



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN CON SENTIDO

Fecha (s) de auditoría 1-4 Abril, 2014

Expediente: CA-3018013 N° Informe: 02
AA-3001113
SO-3000813

Organización	Dirección	Persona de Contacto
Universidad Autónoma de Chihuahua Coordinación General del Sistema Universitario de Bibliotecas Académicas	Av. Escorza No. 900, Col. Centro, C.P. 03100, Chihuahua, Chih. México	M.B.C.I. Claudia Pérez Aguilar

Datos de la Auditoría			Otros datos de la Organización	
Tipo de Auditoría	Norma de referencia		Teléfono:*	(01 614) 439 12 80 ext. 2909
Certificación	☒	ISO 9001:2008 (NMX-CC-9001-IMNC-2008)	☒	Fax:*
Seguimiento	☐	ISO 14001:2004 (NMX-SAA-14001-IMNC-2004)	☒	E-Mail:*
Re-certificación	☐	OHSAS 18001:2007 (NMX-SAST-001-IMNC-2008)	☒	clperez@uach.mx
Otra (Indique):				

Multi-sitio SI ☒ NO ☐

Equipo auditor									
Mtro. Ricardo Livas Brito (R.L.)	Auditor Líder				E ☐				
Mtro. Mauricio Cárdenas (M.C.)	A	☒	E	☒	AE	☐	O	☐	
Q. Luis Peguero (L.P.)	A	☒	E	☐	AE	☐	O	☐	
	A	☐	E	☐	AE	☐	O	☐	

AL= Auditor Líder, A= Auditor, E= Experto Técnico, AE= Auditor en Entrenamiento y O= Observador. Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

Sitio	Alcance de auditoría
1. COORDINACIÓN GENERAL DEL SUBA BIBLIOTECA CENTRAL Campus Universitario I, C.P. 31170, Apto. Postal 1555 C, Chihuahua, Chih.	Desarrollo de Colecciones, Procesos Técnicos y Atención al Público
2. FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACIÓN Circuito No. 1, Nuevo Campus Universitario, C.P. 31125, Chihuahua, Chih.	Atención al Público
3. DES SALUD Circuito Universitario Campus II, Chihuahua, Chih.	Atención al Público
4. DES INGENIERIA Circuito Universitario Campus II, Chihuahua, Chih.	Atención al Público
5. FACULTAD DE DERECHO Circuito Universitario Campus I, Chihuahua, Chih.	Atención al Público

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

1. Confirmación del Plan de Auditoría		
¿El Plan de Auditoría se ha cumplido según lo estipulado?	SI ☒	NO ☐
En caso de respuesta negativa explicar las razones y los cambios en el plan:		

2. Confirmación del cumplimiento de los objetivos de la Auditoría

¿Se ha alcanzado el objetivo de verificar la conformidad de la gestión de la Organización con los requisitos de la norma de referencia?

SI ☒

NO ☐

En caso de respuesta negativa explicar las razones:

3. Recomendaciones del equipo auditor

A la vista del resultado de la auditoría, el equipo auditor considera que ACCM debería:	Certificar el Sistema	☐	Solo llenar una de estas casillas
	Mantener el certificado	☐	
	Re-certificación	☐	
	Certificar el Sistema tras la presentación y evaluación positiva de un plan de Acciones Correctivas	☐	
	Mantener el Sistema tras la presentación y evaluación positiva de un plan de Acciones Correctivas	☐	
	Re-certificar el Sistema tras la presentación y evaluación positiva de un plan de Acciones Correctivas	☐	
	Realizar una re-auditoria	☒	

A la vista del resultado de la auditoría, el equipo auditor también considera que ACCM debería:	Mantener el alcance solicitado por el Cliente		☒	Solo llenar una de estas casillas
	Cambiar y/o Ampliar el alcance solicitado		☐	
	Indique y justifique:			
	Reducir el alcance solicitado		☐	
	Indique y justifique:			

Solo aplica en Re auditoría

A la vista del resultado de la re auditoría, el equipo auditor también considera	Certificar el alcance solicitado por el Cliente	☐	una de estas
	Mantener el alcance certificado	☐	
	Cambiar y/o Ampliar el alcance solicitado	☐	

que ACCM debería:	Indique y justifique:		
	Reducir el alcance solicitado		☐
	Indique y justifique:		

DATOS A TENER EN CUENTA POR LA ORGANIZACIÓN

Carácter Muestral

La auditoría realizada se ha llevado a cabo mediante muestreo, por lo tanto es posible que determinados aspectos que concurren, incluidas no conformidades, no hayan sido observadas por el equipo auditor y si lo sean en posteriores auditorías.

Confidencialidad

Los datos contenidos en el presente informe son propiedad de la organización auditada, ACCM se compromete a que todos estos datos y cualquier otra información derivada de la presente auditoría y de otras actividades relacionadas con la certificación son tratados con absoluta confidencialidad salvo autorización escrita expresa por la organización auditada.

