

INFORME DE AUDITORÍA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS CENTRO DE INVESTIGACIONES QUÍMICAS Y LANEM

Domicilio: Av. Universidad N0. 1001, Col. Chamilpa, C.R. 62209, Cuernavaca, Morelos, Estados
Unidos Mexicanos

RSGC- 987

Norma(s) de aplicación: NMX-CC-9001-IMNC-2015/ISO 9001:2015

No. de Solicitud: SCSGC-15047

Vigente hasta: 21/04/2019

Fecha de auditoria: 12 Y 13 Marzo de 2018

Fecha de emisión del informe: 13/03/2018

INFORME DE AUDITORIA

Dra. María Yolanda RÍOS GÓMEZ
Directora del CIQ-LANEM

De acuerdo al programa de auditorías del IMNC, se realizó la evaluación a su **Sistema de Gestión de la Calidad**, por lo que en mi calidad de Auditor Líder hago entrega del presente Informe de auditoría.

1. TIPO DE AUDITORÍA.

- ☐ Auditoría en instalaciones del IMNC * ☒ Auditoría en Sitio
- ☐ Auditoría Etapa 1
☐ Auditoría Etapa 2
☐ Auditoría de Vigilancia 1
☒ Auditoría de Vigilancia 2
☐ Otra (Indique el No. de vigilancia que corresponda) _____
- ☐ Renovación de la certificación
- Auditoría especial:
☒ Ampliación del alcance (Describa): *f*
☐ Reducción del alcance (Describa):
☐ Transferencia de la certificación
☒ Actualización del Sistema de Gestión
- Auditoría con *notificación a corto plazo*:
☐ Por quejas de clientes
☐ Por cambios de domicilio
☐ Por cambio de situación legal
☐ Por cambio en personal clave
☐ Por seguimiento a la suspensión de la certificación

* En caso de conducir la auditoría en el IMNC, indique a continuación la justificación:

2. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA.

☒ Objetivos de una auditoría de vigilancia.

Determinar la conformidad de los procesos/Sitios/Áreas del Sistema de Gestión seleccionados, con los criterios de auditoría.

Evaluar la capacidad del Sistema de Gestión para asegurar que la Organización cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables.

Evaluar la eficacia del Sistema de Gestión para asegurar que la Organización cumple con los objetivos especificados.

Identificar las áreas mejora potencial del Sistema de Gestión.

☐ Objetivos de una auditoría Especial (Señale el tipo de servicio que corresponda).

El propósito de una auditoría especial, es confirmar la continua conformidad ante la *ampliación, reducción, cambio de razón social/ cambio de estructura organizacional, quejas, suspensión, actualización* y eficacia del Sistema de Gestión en su conjunto así como su continua pertinencia y aplicabilidad del alcance de la certificación inicial o previa y los objetivos para el logro de este propósito.

☒ En caso de la ampliación del alcance de la certificación.

Evaluar que la **ampliación de él(los) proceso(s)/ actividad(es)/ producto(s)/ sitio(s)** incorporado(s) al alcance de la certificación vigente, se encuentra(n) implementado(s) en el Sistema de Gestión certificado y se mantiene la integridad del mismo así como la continuidad del cumplimiento de los requisitos normativos bajo los cuales se concedió la certificación.

☒ En caso de la actualización del Sistema de Gestión de la Organización certificada.

Evaluar que los cambios relativos a la **actualización** en la versión de la norma de referencia, se encuentran implementados en el Sistema de Gestión certificado de la Organización, se mantiene la integridad del mismo y se disponen de elementos para dar continuidad al cumplimiento de los requisitos normativos de la nueva versión de la norma bajo la cual se concedió la certificación.

INFORME DE AUDITORIA

3. ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN.

→ Diseño y desarrollo de proyectos de investigación y servicios analíticos.

