

En la revisión al Sistema de Gestión de la Calidad se encontraron los siguientes cumplimientos

Descripción de los cumplimientos en la UUEC	Punto de la Norma ISO 9001:2008
Existe un documento de política de calidad, está definido el objetivo de calidad, se cuenta con un manual de calidad y existen en el área cuatro procedimientos documentados exigidos por la norma para las necesidades del desarrollo del sistema. Las personas auditadas conocen su existencia y donde se ubican.	4.2.1
Se mencionan en los dos procedimientos los documentos de origen externo, los cuales se encuentran en los sitios señalados y el personal auditado conoce su ubicación.	4.2.3
Los registros indicados en los procedimientos que se están aplicando son los correctos y se ubica en los sitios señalados, el personal auditado conoce su ubicación.	4.2.4
Se utiliza el correo electrónico, oficios y se utiliza la comunicación verbal directa. Se presenta evidencia de algunos correos electrónicos informativos. Se verifica físicamente.	5.5.3
Los productos (expedientes) están identificados, se ubican en el sitio asignado y la responsable de su resguardo los localiza con facilidad.	7.5.3
Descripción de los cumplimientos en el LEIM	Punto de la Norma ISO 9001:2008
La política de gestión se encuentra ubicada en sitios estratégicos del área auditada y en la portada de todos los expedientes clínicos.	4.2.1 Generalidades
Se revisó de manera aleatoria 4 de 8 expedientes y en todos se encontró que se utilizan los formatos vigentes, documentados en la página de la Facultad de Medicina y en el Share Point. Los documentos de origen externo que están referidos en los procedimientos como necesarios para la planificación y la operación de las Buenas prácticas de calidad, se identifican y se encuentran ubicados en las áreas dispuestas.	4.2.3 Control de los documentos c), d) y f)
La organización dispone de los recursos necesarios para mantener el sistema de gestión de la calidad y aumentar la satisfacción del cliente.	6.1 Provisión de recursos
El personal expresa que en la unidad universitaria de rehabilitación existe un ambiente de trabajo agradable, con condiciones idóneas de iluminación y temperatura.	6.4 Ambiente de trabajo
Se encuentra identificado el expediente a lo largo de todo el proceso por el que puede pasar el usuario y su expediente clínico, tanto la asistente, pasante y secretaria que trabajan en este procedimiento pudieron mostrar evidencia.	7.5.3 Identificación y trazabilidad
Descripción de los cumplimientos en el LAC	Punto de la Norma ISO 9001:2008
Cumplen al tener una bitácora de recepción de pacientes y entrega de resultados, llevan de manera adecuada la solicitud de los análisis y la entrega de resultados, con la mayor trazabilidad.	4.2.3

Realizan el mantenimiento preventivo de los equipos en forma, y se agenda con el proveedor.	
Bitácora de resultados con firma del químico que las realizó.	4.23
Buen manejo interno de RPBI en el LAC, recipientes etiquetados, área designada para almacenarlos dentro del laboratorio	7.2.1 7.1
Descripción de los cumplimientos en el LEIP	Punto de la Norma ISO 9001:2008
El Procedimiento P-FMED-LEIP-03 se encuentra en versión electrónica de fácil localización e identificación en la página web.	4.2.2
En el P-FMED-LEIP-03 se encontraron los documentos en el punto de uso y cumplen con la identificación y estados de revisión correspondiente. Se encontró que la secretaria tiene una impresión de los formatos del proceso y los mantiene debidamente resguardados en su área para una fácil identificación. Se detectó como fortaleza este procedimiento, ya que el responsable lo lleva a cabo de manera muy organizada y eficiente.	4.2.3
Se encontró evidencia del registro y el resultado del procedimiento P-FMED-LEIP-03.	4.2.4
Tienen definidos los niveles de autoridad y las responsabilidades de las personas y tienen buena comunicación entre ellas.	5.5.1
Se encontró evidencia de adecuada comunicación y comprensión de la política de calidad.	5.3
Se observó que se cuenta con la infraestructura necesaria (equipos, refrigeradores, congeladores, computadoras, reguladores, señalización de la ruta RPBI, extintores en el laboratorio y pasillos.	6.3
Se encontró registro que evidencia la satisfacción del usuario en la entrega de resultados para el procedimiento P-FMED-LEIP-03.	8.2.1
El área de trabajo se percibe limpia. Se encontró en orden y bien organizada el área de trabajo. Se percibe un buen ambiente de trabajo entre el personal.	6.3 Infraestructura
Descripción de los cumplimientos en el LFIS	Punto de la Norma ISO 9001:2008
Se encontró evidencia del uso correcto en tiempo y forma de los formatos, calendarios, reuniones de trabajo, oficios y documentos necesarios para llevar a cabo el Procedimiento para la Planeación de la Práctica” P-FMED-LFIS-01. Se demostró accesibilidad y facilidad para encontrar los formatos y registros empleados para los procedimientos P-FMED-LFIS-01 y P-FMED-LFIS-05, el responsable del laboratorio mantiene un orden y control por medio de carpetas rotuladas.	4.2.4 Control de los registros
Se observó espacio suficiente y adecuado para llevar a cabo las prácticas de laboratorio de forma ordenada y segura.	6.3 Infraestructura Inciso a)

