Elaboración, seguimiento y evaluación del plan, Elaboración de la estadística básica, Elaboración del presupuesto anual de egresos.
Rectoría Blvd. Miguel Tamayo Espinoza de los Monteros, Número 2358, Desarrollo Urbano 3 Ríos, C.P. 80020, Culiacán de Rosales, Sinaloa	Administrativo de rectoría, Atención y seguimiento de solicitud de beca a la comunidad estudiantil universitaria.
Defensoría de los Derechos Universitarios Gral. Ángel Flores Poniente Sin Número Col. Centro C.P. 80000 Culiacán de Rosales, Sinaloa, México	Atención y seguimiento de quejas para garantizar los derechos de la comunidad universitaria
Torre Académica Culiacán Josefa Ortiz de Domínguez esq. con Blvd. las Américas sin Número. Ciudad Universitaria. C.P 80040 Culiacán Rosales. México	Solicitud y prestación de espacios físico
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales Blvd. Universitarios y Av de las Américas. Unidad 3. Sin Número Ciudad Universitaria. CP 80010 Culiacán Rosales, Sinaloa México	Servicios de atención a eventos académicos, diseño y comunicación y elaboración de constancias.
Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud. Eustaquio Buelna No 91 Colonia Gabriel Leyva. CP 80030 Culiacán Rosales, Sinaloa México	Solicitud, realización y entrega de resultados de estudios clínicos, Solicitud de sangre, hemocomponentes y selección de donadores

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:



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN
CON SENTIDO

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 Sistema de Gestión de Calidad de la organización se encuentra maduro, bien implementado y continúa en proceso de mejora continua; cuenta con la medición de indicadores de calidad y un proceso de auditorías internas fortalecido.

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

A la vista del resultado de la auditoría, el equipo auditor también considera que ACCM debería:	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 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:		



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN
CON SENTIDO

	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
	NA	

6. ASPECTOS DESTACABLES:

1. Se cuenta con la disciplina operativa suficiente para generar la evidencia necesaria para cumplir con los requisitos aplicables a los procesos certificados.
2. Se facilitó la auditoría externa dado que la mayoría de la evidencia presentada se encontraba fácilmente identificable y recuperable. En ningún momento se pudo dudar de la existencia de los registros que demostraran evidencia del cumplimiento a los requisitos aplicables.
3. Todo el personal entrevistado mostró total disposición al desarrollo de la auditoría externa. Se mostró un alto compromiso hacia el SGC y la mejora de sus resultados.
4. Se agradecen las facilidades presentadas para la realización de la auditoría. Siempre se contó con el apoyo de la Dirección del SGC para la movilización de los auditores.
5. Las auditorías internas son objetivas y representan una fortaleza para la institución.
6. Se cuenta con un equipo auditor muy fuerte y con la suficiente competencia para determinar el grado de cumplimiento real del SGC. Las debilidades encontradas en la auditoría interna fueron registradas y atendidas de forma apropiada y oportuna.
7. Se han instalado los nuevos equipos que el banco de sangre había adquirido en 2015.

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

8. El compromiso y responsabilidad que demuestra el responsable del sistema de calidad y que trasmite a su personal, formando trabajo en equipo.
9. El compromiso del personal de trabajo social del Banco de Sangre que mantiene para con los clientes externos.
10. En la Secretaría de Administración y Finanzas se observó dinamismo y participación activa del Titular y su equipo de trabajo; Disponibilidad y compromiso del personal para atender la auditoría; y organización de la información.
11. En la Dirección del área de auditoría interna, se vio el nivel de conciencia y responsabilidad del personal para la ejecución ética de sus funciones y propuestas de mejora para la medición del desempeño del personal en cuanto a su productividad
12. En la Dirección de contabilidad general fue evidente el compromiso del personal para la ejecución oportuna de sus actividades
13. Se observa que los titulares de las diferentes áreas se han concretado en cumplir con los objetivos e indicadores como parte de la búsqueda de la mejora continua.
14. Se pudo evidenciar el compromiso hacia el SGC por parte del personal administrativo y operativo de las diferentes áreas auditadas en cumplir con sus indicadores y metas establecidas dentro el SGC.