*- INVESTIGACIÓN, SERVICIOS ANALÍTICOS,
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y SERVICIOS
DE SOPORTE*

4. SECTOR DE NEGOCIO DEL CLIENTE / COMPLEJIDAD.

Sector(es) IAF	Código(s) NACE	Exclusivo para SGIA	Exclusivo para SGA				
		Categoría	Complejidad Alta	Complejidad Media	Complejidad Baja	Complejidad limitad	Complejidad Especial
34	71.20 ✓ 72.19 ✓		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exclusivo para SGEN			
Área(s) técnica	Nivel de complejidad		
	Baja <input type="checkbox"/>	Media <input type="checkbox"/>	Alta <input type="checkbox"/>

5. CRITERIOS DE AUDITORÍA.

- ☐ NMX-CC-9001-IMNC-2008 / ISO 9001:2008
- ☒ NMX-CC-9001-IMNC-2015 / ISO 9001:2015
- ☐ NMX-SAA-14001-IMNC-2004/ ISO 14001:2004
- ☐ NMX-SAA-14001-IMNC-2015/ISO 14001:2015
- ☐ Otro(s) Indique: _____

- ☐ NMX-SAST-001-IMNC-2008
- ☐ NMX-CC-F-22000-IMNC-NORMEX- 2007/
ISO 22000:2005
- ☐ NMX-J-SAA-50001-ANCE-IMNC-2011/
ISO 50001:2011

6. ALCANCE DE LA AUDITORÍA. (Sitios involucrados en el alcance de la certificación que fueron auditados).

No.	SITIOS AUDITADOS	DATOS DEL SITIO	
OFICINA PRINCIPAL	Av. Universidad No. 1001, Col. Chamilpa, C.P. 62209, Cuernavaca, Morelos, Estados Unidos Mexicanos	Producto(s): Resultados de investigación	No Aplicabilidad: 8.3 ✓
		Proceso(s): Investigación Servicios analíticos Soporte Administración	
		Fecha(s) de Auditoria: 12 y 13/02/2018	

7. DATOS DEL EQUIPO AUDITOR.

NOMBRE	FUNCIÓN	No. DE VALIDACIÓN	FIRMA *
Elías REYES ZARATE	Auditor Líder	TECLSGC 057	<i>[Firma]</i>
Claudia GARCÍA MENDOZA	Auditor	ASGC-108	<i>[Firma]</i>
Gonzalo VERGARA LUNA	Experto técnico	NA	<i>[Firma]</i>

* Cuando algún miembro del equipo auditor no asista a la reunión de cierre por alguna situación; por ejemplo, por planificación de la auditoría, será suficiente como evidencia de su participación en la auditoría, la lista de asistencia a la reunión de apertura y/o sus notas de auditoría y en el caso de Expertos técnicos, su informe de auditoría.

8. ASPECTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN.

8.1 Cambios significativos que afecten al Sistema de Gestión de la Organización, a partir de la última auditoría.

Se confirma para el proceso de servicios analíticos se incluye en su catálogo lo relativo a Líquidos-Masas QTOF, con instalaciones, recursos y personal calificado para su desarrollo y entrega.

8.2 Cambios significativos que afecten al Programa de auditorías del ciclo completo de la certificación (*Plan trianual*).

Ninguno.

8.3 Conformidad del proceso de auditoría interna

Se tiene documentado un procedimiento de Auditorías en sistemas de Gestión (SAI-PR-01) con fecha 8 de diciembre del 2017 y versión 4.

Se cuenta con un Programa Anual de auditorías internas de calidad 2018 (SAI-PG-01) en el cual se ha planificado la 6ª Auditoría interna, y en el Plan de auditoría (SAI-FO-01) se definen todos los criterios aplicables de conformidad con la norma de referencia.

Su primera auditoría en versión ISO 9001:2015 fue documentada en el Informe de Auditoría 5ª interna (SAI-FO-05) del 30 de agosto al 7 de septiembre del 2017, con dos oportunidades de mejora a los requisitos 7.4 d) y 9.2.2. a)

En el Informe de Auditoría (SAI-FO-05) con fecha 15 de febrero del 2018 se documentan los resultados de la 6ª auditoría interna.

Se documenta una no conformidad sobre El procedimiento de auditorías internas no se cumple con los tiempos establecidos, de dos días para responder, por parte de los auditados y acordar las fechas de auditorías que serán consideradas para la elaboración del plan de auditoría interna.

Este hallazgo es atendido en la Solicitud de Acciones de Mejora (SCP-FO-01) No. 43 del 20 de febrero del 2018
Corrección: Establecer lo lineamiento para monitorear el tiempo de respuesta de los auditados para calendarizar el plan de auditoría.

Acciones para prevenir la recurrencia:

Valerse de las tareas que maneja el correo de Gmail al solicitar la calendarización, para que emita alertas que recuerden la actividad.

Fecha compromiso agosto septiembre 2018.

Informe final de 6ª auditoría interna, incluye elementos tales como: Grado de confianza, Fortalezas, Necesidades de mejora, Conclusiones y observaciones, así como Recomendaciones, Con fecha 16 de febrero del 2018.

