

Reporte de Auditoría No: QE - 46404 - 1/0 - X

Organización: **Universidad Autónoma de Yucatán**

Contacto: Paulina Martinez

Teléfono: 01 999 9231495

Fecha de Reporte: 10/07/2014

Fechas de Auditoría: 09/02/2014 - 09/04/2014

Duración de Auditoría: 2.5 día(s) auditor

Norma(s): ISO 9001:2008

Número total de empleados verificados en sitio: 7

Facultad de Enfermería el área de informática 3

Facultad de Educación el área de informática 4

Código(s) IAF/NACE: 33/72.2 33/72.5

Miembro(s) del Equipo Auditor Jorge Mendez - Auditor Líder, Magdiel Martinez Quiroga - Auditor

Alcance de certificación:

Design and Provision of services of information and communications technologies

Diseño y Provision de servicios de tecnologías de información y comunicaciones

Recomendación (es) del Equipo Auditor:		
Fase II/ Extensión de Alcance / Transferencia: <input type="checkbox"/> Aprobado <input checked="" type="checkbox"/> Abierto		
Vigilancias: <input type="checkbox"/> Continúa <input type="checkbox"/> Continúa sujeto a acciones correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación		
Auditoría de Renovación: <input type="checkbox"/> Re-Aprobado <input type="checkbox"/> Re-aprobado sujeto a acciones correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación		
¿Se requiere visita de seguimiento?	Duración recomendada:	Fechas Tentativas:
<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	N/A	N/A

Resultados de Auditoría:			
No. Total de No conformidades	2	No. de NCs Mayores	1
No. de NCs menores	1		
Únicamente para auditorías de vigilancia y re-certificación			Si
¿Existen no conformidades repetitivas/repetidas de auditoría(s) previas?			<input type="checkbox"/>
¿Existen cambios o recomendaciones de cambios que afecten el Alcance de Certificación? (en caso afirmativo, completar la sección de cambios de la página 2)			<input checked="" type="checkbox"/>
			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? (Requerido para el programa de certificación ISO/TS 16949)			<input type="checkbox"/>
Si se recomienda el cambio, mencione la duración recomendada			<input checked="" type="checkbox"/>
		Fecha de inicio	Fecha de término
Fechas para la siguiente auditoría		1° Sept 2015	4 Sept. 2015

Acuse de recibo del reporte de auditoría (únicamente para TS 16949)		Reporte Final	Borrador
Un reporte por escrito de auditoría (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.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acuse de recibo del Reporte Final de Auditoría	Firma Manuscrita	Correo Electrónico	
Reporte Final de Auditoría fue recibido por el Rep. de la Dirección del cliente:	<input type="checkbox"/> Rep. Dir.: _____ <i>Firma</i>	<input type="checkbox"/> Ver correo adjunto	

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

Cambios que afectan el alcance de Certificación			
Instrucciones:			
1. Contactar a la oficina de ABS para aprobación antes de iniciar cambios.			
2. Referirse al procedimiento QE-OPS-305 para Extensiones de Alcance.			
3. Marcar la casilla de "Si" en la tabla de la página 1 de este reporte para indicar cambios identificados.			
<input type="checkbox"/>	Cambio significativo en la frase del alcance	<input type="checkbox"/>	Cambios en las líneas de productos
<input type="checkbox"/>	Cambio / adición / eliminación de sitio(s)	<input checked="" type="checkbox"/>	Incremento/decremento en el número de empleados
<input type="checkbox"/>	Cambio de nombre / propiedad	<input type="checkbox"/>	Otros:
No es necesario contactar a la oficina en los siguientes casos:			
<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 proveedor OEM <i>(TS 16949 only)</i>
<input type="checkbox"/>	Modificación / Adición de código NACE	<input type="checkbox"/>	
Detalles del cambio:			
Se notificó a la oficina de ABS que en la Facultad de Enfermería el área de informática en vez de ser una persona de planta y dos becarios, se encontró un responsable, dos personas de base y dos becarios, considerándose 3 personas de planta, por lo que el número total de personal para este proyecto se eleva de 46 a 48 personas. Se recibió respuesta del personal de operaciones de ABS respecto a que este número no requiere tiempo adicional de auditoría.			

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:

Se anexan en esta auditoría de expansión de alcance dos sitios a este sistema de gestión certificado: Facultad de enfermería y Facultad de educación. Se considera que la redacción del alcance se queda con la redacción original. Se detecta una no conformidad menor en liberación del producto al cliente y una no conformidad mayor en trazabilidad por lo que se requerirá respuesta en un plan de acción de acuerdo al formato propuesto en este reporte de auditoría.

Dado que se revisaron otros procesos además de los de prestación de servicio queda de manifiesto evidente implementación y su integración con el sistema de gestión de calidad en conjunto, pudiendo evidenciar los enlaces de estos procesos y sitios respecto al sistema en general. Esto fue evidente en auditorías internas, acciones correctivas, preventivas y de mejora, análisis de indicadores, así como su integración con la revisión por la dirección.

Se considera que después de recibir de forma satisfactoria los planes de acción correctiva de ambas no conformidades se puede proceder a la integración de estos sitios de manera satisfactoria, por lo que el resultado final requiere la contestación completa de las acciones a ser enviadas por parte del personal de la organización.

Sitios Auditados:

Facultad de Educación-Centro de Tecnologías de la Información y Comunicación-Calle 41 S/N por 14 Col. Industrial ex.terrenos el Fénix-Mérida-Yucatán-México--4-1-Technical support, system design
Facultad de Enfermería-Centro de Tecnologías de Información-Calle 90 S/N entre 59x59 a espaldas de Hospital O´Haran-Mérida-Yucatán-México--2-1-Equipment loan and technical support

Exclusiones (únicamente SGC)		Si	No
¿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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Requerimiento Excluido	Justificación para la exclusión		
7.3	Para la coordinación administrativa de Tecnologías de información y la facultad de enfermería se excluyen todos los requerimientos relativos a la clausula 7.3 Diseño y desarrollo, ya que sus servicios están enfocados solo a proporcionar atención al usuario y soporte técnico. En el caso de el sitio de Facultad de educación si es aplicable este requerimiento.		
Procesos Sub Contratados (únicamente SGC)		Si	No
¿La Organización tiene procesos sub contratados? En caso afirmativo, listar los procesos sub contratados: Servicios gestionados a CATI (Coordinación Administrativa se Tecnologías de información) Capacitaciones, mantenimiento externo, servicios de soporte técnico Políticas y requerimientos para la atención a usuarios, encuestas de atención a usuarios		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿la organización tiene implantados controles adecuados sobre los		<input checked="" type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>

procesos sub contratados? *(Sistema de atención a usuarios SAU)	<input type="checkbox"/> No Auditado	
Interacción entre los procesos (Únicamente SGC)	Si	No
¿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"/>

Turno	Hora de inicio del turno	Hora de término de turno
1	7:00	3:00 a.m.
2	3:00	8:00 p.m.

Auditoría a todos los turnos (Requerido para todos los estándares)	Si	No
¿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:		

Requerimientos legales y otros	Si	No
¿La organización ha identificado los requerimientos legales y otros que le son aplicables?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Revisión por la Dirección:	Si	No
¿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"/>
Auditorías Internas	Si	No
¿Las auditorías internas fueron implantadas efectivamente y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acción correctiva y preventiva	Si	No
¿Las acciones correctivas y preventivas fueron efectivamente implantadas y en cumplimiento con los requerimientos de la norma?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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)
			Ninguna

Acción(es) correctiva(s) aún en proceso para la(s) No Conformidad(es) No: Ninguna

Acción(es) correctiva(s) **NO** efectiva(s) para la(s) No Conformidad(es) No: Ninguna

Procesos / Funciones Auditados:

