



<INFORME DE AUDITORIA

NMX-CC-9001-IMNC-2008 / ISO 9001:2008

Números de referencia:

CA-3022416; CA-3022516; CA-3022816
CA-3022916; CA-3023016; CA-3023116;
CA-3023216; CA-3023316; CA-3023416;
CA-3023516; CA-3023616; CA-3023716;
CA-3023816; CA-3023916; CA-3024016;
CA-3024116; CA-3025817; CA-3025917

No. de informe: _____

I. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

| | | | |
|---|--|-----------------------|--|
| Razón social | Universidad Autónoma de Sinaloa. | | |
| Dirección de la oficina central | Blvd. Miguel Tamayo Espinoza de los Monteros Número 2358, Desarrollo Urbano 3 Ríos, C.P. 80020, Culiacán de Rosales, Sinaloa | | |
| Representante autorizado y persona de contacto | | | |
| Nombre: Omar Armando Beltrán Zazueta | E-mail: obeltranz@uas.edu.mx | Tel. 01(667) 759-3879 | |
| Nombre: | E-mail: | Tel. | |

II. PROCESO DE AUDITORIA

Datos de la auditoría

| | | | |
|---------------------|---|--------|---------|
| Tipo de Auditoría: | Certificación, Seguimiento y Renovación | | |
| Fecha de Auditoría: | 6 al 17 marzo de 2017 | Idioma | Español |

Equipo Auditor

| | | |
|---|-----------------|---------------------------------|
| 1 | Auditor Líder | QFB. Luis Javier García Peguero |
| 2 | Auditor | Ing. Víctor Gerardo Monsiváis |
| 3 | Auditor | Ing. Daniel Almaraz |
| 4 | Auditor | Lic. Lourdes Fonseca |
| 5 | Auditor | Ing. Alfredo Lugo |
| 6 | Auditor | Ing. Abelardo Muñiz |
| 7 | Experto Técnico | Lic. Fabiola Terrazas |

III. Objetivos de la auditoría:

- a) Determinar la conformidad del SGC del cliente, o parte de la conformidad, con los criterios de auditoría.
- b) Determinar la capacidad del SGC para asegurar que la organización cumple con los requisitos legales, reglamentarios, normativos y contractuales aplicables.
- c) Determinar la efectividad del SGC para asegurar que la organización puede, dentro de expectativas razonables, cumplir los objetivos especificados
- d) Identificar áreas potenciales de mejora para el sistema de gestión de la calidad de la organización.

IV. Criterios de auditoría:

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

V. Alcance de la certificación

- Dirección del Sistema de Gestión de Calidad.
Gestión del Sistema que incluye todos los procesos de la Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Coordinación General de Extensión de la Cultura (1er Seguimiento).
Aprobación, programación, ejecución y seguimiento de eventos culturales y prestación de espacios culturales e infraestructura.
- Dirección General de Vinculación y Relaciones Internacionales (1er Seguimiento).
Promoción, incorporación y seguimiento del programa de movilidad estudiantil.
- Dirección General de Escuelas Preparatorias (2do. Seguimiento).
Servicios de laboratorio de prácticas experimentales.
- Dirección General de Recursos Humanos (Renovación).
Contratación de personal de base académico, administrativos y de intendencia, Asignación y control de cargas académicas, Elaboración de la nómina universitaria, Prestaciones sociales a los universitarios, Certificación laboral, Control de guardias.
- Secretaría General (Renovación)
Recepción de proyectos, análisis y determinación de factibilidad por parte de las comisiones para poder ser presentados ante el consejo universitario con el fin de emitir acuerdos, Servicio de archivo general, Certificación profesional.
- Secretaría de Administración y Finanzas (Renovación).
Egresos (Ventanilla de tramites generales), Ingresos institucionales, Registro de ingresos, Registro de egresos, Operación y contabilidad, Archivo contable, Apoyo administrativo de la Dirección de Contabilidad General, Comprobación de gastos, Auditoria interna.
- Coordinación General de Planeación y Desarrollo (Renovación).
Elaboración, seguimiento y evaluación del plan, Elaboración de la estadística básica, Elaboración del presupuesto anual.
- Dirección de Informática (Renovación)
Servicios informáticos y seguridad de la base de datos, Solicitud y asignación de equipo de cómputo y espacios físicos.

