

## Reporte de Auditoría No: QE-40836-3/36-R

Organización: **Universidad Autónoma de Yucatán**

Contacto: Paulina Martinez

Teléfono: 52 999 9231495

Norma(s): ISO 9001:2008

Duración: 9.0 día(s) auditor

Fecha de reporte: 20/Mayo/2016

Fechas de auditoría: 16/Mayo/2016 – 20/Mayo/2016

Código(s) IAF/NACE: 39/92.5

Número total de empleados verificados en sitio: **102**

Miembro (s) del Equipo Auditor Guillermo Pisanty Marin - Auditor Líder, Magdiel Martinez Quiroga - Auditor

Alcance de Certificación:

*Provision of library services*

Provisión de servicios bibliotecarios

Recomendación del Equipo Auditor:							
Fase II/ Extensión de Alcance / Transferencia: <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Abierto							
Vigilancias: <input type="checkbox"/> Continúa <input type="checkbox"/> Continúa sujeto a Acciones Correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación							
Renovación: <input type="checkbox"/> Re-Aprobado <input checked="" type="checkbox"/> Re-Aprobado sujeto a Acciones Correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación							
<b>Resultados de Auditoría:</b>	Número Total de No conformidades:	7	No. de N/C's Mayores:	0	No. de N/C's Menores:	7	
Únicamente para Auditorías de Vigilancia y Re-Certificación						Si	No
¿Existen no conformidades repetitivas/repetidas de auditoría(s) previas?							X
¿Existen cambios o recomendaciones de cambios que afecten el Alcance de Certificación? (en caso afirmativo, completar la sección de cambios de la página 2)							X
Auditoría de Seguimiento (Follow-Up)		Duración Recomendada:		Fechas Tentativas:			
<input type="checkbox"/> Se recomienda Auditoría de Seguimiento en Sitio		N/A		N/A			
<input type="checkbox"/> Se recomienda Auditoría de Seguimiento fuera de Sitio		Proveer la justificación para realizar la auditoría de seguimiento fuera de Sitio					
<input checked="" type="checkbox"/> No se requiere auditoría de seguimiento		N/A					
<i>Cuando una no conformidad mayor es identificada se requiere una Auditoría de Seguimiento (en sitio o fuera de sitio). Durante la auditoría de Seguimiento el Equipo Auditor requiere verificar la implementación y efectividad de las acciones correctivas realizadas.</i>							
						Si	No
¿El equipo auditor recomienda algún cambio en la duración de auditoría para la siguiente auditoría a fin de verificar acciones correctivas resultantes de las no conformidades identificadas?							X
Si se recomienda el cambio, mencione la duración recomendada						N/A	
		Fecha de Inicio		Fecha de término			
<b>Fechas para la siguiente auditoría</b>		15/Mayo/17		17/Mayo/17			
Acuse de recibo del reporte de auditoría					Reporte Final	Borrador	
Un reporte de auditoría por escrito (borrador o final) con una descripción de todas las no conformidades, oportunidades de mejora y recomendación del equipo auditor fue entregado a la organización en la reunión de cierre. ¿Este reporte fue reconocido por la Organización?					<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si el Reporte Final no fue entregado al cliente al final de la auditoría, por favor indique la fecha en que le fue enviado al cliente:					20/Mayo/16		

Díganos su opinión – Por favor complete una breve evaluación en <http://www.abs-qe.com/survey/>

Cambios que afectan el alcance de Certificación			
<b>Instrucciones:</b>			
1. La Oficina de ABS QE debe ser contactada para aprobación antes o durante la auditoría.			
2. Para Extensiones de Alcance favor de referirse al Procedimiento QE-OPS-305.			
3. Marcar la casilla de "Si" en la tabla de la página 1 de este reporte para indicar cambios identificados.			
<input type="checkbox"/>	Cambio en la frase del alcance	<input type="checkbox"/>	Cambios en la línea de productos
<input type="checkbox"/>	Cambio / adición / eliminación de sitio(s)	<input type="checkbox"/>	Incremento/decremento en el número de empleados
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Otros:
<b>No es necesario contactar a la oficina en los siguientes casos:</b>			
<input type="checkbox"/>	Incremento o decremento en el intervalo de vigilancias	<input type="checkbox"/>	Modificación de actividades <i>Si la modificación de actividades afecta a otros certificados, hay que listar todos los certificados afectados en la sección de Detalles de Cambio por Número de Certificado.</i>
<input type="checkbox"/>	Incremento o decremento en la duración de la auditoría basado en el desempeño histórico del cliente	<input type="checkbox"/>	Cambio de Código de Proveedor OEM <i>(únicamente TS 16949)</i>
<input type="checkbox"/>	Modificación / Adición de código NACE	<input type="checkbox"/>	
<b>Detalles del cambio:</b> N/A			

Conclusiones del equipo auditor sobre la efectividad del sistema de gestión:	
<input type="checkbox"/>	Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos.
<input checked="" type="checkbox"/>	Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos, excepto como se indica en las no conformidades.
<input type="checkbox"/>	Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión no fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos. La recomendación del equipo auditor es para "Revisión de Certificación"

Para auditorías de vigilancia y renovación (borrar para auditorías iniciales)	Si	No
El uso del (los) logo(s) del (los) cuerpo(s) acreditador(es) y la marca de ABS estaba en cumplimiento con las Reglas de Uso de la Marca establecidas por ABS, QE, Inc. (Si la respuesta es "No", ver comentarios en las sección de "Comentarios generales".)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hubo cambios significativos en la dirección ejecutiva de la organización? (Si la respuesta es "Si", ver comentarios en las sección de "Comentarios generales".)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Hubo cambios significativos en el sistema de gestión certificado? (Si la respuesta es "Si", ver comentarios en las sección de "Comentarios generales".)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Comentarios Generales:**

El Plan de auditoria fue ajustado por los sitios donde se debía verificar cada proceso. Fue cubierto el plan de auditoría ya ajustado.

**Sitios Auditados:**

Biblioteca de la Unidad Tizimín-Calle 48A S/N, Tizimín, Yucatán, México-97700-3-2-Library services  
 Biblioteca Central-Calle 60 No. 491-A x 57, Col. Centro, Mérida, Yucatán, México-97000-6-2-Library services  
 Biblioteca del Campus de Ciencias Exactas e Ingenierías, Av. Industrias no Contaminantes x Anillo Periférico Norte, tablaje 13615, Mérida, Yucatán, México-97110-9-2-Library services  
 Biblioteca José Peón Contreras, Calle 116 S/N x 59-C-Colonia Bojórquez, Mérida, Yucatán, México-97230-2-2-Library services  
 Dir. Gral de Desarrollo Académico- Coordinación de Bibliotecas, Av. Itzáes número 498 bis x 59 y 59 A, Mérida, Yucatán, México-97000-26-1-Headquarters for library services  
 Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional-Calle 60x57 No. 491-A , Col. Centro, Mérida, Yucatán, México-97000-8-1-Headquarters.

<b>Exclusiones (Únicamente SGC)</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
¿La organización ha excluido algún requerimiento normativo de su sistema de gestión? (verificar que las exclusiones y justificaciones estén descritas en el Manual de Políticas)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Requerimiento Excluido</b>	<b>Justificación para la exclusión</b>		
7.3 Diseño y Desarrollo	Los procesos que lleva a cabo el Sistema bibliotecario de la Universidad Autónoma de Yucatán están claramente definidos y no requieren un proceso de diseño		
7.5.2 Validación de los procesos	Los productos generados de los servicios bibliotecarios pueden ser verificados mediante el seguimiento y medición posteriores a cada etapa del servicio prestado		
7.6 Control de equipos de seguimiento y medición	No se requiere utilizar equipos de seguimiento y medición que deban ser controlados y calibrados		
<b>Procesos Sub Contratados</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
¿La Organización tiene procesos sub contratados? <b>En caso afirmativo, listar los procesos sub contratados:</b> 1. Ninguno		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿la organización tiene implantados controles adecuados sobre los procesos sub contratados?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> No Auditado	
<b>Interacción entre los procesos (Únicamente SGC)</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
¿La organización ha incluido en el manual una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>5. Información de turnos</b>					
Nombre del sitio	Coordinación de Bibliotecas		Nombre del sitio	Biblioteca del Campus de Ciencias Sociales, Económico Administrativas y Humanidades	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Continuo	7:00	16:30	Continuo	8:00	19:00
Nombre del sitio	Biblioteca de la Unidad Académica con Interacción Comunitaria		Nombre del sitio	Biblioteca del Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Continuo	7:00	17:00	Continuo Sábados	7:30 8:00	20:00 16:00
Nombre del sitio	Biblioteca del Campus de Ciencias de la Salud		Nombre del sitio	Biblioteca del CIR-Sociales	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Continuo	7:00 7:30	20:00 lunes a viernes 15:00 sábados	Continuo	8:00	15:00
Nombre del sitio	Biblioteca del Campus de Ciencias Exactas e Ingenierías		Nombre del sitio	Biblioteca José Peón Contreras	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Continuo	7:00	20:00	Continuo	7:30	20:00
Nombre del sitio	Biblioteca Renán Irigoyen Rosado		Nombre del sitio	Biblioteca Jorge Bolio Castellanos	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Continuo	7:30	20:00	Continuo	7:00 8:00	21:00 lunes a viernes 13:00 sábados
Nombre del sitio	Biblioteca Central		Nombre del sitio	Biblioteca de la Unidad Multidisciplinaria Tizimín	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término

Continuo	8:00	20:00	Continuo	7:30	20:00
<b>Nombre del sitio</b>	Biblioteca Carlos Castillo Montes de Oca		<b>Nombre del sitio</b>		
<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio</b>	<b>Hora de término</b>	<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio</b>	<b>Hora de término</b>
Continuo	7:00 7:00 7:00	21:45 lunes a jueves 20: 45 viernes 13:45 Sábados			
Anexo	9:00 17:00 8:00	15:00 19:45 12:00 sábados			

<b>Auditoría a todos los turnos (Requerido para todos los estándares)</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Todos los turnos fueron auditados?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si todos los turnos no fueron auditados, justificar la razón por la cual no fueron auditados todos: N/A		

<b>Requerimientos legales y otros</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿La organización ha identificado los requerimientos legales y otros que le son aplicables?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Revisión por la Dirección:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Las revisiones por la dirección cumplen todos los requerimientos de la Norma y el proceso de revisión por la dirección está efectivamente implantado y mantenido?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Auditorías Internas</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Las auditorías internas fueron implantadas efectivamente y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Acción correctiva y preventiva</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Las acciones correctivas y preventivas fueron efectivamente implantadas y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**Verificación de acción(es) correctivas de la(s) no conformidad(es) de la auditoría anterior:**

<u>Audit. No.</u>	<u>Cláusula No.</u>	<u>Item No.</u>	<u>Evidencia de implantación efectiva</u> (Indicar N/A si no hubo N/C)
24-S	8.2.2	1	<p><b>Requerimiento:</b> El "P-DGPLANEI-CC-07 Procedimiento para llevar a cabo la Revisión de la Dirección" (Revisión: 05, 19 de marzo de 2015), en la política 3.1 establece: "Las dependencias que forman parte del alcance del SGC, deberán realizar al menos una vez al año una reunión de Revisión de la dirección. Nota: Para fines de la Revisión de la dirección, la Administración Central y la Coordinación de Bibliotecas, serán consideradas como dependencias." No se encontró que se auditara la dependencia "Coordinación de Bibliotecas".</p> <p><b>No conformidad:</b> No se evidenció que se haya auditado un proceso del sistema de gestión de calidad bibliotecario</p> <p><b>Evidencia:</b> Revisión por la Dirección realizada por la dependencia "Coordinación de Bibliotecas"</p> <p><b>Acción correctiva:</b> AC15-23 <i>En Proceso y en Tiempo</i>. <u>Fecha estimada de cierre:</u> junio 2016.</p> <p>Fue presentado:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Corrección: Reporte de auditoría AI15-ADMC-05, se auditó "Revisión por la Dirección" en diciembre 2015. Cero no conformidades.</li> <li>2. Se capacitó al personal Auditor Interno activo en abril 2016.</li> <li>3. Programa anual de Auditorías Internas 2016. Se programó para junio 2016 auditar el sistema bibliotecario incluyendo la Revisión por la Dirección en la Coordinación de Bibliotecas.</li> </ol>

24-S	4.2.1	1.	<p><b>Requerimiento:</b> ISO-9001:2008 requiere en 4.2.1 Generalidades que La documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir: d) los documentos, incluidos los registros que la organización determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.</p> <p><b>No conformidad:</b> No se evidenció cumplimiento en un proceso.</p> <p><b>Evidencia:</b> Para el caso de la propiedad del cliente (Credenciales de Identificación para uso de los “Cubículos”) no se identificó que se tuviera algún procedimiento y/o registro para el manejo y notificación de la propiedad del cliente en caso de que la propiedad del cliente se pierda, deteriore o de algún otro modo se considere inadecuada para su uso según lo establece el requisito ISO-9001:2008, 7.5.4 Propiedad del Cliente. (Biblioteca del Campus de Ciencias Sociales, Económico Administrativas y Humanidades). Sin evidencia.</p> <p>Nota: a la fecha se comenta por los responsables de las bibliotecas que no se ha extraviado, dañado o que haya sido inapropiada para el uso la propiedad del cliente proporcionada para el préstamo de cubículos.</p> <p><b>Acción correctiva:</b> AC15-23 <i>En Proceso y en Tiempo</i>. <u>Fecha estimada de cierre:</u> septiembre 2016.</p> <p>Fue presentado:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reporte de todas las bibliotecas y el tipo de propiedad del cliente que se controla.</li> <li>2. Borrador de lineamientos relacionados con la propiedad del cliente.</li> </ol>
24-S	8.5.2	1	<p><b>Requerimiento:</b> ISO-9001:2008 requiere en 8.5.2 Acciones Correctiva en b) determinar las causas de las no conformidades, c) evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir, d) determinar e implementar las acciones necesarias.</p> <p><b>No conformidad:</b> No se evidenció cumplimiento en algunos casos.</p> <p><b>Evidencia:</b> AC15-09 y AC15-11 Se determinaron correcciones y no acciones correctivas AC15-14 - Causa no correspondiente al problema detectado.</p> <p><b>Acción correctiva:</b> AC15-18 <i>En Proceso y en Tiempo</i>. <u>Fecha estimada de cierre</u> diciembre 2016.</p> <p>Fue presentado:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procedimiento para llevar a cabo acciones correctivas y acciones preventivas (P-DGPLANEI-CC-08), rev. 03, 12 mayo 2016.</li> <li>2. Lineamiento para la documentación de acciones (L-DGPLANEI-CC-05), rev. 00, 12 mayo 2016.</li> </ol>

