

## REPORTE DE NO CONFORMIDADES

<b>CLIENTE: REGIMEN DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD- ESTADO DE QUERETARO</b>	
<b>AUDITORIA:</b> 3a. SEGUIMIENTO	<b>NORMA SG:</b> NMX-CC-9001-IMNC-2008
<b>FECHAS:</b> 14-15/JUNIO/2016	<b>SITIO(s) AUDITADO(s):</b> Oficina Central: Corregidora, Centro Histórico Querétaro, Qro., Coordinación: Jalpan de Serra, Qro.
<b>N° REF. CIM:</b> 1378	<b>AUDITOR:</b> CARLOS FLORES

CLAUSULA ISO: 4.2.3	PROCESO: CONTROL DE DOCUMENTOS	NCM:	Ncm: 1:
<b>DESCRIPCIÓN:</b> No en todos los casos se asegura de que los documentos permanecen legibles, como se establece en el elemento 4.2.3 de la norma de referencia, es el caso del Manual de Organización Versión 01 del cual no se puede leer el organigrama de la copia controlada electrónica asignada al Jefe de departamento de control y desarrollo de personal y servicios generales.		Auditor  CF	Firma
<b>INVESTIGACIÓN DE LAS CAUSAS:</b> Se detectó en reunión de trabajo integrada por el representante de la dirección y el subdirector de evaluación y estadística que no se había detectado el estado de la imagen. Se detectó en reunión de trabajo integrada por el representante de la dirección y el subdirector de evaluación y estadística que no se había detectado la ilegibilidad en organigrama por que no se tiene registró de la última revisión del estado de la documentación. Dicho organigrama es una impresión de mala calidad que se encuentra así desde la creación del Manual de Organización.			
<b>CORRECCIONES:</b> Se actualizará el organigrama así como el manual de organización completo y toda la documentación del SGC que requiera cambios, actualizaciones y/o bajas. Sin embargo estos cambios obedecen a un proceso de descentralización, este es un proceso de transferencia de competencias, facultades y características administrativas que depende de la gestión de otras entidades públicas y por lo tanto está sujeto a los tiempos del mismo proceso.		Fecha Por definir	Responsable Representante de la dirección
<b>ACCIONES CORRECTIVAS:</b> Se enviará un organigrama provisional a cada subdirección en lo que se realizan todos los cambios a la documentación.		Fecha 5 de julio de 2016	Responsable Representante de la dirección
<b>REGISTRAR EL RESULTADO DE LAS ACCIONES:</b>  <i>Pendiente por registrar.</i>			
<b>REVISIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES:</b>  <i>Pendiente por registrar.</i>			

## REPORTE DE NO CONFORMIDADES

<i>Campo para ser llenado por CIM</i>		
<b>1ª. REVISIÓN DEL AUDITOR: NO ACEPTADA</b> <i>Investigación de las causas: se requiere un mayor análisis del porqué de la causa real de la falta de control del documento (legible), ya que lo descrito es semejante a lo reportado.</i>  <i>Las Correcciones y acciones correctivas, son Aceptadas.</i>	Auditor CAFG	Fecha/Firma 12/07/16
<b>2ª. REVISIÓN DEL AUDITOR: ACEPTADA</b>	Auditor CAFG	Fecha/Firma 19/07/16
<b>1ER. CIERRE DE LA NO CONFORMIDAD/OBSERVACIÓN: ABIERTA</b> <i>Se verifica correo electrónico con fecha del 01/08/2016 en el cual se distribuye y comunica al personal involucrado de la nueva versión del Organigrama 2015 del Régimen Estatal de Protección Social en Salud / Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.</i>	Auditor CAFG	Fecha/Firma 02/09/16

## REPORTE DE NO CONFORMIDADES

<b>CLIENTE: REGIMEN DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD- ESTADO DE QUERETARO</b>	
<b>AUDITORIA:</b> 3a. SEGUIMIENTO	<b>NORMA SG:</b> NMX-CC-9001-IMNC-2008
<b>FECHAS:</b> 14-15/JUNIO/2016	<b>SITIO(s) AUDITADO(s):</b> Oficina Central: Corregidora, Centro Histórico Querétaro, Qro., Coordinación: Jalpan de Serra, Qro.
<b>N° REF. CIM:</b> 1378	<b>AUDITOR:</b> JUAN LUIS MONGE R.

