



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 25

CONTENIDO

DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	2
OBJETIVO	2
ALCANCE	2
CRITERIOS DE AUDITORIA	2
MIEMBROS DEL EQUIPO AUDITOR	2
AUDITADOS	3
DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS	3
ACTIVIDADES AUXILIARES A LA EDUCACIÓN	3
1. Unidad de Hematología y Banco de Sangre	3
2. Laboratorio de Análisis Clínicos	3
1. Campus Rafael Buelna Tenorio (Edificios 1, 2, 3, 4, 5 y 6)	3
ASPECTOS DESTACABLES	5
FORTALEZAS	5
DEBILIDADES	5
CONCLUSIONES	5



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 25

DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA			
Fecha de Realización:	20 al 23 de noviembre 2018		
Número:	25		
Multi-Sitio:	SI		NO x
Método de Auditoría:	En sitio		
Norma de Referencia:	ISO 14001:2015 Sistemas de Gestión Ambiental – Requisitos con orientación para su uso		

OBJETIVO
Verificar la conformidad de los procesos incorporados y ampliación del alcance del Sistema de Gestión de acuerdo a los criterios de auditoría con la finalidad de evaluar el cumplimiento de los objetivos especificados e identificar las oportunidades de mejora.

ALCANCE		
SISTEMA DE GESTIÓN		
PROCESO	SITIO (S)	UBICACIÓN
Actividades auxiliares de apoyo a la educación.	1. Unidad de Hematología y Banco de Sangre	Eustaquio Buelna No. 91, Col. Gabriel Leyva, C.P. 80030. Culiacán, Sinaloa.
	2. Laboratorio de Análisis Clínicos	
	3. Campus Rafael Buelna Tenorio – Edificio 1 Torre de Rectoría	
	4. Campus Rafael Buelna Tenorio – Edificio 2	Blvd. Miguel Tamayo Espinoza de los Monteros 2358 Desarrollo Urbano 3 Ríos CP 80020 – Culiacán de Rosales, Sinaloa.
	5. Campus Rafael Buelna Tenorio – Edificio 3	
	6. Campus Rafael Buelna Tenorio – Edificio 4	
	7. Campus Rafael Buelna Tenorio – Edificio 5 Centro de Políticas de Género para la Igualdad entre Mujeres y Hombres	
	8. Campus Rafael Buelna Tenorio – Edificio 6	

CRITERIOS DE AUDITORIA
<p>Manual de Gestión del Sistema de Gestión de la Universidad Autónoma de Sinaloa</p> <p>Información documentada requerida por la Norma 14001:2015</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento de identificación, evaluación y administración de aspectos ambientales • Procedimiento para el control de la información documentada • Procedimiento para auditorías internas • Procedimiento para la revisión por la dirección • Procedimiento para planes de mejora • Procedimiento para no conformidad y acciones correctivas • Guía para la elaboración de plan de mejora • Guía para la elaboración de la información documentada • Guía para la elaboración de indicadores de desempeño ambiental <p>Información documentada específica que da evidencia de la eficaz planificación, operación y el control de los procesos:</p> <p>Sistema de Gestión Ambiental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de Ciclo de Vida • Matriz de Evaluación de Aspectos e Impactos Ambientales • Objetivos y Metas Ambientales y evidencias • Matriz de Identificación de Requisitos Legales Ambientales y otros requisitos. • Programa de Administración Ambiental • Controles Operacionales de sus Aspectos Ambientales • Información documentada específica mantenida y conservada

MIEMBROS DEL EQUIPO AUDITOR	
AUDITOR LÍDER	
Guevara Salido Rosa María	
AUDITORES INTERNOS	
Avendaño Corrales Marifeli	Mendoza Medina Pamela
Avendaño Mendoza Graciela	Soto Pérez Fernando Ixel
Leal León Alma Lorena	



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 25

AUDITADOS		
NOMBRE	PUESTO	PROCESO
Unidad de Hematología y Banco de Sangre		
Dr. Jesús Emmanuel Medina Coral	Jefe de la Unidad de Hematología y Banco de Sangre	Actividades auxiliares de apoyo a la educación.
Dr. Miguel Ángel Valdez Cruz	Responsable del Proceso (y operativos)	
Laboratorio de Análisis Clínicos		
Dra. Rosario Beltrán Ruiz	Jefe del Laboratorio de Análisis Clínicos	Actividades auxiliares de apoyo a la educación.
QFB. Susan Ávila Acosta	Responsable del Proceso (y operativos)	
Campus Rafael Buelna Tenorio (CRBT)		
LCP. Omar Armando Beltrán Zazueta	Responsable de la Dirección del Sistema de Gestión de la Calidad	Actividades auxiliares de apoyo a la educación.
ING. Gerardo Hiram Sarabia Enciso	Responsable de Proceso (y operativos)	