Independencia e imparcialidad

La organización auditada conoce la identidad del equipo auditor y sabe que puede, en cualquier momento, recusar a cualquiera de los miembros de este si tiene la mínima sospecha de la existencia de cualquier conflicto de intereses.

4. SEGUIMIENTO A HALLAZGOS DE LA ETAPA 1 (aplica para certificación / re-certificación)		
Requisito	Descripción	¿Atendido satisfactoriamente? Justifique la respuesta ¹
4.3.2	Las normas, establecen que la organización debe implementar y mantener uno o varios procedimientos para determinar aplicar y dar seguimiento a los requisitos legales. Aunque la organización ha desarrollado el PROGSI03 y su matriz correspondiente está no se encuentra debidamente requisitada como son por ejemplo los casos de protección civil y el órgano municipal de agua para gestionar los trámites correspondientes	Hallazgo atendido pero se levanta NC del mismo requisito
4.4.7	Las normas establecen que la organización debe, implementar y mantener uno o varios procedimientos para identificar situaciones potenciales de emergencia y revisarlas periódicamente. Hasta el momento el procedimiento de atención a emergencias PROGSI06 no refleja completamente el cumplimiento que debería tenerse en las diferentes instalaciones. No se cuenta con planos, identificación de equipo contra incendio rutas de evacuación, y tampoco se han realizado los simulacros correspondientes. No se han formado las brigadas por lo tanto tampoco se ha capacitado al personal.	No, Revisar hallazgo registrado en este informe
4.2	Las normas mencionan que la política debe incluir el compromiso cumplir con los requisitos legales aplicables y el	Si Se modificó y validó la

¹ En caso de respuesta negativa la justificación se detalla en la No Conformidad Correspondiente.

	compromiso de prevención de la contaminación. <i>Lo anterior no se pudo constatar en la Política presentada.</i>	política integral
4.3.1	La norma ISO 14001 establece que la organización debe determinar aquellos aspectos que tienen o pueden tener impactos significativos sobre el medio ambiente. Aunque se aplicaron matrices para realizar dicha identificación no se tomaron en cuenta las áreas perimetrales y se observaron motores fuera de la biblioteca que están escurriendo aceite y/o diesel al suelo así como tanques de gas y áreas de mantenimiento entre otros no considerados. También se comentó que se cuenta con mini splits que funcionan con gases refrigerantes tampoco identificados.	No Revisar hallazgo registrado en este informe
4.3.3	Las normas establecen que se deben implementar y mantener uno o varios programas para alcanzar sus objetivos y metas. Aunque se cuenta con el DOC MYA02 y el DOC MYA03 estos son más programas de implementación ya que no están basados en los que se detectó como parte de la planificación. Los objetivos hasta el momento no están vinculados con lo identificado a través de aspectos impactos riesgos y peligros.	No Revisar hallazgo registrado en este informe
4.5.3	La organización debe establecer procedimientos para tomar las acciones para mitigar sus impactos ambientales y sus riesgos en seguridad y salud en el trabajo. Hasta el momento esto no está completamente definido como parte de las fuentes identificadas en el procedimiento correspondiente.	No Revisar hallazgo registrado en este informe
4.4.6	Las normas establecen que la organización debe implementar y mantener uno o varios controles operacionales para controlar situaciones en las que su ausencia podría llevar a desviaciones de la política, los objetivos y metas ambientales. Hasta el momento no se observan controles operacionales para utilización de equipo de seguridad, señalización preventiva y obligatoria en el área de la planta eléctrica, seguimiento y prevención de accidentes entre otros.	No Revisar hallazgo registrado en este informe ya que no se pueden establecer controles operacionales adecuados si no se tienen riesgos e impactos bien identificados
4.5.3.1	La norma NMX SAST 001 establece que la organización debe establecer implementar y mantener un procedimiento para registrar investigar y analizar incidentes y accidentes. Lo anterior hasta el momento no se ha desarrollado.	Cerrada

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

5. ASPECTOS DESTACABLES:

- Se constató apertura y disposición por parte de todo el personal de la organización para que la auditoría se llevara a cabo así como su compromiso hacia el SGI
- Se destaca la limpieza de las instalaciones así como la inversión en la infraestructura de las bibliotecas de reciente construcción.
- El sistema UNIQ es una excelente herramienta para el control del Sistema de Gestión y su uso es conocido y entendido por los usuarios.
- Es destacable la conjunción de esfuerzos entre áreas para el logro de los objetivos, por ejemplo, la participación del área jurídica para la determinación de los requisitos legales y la de Estadística para la elaboración de una metodología muy completa, robusta y objetiva para medir la satisfacción de los usuarios.
- Existe una excelente preparación del personal para atender las emergencias en cuanto a primeros auxilios y rescate. Lo que

se evidenció durante las entrevistas. Por alguna razón en la biblioteca de Contaduría y Administración, se activó la alarma de una de las salidas de emergencia y la respuesta por parte del personal fue inmediata.