24-S	7.5.1	1	<p><b>Requerimiento:</b>                      ISO-9001:2008 requiere en 7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio que la organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) la disponibilidad de información que describa las características del producto,</li> <li>b) la disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario,</li> <li>c) el uso del equipo apropiado.</li> </ul> <p>Además, en ISO-9001:2008 requiere en 6.1 Provisión de recursos que la organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para: a) implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, y b) aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.</p> <p><b>No conformidad:</b> No se demuestra conformidad en el acceso a bases de datos.</p> <p><b>Evidencia:</b> Computadora 14 mostró lentitud en la recuperación de información de base de datos Ebrary. (Biblioteca del Campus de Ciencias Sociales, Económico Administrativas y Humanidades)</p> <p><b>Acción correctiva:</b> AC15-22 <i>En Proceso y en Tiempo</i>. <u>Fecha estimada de cierre</u> diciembre 2016.</p> <p>Fue presentado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Reporte de conectividad de base de datos / biblioteca.</li> <li>2. Tiempo de respuesta de base de datos/biblioteca.</li> <li>3. Plan de Mantenimiento Preventivo de Cómputo del Sistema Bibliotecario de la UADY.</li> <li>4. Planificación de la Red UADY 2.0 (presentado por MCIDP Carlos Estrada Pinto) – Avance: 80%</li> <li>5. Características de la Red UADY 2.0:</li> </ul>																												
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>SITIOS</th> <th>Conectividad</th> <th>Transmisión</th> <th>Recepción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>UABIC [Unidad Académica Bachillerato con Interacción Comunitaria] (PREPA 3)</td> <td>Fibra Óptica (Full duplex)</td> <td>10GB</td> <td>10GB</td> </tr> <tr> <td>Escuela Preparatoria 2</td> <td>Fibra Óptica (Full duplex)</td> <td>10GB</td> <td>10GB</td> </tr> <tr> <td>Escuela Preparatoria 1</td> <td>Fibra Óptica (Full duplex)</td> <td>10GB</td> <td>10GB</td> </tr> <tr> <td>Facultad de Arquitectura, Campus de Arquitectura, Hábitat, Arte y Diseño (CAHAD)</td> <td>Fibra Óptica (Full duplex)</td> <td>10GB</td> <td>10GB</td> </tr> <tr> <td>Facultad de Contaduría y Administración</td> <td>Fibra Óptica (Full duplex)</td> <td>10GB</td> <td>10GB</td> </tr> <tr> <td>Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias (CCBA)</td> <td>Fibra Óptica (Full duplex)</td> <td>10GB</td> <td>10GB</td> </tr> </tbody> </table>	SITIOS	Conectividad	Transmisión	Recepción	UABIC [Unidad Académica Bachillerato con Interacción Comunitaria] (PREPA 3)	Fibra Óptica (Full duplex)	10GB	10GB	Escuela Preparatoria 2	Fibra Óptica (Full duplex)	10GB	10GB	Escuela Preparatoria 1	Fibra Óptica (Full duplex)	10GB	10GB	Facultad de Arquitectura, Campus de Arquitectura, Hábitat, Arte y Diseño (CAHAD)	Fibra Óptica (Full duplex)	10GB	10GB	Facultad de Contaduría y Administración	Fibra Óptica (Full duplex)	10GB	10GB	Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias (CCBA)	Fibra Óptica (Full duplex)	10GB	10GB
			SITIOS	Conectividad	Transmisión	Recepción																									
			UABIC [Unidad Académica Bachillerato con Interacción Comunitaria] (PREPA 3)	Fibra Óptica (Full duplex)	10GB	10GB																									
			Escuela Preparatoria 2	Fibra Óptica (Full duplex)	10GB	10GB																									
			Escuela Preparatoria 1	Fibra Óptica (Full duplex)	10GB	10GB																									
			Facultad de Arquitectura, Campus de Arquitectura, Hábitat, Arte y Diseño (CAHAD)	Fibra Óptica (Full duplex)	10GB	10GB																									
			Facultad de Contaduría y Administración	Fibra Óptica (Full duplex)	10GB	10GB																									
Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias (CCBA)	Fibra Óptica (Full duplex)	10GB	10GB																												

			<table border="1"> <tr> <td><b>Unidad Multidisciplinaria Tizimín</b></td> <td><b>Enlace Inalambrico (Half Duplex)</b></td> <td colspan="2"><b>hasta 120MB</b></td> </tr> <tr> <td><b>CIL/IC [Centro Institucional de Lenguas e Instituto Confucio]</b></td> <td><b>Fibra Óptica (Full duplex)</b></td> <td><b>10GB</b></td> <td><b>10GB</b></td> </tr> <tr> <td><b>SEGEY - NOC UADY (punto central de la red)</b></td> <td><b>Fibra Óptica (Full duplex)</b></td> <td><b>10GB</b></td> <td><b>10GB</b></td> </tr> <tr> <td><b>Faculta de Química</b></td> <td><b>Fibra Óptica (Full duplex)</b></td> <td><b>10GB</b></td> <td><b>10GB</b></td> </tr> <tr> <td><b>Campus Salud</b></td> <td><b>Fibra Óptica (Full duplex)</b></td> <td><b>10GB</b></td> <td><b>10GB</b></td> </tr> <tr> <td><b>Campus Ciencias Sociales</b></td> <td><b>Fibra Óptica (Full duplex)</b></td> <td><b>10GB</b></td> <td><b>10GB</b></td> </tr> <tr> <td><b>Campus Ciencias Exactas</b></td> <td><b>Fibra Óptica (Full duplex)</b></td> <td><b>10GB</b></td> <td><b>10GB</b></td> </tr> </table>	<b>Unidad Multidisciplinaria Tizimín</b>	<b>Enlace Inalambrico (Half Duplex)</b>	<b>hasta 120MB</b>		<b>CIL/IC [Centro Institucional de Lenguas e Instituto Confucio]</b>	<b>Fibra Óptica (Full duplex)</b>	<b>10GB</b>	<b>10GB</b>	<b>SEGEY - NOC UADY (punto central de la red)</b>	<b>Fibra Óptica (Full duplex)</b>	<b>10GB</b>	<b>10GB</b>	<b>Faculta de Química</b>	<b>Fibra Óptica (Full duplex)</b>	<b>10GB</b>	<b>10GB</b>	<b>Campus Salud</b>	<b>Fibra Óptica (Full duplex)</b>	<b>10GB</b>	<b>10GB</b>	<b>Campus Ciencias Sociales</b>	<b>Fibra Óptica (Full duplex)</b>	<b>10GB</b>	<b>10GB</b>	<b>Campus Ciencias Exactas</b>	<b>Fibra Óptica (Full duplex)</b>	<b>10GB</b>	<b>10GB</b>
<b>Unidad Multidisciplinaria Tizimín</b>	<b>Enlace Inalambrico (Half Duplex)</b>	<b>hasta 120MB</b>																													
<b>CIL/IC [Centro Institucional de Lenguas e Instituto Confucio]</b>	<b>Fibra Óptica (Full duplex)</b>	<b>10GB</b>	<b>10GB</b>																												
<b>SEGEY - NOC UADY (punto central de la red)</b>	<b>Fibra Óptica (Full duplex)</b>	<b>10GB</b>	<b>10GB</b>																												
<b>Faculta de Química</b>	<b>Fibra Óptica (Full duplex)</b>	<b>10GB</b>	<b>10GB</b>																												
<b>Campus Salud</b>	<b>Fibra Óptica (Full duplex)</b>	<b>10GB</b>	<b>10GB</b>																												
<b>Campus Ciencias Sociales</b>	<b>Fibra Óptica (Full duplex)</b>	<b>10GB</b>	<b>10GB</b>																												
<b>Campus Ciencias Exactas</b>	<b>Fibra Óptica (Full duplex)</b>	<b>10GB</b>	<b>10GB</b>																												
			<p><b>Actividades pendientes por realizar:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Interconexión de la Fibra Óptica instalada por parte de la UADY de los sitios a conectar a la Fibra Óptica actualmente funcionando en la red del Gobierno del estado, esto implica la identificación de hilos a utilizar, interconexión, fusiones y pruebas</li> <li>2.- Interconexión en los paneles de gobierno del estado las fibras que le dará servicio a la Universidad Autónoma de Yucatán</li> <li>3.- Remate o conexión de la fibra óptica que conecta el NOC de la UADY al SITE de la SEGEY para llevar todos los servicios de la universidad hacia el SITE principal de SEGEY</li> <li>4.- Pruebas de conexión y continuidad de la fibra óptica</li> <li>5.- Instalación de antena inalámbrica en la Radiobase de Tizimín</li> <li>6.- Configuración de equipos de conectividad en la radiabas de Tizimín para proveer servicio de conectividad al campus de la Universidad Autónoma de Yucatán ubicado en Tizimín</li> <li>7.- Pruebas finales de conectividad e integración de redes.</li> </ol>																												
24-S	7.5.1	2	<p><b>Requerimiento:</b> El servicio de "Alertas Bibliográficas" requiere que se genere un boletín general de materiales de nuevo ingreso y el boletín específico de cada biblioteca. El boletín general se genera de forma automática desde la página web del sistema bibliotecario. Para la elaboración del boletín específico de cada biblioteca. El personal de la biblioteca:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Delimita las áreas de interés de su comunidad de usuarios.</li> <li>• Recopila la información sobre dichas áreas de interés y regularmente la pone a disposición a su comunidad, por vía impresa o electrónica.</li> </ul> <p><b>No conformidad:</b> No se demuestra objetivamente que se cumpla con este requisito para la biblioteca CIR SEAH.</p> <p><b>Evidencia:</b> No se encontró evidencia de alertas mensuales, sólo algunos comunicados vía correo electrónico a algunos grupos de usuarios específicos, por lo que no se identifica que las alertas sean para la Biblioteca (usuarios en general) ni la frecuencia mensual o que se haya determinado la regularidad debida. Se considera menor debido a que se entrega información a un grupo de usuarios, aunque sin demostrar regularidad.</p>																												

			<p><b>Acción correctiva:</b> AC15-21 <i>En Proceso y en Tiempo</i>. <u>Fecha estimada de cierre octubre 2016</u>.</p> <p>Fue presentado:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Análisis de la prestación del servicio de Alerta Bibliográfica para las 12 bibliotecas.</li> <li>2. Propuesta de Procedimiento para realizar "Alertas Bibliográficas".</li> </ol>
--	--	--	--

**Acción(es) correctiva(s) aún en proceso para la(s) No Conformidad(es) No:** 5 NC de la auditoría 24-S:

- 24-S-8.2.2-1
- 24-S-4.2.1-1
- 24-S-8.5.2-1
- 24-S-7.5.1-1
- 24-S-7.5.1-2

**Acción(es) correctiva(s) NO efectiva(s) para la(s) No Conformidad(es) No:** N/A

**Procesos / Funciones Auditados:**

<p><b>Procesos (para SGC):</b> Revisión documental, revisión uso de marca, Cambios organizacionales, Objetivos / Metas / Mejora Continua. Exclusiones y Subcontratos y Requerimientos Legales.</p>
<p><b>Métricos de desempeño:</b> N/A</p>
<p><b>Entradas:</b> N/A</p>
<p><b>Salidas:</b> N/A</p>
<p><b>Documentos/Registros:</b> MGC-DGPLANEI-CC-01 Manual de gestión de la calidad</p>
<p><b>Notas de Auditoría:</b> Presentan Manual de gestión de la calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagrama de interacción de proceso. En 5.2 del Manual de calidad. Ok.</li> <li>• Procedimientos referenciados en el Manual de calidad. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Revisión directiva. Se hace referencia que existirá un procedimiento gobernador del sistema bibliotecario</li> <li>○ Auditorías Internas. Se hace referencia que existirá un procedimiento gobernador del sistema bibliotecario.</li> <li>○ Acciones correctivas y preventivas. Se hace referencia que existirá un procedimiento gobernador del sistema bibliotecario</li> <li>○ Provisión del servicio. Hace referencia a que existe el procedimiento P-DGDA-CB-01.</li> </ul> </li> <li>• Exclusiones. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 7.3 Diseño y Desarrollo Los procesos que lleva a cabo el Sistema bibliotecario de la Universidad Autónoma de Yucatán están claramente definidos y no requieren un proceso de diseño.</li> <li>○ 7.5.2 Validación de los procesos Los productos generados de los servicios bibliotecarios pueden ser verificados mediante el seguimiento y medición posteriores a cada etapa del servicio prestado.</li> <li>○ 7.6 Control de equipos de seguimiento y medición No se requiere utilizar equipos de seguimiento y medición que deban ser controlados y calibrados.</li> </ul> </li> <li>• Subcontrato. Mantenimiento de climas.</li> <li>• Cambios Organizacionales. Ninguno.</li> <li>• Uso de marca. Sello ABS en Intranet, autorizado por Aimée.</li> <li>• Requerimientos legales. Presentan cumplimiento, no se requirió evidencia de ello.</li> <li>• Objetivos/Metas: Presentan en el manual de calidad las 4 líneas estratégicas de la calidad y cada dependencia debe presentar sus objetivos de calidad en base a estas líneas presentadas. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Implementar y consolidar el SGC.</li> <li>○ Satisfacción de los usuarios.</li> <li>○ Seguimiento a los procesos internos.</li> <li>○ Consolidar presencia y pertenencia de la UADY en la sociedad.</li> <li>○ Objetivos y Metas aplicables a la certificación de bibliotecas, solo aplica el de satisfacción de</li> </ul> </li> </ul>

clientes:			
	2013	2014	2015
Satisfacción del cliente	85.7%	99.09%	76% * Cambio el sistema de medición, desde el diseño de la encuesta.

<b>Procesos (para SGC):</b> Verificación de procesos por sitio.
<b>Métricos de desempeño:</b> N/A
<b>Entradas:</b> N/A
<b>Salidas:</b> N/A
<b>Documentos/Registros:</b> N/A
<b>Notas de Auditoría:</b> Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Servicios que prestan: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Revisión directiva institucional</li> <li>➤ Auditorías Internas</li> <li>➤ Administración del SGC</li> <li>➤ Generación de procedimientos gobernadores.</li> <li>➤ Asesoría de SAC/SAP's</li> <li>➤ Confirmación de cumplimientos de las diferentes dependencias de los requerimos del SGC</li> <li>➤ Control de documentos.</li> </ul> </li> </ul> Coordinación de Bibliotecas: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Servicios/Procesos que prestan: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Revisión directiva de cada dependencia</li> <li>➤ Adquisiciones.</li> <li>➤ Análisis de datos y Proyectos de mejora (Información previenen en varias ocasiones de las propias bibliotecas)</li> <li>➤ RH</li> <li>➤ Comité de calidad define/autoriza las SAC/SAP de todo el sistema bibliotecario.</li> <li>➤ Propiedad del cliente (Credenciales de los alumnos).</li> <li>➤ Análisis de resultados de satisfacción del cliente</li> <li>➤ Monitoreo y supervisión de la prestación de servicios bibliotecarios</li> <li>➤ Catalogación, clasificación del material documental para el servicio bibliotecario.</li> <li>➤ Satisfacción del cliente (En base a la información de las dependencias, el comité de calidad defines las acciones a tomar)</li> <li>➤ Mantenimientos preventivos (PC's)</li> </ul> </li> </ul> Bibliotecas certificadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 5 bibliotecas de campus (Ingenierías, salud, sociales, arquitectura y biológicas)</li> <li>○ 2 multidisciplinarias (Tizimin, central)</li> <li>○ 3 Preparatorias (Preparatoria 1, Preparatoria 2 y Unidad académica)</li> <li>○ 2 Departamentales (Contaduría y Unidad de investigaciones regionales sociales=</li> <li>✓ Servicios/Procesos que prestan: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Servicio bibliotecario.</li> <li>➤ Procesos relacionados con el cliente (Nota 1)</li> <li>➤ Satisfacción del cliente (Nota 1)</li> <li>➤ Mantenimientos preventivos (Edificios)</li> </ul> </li> </ul> Nota 1.- Solo la parte que le corresponde. <p>Se realizan los siguientes ajustes en base a esta definición de responsabilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se agrega la verificación de la infraestructura a la coordinación de bibliotecas.</li> </ol>

<b>Procesos (para SGC):</b> Control de documentos
<b>Métricos de desempeño:</b> N/A
<b>Entradas:</b> N/A
<b>Salidas:</b> N/A
<b>Documentos/Registros:</b> P-DGPLANEI-CC/GA-01 Procedimiento para llevar a cabo el control de documentos. F-DGPLANEI-CC/GA-02 Lista maestra de documentos
<b>Notas de Auditoría:</b>

Cada área responsable es quien define la revisión o nuevo procedimiento. Envían a la coordinación del sistema de gestión de calidad, es revisado que cumpla con los lineamientos básicos de generación de los procedimientos y es subido a la plataforma de información de la UADY en el SW SHARE POINT (Para control y difusión de los documentos) y en el sitio Web de la UADY (Básicamente para la difusión de los documentos). La revisión implica recomendaciones, no son mandatorios ya que la revisión es de forma. Los procedimientos “Gobernadores” son realizados por la propia coordinación, los cuales son los procedimientos requeridos por la norma. El procedimiento de control de documentos define la metodología de codificación de los procedimientos la cual es el mecanismo de control de estos. Los documentos que se encuentran bajo su jurisdicción son:

- Procedimientos
- Manuales
- Lineamientos
- Catálogos
- Instructivos (Para el caso de bibliotecas, no cuentan con este tipo de documentos)
- Formatos

Cuentan con lista maestra de documentos, la cual tiene como función enlistar los documentos activos del sistema de gestión de calidad en las diferentes dependencias. Con este controlan consecutivos, revisión, emisión, títulos, áreas donde pertenecen. En el caso de procedimientos los cuales sean utilizables en más de 1 área del SGC, este deberá darse de alta en cada área donde sea útil. Se está empezando a trabajar en un proyecto para estandarizar los procedimientos de las diferentes dependencias.