CLAUSULA ISO: 5.6	PROCESO: DIRECCION	NCM:	Ncm: 2
<b>DESCRIPCIÓN:</b> Contrario al requisito de la norma ISO 9001:2008, de la revisión al SGC, por parte de la Dirección; no se mostró evidencia de la revisión del estado de las acciones correctivas y preventivas; de los compromisos y acciones a realizar (por ejemplo: del resultado obtenido de la encuesta de clima laboral); así como de las recomendaciones para la mejora.		JLM	Firma
<b>INVESTIGACIÓN DE LAS CAUSAS:</b> Se detectó en reunión de trabajo integrada por el director, el representante de la dirección y el subdirector de evaluación y estadística que la causa principal por la cual se desatendieron las acciones de mejora, correctivas y preventivas por el cambio de personal que ha sufrido la plantilla del REPSS. Desde el mes de noviembre de 2015 a la fecha se ha cambiado un 65% de la plantilla, esta situación entorpece los procesos. Cabe señalar que estos movimientos no están en las manos de la dirección del REPSS por esta razón no se pueden aplicar medidas.			
<b>CORRECCIONES:</b> Se reforzara el uso de las acciones correctivas, preventivas o de mejora, se buscará impulsar la mejora para se vuelva parte la cultura organizacional del REPSS.		Fecha Año 2016	Responsable Subdirección de Evaluación y Estadística y Representant e de la Dirección
<b>ACCIONES CORRECTIVAS:</b> Se va a solicitar, semanalmente, en las juntas directivas sobre las acciones de mejora; el representante de dirección va a mandar por vía mail un recordatorio a los subdirectores para que envíen sus acciones correctivas, preventivas o de mejora y para trabajar con ellos en su elaboración, si es necesario.		Fecha Año 2016	Responsable Subdirección de Evaluación y Estadística y Representant e de la Dirección
<b>REGISTRAR EL RESULTADO DE LAS ACCIONES:</b>  <i>Pendiente por registrar.</i>			
<b>REVISIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES:</b>  <i>Pendiente por registrar.</i>			

## REPORTE DE NO CONFORMIDADES

<i>Campo para ser llenado por CIM</i>		
<b>1ª. REVISIÓN DEL AUDITOR: ACEPTADA</b>	Auditor JLMR	Fecha/Firma 12/07/16
<b>1ER. CIERRE DE LA NO CONFORMIDAD/OBSERVACIÓN: ABIERTA</b> <i>Se verifican correos electrónicos en el mes de Julio 2016 con la invitación al personal del seguimiento y/o implementación de acciones correctivas, preventivas y de mejora como reforzamiento del proceso. Así mismo se revisa Minuta del comité de calidad con fecha del 04 de Julio de 2016, en donde se establece que; El Subdirector de evaluación y estadística solicita a los subdirectores que registren en el formato N5RACP las acciones preventivas desarrolladas, así también se muestra minuta de comité de calidad (reunión de seguimiento) con fecha del 18 de Julio de 2016 y por último la minuta de comité de calidad (reunión de seguimiento) con fecha del 16 de mayo. Aunque no se muestra evidencia de algunas acciones preventivas, correctivas y/o de mejora que ya hayan sido identificadas o implementadas a la fecha.</i>	Auditor JLMR	Fecha/Firma 02/09/16

# REPORTE DE NO CONFORMIDADES

<b>CLIENTE: REGIMEN DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD- ESTADO DE QUERETARO</b>	
<b>AUDITORIA:</b> 3a. SEGUIMIENTO	<b>NORMA SG:</b> NMX-CC-9001-IMNC-2008
<b>FECHAS:</b> 14-15/JUNIO/2016	<b>SITIO(s) AUDITADO(s):</b> Oficina Central: Corregidora, Centro Histórico Querétaro, Qro., Coordinación: Jalpan de Serra, Qro.
<b>N° REF. CIM:</b> 1378	<b>AUDITOR:</b> CARLOS FLORES

