

Reporte de Auditoría No: QE - 40836 - 4/12 - S

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Contacto: Paulina Martínez

Teléfono: 52 999 9231495

Norma(s): ISO 9001:2008

Duración: 4.5 día(s) auditor

Fecha de reporte: 06/23/2017

Fechas de auditoría: 06/19/2017 - 06/23/2017

Código(s) IAF/NACE: 39/92.5

Número total de empleados verificados en sitio: 101

Miembro (s) del Equipo Auditor Adela Du-Pont Rivas - Auditor Líder,

Alcance de Certificación: *Provision of library services*

Provisión de servicios bibliotecarios

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

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

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

| Auditoría de Seguimiento (Follow-Up) | Duración Recomendada: | Fechas Tentativas: |
|--|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Se recomienda Auditoría de Seguimiento en Sitio | | |
| <input type="checkbox"/> Se recomienda Auditoría de Seguimiento fuera de Sitio | Proveer la justificación para realizar la auditoría de seguimiento fuera de Sitio | |
| <input checked="" type="checkbox"/> No se requiere auditoría de seguimiento | | |

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.

| | Si | No |
|---|------------------------|-------------------------|
| ¿El equipo auditor recomienda algún cambio en la duración de auditoría para la siguiente auditoría a fin de verificar acciones correctivas resultantes de las no conformidades identificadas? | | x |
| Si se recomienda el cambio, mencione la duración recomendada | | |
| | Fecha de Inicio | Fecha de término |
| Fechas para la siguiente auditoría | 5 Marzo 2018 | 9 Marzo 2018 |

| Acuse de recibo del reporte de auditoría | Reporte Final | Borrador |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| Un reporte de auditoría por escrito (borrador o final) con una descripción de todas las no conformidades, oportunidades de mejora y recomendación del equipo auditor fue entregado a la organización en la reunión de cierre. ¿Este reporte fue reconocido por la Organización? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si el Reporte Final no fue entregado al cliente al final de la auditoría, por favor indique la fecha en que le fue enviado al cliente: | | |

Anexar o incluir con el Reporte de Auditoría:

- Plan de Auditoría
- Formato de Planeación de Auditoría (Requerido para Vigilancias, Renovación, Extensión de Alcance y Transferencias)

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

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

| Conclusiones del equipo auditor sobre la efectividad del sistema de gestión: | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos, excepto como se indica en las no conformidades. |
| <input type="checkbox"/> | Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión no fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos. La recomendación del equipo auditor es para “Revisión de Certificación” |
| Resumen de la evidencia relacionada a: | |
| <ul style="list-style-type: none"> La capacidad del sistema de gestión de cumplir los requerimientos aplicables y los resultados esperados. Se ha logrado mejorar la percepción de los usuarios, las mediciones de satisfacción muestran una aceptación entre muy satisfecho y satisfecho hasta en un 90% Los procesos de auditorías internas y revisión directiva Se mostraron evidencias de la realización adecuada de reuniones del Equipo lider para la revisión de la efectividad del sistema de gestión de calidad, incluidos los reportes de auditoria interna, cumpliendo en tiempo y forma con la planeación anual de las mismas | |
| Enunciado de conclusión del Auditor: El Sistema de Servicios Bibliotecarios de la Universidad Autónoma de Yucatán se encontró en cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008, se muestran evidencias de un sistema maduro, donde los colaboradores en los diferentes niveles organizacionales son concientes de la importancia del uso del sistema de gestión de calidad. Se recomienda la continuidad del certificado 40836, sujeto a la acción correctiva relacionada con una noconformidad menor reportada (ver sección correspondiente) | |

| | | |
|--|-----------|-----------|
| Para auditorías de vigilancia y renovación (borrar para auditorías iniciales) | Si | No |
|--|-----------|-----------|

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

Comentarios Generales:

La presente auditoría se levó a cabo conforme a la agenda previamente revisada con el cliente

Sitios Auditados:

Biblioteca del Campus de Ciencias de la Salud
Av. Itzaes x 59 y 59-A No. 498
Mérida-Yucatán-México

Biblioteca de la Unidad Académica con Interacción Comunitaria
Calle 185 S/N por 90-B
San Luis Dzununcán
Merida-Yucatán-México

Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional
Calle 60x57 No. 491-A
Col. Centro-Mérida-Yucatán-México

Biblioteca Jorge Bolio Castellanos
Calle 31 x 35-A-Carretera antigua a Chuburná
Mérida-Yucatán-México

Dir. Gral de Desarrollo Académico- Coordinación de Bibliotecas
Av. Itzáes número 498 bis x 59 y 59 A
Mérida-Yucatán-México

