

Reporte de Auditoría No: QE - 46404 - 2/12 - S

Organización: **Universidad Autónoma de Yucatán**

Contacto: Paulina Martinez

Teléfono: 01 999 9231495

Norma(s): ISO 9001:2008

Duración: 4.5 día(s) auditor

Fecha de reporte: 10/04/2015

Fechas de auditoría: 09/29/2015 - 10/02/2015

Código(s) IAF/NACE: 33/72.2 33/72.5

Número total de empleados verificados en sitio: 50

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

**Alcance de Certificación:**

*Design and Provision of services of information and communications technologies*

*Diseño y Provision de servicios de tecnologías de información y comunicaciones*

<b>Recomendación del Equipo Auditor:</b>	
<b>Fase II/ Extensión de Alcance / Transferencia:</b>	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Abierto
<b>Vigilancias:</b>	<input type="checkbox"/> Continúa <input checked="" type="checkbox"/> Continúa sujeto a Acciones Correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación
<b>Renovación:</b>	<input type="checkbox"/> Re-Aprobado <input type="checkbox"/> Re-Aprobado sujeto a Acciones Correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación

<b>Resultados de Auditoría:</b>	Número Total de No conformidades:	1	No. de N/C's Mayores:	0	No. de N/C's Menores:	1
---------------------------------	-----------------------------------	---	-----------------------	---	-----------------------	---

<b>Únicamente para Auditorías de Vigilancia y Re-Certificación</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Existen no conformidades repetitivas/repetidas de auditoría(s) previas?		No
¿Existen cambios o recomendaciones de cambios que afecten el Alcance de Certificación? (en caso afirmativo, completar la sección de cambios de la página 2)		No

<b>Auditoría de Seguimiento (Follow-Up)</b>	<b>Duración Recomendada:</b>	<b>Fechas Tentativas:</b>
<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	
	N/A	
<input checked="" type="checkbox"/> No se requiere auditoría de seguimiento		

*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.*

	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿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?		No
Si se recomienda el cambio, mencione la duración recomendada	N/A	
	<b>Fecha de Inicio</b>	<b>Fecha de término</b>
<b>Fechas para la siguiente auditoría</b>	Sept. 6,2016	Sept. 9,2016

<b>Acuse de recibo del reporte de auditoría</b>	<b>Reporte Final</b>	<b>Borrador</b>
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.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Este reporte fue reconocido por la Organización?		
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:	10/04/2015	

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. <b>La Oficina de ABS QE debe ser contactada para aprobación antes o durante la auditoría.</b>			
2. <b>Para Extensiones de Alcance favor de referirse al Procedimiento QE-OPS-305.</b>			
3. <b>Marcar la casilla de "Si" en la tabla de la página 1 de este reporte para indicar cambios identificados.</b>			
<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 checked="" 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>			
Se verificó con el cliente, solo existen algunas variaciones en el personal que se notificaron a la oficina de ABS y la duración se mantiene: Anteriormente en Facultad de Enfermería tenía 2 empleados , ahora son 3 empleados (1 de planta y 2 becarios), así mismo CATI contaba con 26 personas y ahora cuenta con 23 (13 personas de planta y 10 becarios).			

<b>Conclusiones del equipo auditor sobre la efectividad del sistema de gestión:</b>	
<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"

<b>Para auditorías de vigilancia y renovación (borrar para auditorías iniciales)</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 cuenta ahora con un nuevo Director de la Facultad de Matemáticas el Dr. Ramón Peniche, nuevo Secretario administrativo y representante de la dirección M.C. Carlos Benito Mujica Ruiz, así como nueva coordinadora de documentos maestra María del Carmen Zozaya.

Se decidió excluir el proceso de diseño y desarrollo en CTIC Facultad de Matemáticas debido a que las necesidades prioritarias estaban siendo requeridas en proyecto UADY virtual. Así mismo cambian algunos procedimientos respecto a las políticas operación en diferentes procesos.

A raíz de una acción correctiva general en el sistema de homologaron los criterios de manejo de indicadores a nivel cada facultad y cada proceso, se modificaron los objetivos de calidad 2015 – facultad de matemáticas.

Se detecta una no conformidad respecto a un registro de control de mantenimientos de equipos de cómputo en el sitio de Facultad de Educación. Respecto a las 3 no conformidades de auditoría previa de ABS, estas fueron cerradas al encontrar adecuada evidencia de implementación efectiva (2 no conformidades previas en facultad de Educación y 1 no conformidad previa en CATI, ver evidencia en sección de cierre de no conformidades en este reporte de auditoría).

Se detecta como oportunidad de mejora que se puede mejorar la implementación de análisis de causas en acciones correctivas por parte del personal de las áreas.

.

**Sítios Auditados:**

F.Matemáticas-Centro de Tecnologías de Info. y Comunicaciones-Anillo Periférico Norte, Tablaje 13615-Colonia Chuburná de Hidalgo-Mérida-Yucatán-México-97110-9-2-Information technology services, corrective and preventive maintenance of equipment  
Facultad de Enfermería-Centro de Tecnologías de Información-Calle 90 S/N entre 59x59 A espaldas de Hospital O´Horán-Mérida-Yucatán-México-97000-2-1-Equipment loan and technical support  
Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional-Calle 60x57 No. 491-A -Col. Centro-Mérida-Yucatán-México-97000-8-0-Headquarters  
Secretaría Gral- Centro de Operaciones de la Red-Ave. Itzaes No. 490 x 59-Col. Centro-Mérida-Yucatán-México-97000-1-1-Computer center  
Secretaría Gral- Coord. Admva. de Tecnologías de Información-Av. Itzáes No. 499 x 59 y 59-A,-Planta Alta-Mérida-Yucatán-México-97000-26-1-Information technology services  
Facultad de Educación-Centro de Tecnologías de la Información y Comunicación-Km. 1 Carretera Mérida – Tizimín Tramo Cholul-Mérida-Yucatán-México-97305-4-1-Equipment loan, Technical support, system design

<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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Requerimiento Excluido</b>	<b>Justificación para la exclusión</b>		
7.3 Diseño y Desarrollo	Aplica solamente para Desarrollos Web de la Facultad de Educación, Se excluye 7.3 diseño y desarrollo para Centro de Administración de Tecnologías de Información (CATI), Facultad de Matemáticas y Facultad de Enfermería.		
<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. Mantenimiento de aire acondicionado 2. Mantenimiento a planta eléctrica de respaldo 3. Asesoría técnica especializada.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿la organización tiene implantados controles adecuados sobre los procesos sub contratados?  *Se verificó evidencia documental sobre estos controles.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input checked="" 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>Turno</b>	<b>Hora de inicio del turno</b>	<b>Hora de término del turno</b>	
*Ver sección de planeación de auditoría.			
<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:			
<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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 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)												
46403 - 1/0 - X  Fac. Educ.	7.5.3	1	<p><b>Requerimiento:</b> ISO 9001:2008 requiere en 7.5.3 que cuando “ La trazabilidad sea un requisito, la organización debe de controlar la identificación única del producto y mantener registros.</p> <p><b>No conformidad:</b> En 5 de 5 casos de servicios de Soporte Técnico, no se identificó de manera única el servicio prestado, siendo que consideran: Fecha+usuario+Tipo de servicio, pero esta forma de identificar no asegura la rastreabilidad del servicio dado que se pueden duplicar los datos para el mismo día.</p> <p><b>Evidencia:</b></p> <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> <p><b>Status actual:</b> Se atiende esta NC a través de la acción correctiva AC14-FEDU-CTIC-06 donde se modifica el formato de servicios y apoyos tecnológicos F-FEDU-CTIC-01 donde se detecta que no se había relacionado el 7.5.3 de la norma respecto al formato de control y servicios tecnológicos, además de desconocimiento de la interpretación de la norma. Ahora se gestiona un instructor, evidencias de capacitaciones (14 de noviembre 2014) así como la verificación y corrección de posibles incumplimientos en la norma ISO 9001:2008 (evidencia en Excel análisis de relación de puntos de la norma vs requerimientos de CTIC actualizado 30 junio 2015). Se encontró evidencia de los nuevos formatos modificados que permiten la trazabilidad F-FEDU-CTIC-01 ( Se muestrearon 15 de 15 casos en cumplimiento: Folios: 07, 23, 28, 36, 53, 60, 69, 89, 92, 95, 97,99, 103, 105 y 108 ).</p> <p>La evidencia muestra cumplimiento aceptable y la acción fue cerrada como efectiva.</p>	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														
46403 - 1/0 - X  Educ.	8.2.4	1	<p><b>Requerimiento:</b> ISO 9001:2008 requiere en 8.2.4 que “Los registros deben de indicar la(s) persona(s) que autorizan la liberación del producto al cliente (véase 4.2.4 control de registros), además el procedimiento P-FEDU-CTIC-02 Procedimiento de soporte técnico, establece en 4.1 “Verificar la funcionalidad del equipo mediante la realización de pruebas”.</p> <p><b>No conformidad:</b> Sin embargo no se evidenció en cinco de cinco casos que se identificara la persona que autorizó el servicio ni el procedimiento indicaba que registro era aplicable en la verificación de la funcionalidad.</p> <p><b>Evidencia:</b></p> <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> <p><b>Status actual:</b> Se atiende esta NC a través de la acción correctiva AC14-FEDU-CTIC-06 como contención se modifica el formato F-FEDU-CTIC-01</p>	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														

			<p>incluyendo espacio para firma del personal de CTIC de liberación del servicio y espacio para firma del cliente de verificación y conformidad con el servicio. Así mismo se actualiza el procedimiento de soporte técnico P-FEDU-CTIC-02. (Ahora el cliente firma de conformidad, y el personal de CTIC firma de servicio concluido). Se detecta como causa raíz que no se había detectado que no se había relacionado con el punto 4.2.4. Se solicitó apoyo a CIPLADE con un instructor para ubicar los puntos de la norma respecto a los procesos, se realiza el análisis, se verifica y corrige posibles incumplimientos. 2008 (evidencia en Excel análisis de relación de puntos de la norma vs requerimientos de CTIC actualizado 30 junio 2015). ( Se muestrearon 15 de 15 casos en cumplimiento: Folios: 07, 23, 28, 36, 53, 60, 69, 89, 92, 95, 97,99, 103, 105 y 108 ).</p> <p>La evidencia muestra cumplimiento aceptable y la acción fue cerrada como efectiva.</p>												
46403 - 1/0-R	7.5.3	1	<p><b>Requerimiento:</b> ISO 9001 requiere en 7.5.3 que “La organización debe de identificar el estado del producto con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de toda la realización del servicio.</p> <p><b>No conformidad:</b> Dos de cinco casos revisados en solicitudes del procedimiento para atención a usuarios y soporte de servicios de TI no evidenciaban objetivamente el estado de conformidad con respecto a la etapa en la que se encontraban en el servicio.</p> <p><b>Evidencia:</b></p> <p>Caso 113097. Reestablecer contraseña (2 sep- 2014). El estado del servicio fue identificado con “conforme” cuando todavía estaba en “proceso” de resolución.</p> <p>Caso 113135. Equipo que no se puede actualizar ( El estado del servicio fue identificado con “conforme” cuando todavía estaba en “proceso” de resolución.</p> <p><b>Status actual:</b> Se atiende esta no conformidad a través de la acción correctiva AC-14-23, encontrando evidencia de implementación efectiva. Se encontró evidencia de reunión de respecto a los detalles de la no FSG-CATI-03 Atención de servicios únicamente eran consideradas para la actividad de verificación de servicios liberados status de “conforme” y “no conforme” siendo ahora “conforme” ,“no conforme”, “en proceso de atención” y “cancelado”. Se emite retro-alimentación de todo el personal CATI respecto a los detalles de la no conformidad, acciones correctivas y cambios en la verificación de los servicios respecto a cambios en formato FSG-CATI-03 y sus cambios en el instructivo de verificación.</p> <p>En 15 de 15 casos se muestra cumplimiento en las solicitudes de servicio muestreados y encontrados en cumplimiento, se anexa muestreo verificado durante la auditoría:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Folio</th> <th>Status</th> <th>Tema del servicio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>126655</td> <td>En proceso de atención</td> <td>Adquisiciones de CATI para proyecto FECES (apoyo para realizar o actualizar descripciones técnico. 7 agosto 2015).</td> </tr> <tr> <td>128451</td> <td>En proceso de atención</td> <td>Asesoría para gestionar con ISP cambios en el Hospitality Bussiness (14sept. 2015)</td> </tr> <tr> <td>129122</td> <td>En proceso de atención</td> <td>Documentación de PNC CATI (28 sept. 2015)</td> </tr> </tbody> </table>	Folio	Status	Tema del servicio	126655	En proceso de atención	Adquisiciones de CATI para proyecto FECES (apoyo para realizar o actualizar descripciones técnico. 7 agosto 2015).	128451	En proceso de atención	Asesoría para gestionar con ISP cambios en el Hospitality Bussiness (14sept. 2015)	129122	En proceso de atención	Documentación de PNC CATI (28 sept. 2015)
Folio	Status	Tema del servicio													
126655	En proceso de atención	Adquisiciones de CATI para proyecto FECES (apoyo para realizar o actualizar descripciones técnico. 7 agosto 2015).													
128451	En proceso de atención	Asesoría para gestionar con ISP cambios en el Hospitality Bussiness (14sept. 2015)													
129122	En proceso de atención	Documentación de PNC CATI (28 sept. 2015)													

