

# NOTAS DE AUDITORÍA



No. Solicitud(es):	SCSGC - 03067	Fecha de auditoría:	16 - 05 - 2018	Auditor Líder/ Auditor:	BVV
Documento de referencia:	NMX-CC-9001-IMNC-2015 <input checked="" type="checkbox"/>	NMX-SAA-14001-IMNC-2015 <input type="checkbox"/>	NMX-SAST-001-IMNC-2008 <input type="checkbox"/>	NMX-J-SAA-50001-ANCE-IMNC-2011 <input type="checkbox"/>	
Tipo de servicio:					
Auditoría Etapa 1 <input type="checkbox"/>	Auditoría Etapa 2 <input type="checkbox"/>	Vigilancia No: ____ <input type="checkbox"/>	Renovación <input checked="" type="checkbox"/>	Seguimiento <input type="checkbox"/>	Ampliación <input checked="" type="checkbox"/>
					Reducción <input checked="" type="checkbox"/>
					Transferencia <input type="checkbox"/>
					Otro Actualización <input checked="" type="checkbox"/>

## NOTAS DE AUDITORÍA:

SITIO:	*MATRIZ LABORATORIO CENTRAL **UNIDAD COMUNAL	PROCESO:	*Análisis Clínicos, *Mantenimiento, *Suministro de Insumos y Materiales, * Adquisiciones de productos y Servicios, * Directivo. ** Análisis Clínicos.
PERSONAL ENTREVISTADO:	Irma Cortez Martínez, Escarlet Vianney Enríquez Correa, Víctor Ruiz Romano, Marco Vázquez Medrano, Rosa Icela Galindo, Efraín Solano Melgarejo, Blanca Sara Guijosa Rubio		
<p><i>Durante la evaluación a los procesos considere el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar, incluyendo los aspectos de Entradas y Salidas del proceso. Registre en este espacio: Evidencias recogidas durante la auditoría, así como el personal entrevistado.</i></p> <p><i>La clasificación de los hallazgos de incumplimiento que se registren en el presente formato, queda sujeta a la consideración final del Auditor líder para su incorporación en el informe de auditoría.</i></p>			
<p>Proceso: Análisis Clínicos</p> <p>Entradas: Solicitud en SAP, muestras, recetas médicas, <i>orden de trabajo</i>, hojas de datos de paciente, formatos de aseguradora con indicaciones médicas, listas de hemodiálisis</p> <p>Salidas: Informe de resultados.</p> <p>Personal entrevistado: Irma Cortez Martínez</p> <p>Evidencias: Análisis PESTEL se definen Contexto interno y externo</p> <p>Se identifican las partes interesadas: GASS, hospitales del grupo, COFEPRIS, sindicatos, donantes, proveedores , empleados, comunidad, accionistas, EQAS.</p> <p>Fichas técnica, PL-SGC-02</p> <p>Aplica la NOM 007-SSA3-2011</p> <p>Indicadores de desempeño del proceso, control de calidad UNITY</p> <p>Apreciación de riesgos, metodología aplicada, Frecuencia e impacto igual a riesgo I, II, III, IV (orden de trabajo y muestra)</p> <p>No conformidades &lt; 1% en febrero, marzo, abril, 2, 2.7, 7</p> <p>Procedimiento: Distribución de muestras,</p> <p>Manual de bioseguridad M-BIO-01, registro de temperaturas ambiente, F-GN-017; Reporte diario del área de distribución de muestras que hayan dejado al turno anterior.</p> <p>Precisar los datos para el calculo del indicador de desempeño de % de no conformidades del proceso, se están considerando las muestras rechazadas por incumplimiento de requisitos.</p> <p>No se asegura que el personal involucrado en los procesos del SGC, determinaron los riesgos y oportunidades considerando las cuestiones externas e internas y las partes interesadas y sus requisitos</p> <p>En las Fichas de proceso se documentan los riesgos, pero el personal desconoce el contexto de la organización, y partes interesadas, la alta dirección no lo difundió.</p> <p>El personal no conoce a que se refiere una salida no conforme de su proceso.</p> <p>La autoridad documentada en el manual de calidad, por ejemplo indica: Autoridad para funciones dentro del sistema de gestión de la calidad (por ejemplo: aprobación de documentos, cambios al SGC, tratamiento de no conformidades, iniciación de acción correctiva, etc.), se utiliza etc. Que es un concepto muy amplio, precisar.</p> <p>Reforzar entre el personal el conocimiento de su responsabilidad.</p> <p>Proceso: Mantenimiento</p> <p>Entradas: Solicitud de mantenimiento externo.</p> <p>Salidas: Mantenimiento s realizados</p> <p>Evidencias: Se determina, proporciona y mantiene la infraestructura. La infraestructura incluye espacios, hardware, software, equipo y</p>			

## NOTAS DE AUDITORÍA:

material analítico, médico y equipo de transporte para muestras.

Se establecen y dan seguimiento a los programas de mantenimiento para los equipos e infraestructura de acuerdo al Procedimiento de Mantenimiento de Infraestructura (P-OPR-02).

Para el mantenimiento de infraestructura de TI y comunicaciones se aplica el Procedimiento de Sistemas (P-SCP-01).

El mantenimiento correctivo para equipos e instrumentos de laboratorio, se realiza de acuerdo al Procedimiento de Gerencia de Servicios Generales (P-OPR-01).

Se mantienen los Informes de servicio de los mantenimientos realizados.

Para el mantenimiento de rutina de los equipos se llenan las bitácoras de mantenimiento correspondientes y archivar los registros de mantenimiento preventivo.

Existen equipos analíticos que están bajo contrato de comodato. En este caso, el mantenimiento es responsabilidad del propio fabricante.

Se establecen convenios, contratos y órdenes de compra bajo lo declarado en el Manual Corporativo de Políticas y Procedimientos de Adquisiciones M-COM-01

Proceso: Análisis Clínico, toma de muestras Unidad Comunal

Entradas: Solicitud del paciente, receta médica.

Salidas: muestras

Personal entrevistado: Escarlet Vianney Enríquez Correa, Recepcionista

Evidencias: Tipos de pacientes. Particulares, de convenio, afiliación, hemodiálisis y de referencia.

P-LAB-001, Procedimiento operativo Admisión, pacientes con convenio, por ejemplo FIRA está vigente.

El convenio de Banorte esta cancelado, la evidencia correo informando de las nuevas disposiciones.

Condiciones del paciente para la toma de muestra, catálogo de servicios, C-LAB-001.

Reforzar el conocimiento entre el personal el contexto de la organización.

Responsabilidad y autoridad definida y difundida entre el personal.

Karla García Leyva, Ejecutivo de servicio

Proceso: Suministro de Insumos y Materiales

Entradas: Solicitud

Salidas: Entrega del insumo

Personal entrevistado: Víctor Ruiz Romano, Marco Vázquez Medrano (Jefe de almacén, Auxiliar de almacén).

Evidencias: Análisis PASTEL , sistema RP del sistema SAP, Procedimiento de suministro de materiales, P-ALM-01.

Se manejan máximos y mínimos, por semana. Se manejan primeras salidas primeras entradas.