| (Únicamente SGC) | | Si | No |
|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ¿Existe algún requerimiento del estándar que no sea aplicable para el sistema de gestión? | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Requerimiento no aplicable | Justificación | | |
| 7.3 | La prestación de servicios bibliotecarios no requiere actividades de diseño y desarrollo | | |
| 7.5.2 | Los servicios bibliotecarios se verifican a través de actividades de seguimiento y medición | | |
| 7.6 | No se requiere utilizar equipos de medición para proporcionar evidencia del servicio provisto | | |
| Procesos suministrados externamente | | Si | No |
| ¿La Organización tiene procesos que son suministrados externamente? En caso afirmativo, listar estos procesos: | | | |
| 1. | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. | | | |
| En caso afirmativo, ¿la organización tiene implantados controles adecuados sobre estos | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| procesos? | <input type="checkbox"/> No Auditado | |
| Procesos de Gestión de Calidad (Únicamente SGC) | Si | No |
| ¿La organización ha determinado los procesos necesarios para el SGC, y las entradas y salidas esperadas para estos procesos? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 5. Información de turnos | | | | | |
|--------------------------|---|--|-------------------------|---|--|
| Nombre del sitio | Coordinación de Bibliotecas | | Nombre del sitio | Biblioteca del Campus de Ciencias Sociales, Económico Administrativas y Humanidades | |
| Turno | Hora de inicio | Hora de término | Turno | Hora de inicio | Hora de término |
| Continuo | 7:00 | 16:30 | Continuo | 8:00 | 19:00 |
| Nombre del sitio | Biblioteca de la Unidad Académica con Interacción Comunitaria | | Nombre del sitio | Biblioteca del Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias | |
| Turno | Hora de inicio | Hora de término | Turno | Hora de inicio | Hora de término |
| Continuo | 7:00 | 17:00 | Continuo Sábados | 7:30 8:00 | 20:00 16:00 |
| Nombre del sitio | Biblioteca del Campus de Ciencias de la Salud | | Nombre del sitio | Biblioteca del CIR-Sociales | |
| Turno | Hora de inicio | Hora de término | Turno | Hora de inicio | Hora de término |
| Continuo | 7:00 7:30 | 20:00 lunes a viernes 15:00 sábados | Continuo | 8:00 | 15:00 |
| Nombre del sitio | Biblioteca del Campus de Ciencias Exactas e Ingenierías | | Nombre del sitio | Biblioteca José Peón Contreras | |
| Turno | Hora de inicio | Hora de término | Turno | Hora de inicio | Hora de término |
| Continuo | 7:00 | 20:00 | Continuo | 7:30 | 20:00 |
| Nombre del sitio | Biblioteca Renán Irigoyen Rosado | | Nombre del sitio | Biblioteca Jorge Bolio Castellanos | |
| Turno | Hora de inicio | Hora de término | Turno | Hora de inicio | Hora de término |
| Continuo | 7:30 | 20:00 | Continuo | 7:00 8:00 | 21:00 lunes a viernes 13:00 sábados |
| Nombre del sitio | Biblioteca Central | | Nombre del sitio | Biblioteca de la Unidad Multidisciplinaria Tizimin | |
| Turno | Hora de inicio | Hora de término | Turno | Hora de inicio | Hora de término |
| Continuo | 8:00 | 20:00 | Continuo | 7:30 | 20:00 |
| Nombre del sitio | Biblioteca Carlos Castillo Montes de Oca | | Nombre del sitio | | |
| Turno | Hora de inicio | Hora de término | Turno | Hora de inicio | Hora de término |
| Continuo | 7:00 7:00 7:00 | 21:45 lunes a jueves 20:45 viernes 13:45 Sábados | | | |
| Anexo | 9:00 17:00 8:00 | 15:00 19:45 12:00 sábados | | | |

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

| | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| Objetivos de Auditoría | Si | No |
| ¿Los objetivos definidos en el plan de auditoría fueron alcanzados? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Partes Interesadas | Si | No |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| ¿La organización ha determinado las partes interesadas pertinentes al Sistema de Gestión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Riesgos | Si | No |
| ¿La organización ha determinado los riesgos y oportunidades que necesitan ser abordados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Requerimientos legales y otros | Si | No |
| ¿La organización ha identificado los requerimientos legales y otros que le son aplicables? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Revisión por la Dirección: | Si | No |
| ¿Las revisiones por la dirección cumplen todos los requerimientos de la Norma y el proceso de revisión por la dirección está efectivamente implantado y mantenido? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auditorías Internas | Si | No |
| ¿Las auditorías internas fueron implantadas efectivamente y en cumplimiento con los requerimientos de la norma? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Acción correctiva | Si | No |
| ¿Las acciones correctivas 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:

El auditor debe registrar la evidencia objetiva (ejem, muestras adicionales tomadas) verificada para demostrar la eficacia de la acción correctiva, así como registrar el estatus de la no conformidad previa.

| Audit. No. | Cláusula No. | Item No. | Evidencia de implantación efectiva (Indicar N/A si no hubo N/C) |
|-------------------|---------------------|-----------------|---|
| 40836 - 3/24 - S | 8.2.2 | 1 | <p>Requerimiento: El "P-DGPLANEI-CC-07 Procedimiento para llevar a cabo la Revisión de la Dirección" (Revisión: 05, 19 de marzo de 2015), en la política 3.1 establece: "Las dependencias que forman parte del alcance del SGC, deberán realizar al menos una vez al año una reunión de Revisión de la dirección. Nota: Para fines de la Revisión de la dirección, la Administración Central y la Coordinación de Bibliotecas, serán consideradas como dependencias." No se encontró que se auditara la dependencia "Coordinación de Bibliotecas".</p> <p>No conformidad: No se evidenció que se haya auditado un proceso del sistema de gestión de calidad bibliotecario</p> <p>Evidencia: Revisión por la Dirección realizada por la dependencia "Coordinación de Bibliotecas"</p> <p>Acción correctiva AC15-20</p> <p>Modificación del plan de auditoría, se independizó la auditoría interna del resto de la UADY para clarificar que todos los requisitos de la norma se han auditado en todos los procesos</p> <p>Evidencia de auditoría interna 2016 (Junio)</p> <p>Evidencia de lista de hallazgos, incluyendo cumplimiento</p> <p>Evidencia de capacitación de los auditores internos (Importancia de llenado de listas de hallazgos), se verificó evidencias de capacitación de [REDACTED] (Educación), [REDACTED] (Salud), [REDACTED] (Veterinaria), [REDACTED] (Finanzas), en total 30 auditores internos activos fueron capacitados</p> <p>El auditor líder ([REDACTED]) demostró el cumplimiento con el plan de auditoría (Diciembre 2016)</p> <p>Esta acción se encontró efectiva</p> |