		129275	En proceso de atención	Creación de bases de datos (1° Octubre 2015).
		129256	En proceso de atención	Invitación a clase muestra curso de astronomía
		129253	Conforme	Invitación a clase muestra del curso de astronomía
		129250	Conforme	Atención de solicitudes de publicaciones WEB 3er congreso Mesoamericano de ciencias médicas.
		129246	Conforme	Atención a solicitudes del servicio de mensajería Institucional (office comunicator).
		128926	Conforme	Solicitud de reinicio de contraseña de correo institucional de alumnos.
		Se detectan como PNC solicitudes de servicio con este status (126963, 126854, 124626, 118590, 125186 y 120568).		
		126963	No conforme	Atención de incidentes de correo electrónico del Usuario correo Outlook 365 (por seguimiento no apropiado)
		126854	No conforme	Atención de fallos del servicio de telefonía IP. (no se dio servicio en las 48 hrs definidas en meta).
		124626	No conforme	Fallo de cámaras en facultad de Veterinaria y zootecnia, (no se dio servicio en las 48 hrs de meta).
		118590	No conforme	Publicación de SII en desktop Citrix. (Seguimiento no apropiado)
		125186	No conforme	Configuración de de teléfonos IP shoreTel (No se dio servicio en las 48 hrs en meta) (Seguimiento no apropiado)
		120568	No conforme	Atención de falla de servicio inalámbrica facultad de química,
		La evidencia muestra cumplimiento aceptable y la acción fue cerrada como efectiva.		

**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:**

<b>Procesos (para SGC): Sitio: Network Operations Center (NOC)</b>							
<b>Métricos de desempeño:</b>							
<b>Entradas:</b>							
Programa de Respaldos / Mantenimiento							
<b>Salidas:</b>							
Equipo Disponible, Base de Datos respaldada							
<b>Documentos/Registros:</b>							
F-SG-CATI-09 / Rev. 1 Servicios Atendidos							
F-SG-CATI-18 / Rev. 0 Sistema de Minutas							
F-SG-CAT-07 / Rev. 0 Base de Conocimientos (Instructivos)							
2509 Atención a reportes del servicio de servidor de archivos – Creación de Reportes en la consola de reporte del TSM							
2515 Atención a reportes del servicio de servidor de archivos – Instalación del cliente de respaldo de TSM 6.2 en un servidor Solaris							
2525 Atención a reportes del servicio de servidor de archivos – Restaurar información en servidores Solaris con TSM							
2624 Atención a reportes del servicio de directorio activo (active directory)							
3013 Atención a reportes del servicio de servidor de archivos – Instalación y configuración de cliente TSM 7.1 para SO Windows							
<b>Notas de Auditoría:</b>							
El NOC es un edificio que está al lado de la Biblioteca del Campus de la Salud de la UADY. El área está dividida en un área de comunicaciones, área de datos, bodega y oficina de administración.							
En comunicaciones tienen enlaces con Telmex y Bestel. Los equipos están identificados. Se provee mantenimiento a los equipos. Los equipos revisados son:							
Equipo	Número Inventario	Marca	Características	Frecuencia	Último Mtto. /servicio	Servicio	Status
Planta de Emergencia	131192	Cummins	80Kg	Mensual	28 sep 2015	Mtto Preventivo	Aceptable
Switch Core	137039	Cisco 4506E	Mayor Troughput Beneficia a toda la UADY	No aplica	22 junio 2015	Cambio Minuta 3768 Migración e	Aceptable

			(25,000 usuarios)			Implementación de Switch Core NOC Salud	
Servidor Dell PowerEdge 1950 – SITE NOC	86866	Dell	16 GB RAM Dos procesadores Intel Xeon	Anual	19 de agosto 2015	Mtto. Físico Mtto. Lógico	Aceptable

RespalDOS de bases de datos:

Para realizar los respaldos se programa la frecuencia del respaldo en definición con los “dueños” de la información. Se programa en IBM Tivoli y diariamente por la mañana se manda un mensaje por correo electrónico indicando los respaldos realizados las últimas 24 horas.

De entre las bases de datos que tienen, fueron revisados los respaldos para:

- Base de Datos Control Escolar (SICEI). Respaldos realizados (2 al día): 30 sep 15 – 19 horas y 01 oct 15 – 07 horas.
- Servidores de Archivos de los Usuarios de Medicina: Respaldos realizados (1 al día): 30 sep 15-24 horas.

Se hizo una prueba de desconexión de la energía eléctrica para evaluar el tiempo y forma de respuesta de la planta de luz. La demora en que la planta de luz inició, fue de **doce segundos**. Los equipos no se detuvieron por esta causa y no fue necesario ninguna actividad por parte del personal de la CATI/NOC.

Se encontró proceso conforme.

<b>Procesos (para SGC): Sitio: Facultad de Matemáticas (CTIC). Revisión por la dirección.</b>
<b>Métricos de desempeño:</b> Objetivos de calidad, métricos de desempeño de procesos.
<b>Entradas:</b> Elementos de entrada para la revisión por la dirección
<b>Salidas:</b> Decisiones y acciones de mejora de los procesos y servicios, necesidades de recursos
<b>Documentos/Registros:</b> P-CIPLADE-CC-07 Revisión por la dirección Minuta de acuerdos de la revisión por la dirección
<b>Notas de Auditoría:</b>  La revisión por la dirección se realiza dos veces al año en abril y octubre. La última revisión se llevó a cabo el 16 abril del 2015. Se realiza al principio de esta revisión un seguimiento de las acciones de mejora: 9 en 2014 y ninguna en el 2015, actualmente se cuenta con 3 acciones de mejora: 1.- Mejorar el servicio de préstamo de salas de cómputo actualización de 2 salas con recursos federales, 2.- Mejorar el servicio en audiovisual de salones incluyendo en todos los salones con proyector cable VGA. 3.- Optimización de recursos, por correo electrónico recordatorio de fechas de servicio programadas. Se llevó acabo el seguimiento a la última auditoría realizada en el 2014, con 4 no conformidades de las cuales se documentaron 5 acciones correctivas. (Una de ellas se emite a 2 áreas distintas). La recertificación de ABS no determinó no conformidades previas. En el seguimiento de acciones correctivas del 2014 se contó con una no conformidad abierta y 6 cerradas, revisándose una en el 2015 respecto a situación en salas de cómputo donde los conectores de los cables de red se encontraron dañados, detectándose daños por movimientos en las mesas. Respecto a acciones preventivas en el 2014 se emiten 5 acciones preventivas, y al momento de la revisión por la dirección no se habían determinado acciones preventivas. Al momento de la

auditoría ya sean documentado 2 acciones preventivas durante el 2015 (Ver sección de acciones correctivas y preventivas). Proceso de revisión por la dirección encontrado en cumplimiento.

### **Centro de Cómputo Jorge Joubert Villa**

Se revisan los objetivos de calidad con nivel aceptable en el cumplimiento de objetivos de calidad. Se analizan los servicios que suben y se mantienen en el servicio, detectando solo 2 servicios que bajaron en el nivel de satisfacción: telefonía y red inalámbrica. Se revisó evidencia de la revisión del análisis de quejas, sugerencias y felicitaciones. En el análisis de servicios evaluados se revisa la frecuencia en los servicios recibidos, tiempo de respuesta, atención (trato y amabilidad), encontrándose niveles aceptables. Se analizaron los servicios derivados de servicios de impresión y de préstamos de salas, así como % utilización de salas de cómputo, préstamo de accesorios y de equipo de cómputo. Se analiza el nivel de atención a usuarios encontrando mayor demanda en servicios vía web, y reportes atendidos por categoría de servicio. Se realiza un análisis de avance de acciones correctivas, preventivas y de proyectos de mejora para evaluar el avance de las acciones para centro de cómputo. Entre los cambios que podrían afectar al sistema se detectan aspectos de licitaciones de equipo (que en ciertos casos se quedan desiertas sin proveedor) y requerimiento de necesidades de recursos para renovación de licencias en programas de centro de cálculo. Se incluyen 10 aspectos de mejora respecto al servicio e infraestructura del centro de cómputo.

### **Laboratorio de mantenimiento de equipo de cómputo**

Se determina mantener el nivel de servicio en un 92% (entre excelente y bueno) en los servicios de mantenimiento y reparación de equipos de cómputo, siendo cambiado este objetivo en julio del 2015 a 80% (únicamente con excelente). Se analizaron los resultados de satisfacción del usuario con aplicación de 37 encuestas de enero a marzo 2015. Se analiza en el desempeño de procesos en el nivel de cumplimiento de mantenimientos preventivos y correctivos. Tiempo promedio de mantenimiento a PC fue de 6:30 hrs de enero a abril 2015 respecto a meta de 12 hrs. Se tiene un tiempo promedio de diagnóstico de 4 días hábiles respecto a la meta de 5 días. El tiempo promedio de reparación de equipos es de 6 días vs límite de 10 días hábiles. En casos de compra de refacción el promedio es de 17 días vs meta de 20 días hábiles. Se analizaron en específico las acciones correctivas y preventivas del laboratorio.

### **Unidad de comunicación CTIC**

Se analizaron 1 acción correctiva y 2 acciones de mejora. Se analizaron de las revisiones anteriores actividades pendientes de la revisión anterior.

### **Unidad de servicios web**

Se desarrolla un sistema de cómputo para controlar entradas y salidas con 89 % avance vs 88 % del año pasado en las mismas fechas de auditoría de ABS. Se recibieron diferentes responsabilidades de Educación en línea (UADY virtual) que requirió mayor carga de trabajo manteniéndose 2 plataformas de atención a usuarios. El nivel de error del 20 % no se cumple y se emite la acción correctiva AC15-FMAT-CTIC-01 ya que el nivel actual, al momento de la revisión era de 41% se detecta como causa raíz cantidad de personal insuficiente. Se buscó proponer a las autoridades un análisis de viabilidad para un esquema de contratación y capacitación continua del personal de apoyo temporal sin éxito al momento de las gestiones. Se decide dar de baja el procedimiento de diseño y establecerlo como exclusión en el sistema.

Se cuenta con evidencia de acción preventiva AP14-FMAT-CTIC-04 respecto a la afectación de servicios y suspensión temporal con pérdida de información y/o disminución en capacidad de almacenamiento, por causa potencial de inadecuada organización en espacios de almacenamiento. Acciones de mejora: Implementación de nuevo espacio de almacenamiento de red para aumentar capacidades de servidores ( Acción AM14-FMAT-CTIC-04), Migrar máquinas virtuales de Windows server 2008 a citrix Wenserver 6.2 para disminuir el número de licencias requeridas en Windows server 6.2 ( Acción AM14—FMAT-CTIC-05) y actualización de cluster de servidores IBM de Citrix XenServer 6.0 a 6.2 ( Acción AM14—FMAT-CTIC-06). Acuerdos: Reorganización en presentaciones para las siguientes reuniones para corrección y evitar demoras. Definir los límites de los procedimientos y sus modificaciones ante nuevas políticas establecidas.