ALG-1059229, MAX 4, MIN 4..... EXT 3, SALIDA 1

ALG-2417147, 1,1.....EXISTENCIA 1 SALIDA 1

ALG-1019100, 2, 1.... EXI 1 SALIDA

ALG- 1019101, 24, 15....EX 6

ALG- 1019047, 24713....EXI 11

La preservación de las salidas se lleva a cabo para asegurar la conformidad con los requisitos. Se lleva a cabo mediante respaldos diarios programados y automáticos en medio magnético; con reactivos e insumos se realiza de acuerdo a las condiciones especificadas por el fabricante.

Proceso: Adquisiciones de productos y Servicios

Entradas: Solicitud del pedido

Salidas: Orden de compra

Personal entrevistado: Rosa Icela Galindo, Jefa de compras.

Evidencias: El contexto de la organización se definió a través del FODA y PESTEL.

Partes interesadas: clientes, proveedores, áreas de laboratorio

Manual corporativo de políticas

Proveedor P0097, Ortho clínica

Evaluación mensual de proveedores de reactivo crítico.

Los proveedores son seleccionados (salvo aquellos por disposiciones de GASS corporativo), evaluados y reevaluados por las áreas

## NOTAS DE AUDITORÍA:

<p>usuarias. Para proveedores de equipos en comodato, insumos y productos esta actividad se realiza por el área de Adquisiciones. Manual Corporativo de Políticas y Procedimientos de Adquisiciones para Laboratorios Biomédicos, S.A. de C.V. y el procedimiento M-COM-01.</p> <p>Los resultados y las acciones derivadas de la evaluación se mantienen como registros.</p> <p>En caso de los servicios relacionados con proveedores de mantenimiento de equipo de laboratorio propios se realiza a través de la Dirección de Operaciones.</p> <p>La organización se asegura de definir el tipo y el grado de control:</p> <p>Alto: Impacta a resultado que se le entrega al cliente en cuando a la oportunidad, precisión y confiabilidad.</p> <p>Medio: Su impacto no repercute directamente al producto que se le proporciona al cliente, pero, sí al cumplimiento de la normatividad vigente.</p> <p>Bajo: Su impacto no cae directamente en el producto.</p> <p>Proceso: Dirección</p> <p>Entradas: Requisitos de las partes interesadas, desempeño de los procesos.</p> <p>Salidas: Cambios en el contexto d la organización</p> <p>Evidencias: política de calidad revisada y apropiada a la nueva versión de la norma, difundida entre el personal. Alineada al grupo que pertenecen.</p> <p>Dos objetivos de calidad, a la fecha se alcanzan.</p> <p>Modelo de Kano se usa para satisfacción del cliente.</p> <p>Riesgos definidos como críticos los calificados como I y II</p> <p>La Alta Dirección revisa semestralmente el Sistema de Gestión de Calidad con el fin de garantizar su adecuación, eficacia y conveniencia con respecto a los lineamientos definidos y a su dirección estratégica. La revisión involucra a Directores, Gerentes y Jefes de las áreas correspondientes.</p> <p>Las entradas de la revisión por la dirección se establecen dentro de la orden del día del formato, F-RC-007, Reporte de revisión por la dirección del SGC.</p> <p>Los resultados obtenidos se documenta y los resultados se mantienen como registro, F-RC-007.</p>
<p>Confirmación del(los) <b>Sector(es) y Código(s) NACE</b> aplicables a la organización (Según actividades de auditoría asignadas):</p> <p>IAF 38, NACE</p>
<p>Revisión de <b>Quejas</b> recibidas por la organización (Según actividades de auditoría asignadas):</p> <p>Se atienden por la Coordinadora de calidad, se dirige al responsable y se le da seguimiento hasta la toma de acciones y es comunicado al cliente.</p>
<p>Revisión del <b>uso de logo/ marca IMNC</b>. En caso que la organización se encuentre haciendo uso de la marca de conformidad del IMNC, VERIFIQUE que disponga de la autorización correspondiente por parte del IMNC. (Según actividades de auditoría asignadas):</p> <p>No lo usan.</p>

# NOTAS DE AUDITORÍA



No. Solicitud(es):	SCSGC.03067	Fecha de auditoría:	16,17,18-05-2018	Auditor Líder/ Auditor:	LAVB
Documento de referencia:	NMX-CC-9001-IMNC-2015 <input checked="" type="checkbox"/>	NMX-SAA-14001-IMNC-2015 <input type="checkbox"/>	NMX-SAST-001-IMNC-2008 <input type="checkbox"/>	NMX-J-SAA-50001-ANCE-IMNC-2011 <input type="checkbox"/>	
Tipo de servicio:					
Auditoría Etapa 1 <input type="checkbox"/>	Auditoría Etapa 2 <input type="checkbox"/>	Vigilancia No: _____ <input type="checkbox"/>	Renovación <input checked="" type="checkbox"/>	Seguimiento <input type="checkbox"/>	Ampliación <input type="checkbox"/>
				Reducción <input type="checkbox"/>	Transferencia <input type="checkbox"/>
					Otro <input type="checkbox"/>

## NOTAS DE AUDITORÍA:

SITIO:	Av. Ejército Nacional No. 516, Col. Polanco Del. Miguel Hidalgo	PROCESO:	
PERSONAL ENTREVISTADO:			
<p><i>Durante la evaluación a los procesos considere el ciclo <b>Planear, Hacer, Verificar y Actuar</b>, incluyendo los aspectos de Entradas y Salidas del proceso. Registre en este espacio: Evidencias recogidas durante la auditoría, así como el personal entrevistado.</i></p> <p><i>La clasificación de los hallazgos de incumplimiento que se registren en el presente formato, queda sujeta a la consideración final del Auditor líder para su incorporación en el informe de auditoría.</i></p>			
<p>Doctora Irma Cortez Proceso Analítico 4.1.- Contexto Externo: Se menciona la situación económica el cual podría afectar al proceso de Análisis Clínicos Cuestión Tecnológica: Actualización de los procesos analíticos de forma automatizada Se presenta el análisis Pestle, sin embargo al preguntar sobre las cuestiones internas se desconoce totalmente este aspecto. 4.2.-M-SGC-01-V.2: Partes interesadas: Gobierno, Disposiciones del corporativo Cofepris: Regulaciones e instituciones bajo la NOM 007 de funcionamientos de los laboratorios cumplimiento de la norma Cumplimiento de la norma: Semestral se realiza la revisión por la dirección 4.4.- Ficha de proceso: PL-SGC-02 Recursos de mapa de proceso de análisis clínicos: Instalaciones, equipos analíticos, cristalería, sistema de laboratorio Con quien interaccionan: Banco de sangre, mantenimiento y proceso directivo INFORME DE RESULTADOS MATERIALES, CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES Los elementos de entrada y de salida se tienen identificados 6.1.- La identificación de riesgos se llevo a cabo mediante una lluvia de ideas de todos los procesos 6.1.2.- No se contempla eficacia de los riesgos: Como determinar le eficacia de las acciones 8.1, 8.5.-La confiabilidad del proceso, el control de calidad para el análisis de pruebas: Control interno IUNITI control de tercera opinión BIORRAT Iunity, Seguimiento diario de decisiones del cumplimiento en cada una de las áreas Coordinación de calidad: Indicadores de desempeño reporte de cumplimiento de desempeño, Norma 007 Se presentan los controles operacionales aplicados a la normativa interna y externa mediante el Manual de bioseguridad Aviso de suspensión de proceso F-GN-014 REGISTRO DE TEMPERATURA AMBIENTE LIMPIEZA CE CENTRIFUGAS MANTENIMIENTO DE EQUIPO MANTENIMIENTO DE EQUIPO Reporte diario del área F-GN-065 LA VALIDACIÓN LA REALIZA LA COORDINADORA Reporte diario del laboratorio, cuantos de estos se repiten Se calibraron 197 hasta 6 puntos 7851</p>			

