



## INFORME DE RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA REALIZADA DEL 1° DE ABRIL AL 1° DE MAYO DEL 2008.

### **ALCANCE DE AUDITORÍA.**

La auditoría interna se llevó a cabo considerando tanto las cláusulas de la norma ISO 9001:2000 (equivalente a la norma NMX-CC-9001-IMNC-2000), como lo establecido en los documentos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad aplicables a los laboratorios de: Análisis Químico, Análisis Térmico, Calidad del Agua, Calidad del Aire, Corrosión, Metrología (Áreas: Dimensional, Eléctrica, Temperatura, Humedad, Masa y Volumen), Microscopía Electrónica de Barrido, Pruebas Mecánicas, Rayos X, Residuos y Espectroscopia de Infrarrojo, así como, a las áreas administrativas de apoyo: Dirección General, Representante de la Dirección (Administrador del Programa de Calidad), Responsables de las Revisiones por la Dirección (Asistentes del Programa de Calidad), Vinculación (Coordinadora de Servicios y Asesora Comercial), Telecomunicaciones y Sistemas, Coordinación de Comunicación y Difusión, Recursos Humanos, Adquisiciones, Almacén (Control Patrimonial), Control de Documentos y Coordinación del Equipo de Auditores Internos.

### **OBJETIVO.**

Determinar la implementación y observancia del Sistema de Gestión de la Calidad en los Laboratorios y Áreas de Apoyo que se encuentran dentro del alcance de la certificación.

### **RESULTADOS.**

1. Breve descripción de los hallazgos encontrados durante la auditoría.

De acuerdo a los hallazgos encontrados durante las auditorías internas, se puede apreciar un avance en la disposición y capacidad de las personas que fungieron como auditores líderes, así mismo, el compromiso tanto de los auditados como de los auditores es mayor reflejándose en la actitud al aceptar las observaciones y no conformidades detectadas por los auditores. La maduración del SGC ha ido creciendo y como resultado de ello la mayoría de los hallazgos se calificaron como observaciones.