- Para la capacitación en protección civil está considerado el 100% del personal de bibliotecas y no solamente la Comisión de Seguridad e Higiene.

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

6. EVIDENCIAS DE MEJORA²

N/A

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

7. NOTAS DE MEJORA

Sería conveniente integrar al proceso de circulación los materiales hemerográficos así como los mapas, aun cuando no estén clasificados son parte de los servicios ofrecidos.

Sería favorable definir con claridad que materiales son los que quedan identificados como "Colecciones Especiales" y su cobertura dentro del SGC.

Sería favorable susutituir el nombre de las "Comisiones de Seguridad" y la "Ambiental" por otro identificador para evitar confusiones con las Comisiones normativas requeridas cuyo fin es distinto al planteado en las existentes

Sería importante que después de la investigación de accidente, como parte de la comunicación, se difundieran a la comunidad universitaria las lecciones aprendidas.

Para la inducción al servicio de bibliotecas para los usuarios, sería ideal aprovechar la información que existe en el sistema para que ésta fuera de manera autodidacta.

Los anaqueles en las bibliotecas podrían presentar un riesgo a la seguridad por su inestabilidad, por lo que sería benéfico reforzar su anclamiento.

Para un mejor servicio a los usuarios de las bibliotecas en la búsqueda de los ejemplares para consulta, en cuanto a iluminación, sería importante reconsiderar el tipo de iluminación que permita la no afectación de los libros y la ayuda visual al usuario.

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

8. CONFIANZA QUE SE PUEDE OTORGAR A LAS AUDITORÍAS INTERNAS

Se llevó en tiempo y forma sin embargo no se cumplió con todos los requisitos para su realización, ver observación al respecto.

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

9. USO DE LA MARCA Y DEL LOGOTIPO DE ACCM

N/A

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

10. NO CONFORMIDADES Y OBSERVACIONES

Se detallan en el Anexo del presente Informe de Auditoría

11. CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

- Número de observaciones apreciadas en la Auditoría

09

- Número de no conformidades apreciadas en la Auditoría.

08

² Este aspecto se tendrá especialmente en cuenta en auditorías de seguimiento y renovaciones.



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN CON SENTIDO

LA ORGANIZACIÓN DISPONE DE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS NATURALES PARA EL CIERRE DE ACCIONES MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN E INCLUYENDO LA EVIDENCIA RESPECTIVA DEL ADECUADO TRATAMIENTO DE LAS NO CONFORMIDADES Y OBSERVACIONES DETECTADAS.

12. ACTUALIZACIONES AL PROGRAMA DE AUDITORÍA TRIANUAL *(Comente y justifique)*

N/A

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

13. INCONFORMIDADES DEL CLIENTE

SI ☐

NO ☒

En caso afirmativo, indique:

2.A

14. ACTIVIDADES SIGUIENTES DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN *(Informativo)*

- Si se presentaron No conformidades u Observaciones, realizar el análisis de la(s) causa(s) raíz que originó el incumplimiento así como el desarrollo e implementación de la(s) acción(es) correctiva(s) que lo solventen.
- Revisión y aprobación, por el Auditor Líder, de las acciones correctivas implementadas.
- Adopción de la decisión de la certificación / Revisión de las inconformidades presentadas por la organización auditada.
- Emisión del Certificado o Carta de Mantenimiento derivado de la decisión del Certificador.

Enterado como representante de la empresa

Abril 4, 2014

Fecha y Firma

Por ACCM América S. de R.L. de C.V.

Abril 4, 2014

Fecha y Firma de Auditor Líder

ANEXO AL INFORME.

Definiciones.

Observaciones.

Es cuando se presenta una condición que refleja errores de implantación, faltas de concordancia o consistencia y fallos, así como aquellos incumplimientos de los requisitos de la norma de referencia de carácter puntual que dificultan el mantener de forma sistemática uno o más de los elementos del sistema de gestión pero que no impiden de forma general la conformidad del sistema de calidad. REQUIEREN ACCIÓN CORRECTIVA y EVIDENCIA DE SU CUMPLIMIENTO que debe ser verificada y aceptada por el auditor líder para su cierre previo a la recomendación de certificación o mantenimiento del certificado.

No conformidades.