8.4 Conformidad de la revisión por la dirección.

En la revisión por la Dirección Extraordinaria del 16 de febrero del 2018 incluyen elementos adicionales a las entradas indicadas en la norma de referencia tales como:

Resultado de Auditorías de 2ª parte, datos sobre las encuestas de satisfacción al cliente interno y Reportes Financieros

Como parte de las salidas se incluye los recursos de las áreas analíticas, laboratorios de investigación y administrativos y de soporte.

Con base en la evaluación del cumplimiento de objetivos:

Generar conocimiento que se refleje anualmente en productos reconocidos a nivel nacional e internacional por encima del promedio anual (0.6) lo alcanzado es superior a 2.

Desarrollar proyectos de investigación eficaces para la formación de recursos humanos, verificando las etapas de investigación y validando el proceso, alcanzado 71.3

INFORME DE AUDITORIA

Brindar servicios analíticos oportunos atendiendo puntualmente las solicitudes y garantizar el buen funcionamiento de los equipos analíticos. Entrega al 97.5 % y Servicio Continuo 52.13 %
Proporcionar servicios administrativos y de gestión de acuerdo con la política de 5 días hábiles para su cumplimiento, real 98 %.
Ofrecer un trato amable reflejado en el monitoreo de las encuestas de opinión: Investigación: 91%, Analíticos 91.25 %, Administrativo 99.5, Mantenimiento 84.76, Computo 88.25, Promedio 88.14 %, y
Atender satisfactoriamente las solicitudes en los servicios de soporte y garantizar la funcionalidad de la infraestructura obtenido 95.33 %

8.5 Desempeño del Sistema de Gestión de la Organización.

Con base en la última auditoria del IMNC no se registraron hallazgos de no conformidad sólo oportunidades de mejora a los requisitos: 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 6.2.2, 8.2.2.

8.6 Conformidad del alcance y la aplicabilidad de la certificación.

El alcance de la certificación es conforme a los propósitos de la organización y a los sectores indicados a continuación: "Investigación, servicios analíticos, servicios administrativos y servicios de soporte" *Se considera como nuevo alcance*

Con respecto al alcance del registro RSGC-987, existe una adecuación en concordancia con el requisito 4.3 de ISO 9001:2015, se ha desarrollado para los procesos de soporte y administración Plan de Calidad, Caracterización de PNC y aplicación de encuestas de satisfacción de cliente interno, lo resultados de su aplicación en septiembre son datos de entrada en la revisión por la dirección.

Al respecto del servicio servicios analíticos Líquidos-Masas QTOF, se confirma que para su desarrollo y entrega se cuenta con instalaciones, recursos y personal calificado.

Los sectores son aplicables a la investigación IAF 34 / NACE 72.19 en virtud que se emplea investigación y desarrollo experimental en ciencias naturales y técnicas distintos de la investigación

Los sectores aplicables a los servicios analíticos IAF 34 / NACE 71.20 puesto que esta clase comprende la realización de ensayos físicos, químicos y otros ensayos analíticos de todo tipo de materiales y productos.

- No Aplicabilidad al requisito 8.3 de conformidad con el Manual de la Calidad (SGC-MC-01), versión 9 del 27 de febrero del 2018;
"Procesos analíticos, debido a que no se realizan actividades de Diseño. Los procesos se realizan apegados a la Normatividad aplicable, en la que se establecen las características estándares y especificaciones de los servicios que se ofrecen".

8.7 Seguimiento a No Conformidades de la auditoría anterior del IMNC.

Con base en la última auditoria del IMNC (FPEC11) con fecha de emisión de informe 28 de febrero del 2017, no se registraron hallazgos de no conformidad sólo oportunidades de mejora a los requisitos: 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 6.2.2, 8.2.2.

8.8 Confirmación del nivel de integración del Sistema de Gestión señalado por la Organización en la "Solicitud de propuesta económica" clave FPEC01 correspondiente. (Aplica sólo para Sistemas de Gestión integrales)

No aplica por ser un sistema de gestión de la calidad.