CLAUSULA ISO: 6.2.2	PROCESO: RECURSOS HUMANOS	NCM:	Ncm: 3
<b>DESCRIPCIÓN:</b> No en todos los casos se mantienen registros de la competencia del personal como se establece en el elemento 6.2 de la norma ISO 9001:2008, es el caso del Jefe de departamento de administración del padrón y del Jefe de departamento de afiliación y operación de los cuales no se muestra la evaluación de Habilidades (examen psicológico) y del Soporte Administrativo asignado como Coordinador de Jalpan de Serra, no se muestra la evaluación de habilidades actualizado.		Auditor  CF	Firma
<b>INVESTIGACIÓN DE LAS CAUSAS:</b> En reunión con el subdirector de financiamiento y control y el jefe de departamento de recursos generales, se determinó que, como lo indica el manual de calidad (N2MC) en el elemento 6.2.2, el proceso de ingreso está a cargo del departamento Selección de Personal de Servicios de Salud del Estado de Querétaro, es por ello que no se tienen las reimpresiones de las evaluaciones aplicadas durante las administraciones anteriores.  En el caso de jefe de departamento de afiliación y operación nos notificaron que se produjo un error en el sistema del departamento de selección de personal por tal razón nos enviaron la hoja de resultados corregida.  Para el caso del jefe de departamento de administración del padrón, como citamos anteriormente, el proceso de ingreso está a cargo del departamento Selección de Personal de Servicios de Salud del Estado de Querétaro, es por ello que no se tienen las reimpresiones de las evaluaciones aplicadas durante las administraciones anteriores.  Respecto a la evaluación no actualizada del Coordinador de Jalpan, en efecto no se han realizado actualizaciones por lo que no podemos conocer las habilidades con las que cuenta el personal. Respecto a la evaluación del coordinador de Jalpan, se detectó que se contrató a la persona aun no cumpliendo con los parámetros requeridos, posteriormente nunca se revisaron los expedientes para corroborar el estatus de las evaluaciones del personal con más antigüedad; sin embargo ha recibido capacitación constante, al menos en los últimos dos años. También es importante mencionar que una muestra de su capacidad como coordinador, son los constantes buenos resultados en las metas alcanzadas.			
<b>CORRECCIONES:</b> Se realizará una revisión de los expedientes del personal para la detección y corrección de los posibles faltantes y/o errores.		Fecha Agosto 2016	Responsable Departamento de Recursos Generales

## REPORTE DE NO CONFORMIDADES

<p><b>ACCIONES CORRECTIVAS:</b>                  Se registrará en el reporte de acciones correctivas y preventivas (N5RACP) las siguientes acciones:                  Solicitar al departamento de selección la reposición de las evaluaciones faltantes.                  Aplicar una evaluación de aptitudes y actitudes a todo el personal 2 veces al año para asegurar la competencia del personal.                  Se informará al personal sobre la aplicación de la evaluación.</p>	Fecha Julio 2016	Responsable Departamento de Recursos Generales
<p><b>REGISTRAR EL RESULTADO DE LAS ACCIONES:</b>   <i>Pendiente por registrar.</i></p>		
<p><b>REVISIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES:</b>   <i>Pendiente por registrar.</i></p>		
<b>Campo para ser llenado por CIM</b>		
<p><b>1ª. REVISIÓN DEL AUDITOR: NO ACEPTADA</b>  <i>Investigación de las causas: se requiere mayor análisis del porque real, con respecto a la evaluación de habilidades no actualizada del Coordinador de Jalpan.</i>  <i>Acciones correctivas: no se hace mención del documento en donde se establecen las acciones, así como la difusión al personal involucrado de los ajustes realizados.</i>   <b>Las Correcciones, son Aceptadas.</b></p>	Auditor CAFG	Fecha/Firma 12/07/16
<p><b>2ª. REVISIÓN DEL AUDITOR: ACEPTADA</b></p>	Auditor CAFG	Fecha/Firma 19/07/16
<p><b>1ER. CIERRE DE LA NO CONFORMIDAD/OBSERVACIÓN: ABIERTA</b>  <i>Se verifica Memorándum, asunto Solicitud de información con fecha del 28/Junio/16, en donde se requiere impresión de evaluaciones aplicadas, así como su evaluación. También se revisa formato de Resultados en el proceso de selección (2) para los puestos de Coordinación de Seguro popular, ambos siendo candidatos aprobados para su contratación con fecha del 21/01/2016. Por último se verifican listas de asistencia para la "Capacitación con enlaces de calidad de la Subdirección de afiliación y operación" con fecha del 07/Mayo/2014 – Oficinas centrales, Lista de asistencia Auditores internos, casa de la cultura Jalpán con fecha del 15 de Agosto de 2013, así como otro impartido en Agosto del 2015. Aunque no se muestra evidencia de algún programa o documento que muestre que las evaluaciones de aptitudes y actitudes serán aplicada 2 veces por año.</i></p>	Auditor CAFG	Fecha/Firma 05/09/16