## INFORME DE RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA REALIZADA DEL 1° DE ABRIL AL 1° DE MAYO DEL 2008.

### 2. Descripción de las no conformidades:

No. de NC	CLÁUSULA/DOCTO DEL SGC	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	LABORATORIO / ÁREA	AUDITORES
1.	4.2.1 b)	Los procedimientos AD01 y AD02 no se encuentran actualizados, por cambio de jefe inmediato	Adquisiciones	Alejandro Benavides Montoya Silvia Miranda Navarro Cristina Ruiz
2.	4.2.3 f)	No se tiene una lista de distribución de los documentos de origen externo (Norma ISO)	Control de Documentos	Alfredo Campos Trujillo Luis Lozoya Márquez Cristina Ruiz Márquez
3.	4.2.3 a)	El procedimiento de control de bienes en el almacén CP01 no se encuentra actualizado, ya que una de las firmas de autorización es de una persona que ya no labora en el centro de trabajo.	Control Patrimonial	Eliás Ramírez Espinoza Julio Fierro Alonso Cristina Ruiz Márquez
4.	CP01	En el área de almacén se cuenta con una bitácora de control de entrega de materiales (CPB01), en la cual, de acuerdo al procedimiento CP01-07, se establece que se va a registrar la entrega de los materiales que no llegan por orden de compra, sin embargo, no se ha implementado.		
5.	5.5.1	Las responsabilidades, autoridad y funciones del personal del laboratorio están establecidos a través de una carta y se describen en el perfil y en la descripción del puesto de cada uno de los integrantes del laboratorio, sin embargo, estos últimos documentos (el perfil y la descripción) no se encuentran actualizados.	Análisis Químicos	Bibiana Borja Blanco Jorge Carrillo Flores Julio Fierro Alonso
6.	5.5.1	El perfil del puesto del responsable del laboratorio no se encuentra actualizado.	Análisis Térmicos	Alma Rubio Gómez Myriam Moreno López Julio Fierro Alonso
7.	4.2.4	Se cuenta con el listado de procedimientos técnicos y un programa anual de mantenimiento, sin embargo la información no se encuentra registrada en los formatos vigentes aplicables para cada caso (CA01F04 y CA08F01)		
8.	4.2.3 e)	Se cuenta con los procedimientos para el desarrollo de las actividades en el laboratorio, sin embargo en el pie de página no es legible la numeración, ni la clave del formato, así mismo en el contenido de los procedimientos no están contenidos todos los puntos preestablecidos en el formato.		
9.	7.5.4	El personal conoce el procedimiento CA09 custodia de bienes propiedad del cliente, sin embargo, no se cuenta con evidencia de su aplicación (registros del formato CA09F01F01) para el control de las muestras recibidas.	Espectroscopia de Infrarrojo	Dolores Luján Sáenz Mónica Rodríguez Almodóvar Julio Fierro Alonso
10.	7.6 a)	Los equipos del laboratorio no presentan la etiqueta de identificación de su estado actual de calibración (actual y próxima).		
11.	4.2.4	Se cuenta con un programa anual de calibración de instrumentos y equipos, sin embargo, dicho programa no cuenta con el código de identificación del formato (CA08F01-03).		
12.	4.2.3 a)	El procedimiento LEI-PT01-02 no ha sido revisado ni actualizado ya que se hace referencia a una bitácora obsoleta LEI-B02, actualmente se registra la información en la bitácora LEI-B01, la cual no está referenciada en el procedimiento.		
13.	LO06	En el procedimiento LO06-06 (Validación del Método para mediciones micro dimensionales en el microscopio electrónico de barrido) se establece que para realizar la verificación de la medición deben hacerse 100 repeticiones de las lecturas, sin embargo, solo se están realizando 80 repeticiones.	Microscopía Electrónica de Barrido	Eliás Ramírez Espinoza Melany Guzmán Velderrain Julio Fierro Alonso
14.	CA01H01	Los procedimientos técnicos PLRX01 y PLRX04 no cuentan con los últimos dígitos para identificar el número de revisión y las fechas de efectivo no corresponden con las fechas de la última revisión llevada a cabo.	Rayos X	Adán Borunda Terrazas Jorge Ortiz Meléndez Julio Fierro Alonso

### Observaciones:

No. de OBS	CLÁUSULA/DOCTO DEL SGC	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	LABORATORIO / ÁREA	AUDITORES
1.	4.2.4	Existen dos planes de auditoría interna, uno para ISO 9001:2000 (CA03F02) y otro para ISO/IEC 17025: 2005 (CA03F06), sin embargo, en el procedimiento de auditorías internas (CA03-08) solo se hace mención al primero.	Auditorías Internas	Mónica Rodríguez Almodóvar Dolores Luján Sáenz Julio Fierro Alonso
2.	4.2.4	En el procedimiento de Auditorías internas (CA03-08), las claves de identificación asignadas a las listas de verificación de ISO 9001: 2000 e ISO/IEC 17025: 2005, no coinciden con las claves que tienen las listas de verificación vigentes que aplicaron durante la auditoría.		
3.	4.2.4	Se cuenta con un procedimiento de revisiones por la Dirección CA15-06, donde se especifican los registros aplicables, se encontró que el registro de indicadores no cuenta con identificación.	Revisiones por la Dirección	Hilda Esparza Ponce Daniel Lardizábal Gutiérrez
4.	CA03	Se encontraron en las listas de verificación conceptos que por su naturaleza corresponde auditar en las áreas de vinculación y de comunicación (5.4.1 y 5.5.3, respectivamente).		