X-19/06/18
EL SIGUIENTE ALCANCE:
DISEÑO Y DESARROLLO DE PROYECTOS DE
INVESTIGACION, SERVICIOS ANALITICOS

CON BASE A COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE
Y A EVIDENCIAS PRESENTADAS Y A LOS
RESULTADOS DE LA PRESENTE AUDITORIA, SE ADECUA

y26

9. RESULTADOS DE AUDITORÍA.

9.1 Fortalezas del Sistema de Gestión.

La calificación y competencia del equipo de trabajo del CIQ-LANEM, de 33 investigadores 8 son nivel 3 del SNI.
La productividad del personal científico (2.1) es superior a la media nacional (0.6) durante el 2017.
El compromiso de todo el personal que participa del CIQ-LANEM para apropiarse del SGC es evidente.
La gestión y liderazgo para acelerar la reapertura de las instalaciones a partir del evento del 19 de septiembre, 2017.
El uso de herramientas tecnológicas para tener mayor control y trazabilidad en las operaciones.
Las conclusiones en los informes de auditoría reflejan datos sumamente valiosos.

9.2 No conformidades.

Tipo de hallazgo	Total de hallazgos
No conformidades mayores	0
No conformidades menores	1
Oportunidades de mejora	8

No.	CLASIFICACIÓN DE LA NC	NO CONFORMIDAD(ES)
1	NCm Menor	<p>Descripción de la No Conformidad: No se muestra evidencia que la Organización haya determinado la competencia necesaria del personal que realizan un trabajo bajo su control que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad.</p>
	Criterio de auditoría: 7.2 a)	<p>Evidencia que soporte la no conformidad: El Manual de la Calidad Manual de la Calidad (SGC-MC-01), versión 9 del 27 de febrero del 2018 se declara: "El perfil así como la competencia requerida para el personal de la Institución con base en la educación, formación, habilidades y experiencias apropiadas, se establecen en el <i>Manual de Perfiles de Puestos</i> de la UAEM, en donde se describen las funciones y actividades que corresponden". En el procedimiento para la Gestión del Área Administrativa en la Dirección del Personal (FAP-PR-01), con fecha 5 de marzo del 2018 versión 3, hace referencia para cumplir este requisito en el Matriz de Descripción de Puestos (GAP-MA-01) versión 3, con fecha 5 de marzo del 2018, sin embargo para el puesto Técnico Académico por honorarios, no se encuentra especificado. En el Contrato de Prestación de Servicios profesionales que celebran por una parte la UAEM y la Ficha Técnica (F-FTH-001) de Contrato de Prestación de Servicios Profesionales por honorarios, tampoco se incluye.</p>

9.3 Oportunidades de mejora.

- 4.2 Analizar el método empleado para detectar los requisitos de las partes interesadas tal es el caso de la Secretaría de Educación Pública, con base en la convocatoria emitida como requisito.
- 6.1.1 Precisar cómo se abordan las oportunidades derivadas de análisis de contexto, por ejemplo: Lograr otras certificaciones o acreditaciones.
- 6.1.2 Fortalecer la manera en cómo se integran las acciones propuestas para abordar los riesgos, con el propósito de determinar su efectividad.

- 7.1.2 Asegurar que se cuenta con los elementos de apoyo para las directrices de compra de bienes y servicios, con la finalidad de evitar alguna confusión.
- 7.1.3 Analizar la pertinencia de incluir como puntos a mantener los equipos de aire acondicionado en función de los recursos asociados a su uso en áreas analíticas.
- 7.2 c) Precisar el tipo de mecanismo para evaluar la eficacia de las acciones tomadas para mantener y mejorar la competencia del personal del CIQ-LANEM.
- 8.5.5 Precisar la aplicabilidad de las actividades posteriores a la realización de los proyectos de investigación con la finalidad de corroborar su impacto en el SGC.
- 8.5.6 Reforzar durante las etapas del proyecto el seguimiento a los estudios adicionales fuera del CIQ-LANEM que se requieran para complementar y mejorar los resultados del proyecto.

10. USO POR PARTE DEL CLIENTE DEL DOCUMENTO DE CERTIFICACIÓN Y LA MARCA DE CONFORMIDAD PROPIEDAD DEL IMNC.

No se emplea ver <http://www.ciq.uaem.mx/inicio/>

11. CONCLUSIONES GENERALES DEL EQUIPO AUDITOR RESPECTO A LA AUDITORÍA REALIZADA.

11.1 Confirmación respecto al cumplimiento de los objetivos de la auditoría.

Se cumple con el objetivo de la auditoría al recopilarse información suficiente sobre la actualización a la versión 2015 de la norma de referencia, así como la inclusión del servicio analítico líquidos-masas QTOF y la no aplicabilidad parcial del requisito de diseño y desarrollo para servicios analíticos. De acuerdo a la minuta de la revisión de la alta dirección el Sistema de Gestión de la Calidad se conserva alineado con la intención estratégica de CIQ-LANEM. Los datos sobre el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios aplicables a través de las funciones de apoyo, tal es el caso de la normativa de la UAEM o CONACYT.