**NOTAS DE AUDITORÍA:**

Cientes de hemodiálisis: Calendario de recibimiento de muestras, de acuerdo al calendario

Reporte diario del área de Inmunoquímica

Reportes resultados

Área de distribución: Se verifica el reporte diario del área de distribución

F-GN-041- ÁREA DE PROCESO SEGUIMIENTO DE LOS AVISOS DE SUSPENSIÓN

Se tiene que reforzar el concepto de las Salidas no conformes: Informe de resultados debe cumplir con requisitos legales, trazabilidad del paciente.

Como se realizan las calibraciones: Se lleva a cabo mediante proveedores

Proceso de Mantenimiento TI:

José Israel Jerónimo Rocke

4.1.- Contexto de la organización, derivado del análisis del plan estratégico

Político, Social y Tecnológico: Nuevas tecnologías de ERP-Trazabilidad desde todos los aspectos administrativos y técnicos

Herramienta Súper Sistema, se determinan los aspectos externos como la tecnología, en sistemas ERP

Comunicación entre la unidad central y hospitales

4.2.- Se declara en el manual de calidad en el numeral: Grupo Ángeles, Hospitales, así como las necesidades y expectativas: Revisión por la dirección, Sistema de monitoreo

4.4.- Se presenta la planificación del proceso mediante su ficha de proceso

Se presenta el mantenimiento multifuncionales preventivo y correctivo

Proveedor externo nos obliga a mandar el correo: Stock no se cuenta por parte de la organización

8.1, 8.5.- Registro de Ticket: Levantar la petición para el registro las 24 horas

Intranet como usuario

En base a un convenio con la empresa para el programa de mantenimiento preventivo GNSYS

Evidencia de que se llevó el mantenimiento 23 de febrero

5.1.2 Encuesta de satisfacción de servicio

8.4.- Se tienen diferentes criterios para la evaluación del proveedor: Cada 4 meses se aplica

Dirección de adquisiciones: Criterios de selección

6.1.- Riesgos establecidos: Infraestructura fuera del programa de mantenimiento y se lleva un control de contrato de mantenimiento

Se menciona que los riesgos de alto impacto 1 y 2 afectan la eficacia

8.1, 8.5.- Se solicita ver las solicitudes de atención con respecto al proceso

007262 ticket: interfaz laboratorio 07 02 2018 Jorge Ávila

007273: 7 de febrero supervisión 2 jefe inmediato

Usuario genera ticket

Proceso Análisis Clínicos

8.1.- 8.5.- Se inicia desde la solicitud de la Toma de muestra, se contemplan controles operacionales de acuerdo a las características del mismo proceso como la verificación de la receta médica, Validación de los perfiles, se adjunta hoja de datos del paciente

Ingresa los datos en el sistema de Hospital Ángeles

Se establecen los criterios para el manejo y tratamiento de la muestra mediante el manual de bioseguridad

5.3 Perfil de Puestos: Recepcionista y dos personas encargadas de toma de muestra,

Proceso de Suministro de insumos y materiales "Palm01"

4.1, 4.2.- Se tiene claro el contexto externo e interno, así como las partes interesadas

6.1.- Se presenta el análisis del riesgo con respecto a la distribución correcta de materiales.

8.1, 8.5.- Se planifican los controles operacionales, así como los lineamientos con los cuales tiene que cumplir el proceso, algunos de ellos son los reportes de máximos y Mínimos de Almacén en SAP

Consumo Enero 2015

Acido Urico 1943, se lleva control por cada unidad, Ángeles Gel systems, 01/02/2018

77986 número de salida de almacén

## Notas de auditoría

### NOTAS DE AUDITORÍA:

Hematología diluyente :77422 ,77423, Folio 31916, 77985

Primer producto 3 piezas

F-ALM-04 Reporte de insumos y materiales lento movimiento

8.7 No se identifican las salidas no conformes

Proceso de Adquisiciones de productos y servicios

Jefa de Compras

4.1.- Contexto de la organización, falta reforzar como es que el contexto externo e interno le afectan directamente al proceso de adquisiciones.

4.2.- Proveedores, Clientes,

Necesidades y expectativas: Entregar el producto en tiempo y forma

Cumpliendo Tiempos

Cada 6 meses se lleva a cabo la revisión por la dirección

4.4.- Se muestra la planificación del proceso mediante la ficha técnica de Adquisiciones

Elementos de entrada: Solicitud de pedidos en servicio y Registro de materiales

Salidas cumplimiento de la orden de compra

5.3.- Los roles y responsabilidades se visualizan en el manual de calidad

8.4.- La selección de proveedores se lleva por parte del corporativo

Se presenta en SAP R3 el Listado de proveedores

El manual del corporativo establece los criterios de selección y evaluación

8.1, 8.5.- Se solicita ver la solicitud P0097: ORTHO-CLINICAL ALG JUEGO CALIBRADOR 4

Se llevó a cabo la evaluación de proveedores

Se lleva trazabilidad desde la solicitud hasta la revisión y autorización

Nivel de riesgo alto en adquisiciones, proveedor crítico que no cuente con el stock solicitado

Proceso Directivo

Se inició preguntando sobre actualizaciones de la Política de Calidad la cual no sufrió cambios, se llevan a cabo reuniones mensuales para la revisión de la eficacia de los procesos

Se explica el Plan estratégico, el cual está alineado al plan estratégico del corporativo

Se plantea como se llegó a determinar el Contexto de la organización: Análisis Pestel, externo e interno

Se tiene contemplado todas las cuestiones externas e internas

Se manejan precios adecuados de acuerdo a la planeación estratégica

4.2.- Se identifican claramente a nivel negocio las partes interesadas

Fichas técnicas de proceso PL SGC-01

Los riesgos de tipo 1 y riesgo 2 se tomaron acciones

6.1.- Se muestra la matriz general de riesgos y oportunidades la cual esta segregada por procesos y cuestiones externas e internas

9.2.- Se observaron 13 hallazgos de auditoria interna, sin embargo no se muestra la eficacia de las acciones correctivas

8.7.- En los procesos de apoyo no se identifican las salidas no conformes ya que se tiene contemplado solo en los proceso de realización

Es responsabilidad de los puestos y funciones y personal identificar y controlar el producto no conforme

Control de la salida no conforme (F-RC-049)

9.3.- Se llevó a cabo la revisión por la dirección con éxito y en los tiempos establecidos por la organización