- Dirección General de Servicios Escolares (Renovación)
Emisión de certificados de estudios, Proceso general de admisión del primer periodo de los programas educativos escolarizados de nivel bachillerato y licenciatura.
- Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud (Renovación)
Solicitud de sangre, hemocomponentes y selección de donadores, Solicitud, realización y entrega de resultados de estudios clínicos, Administrativo de Rectoría, Atención y seguimiento de solicitud de beca a la comunidad estudiantil.
- Rectoría (Renovación)
Administrativo de Rectoría, Atención y seguimiento de solicitud de beca a la comunidad estudiantil universitaria.
- Dirección General de Servicio Social (Renovación)
Asignación, seguimiento y liberación del servicio social
- Dirección General de Bibliotecas (Renovación).
Desarrollo de colecciones, Procesos técnicos, Servicios al público.
- Defensoría de los Derechos Universitarios (Renovación).
Atención y Seguimiento de Quejas para Garantizar los Derechos de la Comunidad Universitaria.
- Torre Académica Culiacán (Renovación)
Solicitud y Prestación de Espacios Físicos
- Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (Renovación)
Servicios de Atención a Eventos Académicos, Diseño y Comunicación y Elaboración de Constancias.
- Parque de Innovación Tecnológica (Certificación)
Administración de Proyectos de Investigación Aplicada

1. En caso de cambios al alcance de certificación indicar:

No hubo cambios en el alcance.

2. Confirmación de alcance por sitio auditado

Se confirmó el alcance de los sitios auditados de acuerdo a lo establecido en el punto V de este informe. Para el caso del Proyecto de Innovación Tecnológica se modifica tal y como se describe en el inciso b) del apartado "Hallazgos de auditoría"

VI. Desarrollo de la auditoría y seguimiento a auditorías previas:

1. Cumplimiento del plan de auditoría:

La auditoría se llevó a cabo en tiempo y forma de acuerdo al plan establecido.

2. Confirmación del cumplimiento de los objetivos de la auditoría:

Los objetivos de la auditoría fueron cumplidos.

3. Seguimiento a resultados de auditorías previas:

a) Eficacia de acciones tomadas para atender temas de preocupación / no conformidades previas:

Las acciones correctivas derivadas de los hallazgos de auditorías previas fueron cerradas y su eficacia fue comprobada.

b) Cambios que afectaron el SG Calidad del cliente desde la última auditoría:

Se presentaron cambios en las Direcciones que pudieron afectar algunas unidades organizacionales.

4. Cambios que pueden afectar el programa trianual de auditoría:

No se observaron cambios que pudieran afectar.

5. Uso de marca de certificación ACCM:

No se observó el uso de la marca de ACCM.

6. Situaciones no resueltas en la auditoría:

Todas las situaciones que requirieron atención fueron resueltas oportuna y satisfactoriamente.

VII. Resultados de la auditoría

1. Declaración de la conformidad y eficacia del SG:

Resumen de la evidencia respecto de la capacidad del sistema para cumplir con los requisitos y salidas esperadas:

- El Sistema de Sistema de Gestión de Calidad, con base en la norma NMX-CC-9001-IMNC-2008/ ISO 9001:2008 se encuentra documentado, implementado y mantenido.
- La Política está alienada a su plan estratégico y es adecuada al propósito de la organización y se encuentra ampliamente difundida. Se pudo evidenciar su cumplimiento a través de las metas establecidas en los procesos.
- Los objetivos son alcanzables y medibles.
- Los procesos se desarrollan y monitorean de manera sistemática.
- Las instalaciones son adecuadas para el desarrollo de los procesos.
- Los requisitos legales han sido identificados y se cumplen.
- No se encontraron obstáculos que impidieran la realización y la obtención de las conclusiones de la auditoría

Resumen de la evidencia respecto de los procesos de auditoría interna y revisión por la dirección:

- Las auditorías internas son objetivas, confiables y representan una fortaleza de la institución.
- La Revisión por la Dirección es adecuada y cumple con lo establecido.

2. Confirmación del cumplimiento de los objetivos de la auditoría:

Durante el proceso de auditoría:

- Se pudo determinar la conformidad del SGC del cliente con los criterios establecidos.
- Se pudo determinar la capacidad del SGC para el cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios, normativos y contractuales aplicables.
- Se pudo determinar la efectividad del SGC de la organización para cumplir los objetivos especificados
- Se identificaron las áreas potenciales de mejora para el sistema de gestión de la calidad.