<p>Procesos (para SGC): Provisión de servicios de tecnologías de información y comunicaciones - Facultad de enfermería -----</p>
<p>Métricos de desempeño: Solicitudes atendidas en 48 horas o menos (Marzo 94%, Abril 94%, Meta 85%) Porcentaje de servicios proporcionados (% demanda de servicios). Porcentaje de solicitudes atendidas respecto al préstamo de equipos. Nivel de satisfacción del usuario (Meta 85% real 85% Mayo-junio 2014)</p>
<p>Entradas: Solicitudes de atención de servicio capturadas por los usuarios, solicitud de préstamo.</p>
<p>Salidas: Solicitudes de atención de servicio atendidas, indicadores, nivel de satisfacción del usuario, préstamo realizado</p>
<p>Documentos/Registros:</p> <p>P-FFNF-CTI-01 Procedimiento de Atención a usuarios y soporte de servicios de tecnología de información P-FFNF-CTI-02 Procedimiento para proporcionar servicios de cómputo en el CTI (Centro de Tecnologías de Información). P-FFNF-CTI-03 Procedimiento para el préstamo de equipos L-FENF-CTI-01 Reglamento interno de el centro de tecnologías de Información Sistema de atención a usuarios (SAU) Sistema de control de CTI (SCCTI) Cátalogo de servicios L-SG-CATI-04 Políticas institucionales de seguridad en cómputo Solicitud de servicio (formato digital). Reporte de incidente atendido (formato digital). Incidente por atender (formato digital). F-FENF-CTI-06 Formato de encuesta. BF-FENF-CTI-03 Control de impresiones BF-FENF-CTI-04 Ficha compromiso BF-FENF-CTI-09 Bitácora para préstamo de llaves de locker´s C-FENF-CTI-01 Cátalogo de equipo para préstamo M-DGF-CGDF-03 Política para la administración de bienes muebles</p>
<p>Notas de Auditoría:</p> <p>Se realiza una evaluación por porcentaje de los tipos de servicios ofrecidos: Los principales son Asesoría técnica, fallo de equipo de cómputo, información general, instalación de programas, solicitud de área física CTI, fallo de red, elaboración de carteles, instalación de servicios de internet, préstamo de equipos(externo y CTI), instalación de equipos, servicios de impresión, encontrando cumplimiento en los procesos evaluados.</p> <p>Se cuenta con un reglamento interno de el centro de tecnologías de Información que contempla aspectos relativos al servicio a alumnos como para apoyo a académicos y administrativos en lo relativo a horarios, usuarios, uso de computadoras, uso de equipos de impresión, préstamo de equipos y accesorios, así como préstamo de áreas físicas del centro de tecnologías de información, así como suspensiones y sanciones.</p> <p>Procedimiento de Atención a usuarios y soporte de servicios de tecnología de información. Los usuarios presentan sus solicitudes a través del sistema de atención a usuarios (SAU). La atención a incidencias se realiza en un tiempo máximo de 48 horas después de su registro. Se revisan las incidencias y se asigna al personal adecuado. Posterior a la atención de la contingencia el personal de TI notifica al usuario sobre la atención realizada y las recomendaciones a seguir verificando también si hay requerimientos adicionales. Se mide el nivel de satisfacción del usuario obteniendo resultados aceptables. (Meta 85% real 85% Mayo-junio 2014). Se realiza el seguimiento y cierre de requerimientos en Office communicator. Se encontró cumplimiento en este proceso.</p> <p>8.4 En los servicios de impresión se recibieron comentarios adversos por lo que se levantó una acción correctiva, esto después de analizar un histograma de comentarios en el nivel de satisfacción de cliente. Acción correctiva AC14-FENF-CTI-03 "No se cuenta con la impresora adecuada en el área de CTI para la cantidad de trabajo requerido, evidencia; existía equipo inadecuado para la prestación del servicio. En las encuestas del día 25 de abril de 2014 se encontró que tuvieron problemas con la impresión. Se adquirió la infraestructura requerida.</p>

Solicitud 216 Solicitando asesoría técnica, se asignó en el sistema de atención a usuarios durante la auditoria, el técnico de acuerdo al perfil requerido al servicio (cuando marca no timbra el teléfono). Proceso de remodelación de infraestructura. 2 Sept. 2014

Solicitud 200 26 agosto 2014, Finalización 29 agosto 2014, no podía enviar correos y los correos llegan al correo actual, solicitud asignada. Se asigna esta tarea de asignación de correos a CATI.

Solicitud 135 Solicitud de servicio de internet 3 julio 2014, finalización el 10 de Julio 2014. Se solicita el servicio de instalación de internet para PLE Christian Jesús Gómez May, así como el programa Office Communicator. Se dio seguimiento y se cuenta con evidencia de notificación de cierre de solicitud atendida.

Solicitud 157 Solicitud de servicio de internet 14 julio 2014, finalización el 11 de agosto 2014. Actualización de programa de PC, se solicitó actualización del programa skype y antivirus para óptimo uso de recursos.

Solicitud 114 Solicitud de Requerimiento de actualización y mantenimiento de antivirus, 23 julio 2014, finaliza la atención el 1° Julio 2014. Actualización realizada.

Solicitud 130 Solicitud por falla en el servicio de internet, 1° Julio 2014, se finaliza el 8 de julio 2014. SE reporta sin incidentes después de la instalación. Se solicita actualizar Mozilla para compatibilidad con web de CONACYT.

Solicitud 118 Solicitud de préstamo de equipo, llega el 25 de junio 2014, se finaliza el 30 de junio 2014, préstamo de equipos de cómputo e impresoras para contratación con SSY (Servicios de Salud de Yucatán). 2 computadoras y 2 impresoras, disponibles en salón no 8 para contratación de prestadores de servicio social.

Procedimiento para proporcionar servicios de cómputo en el CTI (Centro de Tecnologías de Información). Este procedimiento permite proporcionar los servicios de cómputo en el Centro de Tecnologías de Información para estudiantes, docentes y administrativos. Los usuarios se registran en una solicitud en el servicio de control, el alumno selecciona la máquina a utilizar y al finalizar el servicio se registra en el sistema de control de nuevo. Se provee servicio de impresión en las máquinas para este fin, y de acuerdo a la ficha correspondiente y se entregan las impresiones realizadas. Después de la verificación de fichas se procede al registro en bitácora para llevar un control de impresiones. Se llevan a cabo los registros en el sistema de control de CTI (SCCTI). Proceso encontrado en cumplimiento. Se lleva a cabo un control de impresiones llevadas a cabo por los usuarios, fichas de impresión, uso de ficha compromiso y bitácora para préstamo de llaves de locker's.

Procedimiento para el préstamo de equipos. A través de este procedimiento se proporciona al usuario el equipo de cómputo para el soporte al proceso de enseñanza – aprendizaje y desarrollo de sus actividades. Se reciben solicitudes que son verificadas para ver la posibilidad de ofrecer el servicio, se lleva a cabo la preparación y entrega de equipos, se lleva un control de los equipos prestados y usuarios de préstamo a través de una bitácora y resguardo de credencial de identificación del usuario. Se cuenta con un reglamento interno de préstamo de equipo de cómputo para aplicación de lineamientos para los casos pertinentes buscando asegurar recuperar los equipos en óptimas condiciones. Se cuenta con un catálogo de equipo para préstamo para la identificación de equipos y una política para la administración de bienes muebles. Proceso encontrado en cumplimiento.

Procesos (para SGC): Auditorias internas / Acciones correctivas , preventivas y de mejora – facultad de Enfermería-----

Métricos de desempeño: Número de no conformidades.

Entradas: Status e importancia de los procesos, así como sus resultados anteriores, requerimientos internos relativos a auditorias y acciones.

Salidas: Planeación, ejecución y reporte de resultados de auditorías de acuerdo a la normativa interna,

acciones correctivas, preventivas y de mejora en cumplimiento.

Documentos/Registros:

F-CIPLADE-CC-13 Reporte de auditoria interna

P-CIPLADE-CC-08 Procedimiento para llevar acabo acciones correctivas y acciones preventivas.

Notas de Auditoría:

Se llevó acabo la primera auditoria interna a estos procesos a integrar en este certificado encontrando como resultado de esta evaluación interna. Se encontró cumplimiento de estas auditorias internas de acuerdo a sus lineamientos internos, así como efectividad en las acciones emprendidas, encontrando acciones correctivas, preventivas y de mejora en adecuado cumplimiento. Se anexan los muestreos realizados, encontrando cumplimiento:

AC-14-FEMF-CTI-04 No conformidad 6.3 No 2 Se encontró evidencia en CTI de que se haya realizado mantenimiento en los equipos de cómputo y aires acondicionados. Se detecta falta de bitácoras de control dadas de alta de forma oficial aunque se realizaba esta actividad. Se llevaron acabo las actividades y está en espera de ser cerrada en el sistema.

AC-14-FEMF-CC-02 No conformidad 7.5.4 No 3 Se encontró en CTI que el usuario puede utilizar los casilleros destinados para el resguardo de pertenencias, sin solicitar la llave correspondiente. Esto se encontró también en el laboratorio de habilidades. Se detecta falta de control de registro y control en el préstamo de llaves para lockers del LH y CTI.

AP14- FENF-SAD-01 Coordinadores deben de estar informados para contratar personal, se detecta por titular del área. Se envía a coordinadores de licenciaturas, posgrados e investigación del F-FENF-SAD-01 Movimientos nominales de académicos. Se detectó desconocimiento de requisitos. Se detecta evidencia de cierre efectivo de la capacitación y envío de calendario a las áreas.

AP14-CTI-01 Posible interrupción del servicio de telecomunicaciones por aire acondicionado arriba de contactos eléctricos. Se reubica el aire acondicionado del SITE. Acción preventiva en proceso.