## INFORME DE RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA REALIZADA DEL 1° DE ABRIL AL 1° DE MAYO DEL 2008.

No. de OBS	CLAUSULA/ DOCTO DEL SGC	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	LABORATORIO / ÁREA	AUDITORES
5.	CA02	No se encuentra documentada la periodicidad para llevar a cabo el respaldo de los registros almacenados en los equipos de cómputo del área almacén.	Control Patrimonial	Elías Ramírez Espinoza Julio Fierro Alonso Cristina Ruiz Márquez
6.	8.4	Se cuenta con indicadores gráficos que avalan la eficacia de la comunicación, sin embargo, no cuenta con gráficos de tendencia que avalen una mejora continua.	Comunicación	Armando Reyes Rojas Enrique Torres Moye
7.	VN03	En diagrama de flujo establecido en el procedimiento VN03-08 faltaría incluir la etapa concerniente a las Reunión del Equipo de Satisfacción al Cliente, ya que es un punto importante y no es suficiente con incluirlo como comentario.	Atención al Cliente	Víctor Orozco Carmona Arturo Hernández Gutiérrez Cristina Ruiz Márquez
8.	VN03	Durante la auditoria realizada al área de Atención al Clientes, se nos mostró las listas de asistencia a las Reuniones del Equipo de Satisfacción al Cliente, donde se pudo observar que el personal que asistía a dichas reuniones prácticamente estaba conformado por personal administrativo, faltando a nuestro criterio personal técnico o de investigación, por lo que, es recomendable el generar una metodología mediante la cual se involucre a personal técnico y buscar un mecanismo mediante el cual se incentive a todo el personal que pertenece a dicho grupo para que asista periódicamente.		
9.	6.2.2 b)	No se presentó evidencias de que el personal responsable del área de atención a clientes (Asesor Comercial) cuente con capacitación relacionada con el área de su competencia (Manejo de Conflictos, Atención a Quejas, etc.).		
10.	7.2.3	La responsable del equipo de Satisfacción del Cliente, podría dar difusión a través de los medios oficiales de comunicación tales como: de las juntas de la Dirección General con el personal del Centro, en las reuniones del equipo, y de los otros equipos de Calidad, que toda persona adscrita al CIMAV debe atender cualquier queja por parte de los clientes externos (aún y cuando no corresponda a su área de responsabilidad) que se presente, dejarla asentada en el formato existente o direccionar a quien corresponda para darle seguimiento a la misma.	Quejas	Silvia Miranda Navarro Bibiana Borja Blanco Cristina Ruiz Márquez
11.	7.2.3	La responsable del Equipo de Satisfacción del Cliente, podría promover, ubicar y etiquetar los buzones de quejas con atención al cliente (para que el cliente externo documente su queja y la coloque en el buzón).		
12.	CA01H01	Los procedimientos vigentes observados por el personal del laboratorio se encuentran registrados en una lista maestra (CA01F04-04) sin embargo, las fechas indicadas en la lista, en la columna de "efectivo", no coinciden con las fechas de efectivo registradas en los procedimientos.	Análisis Químicos	Bibiana Borja Blanco Jorge Carrillo Flores Julio Fierro Alonso
13.	MAC01 8.2.4.4	El responsable del laboratorio comento que en ocasiones envía a solicitud del cliente el informe de resultados vía electrónica, sin embargo, no cuenta con evidencia ni de la solicitud, ni de la recepción del envío.	Análisis Térmicos	Alma Rubio Gómez Myriam Moreno López Julio Fierro Alonso
14.	LT05F-01	En la bitácora LT05F-01de recepción de muestras falta registrar algunas fechas de recepción, la cancelación de espacios en blanco y la corrección adecuada de los errores cometidos al momento de registrar la información.		
15.	7.6 a)	Cuenta con informes de las calibraciones realizadas a sus pesas, sin embargo no tiene establecido un intervalo específico para llevar a cabo las calibraciones de las mismas.		
16.	MAC01 8.2.4.1.1 y 8.2.4.1.2	Cuenta con un procedimiento para la elaboración de los informes, sin embargo el procedimiento LT05-05 no contempla todos los puntos establecidos en la elaboración del informe especificados en el manual de calidad.		
17.	RH01	En el perfil de puesto se encontró que en el nombre del puesto está escrito como técnico del laboratorio de calidad del agua, cuando en realidad es el responsable del mismo.	Calidad del Agua	Jorge Ortiz Meléndez Adán Borunda Terrazas Julio Fierro Alonso
18.	LCAg-B-011	Se encontró que la bitácora LCAg-B-011 le falta la hoja de instrucción para llenar los registros de dicha bitácora.		
19.	5.1.1	Se encontró que la carta de responsabilidad, autoridad y funciones no está actualizada.		
20.	CA01	Se cuenta con un listado de documentos internos y externos, pero no se encuentran registrados en el formato establecido en el sistema de gestión de calidad.	Calidad del Aire	Hilda Esparza Ponce Daniel Lardizábal Gutiérrez
21.	RH01	En el perfil de puesto de uno de los signatarios, la firma de jefe inmediato no corresponde al jefe que actualmente se tiene.		