Mejora continua: Implementación de red UAY-FI con 70 megas gratuitos como parte del programa de RED NIBA (RED Nacional para el Impulso de la Banda Ancha) de la CUDI (Corporación Universitaria para el

Desarrollo de Internet)

**Procesos (para SGC): Auditorias internas, acciones correctivas y preventivas Sitio: Facultad de Matemáticas (CTIC)**

**Métricos de desempeño:** N/A

**Entradas:** Status, importancia y resultados anteriores de los procesos, requerimientos internos de auditorias

**Salidas:** Auditorías planeadas, ejecutadas y reportadas bajo estatutos internos, acciones implementadas

**Documentos/Registros:**

- P-DGPLANEI-CC-03 Procedimiento para llevara cabo auditorias internas
- F-DGPLANEI-CC-09 Programa anual de auditorias internas
- F- DGPLANEI -CC-10 Plan de auditoria interna
- F- DGPLANEI -CC-12 Lista de hallazgos de auditoria interna
- F- DGPLANEI -CC-38 Evaluación de auditores internos
- F- DGPLANEI -CC-13 Reporte de auditoria interna
- F- DGPLANEI -CC-09 Programa anual de auditorias internas
- F- DGPLANEI -CC-37 Verificación de acciones

**Notas de Auditoría:**

Se consideran realizar 2 auditorias internas al año. La última se realizó del 28 de abril al 7 de mayo del 2015. Se detectan 2 no conformidades una en 4.2.3 b) c) y d) y otra en 4.2.4 (procedimiento compras directas en ambos casos). Se requirió actualizar el procedimiento de compras directas ya que era requerido actualizarlo en diferentes aspectos.

Se cuenta con evidencia de un programa anual de auditorias internas (actualizado al 21 abril 2015) donde se contemplan las auditorías a las áreas en diferentes periodos de tiempo en abril-mayo y en octubre del 2015 ( Centro de cómputo, laboratorio de mantenimiento de equipo de cómputo, unidad de comunicaciones y unidad de servicios web, secretaría administrativa y Dirección). Así mismo se cuenta con un plan de auditorías internas para las auditorías realizadas. Se encontró evidencia en cumplimiento de independencia de los auditores de acuerdo al muestreo realizado (4 auditores). Se cuenta con evidencia en cumplimiento de registros de auditoria interna. Proceso de auditoría interna encontrado en cumplimiento.

Se revisaron las acciones correctivas de las no conformidades encontradas en auditorias internas previas encontrando cumplimiento:

AC-15-FMAT-SAD-02 La organización no se aseguró de que algunos registros cuenten con su identificación clara para su ágil recuperación. Solicitud de cotización o compra F-MAT-SAD-01 que no contaba con folio para fácil identificación. Se procede a identificar de inmediato el folio en los formatos no identificados. Se consideraba que con la fecha de solicitud del formato, era suficiente para su identificación.

AC-15-FMAT-SAD-01 S Se detecta en Secretaría Administrativa que se contaba con una revisión diferente a la actual (versión 6 por revisión 7). Así mismo el procedimiento de compras directas no contaba con la codificación del procedimiento. Se realizó actualización de pasos requeridos en el procedimiento a fin de actualizarlo. Se detecta que no se había seguido el lineamiento para documentar procedimientos. Se implementa un checklist de mantenimiento y seguimiento/oficialización de cambios en documentaciones del sistema.

AP15-CTIC-SAD-01 Se detecta que el procedimiento de mantenimiento preventivo que los tiempos establecidos de terminación de los servicios de los procedimientos de mantenimiento preventivo y correctivo van en aumento y pueden llegar a incumplirse. Se detecta en las causa potenciales que se detecta el posible riesgo la modificación de procedimientos por nuevos puntos de vista de la nueva administración respecto a los mantenimientos de equipos. Se evaluaron los tiempos de los servicios de acuerdo al calendario de mantenimientos de equipos de cómputo y modificación de los tiempos de servicios ofrecidos por el laboratorio de mantenimiento de equipos de cómputo.

AP15-FMAT-CTIC-02 Se detecta que los conectores de video de los salones de la Facultad de Matemáticas, no se mantienen en condiciones óptimas de operación para garantizar el servicio de proyección de video en los salones. Se detecta falta de mantenimiento a los conectores de video, ahora se programan revisiones periódicas y su seguimiento, aprobaciones y programación anual de los conectores de video.

A/O Se puede mejorar el análisis de causas por parte del personal.

<p><b>Procesos (para SGC): Servicios de tecnologías de información, mantenimiento correctivo y preventivo de equipo Sitio: Facultad de Matemáticas (CTIC)</b></p>
<p><b>Métricos de desempeño:</b></p> <p>1.- Alcanzar anualmente el 80% de satisfacción de los usuarios en el nivel de excelente en los servicios de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo de cómputo. Real 2015 Enero-Julio con 89.82%.</p> <p>2.-Mantener en el año 2015 al menos un 82% de satisfacción del cliente, en los niveles de satisfecho y muy satisfecho, en los servicios ofrecidos en la recepción del centro de cómputo. Real 2015 Enero-Julio con 85%.</p> <p>3.- Mantener en el año2015 al menos un 90% de satisfacción del cliente, en los niveles satisfecho y muy satisfecho, en los servicios ofrecidos a través del Sistema de atención a usuarios. Real 100% Julio (usando nueva escala).</p> <p>4.-Alcanzar en el 2015 el 85% de satisfacción de los usuarios de compras directas con un 86% Enero-Junio 2015.</p>
<p><b>Entradas:</b> Solicitudes de préstamo, requerimientos internos, solicitudes de servicios, catálogo de servicios</p>
<p><b>Salidas:</b> Registros de servicios prestados, servicios recibidos por el usuario, indicadores, retroalimentación del cliente.</p>
<p><b>Documentos/Registros:</b></p> <p>P-FMAT-CTIC-06 Procedimiento para atención a usuarios y soporte de servicios de TI  P-FMAT-CTIC-14 Provisión de servicios en la recepción del centro de cómputo  P-FMAT-CTIC-07 Procedimiento para mantenimiento correctivo  P-FMAT-CTIC-09 Procedimiento de mantenimiento preventivo</p>
<p><b>Notas de Auditoría:</b></p> <p><b>Procedimiento para mantenimiento correctivo y preventivo.</b> Se lleva acabo el servicio de diagnóstico y reparación, así como los mantenimientos para incrementar el tiempo de vida útil del equipo al equipo de cómputo de la Facultad de Matemáticas. Se cuenta con los controles adecuados sobre los equipos a resguardo manteniendo el estado la conservación de los mismos. Se cuenta con tiempos máximos en diagnósticos, refacciones y reparaciones sobre los equipos. Se mantiene una retroalimentación constante a través de encuestas de satisfacción de los usuarios, encontrando adecuados niveles de servicios. Se revisaron diferentes felicitaciones y se revisó queja del mes de enero 2015 (laptop c/tarjeta madre defectuosa) respecto a garantías que entra dentro de las responsabilidades del proveedor. El indicador muestra cumplimiento en la meta de satisfacción a usuarios.</p> <p>Salidas de equipo, ejemplo: Servicio de diagnóstico impresora laser salida 4674  Entradas de equipo, ejemplo:  Servicio de reparación de laptop Dell Lattitude D520 entrada 4609  Servicio de reparación a PC Dell Optiplex entrada 4612  Servicio de mantenimiento de laptop Lenovo entrada 4616  Servicio de diagnóstico a laptop Lenovo T61 entrada 4619  Servicio de reparación de laptop (externo) Hacer Aspire entrada 4622</p> <p>Ordenes de salida de equipo equipos: PB-CFYA6 Lenovo T420, PB-CFYA6 Lenovo T420, CND8FBGC5V</p>

Hp Laser jet, Sony Vaio PCG-21311U, laser jet HP 04272908, en cumplimiento.

Se cuenta con reportes de mantenimiento preventivo a los equipos en sitio por el personal (1 administrativo y 2 técnicos) encontrando cumplimiento, se anexan ejemplos muestreados, encontrando cumplimiento:

Mantenimiento preventivo Rodillos presentaron desgaste Impresora Samsung ML2510 29 junio 2015  
Mantenimiento preventivo El kit de arrastre presenta desgaste Impresora Samsung ML2580 26 junio 2015  
Mantenimiento preventivo Laptop Levovo 110173 y 110183 16 junio 2015  
Mantenimiento preventivo Bandeja superior rota, HP 1022 No. 64851 23 junio 2015  
Mantenimiento preventivo Rodillo de transferencia desgastado HP P1505 3 junio 2015  
Mantenimiento preventivo Antivirus Lenovo 9/abril 2015

Mejora continua: Se actualizaron procedimientos detectando equipos sin trazabilidad previa que requieren mantenimiento.

**Atención a usuarios y soporte de servicios de Tecnologías de información.** El objetivo del proceso es dar soporte en el proceso de enseñanza-aprendizaje y el desarrollo de actividades con fines académicos, de investigación y/o institucionales. Solicitudes de soporte verificadas, encontrando cumplimiento:

No BYPT251LSR 21 sept. 2015 Solicitud para implementación y evaluación docente para licenciatura, MC Pilar Rosado responsable de evaluación de profesores status: en proceso.  
No BNYYY9JHZ5 8 julio 2015 Solicitud para impresión y procesamiento de hojas de respuesta para diagnóstico de alumnos de nuevo ingreso. Status: cerrado.  
No EHY25DABTCH 21 abril 2015 Solicitud para instalar software Aegisub en sala CC7. Status: cerrado.  
No MTV4M31S56 26 enero 2015 solilicitud para publicación web "Reinicio de clases". Status: cerrado

**Provisión de servicios en la recepción del centro de cómputo.** Este proceso es un servicio de apoyo en la recepción de Centro de cómputo: Se cuenta con un sistema de reservación de salas de cómputo y un sistema de control de impresiones, registro de salida de accesorios, equipo de cómputo y audiovisual. Se anexan las evidencias muestreadas de registros de servicios prestados, encontrando cumplimiento en este proceso:

Folio 5388 Maestro Fernando Ruiz Bio proyector no 6 actividad académica, 06 agosto 2015.  
Folio 5546 Maestro Coba Alejandro Cable VGA para clase de licenciatura, 14 sept. 2015.  
Folio 5596 Maestra Karla Gómez , Bocinas y cable VGA clase de licenciatura, 24 de sept. 2015.  
Folio 5591 Maestro García Gerardo, cable VGA clase de licenciatura, 24 sept. 2015.  
Folio 5580 Maestra Uicab Rocío, cable VGA clase de licenciatura, 23 sept. 2015.  
Folio 5612 David medina Ravell, bocinas no 3 clase de licenciatura 29 sept. 2015  
Folio 5614 Ramón Peniche mena laptop1 conferencia 29 sept. 2015  
Folio 5536 Jorge Ríos Martínez bocina no 2 clase de licenciatura 11 sept. 2015  
Folio 5472 Diódora cantú cable VGA clase de licenciatura 25 agosto 2015  
Folio 5434 Nidia López laptop Lenovo 17 agosto

Se cuenta con un manual para evaluación de satisfacción de usuarios de servicios del CTIC que apoya en el llenado de encuestas de servicio en eventos atendidos con llenado en línea (impresión dentro del centro de cómputo y préstamo de computadoras en sala) evaluándose servicio, infraestructura, tiempo de respuesta y actitud de servicio: 27.5% muy satisfecho, 57.50% satisfecho, 13.75% indiferente, 1.25% poco satisfecho. Se cuenta con evidencias de registro de depósito y registro de trabajos impresos (22 junio 2 casos, 1° junio 24 registros), asignación de computadoras en salas y un sistema de reservación de equipo de cómputo y audiovisual. Proceso encontrado en cumplimiento

Mejora continua: Desde el año pasado se adquieren 54 equipos de cómputo a través de recursos federales para equipamiento de equipos de préstamo de sala.