3. Hallazgos de auditoría:

a) Tabla de NO CONFORMIDADES MAYORES / MENORES.

| Tipo de NC | Total en sitio | 1er. seguimiento Abiertas dd/mm/aaaa | 2º. seguimiento Abiertas dd/mm/aaaa |
|------------|----------------|--|---|
| NCm | 3 | | |
| NCM | 0 | | |

b) Resumen de procesos auditados:

Sistema de gestión de la calidad.

El Sistema de Sistema de Gestión de Calidad, con base en la norma NMX-CC-9001-IMNC-2008/ ISO 9001:2008 se encuentra documentado, implementado y mantenido.

Para el caso específico del proceso del Parque de Innovación Tecnológica, tomando como base la auditoría realizada, el alcance quedará determinado como **“Definición, formalización, seguimiento y cierre de proyectos de investigación aplicada.”**

Como muestra del reconocimiento al SGC hay ocho UO que están solicitando ser incorporadas: Por ejemplo: Unidad académica de enfermería Los Mochis; Laboratorio de ciencias experimentales de la Prepa Ruiz Cortines; Biblioteca de la Preparatoria Aguaruto Culiacán; Preparatoria Valle del Carrizo; laboratorio de ciencias experimentales. **(H+)**

La Dirección del SGC y su equipo de colaboradores muestran un excelente conocimiento del sistema y su disposición y compromiso es sobresaliente. **(H+)**

Se tiene un programa general para la Mejora Continua en la cual participan todos los procesos del sistema.

Responsabilidad de la Dirección

La Revisión por la Dirección es adecuada y cumple con lo establecido. Las revisiones incluyen las oportunidades de mejora y son una fuente de retroalimentación efectiva.

Los resultados de la revisión se enfocan a la mejora de los procesos y de la satisfacción del cliente así como de las necesidades de recursos.

Dirección General Dentro del Reglamento General del Sistema Bibliotecario y en los procedimientos de Desarrollo de colecciones, Procesos técnicos y Servicios al público, se establece en el apartado V la Responsabilidad y autoridad. Sin embargo, no existe un organigrama donde se visualice la línea de autoridad desde la Dirección General de Bibliotecas, así como en las Unidades Regionales y departamentales. Sería conveniente revisar la conveniencia de desarrollarlos. **(OM)**

Gestión de recursos

La gestión que se hace de los recursos es tal que permite que el SGC se mantenga funcionando a través de un presupuesto determinado.

La gestión de los recursos permite la mejora continua del sistema y su enfoque hacia el logro de los objetivos, la satisfacción del cliente, la mejora de la competencia del personal involucrado y el soporte en infraestructura.

Procesos relacionados con el cliente.

En la mayoría de los procesos declarados en el sistema de gestión de calidad se cumple con los requisitos especificados por el cliente logrando en gran parte cumplir con los objetivos de calidad establecidos.

Servicio de laboratorio de prácticas experimentales; Coordinación de Bibliotecas de la Unidad Regional Sur; Dirección de auditoría interna; Dirección de Informática; Secretaria de Administración y Finanzas; Coordinación de Calidad y Responsable del departamento de calidad de la Dirección General de Bibliotecas. Se destaca el compromiso y conocimiento del personal que participa en los procesos, y asimismo el sistema no se centra únicamente en el producto, ha sido incluyente a sus usuarios y se toma como principal fuente para la mejora continua. (H+)

Parque de Innovación Tecnológica; Defensoría de los derechos Universitarios. Durante la auditoría se observó que en los requisitos legales, en específico la Ley de Transparencia, en un caso y el Reglamento de Servicio Social en otro, no coincidían los capítulos aplicables con los de referencia. Al dar seguimiento a la información, se identificó que fueron errores de transcripción por lo que será conveniente que se revisen los requisitos legales para eliminar cualquier otra desviación. (OM)

Torre Académica. Al revisar la Ley de Protección Civil vigente del 6 de junio del 2012, se observa que el artículo 29 está dirigido hacia El Consejo Nacional de Protección Civil y no aplica para la Torre Académica. Por lo que se exhorta a la Institución a que analicen se ésta. (OM)

Desarrollo de Colecciones. Aunque la organización ha determinado a los clientes del proceso, no se consideran como clientes a las bibliotecas regionales y departamentales que, si cuentan con adquisiciones por compra, y también se realiza el descarte, esto podría ocasionar la no aplicación de criterios ya definidos en el resto de bibliotecas incluidas en la certificación. (OM)

Cultura El alcance de la certificación del proceso es a nivel administrativo, sería importante que la organización evalúe la inclusión de otras acciones involucradas tales como inventarios, tiempos de préstamo, mantenimiento, fumigación, condiciones de almacenamiento, entre otras. (OM)

Diseño y desarrollo

Este requisito, al no estar considerado en el plan de auditoría, no fue auditado.