AP14-FEMF-LH-01 Posible visita de los usuarios al laboratorio para realizar préstamo de material y equipo, durante las fechas programadas para el inventario semestral (abril y noviembre). Esto debido a desconocimiento de periodos de inventario interno por parte de los usuarios. Se publicarán por medio de carteles las fechas programadas para el inventario.

AM-14-FEMF-CE-01 Provisión de servicios de laboratorio y préstamo de instalaciones y equipo de laboratorio. Ampliación y difusión de las fechas de inscripción y reinscripción y reinscripción mediante la publicación en la página web, mejorar en las comunicaciones con los alumnos.

AM-14-FEMF-LH-03 Laboratorio de habilidades. Impartir un taller a estudiantes de enfermería de simuladores de aprendizaje en marco de XXIII semana científica y cultural FENF.

AM-14-FENF-SAC-01 Provisión servicios financieros, materiales y humanos. Dar a conocer los documentos que deben contener el expediente académico mediante una reunión con supervisores de campo práctico de enfermería quirúrgico.

A/O Expandir la aplicación de las acciones correctivas a otros procesos.

A/O Se pueden mejorar las evidencias de seguimiento de las acciones correctivas

Procesos (para SGC): Provisión de servicios de tecnologías de información y comunicaciones - Sitio Facultad de Educación.																														
Métricos de desempeño: Nivel de satisfacción del cliente																														
Entradas: Solicitud de préstamo de equipo mediante sigerti y/o asignación de la sala de clase mediante la bitácora solicitud de sala de clases, devolución del equipo, requerimientos en reglamento																														
Salidas: Préstamo de equipos, registros de control, Nivel de satisfacción del cliente																														
<p>Documentos/Registros:</p> <p>P-FEDU- CTIC-03 Procedimiento para el préstamo de equipo y asignación de clases Instructivo para el préstamo de equipo en el sistema integral de gestión de recursos de tecnología de la información: SIGERTI F-FEDU-CTIC-02 Bitácora de solicitud de sala de clases F-FEDU-CTIC-03 Comprobante de préstamo Oficio libre de solicitud de equipo P-CIPLADE-CC-08 Procedimiento para llevar acabo acciones correctivas y acciones preventivas</p>																														
<p>Notas de Auditoría:</p> <p>Se implementaron 250 evaluaciones en el que 86 fueron de préstamo de equipo (63.2 excelente, 16.2 bien, 4.8 regular, 1.4 malo y .40 pésimo, 92.65 calificación total) y asignación de sala de clase y 164 para soporte técnico (137.4 excelente, 23 bien, 3.6 regular 96.32 calificación total). Se emiten acciones correctivas de las quejas presentadas.</p> <p>AM14-FEDU-CTIC-02 Acción de mejora, fecha de elaboración 7 de marzo 2014, proporcionar una mejor cobertura en el servicio de red inalámbrica, con base a la adquisición de puntos de acceso, ampliación de cobertura para ampliar alcance de la señal. Status: acción en proceso.</p> <p>A/O Se puede mejorar el manejo de quejas</p> <p>Quejas de cliente registran 5 quejas en velocidad de internet – marzo 2014 a junio 2014</p> <p>Procedimiento para el préstamo de equipo y asignación de clases. Se cuenta con un procedimiento para llevar a cabo este proceso a fin de proporcionar el préstamo de equipo de cómputo y audiovisual, así como la asignación de la sala de clases con equipo de cómputo, para apoyar las actividades académicas y administrativas. El equipo incluye computadoras portátiles, bocinas, proyector multimedia, cable VGA, cable de audio, grabadora con reproductor de disco compacto, reproductor de DVD y Blue Ray, cámaras fotográficas, cámaras de video con tripíe y accesorios y grabadora reportera. Se solicita el equipo requerido a través del sistema sigerti y se deja identificación oficial a resguardo como propiedad del cliente. Se lleva una bitácora para controlar los préstamos de sala de clases con equipo de cómputo, registros que permiten coordinar frecuencias de uso. La salas son sala de clases y laboratorio de idiomas. Cuando se recibe oficio o confirmación vía mail, se procede a tener autorización para apartar la sala en la bitácora. Se cuenta con comprobante de los equipos de préstamo. (Folio préstamo: No 4516, 4538, 4559, 4587, 4665, 4675, 4820, 4816, 4794, 4864, 4880, 4810, 4872, 4899, 5034, 5000) Se cuenta con oficios libres de solicitud de equipo emitido por préstamo externo encontrando evidencia de cumplimiento en estos procesos.</p> <p>Registros de solicitudes de sala de clases</p> <table border="0"> <tr> <td>Maestra Myrna Balderas</td> <td>Martes 2 sept. De 9 a 10:45 a.m.</td> <td>Sala de clases</td> </tr> <tr> <td>Alumno Adrián Esquivel</td> <td>Martes 2 sept. De 12:00 a 3:00 p.m.</td> <td>Sala de clases</td> </tr> <tr> <td>Maestro Luis Ganzo Figueroa</td> <td>Martes 6 sept. De 9:00 a 12:00 p.m.</td> <td>Sala de clases</td> </tr> <tr> <td>Maestro Hugo Flores</td> <td>Miércoles 7 mayo De 12:00 a 2:00 p.m.</td> <td>Sala de clases</td> </tr> <tr> <td>Maestra Alejandra Zambrano</td> <td>Viernes 11 de abril De 4:00 a 8:00 p.m.</td> <td>Sala de clases</td> </tr> <tr> <td>Maestra Cecilia Guillermo</td> <td>Viernes 12 de marzo De 6:00 a 8:00 p.m.</td> <td>Sala de clases</td> </tr> <tr> <td>Unidad posgrado PROMEB</td> <td>Lunes 24 de febrero De 7:00 a 16:00 p.m.</td> <td>Sala de clases</td> </tr> <tr> <td>Maestro William Reyes</td> <td>Miércoles 15 de enero De 10:00 a 11:45 a.m.</td> <td>Sala de clases</td> </tr> <tr> <td>Maestra Blanca Adam</td> <td>Jueves 9 de enero De 7:00 a 9:00 a.m.</td> <td>Laboratorio de idiomas</td> </tr> <tr> <td>Maestro Fernando Villalobos</td> <td>Jueves 13 de marzo De 7:00 a 10:00 a.m.</td> <td>Laboratorio de idiomas</td> </tr> </table>	Maestra Myrna Balderas	Martes 2 sept. De 9 a 10:45 a.m.	Sala de clases	Alumno Adrián Esquivel	Martes 2 sept. De 12:00 a 3:00 p.m.	Sala de clases	Maestro Luis Ganzo Figueroa	Martes 6 sept. De 9:00 a 12:00 p.m.	Sala de clases	Maestro Hugo Flores	Miércoles 7 mayo De 12:00 a 2:00 p.m.	Sala de clases	Maestra Alejandra Zambrano	Viernes 11 de abril De 4:00 a 8:00 p.m.	Sala de clases	Maestra Cecilia Guillermo	Viernes 12 de marzo De 6:00 a 8:00 p.m.	Sala de clases	Unidad posgrado PROMEB	Lunes 24 de febrero De 7:00 a 16:00 p.m.	Sala de clases	Maestro William Reyes	Miércoles 15 de enero De 10:00 a 11:45 a.m.	Sala de clases	Maestra Blanca Adam	Jueves 9 de enero De 7:00 a 9:00 a.m.	Laboratorio de idiomas	Maestro Fernando Villalobos	Jueves 13 de marzo De 7:00 a 10:00 a.m.	Laboratorio de idiomas
Maestra Myrna Balderas	Martes 2 sept. De 9 a 10:45 a.m.	Sala de clases																												
Alumno Adrián Esquivel	Martes 2 sept. De 12:00 a 3:00 p.m.	Sala de clases																												
Maestro Luis Ganzo Figueroa	Martes 6 sept. De 9:00 a 12:00 p.m.	Sala de clases																												
Maestro Hugo Flores	Miércoles 7 mayo De 12:00 a 2:00 p.m.	Sala de clases																												
Maestra Alejandra Zambrano	Viernes 11 de abril De 4:00 a 8:00 p.m.	Sala de clases																												
Maestra Cecilia Guillermo	Viernes 12 de marzo De 6:00 a 8:00 p.m.	Sala de clases																												
Unidad posgrado PROMEB	Lunes 24 de febrero De 7:00 a 16:00 p.m.	Sala de clases																												
Maestro William Reyes	Miércoles 15 de enero De 10:00 a 11:45 a.m.	Sala de clases																												
Maestra Blanca Adam	Jueves 9 de enero De 7:00 a 9:00 a.m.	Laboratorio de idiomas																												
Maestro Fernando Villalobos	Jueves 13 de marzo De 7:00 a 10:00 a.m.	Laboratorio de idiomas																												

Maestra Marisol Vermont	martes 8 abril	De 6:00 a 8:00 p.m.	Laboratorio de idiomas
Maestra Norma Rubio	luners 11 de agosto	De 9:00 11:30 p.m.	Laboratorio de idiomas

Al momento de la auditoria se revisó el sistema SIGERTI encontrando evidencia en registros de control de los préstamos activos en el momento de realizar la auditoria:

Préstamo usuario	equipo
5084 06200352	Tripié 2, cámara filmadora 1
5083 12013806	Tripié 3, cámara filmadora 3
5082 03003157	Videoprojector 1
5081 09000670	Tripié no 4 y cámara filmadora 6
5080 09003879	Cámara filmadora No 5 , tripié 5
5079 09001548	Netbook No 3
5058 Silvia Baeza	Netbook No 8

8.3 Servicio no conforme procedimiento no P-CIPLADE-CC-06 tratamiento en cumplimiento.

8.3 Sistema Sharepoint producto no conforme 7 feb. 2014 falta de información respecto al sistema, se realiza plática informativa. Tratamiento en cumplimiento.