| | | | |
|-------------------------|--------------|----------|---|
| <p>40836-3/24-S</p> | <p>4.2.1</p> | <p>1</p> | <p>Requerimiento: ISO-9001:2008 requiere en 4.2.1 Generalidades que La documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir: d) los documentos, incluidos los registros que la organización determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.</p> <p>No conformidad: No se evidenció cumplimiento en un proceso.</p> <p>Evidencia: Para el caso de la propiedad del cliente (Credenciales de Identificación para uso de los “Cubículos”) no se identificó que se tuviera algún procedimiento y/o registro para el manejo y notificación de la propiedad del cliente en caso de que la propiedad del cliente se pierda, deteriore o de algún otro modo se considere inadecuada para su uso según lo establece el requisito ISO-9001:2008, 7.5.4 Propiedad del Cliente. (Biblioteca del Campus de Ciencias Sociales, Económico Administrativas y Humanidades). Sin evidencia.</p> <p>Nota: a la fecha se comenta por los responsables de las bibliotecas que no se ha extraviado, dañado o que haya sido inapropiada para el uso la propiedad del cliente proporcionada para el préstamo de cubículos.</p> <p>Acción correctiva: AC15-23</p> <p>Se identificaron los servicios en los cuales se requería solicitar la credencial al usuario Se creó un formato para el control de préstamo de cubículos y salas Se creó formato para el control de préstamo de computadoras Se modificó el Manual de Referencia, incluyendo claridad en el manejo de la propiedad del cliente (credencial) y como se debía realizar la administración de préstamo de espacios, entre ellos los cubículos, ya no se requiere conservar la credencial, solo se verifican los datos de la misma</p> <p>La efectividad en el uso de la propiedad del cliente se muestreó el uso adecuado del formato y la no retención de la propiedad del cliente (credencial), se determinó efectividad durante el muestreo de la última auditoría interna 2017 Se revisó el reporte de préstamos de espacios (cubículos y salas de usos múltiples) del cual se genera un reporte mensual, se verificó su adecuado uso en la Biblioteca de Ciencias de la Salud</p> <p>En sharepoint se cuenta con evidencias de muestreo de todas las bibliotecas a las que les aplica este requerimiento Servicios donde se maneja propiedad del cliente: Arquitectura – préstamo de lockers Biológicas – cubículos, equipos de cómputo y cables de red Central – libros valiosos y yucatecos no digitalizados UABIC – cubículos, materiales de reserva, equipos de cómputo y salas audiovisuales</p> <p>Acción correctiva efectiva</p> |
| <p>40836 - 3/24 - S</p> | <p>8.5.2</p> | <p>1</p> | <p>Requerimiento: ISO-9001:2008 requiere en 8.5.2 Acciones Correctiva en b) determinar las causas de las no conformidades, c) evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir, d) determinar e implementar las acciones necesarias.</p> <p>No conformidad: No se evidenció cumplimiento en algunos casos.</p> <p>Evidencia: AC15-09 y AC15-11 Se determinaron correcciones y no acciones correctivas. AC15-14 - Causa no correspondiente al problema detectado.</p> <p>Acción Correctiva AC15-18</p> |

| | | |
|---------------------------------|--------------|---|
| | | <p>Se creó un lineamiento L-DGPLANEI-CC-05 de llenado del formato de acciones correctivas Se modificó el Procedimiento de Acciones Correctivas A nivel institucional se trabajó en análisis de causa, se actualizó el procedimiento, se incluyó un nuevo método para análisis de causa, se entrenó en todas las dependencias sobre el nuevo método Se verificaron evidencias de capacitación: [REDACTED] (Veterinaria), [REDACTED] (Enfermería), [REDACTED] (Central), [REDACTED] (Educación), [REDACTED] (Matemáticas) Acciones correctivas con causa adecuadamente analizadas AC16-08, 09 Acción correctiva efectiva</p> |
| <p>40836 - 3/24 - S</p> | <p>7.5.1</p> | <p>Requerimiento: ISO-9001:2008 requiere en 7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio que la organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable: a) la disponibilidad de información que describa las características del producto, b) la disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario, c) el uso del equipo apropiado. Además, en ISO-9001:2008 requiere en 6.1 Provisión de recursos que la organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para: a) implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, y b) aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos. No conformidad: No se demuestra conformidad en el acceso a bases de datos. Evidencia: Computadora 14 mostró lentitud en la recuperación de información de base de datos Ebrary. (Biblioteca del Campus de Ciencias Sociales, Económico Administrativas y Humanidades) Acción correctiva: AC15-22 1 Base de datos, reporte de Mejora de conectividad Proyecto a nivel institucional por campus Se presenta plan de conectividad de UADY, el cual se cumplió en Diciembre 2016 Fibra óptica metropolitana (10 Gbytes) Estudio de mercado de servicios internet FTTH (Home) e IDE (Internet dedicado empresarial) Se llevó a cabo Proyecto de Mejora de Enlaces y Conectividad Proyecto estratégico (Sistema Biliotecario) proyecto con inversión de 12 millones de pesos Anillo Fibra Optico Metropolitano UABIC, Campus Arquitectura, todos los campus Tizimin (antenas microondas conectadas) infraestructura de Gob del Edo de Yucatán Análisis previo, se contaba con 1.8GB (menos de 10% de lo necesario, 0.08 MB por alumno) Proyecto UADY-GTI-07 (12/12/2016) 5 Campus, 3 Bachilleratos Y Unidad Multidisciplinaria 0.5 MBps de internet por usuario Licitación LA.931056978-e5-2017</p> |