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS		
REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
PROCESO:	ACTIVIDADES AUXILIARES A LA EDUCACIÓN	
SITIO:	1. Unidad de Hematología y Banco de Sangre	
El proceso demuestra que ha establecido, implementado, mantenido y mejorado continuamente de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 14001:2015.		
SITIO:	2. Laboratorio de Análisis Clínicos	
4.1	La organización debe determinar las cuestiones externas e internas pertinentes para su propósito y que afectan la capacidad para lograr resultados previstos en el SGA ambiental. El personal de Laboratorio de Análisis Clínicos muestra el documento Análisis de Contexto de fecha enero 2018, el cual menciona eje 7, política 7.2 del PDI Consolidación Global 2021. Se recomienda considerar en el análisis de contexto el eje 5, política institucional 5.4, meta: Laboratorios acreditados.	Oportunidad de Mejora
6.2.1	Los objetivos deben ser coherentes con la política ambiental, ser medibles y ser objeto de seguimiento. Tienen determinado los objetivos y metas en el documento: Objetivos y Metas Medioambientales de fecha (V2 31/10/17) en el que determinan reducir un 2% la generación de los residuos RP (CRETI y RPBI), reducir un 5% el consumo de agua y reducir un 5% el consumo de energía eléctrica. Sin embargo, realizando la sumatoria de los datos mostrados en los Informes de Desempeño Ambiental de los trimestres, ene-mar, abr-jun, jul-sep de 2018, exceden los datos de inicio. El indicador de inicio para residuos RP (CRETI y RPBI) es 275.29kg, la suma de los tres trimestres del 2018 es 304.92 kg. En el consumo de agua el indicador de inicio 11.66 m3 por trabajador, la suma de los tres trimestres del 2018 es 12.88m3. El consumo de energía eléctrica el indicador de inicio 942.89kwh, suma de los tres trimestres del 2018 es 1009.89 kwh.	No conformidad
SITIO:	3. Campus Rafael Buelna Tenorio (Edificios 1, 2, 3, 4, 5 y 6)	
6.1.2.	La organización debe determinar los aspectos ambientales (AA) de sus actividades, productos y servicios que puede controlar y de aquellos en los que puede influir. Durante la auditoría, el responsable de proceso mostró el Procedimiento de Identificación, Evaluación y Administración de Aspectos Ambientales (V4 31/8/18), el cual establece en su política 1 y apartado VI - actividad 1 que para la identificación de aspectos ambientales se realice un análisis de las actividades, productos y/o servicios, para lo cual se presentó el Análisis de Ciclo de Vida (V2 31/8/18) que incluye, actividades de: recepción de insumos, administrativas, atención a usuarios, control de información documentada, específicas de las áreas e impresión de documentos, utilización de cocinetas, con alcance en los edificios, 1, 2, 3, 4, 5, y 6, cuyos elementos de entrada son equipos electrónicos, de cómputo y de refrigeración, sin embargo, no se contempla como salida y aspectos ambiental la generación de residuos tecnológicos. Así mismo, la organización debe determinar los aspectos ambientales significativos (AAS), mediante el uso de criterios establecidos. En función a ello, se muestra el Procedimiento de Identificación y Evaluación de Aspectos Ambientales (V4 31/8/18) y la Matriz de Evaluación de Aspectos e Impactos Ambientales (V2 31/8/18), en el cual se declaran 2 AAS: Generación de RP y Consumo de energía resultado de alcanzar un valor igual o mayor a 11 puntos en el cálculo de Índice de Riesgo Ambiental (IRIA), sin embargo, se detecta la incorrecta evaluación del aspecto ambiental Almacenamiento de Sustancias Peligrosas (10 puntos) debiendo catalogarse como significativo, ya que los valores en los criterios de alcance (valor 1 – el AA se ubica en un punto determinado) y control operacional (valor 1 –se tienen controles instalados y funcionan adecuadamente) son erróneos, considerando que en el análisis de ciclo de vida (V2 31/8/18) y en recorrido se observó que el almacenamiento se presenta en varios sitios en los edificios 2, 3 y 4, aunado a que el control	Observación



