|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. de Proyecto:** | | **MX 950 27 1423** | | **No. de cliente:** | | | **74097-01** |
| **Organización:** | | Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Municipio de Saltillo, Coahuila | | | | | |
| **Ubicación :** | | Dámaso Rodríguez González 275 Centro Metropolitano | | | | | |
| **Ciudad, Estado, CP:** | | Saltillo, Coahuila México CP. 25022 | | | | | |
| **Esquema de Certificación:** | | Esquema de sitio múltiple. Case 1 | | | | | |
| **Normativa(s) Aplicable(s):** | | ISO 9001:2015 | | | | | |
| **Evento:** | | Auditoría Inicial Fase 2 | | | | | |
| **Fecha de la auditoria:** | | 2017-10-03 - 2017-10-04 | | | | | |
| **Equipo Auditor:** | **Auditor Líder:** | | Dr. med. Rolando Ruiz Contreras | | **Expertos Técnicos:** |  | |
| **Auditor (es):** | | Sergio Enrique Mendoza Zúñiga | | **Auditores Junior:** |  | |

1. **INSTRUCCIONES:**

**Cuando sean detectadas no conformidades, la organización auditada debe completar las columnas que se muestran con la leyenda “para ser completado por el cliente” en 5 días hábiles a partir del último día de auditoría.**

1. **RESUMEN DE HALLAZGOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **0** | **No Conformidades Mayores** |  | **3** | **Oportunidades de Mejora** |
| **6** | **No Conformidades Menores** |  | **0** | **Comentarios Positivos** |

1. **NOTIFICACIÓN DE EVENTO DE RE AUDITORIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de re auditoria** | ⌧ Documental (re-audit send in doc required) ❑ En las instalaciones del cliente (re-audit on site required) |
| **Fecha de la Re-auditoria :** | **2017.10.11** |

**Fecha compromiso de entrega de informe confidencial de auditoría  2017.10.11  hasta 3 días hábiles contados a partir de la aceptación del plan de acción.**

|  |
| --- |
| **IMPORTANTE!****En la página** [**www.iso.org/tc176/ISO9001AuditingPracticesGroup**](http://www.iso.org/tc176/ISO9001AuditingPracticesGroup) **puede encontrar literatura respecto de la diferencia entre corrección, acción correctiva y acción preventiva. Las acciones correctivas y las correcciones presentadas deben ser congruentes con la causa raíz detectada y deberían garantizar la no recurrencia de la no conformidad.** |

**Horas Auditor que deberán adicionarse en su próximo evento para revisión de la implementación del plan de acción presentado al Auditor Líder:****2    horas.Horas extras que se agregarán a la evaluación del siguiente año. Si no agregará ponga la leyenda 0**

1. **HALLAZGOS CATALOGADOS COMO NO CONFORMIDADES MAYORES.**

| **No. de hallazgo** | **CLÁUSULA Y NORMATIVA**  **AISLADO/SISTEMA** | **PROCESO**  **SITIO** | **HALLAZGO**  **Debe contener:**  a) Requerimiento Incumplido:  b) Descripción de la No Conformidad:  c) Evidencia que soporta la No Conformidad: | **CAUSA RAÍZ  de la no conformidad**  **Por favor considere que el hallazgo no es la causa raíz de la no conformidad.**  **(Para ser completado por el cliente)** | **a) CORRECCIÓN tomada por la Organización**  **b) EVIDENCIA DE IMPLEMENTACIÓN QUE PRESENTARÄ**  **(Para ser completado por el cliente)** | **a) ACCIÓN CORRECTIVA tomada por la Organización para cerrar la causa raíz de la No Conformidad y prevenir su recurrencia**  **b) EVIDENCIA DE IMPLEMENTACIÓN QUE PRESENTARÄ**  **(Para ser completado por el cliente)** | **FECHA DE IMPLEMENTACIÓN planeada de correcciones y acciones correctivas**  **(Para ser completado por el cliente)** | **Plan de Acciones Correctivas ACEPTADO (SI/NO)** | **Plan de Acciones Correctivas IMPLEMENTADO** | **Plan de Acciones Correctivas EFECTIVAMENTE IMPLEMENTADO** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** |  |  | a) Requerimiento Incumplido:  b) Descripción de la No Conformidad:  **c) Evidencia que soporta la No Conformidad:** |  | **a) Corrección:**  **b) Referencia a la evidencia de Implementación:** | **a) Acción Correctiva:**  **b) Referencia a la evidencia de Implementación:** |  |  |  |  |
| **2** |  |  | a) Requerimiento Incumplido:  b) Descripción de la No Conformidad:  **c) Evidencia que soporta la No Conformidad:** |  | **a) Corrección:**  **b) Referencia a la evidencia de Implementación:** | **a) Acción Correctiva:**  **b) Referencia a la evidencia de Implementación:** |  |  |  |  |