## INFORME DE RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA REALIZADA DEL 1° DE ABRIL AL 1° DE MAYO DEL 2008.

No. de OBS	CLÁUSULA/DOCTO DEL SGC	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	LABORATORIO / ÁREA	AUDITORES
22.	5.3	El personal del laboratorio conoce la política y los objetivos de la calidad, sin embargo, el póster ubicado en el laboratorio no tiene la política de calidad vigente. El personal ubicó en intranet el documento MAC02 donde se encuentra la política vigente.	Corrosión	Myriam Moreno López Armando Reyes Rojas
23.	CA01H01	En los procedimientos LCPPT02-04 y el LCPPT03-07, en la tabla de control de modificaciones no se encuentra actualizada, así mismo, los anexos no se encuentran actualizados.		
24.	6.2.2 e)	El técnico Jair Lugo Cuevas no cuenta con la evidencia actualizada de la capacitación recibida, así mismo, el técnico Gregorio Vázquez Olvera no cuenta con evidencia de la capacitación recibida.		
25.	CA01H01	En los manuales LCPM006-03 y LCPM005-03 no tienen fecha de efectivo.		
26.	CA01	En el listado maestro no se presenta el número de revisión (número de bitácora) de las bitácoras.		
27.	RH01	En los perfiles y descripción de los puestos del personal del laboratorio no tiene indicado quien es el responsable y quienes son los técnicos del laboratorio.		
28.	CA01H01	En el procedimiento LEI-PT03-02 no se ha actualizado la referencia que se hace al equipo de cómputo en el que se tiene instalado el software (IR interpret+), la referencia se hace al equipo LEI-E008 debiendo ser al LEI-E004.	Espectroscopia de Infrarrojo	Dolores Luján Sáenz Mónica Rodríguez Almodóvar Julio Fierro Alonso
29.	CA02	En la bitácora LMD-B-001 de condiciones ambientales se encontraron errores que no fueron enmendados de acuerdo a lo establecido en el procedimiento CA02. Cabe mencionar que en los demás si fueron hechas adecuadamente.	Metrología Área	Adán Borunda Terrazas Arturo Hernández Gutiérrez Julio Fierro Alonso
30.	LMD-PT-011	En el procedimiento LMD-PT-011-01 se presenta como anexo el formato llamado "Tarjeta de Tránsito", ya en la práctica dicho formato no concuerda con el formato establecido en el procedimiento (contiene una V que aplica para el área de volumen).	Dimensional	
31.	CA09	Para asegurarle a los clientes que sus instrumentos y/o equipos son mantenidos en forma segura, se registra la información correspondiente en el formato de: Resguardo de muestras o equipo, el cual no tiene clave solo un numero consecutivo, sin embargo, en el procedimiento de Control de bienes propiedad del cliente CA09-05, se tiene establecido el uso del formato CA90F01 para controlar los bienes propiedad del cliente.	Metrología Área Eléctrica, Temperatura y Humedad	Alfredo Campos Trujillo Luís Lozoya Márquez Jorge Ortiz Meléndez
32.	CA01H01	El procedimiento LME-PT-001 tiene como numero de revisión 06, sin embargo, en la tabla de control de modificaciones del mismo procedimiento, se tiene como numero de revisión el 07. Asimismo el procedimiento LME-PT-003 carece del número de revisión correspondiente.		
33.	CA09	Para asegurarle a los clientes que sus instrumentos y/o equipos son mantenidos en forma segura, se registra la información correspondiente en el formato de : resguardo de muestras o equipo, el cual no tiene clave solo un número consecutivo, sin embargo en el procedimiento de Control de bienes propiedad del cliente CA09, se tiene establecido el uso del formato CA09F01 para controlar los bienes propiedad del cliente	Metrología Área Masa	Armando Reyes Rojas Enrique Torres Moya
34.	6.3 a)	El laboratorio cuenta con un croquis de sus instalaciones, el cual no está actualizado.	Metrología Área Volumen	Hilda Esparza Ponce Daniel Lardizábal Gutiérrez Alma Rubio Gómez
35.	RH01	Los documentos: Perfil del puesto, Descripción del puesto, Carta de responsabilidades y funciones para la realización de servicios, Carta de confidencialidad y Código de ética, no se encuentran actualizados.	Microscopía Electrónica de Barrido	Elías Ramírez Espinoza Melany Guzmán Velderrain Julio Fierro Alonso
36.	5.3	Aunque el personal conoce la política de calidad, en sus instalaciones se encuentra la versión anterior a la actual.	Pruebas Mecánicas	Alejandro Benavides Montoya Alma Rubio Gómez Julio Fierro Alonso
37.	5.5.1	El personal de laboratorio cuenta con una carta de responsabilidad, autoridad y funciones, la cual no es vigente ya que a las personas que se les marca copia tienen actualmente otras funciones.		
38.	RH01	El perfil de puesto presentado por el personal de laboratorio no se encuentra actualizado.		
39.	CA01H01	El procedimiento LP-05-04 expresa en el apartado elaborado y revisado (Pág. 1) en el puesto como técnico, debiendo ser el responsable del laboratorio		
40.	7.5.2 b)	Aunque el laboratorio realiza métodos ASTM, los resultados se emiten a través de hojas de cálculo, requiriendo hacer la validación a mano de los cálculos.		