| | | | |
|---|--------------|----------|---|
| | | | <p>IDE 9 GB, FTTH 3 GB Fase 1 Bestel 9GB (televisa) 80% avance 3 GB Telmex 100% FTTH Enlaces metropolitanos Telmex Carrier Ethernet 90% Pasa de menos de 2 a 12 GB de ancho de banda</p> <p>Fase 2: despliegue del servicio en UADY: definición de perfiles de usuarios, con fecha límite Julio 2017</p> <p>Investigadores, administrativos, alumnos</p> <p>Para Tizimín se está negociando un aumento de 200 MG con el ganador BESTEL Contrato de 18 millones de pesos/año</p> <p>Contrato de Licitación, tiene como fecha límite la última semana de Julio 2017</p> <p>Acción correctiva efectiva</p> |
| <p>40836 - 3/24 - S</p> | <p>7.5.1</p> | <p>2</p> | <p>Requerimiento: El servicio de "Alertas Bibliográficas" requiere que se genere un boletín general de materiales de nuevo ingreso y el boletín específico de cada biblioteca. El boletín general se genera de forma automática desde la página web del sistema bibliotecario. Para la elaboración del boletín específico de cada biblioteca. El personal de la biblioteca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delimita las áreas de interés de su comunidad de usuarios. • Recopila la información sobre dichas áreas de interés y regularmente la pone a disposición a su comunidad, por vía impresa o electrónica. <p>No conformidad: No se demuestra objetivamente que se cumpla con este requisito para la biblioteca CIR SEAH.</p> <p>Evidencia: No se encontró evidencia de alertas mensuales, sólo algunos comunicados vía correo electrónico a algunos grupos de usuarios específicos, por lo que no se identifica que las alertas sean para la Biblioteca (usuarios en general) ni la frecuencia mensual o que se haya determinado la regularidad debida. Se considera menor debido a que se entrega información a un grupo de usuarios, aunque si demostrar regularidad.</p> <p>Acción correctiva AC15-21</p> <p>Se actualizó el Manual de Referencia del Sistema Bibliotecario, pag. 62/172 "Las alertas bibliográficas serán elaboradas de forma automática por el sistema automatizado, a través de un boletín bibliográfico", el sistema genera el boletín cuando cada biblioteca ingresa los materiales recibidos, en automático se alimenta la base de datos, la cual genera el boletín Se muestrearon los siguientes campus: Campus de Ciencias de la Salud Campus Ciencias Sociales</p> <p>Se establecieron criterios en el Manual de Referencia Se entrenó al personal que realiza alertas bibliográficas, a nivel general via correo institucional Se incluyó en la página de SISBI, cada biblioteca puede visualizar ingreso de nuevos títulos, toda la comunidad puede ingresar y visualizar todos los títulos que ingresaron a la biblioteca</p> <p>Campus Ciencias Exactas e Ingenierías Inventario INGET0007 168/170, 108, 157, 130, INGES0000767 Campus de Ciencias Biológicas y agropecuarias</p> |