Evidencia:

- Lista maestra de documentos. En pantalla como resultado de filtros en el SW Share Point. Presentan 14 documentos, 2 de bibliotecas y 12 del SGC por la coordinación. Lista maestra de formatos, viene aparte, cuenta con 10 formatos propios de Bibliotecas y 17 de la coordinación para la administración del SGC.
- Share Point. Ok, No editable.
- Sitio WEB UADY. Ok, No editable.

Se considera en cumplimiento a los requerimientos de la norma.

**Procesos (para SGC): Auditorías Internas**

**Métricos de desempeño:** Evaluación de auditores Internos (Meta=60% en la evaluación interna, Real=100% de los auditores arriba del 60% en la calificación)

**Entradas:** Alcance, objetivos, frecuencia, resultados de auditorías anteriores, No. actividades y su importancia.

**Salidas:** Reporte de la auditoria, listados de hallazgos de auditorías.

**Documentos/Registros:**

- P-DGPLANEI-CC-03 Procedimiento para llevar a cabo auditorías internas.
- F-DGPLANEI-CC-38 Evaluación de auditores internos
- F-DGPLANEI-CC-24 Lista de asistencia
- F-DGPLANEI-CC-12 Lista de hallazgos de auditoria interna.
- F-DGPLANEI-CC-10 Plan de auditoría interna.
- F-DGPLANEI-CC-09 Programa anual de auditorías internas.
- F-DGPLANEI-CC-13 Reporte de auditoria Interna.
- F-DGPLANEI-CC-37 Verificación de acciones.
- L-DGPLANEI-CC-03 Lineamiento para la selección y evaluación de auditores internos.

**Notas de Auditoría:**

Se realiza a inicio de año el programa anual de auditorías internas, donde se especifica el alcance de la administración central, por áreas, por meses. El programa es autorizado por el representante de la dirección y con ello es publicado en el sitio WEB de la UADY.

Se selecciona a los auditores internos en base al “Lineamiento para la selección y evaluación de auditores internos”. Se genera el plan de auditoria interna antes del periodo de auditoria. En este definen el objetivo de la auditoria, alcance, fechas, auditores, responsables y áreas a auditarse y horarios. Es autorizado por el representante de la dirección. Se archiva. Se envía la información de la auditoría a los involucrados, invitando a la reunión de apertura. En la reunión se explica el proceso de la propia auditoria. Se realiza la minuta de reunión de apertura. Se realiza la auditoria. Al término de la reunión de apertura, se entrega a los auditores el formato F-DGPLANEI-CC-12 Lista de hallazgos y cada auditor toma como base la propia norma para la auditoria, sin una lista de verificación propiamente dicha. Se realiza la auditoria en base al

plan de la auditoría. Al terminar la realización de la auditoría, el auditor cierra comentando los hallazgos (Entienden por hallazgo lo encontrado en conformidad y no conformidades) y deja formato de evaluación de auditores internos al responsable del área. Cuentan con fecha programada para la elaboración del reporte de auditoría. Para ello se cita a junta a los auditores y se genera el reporte. El reporte concentra la información de los hallazgos, clasificándolos en No conformidades, Oportunidades de mejora y Fortalezas encontradas, así como la información de cumplimiento al plan de la auditoría. Se realiza reunión de cierre con los responsables y los auditores, se explica los resultados, se da lectura a las NC y se realiza minuta de cierre. Esta minuta documenta los acuerdos, los cuales incluyen tiempos de respuesta y esta es firmado por los asistentes. El reporte es subido al sitio WEB de la UADY es mandado por correo electrónico responsables de las áreas. El responsable de cada área es el responsable de dar de alta la NC en el sistema de acciones correctivas y preventivas. Al termino de los periodos programados para el cumplimiento de las acciones correctivas / preventivas, el auditor líder va verificando el cumplimiento de estas a través de la verificación de los auditores internos, el cual no necesariamente es el mismo que audito esa área.

Proceso de selección de auditores. L-DGPLANEI-CC-03 Lineamiento para la selección y evaluación de auditores internos, el cual incluye:

- Trabajador de la UADY
- Que no pertenezcan al área a auditar.
- Cuento con formación como auditor (Curso de auditor interno).
- Participado en al menos 2 auditorías previamente a manera de formación.

Consideraciones de la programación en base a los resultados de auditorías anteriores. Presentan criterio en procedimiento, basado en la cantidad de NC detectadas en la auditoria anterior.

Evidencia:

- Programa de auditorías anual. Ok en formato 09 rev.06, 28/Enero/16, revisado 19/Feb/16, autorizado por el representante de la dirección.
- Plan de auditoria. Ok, auditoria del 26/Feb/16 al 4/Marzo/16, 6 Bibliotecas y competencia del personal.
- Lista de auditores.

Nombre	Puesto	Áreas auditadas	Obser.	Requerimientos	
				Curso	Experiencia
Victor Dzul	Biblioteca Ingeniería	Biblioteca Arquitectura	Ok	Ok	Ok
Sergio Sanguino	Biblioteca Salud	Biblioteca Contaduría	Ok	Ok	Ok
Aldrin Ciau	Biblioteca Central	Biblioteca Contaduría	Ok	Ok	Ok
Graciela Pastrana	Coordinación Bibliotecas	Biblioteca Prepa 2	Ok	Ok	Ok

- Cumplimiento a los requerimientos de los auditores. Ok, ver tabla arriba.
- Listado de hallazgos. Ok en el reporte de auditoria y las listas de cada auditor.
- Reporte de auditoría. Lista de asistencia del 2/Marzo/16 a las 8:30 a.m., con 8 auditores. Reporte de auditoría AL16-ADMC-01, firmado por el representante de la rectoría.
- Minutas de juntas de apertura y cierre. Ok 26/Feb/16, 14 asistentes. En la apertura.
- NC levantadas. Levantaron 1 NC, la cual se presenta en SW Share Point con la NC AC16-02, documentada el 4/Marzo/16. Ok.

Se considera en cumplimiento a los requerimientos de la norma.

<b>Procesos (para SGC):</b> Acciones correctivas y Preventivas
<b>Métricos de desempeño:</b> N/A
<b>Entradas:</b> NC detectadas en auditorias, servicios no conformes, análisis de datos (Incumplimientos a los indicadores de la operación), requerimientos de la norma y resultados de revisión de la dirección).
<b>Salidas:</b> Planes de acción documentados. Mejoras realizadas.
<b>Documentos/Registros:</b> P-DGPLANEI-CC-08 Procedimientos para llevar a cabo acciones correctivas y acciones preventivas. F-DGPLANEI-CC-15 Documentación de acciones correctivas y preventivas F-DGPLANEI-CC-37 Verificación de acciones. F-DGPLANEI-CC-34 Reprogramación de acciones. L-DGPLANEI-CC-05 Lineamiento para la documentación de acciones
<b>Notas de Auditoría:</b> <u>Proceso nuevo.</u> Cada área certificada es el responsable de la detección de las NC y definen la clasificación de correctivas o preventivas y son ellos mismos quienes definen las acciones inmediatas (contingencia) para

las acciones correctivas. Para la detección de la causa raíz realizan lluvia de ideas y las clasifican según técnica de las 5 M's, se asigna votación asignando puntuación a las posibles causas raíz, con lo cual identifican la posible causa raíz. Están en proceso de ajustar el proceso de análisis, dando mayor importancia al análisis de posibles causas o causa raíz, enfocándose en concentrar a los involucrados en las posibles causas y no las probables causas. Registran esta información en SW de intranet, llamado Share Point de Microsoft, incluyendo el archivo de Word con el formato F-DGPLANEI-CC-15 Documentación de acciones correctivas y preventivas, con toda la información pertinente paso a paso. Definen plan de acciones a tomar, registrándolas en el SW. El formato es revisado por auditor interno, auditor líder o coordinador de auditoría. Dan el VoBo. Se realizan las implementaciones. Cada dependencia tiene asignado un responsable para la verificación de las implementaciones, quien es el responsable de dar seguimiento a estas y de actualizar la información en el Share Point. Al término de las fechas comprometidas este responsable revisa el cumplimiento de implementación y recaba evidencia de ello y la da de alta en el mismo SW. Con ello verifica la implementación de las acciones y define la fecha de revisión de la efectividad de las acciones tomadas. El auditor interno, auditor líder o coordinador de auditoría se encargan de dar seguimiento a las fechas y de recordar al responsable del seguimiento para que se realice la verificación de la efectividad, quien lo registra en el formato F-DGPLANEI-CC-37 Verificación de acciones, subiéndolo también al SW. Al llegar la fecha, se programa horario de verificación, se realiza la verificación y el resultado se registra en el formato de verificación y lo vuelve a subir al SW. De cerrarse como no efectiva, se registra como tal en el formato, este se sube al SW y el responsable se entera pues participa en el proceso de verificación, además de que quien verifico la efectividad, manda un correo electrónico a los responsables, oficializando el resultado. Observación.- Es mejorable el procedimiento de comunicación de resultados de la verificación de la implementación y efectividad de las acciones correctivas y preventivas, así como los criterios de asignación de recurso para la solución de problemas con esta herramienta.

Evidencia:

En 2015 y 2016 llevan solo 11 SAC levantadas.

- F-DGPLANEI-CC-15 Documentación de acciones correctivas y preventivas.
- Registros en SW Share Point.
- F-DGPLANEI-CC-37 Verificación de acciones llenos.
- Evidencia de los hallazgos. En SW.

SAC/SAP	Motivo	Fuente	Causa Raíz	Implementación	Eficacia	Comentarios
AC-15-07	No estan documentos en puntos de uso	Auditoria Interna	Falta de interes de los interesados	2 acciones de contingencia y 2 acciones correctivas, en fechas.	Ok	Ok
AC-15-10	Falta evaluación proveedores 2014	Auditoria Interna	Organización de archivo inadecuado	1 acción de contingencia y 1 acción correctiva, en fechas.	Ok	Ok.
AC-15-22	Lentitud en la red de información	Auditoria Externa	Falta de Mtto. y red UADY lenta.	En proceso. Información de TI completa, esta en proveso de analisis.	En Proceso	Ok. No esta claro que significa lento
AC-16-02	Manta con Politica de SGC obsoleta.	Auditoria Interna	Falta de supervisión	2 acciones de contingencia y 2 acciones correctivas, en fechas.	En Proceso	Solo falta el cierre de eficiencia

Ok en cumplimiento a los requerimientos de la norma. Ver oportunidades de mejora.

**Procesos (para SGC):** Planeación del servicio bibliotecario

**Métricos de desempeño:**

Satisfacción del Usuario (Meta=70%, Real= ver tabla)

	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>
Satisfacción del cliente	85.7%	99.09%	76% * Cambio el sistema de medición, desde el diseño de la encuesta.

Indicadores de Volumen (Sin meta, en función de la demanda):

- Cantidad de Libros prestados

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad de préstamos interbibliotecarios</li> <li>• Varios indicadores de volumen en el uso de los servicios bibliotecarios</li> </ul>
<b>Entradas:</b> Estadística de servicios, Modelo educativo de UADY, análisis de las tendencias educativas en México.
<b>Salidas:</b> Plan de trabajo 2015-2018 con objetivos y metas genéricos, a partir de las cuales cada biblioteca define sus metas particulares.
<b>Documentos/Registros:</b> Plan de desarrollo institucional Plan de sistema bibliotecario
<p><b>Notas de Auditoría:</b> Se tienen establecidos los siguientes servicios básicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acceso a bases de datos</li> <li>2. Exposiciones</li> <li>3. Escaneado y/o impresión.</li> <li>4. Fotocopiado.</li> <li>5. Préstamo en sala</li> <li>6. Préstamo a domicilio</li> <li>7. Préstamo interbibliotecario</li> <li>8. Apartado de materiales.</li> <li>9. Alerta bibliográfica</li> <li>10. Reserva de materiales.</li> <li>11. Espacios de aprendizaje.</li> <li>12. Pláticas de inducción y visitas guiadas.</li> </ol> <p>Se tienen establecidos los siguientes servicios Especializados:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consulta</li> <li>2. Compilación de bibliografías.</li> <li>3. Diseminación de información</li> <li>4. Obtención de documentos</li> <li>5. Compilación de citas.</li> <li>6. Formación de usuarios.</li> </ol> <p>A partir del Plan de Desarrollo Institucional 2014-2022 se genera el marco de referencia del sistema bibliotecario actualizado en feb/2016, manejando un concepto en doble vía entre ambos documentos (Se alimentan mutuamente). Se genera un esbozo del plan genérico del sistema bibliotecario 2015-2018, el cual define los lineamientos a las bibliotecas del sistema, las cuales generan sus planeaciones anuales, presentando su plan para el 2016. No se pueden definir una planeación de los servicios que se van a prestar, pero si se define las facilidades requeridas en función de las tendencias de el volumen de servicios prestados. Esto incluye colecciones actualizadas, instalaciones e infraestructura de comunicación (PC, etc.) y personal para la prestación del servicio. De ahí se define plan de funcionamiento del sistema bibliotecario, definiendo los requerimientos de inversión anual en el siguiente trienio. Se actualiza presupuesto anual en base a estos documentos, lo cual incluye la parte operativa, sin incluir las compras del acervo. Presentan evidencia de los documentos descritos, incluyendo los presupuestos. Al final del año se entrega reporte de resultados comparando lo planeado con lo real. Presentan documento "Actividades destacadas 2015". Se considera en cumplimiento a los requerimientos de la norma.</p>

<b>Procesos (para SGC):</b> Revisión Directiva
<b>Métricos de desempeño:</b> N/A
<b>Entradas:</b> Las requeridas por norma.
<b>Salidas:</b> Decisiones, acciones y recursos.
<p><b>Documentos/Registros:</b> Presentación del Sistema de gestión de la Calidad F-DGPLANEI-CC-32 Rev.3 Calendario de Revisiones de la Dirección 2016 Minuta de Reunión del Sistema Bibliotecario P-DGPLANEI-CC-07 Procedimiento para llevar a cabo la Revisión de la Dirección MGC-DGPLANEI-CC-01 Manual de Gestión de la Calidad L-DGPLANEI-CC-04 Lineamiento para solicitar e integrar la información de entrada para la revisión de la dirección.</p>

**Notas de Auditoría:**

Se llevan a cabo revisiones anuales, buscando sean al menos semestrales. La información requerida es la requerida por la norma ISO 9001:2008. Se solicita la información a las bibliotecas, se concentra y se realiza la presentación, la cual es guardada como memoria de la presentación. Se genera minuta de la reunión. Se pasa a firma de cada asistente. La responsable del seguimiento del SGC es quien archiva la memoria original de la presentación. Así mismo, se solicita a sistemas que se publique en la página WEB del sistema bibliotecario. Presentan minuta de junta realizada el 23/Feb/2016.