# REPORTE DE NO CONFORMIDADES

<b>CLIENTE: REGIMEN DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD- ESTADO DE QUERETARO</b>	
<b>AUDITORIA:</b> 3a. SEGUIMIENTO	<b>NORMA SG:</b> NMX-CC-9001-IMNC-2008
<b>FECHAS:</b> 14-15/JUNIO/2016	<b>SITIO(s) AUDITADO(s):</b> Oficina Central: Corregidora, Centro Histórico Querétaro, Qro., Coordinación: Jalpan de Serra, Qro.
<b>N° REF. CIM:</b> 1378	<b>AUDITOR:</b> JUAN LUIS MONGE R.

CLAUSULA ISO: 6.3	PROCESO: INFRAESTRUCTURA	NCM:	Ncm: 4
<b>DESCRIPCIÓN:</b> Contrario al requisito de la norma de referencia, no en todos los casos se mantiene la infraestructura de manera efectiva, por ejemplo: no se mostró evidencia de la realización del mantenimiento de la infraestructura de la Coordinación de Jalpan y de las Oficinas.		Auditor  JLM	Firma
<b>INVESTIGACIÓN DE LAS CAUSAS:</b> Se determinó en reunión con el subdirector de financiamiento y control y el jefe de departamento de recursos generales que no se realizaron las tareas de mantenimiento en el año 2015.  Se determinó en reunión con el subdirector de financiamiento y control y el jefe de departamento de recursos generales que no se ejecutó el plan de mantenimiento conforme lo planeado debido a la rotación de personal; la inestabilidad en la plantilla dificultaron la realización de actividades ya que no había personas cubriendo puestos estratégicos o era personal de nuevo ingreso que no contaba con el conocimiento de los procesos.			
<b>CORRECCIONES:</b> Darle seguimiento puntual al plan de mantenimiento 2016.		Fecha Agosto Año 2016	Responsable Departamento de Recursos Generales
<b>ACCIONES CORRECTIVAS:</b> Se registra en el reporte de acciones correctivas y preventivas (N5RACP) la siguiente acción: Hacer un diagnóstico de necesidades de mantenimiento por coordinación y oficina central, darle seguimiento y ejecutar el plan 2016 puntualmente. Dar parte a todas las áreas sobre el plan de mantenimiento.		Fecha Agosto 2016	Responsable Departamento de Recursos Generales
<b>REGISTRAR EL RESULTADO DE LAS ACCIONES:</b>  <i>Pendiente por registrar.</i>			
<b>REVISIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES:</b>  <i>Pendiente por registrar.</i>			