| | | | |
|---------------------|--------------|----------|--|
| | | | <p>BIOLO0001531, BIOL019419, 19409 Campus Ciencias de la Salud SALU0029238, 29235, 29233 Tizimin TIZ0013370, 13367, 13368, 13369 (La artesanía de la comunicación), TIZ0013312, 13315</p> <p>Igualmente se verificó la efectividad durante la última auditoría interna</p> <p>Acción correctiva efectiva</p> |
| <p>40836-3/36-R</p> | <p>7.4.1</p> | <p>6</p> | <p>Requerimiento: La norma establece que: “La organización debe evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización. Deben establecerse los criterios para la selección, la evaluación y la re-evaluación. No conformidad: No se presentan criterios de evaluación de los proveedores, es decir, no tienen definidas las características a cumplir para la asignación de una calificación. Evidencia: Se detecta falta de consistencia en la asignación de calificaciones. Proveedor LSRSA con la mejor cotización en 5 partidas es calificado con 3 puntos, cuando el sistema de evaluación define se califique en base a las partidas compradas, si se le compro esas 5 partidas es porque era el mejor precio y se le califico con 3. Material recibido /material pedido: Proveedor LSRSA con 80% entregas calificado con 3 y Porrúa con 64.54% entregas es calificado con 4.</p> <p>Acción correctiva: AC16-09</p> <p>Sistema de evaluación de proveedores automatizado en Módulo de adquisiciones de SISBI, se validó que el sistema de evaluación de proveedores se realiza de manera automática y se elimina el error humano El módulo de SISBI se muestreó la Desiderata 1 – 2016 Muestra Proveedor, mejor precio, efectividad (% entrega vs pedido), eficiencia (fecha de pedido vs entrega), calidad del servicio (reclamos de calidad de producto entregado) y calificación global, se muestra el comparativo y la razón por la que el proveedor fue seleccionado Gandhi, Porrúa, Difusión Científica, 5 Continentes, Péndulo, Sandi Total de pedido 1290 (100%) Se realizó validación de la información siguiendo los criterios establecidos, con la metodología que se utilizaba en ese momento para asegurar que el software es confiable</p> <p>Acción correctiva efectiva</p> |
| <p>40836-3/36-R</p> | <p>4.2.4</p> | <p>7</p> | <p>Requerimiento: La norma establece que. “Los registros establecidos para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad deben controlarse... Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables.” No conformidad: No presentan evidencia de realización de mantenimientos. Evidencia: Presentan correo de aviso de realización, solicitando dar las facilidades para la realización de los trabajos (Periodo de vacaciones, requieren acceso a las áreas). No se presenta reporte de mantenimientos a las PC.</p> <p>AC16-08</p> <p>Se estableció formato para administración de las órdenes de trabajo y mantenimiento Se desarrolló plataforma de control de actividades de mantenimiento</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>(incidencias reportadas en plataforma) Se muestreó la plataforma versión 2 Hay 3 tipos de permisos: Empleado, Técnico, Administrador La plataforma permite que los usuarios ingresen las solicitudes de servicio, se permite dar seguimiento a todas las órdenes solicitadas, su estado (nuevo, asignado, resuelto), se visualizan el total de ingresados, resueltos, en proceso, asignados. A la fecha se han ingresado más de 180 servicios, el muestreo demostró cumplimiento 112 BIC asignado a Walter Guillermo Pfening, 113 BIC asignada a Harvey González, 174 CSB ingresado 15 junio, asignado a Dino Cauich, 180 BIC asignado a Dino Cauich El administrador del sistema asigna prioridades (mostrador en las bibliotecas, se da siempre prioridad alta), otras actividades son prioridad media, impresoras son prioridad baja, siempre que no afecte el servicio. La plataforma inició utilizándose exclusivamente para mantenimiento de equipo de cómputo, actualmente se usa para todo tipo de mantenimiento de instalaciones.</p> <p>En total se da mantenimiento a más de 400 equipos de cómputo</p> <p>Se muestreó en la Biblioteca Jorge Bolio, encontrándose en cumplimiento</p> <p>Acción correctiva efectiva</p> |
|--|--|--|--|

Acción(es) correctiva(s) aún en proceso para la(s) No Conformidad(es) No: N/A

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

Procesos / Funciones Auditados:

| |
|---|
| Proceso: Auditorías Internas |
| Sitio: Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional |
| Métricos de desempeño: cumplimiento del plan |
| Entradas: resultados anteriores |
| Salidas: reporte de auditoría |
| Documentos/Registros: Procedimiento para llevar a cabo auditorías internas P-DG-PLANEI-CC-03 Rev 8 Evaluación de Auditores internos F-DGPLANEI-CC-38) REV 01, Lista de Hallazgos F-DGPLANEI-CC-12, rev 08, Reporte de Auditoría Interna F-DGPLANEI-CC-13 Rev 08, Verificación de Hallazgos F-DGPLANEI-CC-37 rev 05 |
| <p>Notas de Auditoría: El programa de auditorías internas fue cumplido según lo planeado La auditoría AI17-ADMC-03 se realizó del 6 al 13 de Junio 2017 Se verificó el alcance de la provisión de servicios bibliotecarios y Provisión de servicios Financieros y Material</p> <p>El reporte final de esta auditoría incluye 5 oportunidades de mejora, en la minuta de cierre de auditoría se dejó acuerdo para dar atención a las oportunidades de mejora encontradas por los auditores internos</p> <p>Se verificó la preparación de los siguientes auditores internos: Lilio Chi, Eduardo Ruz, Graciela Pastrana, Sergio Sanguino, Claudia Peraza, Norma Dzul, Said Cárdenas</p> <p>En relación a la asignación de los siguientes auditores: Eduardo Ruz (octubre 2013, ha participado en 9 auditorías internas), Claudia Peraza (Junio 2013, ha participado en 6 auditorías internas) y Lilio Chi (Jun 2014, ha participado en 2 auditorías previas), se verificó el cumplimiento con los lineamientos de UADY para su participación como auditores internos, cumpliendo todos los requisitos</p> <p>Se muestrearon registros de auditoría interna de las siguientes Bibliotecas:</p> <p><u>Biblioteca José Peón Contreras (prepa 2)</u> AI 17-ADMC-03 realizada el 6 de junio 2017 Incluye verificación de las operaciones primordiales de la biblioteca, así como un buen muestreo de libros, revistas, separatas y adquisiciones Igualmente se muestrearon documentos de origen externo y varios de los servicios que provee la biblioteca, tales como préstamos a domicilio Se reportan 2 oportunidades de mejora</p> <p><u>Biblioteca de la Unidad Tizimín</u> AI 17-ADMC-03 realizada el 7 de junio 2017 El informe cumple con suficientes evidencias de efectividad del sistema de gestión en este sitio, buena auditoría Se reporta una oportunidad de mejora</p> <p><u>Biblioteca del Campus de Ciencias Biológicas y Agropecuarias</u> AI 17-ADMC-03 realizada el 8 de junio 2017 La lista de hallazgos de auditoría interna cumple adecuadamente con la información registrada. Incluye los requisitos aplicables y el seguimiento de las acciones correctivas de visitas previas (internas/externas) Todos los requerimientos aplicables al sitio fueron verificados y el auditor interno registró adecuadamente las evidencias de cumplimiento</p> <p>Se constató que la Revisión Directiva fue igualmente auditado según el plan</p> <p>Este proceso se encontró en cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008</p> |