## INFORME DE RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA REALIZADA DEL 1° DE ABRIL AL 1° DE MAYO DEL 2008.

No. de OBS	CLÁUSULA/ DOCTO DEL SGC	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN	LABORATORIO / ÁREA	AUDITORES
41.	6.4	Se registran mediciones de condiciones ambientales mensualmente, sin embargo, se encontró evidencia que éstas se registran con una frecuencia menor.	Rayos X	Adán Borunda Terrazas Jorge Ortiz Meléndez Julio Fierro Alonso
42.	6.2.2 e)	El Curriculum del técnico del laboratorio de residuos no está actualizado.	Residuos	Myriam Moreno López Jorge Carrillo Flores Julio Fierro Alonso
43.	CA01H01	En el procedimiento LR07-01, LR11-01, LR12-01, LR19-01, LR04-01, LR18-01, LR14-01 y en la bitácora LR-B12, no se tiene la firma de revisión y aprobación.		
44.	7.6 e)	Se mostró evidencia de las actividades del mantenimiento realizado a los equipos e instrumentos de medición, sin embargo, no se cuenta con un programa de mantenimiento establecido para dicho fin.		

### 3. Gráficas de resultados.

En el Anexo 1 se presentan las gráficas de las No Conformidades y Observaciones encontradas por cláusula de la norma ISO 9001:2000 y/o por los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad aplicables a los Laboratorios y/o Áreas Administrativas de Apoyo.

### 4. Acciones inmediatas recomendadas.

Implementar a la brevedad las acciones correctivas necesarias para cerrar las no conformidades encontradas.