<p><b>Procesos (para SGC): Revisión por la dirección, auditorías internas Sitio: Facultad de Educación (CTIC).</b></p>
<p><b>Métricos de desempeño:</b> Objetivos de calidad, métricos de desempeño.</p>
<p><b>Entradas:</b> Elementos de entrada para la revisión por la dirección</p>
<p><b>Salidas:</b> Decisiones y acciones de mejora de los procesos y servicios, necesidades de recursos</p>
<p><b>Documentos/Registros:</b> P-CIPLADE-CC-07 Revisión por la dirección Minuta de acuerdos de la revisión por la dirección</p>
<p><b>Notas de Auditoría:</b></p> <p>La revisión por la dirección se realiza de dos a tres veces al año. El proceso de revisión por la dirección fue encontrado en cumplimiento. La última revisión se realizó el 30 de junio del año en curso. Se evaluaron los resultados de las auditorías realizadas en el 2014 y 2015. Se detectaron 6 no conformidades en auditoría interna en 2014 y 4 no conformidades en auditoría interna en 2015. Se realiza durante esta reunión un análisis detallado de las acciones correctivas emitidas a fin de monitorear su avance.</p> <p>Se analiza la información de satisfacción del cliente para el área de contabilidad (mantener un 80% el grado de satisfacción, vs. 97.25 excelente+bueno). Se realiza análisis de felicitaciones, quejas y sugerencias, documentación de personal (mantener un 80% el grado de satisfacción, vs. 100 excelente+bueno), control escolar (mantener un 80% el grado de satisfacción, vs. 97.87 excelente+bueno), Servicio social (mantener un 90% el grado de satisfacción, vs. 99.18 excelente+bueno), CTIC Centro de Tecnologías de Información (mantener un 80% el grado de satisfacción, vs. 93.69 excelente+bueno) con 317 evaluaciones en el 2014. Se han generado sugerencias respecto a rapidez de internet y mejoras en el sistema de préstamos. Las quejas atendidas son respecto a velocidad de internet y funcionamiento de videocámaras.</p> <p>El objetivo de CTIC es obtener un 90% al semestre en el grado de satisfacción de los usuarios de CTIC. En el 2014 (marzo –diciembre 2014) se obtiene un 93.69 % y en enero - junio 2015 se obtiene un 98.00 %. Servicio social alcanza en 2014 un 99.18 vs. 100% en el 2015, contabilidad alcanza en 2014 97.2 % y en 2015 se alcanza el 100%, control escolar en 2014 se alcanza el 97.87% y en 2015 96.98, administración de documentación de personal en 2014 se alcanza el 100% y en 2015 100%.</p> <p>Respecto a servicios no conformes en el 2014 se obtuvieron 15 servicios no conformes (Administración de documentación de personal 1, contabilidad 1, servicio social 2, control escolar 4, CTIC 1, y calidad 6, haciendo un total de 15 servicios no conformes. Durante 2015 no se han registrado productos no conformes. Se revisó al momento de la revisión por la dirección los avances de las acciones correctivas y preventivas de CTIC encontrándose 23 no conformidades en diferentes status (19 cerradas y 4 a tiempo) Respecto a preventivas 2014 se detectan 8 acciones preventivas.</p> <p>En resumen en 2014 para los diferentes procesos se detectaron 31 acciones y en el 2015 se detectan 7 acciones (correctivas y preventivas). Se encontró evidencia de implementación efectiva de auditorías internas, incluyendo condiciones de independencia e imparcialidad. Se cuenta con adecuados registros de auditorías internas en programación, planeación, listas de verificación y reportes de auditoría. Adecuada respuesta en tiempo a las acciones correctivas por parte de las áreas. Proceso de auditorías internas encontrado en cumplimiento.</p> <p>Cambios que podrían afectar al sistema: 1) Actualización de la norma 2015, 2) la contabilidad gubernamental que exige un inventario físico del 100% de bienes muebles al año, 3) Ajustes y modificaciones en el actuar de los usuarios ante una solicitud de servicio.</p> <p>Recomendaciones para la Mejora: 1) Actualizar el micro-sitio de servicio social alojado en la página web de la facultad de educación y la liga directa a proyectos aprobados para las 2 licenciaturas y 2) solicitud de un sistema de atención al usuario para el registro de los diversos servicios y apoyos tecnológicos por parte de los diversos usuarios de la FEDU.</p>

<b>Procesos (para SGC): Servicios de tecnologías de información, mantenimiento correctivo y preventivo de equipo / Acciones correctivas y preventivas</b> Sitio: Facultad de Educación (CTIC)
<b>Métricos de desempeño:</b>  1.- Mantener anualmente el 90% el grado de satisfacción de excelente y bueno de los usuarios del área de CTIC. vs real 2014 93.70% y enero – junio 2015 98.0
<b>Entradas:</b> Solicitudes de préstamo, requerimientos internos, solicitudes de servicios, catálogo de servicios
<b>Salidas:</b> Registros de servicios prestados, servicios recibidos por el usuario, indicadores, retroalimentación del cliente.
<b>Documentos/Registros:</b>  P-FEDU-CTIC-02 Soporte técnico P-FEDU-CTIC-03 Préstamo de equipo y asignación de sala de clases P-FEDU-CTIC-01 Diseño y desarrollo de sistemas web
<b>Notas de Auditoría:</b>  Se mantiene establecido un procedimiento de préstamo de equipo y asignación de sala de clases. Se cuenta con bitácora de solicitudes de salas de clases para su adecuada planeación en la asignación de los recursos físicos para las clases asignadas, así como evidencias de control de préstamo y salida de equipo. (Bitácora CTIC bitácora de solicitud de clases ( agosto, septiembre 2015).  Como parte del procedimiento de soporte técnico se cuenta con evidencias de reportes de mantenimientos preventivos. (Ejemplos: Mantenimiento y antivirus Dell, 13 agosto 2015, Jet computer systems Mantenimiento y desfragmentación disco duro 14 agosto 2014, Acteck mantenimiento y antivirus 14 agosto 2014, Hacer cambio de fuente de poder 25 agosto 2014, Lanix mantenimiento 15 agosto 2014. Se detecta evidencias de 2014 en 7 de 7 casos. Sin embargo este formato ha caído en desuso en el servicio de mantenimientos preventivos.  Se detecta evidencia del formato de servicio de mantenimiento preventivo F-FEDU-CTIC-11 de meses agosto y septiembre 2014, sin embargo el uso del formato de mantenimiento preventivo se encuentra en desuso. Se considera menor ya que se encontraron registros previos y no se detecta afectación a la prestación del servicio a usuarios. ( Ver sección de no conformidades en este reporte de auditoría).  Así mismo se cerraron 2 no conformidades de auditoría previa de ABS en estos procesos. (Ver sección de no conformidades previas en este reporte de auditoría). Se cuenta con evidencia de acciones preventivas implementadas de forma efectiva.

<b>Procesos (para SGC): Sitio: Facultad de Enfermería (CTI Centro de Tecnologías de Información).</b>
<b>Revisión por la dirección, auditorías internas</b>
<b>Métricos de desempeño:</b> Objetivos de calidad, métricos de desempeño.
<b>Entradas:</b> Elementos de entrada para la revisión por la dirección
<b>Salidas:</b> Decisiones y acciones de mejora de los procesos y servicios, necesidades de recursos
<b>Documentos/Registros:</b> P-DG -PLANEI -CC-07 Revisión por la dirección Minuta de acuerdos de la revisión por la dirección
<b>Notas de Auditoría:</b>  La revisión por la dirección se realizó en el 2014 tres veces en el año. El proceso de revisión por la dirección encontrado en cumplimiento. La última revisión se realizó el 6 de julio del año en curso. Se evaluaron los resultados de las auditorías realizadas. Se detectó en la auditoría interna de del 25-29 de mayo 2015 1 no conformidad respecto a 4.2.4 AC15-FENF-CC-01. Se detecta evidencia de implementación de un programa de auditoría acorde a el status de los procesos, agendas, listas de verificación y reportes de auditoría en

cumplimiento. Se detectan condiciones de independencia y auditores calificados en auditorías internas. Se tiene buena respuesta en tiempos por las áreas en el manejo de acciones correctivas. Proceso de auditorías internas encontrado en cumplimiento.

Respecto a la satisfacción del cliente se detecta un cambio en el objetivo del 85% a un 95%. Se analizaron las quejas, comentarios, así como felicitaciones ( subjeses y jefes de enseñanza de las unidades de atención médica que solicitan los campos prácticos). Se analizan 3 encuestas de los tres procedimientos centrales del CTI centro de Tecnologías de Información: Procedimiento para la atención a usuarios y soporte de servicios de tecnología de información meta 2015 90% vs 100% (excelente +bueno), procedimiento para proporcionar servicios de cómputo en el CTI centro de Tecnologías de Información meta 90% vs real 88.75% (excelente +bueno), se presenta una queja que es atendida respecto a que las indicaciones para la impresión deben de ser más claras, procedimiento de préstamo de equipo meta 85% vs 100% (excelente +bueno).

Respecto a desempeño de procesos se analiza para el procedimiento para la atención a usuarios y soporte de servicios de tecnología de información el % de solicitudes atendidas en 48 horas o menos con un crecimiento en el % 2014 del 95.56% vs 98.34% 2015, se analizan los % de solicitudes atendidas por tipo de servicio. Respecto al procedimiento de procedimiento para proporcionar servicios de cómputo en el CTI centro de Tecnologías de Información se analizan los volúmenes de préstamo de CPU, impresiones y total de servicios atendidos. Respecto al procedimiento de préstamo de equipo el % solicitudes atendidas con un 97.58% 2014 vs 2015 con 100%. Al momento de la revisión por la Dirección no se habían detectado servicio no conformes. (incapacidad para proveer un servicio).

Se analizaron las acciones correctivas para el Centro de Tecnologías de información verificándose evidencia de la acción correctiva AC15-FENF-CTI-01 que fue cerrada en tiempo, revisándose las acciones de otros proyectos certificados para esta Facultad de Enfermería. Se encontró evidencia de seguimiento de puntos de la revisión previas: 1) Reestructuración final de objetivos de calidad para Facultad de Enfermería 2) Elaboración de calendario de reuniones de revisión por la dirección, 3) Elaboración de programa anual de auditorías internas 2015, 4) Documentación de acciones de mejora derivado del análisis de datos de las encuestas de satisfacción, 5) Revisión y actualización de indicadores de calidad, 6) Revisión documental de procedimientos para establecer acciones de mejora, 7) Implementar auditorías 5S +1 mediante un comité específico, 8) Llevar a cabo 2 sesiones anuales para difundir el SGC al personal y estudiantes de nuevo ingreso.

Cambios que pueden afectar el sistema:

A) 1era etapa de la ampliación y modernización de la FENF. 1) Reubicación de áreas, 2) difusión de la reubicación vía correo electrónico, 3) redistribución de aulas para estudiantes, 4) Instalación de servicios de red en áreas de reubicación.

B) Cambio de autoridades del área administrativa 1) Difusión de nombramientos a personal interno y externo a la facultad de enfermería 2) Reestructuración de funciones a personal de servicios generales de la facultad 3) Reuniones de trabajo con el comité de calidad para informar sobre SGC 4) Reuniones de trabajo con las diferentes áreas de la facultad.

C) Actualización del plan de estudios de la Licenciatura en Trabajo Social con Base en el MEFI. 1) Programa institucional de habilitación – MEFI, 2) Programa de estudios presentado y aprobado por consejo académico 29 junio 2015, 3) Programa presentado a la comisión de evaluación académica del 7 de julio 2015, programa presentado y aprobado por Consejo Universitario el 10 de agosto 2015.

Recomendaciones para la mejora:

1) Capacitación de nuevos integrantes de apoyo al SGC, 2) Creación del Plan de estudios de la especialización en cuidados Intensivos, 3) Actualización del Plan de estudios de la licenciatura en trabajo social.

Acuerdos:

1) Revisión y reestructuración de encuestas de satisfacción del usuario. Comité de calidad y responsables de procedimientos. Personal de la DGPLANEI.

2) Revisión y actualizar indicadores de los procedimientos, por parte de los responsables de los procedimientos.