Compras.

El proceso de Compras realiza la provisión de los productos y servicios externos necesarios para el buen funcionamiento de los procesos, asegurándose de que éstos satisfagan los requisitos solicitados.

Independientemente, realizan evaluaciones periódicas aquellos que por su naturaleza requieran de productos o servicios especiales.

Procesos relacionados con la realización del producto.

Los procesos declarados dentro del Sistema de gestión de calidad se encuentran desarrollados, implementados y mantenidos adecuadamente conforme a los requerimientos del propio sistema y a los establecidos por la norma.

Se encuentran aspectos que requieren atención y que se describen el punto 4 de este informe.

En **procesos técnicos de Bibliotecas**, aunque el alcance del proceso se acota a la Biblioteca Central Culiacán, sería importante que la organización evalué la viabilidad de la aplicación de los criterios ya establecidos en el resto de Bibliotecas respecto de a) la actualización y mantenimiento de las bases de datos b) criterios para eliminar registros de las bases de datos, c) comités de biblioteca.

En **procesos Técnicos**, mejorar la referencia a los controles que permiten evidenciar cuándo se recibió el MD de Desarrollo de colecciones, cuánto tiempo se le dio para ser procesado y qué elementos verificó el Coordinador de Procesos técnicos una vez que el analista le entrega los materiales.

En **procesos Técnicos** cuidar que todas las tesis y revistas, cuenten con número de clasificación de acuerdo al criterio establecido.

Control de los equipos de seguimiento y de medición.

Se pudo constatar que en los procesos de análisis clínicos y en banco de sangre se mantienen estrictos controles tanto en la medición, funcionamiento y vigilancia de los equipos utilizados para la prestación de los servicios al cliente.

Seguimiento y medición.

En los procesos declarados en el sistema de calidad se verificó que en su mayoría se cumple e incluso se rebasan las metas establecidas con los indicadores de referencia.

No obstante, en aras de la mejora continua, sería conveniente que los indicadores fueran revisados para que estos sean retadores. (OM)

Contabilidad Al revisar el cálculo de indicadores del mes de enero de 2017 el módulo de control de archivo reporta que se procesaron 5 EGR y 3 DCM, sin embargo, al revisar el sistema y los archivos físicos que se reciben de la SAF no corresponden, dado que se recibió mayor cantidad de documentos, sería importante que la organización revisara que la información del módulo sea congruente con la que realmente se recibe. (OM)

Defensoría de los Derechos de los Universitarios. Se observa que la meta establecida para el seguimiento y medición (100%) es, aparentemente, inalcanzable ya que hay situaciones que no están bajo el control de la unidad operativa. Sería conveniente que se revisara esta meta. (OM)

Medición, análisis y mejora

En la Dirección de Auditoría Interna se presenta un caso de éxito, derivado del SGC, donde se han obtenido beneficios como el incremento en la productividad y optimización de los tiempos de operación. Lo que es destacable y sería importante que sus experiencias fueran compartidas con la Comunidad Universitaria, compartir experiencias entre pares (nivel Directivo) a fin de evaluar la adopción de mejores prácticas. (H*)

Uso de marca.

No se detectó el uso de la marca de ACCM.