Elaborado por:

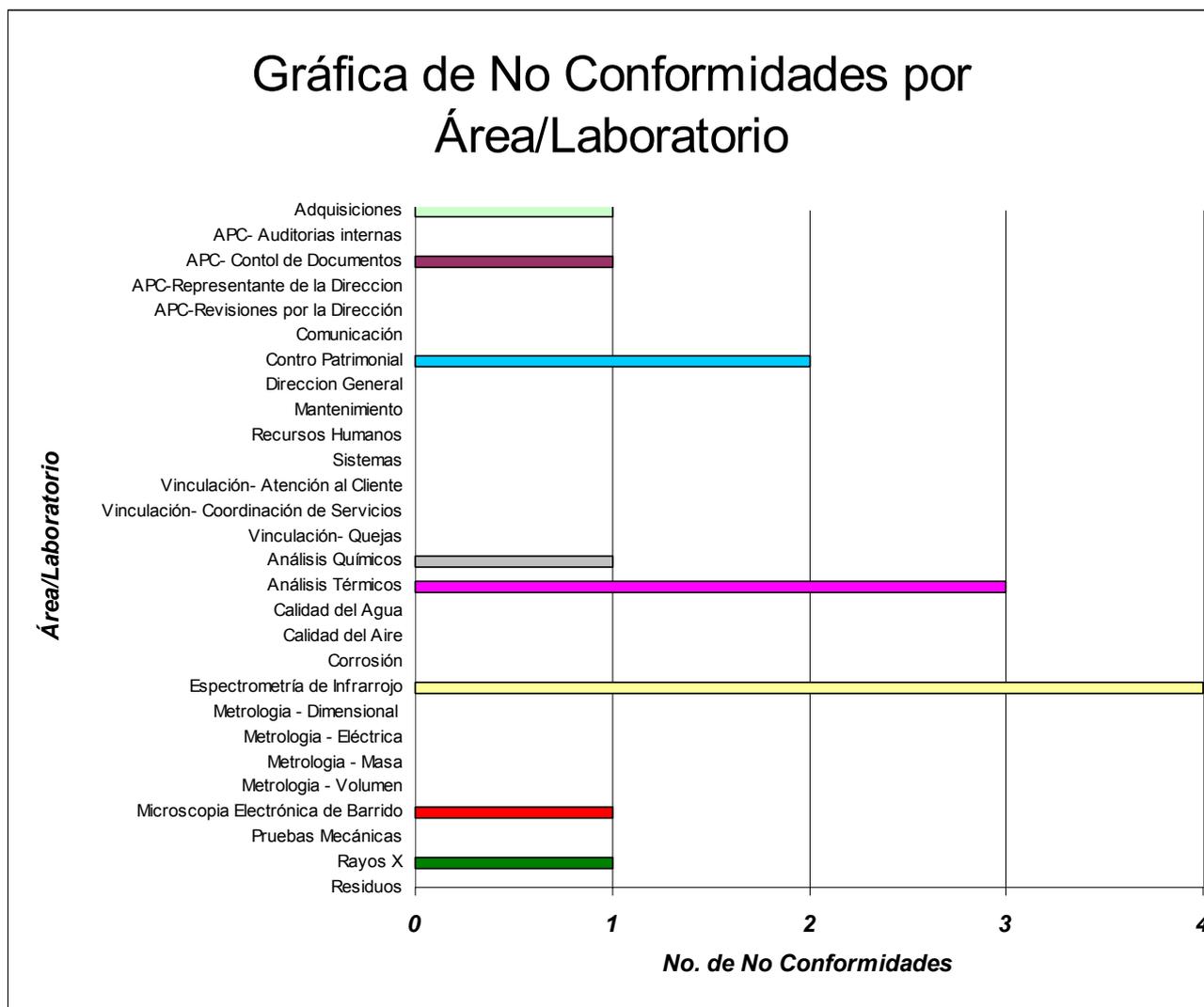
Ing. Melany Guzmán Velderrain e Ing. Julio César Fierro Alonso.

Chihuahua, Chihuahua, a 16 de mayo de 2008.