**El registro de cierre de no conformidades mayores, se contiene en el informe confidencial de auditoría.**

1. **HALLAZGOS CATALOGADOS COMO NO CONFORMIDADES MENORES.**

**La implementación de los planes de acción y corrección presentados, así como la verificación de su efectividad serán evaluados durante la próxima auditoria.**

| **No. de hallazgo** | **CLÁUSULA Y NORMATIVA**  **AISLADO/SISTEMA** | **PROCESO**  **SITIO** | **HALLAZGO**  **Debe contener:**  a) Requerimiento Incumplido:  b) Descripción de la No Conformidad:  c) Evidencia que soporta la No Conformidad: | **CAUSA RAÍZ  de la no conformidad**  **Por favor considere que el hallazgo no es la causa raíz de la no conformidad.**  **(Para ser completado por el cliente)** | **a) CORRECCIÓN tomada por la Organización**  **b) EVIDENCIA DE IMPLEMENTACIÓN QUE PRESENTARÄ**  **(Para ser completado por el cliente)** | **a) ACCIÓN CORRECTIVA tomada por la Organización para cerrar la causa raíz de la No Conformidad y prevenir su recurrencia**  **b) EVIDENCIA DE IMPLEMENTACIÓN QUE PRESENTARÄ**  **(Para ser completado por el cliente)** | **FECHA DE IMPLEMENTACIÓN planeada de correcciones y acciones correctivas**  **(Para ser completado por el cliente)** | **Plan de Acciones Correctivas ACEPTADO (SI/NO)** | **Plan de Acciones Correctivas IMPLEMENTADO (SI/NO)** | **Plan de Acciones Correctivas EFECTIVAMENTE IMPLEMENTADO(SI/NO)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **6.2.2 ISO 9001:2015 Aislado** | **Revisión por la Dirección (Oficina central)** | **a) Requerimiento Incumplido:**  Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar: a) qué se va a hacer; b) qué recursos se requerirán; c) quién será responsable; d) cuándo se finalizará; e) cómo se evaluarán los resultados  **b) Descripción de la No Conformidad:**  Se tienen establecido la planeación de los objetivos sin embargo algunos ya han alcanzado la meta y no se ha establecido la finalización de los mismos, Eficientizar las entregas de apoyos económicos y paquetes de alimentos de los programas bienestar y confianza SI CONFÍO y de paquetes de alimentos nutritivos SI CONFÍO  **c) Evidencia que soporta la No Conformidad:**  Registro de revisión directiva 2017 | La alta dirección estableció como plazo de termino un año para los objetivos de calidad, sin proveer que acciones tomar si estos llegaban a la meta antes del periodo establecido | 1. **Corrección:**   Revisar y analizar que objetivos de calidad se cumplieron para decidir si pasan a ser indicadores de gestión,  **b) Referencia a la evidencia de Implementación:**  Cumplimiento de los objetivos de calidad, de las revisiones por la dirección y juntas mensuales | **a) Acción Correctiva:**  Eliminar los objetivos de calidad que cumplieron la meta, establecer nuevos objetivos y determinar los plazos según se considere en la planeación.  **b) Referencia a la evidencia de Implementación:**  DOC-DIR-02 | **Octubre-2017** |  |  |  |
| **2** | **7.1.3 ISO 9001:2015 Aislado** | **Mantenimiento**  **(Oficina central)** | **a) Requerimiento Incumplido:**  La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios  **b) Descripción de la No Conformidad:**  No se mostró evidencia de cumplir con las actividades de mantenimiento al 100% con respecto a lo programado para las actividades de Centro Acuático y oficinas de DIF Saltillo.  **c) Evidencia que soporta la No Conformidad:**  Registro de bitácora mantenimiento de Centros Acuáticos, en  Oficinas DIF Saltillo se presentó Reporte de mantenimiento del Transformador por la compañía Servicios Integrales Eléctricos con fecha 10-Oct-2016, indica necesidad de mantenimiento correctivo por condiciones del aceite y no hay evidencia de su realización. No hay evidencias de inspecciones mensuales a extintores. | Las actividades de mantenimiento, las realizan personas que se encuentran en sitios diferentes por lo que no se previó la necesidad de concentrar la información en el área encargada de dichas actividades.  Se cuenta con equipo incompleto para el mantenimiento de los centros acuáticos.  Olvido por parte del personal de mantenimiento realizar el mantenimiento correctivo del transformador. | **a) Corrección:**  Concentrar las bitácoras de mantenimiento de los sitios remotos en la oficina central y mantener informado al coordinador  Investigar que herramientas se necesita para el mantenimiento adecuado de las albercas  Se solicita al área de compras el mantenimiento correctivo del transformador de la oficina central  **b) Referencia a la evidencia de Implementación:**  **Expediente de bitácoras**  Requisiciones de material | **a) Acción Correctiva:**  Modificar las bitácoras de mantenimiento para agregar los sitios remotos.  Realizar el mantenimiento correctivo del transformador  **b) Referencia a la evidencia de Implementación:**  Bitácoras de mantenimiento  Mantenimiento del transformador |  |  |  |  |