Revisión de **Quejas** recibidas por la organización (Según actividades de auditoría asignadas):

Revisión del **uso de logo/ marca IMNC**. En caso que la organización se encuentre haciendo uso de la marca de conformidad del IMNC, VERIFIQUE que disponga de la autorización correspondiente por parte del IMNC. (Según actividades de auditoría asignadas):



# NOTAS DE AUDITORÍA

No. Solicitud(es):	SCSGC-03067	Fecha de auditoría:	16/05/2018	Auditor Líder/ Auditor:	JAB
Documento de referencia:	NMX-CC-9001-IMNC-2015 <input checked="" type="checkbox"/>	NMX-SAA-14001-IMNC-2015 <input type="checkbox"/>	NMX-SAST-001-IMNC-2008 <input type="checkbox"/>	NMX-J-SAA-50001-ANCE-IMNC-2011 <input type="checkbox"/>	
Tipo de servicio:					
Auditoría Etapa 1 <input type="checkbox"/>	Auditoría Etapa 2 <input type="checkbox"/>	Vigilancia No: <input type="checkbox"/>	Renovación <input checked="" type="checkbox"/>	Seguimiento <input type="checkbox"/>	Ampliación <input checked="" type="checkbox"/>
					Reducción <input checked="" type="checkbox"/>
					Transferencia <input type="checkbox"/>
					Otro <input type="checkbox"/>

## NOTAS DE AUDITORÍA:

SITIO:	Unidad HA Clínica Londres	PROCESO:	Análisis Clínicos
PERSONAL ENTREVISTADO:	Dr. Francisco Capelini Rodríguez - Jefe de Laboratorio y Banco de Sangre Oscar García Vargas - Auxiliar Clínico de Laboratorio		

*Durante la evaluación a los procesos considere el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar, incluyendo los aspectos de Entradas y Salidas del proceso.*

*Registre en este espacio: Evidencias recogidas durante la auditoría, así como el personal entrevistado.*

*La clasificación de los hallazgos de incumplimiento que se registren en el presente formato, queda sujeta a la consideración final del Auditor Líder para su incorporación en el informe de auditoría.*

- Portal Interno de Biomédicos.
- Ficha Técnica Análisis Clínicos, Versión 2, del 15/4/2018.
- Proveedores: Lab. de Referencia
- Entradas: Solicitudes en SAP, muestra a Pacientes del Hospital
- Catálogo de Servicios 2018, 31/12/2018
- Indicadores: 12 (6 de Confiableidad y 6 de Oportunidad)
- Los Indicadores de Satisfacción los tiene calidad.
- Registros de Informes mensuales de Indicadores de Desempeño  
mes: Enero, Febrero, Marzo y Abril 2018
- Registro de Análisis de Datos mes Enero a Abril 2018.
- Producto No Conforme: 1 en Marzo./Gasometría
- Registro de Acción Correctiva N=24 de fecha inicio 02/04/2018.
- Análisis Peste (Externo) Nov. 2017
- Tabla Porter Integradas en el Manual de Calidad, V2 del 11/04/2018

Confirmación del(los) Sector(es) y Código(s) NACE aplicables a la organización (Según actividades de auditoría asignadas):

IAF: 38 / NACE: 86.9.

Revisión de **Quejas** recibidas por la organización (Según actividades de auditoría asignadas):

Revisión del uso de logo/ marca IMNC. En caso que la organización se encuentre haciendo uso de la marca de conformidad del IMNC, VERIFIQUE que disponga de la autorización correspondiente por parte del IMNC. (Según actividades de auditoría asignadas):

No se observó el uso del logo.

Continuación:

- El Alcance del SGC. definido en el Manual de Calidad.
- Matriz de Evaluación de Riesgos. está en el mismo documento de la Ficha de Proceso, contiene los controles y Acciones
- Para controlar el Riesgo de Muestra inadecuada se realizan capacitaciones por los expertos BD Beckton Dickens
- Los Riesgos operativos
- Personal: 34, no hay vacantes, personal requerido para Satisfacer la demanda.
- Laboratorio de Hematología: coagulación, Biometría Hemática
- Muestras identificadas con código único.
- Muestra 657764S → 16/05/2018 - Análisis Biometría Hemática
- Sistema Integral de Laboratorio Clínico
- Analizador Cell-DYN - Mantenimiento - Bitácora
- Registro de Control de Calidad Interno, Analizador Cell Dyn Dily. desde Enero al 16/05/2018
- Procedimiento PSO-HEM-001 Proceso en el área de Hematología V9, 23-11-2016
- Registro de Temperatura Ambiente del Laboratorio Hematología 3 veces al día por turno rango entre 18 y 22 °C / mes, Marzo 2018, Abril 2018, Mayo 2018
- Inventario de Instrumentos de medición 2018
- Cronograma de Calibración 2018.
- Certificados de Calibración: - Pipeta Monocanal LC/PIP-016 Fecha 12/03/2018
- Pipeta Monocanal LC/PIP-018 Fecha 20-02-2018
- Mejora: implementación de la prueba Procalcitonina y la de Troponina I cuantitativa. Reducir el tiempo de Respuesta y no se envía a la Sursal Roma
- Registro de Resultados de Pruebas. biometría hemática, ID muestra 657763S - 16/05/2018
- Preservación de muestras no 7 días



# NOTAS DE AUDITORÍA



No. Solicitud(es):	SCSGC-03067	Fecha de auditoría:	16/05/2018	Auditor Líder/ Auditor:	JAB.
Documento de referencia:	NMX-CC-9001-IMNC-2015 <input checked="" type="checkbox"/>	NMX-SAA-14001-IMNC-2015 <input type="checkbox"/>	NMX-SAST-001-IMNC-2008 <input type="checkbox"/>	NMX-J-SAA-50001-ANCE-IMNC-2011 <input type="checkbox"/>	
Tipo de servicio:					
Auditoría Etapa 1 <input type="checkbox"/>	Auditoría Etapa 2 <input type="checkbox"/>	Vigilancia No: <input type="checkbox"/>	Renovación <input checked="" type="checkbox"/>	Seguimiento <input type="checkbox"/>	Ampliación <input checked="" type="checkbox"/>
					Reducción <input checked="" type="checkbox"/>
					Transferencia <input type="checkbox"/>
					Otro <input type="checkbox"/>

## NOTAS DE AUDITORÍA:

SITIO:	Unidad HA Clínica Londres	PROCESO:	Análisis Clínicos.
PERSONAL ENTREVISTADO:	Miguel Ruiz Toray - Técnico de Laboratorio. María de la Luz Orozco Romero - Laboratorista Clínica.		