AC14-FEDU-CTIC-01 7.2.3 No se sensibilizó al usuario a través de asesorías, pláticas o recursos digitales el proceso para solicitud de préstamo de equipos mediante el sistema integral de gestión de recursos de tecnologías de la información (SIGERTI). Se detecta que el usuario realiza la solicitud segundos antes de su clase y no se da tiempo de conocer de manera efectiva el uso del SIGERTI.

Procesos (para SGC): Facultad de Educación – Acciones correctivas y preventivas
Métricos de desempeño: Número de no conformidades.
Entradas: Status e importancia de los procesos, así como sus resultados anteriores, requerimientos internos relativos a auditorías y acciones.
Salidas: Planeación, ejecución y reporte de resultados de auditorías de acuerdo a la normativa interna, acciones correctivas, preventivas y de mejora en cumplimiento.
Documentos/Registros: F-CIPLADE-CC-13 Reporte de auditoria interna P-CIPLADE-CC-08 Procedimiento para llevar acabo acciones correctivas y acciones preventivas.
Notas de Auditoría: Procesos de auditorias internas encontrado en cumplimiento de acuerdo a la evidencia obtenida y cumpliendo los requerimientos internos y de la norma en 8.2.2. Se anexan acciones implementadas como producto de estas auditorías, encontrando cumplimiento, se anexan las evidencias muestreadas: AP14-FEDU-CTIC-01 Acción preventivo Posible pérdida de información por daño a los equipos de cómputo por contingencias ambientales o climáticas, debido a falta de mantenimiento preventivo a sistemas de tierras físicas y de cargas eléctricas. Se procedió a un diagnóstico y se gestionan los recursos. Se estableció acuerdo entre CTIC y FEDU para realizar anualmente mantenimiento preventivo a tierras físicas y cargas eléctricas. Está programada verificación para 1° diciembre del 2015. Status: Acción preventiva en proceso. AP14-FEDU-CTIC-02 Posibilidad de no contar con el espacio de trabajo dado que se considera el traslado del área de CTIC al área de ciencias sociales. Servicios asociados y el equipo de cómputo necesario para brindar los servicios. Se considera realizar la planeación y seguimiento con autoridades de la facultad. A/O: Se pueden mejorar las acciones preventivas A/O: Se puede mejorar el manejo de quejas

AM14-FEDU-CTIC-01 Establecer controles (inventarios con los datos específicos del equipo) que identifiquen la reserva de los recursos adquiridos para préstamo a los diversos usuarios de la FEDU

AM14-FEDU-CTIC-02 Proporcionar una mejor cobertura en el servicio de red inalámbrica, con base a la adquisición de puntos de acceso.

AM14-FEDU-CTIC-03 Implementación de un formato de control para el acceso a los equipos adscritos al centro de Tecnología de Información y comunicación que se encuentran en el auditorio (materiales de cabina).

Procesos (para SGC): Facultad de Educación -					
Procedimiento para el Soporte Técnico					
Métricos de desempeño:					
80% de Satisfacción del Usuario del CTIC					
Entradas:					
Solicitud de Servicio					
Salidas:					
Servicio prestado o resuelto.					
Documentos/Registros:					
P-FEDU-CTIC-02 Procedimiento para el Soporte Técnico					
Notas de Auditoría:					
Con base en solicitud de los usuarios de la FEdu, se registra la solicitud de servicio en el formato (F-FEDU-CTIC-01) Formato de Servicios y Apoyo Tecnológicos. Una vez que se presta el servicio y apoyo, se solicita al Usuario que llene el formulario de "Evaluación de Satisfacción del Servicio" (F-FEDU-CTIC-10).					
Los servicios que se prestan son:					
<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento preventivo y correctivo de equipo de cómputo. • Apoyo a videollamada. • Configuración de internet inalámbrico. • Asesoría de la plataforma Moodle. • Gestión de cuentas de correo institucional. • Instalación y configuración de equipos periféricos (impresoras, escáneres, etc.) • Asesoría técnica en el manejo de software y hardware. 					
La muestra de servicios prestados es:					
Identificación ISO-9001:2008 7.5.3	Servicio Prestado	Fecha	Verificación Interna de Funcionalidad del Servicio Prestado	Aceptación del Solicitante	Evaluación Satisfacción Servicio
No Identificado	Otro. Apoyo de impresión de cartels.	16-jun-14	No	Si	Si

No Identificado	Asesoría Instalación Driver Escaner	26-jun-14	No	Si	Si
No Identificado	Apoyo en videollamada	20-ago-14	No	Si	Si
No Identificado	Creación de Curso en MOODLE	13-ago-14	No	Si	Si
No Identificado	Edición de imagen en Photoshop	23-may-15	No	Si	Si

Proceso no Conforme

Procesos (para SGC): Facultad de Educación -

Diseño y Desarrollo de Sistemas Web

Métricos de desempeño:

Cumplimiento con especificaciones

Entradas:

Solicitud de Desarrollo

Salidas:

Desarrollo web

Documentos/Registros:

P-FEDU-CTIC-01 Diseño y Desarrollo de Sistemas Web
F-FEDU-CTIC-04 Solicitud de Desarrollo Web
F-FEDU-CTIC-05 Minuta de Reunión
F-FEDU-CTIC-07 Documento Diseño de Interfaz

Notas de Auditoría:

DW-FEDU-2014-01 Sistema de Administración de Congresos Virtuales

Desde el 27 de febrero del 2014 se solicitó por el Maestro William René Reyes Cabrera el desarrollo del Sistema. Actualmente van en el proceso de validación de las pantallas en la revision 3.

En todos los casos se evidencia cumplimiento en quién aprueba la liberación de la etapa y los comentarios del cliente.

Se tiene una fecha estimada para diciembre 2014 de conclusión del software.

Es el único caso de desarrollo de software.

Proceso Conforme.

Avance hacia la mejora continua

N/A

Oportunidades de mejora

Facultad de educación:

- 1.-Se pueden mejorar las acciones preventivas
- 2.-Se puede mejorar el manejo de quejas

Facultad de enfermería

- 1.- Se puede mejorar la aplicación de las acciones correctivas a otros procesos.
- 2.- Se pueden mejorar las evidencias de seguimiento de las acciones correctivas
- 3.- Se pueden mejorar los registros de cierre de solicitudes de atención de usuarios.

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

Esta tabla se basa en la revisión de la Matriz del Historial de Auditoría y en las auditorías previas:

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

Para cualquier No – proporcionar información de soporte:

Efectividad del sistema de gestión durante los últimos 3 años: Registrar los resultados de la revisión aquí.

(Comentarios detallados son requeridos para auditorías de Re-certificación; y para *TODAS las auditorías de vigilancia realizadas durante el 2013 y 2014*)

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

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

Registro de Asistencia

Reunión de apertura: Fecha: 09/01/2014 Hora: 8:30 a.m.
(Compartida con proyectos 40836, 46401, 46403, 46404, 46404-X, 46415)
Reunión de cierre: Fecha: 09/04/2014 Hora: 5:00 p.m.