<p><b>Procesos (para SGC): CTI Centro de tecnologías de información (CTI) / Acciones correctivas y preventivas</b>      <b>Sitio: Facultad de Enfermería</b></p>
<p><b>Métricos de desempeño:</b> Nivel de satisfacción del cliente.</p>
<p><b>Entradas:</b> Solicitudes de préstamo, requerimientos internos, solicitudes de servicios, catálogo de servicios</p>
<p><b>Salidas:</b> Registros de servicios prestados, servicios recibidos por el usuario, indicadores, retroalimentación del cliente.</p>
<p><b>Documentos/Registros:</b></p> <p>P-FENF-CTI-01 Procedimiento para la atención a usuarios y soporte de servicios de tecnología de información.  P-FENF-CTI-02 Procedimiento para proporcionar servicios de cómputo en el CTI  P-FENF-CTI-03 Procedimiento de préstamo de equipo</p>
<p><b>Notas de Auditoría:</b></p> <p>Se emitió una no conformidad como parte de la última auditoría interna, atendida a través de la acción correctiva no AC15-FENF-CC-01 ya que se detectó que no había evidencia de control de ciertos registros (En el CTI no se mostró evidencia de noviembre 2014 a mayo 2015 del llenado del registro F-FENF-CTI-11, formato de verificación). Acciones de contención: reunión del 26 de junio 2015 para verificación de eficacia del formato de verificación, encontrando que no era factible llevarlo a cabo, por lo que se dejó de utilizar. Se detecta como causa raíz que la metodología planteada para realizar la verificación no fue la adecuada para llevar a cabo el procedimiento para atención de usuarios y soporte de servicios de tecnología de información (P-FENF-CTI-01). Se realiza sensibilización con el equipo auditor, difusión, modificación de procedimiento para atención a usuarios y soporte de servicios de TI y finalmente una verificación de los servicios para revisar efectividad.</p> <p>Acción preventiva.- AP15-FENF-CTI-01 Se detecta un posible incumplimiento respecto a suspensión del servicio de impresión a los alumnos. Esto debido a fallas en equipos de impresión aunque se cuenta con 3 equipos de impresión actualmente. Esto se debió a la detección de un virus que no estaba contemplado en el antivirus actual. Se trabajó en configurar el equipo adicional a los previstos para que pueda imprimir en situaciones emergentes.</p> <p>Acción de mejora.- AM15-FENF-CTI-01 Habilitación de equipos en el costado del área de digitalización, para continuar con los servicios de préstamo de equipos en el CTI aún cuando haya reserva de área de sala, y así los alumnos no interrumpan la clase en la sala.</p> <p>Se cuenta con cumplimiento en el procedimiento de servicios de cómputo en CTI y en el proceso de préstamo de equipos, encontrando implementación efectiva. Servicios de cómputo muestreados y encontrados en cumplimiento: Servicios proporcionados FE-SC14, FE-SC-17, FC-SC-13 y FE-SC 23. Equipos en préstamo: 130905, 124435, 134838, 130911, 130911).</p> <p>Mejora: Se realizó la adecuación del site principal del centro de cómputo de la Facultad de Enfermería.</p>

<p><b>Procesos (para SGC): Coordinación Administrativa de Tecnologías de Información (CATI) (Servicios de tecnología de información) / Acciones correctivas y preventivas, Sitio: (CATI).</b></p>
<p><b>Métricos de desempeño:</b></p> <p>1.-Mantener un porcentaje de al menos el 90% de satisfacción de los clientes en el nivel de totalmente satisfecho y satisfecho, en el ciclo de atención. Real 2014 97%.</p> <p>2.- Mantener un porcentaje de al menos el 95% de satisfacción en el nivel de totalmente satisfecho y satisfecho, en los servicios proporcionados a los usuarios. Real 2014 % 96.4 Enero-junio 96.5%</p> <p>3.- Concluir por lo menos el 85% de los acuerdos con los clientes, en el tiempo en el que fueron</p>

comprometidos, en el ciclo de atención. Real 2014 91.56% (2 ciclo), 95.9% (1er ciclo).

4.- Concluir el 82% de los servicios solicitados por los usuarios en el tiempo comprometidos, semestralmente Real 98.54 % Enero-junio 2015, cambia la meta a un 90% en el 2° semestre 2015

5.- Mantener semestralmente por debajo del 15% el índice de reportes de seguridad recibidos en el sistema de atención usuarios. 14.25% 2° semestre 2014 y 9.07% 1er semestre 2015. (Uso de nuevo equipo de seguridad CYBEROAM).

6.- Mantener disponibilidades por encima del 90% del tiempo de operación, los 5 servicios de TI institucionales más demandados, semestralmente. Enero- junio 2015 95%

**Entradas:** Solicitudes de servicio y soporte de TI, base de conocimientos, insumos de proveedores, requerimientos internos.

**Salidas:** Incidente atendido, servicios recibidos por el usuario, indicadores, retroalimentación del cliente, registros de servicios prestados.

**Documentos/Registros:**

P-SG-CATI-01 Procedimiento para la atención a usuarios y soporte de servicios de tecnología de información.

P-SG-CATI-02 Procedimiento para gestión de las TI y la infraestructura

P-SG-CATI-03 Procedimiento para proveer los servicios de TI

Plan de contingencias UADY 2012

Plan de contingencia para los servicios de TI de la UADY (17/9/2015).

**Notas de Auditoría:**

En la Coordinación Administrativa de Tecnologías de Información se consideran los procesos de atención a usuarios y soporte de servicios de tecnología de información, gestión de las TI y la infraestructura y proveer los servicios de TI. Estos procesos se llevan a cabo a través de la recepción de solicitudes de servicio de TI, análisis de la factibilidad de la solicitud, gestión de la solicitud, proveer el servicio, analizar los resultados y recibir retroalimentación del servicio.

Se actualiza el Plan de contingencia para los servicios de TI de la UADY (17/9/2015) incluyendo ahora escenarios de continuidad de servicios en situaciones de huelga, actualización respecto a huracanes, activación de servicios de datos institucionales activados de forma temporal en la nube.

Se da atención y seguimiento a quejas y comentarios de usuarios, de enero 2014 a julio 2015 se emiten 29 quejas de servicios recibidas (color verde: insatisfacción distinta al servicio, color amarilla: por otras razones ajenas a CATI, color rojo: por razones propias de la UADY ( Ejemplo: 30 junio 2015 servicio 125069 Invitación a cursar diplomado "Transversalizando el género en las instituciones del sector público, social y privado" razón: El evento se difundió en fechas que no fueron solicitadas. Análisis de quejas del sistema de atención de usuarios, Minuta 3983 Reunión general mensual (septiembre 2015) CATI. Índice de SNC en el mes de agosto 2015 0.50 %, se identifican 5 SNC en agosto 2015 atención de tutores CATI. Vs meta 1%. Se lleva a cabo un análisis de datos de los servicios no conformes revisando las tendencias del servicio con análisis del 2011 al 2015.

2013: AC13-34 Ampliación de almacenamiento para correo electrónico, no conformidad respecto a infraestructura adecuada 6.3, se reciben 25 reportes respecto a que no funcionaba el correo electrónico. Como contención se ofrece a los usuarios alternativa de correo electrónico usando Microsoft office 365 y la depuración de discos duros del servidor de correo. Se detecta que el espacio de disco duro del servidor, asignado para los correos de los usuarios de la UADY ya no era suficiente. Se realiza la creación de un plan de actividades de aumento del disco duro, ampliación de discos para el servicio de correo electrónico, así como el monitoreo del servicio para validación de la efectividad de actividades. Status: cerrada.

2014: AC14-19 La CATI llevó a cabo cambios en el servicio de directorio activo, omitiendo los criterios de validación propios de un entorno de producción, que permiten verificar el correcto funcionamiento de los equipos de los usuarios con las nuevas configuraciones aplicadas. Se recibieron múltiples quejas verbales en las que los usuarios reportaban equipos que estaban fallando y en algunos casos su información se había perdido. Esto afectó a las facultades de Odontología, Contaduría, Ingeniería Química y Campus Tizimin.

Como contención se realiza la reunión de consejo de T.I. para determinar acciones inmediatas, cambio en la configuración del directorio activo, pruebas en el proceso de recuperación y aplicación del instructivo de recuperación de información perdida. Se detecta que no existía un esquema de control de cambios, que permita validar los criterios, ejecución y seguimiento de los cambios a los servicios de TI. Se lleva a cabo una reestructuración de roles y responsables de actividades técnicas, reestructuración en mesa de servicios. Difusión, capacitación y reunión de retroalimentación y valoración de cambios. Status: cerrada.

2015: AP-15-01 6 enero 2015 Se detecta que la organización podría no cumplir los criterios de calidad requeridos para la prestación del servicio en tiempo y forma de los servicios de TI que ingresan a través del Sistema de atención a Usuarios (SAU). Posible conflicto en comunicación al atender al usuario. Se detecta que el personal de la Coordinación no está capacitado para resolver problemáticas o conflictos que deriven de circunstancias no técnicas, durante la atención a usuarios. Se lleva a cabo un curso taller y evidencia de efectividad del taller. Status: cerrada.

2015: AP-15-02 12 enero 2015 Se detecta que los sistemas Moodle, que sirven para brindar los servicios de educación en línea, para los programas UADY virtual, escuelas incorporadas, Sel Bachillerato y Sel UADY, podrían dejar de funcionar debido a ataques informáticos dirigidos a estos sistemas. Se detectan vulnerabilidades de la plataforma Moodle. Se realiza la validación de vulnerabilidades, se crea plan de actividades para la actualización de Moodle, notificaciones a usuarios, actualización de las plataformas de educación en línea y validación el correcto funcionamiento después de la actualización. Status: cerrada.

2015: AP-15-04 17 julio 2015 Se detecta que la temperatura del centro de operaciones pudiera elevarse causando que los equipos se dañen interrumpiendo la operación general de los servicios de TI de la UADY. Esto debido a que los aires acondicionados son caseros y no están diseñados para trabajar 24 horas o más y en ambientes de temperatura extremos de frío o calor. Se justifica la compra de aire acondicionado para NOC, instalando y poniendo en marcha el nuevo sistema de aires acondicionados. Se realizó la verificación en bitácoras de temperatura del centro de operaciones. Status: abierta, solo falta la verificación de la efectividad.

Cambios importantes en el sistema: 1) Se modifica la política de calidad para incluir la gestión ambiental y responsabilidad social. 2) Actualización de indicadores de objetivos de calidad, 3) Actualización de Plan de contingencia para los servicios de TI de la UADY.

Mejora continua:

- 1.- Implementación con éxito de servicios institucionales en nube de internet.
- 2.- Implementación de reuniones virtuales vía WEBEX.
- 3.- Implementación de UADY digital
- 4.- Implementación de mejora en conectividad en Campus para 5 facultades en ciencias sociales.
- 6.- Implementación de RED NIBA Red Nacional de Impulso a la Banda Ancha.

Se cuenta con un consejo de TI y administradores de TI, trabajando simultáneamente con becarios de atención de usuarios. Los servicios prestados son atención a usuarios y soporte de servicios de tecnología de información basado en un catálogo interno de servicios, gestión de las TI y la infraestructura y la provisión de servicios de TI. Se cuenta con un código de conducta, resguardo de equipos en caso necesario, medición de tiempos de servicio al usuario y en casos necesarios emisión de servicio no conforme (generalmente por 1) incumplimiento de tiempos de atención y/o 2) por falta de seguimiento y 3) incumplimiento en provisión del servicio). Se cuenta con una base de conocimientos con 3,115 instructivos específicos desde 1998 hasta 2016.

A través del sistema SAU (Sistema de atención a usuarios) se verifican las solicitudes de servicio. Se revisaron solicitudes de servicio en asignación (máximo 24 hrs. para asignación Ejemplo: 129306, 12917, 129323, 129325, 129326, 129327, 129328, 129329, 129330. Se revisaron las solicitudes en proceso de asignación del servicio (ejemplo 128621 Recuperación con solicitud urgente de recuperación de cuenta y password), atención del servicio, control de servicio y de verificación de servicios. Se cuenta con una planeación general de los servicios (Agenda RIUADY), se cuenta con una base de respuestas a solicitudes de atención y soporte a usuario (961 actualmente) y encuesta de satisfacción de usuario, mostrándose niveles altos de servicio al cliente, así mismo se registran 9 quejas en el 2015 de las cuales solo 1 es imputable a CATI (enero-junio 2015) no servicio 125069 queja relativa a Invitación a cursar diplomado "Transversalizando el género en las instituciones del sector público, social y privado" 30 junio 2015, usuario

se queja porque se difunde el evento en días que no se debía. Se detecta una confusión respecto al manejo de fechas. Se retroalimenta al personal interno Marcela Concha sobre situación. Se realiza una evaluación de 360 grados respecto a seguridad de la información, trabajo en equipo, trabajo individual, eficiencia, e imagen personal.

En el proceso de gestión de las TI y la infraestructura, además de manejar del sistema SAU (Sistema de atención a usuarios) en la administración de servicios solicitados y encuestas de retroalimentación, adicionalmente se manejan carátulas en sistema para monitoreo de proyectos, sistema de minutas y agenda de atenciones a DES.

3477 octubre 2014 Corte de fibra óptica Telmex en Facultad de química en inalámbrica. Apoyo SICEI  
3916 julio 2015 Sitio web Coordinación General de comunicación Institucional implementación e imagen institucional, 16 actividades atendidas de desarrollo de sitio web y 1 pendiente: elaboración del manual para el usuario. Status: Concluido.

3927 agosto 2015 Atenciones de climatización de los NOC en periodo vacacional julio /agosto 2015. Monitoreo y seguimiento a climas en mantenimiento y seguimiento en bitácora mensual. Status: Concluido.