(H*) Aspectos destacables
 (OM) Oportunidades de mejora

4. No conformidades registradas.

| | | | |
|--------------------------|---|---------------------------------|-----|
| No. de cláusula: | 7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio | No conformidad Menor No. | 1/3 |
| Descripción: | <p>La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable: b) la disponibilidad de instrucciones de trabajo</p> <p>Desarrollo de Colecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> En el Manual operativo de desarrollo de colecciones MO-DG-SIBIUAS-DC-01 versión 01 del 15 de octubre 2014, en la política número 06, se establecen los criterios que deben tomar en cuenta para la selección del Material documental (pág. 3). Éstos no se están aplicando en los materiales que reciben por donación. <p>Evidencia: ejemplo Zohar que es una monografía escrita en hebreo, donaciones recibidas en periodos anteriores.</p> <ul style="list-style-type: none"> En el caso del Descarte del material documental. La política 10 dice: "El descarte se llevará de acuerdo con las necesidades de cada biblioteca, el descarte se llevará a cabo una vez aprobado por el Comité de Biblioteca" <p>Evidencia: No se cuenta con un comité que revise y autorice las solicitudes de descarte.</p> <ul style="list-style-type: none"> El alcance del procedimiento de Desarrollo de colecciones (PE-DG-SIBIUAS-DC-02 versión 08 del 5 de octubre 2016) establece en el alcance: Este procedimiento se aplica a TODAS las bibliotecas del SIBIUAS, para inventario y descarte. <p>Evidencia: No en todas las bibliotecas auditadas se evidencia que esta actividad se esté llevando a cabo. (2014) La filiación materna en la reproducción asistida. T/M UA 2310/223V55</p> <p>Servicio Social.</p> <p>La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y prestación del servicio bajo condiciones controladas.</p> <p>Sin embargo el proceso no se aplica consistentemente, pues no está definido si el taller de Asesores es obligatorio cada año y de igual manera la vigencia de la certificación, encontrando un caso (Guamuchil) donde en dos periodos mensuales consecutivos no se autorizó la carta de liberación del servicio por no estar certificados y en otros casos si se acepta</p> | | |
| 1er. seguimiento: | Conclusión: | | |

| | | | |
|--------------------------|--|---------------------------------|------|
| No. de cláusula: | 7.5.3 Identificación y trazabilidad | No conformidad Menor No. | 2/ 3 |
| Descripción: | <p><i>Cuando sea apropiado, la organización debe identificar el producto por medios adecuados, a través de toda la realización del producto.</i> <i>La organización debe identificar el estado del producto con respecto a los requisitos de seguimiento y medicina a través de toda la realización del producto.</i></p> <p>Servicios al Público</p> <p>La información base para el préstamo externo se obtiene de las bases de datos tanto de material documental, que genera procesos técnicos, así como los datos de los usuarios que capturan los bibliotecarios en el SIABUC, dichas bases de datos no se analizan con regularidad para garantizar su actualización. Evidencia: En el caso de las bibliotecas Rafael Buelna y Escuinapa, no se utiliza el SIABUC y los tiempos de préstamo documental no se respetan. En la biblioteca de Escuinapa, los únicos datos que tiene el SIABUC son el inventario de material documental.</p> | | |
| 1er. seguimiento: | Conclusión: | | |
| No. de cláusula: | 8.3 Control del producto no conforme | No conformidad Menor No. | 3/ 3 |
| Descripción: | <p><i>La organización debe asegurarse de que el producto que no sea conforme con los requisitos del producto, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionado</i></p> <p>Servicios al Público</p> <p>De acuerdo a lo establecido en el documento Requisitos y criterios de aceptación del producto (RCAP-DGSIBIUAS-SP-01 versión 13 del 16 de noviembre, 2016) que indica:</p> <p>1.1. La signatura topográfica en la etiqueta del libro deberá permanecer legible, de lo contrario reponerla.</p> <p>2.1 La bibliografía deberá permanecer completa (no deshojado) o en caso contrario deberá ser descartado y repuesto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En las bibliotecas se cuenta con productos y servicios no conformes que no se están registrando. • En la Biblioteca Central, se cuenta con Listas de envío de material bibliográfico y documental reparado y habilitado de la Unidad de Procesos técnicos, a la Coord. de Servicios al público (núm 2017- producto 01-0015/MUL), sin embargo, no se evidencia que se revisen los criterios para la verificación del material reparado. | | |

Continuación...

| | |
|--------------------------|--|
| Descripción: | <ul style="list-style-type: none"> En la Biblioteca de Escuinapa, se tiene material sin intercalar, refiriendo el bibliotecario que es desde hace 4 años, asimismo, en la Biblioteca Angostura, también se presenta material sin intercalar. <p>Evidencia: En estantería se encuentran libros dañados (Biblioteca Central, Biología), con hongos (Biología) y no se muestra ningún registro en el FODGSIBIUAS-SP-06 Servicio No Conforme.</p> |
| 1er. seguimiento: | Conclusión: |