| |
|--|
| Proceso: Control de Documentos y Registros |
| Sitio: Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional |
| Métricos de desempeño: documentos y registros actualizados |
| Entradas: lista maestra de documentos, lista maestra de registros |
| Salidas: Share Point plataforma actualizada |
| Documentos/Registros: P-DG-PLANEI-CC/GA-01 Procedimiento para llevar a cabo el Control de Documentos P-DG-PLANEI-CC/GA-02 Procedimiento para llevar a cabo el Control de Formatos |
| <p>Notas de Auditoría: En las Bibliotecas visitadas en la presente auditoría se pudo demostrar el acceso al sistema documentado, el personal conoce la ubicación de los Manuales y Procedimientos, conoce y accesa a todos los formatos actualizados y controlados del mismo Se verificó que tanto en el Manual de Referencia como en los Procedimientos aplicables para el Sistema bibliotecario de la UADY, se describen los formatos que deben ser utilizados para generar las evidencias de cumplimiento del sistema de gestión de calidad, igualmente, se describe en cada procedimiento, cuales son los formatos aplicables, quien es responsable del llenado, quien es responsable de almacenarlos, su método (electrónico o en papel), tiempo de retención y disposición final de los registros</p> <p>P-DGDA-CB-01 Procedimiento para administrar los servicios bibliotecarios rev 03 M-DGDA-CB-01 Manual de referencia del Sistema Bibliotecario Rev 05</p> <p>F-DG-DA-CB-01 Devolución de formatos rev 01 (impreso)</p> <p>F-DG-DA-CB-02 recepción y flujo de formatos de catalogación rev 00 (impreso)</p> <p>F-DG-DA-CB-03 Reporte de títulos adquiridos rev 01 (impreso) verificado en Bibliotecas visitadas</p> <p>F-DG-DA-CB-04 Buzón rev 01 (impreso) verificado en Bibliotecas visitadas</p> <p>F-DG-DA-CB-05 Préstamo en caso de contingencias rev 00 (papel) verificado en Bibliotecas visitadas</p> <p>F-DG-DA-CB-06 Indicadores de servicio rev 02 (papel) verificado en Bibliotecas visitadas</p> <p>F-DG-DA-CB-07 Encuesta de servicios rev 03 (electrónico) verificado en Bibliotecas visitadas</p> <p>F-DG-DA-CB-08 Evaluación de proveedores de libros rev 01 (electrónico) verificado en CB</p> <p>F-DG-DA-CB-09 formato de solicitud de reporte de citas rev 00 (papel) verificado en Bibliotecas visitadas</p> <p>F-DG-DA-CB-10 Evaluación de proveedores del sistema bibliotecario rev 00 (electrónico)</p> <p>F-DG-DA-CB-11 Seguimiento de solicitud de servicios rev 00 (papel)</p> <p>Este proceso se encontró en cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008, excepto por la noconformidad detectada en relación al control de 2 formatos (ver sección de noconformidades)</p> |

| |
|--|
| Proceso: Provisión de Servicios bibliotecarios / Procesos relacionados con el cliente y satisfacción del cliente |
| Sitio: Biblioteca de la Unidad Académica con Interacción Comunitaria |
| <p>Métricos de desempeño: Usuarios atendidos 7520 (Mayo), en promedio Enero-Mayo se atendieron 6352 Préstamos en sala +800 al mes Préstamo a domicilio 500 al mes Préstamo interbiblioteca 23 en el periodo</p> |