Es cuando se presenta una condición que pudiera (basándose en evidencias o evaluaciones objetivas) resultar en una falla que reduzca considerablemente el rendimiento para el que fueron diseñados originalmente los procesos, productos o servicios, o bien, crear una duda razonable sobre la calidad del producto suministrado o el servicio proporcionado; Cuando se presente cualquier situación que pudiera generar el envío de un producto o servicio no conforme; Cuando se presenta la ausencia o ruptura total de un sistema en el cumplimiento de un requerimiento de la norma. Un incumplimiento legal. Un número representativo de observaciones contra un proceso puede representar un rompimiento total del sistema y por lo tanto considerarse como no conformidad. **REQUIEREN ACCIÓN CORRECTIVA y EVIDENCIA DE SU CUMPLIMIENTO** que debe ser verificada y aceptada por el auditor líder, en caso de ser necesario mediante re-auditoría en sitio, para su cierre previo a la recomendación de certificación o mantenimiento del certificado.

Notas de Mejora: Son apreciaciones del equipo auditor acerca de áreas de oportunidad del sistema de calidad de la organización, aunque ello no implique algún incumplimiento en relación a la norma de referencia. Estas recomendaciones **NO SE REALIZAN CON ASESORIA O CONSULTORÍA** y están mencionadas en el presente informe, éstas no requieren de evidencia de cumplimiento en caso de que tomen acciones correctivas.

Solicitud de Acciones Correctivas.

Conjunto de Acciones Correctivas presentadas por la organización auditada en respuesta a las no conformidades y observaciones detectadas durante el transcurso de la auditoría y reflejadas en el presente informe.

INSTRUCCIONES DE LLENADO DE LA SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS.

Tanto las observaciones como las no conformidades detectadas durante la auditoría practicada por ACCM a la organización deben ser objeto del llenado de una solicitud de acciones correctivas que se debe presentar por la organización al AUDITOR LIDER que realizó la correspondiente auditoría.

1. Para elaborarlo, la organización debe seguir las siguientes recomendaciones³:
 - Cada observación / no-conformidad debe presentarse en el formato Solicitud de Acciones Correctivas que forma parte del presente informe y ser tratada de forma individual.
 - Cada observación / no-conformidad debe describir las **correcciones específicas** que apliquen para resolver la desviación.
 - Cada observación / no conformidad debe incorporar la **CAUSA RAIZ** que la produce.
 - **DEBEN** establecerse **Acciones Correctivas** planificadas para eliminar las **CAUSAS** de las no-conformidades / observaciones para asegurarse de que **NO VUELVEN A OCURRIR** por lo que el Auditor Líder estudiará si cada Acción Correctiva propuesta elimina la causa de la no-conformidad / observación y no simplemente su efecto.
 - Debe asignarse un responsable para cada Corrección y Acción Correctiva dentro de la organización, así como la persona que verifica su implantación.
 - Se debe identificar la fecha en que inició la acción y la fecha en la que se dio seguimiento y cierre.
2. El Auditor Líder verificara que se resuelve la desviación, para ello es requerido que la organización **FACILITE COMO ANEXO EVIDENCIA DE SU IMPLANTACIÓN** lo que evitará, en caso de ser aceptado, que el equipo de auditores realice una re-auditoría para verificar la solución de la desviación.
3. Se deberá realizar un solo envío con la evidencia de todas las acciones por medio electrónico a la dirección de correo electrónico: programacion@accm.com.mx.
4. El auditor líder revisará las acciones correctivas para su cierre. Cuando el auditor líder no considere efectivas las acciones para eliminar la causa del problema, lo notificará mediante el mismo formato al representante de

³ El no seguir estas recomendaciones, puede suponer que el Auditor Líder responsable del equipo de auditores considere que el Plan de Acciones Correctivas no esté lo suficientemente documentado y lo devuelva a la organización con el consiguiente retraso.

ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN CON SENTIDO

la organización para que éste a su vez haga las correcciones necesarias y presente una nueva propuesta. Esta revisión se realizará dos veces como máximo.

5. Se tiene un máximo de 45 días naturales para el cierre de las acciones, sin embargo se recomienda ampliamente su envío con anticipación pues es posible que el auditor retroalimente las correcciones específicas u acciones correctivas.

Otros puntos a considerar.

- No es necesario adjuntar todos los documentos cambiados completos, es suficiente con adjuntar las páginas que contienen los cambios producidos.
- Cuanto más evidencia se envíen para demostrar la implantación de las correcciones / acciones correctivas de las no-conformidades u observaciones mejor.
- Identificar los cambios producidos en los documentos (subrayado, **negrita**, resaltado...).
- En caso de que la obtención de las evidencias definitivas pueda demorarse por causas ajenas a la organización, justificar y enviar documentos que demuestren que se comenzó con los trámites correspondientes (solicitudes, entregas con sello de registro de entrada, cartas, planificaciones...).

