

INFORME DE SEGUIMIENTO DE NO CONFORMIDADES

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	No(s). DE SOLICITUD:	TIPO(S) DE AUDITORÍA:
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSI	C4-SCSGC-16013-Ren	RENOVACIÓN
NORMA(S) DE REFERENCIA:		FECHA(S) DE AUDITORÍA:
NMX-CC-9001-IMNC-2015 / ISO 9001:2015		DEL 24 AL 27 DE JUNIO DE 2019

SEGUIMIENTO A NO CONFORMIDAD(ES):

NOTA: LA PRESENTE ESTRUCTURA SE DEBE REPLICAR PARA CADA NO CONFORMIDAD

Indique en este espacio, la fecha de cada seguimiento que se realice a la(s) No conformidad(es). 5, 11, y 16 de julio.

(1) Descripción del incumplimiento: (Describa en este espacio la No conformidad tal y como quedo asentada en el Informe de auditoría correspondiente, incluyendo la cláusula normativa contra la cual se registró la NC).

NCm: La Universidad Autónoma de SLP, no está dando evidencia completa de atender sus no conformidades, tal como lo establece la norma de referencia en su apartado 10.2 y la propia documentación de la UASLP.

- Cuatro de seis indicadores de Control escolar del sitio Zona Huasteca, no lograron sus metas de 2018 y 2019, y aún cuando llevaron a cabo actividades de corrección, no cuentan con acción correctiva levantada conforme al SGC de la UASL.
- Cuatro de seis indicadores del proceso de Control de Control de Laboratorios de la Coordinación Académica Multidisciplinaria Zona Huasteca (UAMZH), no lograron sus metas de 2018 y algunas de 2019 y, no cuentan con acción correctiva levantada conforme al SGC de la UASL.
- El indicador de tiempo de respuesta entre la recepción y la elaboración de la orden de compra ordinario máximo 5 días no alcanzó la meta del 80% teniendo un resultado del 72%, para este incumplimiento no se presentó acción correctiva que incluya el análisis de la causa conforme lo establece los lineamientos de la propia organización.

(2) Análisis de causa(s): (Describa en este espacio de forma textual la(s) causa(s) reportadas por la organización).

La organización levantó la Acción Correctiva con Código: PAC-SGC-14, con fecha el 5 de julio de 2019, derivada del análisis de causas mediante lluvia de ideas, detectando la siguiente causa raíz:

- Desconocimiento del personal para documentar planes de acción por incumplimientos
- Falta de homologación de los criterios y responsabilidades en la DIGC

(3) Acción(es) de corrección: (Describa a continuación textualmente la(s) *acción(es) de corrección* que la organización haya reportado en el Plan de acciones correctivas para eliminar la No conformidad (NCM o NCm) y describa la(s) *evidencias de implementación* (Sólo para NCM) presentada(s) por la organización).

1. Revisar información con los procesos que incumplieron con su indicador (Control Escolar UAMZH , Control de Laboratorios UAMZH , Adquisiciones-pago de materiales, bienes muebles y servicios)	Líderes de proceso	10-11/07/2019
2. Documentar los planes de acción correspondientes. 12 julio 2019	Líderes de proceso / DIGC	12/07/2019

INFORME DE SEGUIMIENTO DE NO CONFORMIDADES

Enviar notificación a líderes de procesos para que se actualice el archivo de análisis de datos del segundo trimestre	Responsable de Análisis de Datos	08/07/2019
Revisión de matriz de procesos con el estado de la información del primer semestre de 2019 para identificar a los procesos que incumplieron alguna meta.	Responsable de Análisis de Datos	12/07/2019
Documentar acciones (corrección o plan de acción según aplique).	DIGC	15-19/07/19
Reportar planes de acción correctivos al responsable de acciones de mejora del Sical para su alta y asignación de auditor.	Líderes de procesos	19/07/19

(4) Acción(es) correctiva(s): (Describa en esta sección textualmente la(s) **acción(es) correctiva(s)** que la organización haya reportado en el Plan de acciones correctivas para eliminar la(s) causa(s) de la No conformidad (NCM o NCm) y las **evidencias de su implementación** (Sólo para NCM) de la(s) acción(es) correctiva(s) presentada(s). Incluya tiempos de ejecución comprometidos).