Con respecto a las decisiones sobre el SGC, los mecanismos son los descritos en el proceso de planeación del servicio. Presentan minuta de junta realizada en 2015 y 2016.

Evidencia de toma de decisiones:

- Proyecto de actualización del acervo de la UADY. Hace 3 años inician con el cambio en los planes de estudio para todas las carreras de la Universidad, pero aún no han iniciado todas y estarán traslapados los 2 modelos por un lapso superior a 5 años. El proceso implica analizar las nuevas necesidades documentales, y paulatinamente ir adecuando el acervo en función de los nuevos planes. Las compras deben estar enfocadas a ambos planes de estudio, pero la rampa de implementación del nuevo programa hace que paulatinamente se deban de ir balanceando estas compras. Requiere proceso de análisis de las necesidades de los clientes (academias) y adecuar las compras a estas necesidades. Es parte de la planeación del servicio bibliotecario, se presentan las mismas evidencias.

Se considera en cumplimiento a los requerimientos de la norma.

**Procesos (para SGC):** Proceso de adquisiciones (Requisición, compra, recibo, almacén, Inspección Recibo, selección y evaluación de proveedores)

**Métricos de desempeño:**

Evaluación de proveedores (Meta= calificación de 10 a 12 puntos, Real= todos los proveedores en 10 mín, salvo 2 proveedores con 9)

**Entradas:** Necesidades bibliográficas de las diferentes dependencias, a partir de los programas académicos, solicitadas por los profesores a través de los cuerpos académicos.

**Salidas:** Material entregado, disponible, codificado, clasificado, disponible en el sistema de información.

**Documentos/Registros:**

Listados de material enviado a las bibliotecas.

M-DGDA-CB-01 Manual de Referencia del Sistema Bibliotecario.

F-DGDA-CB-08 / Rev.02 Evaluación de Proveedores de libros

F-DGDA-CB-10 / Rev.00 Evaluación de proveedores de No libros

F-DGDA-CB-03 / Rev.01 Informe anual de títulos adquiridos

SW SISBIUADY

**Notas de Auditoría:**

MP solo es material documental: libros, revistas, mapas, material audiovisual, etc.

Desde el proceso de selección del material, la compra, la evaluación de los materiales a través del tiempo (pertinencia, actualidad, estado físico, etc.) y descarte de los materiales cuando ya se encuentran en estado inconveniente o no cumple con las condiciones de los programas de estudio de las diferentes dependencias.

Los cuerpos académicos envían a cada biblioteca su listado de necesidades bibliográficas, incluyendo cantidades requeridas y prioridad de compra (Indispensable, necesario y deseable). La propia biblioteca está en revisión permanente del material existente, por lo que también se mantiene esta entrada de requisitos.

Las bibliotecas revisan si el material está disponible en el acervo de la biblioteca, de requerirse se captura en el SW de adquisiciones (se le nombra desiderata), asignando un código a cada desiderata. Este proceso es permanente. Al avisar la Rectoría de UADY que se cuenta con presupuesto para la adquisición de material documental, se abre el proceso de cotización. Los proveedores cuentan con tiempo limitado para cotizar en línea, una vez cotizado, el propio SW asigna la compra al proveedor con mejor precio. Se revisa presupuesto, analizan cantidades y precios de cada libro y se autoriza la compra en el propio SW, este genera la OC y se manda a los proveedores de manera automática. Se les da un plazo fijo para las entregas (Español 4 semanas e inglés en 6 a 8 semanas). Se recibe el material, se revisa (se coteja factura con lo recibido), se capturan los materiales en el sistema, se revisan la calidad de los materiales (impresiones al revés, falta de hojas, ISBN, etc.), en caso de defectos, se reclama al proveedor. En caso de producto Ok, se descargan del SW, dando de baja las desideratas ya compradas). Se pasa a proceso físico, que implica: Poner los sellos de propiedad, etiquetas de código de barras, se digitalizan las partes más importantes del libro, se cataloga y clasifica, se genera etiqueta de clasificación, se generan los reportes por biblioteca y se

envían a las diferentes bibliotecas.

Selección y evaluación de proveedores. La evaluación se realiza en cada periodo de compra de documentos, la cual es variable, en función de presupuestos. En 2015 hubo 2 periodos de compra. Se evalúa: Precio, Material recibido/material pedido y cumplimiento en los tiempos de entrega. La escala es de 1 a 4 puntos, dando un total máximo de 12 puntos. Tienen una clasificación por puntuación: 10/12 puntos es un proveedor muy bueno/confiable, 7 a 9 puntos es un proveedor bueno/condicionado, 4 a 6 puntos es un proveedor regular/No confiable y de 0 a 3 puntos No se contrata. Pero no está claro que significa el ser un proveedor confiable o no confiable, cuales son las consecuencias con el proveedor. Se analizan las evaluaciones de los 5 proveedores evaluados en material en español y los 5 proveedores evaluados del material en inglés, total 10 evaluaciones. Se presentan calificaciones desde 9 hasta 12 y verifican los criterios de asignación de calificación. Se detecta falta de consistencia en la asignación de calificaciones. Proveedor LSRSA con la mejor cotización en 5 partidas es calificado con 3 puntos, cuando el sistema de evaluación define se califique en base a las partidas compradas, si se le compro esas 5 partidas es porque era el mejor precio y se le califico con 3. Material recibido /material pedido: Proveedor LSRSA con 80% entregas calificado con 3 y Porrúa con 64.54% entregas es calificado con 4. No se presentan criterios de evaluación de los proveedores, es decir, no tienen definidas las características a cumplir para la asignación de un 4 o un 3. No está definido que va a suceder con el proveedor en cierta clasificación, faltan los criterios de acciones a tomar. Levantar NC al 7.4.1 por falta de estos criterios.

**Procesos (para SGC):** Recursos Humanos (Competencia)

**Métricos de desempeño:** N/A

**Entradas:** Desempeño del Personal, Catálogo de puestos.

**Salidas:** Cumplimiento de las metas de trabajo.

**Documentos/Registros:**

Catálogo de Puestos de personal de Confianza  
Catálogo de Puestos de personal Sindicalizado  
Reporte Individual de Desempeño Laboral  
P-DGFA-CGDH-01 Procedimiento para capacitar personal.

**Notas de Auditoría:**

Cuentan con descripciones de puesto, los cuales están en proceso de homologar entre todas las dependencias. La UADY cuenta con las descripciones de puesto genéricas, mas no específicas requeridas por el sistema de bibliotecas, motivo por el cual están desarrollando el detalle con fines de certificación, ya teniendo las descripciones de detalle de todos los puestos en todas las dependencias, pero están en el proceso de homologación. Cuentan con las evaluaciones de desempeño del personal sindicalizado y no sindicalizado, a partir de lo cual debería de generar los cursos o capacitaciones o cualquier técnica requerida con la finalidad de incrementar los niveles de competencia, caso que no se ha presentado, pues todas las evaluaciones resultaron muy satisfactorias, por lo que el personal solo está recibiendo la capacitación institucional y el desarrollo personal en función de los gustos personales. Observación.- Es mejorable el proceso de verificación de la competencia del personal.

Se verificaron los siguientes casos:

<u>Nombre</u>	<u>Dependencia</u>	<u>Desc. Puesto</u>	<u>Evaluación</u>
Norma Angélica Arceo Cruz	Bibl. Ciencias Sociales	Bibliotecario B	Excelente
Rosa Elena Dzul Puch	Bibl. Ciencias de la salud	Auxiliar de biblioteca B	Excelente
Moisés Chan Kú	Bibl. Ciencias exactas	Referencista	Muy Bueno
Guadalupe Mena Chan	Bibl. Contaduría	Bibliotecario B	Excelente
Norma Alejandra Dzul Maas	Coord. Bibliotecas	Tec. Bibliotecario B	Excelente

**Procesos (para SGC):** Análisis de datos / Mejora Continua

**Métricos de desempeño:** Solo están obligados al análisis de la información de satisfacción del cliente y la meta es de la satisfacción del cliente, no del proceso de análisis de datos.

**Entradas:** Desempeño de los indicadores de servicios, resultados de auditorías.

**Salidas:** Planes de trabajo

**Documentos/Registros:**

F-DGDA-CB-06 Indicadores de servicios.  
F-DGDA-CB-03 Reporte de títulos adquiridos  
F-DGDA-CB-08 Evaluación de proveedores de libros

F-DGDA-CB-07 Encuesta de servicios  
F-DGDA-CB-04 Buzón de sugerencias

**Notas de Auditoría:**

Se concentra semestralmente en Excel la información de los formatos:

- F-DGDA-CB-06 Indicadores de servicios.
- F-DGDA-CB-03 Reporte de títulos adquiridos
- F-DGDA-CB-08 Evaluación de proveedores de libros
- F-DGDA-CB-07 Encuesta de servicios
- F-DGDA-CB-04 Buzón de sugerencias

Se calculan promedios, resumiendo los resultados. Los resultados son presentados en la junta de revisión directiva. La dirección utiliza esta fuente de información para el cálculo de relación de variables, lo cual permite justificar algunas directrices plasmadas en los planes de inversión de largo plazo, tales como la relación de usuarios por área de uso, prestamos relacionados por población teórica, etc.

Para los proyectos de mejora. Las entradas de información son: análisis de información, resultados de la revisión directiva, resultados de auditorías, necesidades específicas, etc.

Las acciones correctivas / Preventivas se generan cuando se presenta un problema.

Los proyectos de mejora se generan cuando se presenta cumplimiento, pero buscan una mejora en los indicadores de desempeño.

Cuentan con procedimiento nuevo, emitido el 12/Mayo/2016, como resultado de NC de auditoria anterior de ABS en 2015, donde presentan el proceso de justificación del proyecto, impacto, fecha de terminación, responsable, etc. Están en el proceso de implementación.

En 2015 presentan 4 proyectos de mejora, los 4 están cerrados.

En 2016 presentan 4 proyectos de mejora, 1 cerrado y los otros 3 planeado que cierren entre agosto/2015 a Enero/2017.

Se analizan:

Folio	Proyecto	Origen	Plan de trabajo	Fecha Prog.	Fecha Real	Estado
AM16-02	Boletín de tablas de contenido de revistas nacionales	Necesidades y expectativas	Describen acciones	16-dic-16	Pendiente	Abierto
AM16-04	Visualizar el historial de prestamos	Revisión por la dirección	Describen necesidad	30-jun-16	Pendiente	Abierto
AM16-05	Renovación de equipos de computo	Revisión por la dirección	Describen necesidad	30-abr-16	Planeado para 30/May/16	Cerrada / Sin verificar
AM16-06	Identificar las cajas donde están guardadas las revistas	Necesidades y expectativas	Describen acciones	31-ago-16	Pendiente	Abierto

Observación.- Es mejorable el proceso de análisis de los proyectos de mejora así como su documentación.

**Procesos (para SGC):** Infraestructura (Mantenimiento)

**Métricos de desempeño:** N/A

**Entradas:** Reporte de estado de las computadoras, reporte de estado de los equipos bibliotecarios.

**Salidas:** Reporte de mantenimiento correctivo y preventivo.

**Documentos/Registros:**

M-DGDA-CB-01 Manual de referencia del sistema bibliotecario. (Definen los lineamientos para la programación)

**Notas de Auditoría:**

Edificios es correctivo con personal interno.

Impermeabilizaciones y computadoras es preventivo con personal interno.

Climas es preventivo con personal externo (Subcontratado).

Para el caso de las computadoras, se recibe reporte de incidente (Correctivo, vía correo electrónico), sustituye la PC y se arregla en taller. Para el preventivo, se realiza durante el carnaval (2 bibliotecas) y durante las vacaciones de semana santa (3 bibliotecas), verano (7 bibliotecas) e invierno (3 bibliotecas), según los lineamientos en el Manual de referencia del sistema bibliotecario, el cual incluye el cambio de

batería en los reguladores de voltaje o “No Brake”.

Para climas, se realiza trimestralmente la limpieza elemental del sistema de enfriamiento, igualmente definido en el Manual de referencia del sistema bibliotecario.

Para Impermeabilizaciones se realizan en el primer trimestre del año, igualmente definido en el Manual de referencia del sistema bibliotecario.

Cuentan con sistema contra huracanes, la cual se instala por excepción ante el aviso de probabilidad de huracán.

Para edificios, se realiza en función de presupuesto aprobado o sobrantes de presupuesto, programando sobre la marcha, reparaciones, pintura, etc.

No cuentan con programa de mantenimiento expresamente, pero se siguen los lineamientos del manual, el cual hace las veces de plan general.

Cuentan con reportes internos de realización de los mantenimientos a las computadoras y para el caso del resto, se manejan en base a inspecciones visuales de cumplimiento para la liberación de los pagos para los proveedores externos o como supervisión en el caso de los trabajos internos.

Evidencia:

- Computadoras
  - Presentan correo de aviso de realización, solicitando dar las facilidades para la realización de los trabajos (Periodo de vacaciones, requieren acceso a las áreas). No se presenta reporte de ningún tipo de la realización de los trabajos. Levantar NC al 4.2.4 por falta de registros de mantenimiento.
- Resto
  - No presentan reportes, pero se reportan los gastos de estos trabajos.

Observación.- Es mejorable la programación y reportaje de los mantenimientos preventivos al sistema de bibliotecas.

## Biblioteca Central

<b>Procesos (para SGC):</b> Provisión del servicio / Procesos Relacionados con el Cliente / Satisfacción del Cliente / Infraestructura (Mantenimiento)
<b>Métricos de desempeño:</b> Satisfacción de los usuarios (Se presenta a nivel global)
<b>Entradas:</b> Necesidad de información
<b>Salidas:</b> Usuario satisfecho con el resultado de la información encontrada.
<b>Documentos/Registros:</b> F-DGDA-CB-04 Rev.01 Buzón F-DGDA-CB-05 Rev.00 Formato de préstamo en caso de contingencia SW en línea Encuesta de satisfacción SW SISBIUADY con catálogo M-DGDA-CB-01 Manual de referencia del sistema bibliotecario.
<b>Notas de Auditoría:</b> 7 personas en turno de día y 3 personas en turno de tarde. Abre a las 8 am. Se tienen los servicios de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Préstamo en sala</li> <li>• Préstamo a domicilio</li> <li>• Préstamo inter-bibliotecario</li> </ul> <p>Verifica catálogo (Base de datos) aplicable tanto a esta biblioteca como en cualquier otra del sistema de bibliotecas de la UADY. En sala se puede realizar cualquier consulta, solo los usuarios de UADY pueden solicitar préstamos a domicilio.</p> <p>En caso de no encontrarlo, existe la vía para solicitar la información. Cabe la posibilidad del préstamo inter-bibliotecario, dentro del propio sistema de bibliotecas de la UADY. Algunas bibliotecas de la UADY cuentan con convenios con bibliotecas de otras instituciones para el intercambio de documentos.</p> <p>Se presenta también el servicio de información de bases de datos.</p> <p>Se cuenta con material digitalizado de la colección Yucateca, la cual no se tiene acceso al material físico.</p> <p>Realizan visitas guiadas, incluyendo a instituciones externas a la UADY.</p> <p>Cuentan con el jardín literario, donde se realizan cursos, pláticas, etc.</p> <p>Cuentan áreas de lectura informal (periódico del día, no hay pinacoteca).</p> <p>Cuentan con lección audiovisual (CD, DVD)</p> <p>En caso de ser necesario, se da apoyo personal de consulta general en el uso del SISBIUADY.</p>

Aquí no se realizan los cursos de inducción como en otras dependencias, dado que son una biblioteca no especializada. Este año empezaran con pláticas de introducción al sistema bibliotecario, enfocados a público en general.