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación ☒	No conformidad ☐	Solicitud 1 de 17	
			Requisito:	4.1
Descripción:	<i>La norma ISO 9001 establece que se debe determinar la secuencia e interacción de los procesos, en los casos en que la organización opte por contratar externamente cualquier proceso que afecte a la conformidad del producto con los requisitos, la organización debe asegurarse de controlar tales procesos. El tipo y grado de control a aplicar sobre dichos procesos contratados externamente debe estar definido dentro del sistema de gestión de la calidad.</i> Hasta el momento NO se ha considerado a las diferentes Academias como insumo de entrada (cliente), siendo esto representativo, al menos para el proceso de Desarrollo de Colecciones en congruencia con su objetivo "Satisfacer las necesidades de información de la Comunidad Académica en el proceso de Enseñanza Aprendizaje". / NO se encuentran claramente identificados ni definidos los procesos subcontratados necesarios para la prestación de los servicios que forman parte del alcance, ejemplo: Adjudicados de licitaciones por biblioteca para servicio de fotocopiado y/o cómputo, impresión y venta de papelería, por lo que NO se tiene definido el tipo y grado de control a ejercer sobre ellos.			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación⁴:				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)⁵:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)⁶:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI ☐ NO ☐	Firma:	Fecha de aceptación:	

⁴ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

⁵ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

⁶ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación ☐	No conformidad ☒	Solicitud 2 de 17	
			Requisito:	4.3.1
Descripción:	<i>La norma ISO 14001 establece que la organización debe asegurarse de que los aspectos ambientales significativos se tengan en cuenta en el establecimiento, implementación y mantenimiento de su sistema de gestión ambiental.</i> Durante la auditoría se observó que esto NO se está considerando, por ejemplo en las diferentes bibliotecas se está utilizando R22 como gas para equipos refrigerantes sin haberse detectado como aspecto ambiental, incluso se siguen comprando equipos que lo utilizan ya que son de menor costo.			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación ⁷ :				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s) ⁸ :	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s) ⁹ :	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI ☐ NO ☐	Firma:	Fecha de aceptación:	

⁷ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

⁸ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

⁹ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación ☐	No conformidad ☒	Solicitud 3 de 17	
			Requisito:	4.3.1
Descripción:	<i>La norma OHSAS 18001 establece que la organización debe documentar y conservar los resultados de la identificación de peligros, evaluación de riesgos asegurándose de que los riesgos de SST y la determinación de los controles son tomados en cuenta cuando se establece, implementa y mantiene el sistema de gestión de SST. Durante la auditoría NO se pudo constatar que existiera evidencia de que la comisión de seguridad conservaba los resultados de cómo llegó a la evaluación de riesgos del SUBA (en conjunto) misma que fue tomada en cuenta para el establecimiento de objetivos metas y programas / NO se han desarrollado los controles operacionales necesarios en todos los casos.</i>			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación¹⁰:				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)¹¹:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)¹²:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI ☐ NO ☐	Firma:	Fecha de aceptación:	

¹⁰ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

¹¹ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

¹² Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación ☐	No conformidad ☒	Solicitud 4 de 17	
			Requisito:	4.3.3
Descripción:	<i>Las normas ISO 14001 y OHSAS 18001 mencionan que la organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios programas para alcanzar sus objetivos y metas. Estos programas deben incluir la asignación de responsabilidades para lograr los objetivos y metas en las funciones y niveles pertinentes de la organización así como los medios y los plazos para lograrlos.</i> Durante la auditoría se observó que tanto para ambiental como para seguridad y salud en el trabajo los objetivos NO están bien fundamentados en una clara identificación de aspectos e impactos, peligros y riesgos, así como tampoco es claro quiénes serán los responsables para lograrlos, ejemplo: disminución de gases de combustión y realización de exámenes médicos.			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación ¹³ :				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s) ¹⁴ :	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s) ¹⁵ :	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI ☐ NO ☐	Firma:	Fecha de aceptación:	

¹³ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

¹⁴ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

¹⁵ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación ☐	No conformidad ☒	Solicitud 5 de 17	
			Requisito:	4.4.2
Descripción:	<i>Las normas ISO 14001 y OHSAS 18001 mencionan que la organización debe establecer y mantener uno o varios procedimientos para que sus empleados o las personas que trabajan en su nombre tomen conciencia de la importancia de la conformidad con la política del sistema de gestión integral, los requisitos del sistema de gestión integral los aspectos, los peligros, los impactos y los peligros relacionados reales o potenciales asociados con su trabajo y los beneficios de un mejor desempeño personal; así como las consecuencias potenciales de desviarse de los procedimientos especificados.</i> Durante la auditoría encontramos que hasta el momento la política integral debido a que ha sufrido cambios NO se ha difundido completamente entre el personal; Los miembros de las comisiones ambiental y de seguridad desconocen los impactos ambientales y riesgos laborales respectivamente y platicando con los proveedores NO han sido informados de los compromisos que tiene la coordinación, ejemplos: coordinación de construcción y mantenimiento, proveedores de servicio de fotocopiado.			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación¹⁶:				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)¹⁷:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)¹⁸:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI ☐ NO ☐	Firma:	Fecha de aceptación:	