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 25

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS		
REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
	instalado no es suficiente (según responsable de intendentes de CRBT: no hay un espacio asignado para el almacenamiento de sustancias químicas peligrosas, no se cuenta con equipo de protección personal y no se tiene medidas para almacenar de acuerdo a la compatibilidad de las sustancias).	
7.4.1	La organización debe establecer, implementar y mantener los procesos necesarios para las comunicaciones internas y externas pertinentes al SGA. La cédula de comunicación (V1 31/8/18) del CRBT establece el proceso para comunicar los aspectos ambientales significativos, los objetivos medio ambientales y su cumplimiento, la información pertinente del SGA incluidos los cambios y requisitos para proveedores, así como informar sobre el desempeño ambiental, sin embargo, durante las entrevistas al personal de los edificios 2, 3, 4 y al personal de mantenimiento (electricistas) se detecta insuficiencia en la comunicación de la información del SGA, mostrando el personal débil conocimiento.	Observación
7.5.3	La información documentada requerida por el SGA y por la norma ISO 14001 se debe controlar para asegurarse que esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite. Para tales fines, de acuerdo al Procedimiento para Control de la Información Documentada (V20 31/8/18) se cuenta con el módulo del SG, para consulta de la información documentada general y lo específico al proceso actividades auxiliares a la educación tales como: Análisis de ciclo de vida (V2 31/8/18), Matriz de evaluación de aspectos e impactos ambientales (V2 31/8/18), Matriz de identificación requisitos ambientales y otros requisitos (V2 31/8/18), Objetivos y metas medio ambientales (V2 31/8/18), Cédula de comunicación (V1 31/8/18), Procedimiento de manejo integral de residuos (V3 31/8/18), Procedimiento de manejo integral de sustancias químicas peligrosas (V1 31/8/18), Instructivo de acción en caso de derrames (V2 31/8/18), Guía para la elaboración de señalización de comunicación de peligros y riesgos para sustancias químicas peligrosas. (V1 31/8/18). Sería recomendable, fortalecer la capacitación y acceso al módulo del SG al personal de mantenimiento, intendentes y responsables de operar los procedimientos de control operacional.	Oportunidad de Mejora
8.1	La organización debe establecer, implementar, controlar y mantener los procesos necesarios para satisfacer los requisitos del SGA mediante el establecimiento de criterios de operación para los procesos y la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios de operación. En ese sentido, se cuenta con el Procedimiento para el Manejo Integral de los Residuos (V3 31/8/18), el cual establece en su apartado V Desarrollo 2) Manejo de RP, actividad 4 que el personal operativo de mantenimiento debe portar el equipo de protección personal, cuando menos ropa de trabajo, guantes adecuados al tipo de residuos manejado y lentes, sin embargo, personal operativo de mantenimiento e intendencia declaran que no cuentan con equipo de protección personal tales como guantes y lentes y en el caso de operativos de plantas de emergencia carecen de cascos, lentes y orejeras. Así mismo, en materia de los residuos de manejo especial , aun y cuando se cuenta con el resolutive de la Secretaria de Desarrollo Sustentable (Oficio SUBSRIA.M.A.R.N./218/2018 21/6/18) el cual manifiesta que al no ser gran generador, se niega la autorización del plan de manejo de RME, sería recomendable mantener los controles y actualizar los criterios de operación de los residuos declarados de manejo especial en el plan de manejo de RME (V2 30/10/18) con revisión número 2 al 25/4/18; y acondicionar los contenedores correspondientes en las áreas de trabajo, acorde a la actualización de la clasificación de residuos (no peligrosos) generada en agosto 2018, según el análisis de ciclo de vida (V2 31/8/18) que suprime la clasificación de aluminio como RME y el Procedimiento para el Manejo Integral de los Residuos (V3 31/8/18) que elimina la bitácora de RME.	Observación
8.2	Para situaciones potenciales de emergencia la organización debe: prepararse para responder, mediante la planificación de acciones para prevenir o mitigar los impactos ambientales adversos provocados por situaciones de emergencia y poner a prueba periódicamente las acciones de respuesta planificadas. En ese sentido se cuenta con el Plan Interno de Protección Civil autorizado por el Instituto Estatal de Protección Civil el 17/9/18 (Oficio IEPC/3251/2018), que contempla en el edificio 1 un sistema fijo contra incendio, sin embargo, durante la auditoría se detecta: fuga en el hidroneumático de la cisterna 1, fuga en la planta de emergencia del edificio 1 y extintores en los edificios 1, 2, 3, 4, 5, y 6 con en fecha vencida para su recarga.	No conformidad