3876 junio 2015 Implementación de la 2da ola tecnológica inalámbrica Dlink para facultad de medicina. Se llevan acabo Status: En proceso de atención.

3895 julio 2015 Plan de actividades de telemática en período vacacional en julio 2015. Status: En proceso de atención y otros atendidos.

En agosto se atendieron un total de 1188 servicios, realizando el análisis quedaron 6 servicios no conformes de DES (dependencias educativas) y 1 CATI, el índice de Servicios NCs en este mes fue de 0.50% No se dio seguimiento apropiado del servicio y que son de tutores (encargados de becarios).

Enero 2015	0.29 %
Feb. 2015	0.07 %
Mar. 2015	1.33 %
Abril. 2015	0.90 %
Mayo 2015	1.9 %
Junio 2015	0.92 %

Se busca no superar el 1% de servicio no conforme. El incremento de marzo debido a diferentes factores fue analizado en específico para cada servicio atrasado, emitiéndose una acción correctiva no AC-1419 respecto a re-estructurar las actividades en las que participa la mesa de servicio.

Mejora:

- 1).- Se cuenta con una metodología de evaluación de riesgo de procesos. Matriz de evaluación de riesgos (probabilidad). Se consideran riesgos (peligros) y factores de probabilidad causa efecto.
- 2).- Se realiza mejora en el código de conducta del personal incluyendo nuevos aspectos de convivencia y respeto a áreas de trabajo.

**Procesos (para SGC): CATI Auditorias internas, Revisión por la Dirección : Secretaría Gral - Dirección de Planeación**

**Métricos de desempeño:** N/A

**Entradas:** Status, importancia y resultados anteriores de los procesos, requerimientos internos de auditorias

**Salidas:** Auditorías planeadas, ejecutadas y reportadas bajo estatutos internos, acciones implementadas

**Documentos/Registros:**

- P-DGPLANEI-CC-03 Procedimiento para llevara cabo auditorias internas
- F-DGPLANEI-CC-09 Programa anual de auditorias internas
- L- DGPLANEI -CC-03 Lineamiento para selección y evaluación de auditores internos
- F- DGPLANEI -CC-10 Plan de auditoria interna

F- DGPLANEI -CC-12 Lista de hallazgos de auditoría interna  
 F- DGPLANEI -CC-38 Evaluación de auditores internos  
 F- DGPLANEI -CC-13 Reporte de auditoría interna  
 F- DGPLANEI -CC-09 Programa anual de auditorías internas  
 F- DGPLANEI -CC-37 Verificación de acciones

**Notas de Auditoría:**

Se llevó a cabo auditoría del 15 al 27 de abril para Centro de operaciones NOC (Network operation center) , así como a la CATI Coordinación administrativa de Tecnologías de Información. Se considera en la planeación que no es necesario auditarlos de nuevo hasta el 2016. En la auditoría de abril no se detectaron no conformidades en CATI y NOC. Se detectaron oportunidades de mejora en NOC (preventiva respecto al cambio del equipo de aire acondicionado AP-15-04 y respecto a detección de áreas de trabajo reducidas para el personal responsable, así como para becarios). Se encontró evidencia de evaluaciones de los auditores encontrando cumplimiento en sus labores de auditoría, así como de independencia entre el auditor y el área auditada. (Auditores: Julieta Guzmán y Wilberth Villanueva. Este proceso tampoco registró no conformidades en la auditoría del 2014. Se cuenta con evidencia de programa, planeación, reportes de auditorías y listas de hallazgos. Proceso encontrado en cumplimiento.

Respecto a la Revisión por la Dirección se elabora un calendario de revisiones en donde se programan 2 ejercicios de revisión por la Dirección al año. Proceso encontrado en cumplimiento. La última revisión fue el 13 de julio del 2015, encontrándose cumplimiento en los aparatados y evidencias que forman parte de esta revisión al sistema de gestión de calidad. Se revisó la única no conformidad que fue la detectada por ABS respecto a el status de atención del servicio en sus órdenes de servicio. Se revisaron los 4 objetivos de calidad vigentes durante esta reunión. Previo a la reunión se había tomado la decisión de incluir un nuevo indicador como 5° indicador.

Se analizaron 2 quejas: 1) Cuando se contactan por Comunicator se acuerdan actividades que se realizan para resolver la problemática, sin embargo al cerrar el reporte se incluyen puntos que no se acordaron. 2) No se indica la razón de cierre del reporte indicando que se realizan cambios o actualizaciones que nunca se llevan acabo, 2 comentarios: 1) sería adecuado que se presentaran el número de usuario que utilizan los usuarios por dependencia 2) Creo importante contar con mecanismos de difusión mas directos y 3 felicitaciones: 1) la asesoría recibida en cada situación es muy completa y clara, además de oportuna y accesible, 2) Agradecimiento por atenciones recibidas y 3) Agradecimiento por dar prioridad a atención incidencias.

Se analizan los 6 objetivos de calidad, encontrando cumplimiento en su cierre del 2014 y el inicio del 2015 del período enero-mayo 2015. Se analiza el concentrado de acciones correctivas de Administración central respecto a las acciones correctivas, preventivas y de mejora de CATI con 4 AC y 3 AP en 2014 y 2 AC y 2 AP 2015 y en todos los casos cerradas en su implementación. Dentro de la revisión del seguimiento de revisiones por la Dirección previas respecto a CATI se incluye la revisión de la propuesta de política de gestión y en su caso enviar a CIPLADE comentarios y/o observaciones.

Respecto a los cambios que pudieran afectar al sistema, a nivel sistema : se identifican riesgos internos y externos para proveer el servicio, así como lo relativo a los cambios en la norma 2015, planificación para una adecuada transición y reestructuración de los procesos del sistema, se presentó propuesta de reestructuración de los procesos aprovechando los cambios 2015. Respecto a los puntos específicos de CATI se considera: 1) Cambios de funcionarios en dependencias-Reuniones de seguimiento y sensibilización, 2) Areas en proceso de reubicación hacia otros edificios de la UADY, ya que estas áreas no cuentan con administrador de TI que de seguimiento o soporte a los servicios de red, 3) Investigación, prueba y estandarización de nuevas tecnologías de hardware y software, coordinación con las dependencias de educación superior de la UADY para determinar requerimientos de TI, elaboración de descripciones técnicas para catálogos institucionales, revisión de propuestas técnicas, atención a preguntas en juntas de aclaraciones, participación en actividades de seguimiento como apertura de propuestas y fallos.

Mejora continua: Renovación de la infraestructura de servicios inalámbrico en la UADY, para la siguientes DES: Facultades de Arquitectura, contaduría y administración, antropología y química. (ampliar la cobertura de los servicios inalámbricos mediante la actualización y mejoramiento de infraestructura y soporte técnico.

Acuerdos: 1) Reestructuración de los procesos del SGC, identificar los procesos a considerar en la nueva

reestructuración del SGC y análisis del costo beneficio de operación del SGC.

### **Avance hacia la mejora continua**

Ver comentarios relativos a la mejora continua en las notas de las revisiones por la Dirección.

### **Oportunidades de mejora**

1.- Se puede mejorar la implementación de análisis de causas en acciones correctivas por parte del personal de las áreas

## 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:** Se observa un buen nivel de efectividad, debido a que las 3 no-conformidades previas ( 2 expansión alcance y 1 de renovación), se encontraron debidamente implementadas de forma efectiva, tanto en su metodología como en las evidencias de cumplimiento encontradas.

### ***(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.*  
N/A
- *el desempeño histórico de la organización incluyendo objetivos y metas durante los últimos 3 años.*  
N/A

## Registro de Asistencia

Reunión de apertura: Fecha: 09/29/2015

Hora: 8:30 a.m.

Reunión de cierre: Fecha: 10/02/2015

Hora: 16:00 p.m.

Nombre	Puesto	Apertura	Cierre
José Williams	Rector	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sandra Luz Villegas Pérez	Rep. Dirección	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Martha L. Mena Reynoso	Rep. Dirección	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Graciela Pastrana	Coordinación Bibliotecas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irma López Chunab	Bibliotecas CCBA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silvia Medina Campoy	Bibliotecas Sociales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilda Novelo Pérez	Biblioteca Central	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yolanda L. López	Secretaría General	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Julieta Guzmán	Coordinación de Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raúl García Velarde	CIR Sociales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Julieta Guerrero	Directora FEDU	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Silvia Carola Salas Ortegón	Directora FENF	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Paulina Martínez	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juan de Dios Pérez	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patricia Escoffié	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernanda Gasca	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Said Cárdenas	DGPLANEI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Daniel Barroso	Capacitación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lizbeth Estrada	Finanzas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gabriel Paredes	Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sally López	Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pamela Pereyra	Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wendy Montejo	Servicios Escolares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mildred Avilés	Titulación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erik Polanco	Servicios Escolares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carlos Mojica	Matemáticas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ramón Peniche	F. Matemáticas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Zulema Cantillo	F. Química	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marco Torres	CCBA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guillermo Storey	F. Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nubia Rivero	CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elsy Rosado	CIRB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alberto Arellano	Bibliotecas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
José Luis Villamil	Secretario General	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gabriela Alonso Salomón	QFB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yheny López	F. Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Juan Herrera	Coordinador CATI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Carmen Díaz	Responsable gestión de TI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mario Gutiérrez	Responsable gestión de TI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lourdes Yam	Representante Dir.Enfermería	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gabriela Tamayo	Coord, Auditoria Matemáticas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Carmen Denis	Resp. Infraestructura TI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lorena Gamboa	Servicios Escolares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>







### Audit Matrix

<b>Sitio Auditado:</b>	Secretaría Gral- Coordinación Admva. de Tecnologías de Información (CATI)	<b>Fechas de Auditoría:</b> 01-Oct.-15 - 02-Oct.-15 <b>1.5 día(s)- auditor</b>
<b>Dirección:</b>	Av. Itzáes No. 499 x 59 y 59-A, Planta Alta Mérida, México	<b>Equipo Auditor:</b> Jorge Méndez, auditor
		<b>Número total de empleados:</b> 13 planta y 10 becarios <i>(incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)</i>

Borrar la fila de cláusulas que no aplican:

Init / RC	Vigilancias					QMS		Cláusulas																														
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								
Historia / Plan de Auditoría Futuro						Procesos		Resultados de Auditoría Actuales																														
A	A		R			Atención a Usuarios y Soporte de Servicios de TI		A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A			A		A	A	A	A									
A	A		R			Gestión de las TI y la Infraestructura		A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A			A		A	A	A	A									
A	A		R			Proveer los Servicios de TI		A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	A			A		A	A	A	A									
A	A		R			Acciones correctivas y preventivas		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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

### Audit Matrix

<b>Sitio Auditado:</b>	Facultad de Educación	<b>Fechas de Auditoría:</b> 30-SEP-15 0.5 día(s)- auditor
<b>Dirección:</b>	Centro de Tecnologías de la Información y Comunicación Km1 Carretera Mérida-Tizimín Tramo Cholul-Mérida-Yucatán-México.	<b>Equipo Auditor:</b> Jorge Méndez – Auditor líder
		<b>Número total de empleados:</b> 4 (incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)

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		A		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	A	A	A					
A		A		R		Procedimiento para el Soporte Técnico	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			I(1)		A	A	A	A	A					
A		A		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	A	A	A					
A		A		R		Revisión por la Dirección	A	A	A	A	A	A		A	A													A	A	A	A	A					
A		A		R		Acciones correctivas y preventivas	A	A						A	A												A	A			A						
A		A		R		Auditorías internas	A	A						A	A													A	A			A					
<b>Número Total de No conformidades →</b>							0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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)



**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																												
Renovación				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	I(1)	0	0	0	0	0	0				
X expansión				0	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	X			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	I(1)	0	0	0	0	0	0					
S18																															
S24																															
S30																															
Renovación																															
<b>Total N/C por Cláusula:</b>				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0					

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 - 46404 - 2/12 – S**

**Organización: Universidad Autónoma de Yucatán**

**Fecha de envío del plan de auditoría al cliente: 09/22/2015**

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

**Contacto: Paulina Martínez**

**Tel: 01 999 9231495**

**Fechas de auditoría: 09/29/2015 - 10/02/2015 Duración de auditoría: S (Seguimiento) 4.5 días auditor**

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

**Número total de empleados: 50**

**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 Provisión 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.
- Verificar la Implementación del SGC en los nuevos sitios a ser incluidos(Auditoría de Extensión de Alcance)