| **3** | **7.1.4 ISO 9001:2015 Aislado** | **Recursos humanos (Oficina central)** | **a) Requerimiento Incumplido:**  La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios  **b) Descripción de la No Conformidad:**  No se muestra evidencia de cómo se determina, proporciona y mantiene el ambiente.  **c) Evidencia que soporta la No Conformidad:**  Entrevista con responsable de área | No se tiene documentado los planes o acciones que se realizan en la institución para mantener un clima laboral adecuado | **a) Corrección:**  Planear actividades que generen un clima laboral adecuado.  **b) Referencia a la evidencia de Implementación:**  Programa anual de clima laboral | **a) Acción Correctiva:**  Documentar las actividades que se planean a lo largo del año para mantener el clima laboral.  Instalación de buzón de quejas y sugerencias en el área de recursos humanos para uso del personal   1. **Referencia a la evidencia de Implementación:**   Evidencia fotográfica de las actividades y solicitud de evento y requisición de material en los casos que lo amerite | Octubre 2017 |  |  |  |
| **4** | **8.1 ISO 9001:2015 Sistema** | **Centros Acuáticos**  **(Centro Acuático Saltillo 2000, Centro Acuático Mirasierra)** | **a) Requerimiento Incumplido:**  La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos (véase 4.4) necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios, y para implementar las acciones determinadas en el capítulo 6, mediante:  d) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios.  **b) Descripción de la No Conformidad:**  Se encontraron casos en que se rebasa el plazo semanal establecido en el PRO-CST-05 para enviar los expedientes generados en los Centros Acuáticos a las oficinas DIF Saltillo.  **c) Evidencia que soporta la No Conformidad:**  Expediente usuario RAldeL Carta Responsiva F-CST-02 Rev.0/14-Jun-16 de fecha 11-Jul-2017 en Centro Acuático Saltillo 2000, Expediente usuario CC Carta Responsiva F-CST-02 Rev.0/14-Jun-16 de fecha 5-Sep-2017 en Centro Acuático 26 de Marzo y Expediente usuario SOH, Carta Responsiva F-CST-02 Rev.0/14-Jun-16 de fecha 7-Ago-2017 en Centro Acuático Mirasierra. | Los tiempos establecidos son inadecuados debido a las actividades de los centros acuáticos | 1. **Corrección:**   Verificar la vialidad de los tiempos, previendo las actividades en los sitios remotos y la oficina central  Evaluar la posibilidad de que cada sitio conserve los expedientes   1. **Referencia a la evidencia de Implementación:**   Requisicion de material | 1. **Acción Correctiva:**   Modificar el procedimiento para establecer los tiempos adecuados.  Solicitar archiveros para concentrar los expedientes en los sitios   1. **Referencia a la evidencia de Implementación:**   Procedimiento de Centros Acuaticos  Requisicion de material | Octubre 2017 |  |  |  |
| **5** | **8.5.3 ISO 9001:2015 Sistema** | **Atención y cuidado infantil (Centro Infantil Saltillo**  **Centro Infantil Landín)** | **a) Requerimiento Incumplido:**  La organización debe cuidar la propiedad perteneciente a los clientes o a proveedores externos mientras esté bajo el control de la organización o esté siendo utilizado por la misma  **b) Descripción de la No Conformidad:**  Se localizan 3 copias de identificación oficial no vinculados con la carta de autorización en el Centro Infantil Saltillo  No se encuentran 2 de 3 copias de identificación en el Centro Infantil Landín  **c) Evidencia que soporta la No Conformidad:**  Centro Infantil Saltillo CIAC 102642  Centro Infantil Landín, CIAC 97705 | Revisar los expedientes de los centros infantiles y los que son generados por las enfermeras de Salud Pública para unificar los datos de los responsables de los niños y la papelería de los mismos | **a) Corrección:**  Solicitar al coordinador de Medicina, la corrección de los expedientes.  Cada centro infantil revisa que no falte o este de más identificaciones oficiales en los expedientes   1. **Referencia a la evidencia de Implementación:**   Expedientes de enfermería | **a) Acción Correctiva:**  Reunir a las partes interesadas al momento de la inscripción para que los datos proporcionados por los padres o tutores coincidan en ambos resguardos   1. **Referencia a la evidencia de Implementación:**   Procedimiento de Centros Infantiles | **Octubre 2017** |  |  |  |
| **6** | **ISO 9001:2015 Sistema** | **Atención y cuidado infantil (Centro Infantil Saltillo**  **Centro Infantil Coahuila)** | **a) Requerimiento Incumplido:**  La organización debe preservar las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos  **b) Descripción de la No Conformidad:**  Alguno alimentos no están almacenados conforme a la guía de preservación de los mismos  **c) Evidencia que soporta la No Conformidad:**  Observación directa del área | No se etiqueta el día de recepción de algunos alimentos (huevos) | **a) Corrección:**  Revisar la tabla de conservación de la materia prima   1. **Referencia a la evidencia de Implementación:**   **Recetario 2016 Desayunos y Comidas Calientes niñas, niños de 0 a 5 años** | **a) Acción Correctiva:**  Etiquetar el contenedor de los huevos con la fecha de entrada, que son los que se utilizaran antes de 48 horas, como lo marca la tabla de conservación por refrigeración, el resto de los blanquillos se almacenan en el refrigerador   1. **Referencia a la evidencia de Implementación:**   **Procedimiento de Centros Infantiles** | **Octubre 2017** |  |  |  |

