



Reporte de Auditoría Interna

Folio de Auditoría:	AI11-FMED-02	Fechas de Auditoría:	25 – 28 de octubre
Fecha de elaboración del reporte:	28 octubre	Reunión de apertura:	25 octubre
No. de auditados:	6	Reunión de cierre:	31 octubre

Áreas auditadas	Procesos auditados
Laboratorio de Dietología (LD)	Diseño y Provisión de Servicios de Prácticas Académicas y Actividades de Investigación
Unidad Cardio Metabólica (UC)	Provisión de servicios de salud Diseño y Provisión de Servicios de Prácticas Académicas y Actividades de Investigación
Recursos Humanos	Competencia del Personal
Facultad de Medicina Unidad CardioMetabólica	Administración del SGC

Resultados de Auditoría

Número total de cláusulas con No Conformidades	6
--	---

Hallazgos

Folio	Descripción de la No Conformidad <i>Especificar: Requerimiento (R)- Incumplimiento (I)- Evidencia (E)</i>	Punto de la norma ISO 9001:2008	No Conformidad	
			Mayor	Menor
N/A	R: La norma ISO 9001:2008 en su clausula 4.2.1 inciso d) establece que la documentación del SGC debe incluir los documentos, incluidos los registros que la organización determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.	4.2.1 d)		
	I: Sin embargo, no se encontró evidencia objetiva de los registros necesarios para asegurar la eficaz planificación, operación y control de los procesos.			
	E: En la UC no hay evidencia de que el procedimiento P-FMED-UC-02 esté implementado, no se encontraron los registros programa de curso F-FMED-UC-08, constancia de participación F-FMED-UC-09, y lista de participantes F-FMED-UC-17.		X	



N/A	R: La norma ISO 9001:2008 en la cláusula 6.4 establece que la organización debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto.	6.4		
	I: Sin embargo, se encontró evidencia de inadecuadas condiciones en el acceso al edificio del laboratorio de Dietología.			
	E: El estacionamiento que colinda con el edificio del laboratorio de Dietología tiene basura.		X	
N/A	R: La norma ISO 9001:2008 en la cláusula 8.3 establece que 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 intencionados.	8.3		
	I: Sin embargo, no se encontró evidencia objetiva de la identificación y control de los productos o servicios no conformes.			
	E: En el LD no se encontraron servicios no conformes documentados durante el año 2011.		X	
N/A	R: La norma ISO 9001:2008 en su cláusula 8.5.3 d) establece que la organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales, y se deben registrar los resultados de las acciones tomadas.	8.5.3 d)		
	I: Sin embargo, no se encontró evidencia objetiva del registro de acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.			
	E: En el LD no se han documentado acciones preventivas durante el año 2011.		X	
N/A	R: En el procedimiento para el aprendizaje en escenario real, P-FMED-UC-03, se plantea en la tarea 5 que el profesionalista del área de la salud debe verificar que los instrumentos de medición se encuentren calibrados.	—		
	I: Sin embargo, no se encontró evidencia de que el profesionalista del área de la salud verifique que los instrumentos de medición se encuentran calibrados.			
	E: En la UC no hay registros que demuestren la verificación de la calibración de los instrumentos.			X



N/A	R: En el procedimiento para la realización de proyectos de investigación, P-FMED-UC-04, se plantea en el apartado control de registros, un registro llamado "Acuse de recibido" que debe almacenarse en la oficina del investigador.	—		
	I: Sin embargo, no se encontró evidencia objetiva de que el registro "Acuse de recibido" se esté almacenando.			
	E: En la UC no se resguarda el acuse de recibido del proyecto de investigación.			X

Hallazgos

Fortalezas	Proceso	Área
Alta disposición y compromiso con el SGC. Buena apertura para recibir sugerencias y recomendaciones.	Diseño y Provisión de Servicios de Prácticas Académicas y Actividades de Investigación	LD
Buena disposición al momento de la auditoría. Apertura al diálogo, recomendaciones y observaciones. Documentación en orden y de fácil acceso.	Administración del SGC	UC
El personal está comprometido en el proceso de auditoría y demostró un conocimiento preciso de sus procedimientos.	Provisión de servicios de Salud Diseño y Provisión de Servicios de Prácticas Académicas y Actividades de Investigación	UC
El Representante de la Dirección está comprometido y mostró apertura durante la auditoría	Administración del SGC	Facultad de Medicina
El personal percibe una mejora en el tiempo de respuesta en la atención a las necesidades de las áreas.	Todos	Alta Dirección



Observaciones	Proceso	Área
<p>La parte externa de los botes de basura que se encuentran dentro del laboratorio está sucia, el pedal de uno de los botes no funciona y el área de las estufas se encuentra con grasa.</p> <p>No se han documentado acciones de mejora en el año 2011.</p>	Diseño y Provisión de Servicios de Prácticas Académicas y Actividades de Investigación	LD
Se encontraron diferentes modalidades de formatos para el rol de rotación de estudiantes, además no está considerado como registro de calidad.	Diseño y Provisión de Servicios de Prácticas Académicas y Actividades de Investigación	UC
No se tiene un perfil de puestos con que comparar la evidencia de los registros (expedientes).	Competencia del Personal	Recursos Humanos

Recomendaciones Generales	Procesos	Áreas
<p>Se sugiere revisar y estandarizar la presentación de los formatos.</p> <p>Poner en línea el reglamento del Laboratorio de Dietología L-FMED-LD-01, ya que es un documento de referencia.</p>	Diseño y Provisión de Servicios de Prácticas Académicas y Actividades de Investigación	LD
Se sugiere establecer en la Facultad las políticas relativas a la calibración, acorde con la normativa aplicable a los equipos de todas las áreas.	Todos los procesos	Alta dirección
<p>Se sugiere revisar y analizar los reactivos que se están evaluando en la encuesta de satisfacción de los usuarios (pacientes). Y aplicar la encuesta de satisfacción de usuarios al menos semestralmente, ya que se realiza anualmente.</p> <p>Se recomienda establecer periodos específicos para recepcionar solicitudes de los coordinadores de las diferentes licenciaturas.</p> <p>Se sugiere revisar la tarea 4 y 5 del procedimiento P-FMED-UC-04 para mejorar su redacción y verificar la congruencia con el diagrama.</p>	<p>Provisión de Servicios de salud</p> <p>Diseño y Provisión de Servicios de Prácticas Académicas y Actividades de Investigación</p>	UC



Representante de la Dirección:

Nombre	Firma
Gabriel Paredes Buenfil	

Equipo Auditor:

Nombre	Firma
María Cárdenas Marrufo	
Zulema Cabrera Araujo	
Caridad Herrera Franco	
Gabriel Paredes Buenfil	
Rosario Barradas Castillo	
Pedro Fuentes González	
María Ortega Horta	
Sally López Osorno	
—	
—	
—	