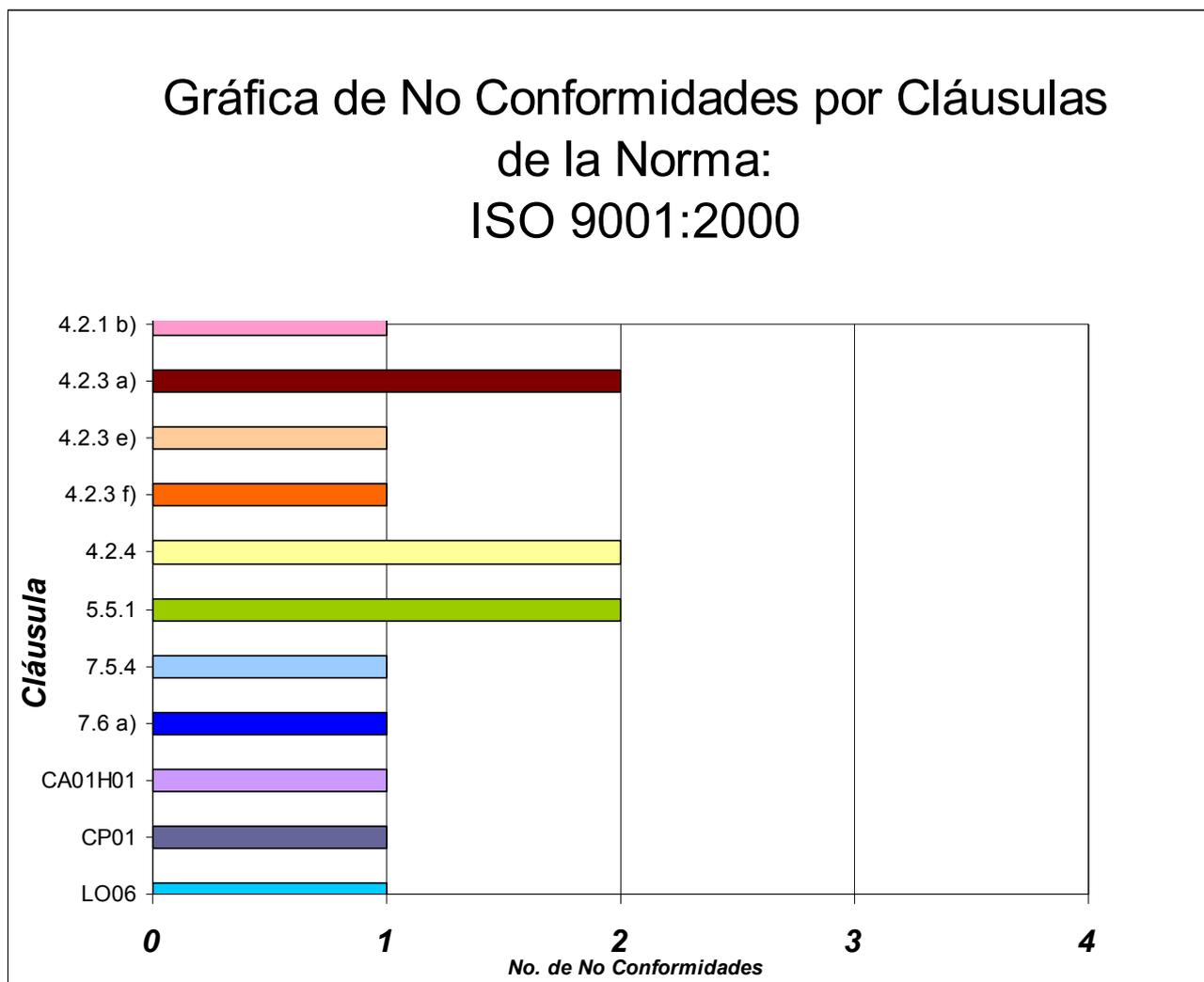
# INFORME DE RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA REALIZADA DEL 1° DE ABRIL AL 1° DE MAYO DEL 2008.