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 25

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS	
ASPECTOS DESTACABLES	La relevancia de la perspectiva ambiental en la Gestión Institucional actual, fundamenta en el Plan de Desarrollo Institucional Consolidación Global 2021, que en sus ejes estratégicos 4 Gestión y Administración Colegiada, Incluyente e Innovadora y 7 Universidad Sustentable
	El fortalecimiento y consolidación del sistema de gestión, a través del mantenimiento y ampliación de las certificaciones en normas ISO, que impulsa la participación efectiva de la comunidad universitaria para una adecuada gestión de la sustentabilidad universitaria.
	La actualización del enfoque y ampliación del alcance del Sistema de Gestión Ambiental, orientándose a actividades auxiliares a la educación para unificar los criterios de operación y sentar bases sólidas que faciliten la integración de otros sitios.
	Actualización del Manual de Gestión, procedimientos y guías generales y de más información documentada (general y específica) de soporte del SG de conformidad con los requisitos de la norma ISO 14001:2015
	La fusión de los requisitos para las certificaciones en Calidad Ambiental de la Procuraduría de Protección al Ambiente (PROFEPA) y en ISO 14001:2015 en el establecimiento e implementación del Sistema de Gestión Ambiental.
	El liderazgo y compromiso manifestado por la alta dirección, para la gestión de recursos y financiamiento para la institución, así como el alto desempeño y compromiso de los responsables de proceso y operativos auditados de las UO: Dirección de Construcción y Mantenimiento, Unidad de Hematología y Banco de Sangre, Laboratorio de Análisis Clínicos y Dirección del Sistema de Gestión de la Calidad.
	En Unidad de Hematología y Banco de Sangre y Laboratorio de Análisis Clínicos: El personal demuestra un nivel de comprensión consolidado, el mismo se pudo verificar con el conocimiento de la información mostrada en los documentos, y con el análisis realizado en enfoque orientado a la misión institucional y su ámbito de control.
FORTALEZAS	En CRBT – El nivel de cumplimiento con requisitos legales ambientales aplicables y el espíritu de cooperación de las autoridades ambientales para con la Universidad Autónoma de Sinaloa
	En CRBT – La notable cultura por la evaluación, derivado a que en los 6 inmuebles se cuenta con la Certificación Ambiental PROFEPA y la mayoría de las UO establecidas en el Campus cuentan con certificación en ISO 9001:2015.
	En CRBT – La vinculación e involucramiento de distintas UO tales como: Dirección de Construcción y Mantenimiento, Dirección de Personal, Dirección de Bienes e Inventarios, Unidad de Bienestar Universitario para atender requisitos vinculados a la Preparación y Respuesta a Emergencias.
	En la UHBS - Se cuenta con un documento de análisis del contexto de la organización donde analizan desde el PDI hasta las cuestiones externas.
	En Laboratorio de Análisis Clínicos: El trabajo en equipo y la experiencia que el personal ha adquirido, les permite tomar las evaluaciones como un aspecto con el que pueden acceder a la mejora.
DEBILIDADES	En CRBT – Los altos costos y débil financiamiento para inversión en infraestructura y recursos humanos que inciden directamente en la mejora en aspectos ambientales.
	En UHBS - La codependencia de los procesos de control operacional y control de la información documentada que demuestra el cumplimiento con objetivos ambientales y requisitos legales con Hospital Civil de Culiacán.
CONCLUSIONES	La auditoría se realizó de acuerdo a lo establecido en el Plan de Auditoría No.25 y se cumplió con el objetivo y los criterios de la misma.
	Durante la auditoría no se presentaron incidentes y los trabajos se llevaron en un ambiente de colaboración.
	A pesar de las actividades diarias del equipo de auditores internos del Sistema de Gestión en cada una de sus unidades organizacionales agradecemos su esfuerzo para la realización de este ejercicio.
	En términos numéricos se auditó 1 proceso con alcance en 8 sitios (edificios) en los que se ubican 33 unidades organizacionales. Esta evaluación fue realizada en la unidad regional centro por un total de 6 miembros del equipo auditor de los cuales son: 1 auditor líder y 5 auditores internos.
	Se informa que NO se detectan hallazgos de tipo observación y/o no conformidades en preponderancia en los sitios auditados que requiere levantar acción correctiva a nivel sistema de acuerdo al Procedimiento para Auditorías Internas. De lo anterior se concluye que se detectaron: 2 No conformidad 3 Observaciones y 2 Oportunidades de Mejora
Para el caso de las observaciones y no conformidades anteriormente citadas se procederá al levantamiento de acciones correctivas a nivel proceso en un plazo no mayor a cinco días hábiles de haber recibido el informe de auditoría interna de acuerdo al Procedimiento para Auditorías Internas y en el caso de las oportunidades de mejora se solicita considerarlas como elementos de entrada para la Revisión por la Dirección, analizarlas y en su caso incorporarlas al Plan de Mejora Anual 2019. Se agradece la disponibilidad y amabilidad.	




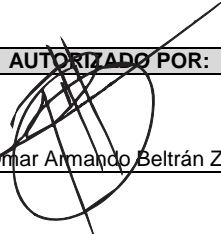
Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 25

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS	
	Se agradece la disponibilidad y amabilidad de los Titulares de Unidades Organizacionales, así como de sus colaboradores, responsables y operativos de los procesos, que nos permitieron el desarrollo adecuado de esta revisión.

FECHA DE ELABORACIÓN	23 de noviembre de 2018
----------------------	-------------------------

ELABORADO POR:	AUTORIZADO POR:
 LCP. Rosa María Guevara Salido	 LCP. Omar Armando Beltrán Zazueta