| |
|--|
| Entradas: usuarios potenciales |
| Salidas: usuarios satisfechos |
| <p>Documentos/Registros: Sistema SISBI. Procedimiento Para Administrar los Servicios Bibliotecarios P-DGDA-CB-01 F-DGDA-CB-06 rev 02 Formato de indicadores de servicios Formato para préstamo de cubículos, Formato para control de préstamo de equipo de cómputo</p> |
| <p>Notas de Auditoría: Esta biblioteca ha crecido en infraestructura, con el aumento de la matrícula se han dado nuevos servicios, se cuenta con 5 cubículos grupales, 2 audiovisuales El personal de esta biblioteca incluye 3 colaboradores (administradora y un empleado para servicio a los usuarios en cada turno)</p> <p>Los docentes cuentan con apoyo para sus prácticas grupales tales como evaluaciones, lecturas grupales, audiovisuales, evaluaciones de idioma inglés</p> <p>Se ha adaptado al nuevo modelo educativo, la biblioteca presta servicios para que los docentes realicen acompañamiento tipo tutoría personalizada o para grupos pequeños.</p> <p>Se cuenta con 2 colaboradores de tiempo completo, con lo cual se amplió el horario de servicio de lunes a viernes de 10 am a 5 pm y los sábados de 8 am a 1 pm</p> <p>800 usuarios potenciales Egresan 125 estudiantes</p> <p>Periodo Enero-Mayo Servicios proporcionados 72% Rapidez en el servicio 87% Instalaciones 82% Atención del personal 60% Total satisfacción 72% Meta 70% mínimo</p> <p>Se está trabajando en la concientización tanto de los usuarios como con el personal, dado que el espacio es insuficiente, se trata de apoyar y dirigir a los estudiantes en sus procesos educativos</p> <p>Jardín literario, está en proyecto para tenerlo listo en el próximo periodo</p> <p>Estantería abierta con colección general (+8000 volúmenes) Colección de revistas (12 títulos) Obras de consulta CD/DVD Colección de separata</p> <p>Plan de estudios (Modelo Educativo para la Educación integral) iniciado y otro en liquidación, lo cual obliga a actualizar la bibliografía básica (programas de estudio por semestre), así como la complementaria</p> <p>Nueva bibliografía para cubrir el nuevo modelo educativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horticultor • Administrador de comunidades virtuales • Archivonomista <p>Se realizaron cursos y talleres: 13 en Febrero, 50 en Marzo y 63 en Abril</p> <p>El plan anual de trabajo 2017 en esta biblioteca incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de colecciones. Desiderata=nuevo plan de estudios en básicas primer año, en espera de la planeación didáctica (bibliografía básica y complementaria) • Organización de recursos documentales. Escaneo de material para la base de datos de todo el |

material que ingresa para mayor facilidad de consulta (cubierta y tabla de contenidos)

- Servicios. Planeación de cursos, respuesta a quejas y sugerencias (comunicación directa a usuarios). Publicación en facebook de nuevas adquisiciones para mejor conocimiento de los estudiantes
- Competencias en información. Programa de desarrollo de competencias informativas (5 Módulos) principalmente en áreas de comunicación y proyectos. Etica en el uso de la información. Programación con los docentes para impartir cursos. En Julio curso de inducción y curso de catálogos para nuevo ingreso de estudiantes
- Recursos humanos. Mejora de comunicación interna formal. Difusión de Indicadores de servicio
- Gestión. Comunicación de cambios del SGC a todo el personal
- Sistemas. Se habilitó programa para solicitar oportunamente las necesidades de solución de problemas de infraestructura (incluye estado de la solicitud)
- Infraestructura. Gestiones de necesidades de mobiliario. Se incluyeron 3 nuevos minisplit pero no hay actualización del transformador por lo que no se pueden usar de manera simultánea.

Desiderata

Se recibe información de parte de los docentes (bibliografía complementaria), la captura directa
Se encuentra en proceso de asignaturas optativas

Etimologías grecolatinas del Español
Alma Maria Teresa Vallejos de la luna
Código 37505
3 ejemplares

En 2016 se recibió un total de 183 volúmenes de 90 títulos de bibliografía básica para el nuevo plan de estudios (cumplimiento de SNB)

Nuevos lineamientos de UADY en relación a las Desideratas (compras consolidadas a nivel nacional) se hará licitaciones a través del Departamento de Finanzas, por normas de Transparencia, la UADY se convierte en sujeto obligado según la Ley de Transparencia de la Información,

ORD precatalogación

Se realizó el siguiente muestreo:

Matemática ¿estás ahí?
253466
PR30004489
Clasificación QA 141.P36 2009a
Sello pag 31
Sello 81, 175
Ubicación PR3, PR1, PR2, INGE

Isabel Allende
La casa de los Espíritus
PR30004341
PQ 8998.1.L54.C37d 2011
Sello portada interna
Página 31
Sello 179, 251
Ubicación PR3

Super Goal
Manuel dos Santos
PR30003316
PE 1128.S224 2002 vol 1 parte.A
Controles adecuados: cubierta, pag 31, 59, WB31

Frida
Edición conmemorativa
Coordinador Editorial Luis Martin Lozano
PR30000559
ND 259.K33. A224 2007
Sellos adecuados, 31, 125, 183
Ubicación PR3, BIC, TIZ, ARQ

Se verificó un préstamo interbibliotecas
Título Electronic & Experimental Music: technology, music and culture /Thom Holmes
SOCI0025899
Clasificación ML1380.H64 2008
No. Bib. 239246
Préstamo por 1 semana

Los procesos en esta biblioteca se encontraron en cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008, excepto por la no-conformidad menor reportada en relación con el control de formatos (ver sección correspondiente)

Proceso: Provisión de Servicios bibliotecarios / Procesos relacionados con el cliente y satisfacción del cliente

Sitio: Biblioteca Jorge Bolio Castellanos

Métricos de desempeño:

Usuarios potenciales +3800
Atienden 3 programas educativos del área, aprox se reciben 500 alumnos en Enero y 500 en Agosto
Usuarios atendidos +10,000
Préstamos en sala 5459
Préstamo a domicilio 8206
Préstamo interbiblioteca 0