¹⁶ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

¹⁷ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

¹⁸ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación ☐	No conformidad ☒	Solicitud 6 de 17	
			Requisito:	4.4.3
Descripción:	La norma ISO 14001 establece que la organización debe decidir si comunica o no externamente información acerca de sus aspectos ambientales significativos y debe documentar su decisión. Si la decisión es comunicarla, la organización debe establecer e implementar uno o varios métodos para realizar esta comunicación externa. Lo anterior NO fue verbalizado NI se encontró documentado como parte de la auditoría.			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación ¹⁹ :				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)²⁰:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)²¹:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI ☐ NO ☐	Firma:	Fecha de aceptación:	

¹⁹ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

²⁰ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

²¹ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación ☐	No conformidad ☒	Solicitud 7 de 17	
			Requisito:	4.4.7
Descripción:	<i>La norma OHSAS 18001 establece que La organización debe probar y evaluar periódicamente sus procedimientos para responder a situaciones de emergencia, involucrando a las partes interesadas. La organización debe periódicamente, evaluar la eficacia de sus procedimientos de preparación y respuesta a emergencias.</i> Durante la auditoría se observó que NO todo el equipo contra incendio se encuentra funcionando adecuadamente ejemplos: extintores que NO han sido recargados en la biblioteca de derecho, puerta de salida que no se puede accionar en caso de falla de energía eléctrica en la DES de Ingeniería, se observó que no se cuenta con los planos técnicos necesarios que incluyan todo lo necesario para identificar las instalaciones para responder en caso de una emergencia. (hidrantes, extintores, aspersores, señalética, etc.) Ciencias de la Salud. Hasta el momento no se ha realizado ni se tienen programados simulacros en las diferentes instalaciones donde se encuentra el SUBA. Tampoco se cuenta con programas de mantenimiento y/o recarga de extintores y/equipo contra incendio. No se cuenta con un programa real de cumplimiento con la autoridad en el que se entregue el programa interno de Protección Civil			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación²²:				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)²³:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)²⁴:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI ☐ NO ☐	Firma:	Fecha de aceptación:	

²² Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

²³ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

²⁴ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación ☐	No conformidad ☒	Solicitud 8 de 17	
			Requisito:	4.4.7
Descripción:	<i>La Norma ISO 14001 menciona que la organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para identificar situaciones potenciales de emergencia y accidentes potenciales que pueden tener impactos en el medio ambiente y cómo responder ante ellos y prevenir o mitigar los impactos ambientales adversos asociados.</i> Durante la auditoría se identificó que como parte de las actividades ya sea rutinarias o no rutinarias se generan residuos peligrosos sin embargo NO se ha identificado la existencia de un almacén temporal de residuos peligrosos así como los mecanismos que podrían existir en el caso de que pudieran darse situaciones como derrames o algún tipo de riesgo dependiendo de las cantidades que se pudieran estar conservando de dichos materiales o desechos antes de su disposición, aunque se tiene la intención de elaborar un programa para el manejo de residuos no se pudo identificar el como se llegará al objetivo ya que NO se identifican responsabilidades fechas ni algo concreto para lograrlo			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación²⁵:				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)²⁶:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)²⁷:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI ☐ NO ☐	Firma:	Fecha de aceptación:	

²⁵ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

²⁶ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

²⁷ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación ☐	No conformidad ☒	Solicitud 9 de 17	
			Requisito:	5.6.3 / 4.6 / 4.6
Descripción:	<i>Las normas ISO 14001 y OHSAS 18001 establecen que en coherencia con su compromiso de cumplimiento, la organización debe establecer, implementar y mantener uno o varios procedimientos para evaluar periódicamente el cumplimiento de los requisitos legales aplicables de su sistema de gestión ambiental.</i> Durante la auditoría se observó que se cuenta con instalaciones de gas natural, gas LP, instalaciones eléctricas, y descargas, que ya sea que NO estén identificadas en la matriz de requisitos legales para su seguimiento o que aún encontrándose ahí NO se les ha programado un seguimiento y/o verificación como se establece en las normas oficiales mexicanas o en las condiciones particulares establecidas por autoridad competente ejemplos: NOM004SEDG2004, NOM002SECRE2010 NOM020STPS2011.			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación ²⁸ :				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s) ²⁹ :	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s) ³⁰ :	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI ☐ NO ☐	Firma:	Fecha de aceptación:	