Nombre	Puesto	Apertura	Cierre
MDO.Juan de Dios Pérez	Coord. de Planeación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtra. Luci Torres	Directora Fac. de Matemáticas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtra. Celia Villanueva	Secretaria Administrativa F. Mat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dr. Guillermo Storey	Dir. Facultad de Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dr. Gabriel Paredes	RD de Facultad de Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lic. Pamela Azcorra	Facultad de Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtra. Silvia Salas	Dir. Facultad de Enfermería	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtra. Lourdes Yam	RD Facultad de Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtra. Ermila Moo	Auditorías Fac. Enfermería	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Q.B.A Sandra Villegas	RD CCBA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtro. Marco Torres	Director CCBA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dra. Zulema Cantillo	Dir. Facultad de Química	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtra. Martha Mena	RD Facultad de Química	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Q.F.B. Giovani Xool	Facultad de Química	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtro. Gabriel Montero	Facultad de Química	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtra. Julieta Guerrero	Dir. Facultad de Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtra. Yheni López	RD. Facultad de Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dra. Nubia Rivero	CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dr.Pedro González	RD CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dr. Mario Carrillo	Coord. General de Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lic. Julieta Guzmán	Coord. General de Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Q.F.B. Pilar Rosado	CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtra. Sally López	Fac. Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ing. Carlos Estrada	Coord. de Licenciatura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Brenda Gómez	CSL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Carolina Castillo	CSES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Erika Osorno	CSEM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtra. Hilda Novelo	Sistema Bibliotecario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lic. Graciela Pastrana	Sistema Bibliotecario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtro. Alberto Arellano	Sistema Bibliotecario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Físico Juan Herrera	CATI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtra. Carmen Díaz	CATI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dra. Norma Pavia	CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dra. Ligia Vera	CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dr. Alfredo Dájer	Rector	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtra. María Ortega	CIPLADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtro. Said Cárdenas	CIPLADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mtro. Eder Pinto	CIPLADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lic. Paulina Martínez	CIPLADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lic. Cecilia Cárdenas	CIPLADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lic. Patricia Escoffíé	CIPLADE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Audit Matrix

Sitio Auditado:	Facultad de Educación	Fechas de Auditoría: 04-SEP-14 - 04-SEP-14 1.5 día(s)- auditor
Dirección:	Centro de Tecnologías de la Información y Comunicación Calle 41 S/N por 14 Col. Industrial ex.terrenos el Fénix Mérida, México	Equipo Auditor: Jorge Mendez – Auditor Líder Magdiel Martinez Quiroga – Auditor.
		Número total de empleados: 4 <i>(incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)</i>

Borrar la fila de cláusulas que no aplican:

Init / RC	Vigilancias					Cláusulas																																
Init / RC	6	12	18	24	30	QMS					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					
A		R		R		Provisión de servicios de tecnologías de información y comunicaciones					A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A			A		A	A	A	A					
A		R		R		Procedimiento para el Soporte Técnico					A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A			M(1)		A	I(1)	A	A	A				
A		R		R		Diseño y Desarrollo de Sistemas Web					A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A			A		A	A	A	A	A				
						Número Total de No conformidades →					0	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0			1		0	1	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 como llenar esta forma)

Planeación de Auditoría y Matriz Histórica

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.

SGC/TS Cláusulas	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				
Expansión de alcance	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	M(1)	0	0	I(1)	0	0	0				
S6																											
S12																											
S18																											
S24																											
S30																											
Renovación																											
Total N/C por Cláusula	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	M(1)	0	0	I(1)	0	0	0				

Plan de Auditoría No: QE - 46404 - 1/36 – R y QE - 46404 - 1/0 - X

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Fecha de envío del plan de auditoría al cliente: 08/25/2014

Equipo Jorge Mendez - Auditor Líder,
Auditor: Magdiel Martínez – Auditor .

Contacto: Paulina Martinez

Tel: 01 999 9231495

Fechas de auditoría: 09/01/2014 - 09/04/2014 Duración de auditoría: R (Recertificación) 5.5 días auditor
Fechas de auditoría: 09/02/2014 y 09/04/2014 Duración de auditoría: X (Expansión de alcance) 2.5 días a.

Norma(s) a auditar: ISO 9001:2008

Número total de empleados: 46

Código(s) IAF/NACE: 33/72.2 33/72.5

Alcance de Certificación:

Design and Provision of services of information and communications technologies

Diseño y Provision de servicios de tecnologías de información y comunicaciones

Objetivos de auditoría:

- Verificar el cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008 y el sistema de gestión documentado de la organización;
- Verificar 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; e
- Identificar áreas de mejoras potenciales.
- **Revisar el Desempeño del Sistema durante los pasados 3 años** (Auditoría de Recertificación)
- Verificar la Implementación del SGC en los nuevos sitios a ser incluidos (Auditoría de Extensión de Alcance)

Día/Hora		Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>	
Auditores		Auditor Jorge Méndez	Auditor Magdiel Martínez
Día 1	8:00 a.m.	Llegada a instalaciones , reunión de auditores - Rectoría – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo, Calle 60 No. 491-A x 57	
	8:30 – 9:00 a.m.	Reunión de apertura con personal de las diferentes áreas Verificación de procesos y de todos los lugares donde éstos ocurren (QMS)	
	9:00 – 12:30 p.m.	Traslado a Periférico Norte Tablaje 13615 Facultad de Matemáticas-CTIC (R) Servicios de tecnologías de información, mantenimiento correctivo y preventivo de equipo Verificación de procesos y de todos los lugares donde éstos ocurren (QMS) Revisión documental	Traslado a Av. Itzáes No. 499 x 59 y 59-A Revisión documental Secretaría Gral- Coord. Admva. de Tecnologías de Información (R) Manual de Calidad y procedimientos Uso de las marcas de certificación Cambios a la organización Objetivos/Metas/Mejora Continua

	<p>Objetivos/Metas/Mejora Continua</p> <p>Elaboración de reporte de auditoria</p> <p>Junta resumen de resultados preliminares del primer día (aprox. 12:00 p.m.)</p> <p>Traslado a - Rectoría – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo</p>	<p>Administración del SGC</p> <p>Auditorías Internas - Acciones Correctivas y Preventivas (Planeación, ejecución y seguimiento)</p>
12:30-13:30 p.m.	Comida	
13:30-17:30 p.m.	<p>Revisión documental Rectoría Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo (R)</p> <p>Manual de Calidad y procedimientos Uso de las marcas de certificación Cambios a la organización Objetivos/Metas/Mejora Continua</p> <p>Administración del SGC Auditorías Internas, acciones correctivas y preventivas, acciones previas (Planeación, ejecución y seguimiento)</p>	<p>-Continua auditoria en mismo sitio- (R)</p> <p>Procesos aplicables a este sitio, servicios de tecnología de información</p> <p>Elaboración de reporte de auditoria</p> <p>Junta resumen de resultados preliminares del primer día (aprox. 15:30 p.m.)</p> <p>Traslado a oficinas centrales - Rectoría – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo, Calle 60 No. 491-A x 57</p> <p>Llegada a oficinas centrales (aprox. a las 16:30 p.m.)</p> <p>Revisión de proceso de auditorias internas con personal de Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo</p>
17:30-18:00 p.m.	Junta resumen de resultados preliminares	

Día/Hora		Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>	
Auditores		Auditor Jorge Méndez	Auditor Magdiel Martínez
Día 2	8:00 a.m.	Llegada a instalaciones en Calle 90 S/N entre 59x59 a espaldas de Hospital O'Haran Verificación de procesos y de todos los lugares donde éstos ocurren (QMS)	Llegada a instalaciones en Av. Itzáes No. 499 x 59 y 59-A
8:30 – 9:00 a.m.		Reunión de apertura con personal	Revisión de puntos pendientes del día anterior
9:00 – 12:30 p.m.		<p>Revisión documental Facultad de Enfermería - Centro de Tecnologías de Información (X)</p> <p>Manual de Calidad y procedimientos Uso de las marcas de certificación Cambios a la organización Objetivos/Metas/Mejora Continua</p> <p>Administración del SGC</p>	<p>Secretaría Gral- Coord. Admva. de Tecnologías de Información (R)</p> <p>Procesos aplicables a este sitio, servicios de tecnología de información</p> <p>Elaboración de reporte de auditoria</p>

	Auditorías Internas - Acciones Correctivas y Preventivas (Planeación, ejecución y seguimiento)	
12:30-13:30 p.m.	Comida	
13:30-15:30 p.m.	-Continua auditoria en mismo sitio- (X) Procesos aplicables a este sitio, Préstamo de equipos y asistencia técnica Elaboración de reporte de auditoria	-Continua auditoria en mismo sitio- (R) Procesos aplicables a este sitio, servicios de tecnología de información Elaboración de reporte de auditoria
15:30-16:00 p.m.	Junta resumen de resultados preliminares	Junta resumen de resultados preliminares
16:00-16:30 p.m.	Elaboración de reporte de auditoria	

Día/Hora		Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>	
Auditores		Auditor Jorge Méndez	Auditor Magdiel Martínez
Día 3	8:00 a.m.	Traslado a Periférico Norte Tablaje 13615 Llegada a instalaciones	Llegada a instalaciones en Av. Itzáes No. 499 x 59 y 59-A
8:30 – 9:00 a.m.		Revisión de puntos pendientes del día anterior	Revisión de puntos pendientes del día anterior
9:00 – 12:30 p.m.		Facultad de Matemáticas-CTIC (R) Servicios de tecnologías de información, mantenimiento correctivo y preventivo de equipo Administración del SGC Auditorías Internas - acciones correctivas y preventivas, a. correctivas previas (Planeación, ejecución y seguimiento),	Secretaría Gral- Coord. Admva. de Tecnologías de Información (R) Procesos aplicables a este sitio, servicios de tecnología de información Elaboración de reporte de auditoria
12:30-13:30 p.m.		Comida	
13:30-15:30 p.m.		-Continua auditoria en mismo sitio- Facultad de Matemáticas-CTIC (R) Servicios de tecnologías de información, mantenimiento correctivo y preventivo de equipo Procesos aplicables a este sitio Elaboración de reporte de auditoria	Traslado a Ave. Itzaes No. 490 x 59 Secretaría Gral-Centro de Operaciones de la Red (R) Procesos aplicables a este sitio Elaboración de reporte de auditoria
15:30-16:00 p.m.		Junta resumen de resultados preliminares	Junta resumen de resultados preliminares
16:00-16:30 p.m.		Elaboración de reporte de auditoria	