<b>Día/Hora</b>		<b>Procesos para la auditoría</b>
<b>Martes 29 Sept.</b>		<u>Actividades/Funciones/Áreas</u>
<b>Audidores</b>		<b>Auditor: Jorge Alberto Méndez</b>
<b>Día 1</b>	<b>8:30 a.m.</b>	Llegada a instalaciones , reunión de auditores - Rectoría – Dirección General de Planeación, Calle 60 No. 491-A x 57
<b>8:30 – 9:30 a.m.</b>		Reunión de apertura de todos los auditores con personal de las diferentes áreas <b>Verificación de procesos y de todos los lugares donde éstos ocurren (QMS)</b>
<b>10:00 –13:00 p.m.</b>		Traslado a Periférico Norte Tablaje 13615 <b>Facultad de Matemáticas-CTIC Centro de Tecnologías de Información y Comunicaciones</b> <b>(Servicios de tecnologías de información, mantenimiento correctivo y preventivo de equipo) (1 día)</b>  <b>Revisión documental, Manual de Calidad y procedimientos</b> <b>Uso de las marcas de certificación, Cambios a la organización</b> <b>Objetivos/Metas/Mejora Continua</b>  <b>Administración del SGC ( Proceso de revisión directiva , Auditorías internas, Acciones Correctivas y Preventivas)</b>  <b>Procesos aplicables a este sitio.</b>

13:00-13:30 p.m.	Comida
13:30-17:00 p.m.	<p>-Continúa auditoría en mismo sitio-</p> <p><b>Procesos aplicables a este sitio.</b></p> <p><b>Elaboración de reporte de auditoría</b></p> <p><b>Junta resumen de resultados preliminares del primer día ( aprox. 16:30 p.m.)</b></p>

Día/Hora	Procesos para la auditoría
Mierc. 30 Sept.	<u>Actividades/Funciones/Áreas</u>
<b>Audidores</b>	<b>Auditor: Jorge Alberto Méndez</b>
<b>Día 2 8:00 a.m.</b>	Traslado a instalaciones en Km. 1 de la Carretera Mérida- Tizimín, Mérida (aprox. 50 minutos).
<b>9:00 – 9:30 a.m.</b>	Reunión de apertura con personal <b>Verificación de procesos y de todos los lugares donde éstos ocurren (QMS)</b>
<b>9:30 – 12:30 p.m.</b>	<p>Facultad de Educación, Centro de Tecnologías de la Información y Comunicación (Préstamo de equipo, soporte técnico y diseño de sistemas) (.5 día)</p> <p><b>Revisión documental, Manual de Calidad y procedimientos</b> <b>Uso de las marcas de certificación, Cambios a la organización</b> <b>Objetivos/Metas/Mejora Continua</b></p> <p><b>Administración del SGC ( Revisión por la Dirección, Acciones Correctivas y Preventivas)</b> <b>Revisión de las 2 no conformidades de auditoría previa de ABS.</b> <b>Auditoría a procesos aplicables a este sitio.</b></p> <p><b>Junta resumen de resultados preliminares</b></p>
<b>12:30-13:00 p.m.</b>	Comida
<b>13:00-13:40 p.m.</b>	Traslado a Facultad de Enfermería (aprox. 40 minutos).
<b>13:40-16:40 p.m.</b>	<p><b>Facultad de Enfermería - Centro de Tecnologías de Información</b> <b>(Préstamo de equipos y soporte técnico) (.5 día)</b></p> <p><b>Revisión documental, Manual de Calidad y procedimientos</b> <b>Uso de las marcas de certificación, Cambios a la organización</b> <b>Objetivos/Metas/Mejora Continua</b></p> <p><b>Administración del SGC (Revisión por la Dirección, Acciones Correctivas y Preventivas)</b></p> <p><b>Auditoría a procesos aplicables a este sitio.</b></p> <p><b>Junta resumen de resultados preliminares</b></p>
<b>16.40-17:30 p.m.</b>	<b>Elaboración de reporte de auditoría</b>

Día/Hora Jueves 1° Oct.		Procesos para la auditoría _Actividades/Funciones/Áreas	
Auditores		Auditor Jorge Alberto Méndez	Auditor Magdiel Martínez
Día 3	7:30 a.m.	Traslado a instalaciones en Av. Itzáes No. 499 x 59 y 59-A	
8:00 – 12:30 p.m.		<b>Secretaría General- Coord. Admva. de Tecnologías de Información (.5 día) (Servicios de tecnología de información)</b>  <b>Revisión documental, Manual de Calidad y procedimientos</b> <b>Uso de las marcas de certificación, Cambios a la organización</b> <b>Objetivos/Metas/Mejora Continua</b> <b>Administración del SGC ( Acciones Correctivas y Preventivas)</b>  <b>Auditoría a procesos aplicables a este sitio.</b>	
12:30-13:00 p.m.		Comida	
13:00-14:00 p.m.		<b>Junta resumen de resultados preliminares</b>  Traslado a Ave. Itzáes No. 490 x 59 (Arribo aprox. 12:30 p.m. dependiendo de agenda matutina del auditor)	
14:00-14:30 p.m.		-Continua auditoria en oficinas centrales, traslado a Dirección de Planeación-	
14:30-17:00 p.m.		<b>Procesos aplicables a este sitio</b> <b>Secretaría Gral - Dirección de Planeación (.5 día)</b> <b>(Revisión por la Dirección, Auditorías internas, proyecto 46404).</b>  <b>Elaboración de reporte de auditoria</b>	
		<b>Secretaría General-Centro de Operaciones de la Red (.5 día)</b>  <b>Auditoría a procesos aplicables a este sitio</b>  <b>Elaboración de reporte de auditoria</b>  <b>Junta resumen de resultados preliminares</b>	

Día/Hora	Procesos para la auditoría _Actividades/Funciones/Áreas
<b>Viernes 2 Oct.</b>	
<b>Auditores</b>	<b>Auditor Jorge Alberto Méndez</b>
<b>Día 4 7:30 a.m.</b>	Llegada a instalaciones en Av. Itzáes No. 499 x 59 y 59-A
<b>7:30 – 12:00 p.m.</b>	<b>Secretaría General- Coord. Admva. de Tecnologías de Información (1 día) (Servicios de tecnología de información)</b>  <b>Auditoría a procesos aplicables a este sitio.</b>
<b>12:00-12:30 p.m.</b>	Comida
<b>12:30-13:30 p.m.</b>	  <b>Junta resumen de resultados preliminares</b>
<b>13:30-14:30 p.m.</b>	<b>Elaboración de reporte de auditoria</b>
<b>14:30-15:30 p.m</b>	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 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 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
- 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)

- [x] Presentación del equipo auditor y de su rol
- [x] Confirmación de los Procedimientos de Seguridad en el trabajo y emergencia relevantes al equipo auditor
  - a. Procedimiento/Proceso/ Política de evacuación del cliente
- [x] Explicar la Política de Confidencialidad de ABS QE
- [x] Revisar el Alcance de la Auditoría:
  - [x] Norma / Especificación a ser utilizada.
  - [x] Verificación del idioma a ser utilizado durante la auditoría
  - [x] 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  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 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

<b>46404 - 1/12 - S</b>	<b>RAC No.: 1</b>
<b>Cláusula No.: 7.5.1</b>	<b>Mayor / Menor: Menor</b>
<b>DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA</b>	
<p><b>Requerimiento:</b> El procedimiento interno de Soporte técnico P-FEDU-CTIC-02 requiere en la nota del apartado T3:</p> <p>“Nota 4: <i>En caso de mantenimiento preventivo se verifica que el equipo de cómputo cuente con el software institucional o en su caso que cuente con su respectiva licencia, se procede a su realización y al termino de este se registra el servicio en el formato de servicio de mantenimiento preventivo.</i>” (formato F-FEDU-CTIC-11 )</p>	
<p><b>No conformidad:</b> Sin embargo se detecta que el formato ha dejado de llevarse a cabo de acuerdo a lo solicitado por el procedimiento.</p>	
<p><b>Evidencia:</b></p> <p>Se detecta evidencia del formato de servicio de mantenimiento preventivo F-FEDU-CTIC-11 de meses agosto y septiembre 2014, sin embargo el uso del formato de mantenimiento preventivo se encuentra en desuso.</p> <p>Nota: Se considera menor ya que se encontraron registros previos y no se detecta afectación a la prestación del servicio a usuarios.</p>	

<b>IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES)</b>			
<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><i>Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables?</i></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.			

<b>DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ</b>
<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>

<b>ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS</b>			
<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.			

<b>Para Auditorías TS 16949: VERIFICACIÓN DEL CLIENTE</b>		
DESCRIPCIÓN	Responsable	FECHA
1.		

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

## PLANEACION DE AUDITORÍA

Nombre de la Compañía: Universidad Autónoma de Yucatán  
Certificado. 46404

Número de

**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.

**PLANEACION DE AUDITORÍA**

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Certificado No. 46404

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)

<b>2. Favor de adjuntar (como sea aplicable) documentos del desempeño Interno de métricos</b>			
<b>Objetivos y Metas</b>	<b>Valor Pretendido</b>	<b>Resultado Actual</b>	<b>Comentarios</b>
<b>Coordinación Administrativa de Tecnologías de Información (CATI y Centro de Operaciones)</b>			
Mantener un porcentaje de al menos el 90% de satisfacción de los clientes en el nivel de totalmente satisfecho y satisfecho, en el ciclo de atención.	90%	97,22 %	No se cuenta con el porcentaje del ciclo del 2015 porque se encuentra en proceso el ciclo de atención.
Mantener un porcentaje de al menos el 95% de satisfacción en el nivel de totalmente satisfecho y satisfecho, en los servicios proporcionados a los usuarios, semestralmente.	95%	2014 segundos semestre: 96.5% 2015 Ene-May: 96.74%	Se está alcanzando la meta propuesta del objetivo.
Concluir por lo menos el 85% de los acuerdos con los clientes, en el tiempo en el que fueron comprometidos, en el ciclo de atención	85%	2014: 93.78% 2015: En Proceso	Se alcanzó la meta en 2014, actualmente sigue en proceso por lo que aún no se tiene el porcentaje.
Concluir por lo menos con el 90% de los servicios solicitados por los usuarios en el tiempo comprometido, semestralmente	90%	2014: 95.81% 2015: 98.54%	Se modificó el porcentaje del objetivo y está alcanzando las metas establecidas.
Mantener por debajo del 15% el índice de reportes de seguridad recibidos en el Sistema de Atención a Usuarios, semestralmente	15%	2014: 13.25% 2015: 9.22%	Se está alcanzando la meta establecida hasta el momento.
Mantener disponibles, por encima del 90% del tiempo de operación, los 5 servicios de TI Institucionales más demandados, semestralmente.	90%	2014: 97.12% 2015: En Proceso	Se alcanzó la meta en 2014 y actualmente se encuentra en proceso la medición del objetivo.
<b>Centro de Tecnologías de Información y Comunicaciones (CTIC-Facultad de Matemáticas)</b>			
Mantener en el año 2015 al menos un 82% de satisfacción del cliente, en los niveles de satisfecho y muy satisfecho, en los servicios ofrecidos en la recepción del Centro de Cómputo.	82%	85%	Este indicador es nuevo, se adjunta documento con la justificación del cambio.
Mantener en el año 2015 al menos un 90% de satisfacción del cliente, en los niveles de satisfecho y muy satisfecho, en los servicios ofrecidos a través del Sistema de Atención a Usuarios.	90%	100%	Sólo se pudo obtener una muestra de 2 encuestas.
Alcanzar anualmente el 80% de satisfacción de los usuarios en el nivel de excelente en los servicios de mantenimiento preventivo y	80%	Este indicador es nuevo, se adjunta documento con la justificación del	Con una muestra de 4 encuestas. El indicador se actualizó este año siguiendo los lineamientos de la DGPLANEI.

correctivo de equipo de cómputo		cambio.	
<b>Centro de Tecnologías de la Información y Comunicación (CTIC-Facultad Educación)</b>			
Mantener anualmente en un 90% de satisfacción de los usuarios en el área de CTIC entre el nivel bueno y excelente.	90%	98%	Para el monitoreo a junio de 2015, se alcanzó hasta el momento el 98.003%. Sin embargo falta obtener los datos finales con la implementación de evaluaciones en los demás días del mes de junio de 2015.
<b>Centro de Tecnologías de Información (CTI-Facultad de Enfermería)</b>			
Mantener anualmente el 90% de satisfacción del usuario entre el nivel de excelente y bueno.	90%	Procedimiento para la atención a usuarios y soporte de servicios de tecnología de información 100% Procedimiento para proporcionar servicios de cómputo en el CTI 88.75% Procedimiento para el préstamo de equipos 100%.	Este objetivo fue actualizado sin embargo sobrepaso la puntuación establecida del mismo. Solo en el segundo procedimiento no alcanzo el 90% pero piensan alcanzarlo en el segundo semestre del 2015.

