



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 27

CONTENIDO

| | |
|----------------------------------|---|
| DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA | 2 |
| OBJETIVO | 2 |
| ALCANCE | 2 |
| CRITERIOS DE AUDITORIA | 2 |
| MIEMBROS DEL EQUIPO AUDITOR | 3 |
| AUDITADOS | 3 |
| DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS | 3 |
| Sistema de Gestión | 3 |
| Laboratorio de Análisis Clínicos | 3 |
| Campus Rafael Buelna Tenorio | 3 |
| ASPECTOS DESTACABLES | 5 |
| FORTALEZAS | 5 |
| DEBILIDADES | 6 |
| CONCLUSIONES | 6 |



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 27

| DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA | | | | |
|---------------------------------|---|---|----|--|
| Fecha de Realización: | 19 al 22 de noviembre de 2019 | | | |
| Número: | 27 | | | |
| Multi-Sitio: | SI | X | NO | |
| 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 del proceso “Actividades auxiliares a la educación” incorporado al alcance del Sistema de Gestión Ambiental (SGA) 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 Ambiental (SGA) | | |
| PROCESO | SITIO (S) | UBICACIÓN |
| Actividades auxiliares a la educación | 1. Unidad de Hematología y Banco de Sangre | Eustaquio Buelna No. 91 Col. Gabriel Leyva CP 80030 Culiacán Sinaloa. |
| | 2. Laboratorio de Análisis Clínicos | |
| | 3. Campus Rafael Buelna Tenorio – Edificio 1 Torre de Rectoría | Blvd. Miguel Tamayo Espinoza de los Monteros 2358 Desarrollo Urbano 3 Ríos CP 80020 – Culiacán de Rosales, Sinaloa. |
| | 4. Campus Rafael Buelna Tenorio – Edificio 2 | |
| | 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 Genero para la Igualdad entre Mujeres y Hombres | |
| | 8. Campus Rafael Buelna Tenorio – Edificio 6 | |

| CRITERIOS DE AUDITORIA |
|--|
| <p>Manual de Gestión (MG) del Sistema de Gestión de la Universidad Autónoma de Sinaloa</p> <p>Información documentada requerida por la Norma ISO 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 |



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 27

| MIEMBROS DEL EQUIPO AUDITOR | |
|------------------------------|--------------------------------|
| AUDITOR LÍDER | |
| 1. Rosa María Guevara Salido | |
| AUDITORES INTERNOS | |
| 2. Alma Lorena Leal León | 3. Orffa Marisol López Obregón |
| 4. Fernando Ixel Soto Pérez | 5. Pamela Mendoza Medina |
| 6. Luis Antón Amaral Solís | |

| 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 a la educación |
| Dr. Miguel Ángel Valdez Cruz | Enlace ambiental (y operativos) | |
| Laboratorio de Análisis Clínicos | | |
| Dra. Rosario Beltrán Ruiz | Jefe del Laboratorio de Análisis Clínicos | Actividades auxiliares a la educación |
| QFB. Susan Ávila Acosta | Enlace ambiental (y operativos) | |
| Campus Rafael Buelna Tenorio (CRBT) Edificios 1, 2, 3, 4, 5 y 6 | | |
| MC. Omar Armando Beltrán Zazueta | Responsable de la Dirección de Sistema de Gestión de la Calidad | Actividades auxiliares a la educación |
| Ing. Gerardo Hiram Sarabia Enciso | Responsable del Proceso (y operativos) | |

| DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS | | |
|--|--|-----------------------|
| REQUISITO | DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA) | HALLAZGO |
| SITIO: Sistema de Gestión | | |
| 4.3 | La organización debe determinar los límites y la aplicabilidad del SGA para establecer su alcance. Se recomienda establecer en el MG las unidades organizacionales integrantes de los sitios del CRBT involucrados en el SGA. | Oportunidad de Mejora |
| 7.4.1 | a organización debe implementar y mantener los procesos necesarios para las comunicaciones internas y externas pertinentes al SGA. Se recomienda fortalecer las cédulas comunicación considerando las responsabilidades de titular de la DSGC, responsable de proceso y enlaces ambientales, así como la implementación de la comunicación de la información del SGA entre los diversos niveles incluidos los cambios del SGA y resultados de la gestión eficaz del ciclo escolar 2018-2019 | Oportunidad de Mejora |
| SITIO: Laboratorio de Análisis Clínicos | | |
| 8.1 | La organización debe establecer, implementar, controlar y mantener los procesos necesarios para satisfacer los requisitos del SGA, mediante la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios de operación. El sitio cuenta con el procedimiento para el manejo de residuos peligrosos (V1 del 1/ago/19) el cual establece las actividades para el pesaje y registro de los RP generados. Se recomienda valorar que se contemplen actividades de verificación a intervalos planificados de la actividad de pesaje y registro para tener mayor confianza de los datos registrados en etiqueta y bitácora. | Oportunidad de Mejora |
| 10.2 | Cuando ocurra una no conformidad, la organización debe: reaccionar ante la no conformidad, implementar cualquier acción necesaria y revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada. Sin embargo, se detecta que los reportes de NC y acciones correctivas de folios: 59/11/18 (propuesta de cumplimiento del 15/ene/19) y 60/11/18 (propuesta de cumplimiento del 12/06/19) no muestran evidencia de implementación ni verificación de las acciones necesarias. | Observación |
| SITIO: Campus Rafael Buelna Tenorio | | |
| 6.1.2 | Cuando se determinan los aspectos ambientales, la organización debe tener en cuenta las condiciones anormales y las situaciones de emergencia razonablemente previsibles. Sería | Oportunidad de Mejora |



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 27

| DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS | | |
|--------------------------|---|-----------------------|
| REQUISITO | DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA) | HALLAZGO |
| | <p>recomendable fortalecer el análisis de ciclo de vida del sitio CRBT (V3 al 1/ago/19) para identificar AA, identificando actividades vinculadas a la atención y/o prevención de emergencias o en condiciones anormales, tales como: simulacros, derrames, incendios, sismos, inundaciones, desabasto de energía, entre otros relevantes.</p> | |
| 8.1 | <p>La organización debe establecer, implementar, controlar y mantener los procesos necesarios para satisfacer los requisitos del SGA, mediante la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios de operación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para el manejo integral de residuos, el sitio cuenta con el procedimiento (V3 al 31/ago/18) el cual establece que en relación a los residuos de manejo especial (RME) se controlan de acuerdo al plan de RME. Dicho plan actualizado (V3 al 1/ago/19) establece en la actividad 1 que los responsables y operativos de las áreas de trabajo acopian y almacenan los residuos: orgánico e inorgánico, plástico, papel a través de contenedores clasificados situados en cada una de las oficinas de las Unidades Organizacionales (UO); sin embargo durante el recorrido a las UO del CRBT (rectoría de edificio 1, contraloría general y dirección de auditoría interna del edificio 2, dirección de prestaciones sociales y SIIA del edificio 3, proyectos especiales y secretaría académica del edificio 4, equidad de género del edificio 5 y dirección de archivo general del edificio 6), se observó que no se lleva a cabo el acopio y almacenamiento adecuado de los RME aun y cuando se cuenta con los contenedores identificados. • Durante la auditoría no se demostró claridad en los métodos e implementación de los controles vinculados al AA Residuos Peligrosos (envases vacíos de sustancias químicas) derivados de la actividad de limpieza señalados en el análisis de ciclo de vida (V3 al 1/8/19) en correspondencia con los procedimientos de manejo integral de sustancias química peligrosas (V1 al 31/8/18), procedimiento de manejo integral de residuos (V3 al 31/8/18) y NOM-018-STPS-2015 sección 13. | No conformidad |
| 8.1 3er párrafo | <p>Dentro del SGA, se debe definir el tipo y grado de control o influencia que se va a aplicar sobre los procesos contratados externamente. Durante la auditoría se muestra oficio por parte de SERTES al 5/nov/19 donde manifiesta 4 años con contrato para servicios de mantenimiento preventivo y correctivo a las plantas eléctricas, en los cuales SERTES se hace responsable de los residuos peligrosos para su correcto tratamiento con empresa avalada por SEMARNAT (evidencia: manifiesto de ECOSOL no. 89382) se controla a través de solicitudes de orden de trabajo y evidencias de los trabajos realizados con revisión del responsable de DCM involucrado en la actividad (evidencia: de mantenimiento en planta de emergencia en edificio 1 solicitud de orden de trabajo con folio SIN18199 y rutina de mantenimiento mensual del 09/07/19). Es recomendable especificar el tipo y cantidad de residuos peligrosos que genera SERTES durante la realización de los mantenimientos a las plantas de emergencia y queden especificadas en los documentos de trabajo.</p> | Oportunidad de mejora |
| 8.2 | <p>La organización debe establecer, implementar y mantener los procesos necesarios acerca de cómo prepararse y responder a situaciones potenciales de emergencia. Durante la auditoría se detecta que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuentan con un Plan interno de protección civil, contempla en su análisis de riesgos internos y externos que no fue renovada la opinión favorable al 17/sep/19 (Evidencia: Oficio IEPC/325172018). • En el sistema fijo contra incendios, el control para bomba contra incendio con motor de combustión interna está apagado al no contar con el acumulador respectivo. | No conformidad |
| 9.1 | <p>La organización debe asegurarse de que se usan y mantienen equipos de seguimiento y medición calibrados o verificados, según corresponda. Para el pesaje de los residuos peligrosos se cuenta con una báscula funcional, adquirida a finales de 2018, se observa en buenas condiciones cuyas mediciones son verificadas por comparación con las generadas por la empresa recolección, sin que a la fecha se presenten desviaciones. Es recomendable valorar la calibración de la báscula para comparar los valores obtenidos con la medida correspondiente a un padrón de referencia.</p> | Oportunidad de Mejora |
| 10.2 | <p>La norma establece que cuando ocurra una no conformidad (NC), la organización debe reaccionar ante la NC y conservar información documentada como evidencia de la naturaleza de la NC y cualquier acción tomada posterior. Durante la auditoría, en relación al consumo de agua para riego, el enlace ambiental de DCM declara que en los meses de octubre y noviembre no se realizó el riego de jardines de los edificios 1, 2, 5 y 6, no se ha informado al responsable de proceso, no hay mediciones y sin generar un reporte de NC y acciones correctivas.</p> | No Conformidad |