7. EVIDENCIAS DE MEJORA

1. El personal de laboratorio clínico mide los indicadores de forma mensual y son reportados al sistema de gestión.
2. En el Banco de Sangre se cuenta con personal capacitado para el manejo de equipos especializados.
3. En el Banco de Sangre los equipos adquiridos en 2015 han sido instalados, lo que hará que los procesos sean más efectivos.
4. Cuentan con el control del proceso de producto no conforme dentro del sistema de gestión de calidad además del control que se lleva para con la dependencia.
5. Buen control de los mantenimientos y proveedores de sus equipos
6. Durante la evaluación se observó que en el área de estadística básica se concluyó el proyecto de mejora en la infraestructura planteados en el ejercicio anterior, al eficientar de manera electrónica la recepción de la información.

8. NOTAS DE MEJORA

1. Actualmente el laboratorio clínico cuenta con su programa de mantenimiento preventivo de equipos de medición y prueba; sin embargo es conveniente que consideren el control de su resguardo y su recuperación, de manera que esta sea más efectiva; lo mismo debe ser considerado para el control de registros de servicios no conformes.
2. Es conveniente que el laboratorio clínico considere mejorar el cumplimiento del punto 4.4.3 de la norma oficial NOM-007-SSA3-2011, ya que al momento cuentan con políticas y manual de procedimientos dentro del Sistema de Gestión, pero no se cuenta con registros que puedan demostrar su cumplimiento.
3. Es importante que la titular del área de contabilidad general defina en el procedimiento específico de archivo contable, la gestión que realiza ante el Consejo Universitario para la disposición de los registros una vez que ha transcurrido el tiempo de retención.
4. En la Dirección de Contabilidad General considerar la importancia de personalizar con información propia del área, las minutas de revisión por la dirección.
5. Sería importante, en la Dirección de Contabilidad General, que se identifiquen con claridad las acciones preventivas de las acciones de mejora.

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

6. Sería conveniente definir cómo serán soportadas las herramientas estadísticas que deben acompañar a los reportes de acción correctiva.
7. Aunque se tiene un excelente soporte informático para el control de documentos y registros, sería importante que los formatos se archivaran no solamente con su código sino también con el nombre del documento para su fácil identificación.
8. Durante la auditoría se pudo observar que se han establecido metas específicas para cada área de la organización y que éstos se vienen alcanzando desde hace tiempo al 100%
En aras de la mejora continua, sería ideal que, en este sentido, se establecieran indicadores más retadores.
9. Sería importante, para la Defensoría de los Derechos Universitarios, reconsiderar la manera como se realizan las encuestas de satisfacción de los usuarios, de tal forma que la muestra seleccionada no impacte el resultado de la misma.
10. Con el objetivo de evitar futuras pérdidas y confusiones en el control de registros de expedientes clínicos y de acuerdo a los requisitos de la norma oficial: NOM-004-SSA3-2012, sería conveniente analizar si el lugar donde actualmente se están resguardando los expedientes e información generada por el banco de sangre es el adecuado; considerando las condiciones de éste: capacidad, control de luz, humedad, etc.
11. Sería conveniente analizar como parte de los Planes de Mejora en el área de rectoría el objetivo de calidad para incluir o evaluar las causas de rechazo de las solicitudes.
12. Aunque fue identificado por la auditoría interna, sería conveniente establecer mecanismos que permitan atender, como una prioridad, los servicios correctivos solicitados en el próximo anterior.

9. CONFIANZA QUE SE PUEDE OTORGAR A LAS AUDITORÍAS INTERNAS

Las auditorías internas se realizan de acuerdo a la norma y a su procedimiento interno, siendo éstas confiables,

10. USO DE LA MARCA Y DEL LOGOTIPO DE ACCM

Durante el proceso de auditoría no se detectó el uso de la marca dentro del proceso.

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	0
- Número de no conformidades apreciadas en la Auditoría.	0

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.



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN
CON SENTIDO

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

14. INCONFORMIDADES DEL CLIENTE

SI NO

En caso afirmativo, indique:

15. ACTIVIDADES SIGUIENTES DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN (Informativo)

- i. 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.
- ii. Revisión y aprobación, por el Auditor Líder, de las acciones correctivas implementadas.
- iii. Adopción de la decisión de la certificación / Revisión de las inconformidades presentadas por la organización auditada.
- iv. Emisión del Certificado o Carta de Mantenimiento derivado de la decisión del Certificador.

Enterado como representante de la empresa

Fecha y Firma

08 | JULIO | 2016

Por ACCM América S. de R.L. de C.V.

Fecha y Firma de Auditor Líder

8/07/16

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...).