²⁸ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

²⁹ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

³⁰ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación ☒	No conformidad ☐	Solicitud 10 de 17	
			Requisito:	5.6.3 / 4.6 / 4.6
Descripción:	<i>En cumplimiento con las normas ISO 9001, ISO 14001 y OHSAS 18001, los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del SGC y sus procesos y deben incluir cualquier decisión y acciones relacionadas con los posibles cambios en el desempeño del SST y SA.</i> Lo anterior NO se encuentra reflejado en el registro de los resultados correspondientes a la Revisión por la Dirección integral realizada en marzo pasado.			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación ³¹ :				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s) ³² :	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s) ³³ :	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI ☐ NO ☐	Firma:	Fecha de aceptación:	

³¹ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

³² Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

³³ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación ☒	No conformidad ☐	Solicitud 11 de 17	
			Requisito:	6.2.2 / 4.4.2 / 4.4.2
Descripción:	<i>En cumplimiento con las normas ISO 9001, ISO 14001 y OHSAS 18001, la organización debe, cuando sea aplicable, proporcionar formación o tomar otras acciones para lograr la competencia necesaria, evaluar la eficacia de las acciones tomadas y/o de la formación y mantener los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia determinadas.</i> Hasta el momento NO se ha evaluado la eficacia de la capacitación de acuerdo a los mecanismos definidos para ello (PRO FPE 01), al menos para el curso "Desarrollo de Sistemas Administrativos ISO 9001, ISO 14001 y OHSAS 18001" impartido en septiembre del 2013. / NO se tiene considerado este tema para aquellos miembros del SGI que no forman parte de las bibliotecas. / NO son del todo claras las competencias determinadas, ejemplo: para jefe de Biblioteca es requerido el idioma inglés pero no se determina que nivel. / Al momento de esta auditoría NO se contó con todos los registros que avalen la competencia, ej: Conocimiento del Sistema Aleph (Jefe de Biblioteca Central y sus Bibliotecarios) Curso de Inducción con vigencia de 2 años (Bibliotecaria en Salud) determinados en los respectivos Perfiles de Puesto.			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación ³⁴ :				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s) ³⁵ :	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s) ³⁶ :	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI ☐ NO ☐	Firma:	Fecha de aceptación:	

³⁴ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

³⁵ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

³⁶ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación ☒	No conformidad ☐	Solicitud 12 de 17	
			Requisito:	7.2.1
Descripción:	<i>En cumplimiento con la norma ISO 9001, la organización debe determinar los requisitos relacionados con el servicio, los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido y los requisitos legales y reglamentarios aplicables al servicio así como cualquier requisito adicional que la organización considere necesario.</i> Hasta el momento NO ha sido totalmente considerado el cumplimiento mínimo requerido para cumplir con el objetivo del proceso Desarrollo de Colecciones: "Satisfacer las necesidades de información de la Comunidad Académica en el proceso de Enseñanza Aprendizaje" pues no se garantiza que se cubra el desarrollo de la bibliografía requerida por los Programas Oficiales de los Planes de Estudio / El Reglamento Interno para las Bibliotecas que se encuentra publicado y difundido, hasta el momento NO ha sido aprobado por el H. Consejo Universitario enviado para su aprobación mediante oficio del mes de Octubre de 2009. / NO en todas las bibliotecas visitadas es respetado de manera estricta el Reglamento publicado, al menos en los temas de cuota fija para importe de multas, cuota semestral de derecho de uso de bibliotecas, acceso con maletas y mochilas o su revisión en los accesos, acceso con alimentos y bebidas, número de usuarios máximo en salas de trabajo / registro y tiempos máximos de uso de equipos de cómputo.			
	PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN Análisis de la Causa raíz de la desviación³⁷:			
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)³⁸:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)³⁹:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI ☐ NO ☐	Firma:	Fecha de aceptación:	

³⁷ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

³⁸ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

³⁹ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación ☒	No conformidad ☐	Solicitud 13 de 17	
			Requisito:	7.4.1 / 4.4.6 / 4.4.6
Descripción:	<i>En cumplimiento con la norma ISO 9001, deben establecerse los criterios para la selección, la evaluación y la reevaluación de los proveedores. Deben mantenerse los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria que se derive de las mismas, y para las normas ISO 14001 y OHSAS 18001, se debe identificar y planificar los procedimientos relacionados con Aspectos Ambientales Significativos, Peligros y Riesgos para su comunicación a los proveedores y contratistas.</i> Hasta el momento NO se han definido los criterios para reevaluación / los registros de evaluación a proveedores de 2012 y 2013 NO han sido apegados al formato correspondiente. / Hasta el momento se ha considerado proveedores al servicio de fotocopiado y NO han sido evaluados los diferentes prestadores del servicio y la muestra tomada manifiesta NO haber sido informada de los procedimientos y requisitos aplicables.			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación ⁴⁰ :				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s) ⁴¹ :	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s) ⁴² :	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI ☐ NO ☐	Firma:	Fecha de aceptación:	