Al momento de requerir información, se presentan en la biblioteca, Al llegar, este busca en el sistema, de no encontrar la información pide ayuda al bibliotecario. Al encontrar la referencia, lo toma de la estantería y hace uso de él. Personal externo a la UADY no se realiza préstamo a domicilio.

Responsabilidad de la biblioteca con respecto a los derechos de autor: Solo se sacan copias de un 25% de las obras máximo.

Problemas típicos en los cuales se le da apoyo al usuario: No está disponible el material (se busca la manera de al menos darle fecha de disponibilidad). No conocen el sistema de consulta.

Al terminar de usar el material, este es dejado en lugares específicos, de donde se registra el uso en sala y se devuelve al lugar adecuado de estantería para su uso posterior.

Se realiza por correo electrónico o por celular consulta de préstamos, fechas de entrega, historial, etc.

El acervo con que cuentan es: libros en general, revistas, libros valiosos, colección Yucateca y colección de bibliotecología.

Impresión y escaneo. Se realiza en mostrador alterno, evitando que entren a la biblioteca, servicio cobrado.

Se publica los títulos o nuevas adquisiciones en la red del sistema bibliotecario.

Evidencia:

- Tiempos de préstamo. Se revisa base de datos de SW SISBIUADY, donde se confirma los tiempos de préstamo. La información del SW está clasificada en préstamos morosos (Tiempos vencidos, calculados por el propio sistema) y prestamos vigentes (Aun no vencen). Los vigentes presentan registro completo. Los morosos presentan registros completos y adecuados, con casos desde más de 4000 días de atraso hasta 3 días de atraso. Se confirman más de 50 casos con más de 3 años vencidos, de los cuales 44 casos tienen más de 5 años vencidos. La información está completa, pero no tienen definido que se va a hacer en estos casos. Observación.- Es mejorable el Manual de referencia del sistema bibliotecario M-DGDA-CB-01, en el sentido de definir las acciones a tomar con los usuarios morosos.
- Apartado de material bibliográfico. Se presentan 21 solicitudes de apartado en 2016, de las cuales, ninguna está pendiente al día de hoy (19/May/16). No hay manera de confirmar la información, por procedimiento, circulación de usuarios y naturaleza de la biblioteca, se considera correcto. Se confirma uso de lector de código de barras y aceptación /rechazo en la lectura. Acepta a alumna Patricia Escoffie, rechaza a Guillermo Pisanty.
- Historial de material bibliográfico. Se tomaron 4 muestras, solicitando que tengan la característica de alto movimiento.
  - BIC0010543, presenta 1 registro en sala y 2 préstamos a domicilio en 2016. En todos los casos se devolvió a tiempo.
  - BIC0016153, no presenta movimientos en 2016.
  - BIC0025337, presenta 4 registros en sala y 0 en préstamo a domicilio en 2016.
  - BIC0051720, presenta 8 registros de préstamo a domicilio y 17 registros de consulta en sala en el mismo periodo de 2016.
- Revisión de inventario.

Código	Título	En sala	En sistema	Orden
0011894	Calidad, productividad y competitividad	Ok	Ok	Sist-Físico
0010540	El principio de Peter	Ok	Ok	Sist-Físico
0006945	Los planetas	Ok	Ok	Sist-Físico
0001055	El nuevo testamento en Maya	Ok	Ok	Sist-Físico
0021691	El Papa mujer	Ok	Ok	Sist-Físico
0012869	Educación del estilo	Ok	Ok	Físico-Sist.
0020740	Autobiografía y otros escritos	Ok	Ok	Físico-Sist.
0042775	Las enfermedades de los trabajadores	Ok	Ok	Físico-Sist.
0014565	México: Imagen de una ciudad	Ok	Ok	Físico-Sist.
0011209	A lasting peace	Ok	Ok	Físico-Sist.

Manejo de sala (Inventarios) Ok, registros vs. Existencias.

Mantenimiento: Está a cargo de la coordinación de bibliotecas. Dada la ubicación de esta biblioteca (Edificio central, donde esta rectoría), reciben apoyo de otras dependencias que no son la dirección de bibliotecas.

Satisfacción del cliente: Comenzaron a realizar la encuesta de satisfacción en septiembre 2015 y en Mayo de 2016 cambiaron formato con más preguntas y formato electrónico. Aun no cuentan con resultados parciales. La encuesta se encuentra en el área de catálogo. Está en carácter de invitación a los usuarios para su llenado, lo cual lleva a obtener una respuesta aproximada del 25% (Un aforo aproximado de 200 personas por semana con 50 encuestas contestadas hasta el momento). En el formato anterior, se capturaban los resultados mensualmente y se enviaban al responsable de servicios del Sistema bibliotecario. Con estos datos se generaba presentación semestral para la revisión directiva. El nuevo formato contiene más de 1 pregunta (Formato anterior), contando con información más detallada: Servicio proporcionado, Rapidez del servicio, instalaciones y atención del personal, cada una con escala de: Muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho, insatisfecho y no usa el servicio y cuenta espacio para observaciones, con lo cual esperan obtener más información. En este momento los resultados parciales son:

- Servicio proporcionado= 100% entre satisfecho y muy satisfecho.
- Rapidez del servicio= 98% entre satisfecho y muy satisfecho.
- Instalaciones= 96% entre satisfecho y muy satisfecho.
- Atención del personal= 76% entre satisfecho y muy satisfecho. Comentarios no tienen que ver con la atención del personal.

Con la información obtenida (Formato anterior) se buscaba resolver los problemas o incidentes presentados. Con el formato actual, se pretende lo mismo, con información más detallada.

**Procesos (para SGC):** (17may16 – 175KM de distancia con Mérida)

Biblioteca Unidad Multidisciplinaria Tizimín

Provisión del Servicio

Procesos Relacionados con el Cliente

Satisfacción del Cliente

Infraestructura (Mantenimiento)

**Métricos de desempeño:**

Valores de Enero a Abril 2016.

Usuarios Atendidos: 16977

Préstamo en Sala: 6399

Préstamo a Domicilio: 3514

Préstamo Interbibliotecario: 9

Material en Reserva: 34

Apartado de Materiales: 71

Uso de Equipos de Cómputo: 163

Cursos o Talleres: 152

**Entradas:** Solicitud de servicio

**Salidas:** Servicio Prestado

**Documentos/Registros:**

M-DGDA-CB-01 Manual de Referencia del Sistema Bibliotecario Rev. 04 25 jun 15

SISBIUADY

**Notas de Auditoría:**

Personal Auditado:

- Luz María Alejandra Cemé Hernández (Responsable de Biblioteca)
- Lourdes Laureana Uuh Noh (Servicios y Formación de Usuarios)
- Analizbeth Interian Gómez (Servicios Organización de Recursos Documentales)

Los servicios que se prestan en la Biblioteca de UMT son:

- Préstamo en Sala
- Atención a Usuarios
- Préstamo a Domicilio
- Préstamo interbibliotecario
- Reserva de Material por profesor
- Apartado de Materiales

La Biblioteca de la UMT cuenta con 17855 volúmenes entre libros, tesis, separatas, material audiovisual.

El total de personas que laboran en la biblioteca 3 personas desde las 7:30 a 20 horas. Existen horarios que están las tres personas y horarios en que sólo dos.

#### Provisión del Servicio

Fue revisada una muestra de 5 volúmenes para validar que estuvieran registrados SISBIUADY.

En todos los casos contaban con la etiqueta Topográfica, código de barras, sellos, cintilla.

Los códigos de barra son:

- TIZ0001046 Calero, A.M. (1977)
- TIZ0005740 Bowen, J. (1992)
- TIZ0008596 Savin-Williams (2009)
- TIZ0011962 Villar G.(2010)
- TIZ0011400 Gomez Robledo, A. (SD)

#### Uso (Préstamo) en Sala

Para el uso en sala, el Usuario pasa a la biblioteca la cual es de estantería abierta y deja los materiales en el carrito recolector, el funcionario de biblioteca registra el código de barras en el SISBIUADY el material utilizado e intercala el material donde corresponde.

#### Reserva de Materiales

La reserva de materiales es cuando el profesor solicita a la biblioteca ciertos ejemplares que deben de permanecer en biblioteca para uso del curso durante el semestre. Fue revisada una muestra teniendo como base el informe del SISBIUADY y la muestra demostró estar en el área de reserva.

Los códigos de barra seleccionados son:

- TIZ0008233 Martínez López, P. y Macías Guarasa, I. (Coords.) (2009)
- TIZ0006726 Pacheco Coello, Carlos E. (2007).
- TIZ0012335 Herdman. T. H. (eds.) (2013).
- TIZ0002650 Marrufo, F. (1987)

#### Préstamo a Domicilio

El préstamo a domicilio es cuando el usuario solicita un material para llevarse fuera de biblioteca. El préstamo se registra en el SISBIUADY y se desmagnetiza.

Durante la visita fueron evidenciados los siguientes materiales prestados:

- TIZ0012838
- TIZ0005649
- TIZ0012098
- TIZ0007630

Fueron devueltos los siguientes casos:

- TIZT0000586
- TIZT0000584

#### Renovación

- TIZ0003777

El servicio que se presta en la biblioteca está orientado al cliente (usuario).

#### Acceso a Bases de Datos

Fue utilizada la computadora 1 de la Biblioteca de la UMT para acceso a bases de datos. Fue buscada la base de datos Ebrary pero no estaba disponible para este año y se seleccionó la base de datos "Emerald" en que se ejecutó el proceso de búsqueda sobre "Personal Learning Spaces" y se tuvo acceso a diferentes citas y se pudo bajar dos documentos que posteriormente fueron enviados por email, según el proceso establecido por la biblioteca para evitar los virus de las USB.

El proceso se observó conforme.

#### Satisfacción del Cliente

Una encuesta de satisfacción de usuarios está disponible a través del catálogo en línea en donde la Biblioteca de la UMT puede obtener un concentrado de las respuestas. Toda la información se recibe en la Coordinación de Bibliotecas en Mérida y ellos son quienes analizan los casos.

#### Infraestructura (Mantenimiento)

Para la provisión del servicio de mantenimiento de infraestructura, la Biblioteca de la UMT solicita a la Coordinación de la UMT el servicio de mantenimiento. La Coordinación de la UMT está fuera del alcance de la certificación.

<p><b>Procesos (para SGC):</b> (18may16 dentro de la Cd. de Mérida) Biblioteca Ciencias Exactas e Ingeniería (CEI) Provisión del Servicio Procesos Relacionados con el Cliente Satisfacción del Cliente Infraestructura (Mantenimiento)</p>
<p><b>Métricos de desempeño:</b> Valores de Enero a Abril 2016. Usuarios Atendidos: 75475 Préstamo en Sala: 10197 Préstamo a Domicilio: 18684 Préstamo Interbibliotecario: 149 Material en Reserva: 228 Apartado de Materiales: 100 Uso de Equipos de Cómputo: 893 Espacios de Aprendizaje: 965 Cursos o Talleres: 536</p>
<p><b>Entradas:</b> Solicitud de Servicio</p>
<p><b>Salidas:</b> Servicio prestado</p>
<p><b>Documentos/Registros:</b> M-DGDA-CB-01 Manual de Referencia del Sistema Bibliotecario Rev. 04 25 jun 15 SISBIUADY</p>
<p><b>Notas de Auditoría:</b> Personal Auditado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moisés Chan (Referencista)</li> <li>• Mario Yamá (Responsable de servicios a usuarios)</li> <li>• Floridelia Álvarez (Coordinadora de la Biblioteca de CEI)</li> </ul> <p>La Biblioteca de la CEI cuenta con 31166 títulos y 80231 volúmenes entre libros, tesis, separatas, material audiovisual, publicaciones periódicas. El total de personas que laboran en la biblioteca 11 personas desde las 7 a 20 horas. Existen horarios de 7 a 15 y 12 a 20 horas con 6 y 5 personas en los turnos. Provisión del Servicio Fue revisada una muestra de 6 volúmenes para validar que estuvieran registrados SISBIUADY. En todos los casos contaban con la etiqueta Topográfica, código de barras, sellos, cintilla. Los códigos de barra son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• INGE0045243 Kalogirou (2014)</li> <li>• INGE0013538 Ledermann (eds.) (1984)</li> <li>• INGE0031534 ASTM Int. (2009)</li> <li>• INGER0017919 IFT (1995)</li> <li>• INGE0019500 Eves (1965)</li> <li>• INGE0028710 Lubosny (2003)</li> </ul> <p>Reserva de Materiales La reserva de materiales es cuando el profesor solicita a la biblioteca ciertos ejemplares que deben de permanecer en biblioteca para uso del curso durante el semestre. Fue revisada una muestra teniendo como base el informe del SISBIUADY y la muestra demostró estar en el área de reserva. Los códigos de barra seleccionados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• INGE0010459 Parkin(2004)</li> <li>• INGE0005922 Costodio y Ramón (1983)</li> <li>• INGE0029609 Cantú (2006)</li> <li>• INGE0044740 Chiavenato (2014)</li> <li>• INGE0034263 Pérez, et al. (2003)</li> </ul> <p>Préstamo a Domicilio El préstamo a domicilio es cuando el usuario solicita un material para llevarse fuera de biblioteca. El préstamo se registra en el SISBIUADY y se desmagnetiza. Durante la visita fueron evidenciados los siguientes materiales prestados: Material Prestado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• INGE0032990</li> <li>• INGE0033064</li> </ul>

- INGE0006530

Fueron devueltos los siguientes casos:

- INGE0025380
- INGE0002762
- INGE0004491
- INGE0001630

Acceso a Bases de Datos  
Fue utilizada la computadora 5 de la Biblioteca de CEI para acceso a bases de datos. Fue buscada la base de datos Ebrary pero no estaba disponible para este año y se seleccionó la base de datos "ProQuest" para Tesis y Disertaciones en que se ejecutó el proceso de búsqueda sobre "Personal Learning Spaces Tools" y se tuvo acceso a diferentes citas y se pudo bajar cinco tesis que posteriormente fueron enviados por email a través de la herramienta ProQuest.  
La velocidad de la computadora 5 estuvo adecuada.  
Procesos Conforme

**Procesos (para SGC):**  
Biblioteca José Peón Contreras de la Preparatoria 2  
Provisión del Servicio  
Procesos Relacionados con el Cliente  
Satisfacción del Cliente  
Infraestructura (Mantenimiento)