<b>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.</b>	
<b>3-1 Número total de quejas clientes desde la última auditoría:</b>	<b>CATI: 2</b> <b>FMAT: 19</b> <b>FEDU - CTIC: 0</b> <b>FENF – CTI: 1</b> en el Procedimiento para proporcionar servicios de cómputo en el CTI
<b>3-2 Situaciones significativas con clientes /quejas,</b>	<b>CATI:</b> Cuando nos contactan por Communicator se acuerdan actividades que se realizarán para resolver la problemática, sin embargo al cerrar el reporte se ponen cosas que no se acordaron, redactando completamente otra cosa. No se indica la razón de cierre del reporte, indicando que se realizaran cambios o actualizaciones que nunca se llevan a cabo. <b>FMAT:</b> La mayor parte de las quejas, 10 se refieren al acceso a internet <b>FENF:</b> Las indicaciones para la impresión deben ser mas claras.
<b>3-3 Situaciones internas de desempeño</b>	<b>CATI:</b> 2do Ciclo 2014: 237 acuerdos ingresados Acuerdos atendidos: 206 Acuerdos No Activados: 12  Incidentes Ingresados 2014: 7683 Atendidos: 7919 En tiempo: 7282 Con atraso: 637  Los valores que se proporcionan son los servicios que han ingresado y se han atendido en un período de tiempo. Los servicios que se atienden en un período de

	<p>tiempo determinado, pudieran corresponder a servicios ingresados en diferentes días/semanas/meses a su liberación y cierre.</p> <p>Incidentes Segundo ciclo julio-diciembre 2014 Acciones de Seguridad:85.75% Reportes de Seguridad:14.25% 2015 (Enero-Mayo) Acciones de Seguridad:89.39% Reportes de Seguridad:9.22% El objetivo como se indica es no superara el umbral del 15% en los reportes de seguridad, es decir, buscamos valores por debajo de este porcentaje.</p> <p>Disponibilidad de Servicios de TI en 2014 97.12% Disponibles (CITRIX, TUNKU,Office 365, SICEI,UADY Virtual) 2.88% No Disponible</p> <p><b>FMAT:</b> A través del Procedimiento para atención a usuarios y soporte de servicios de tecnologías de información se atendieron 919 reportes, de los cuales se obtuvieron 69, felicitaciones, 6 sugerencias y 4 quejas.</p> <p>En el Procedimiento para la provisión de servicios en la recepción del Centro de Cómputo se recibieron 151 evaluaciones de las cuales se obtuvieron 38 felicitaciones y 15 quejas. De este procedimiento se atendieron 675 servicios de préstamo de equipo de cómputo y audiovisual. Y se dieron 3379 servicios de préstamo de computadora en la sala de prácticas, tuvimos un aumento de 29%.</p> <p>En el Procedimiento para Mantenimiento Correctivo se atendieron 225 servicios de septiembre del 2014 a agosto 2015.</p> <p>En el Procedimiento para Mantenimiento Preventivo se atendieron 432 servicios de septiembre del 2014 a agosto 2015.</p> <p><b>FENF:</b> Procedimiento para la atención a usuarios y soporte de servicios de tecnología de información Porcentaje de solicitudes atendidas por tipo de</p>
--	--

	<p>servicio en el CTI.</p> <p>2014: Solicitudes atendidas: 372 Información General 10% Asesoría técnica 32% Fallo de equipo de cómputo 22% Instalación de programas 11% Instalación de servicio de internet 6% Préstamo de Equipos de Computo 5% Instalación de Equipos de Computo 6% Elaboración de carteles 2% Solicitud del CTI:5% Fallo de red 2%</p> <p>2015: Solicitudes atendidas: 149 Información General 10% Asesoría técnica 23% Fallo de equipo de cómputo 17% Instalación de programas 17% Instalación de servicio de internet 3% Préstamo de Equipos de Computo11% Instalación de Equipos de Computo 5% Elaboración de carteles 3% Solicitud del CTI:12% Fallo de red 0%</p> <p>Procedimiento para proporcionar servicios de cómputo en el CTI</p> <p>2014 Tipos de Servicio Préstamo de CPU en CTI: 3399 Impresiones: 1523 Total de Servicios atendidos:4922</p> <p>2015 Tipos de Servicio Préstamo de CPU en CTI: 1086 Impresiones: 474 Total de Servicios atendidos:1560</p> <p>Procedimiento para el préstamo de equipos 2014 Total de Solicitudes: 231 Solicitudes Atendidas: 227</p> <p>2015 Total de Solicitudes: 54 Solicitudes Atendidas: 54</p>
--	--

	<b>FEDU:</b> Servicio a Soporte Técnico: 567 Préstamo de Equipo:217 Préstamo de Sala de Clase: 0 Total de Servicios:273
<b>3-4 Situaciones de aspectos ambientales o situaciones de peligros OHSAS</b>	N/A

<b>4. Número total de empleados (incluyendo tiempo completo / parcial / temporales / contratistas)</b>							
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 :	Coordinación Administrativa de Tecnologías de Información Av. Itzáes No. 499-H x 59 y 59-A Col. Centro.	# of Emp.	13 tiempo completo o 10 becarios de medio tiempo	Sitio 2 Dirección :	Centro de Operaciones de la UADY Ave. Itzaez N 499 x 59 y 59A Col. Centro C.P.	# of Emp.	1
Sitio 3 Dirección :	Facultad de Matemáticas .- Centro de Tecnologías de Información y Comunicaciones (CTIC) Anillo Periférico Norte, Tablaje Cat. 13615, Colonia Chuburná Hidalgo Inn, Mérida Yucatán	# of Emp.	9 7 primer turno 2 segundo turno	Sitio 4 Dirección :	Facultad de Educación Centro de Tecnologías de la Información y Comunicación (CTIC) Km. 1 de la Carretera Mérida- Tizimin, Mérida Yucatán.	# of Emp.	4
Sitio 5 Dirección :	Facultad de Enfermería Centro de Tecnologías de Información Calle 90 s/n entre 59 y 59 A espaldas del Hospital O'Horan	# of Emp.	1 tiempo completo o 2 becarios				

<b>5. Información de turnos</b>					
<b>Nombre del sitio</b>	Coordinación Administrativa de Tecnologías de Información		<b>Nombre del sitio</b>	Centro de Operaciones de la UADY	
<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>
Matutino	8:30 am	4:30 pm	Matutino	8:30 am	4:30 pm
<b>Nombre del sitio</b>	FMAT: Centro de cómputo, Unidad de Comunicaciones y Laboratorio de Mantenimiento		<b>Nombre del sitio</b>	FMAT: Compras	
<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>
Matutino	7:00	15:00	Vespertino	14:00	20:00
Vespertino	13:30	20:00			
<b>Nombre del sitio</b>	FEDU: CTIC		<b>Nombre del sitio</b>	FENF - CTI	
<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>
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** 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 ( <b>Únicamente EHS</b> )	<input type="checkbox"/>	Otros
Detalles del cambio:			

<b>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</b>	
Fecha de la Rev. Directiva	Líneas de acción & Acciones correctivas
ADMC (CATI, NOC): 13 de Julio 2015	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar los procesos a considerar en la nueva reestructuración del SGC.</li> <li>2. Análisis del costo beneficio de la operación del SGC.</li> </ol>
FMAT: Noviembre 2014	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Continuar el seguimiento de la revisión de la Dirección anterior.</li> <li>2. Adecuar todas las presentaciones a un solo formato y corregir ortografía.</li> <li>3. Realizar monitoreo de tráfico con respecto a las actualizaciones de Windows con el Directorio Activo y antivirus.</li> <li>4. Saber el número total de horas por sala</li> <li>5. Que Miguel Serrano tome curso de capacitación para que maneje la</li> <li>6. administración de usuarios de las encuestas en línea</li> <li>7. Revisar con Marco el caso de los baños del centro de Cómputo.</li> </ol>
FMAT: Abril 2015	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las presentaciones para las siguientes reuniones de revisión de alta dirección se enviarán por correo al maestro Carlos Mojica una semana antes de la reunión. Al día siguiente las devolverá con observaciones, para que se corrijan y luego se enviarán con los cambios dos días antes de cada reunión.</li> <li>2. Definir los límites de los procedimientos.</li> </ol>
FENF: 07 Noviembre 2014	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar el calendario de reuniones de revisión de la dirección 2015.</li> <li>2. Elaborar el Programa anual de auditorías internas 2015.</li> <li>3. Reestructuración final de los objetivos de calidad de la Facultad de Enfermería.</li> <li>4. Documentar acciones de mejora derivado del análisis de datos de las encuestas de satisfacción del usuario del segundo semestre de 2014.</li> <li>5. Revisión y actualización de los indicadores de calidad.</li> <li>6. Llevar a cabo revisión documental de procedimientos para establecer acciones de mejora.</li> <li>7. Implementar auditorías internas de 5´S+1 mediante un Comité específico.</li> <li>8. Llevar a cabo dos sesiones anuales para difundir el SGC al personal y estudiantes de nuevo ingreso.</li> </ol>
FENF: 06 julio 2015	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión y reestructuración de Encuestas de Satisfacción del Usuario.</li> <li>2. Revisar y actualizar Indicadores de los procedimientos.</li> </ol>
FEDU: 16 Diciembre 2014	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseñar e implementar un formato para facilitar los préstamos de equipos de cómputo y audiovisual fuera de las instalaciones de la Facultad.</li> <li>2. Emitir y publicar al usuario una lista de precios de los servicios que se cobran en caja.</li> <li>3. Llevar a cabo una 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 Jefe de Control Escolar.</li> <li>4. Adquirir para el área exclusiva e identificada para los formatos impresos de Administración de documentación de personal un contenedor adecuado.</li> <li>5. Difundir el trabajo que realizan las áreas que forman parte del alcance del SGC (Ceremonia de entrega de certificado, camisas, etc.).</li> <li>6. Llevar a cabo una reunión de trabajo para organizar asistencia de los responsables de procedimientos a Jornadas Internacionales de la Calidad de acuerdo al recurso y tiempo disponible de la FEDU.</li> <li>7. Solicitar y llevar a cabo capacitación del personal que se encuentra en el alcance del SGC de la FEDU del uso del share point.</li> <li>8. Solicitar y llevar a cabo capacitación del personal que forma parte del alcance del SGC de la FEDU en la Norma ISO modificada al 2015.</li> </ol>
FEDU: 30 Junio 2015	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rediseñar la herramienta para solicitar la información de entrada de la revisión de la Dirección que se envía a las áreas que forman parte del alcance del SGC de la FEDU.</li> </ol>

	2. Modificar las evaluaciones de satisfacción del servicio que estén de acuerdo a los lineamientos para solicitar e integrar la información de entrada de la revisión de la Dirección. 3. Difusión de los procesos del SGC a la comunidad de la FEDU. 4. Gestionar la adecuación de las tomas de corriente en el área de control escolar.
Fecha de la Auditoría interna	Líneas de acción & Acciones correctivas
FEDU 14 al 26 de Mayo 2015	Ninguna NC levantada al área de CTI de FEDU
FENF: 25 al 29 de Mayo 2015.	AC15-FENF-CC-01
FMAT: 28 de abril al 07 de mayo 2015.	Ninguna NC levantada al área de CTIC de FMAT
ADMC: 15 al 27 de Abril 2015.	Ninguna NC levantada al área de CATI y el NOC.

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

<b>9. Favor de listar los requerimientos legales y regulatorios relevantes dentro del alcance del sistema de gestión.</b>
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 Proyecto	Ciudad, Estado	Actividades	Número total de empleados	Fechas de Proyecto	¿Se administran Sub contratistas en el sitio?	¿Aplican requerimientos específicos de cliente?	¿Se utiliza equipo que requiere licencia?	¿Aplican 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

<b>Representante del cliente:</b>	<b>Paulina Martínez Navarrete</b>	<b>Fecha:</b>	<b>28 agosto de 2015</b>
-----------------------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

**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: Jorge Alberto Méndez Fecha: 09/29/2015