⁴⁰ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

⁴¹ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

⁴² Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación ☒	No conformidad ☐	Solicitud 14 de 17	
			Requisito:	7.5.1
Descripción:	<i>En apego a la norma ISO 9001, la organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas que incluya la implementación de actividades de liberación, prestación y posteriores a la realización del servicio.</i> Lo anterior NO en todos los casos se lleva a cabo, en apego a los planes de control e instructivos correspondientes al proceso, al momento de esta evaluación los ítem BC008506 y BC008499 tomados de anaqueles, presentaron inconsistencias en su registro dentro del sistema Aleph de Procesos Técnicos (fecha de 1ª edición, país de impresión, encabezamiento de materia y ausencia del sello de Procesos Técnicos). / los ítem BC005288 y BC004187 en sus Procesos Físicos no han sido forrados con papel contact, no tienen de manera homologada el sello interior de la biblioteca, no tienen los 3 cantos sellados sin que hubieran sido detectados como PNC de acuerdo a lo establecido en el Plan de Control para Circulación.			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación ⁴³ :				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s) ⁴⁴ :	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s) ⁴⁵ :	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI ☐ NO ☐	Firma:	Fecha de aceptación:	

⁴³ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

⁴⁴ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

⁴⁵ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación ☐	No conformidad ☒	Solicitud 15 de 17	
			Requisito:	8.2.2 / 4.5.5 / 4.5.5
Descripción:	<i>La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para determinar si el sistema SGC es conforme con las disposiciones planificadas. Se debe planificar un programa de auditorías tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar. Se deben definir los criterios de auditoría, el alcance de la misma, su frecuencia y la metodología. La selección de los auditores y la realización de las auditorías deben asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría. Se deben definir las responsabilidades y los requisitos para planificar y realizar las auditorías, establecer los registros e informar de los resultados.</i> El Plan de Auditoría Interna realizada en enero pasado NO define los criterios o requisitos normativos a auditar / la determinación de criterios para selección de auditores NO distingue auditor líder del que no lo es / NO se cuenta con los registros de haber aprobado el examen de auditor interno requerido por el Procedimiento correspondiente / NO se realizó el registro FOR MYA 11 Lista de Preguntas y Puntos a revisar / NO se tiene la totalidad de las Evaluaciones al Auditor Interno FOR MYA 13, se cuenta con 2 de 5) / NO se mantiene el Programa de Auditorías impreso y validado como lo indica el Procedimiento de Control de Documentos.			
	PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN Análisis de la Causa raíz de la desviación⁴⁶:			
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s) ⁴⁷ :		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s) ⁴⁸ :		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI ☐ NO ☐	Firma:	Fecha de aceptación:	

⁴⁶ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

⁴⁷ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

⁴⁸ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación ☒	No conformidad ☐	Solicitud 16 de 17	
			Requisito:	8.2.3
Descripción:				
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación⁴⁹:				
<i>La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados. Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente.</i> Uno de los instrumentos de medición son indicadores de proceso, actualmente se mide "Cero Uso", sin embargo para el periodo del 2013 en Biblioteca de ingeniería no se alcanzó la meta sin que hasta el momento se haya registrado una RAC / Actualmente los indicadores definidos no siempre son medidos, aunque se tienen propuestas para nuevos indicadores, éstos no han sido validados por lo que tampoco se cuenta con mediciones / El indicador edad media vigente, NO es del todo adecuado a las diferentes facultades ya que depende directamente de las áreas del conocimiento por lo que no puede ser medido de la misma manera en todas las bibliotecas y por consiguiente no siempre es cumplido.				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)⁵⁰:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)⁵¹:		Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI ☐ NO ☐	Firma:	Fecha de aceptación:	

⁴⁹ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

⁵⁰ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

⁵¹ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación ☒	No conformidad ☐	Solicitud 17 de 17	
			Requisito:	8.5.2 / 4.5.3 / 4.5.3.2
Descripción:	<i>La organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas. Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para determinar las causas de las no conformidades, evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir, determinar e implementar las acciones necesarias, registrar los resultados de las acciones tomadas y revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.</i> NO en todos los casos de Reportes de Acción Correctiva los análisis de causa raíz son apropiados repitiendo en ellos el hallazgo en sí mismo / La revisión de la eficacia de las acciones NO ha sido objetiva en todos los casos encontrándose verificaciones en RAC con evidencias faltantes o incompletas / NO en todos los casos las actividades propuestas son acordes al hallazgo o se trata de acciones de contención y no de corrección.			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación ⁵² :				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s) ⁵³ :	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s) ⁵⁴ :	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las	SI ☐ NO ☐	Firma:	Fecha de	

⁵² Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

⁵³ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

⁵⁴ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN CON SENTIDO

acciones:			aceptación:	
------------------	--	--	--------------------	--