**Métricos de desempeño:**  
Usuarios Atendidos: 20251  
Préstamo en Sala: 2640  
Préstamo a Domicilio: 8824  
Préstamo Interbibliotecario: 12  
Material en Reserva: 2  
Apartado de Materiales: 16  
Uso de Equipos de Cómputo: NA  
Espacios de Aprendizaje: NA  
Cursos o Talleres: NA

**Entradas:** Solicitud de servicio

**Salidas:** Servicio prestado

**Documentos/Registros:**  
M-DGDA-CB-01 Manual de Referencia del Sistema Bibliotecario Rev. 04 25 jun 15  
SISBIUADY

**Notas de Auditoría:**  
Personal Auditado:

- Flor Alejandra Tun Pech (Técnico Bibliotecario B)

En la Preparatoria 2 se está trabajando en un área nueva pero temporal debido a que están remodelando y ampliando el edificio de biblioteca, esperan para el año 2017 estarse cambiando a las nuevas instalaciones. La Biblioteca de la Preparatoria 2 es de estantería cerrada. La biblioteca cuenta con 15982 volúmenes.  
Préstamo en Sala  
Aunque se tienen un valor cuantitativo de 2640 volúmenes consultados en sala en realidad es para poder seleccionar los volúmenes que se llevarían en calidad de préstamo. La biblioteca no tiene un área de consulta en sala por lo que su naturaleza es para préstamo a domicilio.  
Préstamo a Domicilio  
Fue revisada una muestra de 5 libros y si estaban en el sistema SISBIUADY. Los materiales se encontraron con el código de barras, etiqueta topográfica, sellos y cintillas. La biblioteca no tiene arcos de seguridad.  
Los materiales consultados son:

- PR20010947 Deaño (2000)
- PR20009869 Quesada (2005)
- PR207962 Baldor (2002)
- PR20010494 Bosch, P. y Pacheco, G. (2002)
- PR20015279 Levering Lewis, D. (2009)

Devolución de materiales  
Fueron revisados los materiales devueltos el día 20 de mayo 2016. Los materiales son:

- PR20009306

<ul style="list-style-type: none"> <li>• PR20009251</li> </ul> Reserva de Materiales <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se tiene el servicio de material de reserva</li> </ul> Acceso a Bases de Datos <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se tiene este servicio en la biblioteca</li> </ul> Mantenimiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El mantenimiento es provisto por la Preparatoria 2, fuera del alcance del certificado.</li> </ul> Proceso Conforme
---

**Avance hacia la mejora continua**

- SW SHARE POINT y en el sitio Web de la UADY son buena herramienta de control.

**Oportunidades de mejora**

- Fortalecer las características mínimas de materiales bibliográficos para que puedan ser prestados a domicilio.
- Analizar la eficacia de la recuperación de material bibliográfico presado para domicilio.
- Acelerar el proceso de atención a las no conformidades, que conforme a las políticas de actuación de la UADY, pueden hacerse más rápido.
- **Competencia (Recursos Humanos)**. Es mejorable el proceso de verificación de la competencia del personal.
- **Acciones correctivas y preventivas**. Es mejorable el procedimiento de comunicación de resultados de la verificación de la implementación y efectividad de las acciones correctivas y preventivas, así como los criterios de asignación de recurso para la solución de problemas con esta herramienta.
- **Análisis de datos / Mejora Continua**. Es mejorable el proceso de análisis de los proyectos de mejora así como su documentación.
- **Infraestructura (Mantenimiento)**. Es mejorable la programación y reportaje de los mantenimientos preventivos al sistema de bibliotecas.
- **Biblioteca Central - Provisión del servicio**. Es mejorable el Manual de referencia del sistema bibliotecario M-DGDA-CB-01, en el sentido de definir las acciones a tomar con los usuarios morosos.

**Resumen de desempeño (Requerido para auditorías de vigilancia y renovación)**

**Revisión del desempeño histórico de auditoría:**

Evaluar la conformidad continua de la organización utilizando:

- resultados de auditorías previas y comentarios reportados
- historia del cumplimiento y control de la no conformidad de la organización

Registre los resultados de su revisión abajo.

**Esta tabla se basa en la revisión de la Matriz Histórica de Auditoría y en las auditorías previas:**

<b>La revisión del desempeño histórico y esta auditoría indican que la organización ha:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N/A</b>
¿Tomado acciones para abordar efectivamente todas las no conformidades emitidas previamente por ABS QE? (No debe haber tendencias de N/C repetitivas.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Manejado efectivamente quejas de clientes y otros?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Identificado los requerimientos legales y regulatorios?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Mantenido y mejorado consistentemente el sistema de gestión?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Para cualquier No – proporcionar información de soporte: N/A**

**Efectividad del sistema de gestión durante los últimos 3 años:** Registrar los resultados de la revisión aquí.  
**(Comentarios detallados requeridos para Auditorías de Re-Certificación)**

- *resultados de reportes de auditorías previas incluyendo tendencias de no conformidades y comentarios sobre los últimos 3 años.*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>3/12-S:</b> 4.2.1, 7.4.1, 7.5.3, 8.2.2, 8.5.2</li> <li>• <b>3/24-S:</b> 4.2.1, 7.5.1 (2), 8.2.2, 8.5.2</li> <li>• <b>3/36-S:</b> 7.4.1, 4.2.4</li> </ul> <p>Se observa que hay repetición de cláusulas relacionadas con identificación de procesos, auditorías internas y el tratamiento de no conformidades, en las auditorías 12-S y 24-S.</p>
--

- *el desempeño histórico de la organización incluyendo objetivos y metas durante los últimos 3 años.*

	2013	2014	2015	
Satisfacción del cliente	85.7%	99.09%	76%	* Cambio el sistema de medición, desde el diseño de la encuesta.

## Registro de Asistencia

Reunión de apertura: Fecha: 16/Mayo/2016 Hora: 8:00 a.m.

Reunión de cierre: Fecha: 20/Mayo/2016 Hora: 4:30 p.m.

Nombre	Puesto	Apertura	Cierre
Graciela Pastrana C.	Resp. Área Organizac, Doc.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
J. Alberto Arellano R	Coordinador del SB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Luz María Cerré Hernández	Resp. Biblioteca Tizimin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Silvia Medina Campoy	Coord. Biblioteca Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Floridelia Álvarez González	Coord. Biblioteca C. Exactas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sonia Gaidy Delgado C.	Coord. Biblioteca Central	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hilda Novelo Pérez	Coord. Biblioteca Sociales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cecilia Cárdenas E.	Responsable de seg. del SGC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Paulina Martínez	Responsable Gestión de calidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ma. Fernanda Gasca A.	Responsable de seg. del SGC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Patricia Escoffié	Responsable de seg. del SGC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Said Cárdenas	Responsable de seg. del SGC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dino S. Caviche P.	Coordinador de Bibliotecas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Juan de Dios Pérez A.	Dir. Gral Planeación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>











### Audit Matrix

<b>Sitio Auditado:</b>	Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional	<b>Fechas de Auditoría:</b> 20-MAY-16 - 20-MAY-16 1.0 día(s)- auditor
<b>Dirección:</b>	Calle 60x57 No. 491-A Col. Centro Mérida, México	<b>Equipo Auditor:</b> Guillermo Pisanty Marin <b>Número total de empleados:</b> 8 (incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)

Init / RC	Vigilancias					Cláusulas																														
Init / RC	6	12	18	24	30	QMS					EHS					RCMS					ISO 55001															
Init / RC	6	12	18	24	30	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5								
Init / RC	6	12	18	24	30	4.1	4.2	4.3.1	4.3.2	4.3.3	4.4.1	4.4.2	4.4.3	4.4.4	4.4.5	4.4.6	4.4.7	4.5.1	4.5.2	4.5.3	4.5.4	4.5.5	4.6													
Init / RC	6	12	18	24	30	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	5.1				
Init / RC	6	12	18	24	30	4.1	4.2	4.3	4.4	5.1	5.2	5.3	6.1	6.2	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	9.1	9.2	9.3	10.1	10.2	10.3							
Historia / Plan de Auditoría Futuro						Procesos						Resultados de Auditoría Actuales																								
A		R		R		A	A	A																												
A				R		A	A																													
A				R		A	A																													
Número Total de No conformidades :						0	0	0																												

Legenda: A = requerimientos auditados aplicables a los procesos encontrados en conformidad / No conformidades identificadas por tipo M = Mayor / I = Menor

R = Proceso recomendado para ser auditado

(Referencia QE-OPS-888 para instrucciones de cómo llenar esta forma)

**Matriz Histórica de Auditoría**

**Instrucciones:** Este es un perfil histórico del desempeño del sistema de gestión. Para el **ciclo** actual de auditoría, señalar en esta tabla las cláusulas auditadas **en cada auditoría** y el total de no conformidades por cláusula.

Cláusulas SGS/TS	Turnos Auditados			4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5	7.6	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5	
	1	2	3																								
Fase 2																											
S6																											
S12	X	X		I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0	0	0	0	0
S18																											
S24	X	X		0	I	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	-	0	2I	-	0	I	0	0	I	I
S30																											
Renovación	X	X		0	2I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	I	2I	-	0	I	0	0	I	I
<b>Total N/C por Cláusula:</b>				I	2I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	I	2I	-	0	I	0	0	I	I

En rojo se presentan las 5 NC de la auditoría S24, las cuales quedaron abiertas en la revisión de la auditoría 36R, motivo por el cuál no se suman.

Turnos Auditados: Todos los turnos deben ser auditados en auditorías de Fase 2 y Re-Certificaciones, y durante el ciclo de auditorías de vigilancia – Colocar una “X” en la columna aplicable para indicar el (los) turno(s) auditado(s).

Nota: Cuando se auditan todos los turnos, se debe dar énfasis a los procesos de manufactura y/o provisión del servicio.

**Plan de Auditoría No: QE-40836-3/36-R**

**Organización: Universidad Autónoma de Yucatán**

**Fecha de entrega del plan de auditoría al cliente: 24/Abr/16**

**Equipo Auditor:**

Guillermo Pisanty M. - Lead Auditor  
Magdiel Martínez Q. - Auditor

**Contacto:** Paulina Martínez

**Tel:** 52-999-9231495

**Fechas de auditoría: 16/May/16 al 20/May/16**  
**Duración de auditoría: 9.0 días(s) auditor**

**Norma(s) a auditar:** ISO 9001:2008

**Número total de empleados: = 92**

**NACE Code(s):** 39/92.5

**Alcance de Certificación:**  
*Provision of library services*

Provisión de servicios bibliotecarios

**Objetivos de auditoría:**

- Verificar el cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008 y el sistema de gestión documentado de la organización
- Que el sistema de gestión de Universidad Autónoma de Yucatán cumple con los requerimientos contractuales, legales y regulatorios aplicables.
- Evaluar la efectividad del sistema de gestión para cumplir continuamente los objetivos especificados;
- Identificar áreas de mejoras potenciales.

**Plan de auditoría**

Día/Hora		Procesos para la auditoría
16-may-16		<u>Actividades/Funciones/Áreas</u>
Auditor		Guillermo Pisanty Marín
Día 1	07:45 a. m.	Llegada a instalaciones: Coordinación de Bibliotecas
	8:00 - 8:45 a.m.	Reunión de apertura con el personal
	8:45 - 9:30 a.m.	Verificación de procesos por sitio.
	9:30 - 11:00 a.m.	Revisión documental, revisión uso de marca, Cambios organizacionales, Objetivos / Metas / Mejora Continua.
	11:00 - 1:00 p.m.	Exclusiones y Subcontratos y Requerimientos Legales.
	1:00 - 2:00 p.m.	Comida
	2:00 - 4:30 p.m.	Acciones Correctivas y Preventivas
	4:30 - 5:00 p.m.	Elaboración de reporte y Junta de revisión de avance

Día/Hora		Procesos para la auditoría	
17-may-16		<u>Actividades/Funciones/Áreas</u>	
Auditor		Guillermo Pisanty Marín	Magdiel Martínez Quiroga
Día 2	07:45 a. m.	Llegada a instalaciones: Coordinación de Bibliotecas	
	8:00 - 10:30 a.m.	Planeación del servicio Bibliotecario	Revisión de NC auditoría anterior
	10:30 - 1:00 a.m.	Recursos Humanos (Competencia)	
	1:00 - 2:00 p.m.	Comida	
	2:00 - 4:30 p.m.	Proceso de adquisiciones (Requisición, compra, recibo, almacén, Inspección Recibo, selección y evaluación de proveedores)	Revisión de NC auditoría anterior
	4:30 - 5:00 p.m.	Elaboración de reporte y Junta de revisión de avance	

Día/Hora		Procesos para la auditoría	
18-may-16		<u>Actividades/Funciones/Áreas</u>	
Auditor		Guillermo Pisanty Marín	Magdiel Martínez Quiroga
Día 3	07:45 a. m.	Llegada a instalaciones: Coordinación de Bibliotecas	Llegada a instalaciones: Unidad Tizimín
8:00 - 8:45 a.m.		Revisión Directiva	Reunión de apertura con el personal
8:45 - 9:30 a.m.			Provisión del servicio
9:30 - 11:30 a.m.		Análisis de Datos	
11:30 - 1:00 p.m.		Mejora Continua	
1:00 - 2:00 p.m.		Comida	Comida
2:00 - 3:00 p.m.		Mejora Continua	Procesos Relacionados con el Cliente
3:00 - 4:00 p.m.		Infraestructura (Mantenimiento)	Satisfacción del Cliente
4:00 - 5:00 p.m.			Infraestructura (Mantenimiento)

Día/Hora		Procesos para la auditoría	
19-may-16		<u>Actividades/Funciones/Áreas</u>	
Auditor		Guillermo Pisanty Marín	Magdiel Martínez Quiroga
Día 4	07:45 a. m.	Llegada a instalaciones: Biblioteca Central	Llegada a instalaciones: Ciencias Exactas e Ingenierías
8:00 - 8:45 a.m.		Reunión de apertura con el personal	Reunión de apertura con el personal
8:45 - 1:00 p.m.		Provisión del servicio	Provisión del servicio
1:00 - 2:00 p.m.		Comida	Comida
2:00 - 3:00 p.m.		Procesos Relacionados con el Cliente	Procesos Relacionados con el Cliente
3:00 - 4:00 p.m.		Satisfacción del Cliente	Satisfacción del Cliente
4:00 - 5:00 p.m.		Infraestructura (Mantenimiento)	Infraestructura (Mantenimiento)

Día/Hora		Procesos para la auditoría	
20-may-16		<u>Actividades/Funciones/Áreas</u>	
Auditor		Guillermo Pisanty Marín	Magdiel Martínez Quiroga
Día 5	07:45 a. m.	Llegada a instalaciones: Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional	Llegada a instalaciones: Biblioteca José Peón Contreras
8:00 - 8:45 a.m.		Reunión de apertura con el personal	Reunión de apertura con el personal
8:45 - 9:30 a.m.		Control de documentos y registros	Provisión del servicio / Procesos Relacionados con el Cliente / Satisfacción del Cliente / Infraestructura (Mantenimiento)
9:30 - 10:30 a.m.			
10:30 - 12:00 p.m.		Auditorías Internas	
12:00 - 1:00 p.m.		Comida	Comida
1:00 - 2:00 p.m.			Comida
2:00 - 2:30 p.m.		Elaboración de reporte	Traslado a Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional
2:30 - 4:30 p.m.			Elaboración de reporte
4:30 - 5:00 p.m.		Junta de cierre	

**Nota:** Un auditoría de certificación de sistemas de gestión no es una auditoría de cumplimiento legal o una auditoría de certificación de producto.