Se encontró evidencia objetiva para el desarrollo de las prácticas de laboratorio al contar con materiales, reactivos y equipos suficientes para realizar la actividad planeada.	7.1 Planificación y realización del producto, Inciso b)
Se encontró evidencia objetiva sobre la explicación de los objetivos generales y específicos de la práctica que se estaba realizando, se le pregunto a una alumna que estaba presente sobre estos objetivos la cual menciona que el profesor explico éstos al inicio.	7.2.3 Comunicación con el cliente inciso a)
Descripción de los cumplimientos en el LEEN	Punto de la Norma ISO 9001:2008
Se encontró evidencia objetiva de la buena organización y resguardo de los registros y documentos correspondientes al Procedimiento para Proporcionar Cursos de Capacitación en la Evaluación del Estado de Nutrición P-FMED-LEEN-03.	4.2.4 "Control de los registros"
Se encontró evidencia objetiva de que la organización se asegura de que la infraestructura cumpla con lo establecido para proporcionar y mantener los requisitos del producto al tener espacios destinados y bien resguardados para el aseguramiento y conservación de los equipos.	6.3 "Infraestructura" inciso a)
Descripción de los cumplimientos en el LD	Punto de la Norma ISO 9001:2008
Los equipos del laboratorio tienen su seguimiento y calibración adecuados (se revisaron 10 equipos).	7.5.1
Los entrevistados identifican perfectamente la política de gestión, así como los lugares donde se encuentra plasmada.	5.3
Descripción de los cumplimientos en la Administración del SGC	Punto de la Norma ISO 9001:2008
Se encontró en cumplimiento la documentación del SGC, encontrando los procedimientos documentados, de acuerdo al procedimiento P-DGPLANEI-CC/GA-01/REV:13 Procedimiento para llevar a cabo el Control de Documentos.	4.2.1
Se encontró que los documentos están siendo controlados a través de un responsable, quien da seguimiento para su aprobación, revisión, actualización y cumplimiento de acuerdo al procedimiento P-DGPLANEI-CC/GA-01/REV:13 Procedimiento para llevar a cabo el Control de Documentos.	4.2.3
Se encontró que la dirección proporcionó evidencia de su compromisos con el desarrollo e implementación de las Buenas Prácticas de Calidad, mediante la comunicación, establecimiento de objetivos, revisiones y asegurando la disponibilidad de los recursos.	5.1
Se encontró que la alta dirección se asegura de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización, a través del Comité del SGC, presentando evidencia del cambio de responsable de la administración de documentos.	5.5.1

Se encontró que existe un representante de la dirección y que se tiene conformado un comité del SGC que se asegura que se implementan y mantienen los procesos e informa a la alta dirección el desempeño del sistema.	5.5.2
Se encontró que se cuenta con procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema.	5.5.3
Se encontró que se realizan revisiones periódicas por la dirección que incluye información sobre resultados de auditorías, retroalimentación del cliente, estado de las acciones correctivas, preventivas y cambios que podrían afectar al sistema.	5.6.2
Se encontró que como parte de la revisión de la dirección se incluyen decisiones y acciones relacionadas con la mejora y las necesidades de recursos.	5.6.3
Se encontró información relativa al seguimiento de la percepción del cliente con respecto a los requisitos por parte de la organización, en las gráficas y análisis presentada por cada uno de los laboratorios que se encuentran dentro de las Buenas prácticas de calidad.	8.2.1
Se encontró que las autorías internas están apegadas al procedimiento P-DGPLANEI-CC-03/REV:08, Procedimiento para llevar a cabo Auditorías Internas, presentando las evidencias relativas a: Planes de auditoría interna, minutas de reuniones, listas de asistencia, listas de hallazgos de auditorías internas.	8.2.2
Se encontraron acciones de mejora documentadas y se observa una mejora en la redacción, relevancia y presentación de la información.	8.5.1
Se encontraron acciones correctivas documentadas y se observa una mejora en la redacción, relevancia y presentación de la información presentada, así como en las evidencias para el cierre de las acciones	8.5.2
Se encontraron acciones preventivas documentadas y se observa una mejora en la redacción, relevancia y presentación de la información presentada, así como en las evidencias para el cierre de las acciones.	8.5.3