*Durante la evaluación a los procesos considere el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar, incluyendo los aspectos de Entradas y Salidas del proceso.*

*Registre en este espacio: Evidencias recogidas durante la auditoría, así como el personal entrevistado.*

*La clasificación de los hallazgos de incumplimiento que se registren en el presente formato, queda sujeta a la consideración final del Auditor Líder para su incorporación en el informe de auditoría.*

- Departamento de Químicas
- Muestra identificaba con N° único
  - Sistema S.I.C. indica los estudios a realizar.
  - El conocimiento se transmite de Trabajador a trabajador p por la casa comercial del equipo.
  - Instrucción de Glucosa. / Instrucción Urine C STCC.
  - Procedimiento del Equipo AUTION ELEVEN PSO-URN-004/V2 05/09/2009.
  - Mantenimiento Equipo Architect C4000
  - Mantenimiento Centrifuga Rotofix 32 A / Febrero 2018.
  - Carta de Trazabilidad de Pipetas y Micropipetas.
  - Mejoras: implementación de nuevos pruebas: Procalcitonina y Troponina I

Continúa al reverso

Confirmación del(los) Sector(es) y Código(s) NACE aplicables a la organización (Según actividades de auditoría asignadas):

IAF: 38 / NACE: 86.9

Revisión de Quejas recibidas por la organización (Según actividades de auditoría asignadas):

Revisión del uso de logo/ marca IMNC. En caso que la organización se encuentre haciendo uso de la marca de conformidad del IMNC, VERIFIQUE que disponga de la autorización correspondiente por parte del IMNC. (Según actividades de auditoría asignadas):

No se observo el uso del logo

En el Departamento de Químicas se observaron registros de Temperatura Ambiente en las cuales no se tiene registrados la medición en el turno Nocturno de la Guardia A. mss. marzo, abril y mayo.

No. Solicitud(es):	SCSGC-03067	Fecha de auditoría:	16/05/2018	Auditor Líder/ Auditor:	JAB
Documento de referencia:	NMX-CC-9001-IMNC-2015 <input checked="" type="checkbox"/>	NMX-SAA-14001-IMNC-2015 <input type="checkbox"/>	NMX-SAST-001-IMNC-2008 <input type="checkbox"/>	NMX-J-SAA-50001-ANCE-IMNC-2011 <input type="checkbox"/>	
Tipo de servicio:					
Auditoría Etapa 1 <input type="checkbox"/>	Auditoría Etapa 2 <input type="checkbox"/>	Vigilancia No: <input type="checkbox"/>	Renovación <input checked="" type="checkbox"/>	Seguimiento <input type="checkbox"/>	Ampliación <input checked="" type="checkbox"/>
					Reducción <input checked="" type="checkbox"/>
					Transferencia <input type="checkbox"/>
					Otro <input type="checkbox"/>

## NOTAS DE AUDITORÍA:

SITIO:	Unidad HA Clínica Londres	PROCESO:	Provisión de Hemocomponentes
PERSONAL ENTREVISTADO:	Yolanda Villegas - Técnico de Laboratorio Filemon Rodríguez Santiago - Médico Valorador		

*Durante la evaluación a los procesos considere el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar, incluyendo los aspectos de Entradas y Salidas del proceso.  
Registre en este espacio: Evidencias recogidas durante la auditoría, así como el personal entrevistado.  
La clasificación de los hallazgos de incumplimiento que se registren en el presente formato, queda sujeta a la consideración final del Auditor líder para su incorporación en el informe de auditoría.*

- Banco de Sangre: Ficha Técnica del proceso
- Entrada: Solicitud de Productos Sanguíneos / Solicitud Episodio 0005581726
  - Requisitos para donar Sangre o plaquetas F-BCO-001 V4/07/01/2013.
  - Dr. Rafael Franco.
  - Procedimiento Recolección de la sangre. Recepción y Registro de los Donadores V4/23/02/2018.
  - Historia Clínica Banco de Sangre / Donador / Folio 64494 13-05-2018.
  - Donación Sanguínea y Conductas de Riesgo F-BCO-55 / V4/07-08-2015.
  - Lista Maestra de Control de Registros
  - Etiqueta de Mto. Preventivo, proveedor IMEIC, último MP Abril 2018.
  - Certificado de Calibración Termómetro LC/T-90 Banco de Sangre

Confirmación del(los) Sector(es) y Código(s) NACE aplicables a la organización (Según actividades de auditoría asignadas):

IAF: 38 / NACE: 86.9

Revisión de **Quejas** recibidas por la organización (Según actividades de auditoría asignadas):

Revisión del **uso de logo/ marca IMNC**. En caso que la organización se encuentre haciendo uso de la marca de conformidad del IMNC, VERIFIQUE que disponga de la autorización correspondiente por parte del IMNC. (Según actividades de auditoría asignadas):

No se observó el uso del logo.



- Fecha Calibración 26/06/2017 próxima Junio 2018.
- Formato Carta a Donadores de Sangre. F-RC-028/V.13  
09-06-2015.
- Se observó que al hacer manipulación de unidades de Sangre no se usaba los guantes / al guardar al lab de Almacenamiento de Sangre Solo si están autorizados y los EPP.?
- Mejorar algunos equipos de Computación, no se puede ver la ficha técnica del Proceso
- Matriz de Riesgos del Proceso
- Riesgo Faltante de Insumos y materiales críticos.  
Las acciones son notificar a la Dirección Médica y Solicitar apoyo cada vez que se presente la situación



# NOTAS DE AUDITORÍA

No. Solicitud(es):	SCSGC-03067	Fecha de auditoría:	17/05/2018	Auditor Líder/ Auditor:	JAB
Documento de referencia:	NMX-CC-9001-IMNC-2015 <input checked="" type="checkbox"/>	NMX-SAA-14001-IMNC-2015 <input type="checkbox"/>	NMX-SAST-001-IMNC-2008 <input type="checkbox"/>	NMX-J-SAA-50001-ANCE-IMNC-2011 <input type="checkbox"/>	
Tipo de servicio:					
Auditoría Etapa 1 <input type="checkbox"/>	Auditoría Etapa 2 <input type="checkbox"/>	Vigilancia No: <input type="checkbox"/>	Renovación <input checked="" type="checkbox"/>	Seguimiento <input type="checkbox"/>	Ampliación <input checked="" type="checkbox"/>
					Reducción <input checked="" type="checkbox"/>
					Transferencia <input type="checkbox"/>
					Otro <input type="checkbox"/>

## NOTAS DE AUDITORÍA:

SITIO:	Unidad HA Clínica Santa Mónica	PROCESO:	Análisis Clínicos
PERSONAL ENTREVISTADO:	Guadalupe Guerrero - Recepcionista María Tereza García Flores - Jefe de Laboratorio		

*Durante la evaluación a los procesos considere el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar, incluyendo los aspectos de Entradas y Salidas del proceso.  
Registre en este espacio: Evidencias recogidas durante la auditoría, así como el personal entrevistado.  
La clasificación de los hallazgos de incumplimiento que se registren en el presente formato, queda sujeta a la consideración final del Auditor líder para su incorporación en el informe de auditoría.*

**Área de Recepción: Formato Datos del Paciente F-RCP-017.**

U.03 / 01/07/2011

- Precios de los Servicios Mayo 2018 / Catálogo de Servicios.
- Registros de Encuesta de Satisfacción Paciente Externos.
- Mayo 2018
- Hoja de ayuda para solicitar mantenimiento al hospital.
- Balanza para peso paciente + Mantenimiento por IMEIC
- Hoja de solicitud de Examen, solicitud 657892 de fecha 17/05/2018
- Cuadros de Política de Calidad en la Recepción
- Portal Interno Bioinformática Conectado por Internet
- Ficha Técnica de Análisis Clínicos V.2, 05/04/2018
- Informe de Resultados de Análisis en físico.
- Reporte Concentrado de Tubos de Laboratorio en el Portal
- Se está presentando un indicador en el Portal que no es de Santa Mónica

Confirmación del(los) Sector(es) y Código(s) NACE aplicables a la organización (Según actividades de auditoría asignadas):

IAF: 38 / NACE: 86.9.