11.2 Desviaciones presentadas al Plan de auditoría y su justificación.

Ninguna, solo un ajuste de horarios y orden en las entrevistas.

11.3 Comentarios por parte del equipo auditor a considerar para la próxima auditoría del IMNC.

El horario convencional es de 8 a 16 horas, pudiéndose ajustar el horario de auditoría en esos términos. Para el acceso al área analítica se requiere de bata de algodón, zapato cerrado y anti derrapante, evitar el uso de alhajas u objetos colgantes.

12. RECOMENDACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR *.

La recomendación abajo señalada, **sólo aplica** cuando no se hayan derivado No conformidades en la presente auditoría. Cuando se hayan derivado No conformidades (Mayores y/o menores), la recomendación sobre la certificación se verá reflejada en el correspondiente Informe de seguimiento.

- ☐ **Realizar auditoría de Etapa 2**
(Sólo para procesos de certificación *inicial*)
- ☐ **Otorgar la certificación**
(Sólo para auditoría de certificación *inicial*)
- ☐ **Negar la certificación**
(Sólo para auditoría de certificación *inicial*)

- ☐ **Renovar la certificación**
(Sólo para auditorías de *renovación*)
- ☐ **Restaurar la certificación**
(Sólo para auditorías de *renovación*, o por retiro de la suspensión)
- ☐ **Ampliar el alcance de la certificación.**
(Aplica sólo en auditorías de *vigilancia*, o *renovación*, o auditorías *especiales*, con base a la

INFORME DE AUDITORIA

☐ **Mantener** la certificación.
(Sólo para auditorías de *vigilancia*)

☐ **Suspender** la certificación
(Sólo para auditorías de *vigilancia*)

☐ solicitud presentada por la Organización)
☐ **Reducir** el alcance de la certificación.
(Aplica en auditorías de *vigilancia*, o *renovación*, o auditorías *especiales*, con base a la solicitud presentada por la Organización)


☐ **Aceptar la Transferencia** de la certificación
(Sólo para auditorías de *transferencia*)

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

12.1 Opiniones divergentes no resueltas entre el equipo auditor y el auditado.

No se presentan a la fecha.

13 ACUSE DE RECIBO DEL INFORME DE AUDITORIA.

En mi carácter de Representante autorizado recibo y acepto el contenido de este informe de auditoría.

Dra. Maria Yolanda RÍOS GÓMEZ

En mi carácter de Representante autorizado recibo pero no acepto el contenido de este informe de auditoría y me obligo a presentar al IMNC, A.C., la argumentación técnica y las evidencias al respecto, al día hábil siguiente de la última fecha de auditoría. En caso de no presentar dicha información, acepto lo documentado en el presente informe
Dra. Maria Yolanda RÍOS GÓMEZ

DISPOSICIONES FINALES:

- El presente Informe de auditoría es propiedad del Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C. (IMNC), por lo que queda prohibido su fotocopiado parcial o total, sin autorización previa del IMNC.
- El presente Informe de auditoría se debe imprimir de forma total, por duplicado, debiéndose **rubricar ambos ejemplares en todas sus hojas, por el Auditor líder y por el Representante autorizado del cliente**. El original del documento se entrega al cliente y la copia queda en poder del IMNC.
- El IMNC mantiene su responsabilidad sobre el contenido descrito en el presente informe de auditoría.
- En caso de no entregar el informe el último día de la auditoría el Auditor líder debe entregarlo al cliente en un plazo máximo de 5 días.
- El presente Informe de auditoría no debe emplearse, en un proceso de certificación inicial, como indicación de que la Organización se encuentra ya certificada ni constituye un dictamen a favor de la Organización.
- Los datos contenidos en el presente informe y las evidencias recopiladas durante la auditoría son **estrictamente confidenciales**, y el IMNC no podrá transmitirlos a terceros sin autorización previa de la Organización auditada.
- La auditoría a la que se refiere el presente Informe, ha sido conducida en concordancia con la planificación trianual correspondiente y fue realizada mediante un muestreo de la información disponible, por lo que se debe considerar el efecto de la incertidumbre en los hallazgos de auditoría y en las conclusiones alcanzadas y los resultados derivados de la misma, sin embargo, no son privativos de encontrar no conformidades en futuras auditorías.