**El registro de cierre de no conformidades menores, se contiene en el informe confidencial de auditoría.**

1. **HALLAZGOS CATALOGADOS COMO OPORTUNIDADES DE MEJORA Y/O COMENTARIOS POSITIVOS.**

***Oportunidad de Mejora (OFI):*** Es cuando existe cumplimiento con los requerimientos de la normativa, sin embargo, se detectan áreas de oportunidad en el Sistema de Gestión, que se plantean a su atenta consideración. Es optativo para Usted realizar acciones correctivas o preventivas respecto de un hallazgo categorizado como Oportunidad de Mejora.

***Comentarios Positivos (P):*** Comentarios realizados cuando un requerimiento de la norma se observa satisfecho y además, implementado de manera efectiva y eficiente. Usted no requiere de tomar acciones correctivas o preventivas respecto de un hallazgo categorizado como Comentario Positivo.

| **No. de hallazgo** | **Proceso**  **Sitio** | **(OFI)**  **(P)** | **Hallazgo.** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Centros infantiles** | **OFI** | Estandarizar el uso de desinfectantes de verduras favorecería su efecto en ellas |
| **2** | **Centros infantiles** | **OFI** | Documentar por médico tratante los motivos de alergias reforzaría la implementación de dietas adecuadas a los menores |
| **3** | **Paseo de la Historia** | **OFI** | Asegurar la manera en que se realiza la entrega de las entradas reforzaría la relación con el área financiera |