Revisión de Quejas recibidas por la organización (Según actividades de auditoría asignadas):

Revisión del uso de logo/ marca IMNC. En caso que la organización se encuentre haciendo uso de la marca de conformidad del IMNC, VERIFIQUE que disponga de la autorización correspondiente por parte del IMNC. (Según actividades de auditoría asignadas):

No se observó el uso del logo.

- El Reporte de indicadores del Portal a el usado para revisión por la Dirección, en este reporte no se reporta el indicador % de Solicitudes de pacientes ~~Externo~~ Externos atendidos en los primeros 25 minutos. Medicinas de Enero, Febrero y Abril 2018

Formulario F-RC-07 / V.05 / 21-03-2018  
no coinciden

- Los valores de los indicadores 10 y 11<sup>12</sup> reportados en (10 → % de Solicitudes de paciente hospitalizados atendidos en tiempo

11. % de atención a pacientes de urgencias)

no coinciden con los valores que tiene el laboratorio

indicador	Portal	Laboratorio
10	99	100
11	93	100
12	97	100.

12. - % de resultados entregados a tiempo

- Registro de Acción Correctiva N° 22 / inicio 22/02/2018
- Registro de Análisis de Datos de como obtener los indicadores. Programa de Control de Calidad Mes de Abril 2018 Six Sigma, Índice de Desviación Estándar.

- Contexto de la Organización + Plan Estratégico 01-12-2017 V01

- Partes Interesadas. - Manual de Calidad.

- Matriz de Riesgos del Proceso Provisión de Hemocromatosis

- Objetivos de la Calidad Medicinaria en el Concentrado de Indicadores. Abril 2018

Guardia AB  
+1 = 4

- Personal: 1 técnico portero (3) + Administrativo + 1 Jefe del Lab. = 6 1 mensajero compartido.



# NOTAS DE AUDITORÍA

No. Solicitud(es):	SCSGC-03067	Fecha de auditoría:	17-05-2018	Auditor Líder/ Auditor:	JAB
Documento de referencia:	NMX-CC-9001-IMNC-2015 <input type="checkbox"/>	NMX-SAA-14001-IMNC-2015 <input type="checkbox"/>	NMX-SAST-001-IMNC-2008 <input type="checkbox"/>	NMX-J-SAA-50001-ANCE-IMNC-2011 <input type="checkbox"/>	
Tipo de servicio:					
Auditoría Etapa 1 <input type="checkbox"/>	Auditoría Etapa 2 <input type="checkbox"/>	Vigilancia No: <input type="checkbox"/>	Renovación <input checked="" type="checkbox"/>	Seguimiento <input type="checkbox"/>	Ampliación <input checked="" type="checkbox"/>
					Reducción <input checked="" type="checkbox"/>
					Transferencia <input type="checkbox"/>
					Otro <input type="checkbox"/>

## NOTAS DE AUDITORÍA:

SITIO:	Unidad HA Clínica Santa Mónica	PROCESO:	Análisis Clínicos
PERSONAL ENTREVISTADO:			

*Durante la evaluación a los procesos considere el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar, incluyendo los aspectos de Entradas y Salidas del proceso. Registre en este espacio: Evidencias recogidas durante la auditoría, así como el personal entrevistado.*

*La clasificación de los hallazgos de incumplimiento que se registren en el presente formato, queda sujeta a la consideración final del Auditor líder para su incorporación en el informe de auditoría.*

Continuación:

- Infraestructura:**
- Inventario Drc. 2017
  - Calendario de Mantenimiento preventivo equipo propio 2018
  - Registro de Mantenimiento:
    - Reporte de Mto. Preventivo Equipo Biosystem /16/02/2018
    - Reporte Mto. Preventivo Equipo FIBRTIMER /16/02/2018
    - Reporte de Mto. Refrigerador LC 219 /03.05.2018
  - Inventario de Instrumentos de Medición 2018 (Termómetros)
  - Inventario de Instrumentos Pipetas 2018
- Certificados de Calibración:**
- Pipeta Monocanal LC/PIP-063 fecha, 20/02/2018 Semestral
  - Pipeta Monocanal LC/PIP-069 fecha, 15/12/2017. "
  - Termómetro de Líquido en vidrio LC/T-091, 28-08-2017 Anual
  - Termómetro de Líquido en vidrio LC/T-110, 09-05-2017 Anual
  - Reporte de Servicio de la Bascula de Pie LC-245 de fecha 11/5/2018

Confirmación del(los) Sector(es) y Código(s) NACE aplicables a la organización (Según actividades de auditoría asignadas):

IAF: 38 / NACE: 86.9.

Revisión de Quejas recibidas por la organización (Según actividades de auditoría asignadas):

Revisión del uso de logo/ marca IMNC. En caso que la organización se encuentre haciendo uso de la marca de conformidad del IMNC, VERIFIQUE que disponga de la autorización correspondiente por parte del IMNC. (Según actividades de auditoría asignadas):

No se observó el uso del logo.

# NOTAS DE AUDITORÍA

No. Solicitud(es):	SCSGC-03067	Fecha de auditoría:	17-05-2018	Auditor Líder/ Auditor:	JAB.
Documento de referencia:	NMX-CC-9001-IMNC-2015 <input checked="" type="checkbox"/>	NMX-SAA-14001-IMNC-2015 <input type="checkbox"/>	NMX-SAST-001-IMNC-2008 <input type="checkbox"/>	NMX-J-SAA-50001-ANCE-IMNC-2011 <input type="checkbox"/>	
Tipo de servicio:					
Auditoría Etapa 1 <input type="checkbox"/>	Auditoría Etapa 2 <input type="checkbox"/>	Vigilancia No: <input type="checkbox"/>	Renovación <input checked="" type="checkbox"/>	Seguimiento <input type="checkbox"/>	Ampliación <input checked="" type="checkbox"/>
					Reducción <input checked="" type="checkbox"/>
					Transferencia <input type="checkbox"/>
					Otro <input type="checkbox"/>

## NOTAS DE AUDITORÍA:

SITIO:	Unidad HA Clínica Santa Mónica	PROCESO:	Análisis Clínicos
PERSONAL ENTREVISTADO:			

*Durante la evaluación a los procesos considere el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar, incluyendo los aspectos de Entradas y Salidas del proceso.*

*Registre en este espacio: Evidencias recogidas durante la auditoría, así como el personal entrevistado.*

*La clasificación de los hallazgos de incumplimiento que se registren en el presente formato, queda sujeta a la consideración final del Auditor líder para su incorporación en el informe de auditoría.*