- h) Los resultados contenidos en el presente informe, son utilizados para fines exclusivos de la toma de decisión sobre la certificación, la cual está a cargo del Comité de Dictaminación del IMNC.
- i) Cuando se deriven **No conformidades Mayores** de la auditoría de **Etapas 1**, la Organización dispone de **3 meses como máximo**, a partir de la última fecha de auditoría, para presentar el **Plan de acciones** que describa: las acciones de corrección, el análisis de causas y las acciones correctivas que decida tomar para dar atención a dichos hallazgos de incumplimiento, acompañado de las **evidencias de implementación**. De lo contrario se tendrá que iniciar nuevamente el proceso de certificación.
- j) Cuando se deriven **No conformidades menores** de la auditoría de **Etapas 1**, la Organización dispone de **3 meses como máximo**, a partir de la última fecha de auditoría, para presentar **únicamente el Plan de acciones** que describa: las acciones de corrección, el análisis de causas y las acciones correctivas que decida tomar para dar atención a dichos hallazgos de incumplimiento. De lo contrario se tendrá que iniciar nuevamente el proceso de certificación.
- k) En caso de **No conformidades mayores (NCM)** derivadas en auditorías **Iniciales E2**, de **Vigilancia**, de **Renovación o Especiales**, la Organización debe ingresar en un plazo no mayor a 60 días al IMNC, la siguiente información como a continuación se señala:
- en un **plazo no mayor a los 15 (Quince) días naturales**, a partir de la recepción del presente Informe de auditoría, el **Plan de acciones** que describa las acciones de corrección, el análisis de causas y las acciones correctivas que decida tomar para dar atención a dichos hallazgos de incumplimiento;
 - en un **plazo no mayor a los 45 (Cuarenta y cinco) días naturales**, a partir de la entrega del Plan de Acciones antes citado, presentar las **evidencias de implementación** de las acciones de corrección que haya tomado para dar atención a dichos hallazgos de incumplimiento. El seguimiento y verificación de eficacia a este tipo de No conformidades se realiza en la siguiente auditoría del IMNC.
- l) Para procesos de **certificación Inicial**, si el IMNC no puede verificar la implementación de las correcciones y acciones correctivas de cualquier No conformidad mayor dentro de los tres meses posteriores al último día de la Etapa 2, debe realizar una nueva auditoría de Etapa 2 antes de otorgar la certificación.
- m) Para el caso de **No conformidades menores (NCm)**, derivadas en auditorías **Iniciales**, de **Vigilancia**, de **Renovación o Especiales**, la Organización debe ingresar **únicamente al IMNC**, como sigue:
- en un **plazo no mayor a los 15 (Quince) días naturales**, a partir de la recepción del presente Informe de auditoría, el **Plan de acciones** que describa las acciones de corrección, el análisis de causas y las acciones correctivas que decida tomar para dar atención a dichos hallazgos de incumplimiento. El seguimiento y verificación de eficacia a este tipo de No conformidades se realiza en la siguiente auditoría.
- n) Para el caso de **Oportunidades de mejora**, derivadas en auditorías **Iniciales**, de **Vigilancia**, de **Renovación o Especiales**, no se requiere que la Organización presente al IMNC un plan de acciones; sin embargo, se dará seguimiento en la siguiente auditoría sobre las acciones que la Organización tome al respecto.
- o) En caso de no dar atención a No conformidades menores derivadas de auditorías **Iniciales**, de **Vigilancia**, de **Renovación o Especiales**, el auditor líder podrá re-clasificar dichos hallazgos a **No conformidad Mayor**.
- p) Las auditorías de **Vigilancias** se deben realizar **máximo a los 12 y 24 meses a partir de la fecha en que se tomó la decisión sobre la certificación inicial** y la auditoría de **Renovación** de la certificación, **máximo al mes 35 antes de la caducidad de la certificación**.
- q) La Organización será suspendida cuando:
- No se da atención a las no conformidades en los plazos indicados en los correspondientes incisos k) y l), anteriores.
 - La evidencia presentada por parte de la Organización no es suficiente, para dar atención a las no conformidades detectadas durante su auditoría de evaluación (no conformidades abiertas) en los plazos señalados.

424