## REPORTE DE NO CONFORMIDADES

<b>Campo para ser llenado por CIM</b>		
<p><b>1ª. REVISIÓN DEL AUDITOR: NO ACEPTADA</b></p> <p><i>Investigación de las causas: se requiere mayor análisis del porque real, con respecto a la aplicación del Mantenimiento de la Infraestructura de Jalpan y Oficinas.</i></p> <p><i>Acciones correctivas: no se menciona el documento en donde se establezcan las acciones, así como la difusión al personal involucrado.</i></p> <p><b>Las Correcciones, son Aceptadas.</b></p>	Auditor JLMR	Fecha/Firma 12/07/16
<p><b>2ª. REVISIÓN DEL AUDITOR: ACEPTADA</b></p>	Auditor JLMR	Fecha/Firma 19/07/16
<p><b>1ER. CIERRE DE LA NO CONFORMIDAD/OBSERVACIÓN: ABIERTA</b></p> <p><i>Se verifica formato Plan Anual de Mantenimiento Preventivo a Infraestructura 2016 N5mpi, con fecha del 11 de Marzo de 2016. Aunque no se indica la fecha en que será realizado el Mantenimiento o si es que ya fue realizado. Así mismo se revisa evidencia de correo electrónico, solicitando la realización de las gestiones de trabajo de mantenimiento con fecha del 24 de Mayo de 2016, así como también Memorándum con fecha del 14/06/2016 Reportando fallas y carencias en inmuebles. Por último se verifica Memorándum con fecha del 04/Julio/2016 con asunto de Solicitud de fumigación del archivo, así como evidencia de la cotización realizada para servicios de fumigación con fecha del 14 de julio de 2016 del proveedor Jamer de México, evidencia del correo electrónico del día 07/06/2016 de la difusión al personal de las fechas y horarios de la fumigación, por último se muestra evidencia de la fumigación realizada por el proveedor Jamer en la fecha del 12/07/16 en las oficinas de San Juan del Río.</i></p>	Auditor JLMR	Fecha/Firma 05/09/16



# REPORTE DE NO CONFORMIDADES

<b>CLIENTE: REGIMEN DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD- ESTADO DE QUERETARO</b>	
<b>AUDITORIA:</b> 3a. SEGUIMIENTO	<b>NORMA SG:</b> NMX-CC-9001-IMNC-2008
<b>FECHAS:</b> 14-15/JUNIO/2016	<b>SITIO(s) AUDITADO(s):</b> Oficina Central: Corregidora, Centro Histórico Querétaro, Qro., Coordinación: Jalpan de Serra, Qro.
<b>N° REF. CIM:</b> 1378	<b>AUDITOR:</b> CARLOS FLORES

CLAUSULA ISO: 7.5.1	PROCESO: AFILIACIÓN Y REAFILIACIÓN	NCM:	Ncm: 5
<b>DESCRIPCIÓN:</b> Contrario a lo establecido en la norma de referencia en su apartado 7.1.5 no en todos los casos se mantienen las condiciones controladas para los procesos, es el caso de la supervisión practicada a las Coordinaciones las cuales no están claramente establecidos los parámetros de Planeación/programación, reporte y seguimiento a acciones de las deficiencias detectadas en la Coordinación de San Juan del Río en su última supervisión.		Auditor  CF	Firma
<b>INVESTIGACIÓN DE LAS CAUSAS:</b> En reunión celebrado con subdirector de afiliación se determinó que si se realizan las revisión sin embargo no están debidamente documentadas.  Cuando surge la necesidad de realizar una revisión, por orden del director a la subdirección de evaluación y estadística, se detecta que subdirección de afiliación y operación ya realizaba esta actividad de manera informal, no se documentó enseguida porque se planeó hacer todos los cambios después de la auditoría de seguimiento.			
<b>CORRECCIONES:</b> Se documentarán correctamente las actividades de revisión para garantizar el control del proceso de afiliación y reafiliación. Este cambio a la documentación obedece a los cambios organizacionales que se mencionaron en la CM 1.		Fecha <b>Por definir</b>	Responsable Representante de la dirección
<b>ACCIONES CORRECTIVAS:</b> Elaboración de Calendario de revisión y de un reporte de revisión interna, así como difusión de los nuevos documentos al personal involucrado.		Fecha <b>Por definir</b>	Responsable Subdirección de Afiliación y Reafiliación
<b>REGISTRAR EL RESULTADO DE LAS ACCIONES:</b>  <i>Pendiente por registrar.</i>			
<b>REVISIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES:</b>  <i>Pendiente por registrar.</i>			