Día/Hora		Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u>	
Auditores		Auditor Jorge Méndez	Auditor Magdiel Martínez
Día 4	8:00 a.m.	Llegada a instalaciones en Calle 41 S/N por 14 Col. Industrial ex.terrenos el Fénix	
8:00 - 8:30 a.m.		Reunión de apertura Verificación de procesos y de todos los lugares donde éstos ocurren (QMS)	
8:30 – 12:00 p.m.		Facultad de Educación, Centro de Tecnologías de la Información y Comunicación (X) Soporte técnico y diseño de sistemas Procesos aplicables a este sitio Elaboración de reporte de auditoria Traslado a oficinas – Rectoría – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo (De 12:30 a.m. a 1:00 p.m. aprox.)	Facultad de Educación, Centro de Tecnologías de la Información y Comunicación (X) Soporte técnico y diseño de sistemas Revisión documental Manual de Calidad y procedimientos Uso de las marcas de certificación Cambios a la organización Objetivos/Metas/Mejora Continua Administración del SGC Auditorías Internas - Acciones Correctivas y Preventivas <i>(Planeación, ejecución y seguimiento)</i> Procesos aplicables a este sitio
12:00-12:30 p.m.		Comida en Facultad de Educación	
12:30-15:00 p.m.		Rectoría Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo (R) Administración del SGC Acciones Correctivas y Preventivas	Soporte técnico y diseño de sistemas (X) Procesos aplicables a este sitio Elaboración de reporte de auditoria
15:00-15:30 p.m.		Junta resumen de resultados preliminares	Junta resumen de resultados preliminares
15:30-16:00 p.m.		Elaboración de reporte de auditoria	Traslado a - Rectoría – Coordinación Institucional de Planeación y Desarrollo
16:00-17:00 p.m.		Reunión de auditores de las diferentes auditorias	
17:00-18:00 p.m.		Junta de cierre con el personal de las diferentes áreas	

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

Nota: 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 auditoria

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

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

Favor de indicar el Equipo de Protección Personal 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

ABS Quality Evaluations

AN ABS GROUP COMPANY

- Lista de objetivos, metas y programas
- Lista de los contratistas y/o proveedores utilizados para actividades relacionadas a lo ambiental, seguridad y salud ocupacional (no necesario para algunos programas, ejem ISO 9001).

Instrucciones para el auditor: Favor de tomar en cuenta que las justificaciones para cambios al plan de auditoría deben ser proporcionados y que las horas de la junta de apertura y cierre deben ser consistentes con las horas del registro de asistencia de la junta de apertura/cierre.

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)

- Reunión informativa introductoria y de emergencias
 - a. Procedimiento/proceso/política de evacuación de emergencia del Cliente
- Explicar la Política de Confidencialidad de ABS QE
- Revisar el Alcance de Auditoría:
 - Norma / Especificación a ser utilizados.
 - Verificar/Reconfirmar productos/Servicios en el alcance a ser certificado
 - Verificar Sitios y Actividades listados en el Certificado en el sitio Web de ABS QE (www.ab-qe.com) (Para TS 16949: cuando se auditan Sitios de Soporte Remotos se debe verificar la precisión de las actividades para todos los certificados en que el Sitio de Soporte Remoto está incluido).
 - Verificar la copia del certificado del cliente comparada con el Certificado listado en el sitio web de ABS QE.
 - Confirmar la cantidad de empleados o cualquier cambio en la cantidad de empleados desde la actividad previa de auditoría y determinar si los cambios afectarán el número de días de auditoría
 - Verificar la precisión del Código IAF/NACE de acuerdo a QE-OPS-887
 - Reconfirmar la precisión de la Frase del Alcance

- Definir el Objetivo de Auditoría
- La Política de ABS QE sobre la observación de violaciones regulatorias durante la auditoría
- Explicar el conflicto de intereses entre auditar y consultar
- Explicar el rol de los consultores (Para TS 16949–Los Consultores no son permitidos–Ver Reglas Sección 3.1.g)
- Comentar las condiciones bajo las cuales la auditoría pudiera terminar prematuramente
- Identificar los guías y definir las responsabilidades de éstos
- Explicar el criterio de clasificación para las no conformidades (NC's)
- Definir el criterio para la recomendación
- Juntas diarias de Recapitulación

- Específicos para Auditorías SA 8000 / BSCI

Junta de Cierre: (Marcar el cuadro para indicar que el elemento fue verificado/confirmado/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 entrevistados 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

ABS Quality Evaluations

AN ABS GROUP COMPANY

- [x] Revisar las Instrucciones de Respuesta de CARs como están definidas en el Reporte de Auditoría o por los Requerimientos Específicos del Programa:
- [x] Definir el criterio para la recomendación
- [x] Decir que las Decisiones Finales de Certificación son responsabilidad del Departamento de Certificación
- [x] Explicar el proceso de auditoría de Follow-up y porque es requerida (según sea apropiado, por ejemplo NCs mayores)
- [x] Explicar el Proceso de Apelación y Quejas
- [x] 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

- Completar y enviar la(s) forma(s) de Acción Correctiva adjuntas para todas las no conformidades identificadas
- Enviar un correo electrónico a: **El Auditor Líder y oficina local de ABS.**
- Para **auditorías de Re-Certificación** las Respuestas de Acciones Correctivas deben ser enviadas con suficiente 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.

Requerimientos específicos para el Programa TS 16949:

- Para no conformidades **MAYORES** los puntos 1 y 2 deben ser enviados a ABS QE dentro de los **20 días** posteriores a la fecha de la junta cierre, y los puntos 3 y 4 (de abajo) dentro de los **60 días** posteriores a la fecha de la junta de cierre.
- Para no conformidades menores, los puntos 1 al 4 deben ser enviados dentro de los **60 días** posteriores a la fecha de la junta de cierre.
- Las respuestas de acciones correctivas deben incluir:
 1. Evidencia objetiva de las actividades de corrección/contención, como sea aplicable.
 2. Causa raíz, incluyendo la metodología utilizada, análisis y resultados.
 3. Acciones correctivas sistémicas implementadas con evidencia objetiva de implementación para eliminar cada no conformidad, incluyendo la consideración del impacto en otros procesos y productos similares.
 4. Verificación de la efectividad de las acciones correctivas implementadas

De acuerdo a las Reglas Sección 5.11.3 No Conformidad Mayor requiere de verificación en sitio de la acción correctiva y la Sección 8.3 No Conformidad Mayor en auditoría de Vigilancia o re-certificación resulta en recomendación de Suspensión del Certificado.

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

46404 - 1/00 - X	RAC No.: 1												
Cláusula No.: 7.5.3	Mayor / Menor: Mayor												
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA													
Requerimiento: ISO-9001:2008 requiere en 7.5.3 que: "Cuando la trazabilidad sea un requisito, la organización debe controlar la identificación única del producto y mantener registros."													
No conformidad: En cinco de cinco casos de servicios de Soporte Técnico , no se identificó de manera única el servicio prestado, siendo que consideran: Fecha+Usuario+Tipo de Servicio, pero ésta forma de identificar no asegura la rastreabilidad del servicio dado que se pueden duplicar los datos para el mismo día.													
Evidencia: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Servicio Prestado</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Otro. Apoyo de impresión de cartels.</td> <td>16-jun-14</td> </tr> <tr> <td>Asesoría Instalación Driver Escaner</td> <td>26-jun-14</td> </tr> <tr> <td>Apoyo en videollamada</td> <td>20-ago-14</td> </tr> <tr> <td>Creación de Curso en MOODLE</td> <td>13-ago-14</td> </tr> <tr> <td>Edición de imagen en Photoshop</td> <td>23-may-15</td> </tr> </tbody> </table>		Servicio Prestado	Fecha	Otro. Apoyo de impresión de cartels.	16-jun-14	Asesoría Instalación Driver Escaner	26-jun-14	Apoyo en videollamada	20-ago-14	Creación de Curso en MOODLE	13-ago-14	Edición de imagen en Photoshop	23-may-15
Servicio Prestado	Fecha												
Otro. Apoyo de impresión de cartels.	16-jun-14												
Asesoría Instalación Driver Escaner	26-jun-14												
Apoyo en videollamada	20-ago-14												
Creación de Curso en MOODLE	13-ago-14												
Edición de imagen en Photoshop	23-may-15												

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)			
<i>Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad. Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad. Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables? 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. Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</i>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

Para Auditorías TS 16949: VERIFICACIÓN DEL CLIENTE		
DESCRIPCIÓN	Responsable	FECHA
1.		