1. **RESULTADOS PRELIMINARES DE LA EVALUACIÓN.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1. Los requerimientos de la normativa en los que se basó la auditoria se cumplieron, por lo que **SE RECOMIENDA A LA CERTIFICACIÓN (INICIAL).** | | |
|  | 2. Los requerimientos de la normativa en los que se basó la auditoria se cumplieron, por lo que **SE RECOMIENDA A LA CONTINUIDAD DE LA CERTIFICACIÓN (MANTENIMIENTO / RENOVACIÓN).** | | |
|  | 3. Por requerimiento del cliente, **cambio de frecuencia de las auditorias de mantenimiento** de esquema anual a SEMESTRAL. | | |
|  | 4. Los requerimientos de la normativa en los que se basó la auditoria no se cumplieron en su totalidad debido a que durante el proceso de evaluación fueron detectadas **NO CONFORMIDADES MAYORES por lo que la recomendación o continuidad de la certificación, será condicionada a la presentación,** **al auditor líder, del plan de corrección y acciones correctivas de las no conformidades.** |  | a) Se requiere la presentación de evidencia documental del cierre de la(s) no conformidad(es) antes de recomendar a la certificación. **(RE AUDIT SEND IN DOC)** |
|  | b) Se requiere realizar una Re-auditoria en las instalaciones del cliente antes de recomendar a la certificación. **(RE AUDIT ON SITE)** |
| **X** | 5. Los requerimientos de la normativa en los que se basó la auditoria no se cumplieron en su totalidad debido a que durante el proceso de evaluación fueron detectadas **NO CONFORMIDADES MENORES por lo que la recomendación o continuidad de la certificación, será condicionada a la presentación,** **al auditor líder, del plan de corrección y acciones correctivas de las no conformidades. (RE AUDIT SEND IN DOC)** | | |
|  | 6. Se recomienda la **REDUCCIÓN DE LA CERTIFICACIÓN**. | | |
|  | 7. Se recomienda la **EXPANSIÓN DE LA CERTIFICACIÓN**. | | |
|  | 8. Se recomienda la **SUSPENSIÓN DE LA CERTIFICACIÓN**. | | |
|  | 9. Se recomienda la **REACTIVACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN y cancelación de la suspensión**. | | |
|  | 10. Los requerimientos de la normativa en los que se basó la auditoria NO FUERON CUMPLIDOS, por lo que **SE RECOMIENDA LA CANCELACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN.** | | |
|  | 11. Los requerimientos de la normativa en los que se basó la auditoria NO FUERON CUMPLIDOS, por lo que **NO SE RECOMIENDA LA CERTIFICACIÓN.** | | |

1. **DECLARATORIAS**

**DECLARATORIA DEL CLIENTE:**

* He sido informado y se me ha explicado a mi entera satisfacción el contenido del presente informe de hallazgos de Auditoría.
* Me doy por enterado de los hallazgos detectados y estoy de acuerdo con los mismos.
* De igual forma, confirmo que he sido informado sobre los plazos para contestar las no conformidades detectadas durante la Auditoría.
* He leído el presente informe con el equipo auditor durante la reunión de cierre y se me ha explicado y he comprendido cada uno de los puntos que en él mismo se contienen.
* Asimismo, confirmo que he sido informado:

1. Que existe un procedimiento de quejas, apelaciones, disputas, sugerencias y felicitaciones el cual puedo hacer valer en cualquier momento del proceso de evaluación.
2. Sobre los trámites administrativos que debo observar una vez terminada la presente auditoría.
3. Sobre los plazos para realizar mi próximo evento para que éste no sea invalidado, o mi certificación no sea suspendida o cancelada.
4. **Sobre el tiempo auditor extra que será agregado a mi próximo evento para revisión y cierre de hallazgos detectados en la presente auditoría. Declaro además que estoy de acuerdo en cubrir el costo de este tiempo a la evaluación.**

**DECLARATORIA DEL EQUIPO AUDITOR:** Declaramos que aceptamos participar en la presente evaluación. Al hacer esta declaración, bajo so pena de sanciones en caso de incumplimiento, los auditores declaramos y confirmamos que no hemos llevado a cabo ninguna consultoría sobre el sistema de gestión del presente cliente, en los últimos dos años, y si la hubiere habido, por lo menos dos años después de la misma, no hemos mantenido ningún tipo de relación con el auditado que pudiera provocar un conflicto de intereses, ya que no nos encontramos vinculados a ninguna de las partes a las que los procesos de evaluación pudiesen procurar una ventaja. No existe ningún hecho o elemento pasado, presente o susceptible de ocurrir en un futuro previsible, que pudiese poner en duda nuestra independencia e imparcialidad respecto de cualquiera de las partes. Si resultase que, a lo largo del proceso de evaluación, dicha relación existiese o llegase a establecerse, dejaremos de formar parte del proceso de evaluación, sin demora alguna. Asimismo, confirmamos que conocemos y cumplimos con los lineamientos descritos en las políticas y procedimientos internos de TÜV SÜD América de México, S.A. de C.V. su Código de Ética y el Acuerdo de Confidencialidad.

**En caso de que exista discrepancia entre el auditado y el equipo auditor, complete la siguiente tabla. El documentar información en la tabla siguiente, es una entrada para el proceso de apelaciones.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hallazgo con el que no está de acuerdo** | | **Motivo de la discrepancia** | | | **Observaciones del auditado/auditor** | | | |
|  | |  | | | **Auditado:**  **Auditor:** | | | |
| 2017.10.05 | |  | **Sra. Lic. Rosa Lydia Leza Briones** | |  | **Dr. med. Rolando Ruiz Contreras** |
| **Fecha de elaboración del**  **informe de hallazgos de auditoría** | |  | **Representante Autorizado** | |  | **Auditor Líder** |