## REPORTE DE NO CONFORMIDADES

<i>Campo para ser llenado por CIM</i>		
<p><b>1ª. REVISIÓN DEL AUDITOR: NO ACEPTADA</b></p> <p><i>Investigación de las causas:</i> no se describe la causa real del porque no se encuentran debidamente documentadas, las supervisiones practicadas a las Coordinaciones.</p> <p><i>Acciones correctivas:</i> no se menciona la difusión al personal involucrado de los ajustes o modificaciones realizadas al proceso.</p> <p><i>Las Correcciones, son Aceptadas.</i></p>	Auditor CAFG	Fecha/Firma 12/07/16
<p><b>2ª. REVISIÓN DEL AUDITOR: ACEPTADA</b></p>	Auditor CAFG	Fecha/Firma 19/07/16
<p><b>1ER. CIERRE DE LA NO CONFORMIDAD/OBSERVACIÓN: ABIERTA</b></p> <p><i>Se verifica Instructivo de trabajo Supervisión a las Coordinaciones, código N4SC y anexo 2 Organización, en el cual no se menciona el proceso a seguir o que ocurre cuando son reportados hallazgos durante la supervisión y tampoco se muestra evidencia de la difusión de los documentos hacia el personal correspondiente, así como tampoco se muestran casos en donde se hayan encontrado hallazgos durante la supervisión a las coordinaciones y se le haya dado seguimiento hasta su finalización.</i></p>	Auditor CAFG	Fecha/Firma 05/09/16

# REPORTE DE NO CONFORMIDADES

<b>CLIENTE: REGIMEN DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD- ESTADO DE QUERETARO</b>	
<b>AUDITORIA:</b> 3a. SEGUIMIENTO	<b>NORMA SG:</b> NMX-CC-9001-IMNC-2008
<b>FECHAS:</b> 14-15/JUNIO/2016	<b>SITIO(S) AUDITADO(S):</b> Oficina Central: Corregidora, Centro Histórico Querétaro, Qro., Coordinación: Jalpan de Serra, Qro.
<b>N° REF. CIM:</b> 1378	<b>AUDITOR:</b> JUAN LUIS MONGE R.

CLAUSULA ISO: 8.3	PROCESO: AFILIACION Y OPERACIÓN-JALPAN	NCM:	Ncm: 6
<b>DESCRIPCIÓN:</b> Contrario al requisito de la norma ISO 9001:2008, no se mostró evidencia de la retroalimentación o de la toma de acciones correctivas; como resultado de la revisión de los expedientes; así como del registro de las fallas detectadas en este proceso.		Auditor  JLM	Firma
<b>INVESTIGACIÓN DE LAS CAUSAS:</b> En reunión celebrada con subdirector de afiliación se determinó que la persona auditada tuvo confusión al momento de la entrevista.			
<b>CORRECCIONES:</b> Reforzar al personal sobre producto no conforme y acciones.		Fecha Julio 2016	Responsable Subdirección de Afiliación y Operación
<b>ACCIONES CORRECTIVAS:</b> Se efectuará una capacitación específica a la coordinación Jalpan para el personal de nuevo ingreso.  Se registra en el reporte de Acciones Correctivas y Preventivas (N5RACP) y en la Matriz de Cursos y Capacitaciones (N5MCC) una capacitación específica a la coordinación Jalpan para el personal de nuevo ingreso.		Fecha 5 y 6 de julio.	Responsable Subdirección de Afiliación y Operación
<b>REGISTRAR EL RESULTADO DE LAS ACCIONES:</b>  <i>Pendiente por registrar.</i>			
<b>REVISIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES:</b>  <i>Pendiente por registrar.</i>			
<b>Campo para ser llenado por CIM</b>			
<b>1ª. REVISIÓN DEL AUDITOR: NO ACEPTADA</b> <i>Acciones correctivas: no se menciona el documento en donde se establezcan las acciones, así como la difusión al personal involucrado.</i>  <i>La Investigación de las causas y las Correcciones, son Aceptadas.</i>		Auditor JLMR	Fecha/Firma 12/07/16