- Registros de Temperatura Refrigeradores: Mes Febrero y Mayo 2018.
- Registros de Temperatura Refrigeradores Hemocomponentes: Abril 2018, Mayo 2018.
- Registros de Temperatura Congelador Hemocomponentes: Mayo 2018.
- Registro de Temperatura Ambiente Laboratorio: F-GN-014 V04 01-06-2009.
- Laboratorio: Registro Informe de Resultados Santa Mónica. F-RCP-02 V2 1.06.2009 (Solicitud 657878)
- Sistema Integral de Laboratorio Clínico.
- Manual de Bioseguridad V1 / 27.02.2018 M-BIO-001
- Procedimiento Control de Productos No Conforme P-SGC-03 V1 / 02.01.2018
- Lista Maestra de Documentos F-RC-05, V.02, 28.04.2018
- Lista Maestra de Registros F-RC-06, V.02, 9.04.2018

Confirmación del(los) Sector(es) y Código(s) NACE aplicables a la organización (Según actividades de auditoría asignadas):

IAF: 38 / NACE: 86-9

Revisión de Quejas recibidas por la organización (Según actividades de auditoría asignadas):

Revisión del uso de logo/ marca IMNC. En caso que la organización se encuentre haciendo uso de la marca de conformidad del IMNC, VERIFIQUE que disponga de la autorización correspondiente por parte del IMNC. (Según actividades de auditoría asignadas):

No se observó el uso del logo.



# NOTAS DE AUDITORÍA



No. Solicitud(es):	SCSGC-03067	Fecha de auditoría:	17-05-2018	Auditor Líder/ Auditor:	JAB
Documento de referencia:	NMX-CC-9001-IMNC-2015 <input checked="" type="checkbox"/>	NMX-SAA-14001-IMNC-2015 <input type="checkbox"/>	NMX-SAST-001-IMNC-2008 <input type="checkbox"/>	NMX-J-SAA-50001-ANCI-IMNC-2011 <input type="checkbox"/>	
Tipo de servicio:					
Auditoría Etapa 1 <input type="checkbox"/>	Auditoría Etapa 2 <input type="checkbox"/>	Vigilancia No: <input type="checkbox"/>	Renovación <input checked="" type="checkbox"/>	Seguimiento <input type="checkbox"/>	Ampliación <input checked="" type="checkbox"/>
					Reducción <input checked="" type="checkbox"/>
					Transferencia <input type="checkbox"/>
					Otro <input type="checkbox"/>

## NOTAS DE AUDITORÍA:

SITIO:	Matriz Laboratorio Central	PROCESO:	Proceso Mantenimiento
PERSONAL ENTREVISTADO:	Aldo Rodrigo Padilla Calzada - Operaciones. Gerencia de Servicios Generales.		

Durante la evaluación a los procesos considere el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar, incluyendo los aspectos de Entradas y Salidas del proceso.

Registre en este espacio: Evidencias recogidas durante la auditoría, así como el personal entrevistado.

La clasificación de los hallazgos de incumplimiento que se registren en el presente formato, queda sujeta a la consideración final del Auditor Líder para su incorporación en el informe de auditoría.

- Personal / Puestos: Recepcionistas de las Sucursales / Mensajeros.
- Mantenimiento de Sucursales: Satélite, Comunal, Mérida.
- Infraestructura y Equipos Propios. Stop de Insumos.
- Procedimiento Externo para Mto. de Infraestructura y de Equipos.
- Registro de Informe Mensual de Indicadores de Desempeño del Proceso: Mantenimiento (Equipos Propios) mes: Enero - Abril 2018 con cumplimiento de meta.
- Procedimiento Mantenimiento de Infraestructura P-OPR-02. Versión 01 / Fecha 02.01.2018.
- El procedimiento Mto. de Infraestructura menciona el uso del formato F-GM-05 Bitácora Diaria de Mto. de Infraestructura y la Guía para Bitácora Diaria de Mantenimiento de Infraestructura PSO-MNF-002.
- Ficha Técnica del Proceso de Mantenimiento PL-SGC-05/V2, 04.03-2018.

Confirmación del(los) Sector(es) y Código(s) NACE aplicables a la organización (Según actividades de auditoría asignadas):

IAF: 38 / NACE: 86.9

Revisión de Quejas recibidas por la organización (Según actividades de auditoría asignadas):

Revisión del uso de logo/ marca IMNC. En caso que la organización se encuentre haciendo uso de la marca de conformidad del IMNC, VERIFIQUE que disponga de la autorización correspondiente por parte del IMNC. (Según actividades de auditoría asignadas):

No se observó el uso del logo.

## Registros de Mantenimiento de Infraestructura:

- Check List Revisión de Infraestructura Unidad Comunal del 14.11.2017
- Listado Materiales Suc. Comunal.
- Calendario de ~~Servicios~~ Mantenimientos Preventivos 2018. 21.02.2018.
- Reportes de Servicio de Mantenimiento por el proveedor Benigno Sanchez Ortega (mes enero 2018).
- Calendario de Mantenimientos Preventivos equipo propio de Laboratorio Comunal 2018 (notas en Junio, Dic. 2019)
- Calendario de Mto. Preventivo equipo propio de Laboratorio Satelite Biomédicos 2018.
- Registros de Mantenimiento de equipos propios del laboratorio Satelite:
  - Refrigerador LC-186 del 08.02.2018
  - Centrifuga LC-071 del 28.02.2018
  - Bascula LC-095 del 28.02.2018
- Calendario de Mantenimientos Preventivos de Autos 2018.
- Registro de Mto. Correctivo Vehículo 667 YHV (Feb. 2018)
- Proveedor de Servicio de traslado de muestras (Taxis) Sitio Mega ~~Des~~ mil
- 9 Vehículos
- Registro de Mto al Vehículo 909 ZUI el 12.12.2017
- Procedimiento Control de Producto No Conforme P-SGC-03 Versión 01 (02.01.2018)
- Formato F-RC-052 Control de No Conformidades de Proceso
- Formato F-RC-049 Control de Producto No Conforme Laboratorio



# NOTAS DE AUDITORÍA



No. Solicitud(es):	SCSGC-03067	Fecha de auditoría:	18-05-2018	Auditor Líder/ Auditor:	JAB
Documento de referencia:	NMX-CC-9001-IMNC-2015 <input checked="" type="checkbox"/>	NMX-SAA-14001-IMNC-2015 <input type="checkbox"/>	NMX-SAST-001-IMNC-2008 <input type="checkbox"/>	NMX-J-SAA-50001-ANCI-IMNC-2011 <input type="checkbox"/>	
Tipo de servicio:					
Auditoría Etapa 1 <input type="checkbox"/>	Auditoría Etapa 2 <input type="checkbox"/>	Vigilancia No: <input type="checkbox"/>	Renovación <input checked="" type="checkbox"/>	Seguimiento <input type="checkbox"/>	Ampliación <input checked="" type="checkbox"/>
					Reducción <input checked="" type="checkbox"/>
					Transferencia <input type="checkbox"/>
					Otro <input type="checkbox"/>