## ANEXO 1





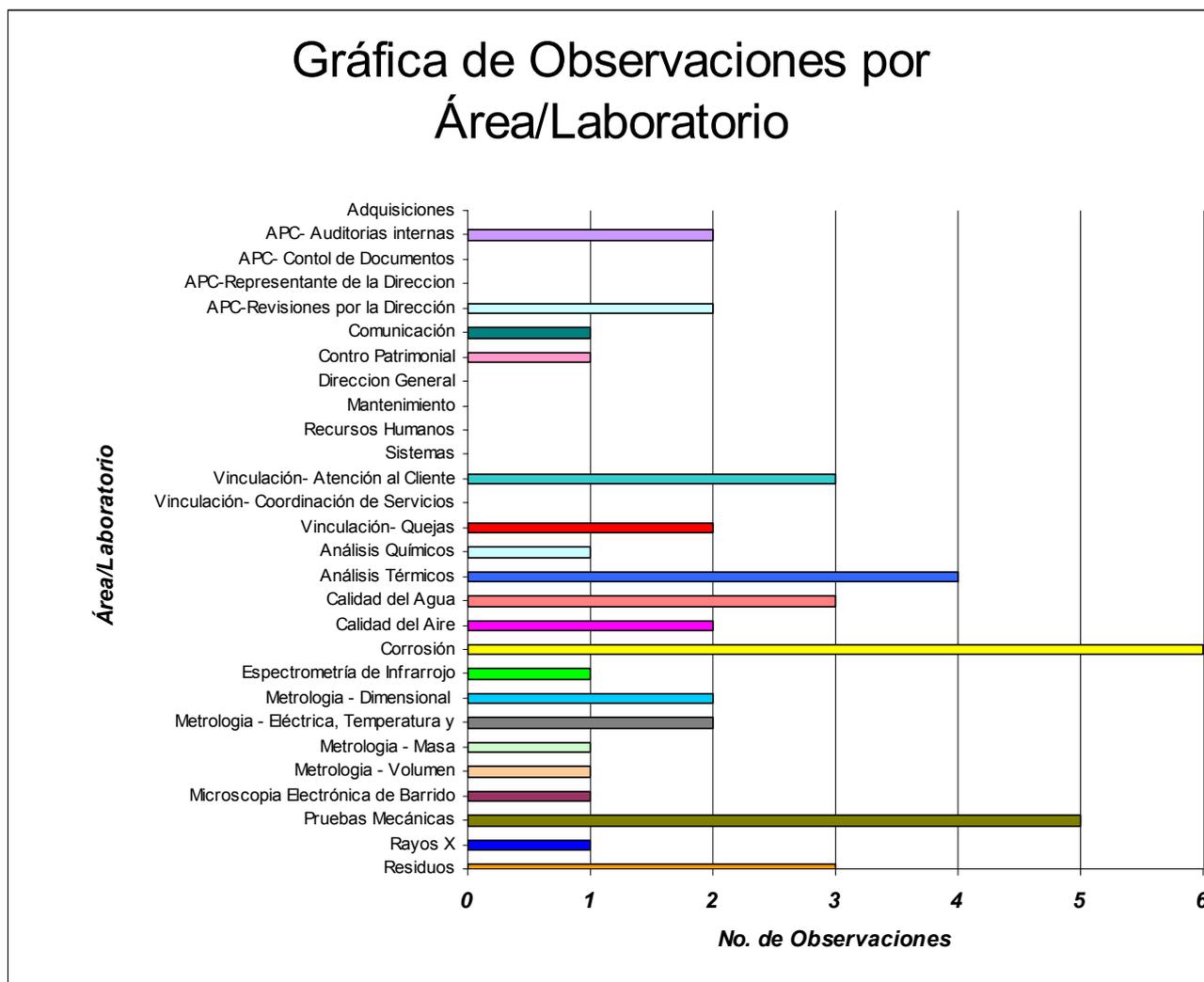
ANEXO 1





# INFORME DE RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA REALIZADA DEL 1° DE ABRIL AL 1° DE MAYO DEL 2008.

## ANEXO 1





ANEXO 1