## REPORTE DE NO CONFORMIDADES

<b>2ª. REVISIÓN DEL AUDITOR: ACEPTADA</b>	Auditor JLMR	Fecha/Firma 19/07/16
<b>1ER. CIERRE DE LA NO CONFORMIDAD/OBSERVACIÓN: ABIERTA</b> <i>Se verifica registro N5MC en donde se identifica y programa capacitación al personal con respecto a la Capacitación, Manual de afiliación y operación, producto no conforme y MC de Jalpan con fecha del 22 de Julio de 2016. Así mismo se revisa Lista de asistencia de la Capacitación en Manual de afiliación y operación, producto no conforme y manual de calidad, con fecha del 22 de Julio de 2016, hacia el personal responsable (9). Aunque no se muestran casos aplicados o implementados con respecto a la retroalimentación o de la toma de acciones correctivas del resultado de la revisión de expedientes.</i>	Auditor JLMR	Fecha/Firma 05/09/16

## REPORTE DE NO CONFORMIDADES

<b>CLIENTE: REGIMEN DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD- ESTADO DE QUERETARO</b>	
<b>AUDITORIA:</b> 3a. SEGUIMIENTO	<b>NORMA SG:</b> NMX-CC-9001-IMNC-2008
<b>FECHAS:</b> 14-15/JUNIO/2016	<b>SITIO(s) AUDITADO(s):</b> Oficina Central: Corregidora, Centro Histórico Querétaro, Qro., Coordinación: Jalpan de Serra, Qro.
<b>N° REF. CIM:</b> 1378	<b>AUDITOR:</b> JUAN LUIS MONGE R.

<b>CLAUSULA ISO:</b> 8.5.3/8.5.1	<b>PROCESO:</b> VARIOS	<b>NCM:</b>	<b>Ncm:</b> 7
<b>DESCRIPCIÓN:</b> Contrario al requisito de la norma ISO 9001:2008, no se mostró evidencia/registros de la aplicación de acciones preventivas y de acciones de mejora continua; adicionalmente, las acciones correctivas emitidas a la fecha, solamente son de la última auditoría interna.		Auditor  JLM	Firma
<b>INVESTIGACIÓN DE LAS CAUSAS:</b> Se detectó en reunión de trabajo integrada por el director, el representante de la dirección y el subdirector de evaluación y estadística que la causa principal por la cual se desatendieron las acciones de mejora, correctivas y preventivas por el cambio de personal que ha sufrido la plantilla del REPSS. Desde el mes de noviembre de 2015 a la fecha se ha cambiado un 65% de la plantilla, esta situación entorpece los procesos. Cabe señalar que estos movimientos no están en las manos de la dirección del REPSS por esta razón no se pueden aplicar medidas.			
<b>CORRECCIONES:</b> Se reforzara el uso de las acciones correctivas, preventivas o de mejora, se buscará impulsar la mejora para se vuelva parte la cultura organizacional del REPSS.		Fecha	Responsable
<b>ACCIONES CORRECTIVAS:</b> Se va a solicitar, semanalmente, en las juntas directivas sobre las acciones de mejora; el representante de dirección va a mandar por vía mail un recordatorio a los subdirectores para que envíen sus acciones correctivas, preventivas o de mejora y para trabajar con ellos en su elaboración, si es necesario.		Fecha	Responsable
<b>REGISTRAR EL RESULTADO DE LAS ACCIONES:</b>			
<b>REVISIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES:</b>			
<i>Campo para ser llenado por CIM</i>			
<b>1ª. REVISIÓN DEL AUDITOR:</b> ACEPTADA		Auditor JLMR	Fecha/Firma 12/07/16
<b>CIERRE DE LA NO CONFORMIDAD/OBSERVACIÓN:</b> -----		Auditor	Fecha/Firma
<i>*Esta No Conformidad, será revisada en sitio por el Auditor asignado.</i>			