**Note:** El plan de auditoría puede cambiar durante el transcurso de la misma.

Documentación y Control de documentos será auditado en conjunto con los otros elementos

Política y Registros serán auditados a través de las instalaciones durante la auditoría

Favor de hacer los arreglos para tener la comida en el sitio a fin de mantener el enfoque de la auditoría

Favor de proveer un guía/escolta para cada miembro del equipo auditor

Favor de indicar de los PPE requeridos en sitio

Favor de tener copias disponibles para cada uno de los auditores de lo siguiente:

- Mapa del sitio
- Descripción de la planta y de los procesos /operaciones asociados
- Lista de objetivos, metas y programas
- Lista de los contratistas y/o proveedores usados en las actividades relacionadas a lo ambiental, salud y seguridad (no necesario para algunos programas, ejem ISO 9001)

**Junta de Apertura y Cierre a ser realizada utilizando QE-OPS-851**

Los siguientes aspectos deben ser verificados durante la junta de Apertura/Cierre: Cualquier cambio que afecta el Alcance de la Auditoría necesita ser registrado en la sección de “Cambios que afectan el alcance de certificación” de la página 2 del reporte de auditoría.

**Junta de Apertura:** (Marcar [X] para indicar que el elemento ha sido verificado/confirmado/revisado durante la junta de apertura)

- Presentación del equipo auditor y de su rol
- Confirmación de los Procedimientos de Seguridad en el trabajo y emergencia relevantes al equipo auditor
  - a. Procedimiento/Proceso/ Política de evacuación del cliente
- Explicar la Política de Confidencialidad de ABS QE
- Revisar el Alcance de la Auditoría:
  - Norma / Especificación a ser utilizada.
  - Verificación del idioma a ser utilizado durante la auditoría
  - Verificar/Reconfirmar alcance de productos/servicios a ser certificados
  - Verificar Sitios y Actividades listados en el Certificado del sitio web de ABS QE ([www.ab-qe.com](http://www.ab-qe.com))
  - Verificar copia del certificado del cliente comparado con el Certificado publicado en el sitio web de ABS QE.
  - Confirmar el número de empleados o cualquier cambio en el mismo desde la auditoría previa y determinar si los cambios afectarán el número de días de la auditoría.
  - Verificar la precisión del código IAF/NACE por QE-OPS-887
  - Reconfirmar la precisión de la Frase del Alcance
  - Revisar el Plan de Auditoría
- Definir el objetivo de la auditoría
  - Métodos y procedimientos a ser utilizados para realizar la auditoría basado en un muestreo
  - Verificación de las No Conformidades de Auditorías Previas (si aplica)
- Política de ABS sobre la observación de violaciones regulatorias durante la auditoría
- Explicar el conflicto de intereses entre auditar y dar consultoría.
- Explicar el rol de guías, observadores, y consultores
- Comentar las condiciones bajo las cuales la auditoría pudiera terminar prematuramente
- Identificar guías y definir sus responsabilidades
- Explicar el criterio de clasificación para las no conformidades (NC´s)
- Explicar los “Resultados Esperados del Sistema de Gestión del Cliente” (ver ejemplos en QE-OPS-851)
- Definir el criterio para la recomendación
- Juntas diarias de resumen

**Junta de Cierre:** (Marcar el cuadro [X] para indicar que el elemento fue verificado/revisado durante la junta de cierre)

- Comentarios Generales
  - a. Agradecer al cliente por trabajar con ABS QE (enfoque de colaboración para la certificación)
  - b. Enfatizar que las no conformidades fueron revisadas y convenidas por los guías y el representante de la dirección
  - c. Solicitar que las preguntas sean realizadas hasta el final de reunión. Comentarios sobre el personal entrevistado durante la auditoría
  - d. Presentar los resultados de auditoría, NC´s y Oportunidades de Mejora y comentar sobre aspectos positivos observados durante el curso de la auditoría (si las reuniones sumarias previas se realizaron con la misma audiencia, la revisión puede ser acortada)
  - e. La evidencia de auditoría recolectada fue basada en una muestra; esto crea un elemento de incertidumbre
- Reafirmar el criterio de clasificación para las no conformidades (NCs) – excepto para BSCI
- Revisar las Instrucciones de Respuesta de CARs como están definidas en el Reporte de Auditoría o por los Requerimientos Específicos del Programa:
  - Explicar que la implementación y eficacia de las acciones correctivas tomadas serán verificadas durante la siguiente visita de auditoría o en una auditoría de follow-up (en o fuera de sitio) si ésta es requerida.
  - Explicar que si se falla en enviar las acciones correctivas dentro del tiempo especificado, esto puede resultar en la suspensión o el retiro (cancelación) del certificado.
- Definir el criterio para la recomendación
- Decir que las Decisiones Finales de Certificación son responsabilidad del Departamento de Certificación
- Explicar el proceso de auditoría de Seguimiento (Follow-up) y porque es requerida (según sea apropiado, por ejemplo NCs mayores)
- Explicar el Proceso de Apelación y Quejas
- Concluir
  - a. Explicar el siguiente paso y el intervalo estimado de tiempo
  - b. Felicitar al cliente (como sea apropiado)
  - c. Cerrar formalmente la junta
  - d. Contestar preguntas
  - e. Dejar copias del reporte de auditoría, NC's, Oportunidades de Mejora

## Instrucciones para el envío de acciones correctivas

1. Completar y enviar la(s) forma(s) de Acción Correctiva adjuntas para todas las no conformidades identificadas
2. Enviar por correo electrónico: **al Auditor Líder y [auditservices@abs-qe.com](mailto:auditservices@abs-qe.com)** para clientes en **USA y Canadá.**
3. Enviar por correo electrónico: **al Auditor Líder para Oficinas Internacionales.**
4. *Para **auditorías de Re-Certificación** las Respuestas de Acciones Correctivas deben ser enviadas a tiempo al Auditor para revisión, aprobación y envío a Revisión Técnica, antes de la expiración del Certificado.*

**SGC (ISO 9001, TL9000, 20000, 29000, 13485)  
EHS (ISO 14001, RC14001, RCMS, OHSAS 18001)  
Otros estándares, incluidos: ISO 27001, ISO 28000, ISO 15504, R-026, ISO 50001**

- Se requiere que las respuestas a las no conformidades sean enviadas a ABS QE dentro de los **60** días contados desde el último día de la auditoría.
- Las acciones correctivas enviadas deben incluir:
  1. Respuestas de acción correctiva, incluyendo:
    - a. Evidencia objetiva de las actividades de contención/corrección, como sea aplicable.
    - b. Resultados de la investigación de la causa raíz.
    - c. Acciones para eliminar la causa raíz y prevenir recurrencia; y
    - d. Fechas de implementación.
  2. Evidencia objetiva de implementación de Acciones Correctivas para todas las No conformidades Mayores incurridas en cualquier programa.
  3. Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, evidencia de que las actividades de acción correctiva consideraron a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable.

*Referencia a la Sección 9.1.15 b de ISO 17021, las No Conformidades Mayores requieren que la corrección y las acciones correctivas sean revisadas, aceptadas y la efectividad haya sido verificada; y la sección 9.1.12 (Nota): donde sea necesario la verificación de la efectividad de la corrección y de la acción correctiva puede realizarse con la revisión de la documentación provista por el cliente, o cuando sea necesario, a través de la verificación en sitio.*

### Proceso de Apelación de ABS QE:

Cualquier cliente puede disputar cualquier decisión realizada por ABS QE e iniciar una queja contra la decisión. Tales quejas deben ser por escrito y serán sujetas al procedimiento de ABS QE para el manejo de apelaciones y disputas, QE-CRT-400. Apelaciones deben ser enviadas dentro de los **10 días hábiles** de la emisión del reporte. La presentación, investigación y decisiones sobre las apelaciones no resultarán en ninguna acción discriminatoria en contra del apelante

Requisición de Acción Correctiva				
40836 - 3/24 - S				
Auditoría. No.	Cláusula No.	Ítem No.	Descripción de la No Conformidad (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	Categoría M - Mayor I - Menor
40836 - 3/24 - S	8.2.2	1	<p><b>Requerimiento:</b> El "P-DGPLANEI-CC-07 Procedimiento para llevar a cabo la Revisión de la Dirección" (Revisión: 05, 19 de marzo de 2015), en la política 3.1 establece: "Las dependencias que forman parte del alcance del SGC, deberán realizar al menos una vez al año una reunión de Revisión de la dirección. Nota: Para fines de la Revisión de la dirección, la Administración Central y la Coordinación de Bibliotecas, serán consideradas como dependencias." No se encontró que se aududara la dependencia "Coordinación de Bibliotecas".</p> <p><b>No conformidad:</b> No se evidenció que se haya auditado un proceso del sistema de gestión de calidad bibliotecario</p> <p><b>Evidencia:</b> Revisión por la Dirección realizada por la dependencia "Coordinación de Bibliotecas"</p>	I

**(Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, las acciones deben considerar a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable).**

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)			
<p><i>Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad.</i></p> <p><i>Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad.</i></p> <p><b>Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables?</b></p> <p><i>Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.</i></p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ
<p><i>Posterior a su investigación (use una técnica como un árbol lógico o preguntar "por qué" 5 veces) incluya una declaración sobre lo que causó que la no conformidad ocurriera.</i></p>

ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS			
<p><i>Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa.</i></p> <p><i>Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</i></p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

Requisición de Acción Correctiva				
40836 - 3/24 - S				
Auditoría. No.	Cláusula No.	Ítem No.	Descripción de la No Conformidad (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	Categoría M - Mayor I - Menor
40836-3/24-S	4.2.1	1	<p><b>Requerimiento:</b> ISO-9001:2008 requiere en 4.2.1 Generalidades que La documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir: d) los documentos, incluidos los registros que la organización determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.</p> <p><b>No conformidad:</b> No se evidenció cumplimiento en un proceso.</p> <p><b>Evidencia:</b> Para el caso de la propiedad del cliente (Credenciales de Identificación para uso de los "Cubículos") no se identificó que se tuviera algún procedimiento y/o registro para el manejo y notificación de la propiedad del cliente en caso de que la propiedad del cliente se pierda, deteriore o de algún otro modo se considere inadecuada para su uso según lo establece el requisito ISO-9001:2008, 7.5.4 Propiedad del Cliente. (Biblioteca del Campus de Ciencias Sociales, Económico Administrativas y Humanidades).</p> <p>Sin evidencia.</p> <p>Nota: a la fecha se comenta por los responsables de las bibliotecas que no se ha extraviado, dañado o que haya sido inapropiada para el uso la propiedad del cliente proporcionada para el préstamo de cubículos.</p>	I

**(Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, las acciones deben considerar a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable).**

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)			
<p>Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad. Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad. <b>Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables?</b> Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.</p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ
<p>Posterior a su investigación (use una técnica como un árbol lógico o preguntar "por qué" 5 veces) incluya una declaración sobre lo que causó que la no conformidad ocurriera.</p>

ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS			
<p>Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa. Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

Requisición de Acción Correctiva				
40836 - 3/24 - S				
Auditoría. No.	Cláusu la No.	Ítem No.	Descripción de la No Conformidad (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	Categoría M - Mayor I - Menor
40836 - 3/24 - S	8.5.2	1	<b>Requerimiento:</b> ISO-9001:2008 requiere en 8.5.2 Acciones Correctiva en b) determinar las causas de las no conformidades, c) evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir, d) determinar e implementar las acciones necesarias. <b>No conformidad:</b> No se evidenció cumplimiento en algunos casos. <b>Evidencia:</b> AC15-09 y AC15-11 Se determinaron correcciones y no acciones correctivas. AC15-14 - Causa no correspondiente al problema detectado.	I

**(Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, las acciones deben considerar a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable).**

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)			
<i>Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad.</i> <i>Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad.</i> <b>Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables?</b> <i>Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.</i>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ
<i>Posterior a su investigación (use una técnica como un árbol lógico o preguntar “por qué” 5 veces) incluya una declaración sobre lo que causó que la no conformidad ocurriera.</i>

ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS			
<i>Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa.</i> <b>Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</b>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

Requisición de Acción Correctiva				
40836 - 3/24 - S				
Auditoría. No.	Cláusula No.	Ítem No.	Descripción de la No Conformidad (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	Categoría M - Mayor I - Menor
40836 - 3/24 - S	7.5.1	1	<p><b>Requerimiento:</b> ISO-9001:2008 requiere en 7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio que la organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable:</p> <p>a) la disponibilidad de información que describa las características del producto,</p> <p>b) la disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario,</p> <p>c) el uso del equipo apropiado.</p> <p>Además, en ISO-9001:2008 requiere en 6.1 Provisión de recursos que la organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para: a) implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, y b) aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.</p> <p><b>No conformidad:</b> No se demuestra conformidad en el acceso a bases de datos.</p> <p><b>Evidencia:</b> Computadora 14 mostró lentitud en la recuperación de información de base de datos Ebrary. (Biblioteca del Campus de Ciencias Sociales, Económico Administrativas y Humanidades)</p>	I

**(Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, las acciones deben considerar a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable).**

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)			
<p><i>Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad.</i></p> <p><i>Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad.</i></p> <p><b>Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables?</b></p> <p><i>Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.</i></p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ
<p><i>Posterior a su investigación (use una técnica como un árbol lógico o preguntar “por qué” 5 veces) incluya una declaración sobre lo que causó que la no conformidad ocurriera.</i></p>

ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS			
<p><i>Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa.</i></p> <p><b>Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</b></p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

Requisición de Acción Correctiva				
40836 - 3/24 - S				
Auditoría. No.	Cláusul a No.	Ítem No.	Descripción de la No Conformidad (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	Categoría M - Mayor I - Menor
40836 - 3/24 - S	7.5.1	2	<p><b>Requerimiento:</b> El servicio de "Alertas Bibliográficas" requiere que se genere un boletín general de materiales de nuevo ingreso y el boletín específico de cada biblioteca. El boletín general se genera de forma automática desde la página web del sistema bibliotecario. Para la elaboración del boletín específico de cada biblioteca. El personal de la biblioteca:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Delimita las áreas de interés de su comunidad de usuarios.</li> <li>• Recopila la información sobre dichas áreas de interés y regularmente la pone a disposición a su comunidad, por vía impresa o electrónica.</li> </ul> <p><b>No conformidad:</b> No se demuestra objetivamente que se cumpla con este requisito para la biblioteca CIR SEAH.</p> <p><b>Evidencia:</b> No se encontró evidencia de alertas mensuales, sólo algunos comunicados vía correo electrónico a algunos grupos de usuarios específicos, por lo que no se identifica que las alertas sean para la Biblioteca (usuarios en general) ni la frecuencia mensual o que se haya determinado la regularidad debida. Se considera menor debido a que se entrega información a un grupo de usuarios, aunque si demostrar regularidad.</p>	I

**(Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, las acciones deben considerar a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable).**

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)			
<p>Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad. Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad. <b>Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables?</b> Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.</p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ
<p>Posterior a su investigación (use una técnica como un árbol lógico o preguntar "por qué" 5 veces) incluya una declaración sobre lo que causó que la no conformidad ocurriera.</p>

ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS			
<p>Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa. Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