2.		
Listar la evidencia de verificación de las acciones correctivas enviadas con la respuesta de la RAC:		

Requisición de Acción Correctiva

46404 - 1/00 - X		RAC No.: 2													
Cláusula No.: 8.2.4		Mayor / Menor:	Menor.												
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA															
<p>Requerimiento: ISO-9001:2008 requiere en 8.2.4 que: "Los registros deben indicar la(s) persona(s) que autoriza(n) la liberación del producto al cliente (véase 4.2.4 Control de Registros)", además, el procedimiento P-FEDU-CTIC-02 Procedimiento para el Soporte Técnico, establece en 4.1 "Verificar la funcionalidad del equipo mediante la realización de pruebas."</p>															
<p>No conformidad: No se evidenció en cinco de cinco casos que se identificara la persona que autorizó el servicio ni el procedimiento indicaba qué registro era el aplicable en la verificación de la funcionalidad.</p>															
Evidencia:															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Servicio Prestado</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Otro. Apoyo de impresión de cartels.</td> <td>16-jun-14</td> </tr> <tr> <td>Asesoría Instalación Driver Escaner</td> <td>26-jun-14</td> </tr> <tr> <td>Apoyo en videollamada</td> <td>20-ago-14</td> </tr> <tr> <td>Creación de Curso en MOODLE</td> <td>13-ago-14</td> </tr> <tr> <td>Edición de imagen en Photoshop</td> <td>23-may-15</td> </tr> </tbody> </table>				Servicio Prestado	Fecha	Otro. Apoyo de impresión de cartels.	16-jun-14	Asesoría Instalación Driver Escaner	26-jun-14	Apoyo en videollamada	20-ago-14	Creación de Curso en MOODLE	13-ago-14	Edición de imagen en Photoshop	23-may-15
Servicio Prestado	Fecha														
Otro. Apoyo de impresión de cartels.	16-jun-14														
Asesoría Instalación Driver Escaner	26-jun-14														
Apoyo en videollamada	20-ago-14														
Creación de Curso en MOODLE	13-ago-14														
Edición de imagen en Photoshop	23-may-15														

IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)			
<p><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> <i>Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables?</i> <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> <i>Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</i></p>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

Para Auditorías TS 16949: VERIFICACIÓN DEL CLIENTE		
DESCRIPCIÓN	Responsable	FECHA
1.		
2.		

Listar la evidencia de verificación de las acciones correctivas enviadas con la respuesta de la RAC:

Requisición de Acción Correctiva

46404 - 1/0 - X	RAC No.:
Cláusula No.	Mayor / Menor:
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	
Requerimiento:	
No conformidad:	
Evidencia:	

(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. Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad. Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables? 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. Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</i>			
DESCRIPCIÓN	Fecha:	Responsable	Evidencia Objetiva:
1.			
2.			

Para Auditorías TS 16949: VERIFICACIÓN DEL CLIENTE		
DESCRIPCIÓN	Responsable	FECHA
1.		
2.		
Listar la evidencia de verificación de las acciones correctivas enviadas con la respuesta de la RAC:		

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Certificado No. 46404

Con el propósito de asegurar una planeación apropiada de auditoría, favor de completar esta forma y enviarla por correo electrónico al Auditor Líder, a fin de que pueda elaborarse la agenda de auditoría.

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
Coordinación Administrativa de Tecnologías de Información (CATI y Centro de Operaciones)			
Alcanzar un porcentaje de al menos el 90% de satisfacción de los clientes, en el ciclo de atención.	>= 90%	100%	Los clientes indicaron en la encuesta de satisfacción, estar satisfechos o totalmente satisfechos.
Concluir el 85% de los acuerdos con los clientes, en el tiempo en el que fueron comprometidos, en el ciclo de atención.	>= 85%	95.99%	Se mantiene el índice por arriba del umbral
Alcanzar un porcentaje de al menos el 95% de satisfacción en los servicios proporcionados a los usuarios, semestralmente.	>= 95%	96.41%	Se mantiene el índice por arriba del umbral.
Concluir el 82% de los servicios solicitados por los usuarios en el tiempo comprometido, semestralmente.	>= 82%	91.23%	Se mantiene el índice por arriba del umbral.
Mantener por debajo del 15% el índice de reportes de seguridad recibidos en el Sistema de Atención Usuarios, semestralmente.	<= 15%	15%	Se mantuvo el índice en el umbral
Mantener disponibles, por encima del 90% del tiempo de operación, los 5 servicios de TI institucionales más demandados, semestralmente.	>= 90%	96.42%	Se mantiene el índice por arriba del umbral. Es la primera medición que se realiza del objetivo.
Centro de Tecnologías de Información y Comunicaciones (CTIC-Facultad de Matemáticas)			
Mantener en 2014 un margen de error máximo de 20% en la planeación de la aplicación web	20%	10%	Medición Enero-junio 2014
Garantizar anualmente en un 95% la disponibilidad de los servicios de la red de la FMAT.	95%	95.67%	Medición Enero-junio 2014
Alcanzar en 2014 el nivel de satisfacción de al menos 60% de los usuarios de la red.	60%	57.25%	Medición Enero-junio 2014
Incrementar durante el 2014 un 2% el nivel de satisfacción del usuario en cuanto a los servicios de mantenimiento y reparación del equipo de cómputo.	92%	100%	Medición Enero-junio 2014
Alcanzar en 2014 al menos un 80% de satisfacción de los usuarios de compras directas.	80%	49%	Enero-junio 2014
Entregar al menos al 80% de los usuarios sus productos en 5 días	80%	100%	Enero- junio 2014

hábiles después de la entrega del proveedor.			
Mantener durante el 2014 el nivel de satisfacción del 90% en el servicio de impresión dentro del centro de cómputo.	90%	92%	Medición Enero-junio 2014
Mantener durante el 2014 el nivel de satisfacción del 95% en el servicio de préstamo de equipo de cómputo y audiovisual.	95%	100%	Medición Enero-junio 2014
Mantener durante el 2014 el nivel de satisfacción del 90% en el servicio de préstamo de sala de cómputo.	95%	92%	Medición Enero-junio 2014
Incrementar durante el 2014 un 3% el nivel de satisfacción en el servicio de impresión en el área de profesores.	93%	98%	Medición Enero-junio 2014
Incrementar durante el 2014 un 3% el nivel de satisfacción en el servicio de préstamo de computadora en sala.	93%	97%	Medición Enero-junio 2014
Alcanzar en 2014 al menos un 80% de satisfacción de los usuarios en el servicio de audiovisual en los salones.	80%	100%	Medición Enero-junio 2014
Alcanzar en 2014 al menos un 80% de satisfacción de los usuarios en el servicio recibido a través del sistema de atención a usuarios.	80%	89%	Medición Enero-junio 2014
Centro de Tecnologías de la Información y Comunicación (CTIC-Facultad Educación)			
Mantener en un 80% al semestre el grado de satisfacción de los usuarios del área de CTIC	80%	99.28%	Los datos con los que se trabajaron los objetivos de calidad abarcan hasta el mes de mayo. Las evaluaciones de satisfacción se implementaron a partir de enero 2014.
Centro de Tecnologías de Información (CTI-Facultad de Enfermería)			
Alcanzar y mantener al menos el 85% del Índice de Satisfacción anual de los usuarios que reciben los servicios e la Facultad de Enfermería.	85%	95.9%	

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:	CATI: 16 FMAT – CTIC: 37 FEDU – CITIC: 12 FENF – CTI: 2
3-2 Situaciones significativas con clientes /quejas,	CATI: En las quejas relacionadas con la atención de los servicios con número 96523 y 96304, el usuario retroalimentó que los servicios se habían liberado sin su aprobación. FMAT: Lentitud en la red (el Internet) FEDU: La queja más recurrente es el internet lento.