1. Definir entre el personal de la DIGC las funciones y responsabilidades definidas para el seguimiento de procesos	Responsable de Mantenimiento y Mejora Continua del Sical	10/07/2019
2. Presentar al personal de la DIGC los materiales de apoyo de acciones de mejora y análisis de datos para homologar criterios	Cada responsable de la DIGC	11/07/2019
3. Revisión y adecuación de los materiales presentados (si aplica)	Personal de la DIGC	15- 17/07/2019
4. Revisar y adecuar los formatos para facilitar su llenado (si aplica)	Personal de la DIGC	15-17/07/2019
5. Actualizar el material y formato en la página del Sical	Responsable de control de documentos	18/07/2019
6. Difusión de cambios al personal del Sical	Responsable de acciones de mejora	19/07/2019
7. Programar capacitación con líderes de proceso, coordinadores de calidad y responsables de acciones de mejora	Responsable de Comunicación Interna del Sical	05-06/08/2019
8. Implementar el programa de capacitación de "Acciones de Mejora"	Personal de la DIGC	Del 12/08 al 11/09/2019
9. Informe de resultados de los planes documentados derivados de esta capacitación	Responsable de acciones de mejora	18/09/2019

(5) Análisis y conclusión por parte del Auditor líder: (Describa en este espacio sus argumentos para considerar que las acciones de corrección y acciones correctivas presentadas por la organización permiten cerrar documentalmente la No conformidad o se mantiene **abierta**. En caso de no conformidades mayores es necesario considerar las evidencias que la organización haya incluido).

Se revisa evidencia de acción de corrección y de acciones correctivas. Se considera que con éstas acciones se resuelve la NCm a 10.2, quedando pendiente por el siguiente equipo auditor la revisión de evidencias de su implementación. Por el momento dicha cláusula se declara conforme.

RECOMENDACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR *

En función de los plazos establecidos por el IMNC para ingresar el plan de acciones para dar atención a la(s) No conformidad(es) (Mayores o menores), el plan de acciones correctivas y las evidencias de su implementación en el SGC (Sólo para NCM), el auditor líder presenta la siguiente recomendación:

INFORME DE SEGUIMIENTO DE NO CONFORMIDADES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Realizar auditoría de Etapa 2
(Sólo para procesos de certificación <i>inicial</i>) | <input type="checkbox"/> Renovar la certificación
(Sólo para auditorías de <i>renovación</i>) |
| <input type="checkbox"/> Otorgar la certificación
(Sólo para auditoría de certificación <i>inicial</i>) | <input type="checkbox"/> Restaurar la certificación
(Sólo para auditorías de <i>renovación</i> , o por retiro de la suspensión) |
| <input type="checkbox"/> Negar la certificación
(Sólo para auditoría de certificación <i>inicial</i>) | <input type="checkbox"/> Ampliar el alcance de la certificación.
(Aplica sólo en auditorías de <i>vigilancia</i> , o <i>renovación</i> , o auditorías <i>especiales</i> , con base a la solicitud presentada por la organización) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mantener la certificación.
(Sólo para auditorías de <i>vigilancia</i>) | <input type="checkbox"/> Reducir el alcance de la certificación.
(Aplica en auditorías de <i>vigilancia</i> , o <i>renovación</i> , o auditorías <i>especiales</i> , con base a la solicitud presentada por la organización) |
| <input type="checkbox"/> Suspender la certificación
(Sólo para auditorías de <i>vigilancia</i>) | <input type="checkbox"/> Aceptar la Transferencia de la certificación
(Sólo para auditorías de <i>transferencia</i>) |

* **Nota importante:** La decisión final sobre la certificación, es tomada por el Comité de Dictaminación del IMNC.

AUDITOR LÍDER	RECIBÍ DE CONFORMIDAD REPRESENTANTE DEL CLIENTE	FECHA DE EMISIÓN DEL PRESENTE INFORME
 Lic. Luz María Carranza García (Nombre y firma)	 Beatriz Araceli Moreno S. (Nombre y firma)	(2019-07-16)