## NOTAS DE AUDITORÍA:

SITIO:	Unidad Satélite	PROCESO:	Análisis Clínicos (Toma de muestras)
PERSONAL ENTREVISTADO:	Noemi Martínez Escamilla - Ejecutivo de Servicio Barbara Vazquez Velazquez - Enfermera Toma de Muestras		
<p><i>Durante la evaluación a los procesos considere el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar, incluyendo los aspectos de Entradas y Salidas del proceso.</i>  <i>Registre en este espacio: Evidencias recogidas durante la auditoría, así como el personal entrevistado.</i>  <i>La clasificación de los hallazgos de incumplimiento que se registren en el presente formato, queda sujeta a la consideración final del Auditor Líder para su incorporación en el informe de auditoría.</i></p> <p><b>Recepción:</b> Procedimiento Operativo Admisión P-LAB-01, V01, 23.02.2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema electrónico Administrativo Labcore.</li> <li>- Catálogo de Servicios 2018</li> <li>- Formato RCP-015 Estudios solicitados.</li> <li>- Registro de Estudio Solicitado, 19-02-2017, Paciente Externo Q-SSC-16283</li> <li>- Sistema Administrativo Angeles AHS</li> <li>- Registros de Encuestas de Satisfacción de Paciente Externos Mes Mayo 2018 (6 encuestas)</li> <li>- Registros de tiempos de espera de Paciente en la Recepción Mes Mayo, Enero 2018. (E-RC-039)</li> <li>- Protocolo para la Recepción del Paciente (Anexo del procedimiento)</li> </ul> <p><b>Área de Toma de Muestras:</b></p> <p>Equipo centrifuga LC-71 / Registros para uso y Limpieza de Centrifuga. Mes Mayo 2018</p>			
Confirmación del(los) Sector(es) y Código(s) NACE aplicables a la organización (Según actividades de auditoría asignadas): IAF: 38 / NACE: 86.9			
Revisión de <b>Quejas</b> recibidas por la organización (Según actividades de auditoría asignadas):			
Revisión del <b>uso de logo/ marca IMNC</b> . En caso que la organización se encuentre haciendo uso de la marca de conformidad del IMNC, VERIFIQUE que disponga de la autorización correspondiente por parte del IMNC. (Según actividades de auditoría asignadas): No se observó el uso del logo.			

- Registros de Temperatura de Refrigeradores LC-186,  
Meses: Enero a Mayo 2018.
- Ordenes de Estudios:
  - Solicitudes 3966 556, 18.05.2018
  - Solicitudes 3966 548, 18.05.2018.
  - Solicitudes 03824175, 01.02.2018
- Registro Orden de Trabajo Externo, 18.05.2018.
- Procedimiento Actividades en el área de Toma de  
muestras PSO-TM-002, V.12, 17-03-2017.
- Relación de Resultados entregados, Año 2018.  
(F-RCP-002)
- Formato F-RC-052 Control de No Conformidad de  
Procesos
- Registro de Control de No Conformidades del Proceso, 11.04.2018
- Registro de Oportunidades en entrega de Resultados  
mes abril 2018.
- Ficha del proceso Análisis Clínico.



No. Solicitud(es):	SCSGC-03067	Fecha de auditoría:	18/05/2018	Auditor Líder/ Auditor:	JAB.
Documento de referencia:	NMX-CC-9001-IMNC-2015 <input checked="" type="checkbox"/>	NMX-SAA-14001-IMNC-2015 <input type="checkbox"/>	NMX-SAST-001-IMNC-2008 <input type="checkbox"/>	NMX-J-SAA-50001-ANCE-IMNC-2011 <input type="checkbox"/>	
Tipo de servicio:					
Auditoría Etapa 1 <input type="checkbox"/>	Auditoría Etapa 2 <input type="checkbox"/>	Vigilancia No: <input type="checkbox"/>	Renovación <input checked="" type="checkbox"/>	Seguimiento <input type="checkbox"/>	Ampliación <input checked="" type="checkbox"/>
					Reducción <input checked="" type="checkbox"/>
					Transferencia <input type="checkbox"/>
					Otro <input type="checkbox"/>

## NOTAS DE AUDITORÍA:

SITIO:	Matriz Laboratorio Central	PROCESO:	Competencia de Personal
PERSONAL ENTREVISTADO:	Francisca Bernal Lima - Gte. de Desarrollo Organizacional		

Durante la evaluación a los procesos considere el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar, incluyendo los aspectos de Entradas y Salidas del proceso.

Registre en este espacio: Evidencias recogidas durante la auditoría, así como el personal entrevistado.

La clasificación de los hallazgos de incumplimiento que se registren en el presente formato, queda sujeta a la consideración final del Auditor líder para su incorporación en el informe de auditoría.

- Ficha del Proceso Competencia de Personal Versión 2,
- Manual de Organización M-DO-01, V01, 01.03.2018
  - Organigrama de Dirección
  - Organigrama de Finanzas y Administración
- No aparece Gerencia de Servicios Generales en el organigrama
- Descripción y Perfil de Puesto:
  - Médico de Banco Sangre, V1, 11.04.2018.
  - Expedientes de: Dr. Rafael Franco (26/05/2003).
  - Dr. Filemon Rodríguez Santiago (16/07/2014)
  - Registro de Detección de Necesidades de Capacitación del Banco de Sangre.
  - Programa y Presupuesto de Capacitación 2018 (Dirección Médica)
  - Carta de Funciones Específicas Médico Banco de Sangre. (Dirección de A y F)
  - V.01. /02.04.2018 FDO-02.

Confirmación del(los) Sector(es) y Código(s) NACE aplicables a la organización (Según actividades de auditoría asignadas):

IAF: 38 / NACE: 86-9.

Revisión de Quejas recibidas por la organización (Según actividades de auditoría asignadas):

Revisión del uso de logo/ marca IMNC. En caso que la organización se encuentre haciendo uso de la marca de conformidad del IMNC, VERIFIQUE que disponga de la autorización correspondiente por parte del IMNC. (Según actividades de auditoría asignadas):

No se observó el uso del logo.

- Detección de Necesidades de Capacitación Laboratorio del Hospital Angeles Clínica Londres
  - Experiencia de Técnico de Laboratorio:
    - Oscar García Vargas. (5.6.2009) y ingreso en Lab. Biotec.
    - Ruiz Toran Miguel (19.06.2017)
  - Carta de Funciones Específicas Técnico de Laboratorio F-DO-12, V.01, 02.04.2018
  - Descripción y Perfil de Puesto Técnico de Laboratorio V.01, 11.04.2018.

Trabajadores  $\approx$  160. del laboratorio.

- Concentrado de indicadores Año 2018.
- Ponderar los elementos de Educación, Formación y Experiencia para determinar el Índice de cumplimiento de Competencia.
- Registros de Formación realizada en el 2018:
  - Curso de Actualización de Trombofilia / 28.02.2018  
participante Aurelio Barrera Hualde. Supervisor Técnico
  - Evaluación de la Eficacia de Acciones para el Mto. de la Competencia / 28.04.2018
  - Curso Manejo de Equipo Audi-K y Cardi-K. / 09.01.2018  
↓ Participante TLE Nayeli Torres Díez  
Técnico Laboratorista
  - Evaluación de Eficacia del Curso / 30.04.2018
- Matriz de Riesgos del Proceso
- Matriz de Abordaje de Oportunidades del SGC.  
V.01 / 12.04.2018 / PL-SGC-08.