Requisición de Acción Correctiva				
40836 - 3/36 - R				
Auditoría. No.	Cláusula No.	Ítem No.	Descripción de la No Conformidad (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	Categoría M - Mayor I - Menor
40836-3/36-R	7.4.1	6	<p><b>Requerimiento:</b> La norma establece que: "La organización debe evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización. Deben establecerse los criterios para la selección, la evaluación y la re-evaluación.</p> <p><b>No conformidad:</b> No se presentan criterios de evaluación de los proveedores, es decir, no tienen definidas las características a cumplir para la asignación de una calificación.</p> <p><b>Evidencia:</b> Se detecta falta de consistencia en la asignación de calificaciones. Proveedor LSRSA con la mejor cotización en 5 partidas es calificado con 3 puntos, cuando el sistema de evaluación define se califique en base a las partidas compradas, si se le compro esas 5 partidas es porque era el mejor precio y se le califico con 3. Material recibido /material pedido: Proveedor LSRSA con 80% entregas calificado con 3 y Porrúa con 64.54% entregas es calificado con 4.</p>	I

**(Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, las acciones deben considerar a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable).**

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)			
<p>Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad. Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad. <b>Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables?</b> Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.</p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ
<p>Posterior a su investigación (use una técnica como un árbol lógico o preguntar "por qué" 5 veces) incluya una declaración sobre lo que causó que la no conformidad ocurriera.</p>

ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS			
<p>Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa. Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

Requisición de Acción Correctiva				
40836 - 3/36 - R				
Auditoría. No.	Cláusula No.	Ítem No.	Descripción de la No Conformidad (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia)	Categoría M - Mayor I - Menor
40836-3/36-R	4.2.4	7	<p><b>Requerimiento:</b> La norma establece que. "Los registros establecidos para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad deben controlarse... Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables."</p> <p><b>No conformidad:</b> No presentan evidencia de realización de mantenimientos.</p> <p><b>Evidencia:</b> Presentan correo de aviso de realización, solicitando dar las facilidades para la realización de los trabajos (Periodo de vacaciones, requieren acceso a las áreas). No se presenta reporte de mantenimientos a las PC.</p>	I

**(Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, las acciones deben considerar a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable).**

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)			
<p><i>Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad.</i></p> <p><i>Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad.</i></p> <p><b>Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables?</b></p> <p><i>Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.</i></p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ
<p><i>Posterior a su investigación (use una técnica como un árbol lógico o preguntar "por qué" 5 veces) incluya una declaración sobre lo que causó que la no conformidad ocurriera.</i></p>

ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS			
<p><i>Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa.</i></p> <p><i>Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</i></p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

## Planeación de Auditoría

Nombre de la Compañía: Universidad Autónoma de Yucatán

Número de Certificado. 40836

**Con el fin de asegurar una planeación apropiada de auditoría favor de completar esta forma y enviarla al Auditor Líder; así el plan de auditoría puede ser desarrollado con rutas potenciales de auditoría claramente comunicadas para su auditoría.**

**1. En especial asegúrese de proveer la siguiente información:**

**a. Identificar los métricos de desempeño clave del Sistema de Gestión.**

Favor de identificar el desempeño en relación a los objetivos y metas clave, para permitir al equipo auditor identificar y comunicar apropiadamente rutas de auditoría que puedan ser seguidas durante la misma.

**b. Identificar cambios críticos al Sistema de Gestión.**

Cualquier cambio al Sistema de Gestión que pueda tener un efecto en el status de la certificación debe ser identificado. Con base en la naturaleza del cambio, la dinámica del equipo auditor podría necesitar ajustarse.

**c. Identificar cambios en el número de empleados.**

Un cambio en el número de empleados, o bien en el estatus de los empleados (tiempo completo a contratistas, etc) puede tener efecto en la duración de auditoría. Esto necesita ser identificado antes de la realización de la actividad de auditoría.

**2. El plan de auditoría abarcará áreas relevantes relacionadas a:**

a. Declaración de alcance

b. Unidades funcionales y procesos dentro del alcance de auditoría

➤ Unidades Organizacionales y/o funcionales aplicables a esta auditoría

➤ Proceso(s) de realización del producto o servicio principales a ser auditados durante esta auditoría

c. Normativa y exclusiones

d. Auditoría a los turnos en cada sitio a ser incluidos en la Agenda Auditoría

e. Objetivos/propósito de la auditoría

f. Otros criterios de auditoría y documentos de referencia (ejem. Manual del cliente)

g. Asignación de recursos adicionales para áreas críticas de la auditoría (si aplica)

h. Idioma de trabajo y del reporte de la auditoría

i. Arreglos logísticos (traslados, instalaciones en el sitio, etc.)

**3. Verificar el formato de Planeación de Auditoría en relación a la Carta de Confirmación**

La carta de confirmación enviada con este formato identifica el estatus del Sistema de Gestión como está registrado en la base de datos de ABS-QE. Favor de revisarlo para asegurar que la información esta correcta y actualizada. Listar cualquier cambio en este formato si la información es incorrecta. Número de empleados, nombre de los sitios, dirección del sitio, son solo algunos ejemplos.

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Certificado No. 40836

1. Favor de adjuntar la documentación que identifique la secuencia e interacción de los procesos identificados de su Organización. (**Únicamente SGC** - Referencia ISO 9001, Sección 4.2.2.c)

2. Favor de adjuntar (como sea aplicable) documentos del desempeño interno de métricos			
Objetivos y Metas	Valor Pretendido	Resultado Actual	Comentarios
Alcanzar anualmente al menos un índice de satisfacción del 85% de los usuarios del Sistema Bibliotecario.	85%	99.79%	De enero a agosto de 2015. (Encuesta de una sola pregunta: encontró la información que buscaba).
Alcanzar anualmente el 70% de satisfacción del usuario en el nivel de Muy Satisfecho y Satisfecho en el Sistema Bibliotecario.	70%	76%	De septiembre a diciembre de 2015. (se modificó la encuesta <i>debido al cambio de los requisitos de la Revisión de la Dirección de incluir en el instrumento de medición otros aspectos a evaluar como infraestructura, trato del personal y rapidez en el servicio</i> ). Resultados obtenidos de la suma de "muy satisfecho" y "Satisfecho".

3. Listar los detalles como sea aplicable para los siguientes puntos. Favor de adjuntar información adicional como sea necesario en relación a cambios en los indicadores de desempeño clave.	
3-1 Número total de quejas clientes desde la última auditoría:	4
3-2 Situaciones significativas con clientes /quejas,	<ul style="list-style-type: none"> <li>Biblioteca de ingeniería: Por la Red malas condiciones. Baños en mal estado. Se cargó un Préstamo erróneo a nombre de otro usuario.</li> <li>Por Espacios limitados en la biblioteca de Tizimín. Pero ya se tiene un proyecto de ampliación para esta biblioteca para mejorar sus espacios.</li> </ul>
3-3 Situaciones internas de desempeño	En hoja anexa se reportan los indicadores de enero-febrero 2016 por biblioteca.
3-4 Situaciones de aspectos ambientales o situaciones de peligros OHSAS	N/A

4. Número total de empleados ( <i>incluyendo tiempo completo / parcial / temporales / contratistas</i> )							
Debe de proveer número de empleados para cada sitio listado en el Certificado de ABS QE que está programado para esta auditoría. (El Certificado está disponible en línea en <a href="http://www.abs-qe.com">www.abs-qe.com</a> . Click en QENetCert)							
Sitio 1 Dirección :	Dir. Gral. de Desarrollo Académico – Coordinación de Bibliotecas Av. Itzáes # 498-bis x 59 y 59 A, Mérida, Yuc.	# of Emp.	21	Sitio 2 Dirección :	Biblioteca del Campus de Ciencias Sociales, Económico Administrativas y Humanidades Km. 1 Carretera	# of Emp.	13

					Mérida-Tizimín, Cholul Tramo Cholul, Mérida, Yuc.		
Sitio 3 Dirección :	Biblioteca de la Unidad Académica con Interacción Comunitaria Calle 18 S/N x 90-B, San Luis Dzunucán, Mérida, Yuc.	# of Emp.	3	Sitio 4 Dirección :	Biblioteca del Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias Carretera a Xmatkuil Km 15.5 Mérida, Yuc.	# of Emp.	6
Sitio 5 Dirección :	Biblioteca del Campus de Ciencias de la Salud Av. Itzáes x 59 y 59-A # 498-bis Mérida, Yuc.	# of Emp.	10	Sitio 6 Dirección :	Biblioteca del CIR-Sociales Calle 61 # 525 x 66 y 68, Colonia Centro Mérida, Yuc.	# of Emp.	2
Sitio 7 Dirección :	Biblioteca del Campus de Ciencias Exactas e Ingenierías Av. Industrias No Contaminantes x Anillo Periférico Norte Tablaje 13615 Mérida, Yuc.	# of Emp.	11	Sitio 8 Dirección :	Biblioteca José Peón Contreras Calle 116 s/n x 59-C Col. Bojórquez, Mérida, Yuc.	# of Emp.	2
Sitio 9 Dirección :	Biblioteca Renán Irigoyen Rosado Calle 41 s/n Col. Industrial Ex_terrenos del Fénix, Mérida, Yuc.	# of Emp.	2	Sitio 10 Dirección :	Biblioteca Jorge Bolio Castellanos Calle 31 x 35-A Carretera antigua a Chuburná, Mérida, Yuc.	# of Emp.	7
Sitio 11 Dirección :	Biblioteca Central Calle 60 # 491-A x 57, Col. Centro, Mérida, Yuc.	# of Emp.	7	Sitio 12 Dirección :	Biblioteca de la Unidad Multidisciplinaria Tizimín Calle 48-A- s/n, Tizimín, Yuc. C.P. 97700	# of Emp.	3
Sitio 13 Dirección :	Biblioteca Carlos Castillo Montes de Oca Calle 50 s/n x 59 y 57 Ex_Convento de Mejorada Mérida, Yuc.	# of Emp.	5				

5. Información de turnos						
<b>Nombre del sitio</b>	Coordinación de Bibliotecas			<b>Nombre del sitio</b>	Biblioteca del Campus de Ciencias Sociales, Económico Administrativas y Humanidades	
<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio</b>	<b>Hora de término</b>	<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio</b>	<b>Hora de término</b>	
Continuo	7:00	16:30	Continuo	8:00	19:00	
<b>Nombre del sitio</b>	Biblioteca de la Unidad Académica con Interacción Comunitaria			<b>Nombre del sitio</b>	Biblioteca del Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias	
<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio</b>	<b>Hora de término</b>	<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio</b>	<b>Hora de término</b>	
Continuo	7:00	17:00	Continuo Sábados	7:30 8:00	20:00 16:00	
<b>Nombre del sitio</b>	Biblioteca del Campus de Ciencias de la Salud			<b>Nombre del sitio</b>	Biblioteca del CIR-Sociales	
<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio</b>	<b>Hora de término</b>	<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio</b>	<b>Hora de término</b>	
Continuo	7:00 7:30	20:00 lunes a viernes 15:00 sábados	Continuo	8:00	15:00	
<b>Nombre del sitio</b>	Biblioteca del Campus de Ciencias Exactas e Ingenierías			<b>Nombre del sitio</b>	Biblioteca José Peón Contreras	
<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio</b>	<b>Hora de término</b>	<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio</b>	<b>Hora de término</b>	
Continuo	7:00	20:00	Continuo	7:30	20:00	
<b>Nombre del sitio</b>	Biblioteca Renán Irigoyen Rosado			<b>Nombre del sitio</b>	Biblioteca Jorge Bolio Castellanos	
<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio</b>	<b>Hora de término</b>	<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio</b>	<b>Hora de término</b>	
Continuo			Continuo			

	7:30	20:00		7:00 8:00	21:00 lunes a viernes 13:00 sábados
<b>Nombre del sitio</b>	Biblioteca Central		<b>Nombre del sitio</b>	Biblioteca de la Unidad Multidisciplinaria Tizimín	
<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio</b>	<b>Hora de término</b>	<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio</b>	<b>Hora de término</b>
Continuo	8:00	20:00	Continuo	7:30	20:00
<b>Nombre del sitio</b>	Biblioteca Carlos Castillo Montes de Oca		<b>Nombre del sitio</b>		
<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio</b>	<b>Hora de término</b>	<b>Turno</b>	<b>Hora de inicio</b>	<b>Hora de término</b>
Continuo	7:00 7:00 7:00	21:45 lunes a jueves 20:45 viernes 13:45 Sábados			
Anexo	9:00 17:00 8:00	15:00 19:45 12:00 sábados			

**6. Cambios al alcance de certificación** En caso de cambios en éste sección, favor de comunicarlo a su ejecutiva de Servicio a Cliente.

<input type="checkbox"/>	Cambio significativo en la frase del alcance	<input type="checkbox"/>	Cambios en la línea de productos
<input type="checkbox"/>	Cambio / adición / eliminación de sitio(s)	<input type="checkbox"/>	Cambio de nombre / propiedad
<input type="checkbox"/>	Incremento/decremento en el número de empleados comparado con el número de empleados declarados en la Carta de Confirmación	<input type="checkbox"/>	Modificación de actividades (para certificados multi-sitios)
<input type="checkbox"/>	Cambio en Aspectos/Peligros Significativos (Únicamente EHS)	<input type="checkbox"/>	Otros
Detalles del cambio:			

**7. Listar las fechas de cualquier auditoría interna y revisiones por la dirección desde la última auditoría de ABS, incluyendo cualquier acción significativa o acciones correctivas**

Fecha de la Rev. Directiva	Líneas de acción & Acciones correctivas
23 de febrero de 2016	Revisar los resultados de la encuesta de satisfacción, el instrumento de medición y la metodología. 30 de abril de 2016.
23 de febrero de 2016	Continuar con la revisión de la literatura recomendada en los programas MEFI. 18 de diciembre de 2016.
Fecha de la Auditoría interna	Líneas de acción & Acciones correctivas
26 de febrero de 2016 al 1º de marzo de 2016.	Acción en proceso de documentación (pendiente folio)
11 de diciembre 2015	Cero no conformidades, 1 oportunidad de mejora

<b>8. Equipo de Protección Personal Requerido</b>	N/A
---	-----

**9. Favor de listar los requerimientos legales y regulatorios relevantes dentro del alcance del sistema de gestión.**

N/A
-----

**10. Contestar por clientes que realizan proyectos fuera de sitio que están incluidos dentro del Alcance de Certificación** (por ejemplo: construcción, Administración de proyectos, etc).

Número total de proyectos activos:								
Tipo de	Ciudad,	Actividades	Número	Fechas de	¿Se administran	¿Aplican	¿Se utiliza	¿Aplican

Proyecto	Estado		total de empleados	Proyecto	Sub contratistas en el sitio?	requerimientos específicos de cliente?	equipo que requiere licencia?	requerimientos legales / regulatorios?
					S / N	S / N	S / N	S / N
					S / N	S / N	S / N	S / N
					S / N	S / N	S / N	S / N
					S / N	S / N	S / N	S / N
					S / N	S / N	S / N	S / N

**Representante del cliente:** **Paulina Martínez Navarrete**      **Fecha:** **18 de marzo de 2016**

**Para uso exclusivo del Auditor Líder de ABS:**

¿El número de empleados fue proporcionado para cada sitio listado en el Certificado de ABS QE que está programado para ser auditado?       Si       No

Si la respuesta es "No" a la pregunta de arriba, favor de contactar al cliente para conocer el número de empleados.

¿El número de empleados provisto concuerda con el número de empleados listado en la Carta de Confirmación?       Si       No

Si la respuesta es "No" a la pregunta de arriba, favor de contactar a la oficina de ABS QE para recibir instrucciones.

ABS QE Auditor Líder: Guillermo Pisanty Marín      Fecha: 16/Mayo/2016