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 27

| DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS | | |
|--------------------------|--|-----------------------|
| REQUISITO | DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA) | HALLAZGO |
| | Por su parte, el procedimiento para NC y acciones correctivas vigente (V17 al 30/oct/17) en su desarrollo, la actividad 17 b), establece que al evaluar la eficacia de las acciones tomadas a las NC y revisar la evidencia objetiva se considere que las correcciones y acciones correctivas no fueron eficaces o no se cumplieron en las fechas establecidas se deberán solicitar acciones adicionales y una nueva fecha de cumplimiento al responsable inicial de ejecutarlas, sin embargo, el responsable de proceso declara que no se generaron nuevos reportes de NC y acciones correctivas para los folios 61/11/18 y 63/11/18 consideradas no efectivas. | |
| 10.3 | La organización debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGA para mejorar el desempeño ambiental. para ello el manual de gestión (V24 al 1/ago/19) establece que se hará a través de planes de mejora de los procesos y cuando es aplicable el programa de administración ambiental. El responsable de proceso comenta sobre el seguimiento a las mejoras con base a su programa de administración ambiental evidencia (del sitio CRBT V2 al 1/ago/19), revisión por la dirección (al 30/nov/19) y requisitos de partes interesadas. Se recomienda que el proceso utilice los mecanismos de procedimiento, guía y métodos de seguimiento a la mejora continua mediante la elaboración de planes de mejora anual del proceso. | Oportunidad de Mejora |