<p>3-3 Situaciones internas de desempeño</p>	<p>CATI: Tiempos de asignación: 99.83% de los servicios atendidos en tiempo; servicios registrados contra los atendidos y solucionados por mes: En el semestre Enero Junio, 7694 servicios ingresados / 7919 servicios atendidos; medianas de tiempo de atención: 80% de los servicios atendidos en < 7 días; proactividad Servicios vs Reportes: 93.35% servicios / 6.65% reportes, servicios atendidos por día: 75.46 semestre Enero – Junio; servicios reagendados: 25.80% de los servicios atendidos fueron reagendados.</p> <p>FMAT: Se han realizado 255 mantenimientos preventivos y 440 mantenimientos correctivos a los equipos de cómputo, se incrementó 4.6 % el número de visitantes nuevos en 2014 en el sitio y hay un 83% satisfacción de página de facebook</p> <p>FENF: Porcentaje de solicitudes atendidas por tipo de servicio en el CTI (Julio 2014)</p> <p>Asesoría técnica 22%</p> <p>Instalación de servicio de internet 33%</p> <p>Fallo de equipo de computo 11%</p> <p>Instalación de programas 11%</p> <p>Fallo de red 11%</p> <p>Elaboración de carteles 11%</p>
<p>3-4 Situaciones de aspectos ambientales o situaciones de peligros OHSAS</p>	<p>N/A</p>

<p>4. Número total de empleados (incluyendo tiempo completo / parcial / temporales / contratistas)</p>							
<p>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 www.abs-qe.com. Click en QENetCert)</p>							
<p>Sitio 1 Dirección :</p>	<p>Coordinación Administrativa de Tecnologías de Información Av. Itzáes No. 499-H x 59 y 59-A Col. Centro.</p>	<p># of Emp.</p>	<p>13 tiempo completo y 10 becarios de medio tiempo</p>	<p>Sitio 2 Dirección :</p>	<p>Centro de Operaciones de la UADY Ave. Itzaez N 499 x 59 y 59A Col. Centro C.P.</p>	<p># of Emp.</p>	<p>0</p>
<p>Sitio 3 Dirección :</p>	<p>Facultad de Matemáticas .- Centro de Tecnologías de Información y Comunicaciones (CTIC) Anillo Periférico Norte, Tablaje Cat. 13615, Colonia Chuburná Hidalgo Inn, Mérida Yucatán</p>	<p># of Emp.</p>	<p>14</p>	<p>Sitio 4 Dirección :</p>	<p>Facultad de Educación Centro de Tecnologías de la Información y Comunicación (CTIC) Calle 41 S/N por 14 Col. Industrial ex terrenos del Fénix</p>	<p># of Emp.</p>	<p>4</p>
<p>Sitio 5 Dirección :</p>	<p>Facultad de Enfermería Centro de Tecnologías de Información Calle 90 s/n entre 59 y 59 A espaldas del Hospital O'Horan</p>	<p># of Emp.</p>	<p>1 tiempo completo y 2 becarios</p>				

5. Información de turnos					
Nombre del sitio	Coordinación Administrativa de Tecnologías de Información		Nombre del sitio	Centro de Operaciones de la UADY	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	8:30 am	4:30 pm	Matutino	8:30 am	4:30 pm
Nombre del sitio	FMAT: Centro de cómputo, Unidad de Comunicaciones y Laboratorio de Mantenimiento		Nombre del sitio	FMAT: Compras	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Continuo	8:00	16:00	Vespertino	14:00	20:00
Nombre del sitio	FEDU: CTIC		Nombre del sitio	FENF - CTI	
Turno	Hora de inicio	Hora de término	Turno	Hora de inicio	Hora de término
Matutino	9:00	14:00	Matutino	7:30	20:00
Vespertino	16:00	19:00	Vespertino	8:00	20:00

6. Cambios al alcance de certificación			
<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
29 de octubre de 2013	No hubieron acuerdos relacionados con la CATI, FMAT
30 de enero de 2014	No hubieron acuerdos relacionados con la CATI, FMAT
26 de Septiembre de 2013	<p>FMAT - CTIC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al término de la junta se determinará la versión de la acción correctiva de provisión de servicios en la recepción del centro de cómputo que se propondrá al CIPLADE. • Para la acción AC12-FMAT-SAD-01 determinar la fecha de finalización del Taller de capacitación para incorporar nuevos procesos al sistema de gestión de la calidad de la facultad y verificar quienes participan del área de compras ya que al finalizarlo se requiere mostrar evidencias. • Establecer un horario interno para trabajar en el sistema de gestión de la calidad y adquirir infraestructura (persianas o cortinas) que apoyen el respeto al horario. • Reunión para evaluar el cumplimiento de los objetivos de calidad 2013. • Publicación de los objetivos de calidad 2014. • Fechas anuales de reunión para reforzamiento del compromiso con el SGC. • Contratar los servicios de una empresa para solucionar el problema de las impresiones y otros servicios del directorio activo del CC. • Elaborar una lista de recomendaciones para el uso de las salas de cómputo. • Analizar quien sería responsable de los equipos que se usan en eventos especiales. • Analizar el uso de equipo de radiofrecuencia para evitar robos en el centro de cómputo. • Preparar un plan de difusión de los trabajos realizados en la RED.
23 y 27 de junio de 2014	<p>FMAT - CTIC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuar el Seguimiento de la Revisión de la Dirección anterior. • Adecuar todas las presentaciones a un sólo formato y corregir ortografía. • Obtener la estadística de la tendencia sobre los tipos de fallas que han ocurrido a las Laptops y PCs. • Publicar en la página web la información solicitada por el Consejo Universitario y dar a conocer la lista a los integrantes del Comité de Gestión de la Calidad. • Crear una acción (correctiva o preventiva) que permita mantener actualizada la página web de la Facultad y que no estén publicados avisos antiguos. • Revisión del procedimiento de no adeudo de los estudiantes antes de darse de baja y que se titulen. • Organizar el taller del SGC de manera interna para repasar la metodología e Implementación con las áreas nuevas. • Enviar solicitudes de limpieza y mantenimiento por correo al jefe de Servicios Generales con copia a la Secretaría Administrativa.
18 de marzo 2014	<p>FEDU - CTIC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complementar la información de los gráficos de áreas con el número de usuarios profesores, alumnos y personal administrativo. • Revisar con el área de Servicio social la información de los gráficos así como la redacción del cumplimiento del objetivo de calidad. • Revisar la información de la evaluación que realizó el CEPPE a los programas de licenciatura y complementarla. • Enviar a las autoridades de la FEDU un ejemplo del formato de evaluación

	<p>de satisfacción del usuario que administra a sus usuarios una de las áreas que forman parte del alcance del SGC.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un documento en el que se especifique la metodología que han establecido e implementado para obtener y utilizar la información de las evaluaciones de satisfacción del usuario así como la metodología para atender sugerencias y quejas. • Revisar las evaluaciones de satisfacción al usuario y en caso de encontrar alguna mejora se hace la modificación y publicarlo. • Dar seguimiento a las fechas y la logística para el traslado de las áreas del alcance del SGC al Campus de Ciencias Sociales. • Incluir como parte de la información a presentar en las reuniones de la revisión de la dirección la clasificación de los servicios con base en el tipo de usuario atendido así como los programas educativos. • Revisar el objetivo de actas de calificaciones calidad de control escolar
30 junio 2014	<p>FEDU - CTIC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar el objetivo de calidad de CTIC de incrementar en un 5% el número de incidencias atendidas. • Proponer un objetivo de calidad en el área de CTIC. • Solicitar al Responsable de CTIC la modificación de los objetivos de calidad en el sitio de calidad de la página web de la FEDU. • Realizar reunión de trabajo para realizar acuerdo con respecto a las solicitudes emergentes de exámenes de Posgrado con las autoridades de la FEDU, Coordinadores de programas de posgrado y control escolar.
23 de mayo de 2014	<p>FENF- CTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agregar en la agenda de la reunión la revisión de la política de gestión, así como la sección de conclusión y de acuerdos. • Agregar en la presentación, el Programa Anual de Auditorías Internas 2014 y Plan de Auditoría Interna AI14-FENF-01 • Incluir en las graficas de satisfacción de usuarios las quejas y felicitaciones, el promedio general del área. • A partir del análisis de datos identificar acciones correctivas, preventivas y de mejora. • Agregar el folio de las acciones en las diapositivas en donde se haga mención. • Integrar a la información presentada en las graficas un comparativo con periodos anteriores para determinar la tendencia. • Incluir en el Próximo curso de inducción de estudiantes de nuevo ingreso la socialización del SGC. • Incluir en el próximo curso de inducción de Servicio Social la socialización del procedimiento para la aprobación del protocolo de investigación de Nivel Licenciatura. • Socializar el proyecto de ampliación y modernización de la Facultad a fin de informar oportunamente a los estudiantes a cerca de los cambios de la reubicación temporal de las áreas, servicios que se ofrecen y horarios de atención. • Socializar la política del SGC a través de medios de comunicación.
Fecha de la Auditoría interna	Líneas de acción & Acciones correctivas
29 octubre 2013 Folio AI13-ADMC-04	No hubieron NC para la CATI en esta auditoría
17 de febrero 2014 Folio AI14-ADMC-01	No hubieron NC para la CATI en esta auditoría
12 al 21 noviembre 2013	AC13-FMAT-SAD-02, AC13-FMAT-CTIC-08 y AC13-FMAT-CC-07