5. Recomendación del equipo auditor:

- No se detectaron No Conformidades**, por lo tanto, se evidencia la capacidad del sistema sin necesidad de realizar acciones correctivas. Las observaciones (si aplican) deberán ser atendidas por la organización y presentar evidencia de su atención en la próxima auditoría.
 - Se detectaron No Conformidades menores**, por tanto, para demostrar la capacidad del sistema es necesario que la organización realice acciones correctivas que eliminen las no conformidades y la causa de las no conformidades menores presentadas. Es necesario adjuntar evidencia de la implementación y deben ser aprobadas por el auditor. El tiempo máximo para el envío de la evidencia es de **45 días naturales** en máximo dos oportunidades.
 - Se detectaron No Conformidades mayores**, por lo que es necesario programar una AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO EN SITIO para verificar la implementación de las acciones tomadas por la organización para el cierre de las mismas. El tiempo máximo para recibir la auditoría es de **45 días naturales**.
- En caso de auditoría de seguimiento a no conformidades:**
- Se cerraron las No Conformidades**, por lo tanto el sistema de gestión cumple con los requisitos de la certificación. En próxima auditoría se verificará la eficacia.
 - No se cerraron las No Conformidades**, por lo tanto la organización debe presentar un plan de acciones u/o evidencias adicionales para el cierre satisfactorio de las no conformidades para demostrar cumplimiento.

La organización puede presentar sólo en dos ocasiones, evidencia para cierre de No Conformidades dentro de un plazo de 45 días hábiles a partir del cierre de la auditoría en sitio.

En caso de requerir una prórroga, ésta se podrá otorgar por única ocasión, por un periodo similar, previa solicitud por escrito en carta formal de la organización dirigida a la Dirección Técnica de ACCM América.

En caso de que en un segundo seguimiento dentro del plazo otorgado no se cierren todas las No Conformidades, se procede a la suspensión de la certificación.

Derivado de lo anterior, el equipo auditor **RECOMIENDA OTORGAR** la certificación de la organización.

Fecha: 17 marzo 2017

6. Información importante

- a. La auditoría se ha realizado siguiendo **técnicas de muestreo** por lo que no se garantiza que no existan desviaciones distintas de las que se incluyen en este informe y que podrán ser susceptibles de aparecer en futuras auditorías.
- b. El **tiempo máximo** que puede transcurrir en una reprogramación de cada **auditoría de vigilancia** es de **45 días naturales**. Suspendiendo el proceso cuando se supera dicho periodo.
- c. La primera auditoría de **vigilancia anual** debe realizarse a más tardar al transcurrir los 12 meses, considerado el último día de la auditoría de la **etapa 2**.
- d. El **informe de auditoría** debe imprimirse **por duplicado**, se rubrica en original por el equipo auditor y por el representante autorizado de la organización (cliente).
- e. La reincidencia de una **no conformidad mayor** se puede derivar la **SUSPENSIÓN** de la certificación, por lo tanto, la organización cuenta con 30 días naturales para poder recibir una auditoría de seguimiento previo a la suspensión de la certificación. En caso de segunda reincidencia, se procede a la cancelación.
- f. Las **auditorías de seguimiento en sitio** se pueden realizar cuando se presente, al menos, **una no conformidad mayor**.
- g. **ACCM** se reserva el derecho de **CANCELAR** la auditoría en sitio del Sistema de Gestión, cuando se observe ausencia de la implementación del Sistema de Gestión a evaluar.
- h. Se **SUSPENDERÁ** el proceso de certificación cuando la organización no presente evidencias que sustenten el **cierre de no conformidades** menores en un tiempo de **45 días naturales**, en auditorías de vigilancia o recertificación. El Certificador es el responsable de valorar y determinar el estado.
- i. Es posible realizar una **Auditoría Especial (con notificación a corto plazo)**, en caso de una solicitud de **AMPLIACIÓN, REDUCCIÓN DE ALCANCE** de una certificación ya otorgada, **QUEJAS DE CLIENTES**, entre otras.
- j. A la organización certificada que no permita la realización de auditorías de vigilancia o con notificación a corto plazo, de acuerdo al periodo requerido, será **SUSPENDIDA** del proceso de certificación.
- k. Este reporte es propiedad de ACCM América, S. de R.L. de C.V.

Fecha: 17 marzo 2017.

L. Gancedo

Auditor Líder
Nombre y firma

Como Representante de la organización, ACEPTO los resultados de la auditoría.

Como Representante de la organización, NO ACEPTO los resultados de la auditoría y me comprometo a ingresar la justificación técnica correspondiente en un periodo no mayor a 5 días hábiles.


Othab BELTRAN 17/03/17
Representante de la Dirección
Nombre, firma y fecha

Representante de la Dirección
Nombre, firma y fecha