| 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. |
| | Actualización del Manual de Gestión, procedimientos y guías generales y de más información documentada (general y específica) de soporte del SG, consolidando el proceso “actividades auxiliares a la educación” como proceso único, de naturaleza multistio de conformidad con los requisitos de la norma ISO 14001:2015. |
| | Replanteamiento del alcance del SGA en los sitios de Unidad de Hematología y Banco de Sangre (UHBS) y Laboratorio de Análisis Clínicos (LAC). |
| | Establecimiento de objetivos ambientales generales, que se logra a través de indicadores y metas ambientales realizadas por los sitios. |
| | 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 |
| | La inclusión en el SGA de los controles para el tratamiento de residuos electrónicos respetando el marco jurídico universitario. |
| | En CRBT: El compromiso y conocimiento mostrado por parte de los enlaces ambientales de UO, personal de electricidad de DCM, personal de intendencia y responsable de proceso. |
| FORTALEZAS | En CRBT: El empleo de sistema de iluminación para exteriores con reloj astronómico, con interruptor de horario, el cual ha generado beneficios como ahorro en el consumo de energía eléctrica, elimina los riesgos de interrupción del servicio por lluvias o cielos nublados, adaptación al cambio de horario, eficiente uso del recurso financiero incidiendo en las políticas del plan de austeridad universitario. |
| | El alcance del SGA incluye a las principales unidades organizacionales que soportan la gestión y administración universitaria y dos sitios vinculados a la función de extensión universitaria. |
| | La madurez de los procesos del SGA de: planeación estratégica, revisión por dirección y auditorías. |
| | En la UHBS: El compromiso del personal de la Unidad de Hematología y Banco de Sangre que demuestran conciencia en la importancia del cuidado ambiental. |
| | En LAC: El compromiso de la titular y del personal del laboratorio para el desarrollo de la evaluación, la buena disponibilidad del enlace ambiental de UO, así como el manejo de la documentación. |
| En CRBT: La vinculación e involucramiento de distintas UO tales como: Dirección de Construcción y Mantenimiento, Dirección de Personal, Dirección de Bienes e Inventarios para atender requisitos vinculados a la norma certificable. | |
| En CRBT: La competencia del responsable de proceso con formación de auditor en ISO 14001:2015 con certificación IRCA y formación en temas ambientales que se retorna en el SGA al ser el responsable facilitador a enlaces ambientales, brigadistas, personal de operación de controles ambientales y otros en temas ambientales. | |





Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 27

| DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS | |
|--------------------------|--|
| DEBILIDADES | <p>En LAC: La constante rotación del personal de intendencia y secretarías del Laboratorio de análisis clínicos.</p> <p>En CRBT: La próxima rotación de personal con formación ambiental de intendencia que se presenta en los sitios de CRBT y LAC y secretarías</p> <p>En CRBT: La necesidad incipiente de recursos financieros para la implementación de controles para el almacenamiento de SQP, tratamiento final de residuos electrónicos, mejora en las instalaciones eléctricas, entre otros.</p> |
| CONCLUSIONES | <p>La auditoría se realizó de acuerdo a lo establecido en el Plan de Auditoría No.27 y se cumplió con el objetivo y los criterios de la misma.</p> <p>Durante la auditoría no se presentaron incidentes y los trabajos se llevaron en un ambiente de colaboración, por lo que la gestión de riesgos fue efectiva.</p> <p>A pesar de las actividades diarias los involucramos en el Sistema de Gestión Ambiental atendieron el llamado a la evaluación en cada una de sus unidades organizacionales, por lo que agradecemos su esfuerzo para la realización de este ejercicio.</p> <p>En términos numéricos se auditó 1 proceso con alcance en 8 sitios (edificios) en los que se ubican 34 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.</p> <p>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:</p> <p style="text-align: center;">3 No conformidad, 1 Observaciones y 7 Oportunidades de Mejora</p> <p>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 2020.</p> <p>Se agradece la disponibilidad y amabilidad de los Titulares de Unidades Organizacionales, así como de sus colaboradores, responsable de los procesos y enlaces ambientales, que nos permitieron el desarrollo adecuado de esta revisión</p> |

| | |
|-----------------------------|-----------------------|
| FECHA DE ELABORACIÓN | 15 de febrero de 2019 |
|-----------------------------|-----------------------|

| ELABORADO POR: | AUTORIZADO POR: |
|--|---|
|  LCP. Rosa María Guzmán Salido Auditora Líder |  MC. Omar Armando Beltrán Zazueta Representante de la Alta Dirección |