Uso de espacios de aprendizaje No hay, dado que la Facultad ha ido requiriendo darle los recursos a otras actividades

Uso de equipo de cómputo (se cuenta con 10 equipos) 856
Formación de competencia
Inducción 267 alumnos
Cursos o talleres (no se proporciona el servicio)

Entradas: usuarios potenciales

Salidas: usuarios satisfechos

Documentos/Registros:

Sistema SISBI. Procedimiento Para Administrar los Servicios Bibliotecarios P-DGDA-CB-01
F-DGDA-CB-06 rev 02 Formato de indicadores de servicio

Notas de Auditoría:

Eduardo Ruz Hernández está a cargo de esta biblioteca, la cual está en proceso de integración con la biblioteca del Campus de Ciencias Sociales, Económico, Administrativo y Humanidades

Homologación de acervo se realizó para la integración más adecuada en el momento en que termine la construcción de las nuevas instalaciones

Se cuenta con 7 colaboradores (3 en turno matutino y 3 vespertino)

El plan de trabajo de la biblioteca incluye:

- Gestión. Asistencia a Reuniones convocadas por la Coordinación de bibliotecas
- Desarrollo de Colecciones. Gestión de actualización al acervo, en este año se realizó la actualización para la Licenciatura en mercadotecnia de negocios

- Descarte del material, está planeado el inventario en Julio para asegurar que material deberá ser descartado (en el caso de material donado obsoleto o dañado por hongos se descartó)
- Reparación de material deteriorado, limpieza y reordenación del acervo de la Biblioteca
- Organización documental (trámite para dar entrada a catálogo, clasificación, código de barras)
- Servicios (préstamo de juego de ajedrez), elaboración de boletín de comunicación para hacer saber a los usuarios las nuevas adquisiciones y su promoción), digitalización de materiales
- Envío de revistas electrónicas El financiero, Tendencias Económicas y Financieras a los docentes
- Cursos de inducción a la biblioteca
- Asesoría a usuarios sobre el uso de la Base de datos
- Recursos Humanos. Apoyo en la participación en cursos del personal (biblioteconomía a distancia)
- Promover formación profesional y humana de los bibliotecarios
- Realizar gestiones para contar con los recursos materiales necesarios para el adecuado funcionamiento de la biblioteca

Se instaló un sistema de solicitudes de servicio de infraestructura a través de un software que permite hacer las solicitudes y dar seguimiento a las mismas

El mes de Julio se realiza mantenimiento, incluyendo reparación de sistema eléctrico, limpieza, fumigación, reparación de mobiliario, reparación de aires acondicionados, recarga de extintores

En relación a la satisfacción de usuarios se obtuvieron los siguientes datos:

Enero-Mayo 2017

Servicio 41.2% muy satisfecho

Rapidez de servicio 47.1%

Instalaciones 35.3%

Atención del personal 47.1%

Reuniones de concientización con el personal, se tomarán cursos de atención y calidez en el servicio para mejorar el parámetro de atención del personal

Este proceso se encuentra en cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008

Proceso: Recursos Humanos (Competencias)

Sitio: Dirección General de Desarrollo Académico. Coordinación de Bibliotecas

Métricos de desempeño: personal calificado

Entradas: listado de personal

Salidas: expedientes de personal

Documentos/Registros: Manual de Referencia (Programa de Formación de Recursos Humanos del Sistema Bibliotecario)

Expedientes de personal

Notas de Auditoría:

La Coordinación de Bibliotecas cuenta con 101 empleados

Se propuso un Plan de Carrera (ligado al plan de desarrollo)

Análisis por Coordinación

| persona | puesto | Requisitos de perfil | de | Cursos tomados | DNC | Situación |
|---------|-----------------------|---------------------------------------|--------|---|---------------------------------|--------------------|
| | Auxiliar Biblioteca B | Preparatoria (cuenta con Licenciatura | con en | Sensibilización al –sistema bibliotecario | Curso de Calidez en el Servicio | Cursos programados |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|----------------------------------|
| | | bibliotecología) | Herramientas web para formación de usuarios Auditor Interno | Curso para desarrollo de competencias docentes | |
| | Bibliotecario C | Licenciatura en Biliotecología Conocimientos de ORD (Contancia de curso de catalogación, Organización documental Cuenta con Diplomado en Informática | Seminario de actualización editorial Curso de implementación funcional de RDA | Herramientas de catalogación | programado |
| | Bibliotecario C Participa como docente para impartir "Habilidades para la Investigación" | Certificado de Profesional Asociado en Biblioteconomía | Búsqueda de datos/manejo de bases de datos Servicios especializados en biblioteca universitaria Organización de información y gestión bibliográfica con Mendeley | Programa institucional de actualización docente Diplomado de Competencias docentes del profesor universitario | Programado Agosto-Diciembre 2017 |
| | Bibliotecario C | Certificado de Profesional Asociado en Biblioteconomía Maestría en Gestión de servicios informativos Diplomado de Gestión de Museos y Archivos | Curso sobre manejo de bases de datos y formación de usuarios Organización de información y gestión bibliográfica con Mendeley | Trabajo en Equipo | En programa |
| | Técnico Bibliotecario B | Bachillerato (pasante licenciatura) | Diplomado "Servicios con calidad para bibliotecas universitarias" Servicios especializados en la biblioteca universitaria | En servicio social para cubrir su Licenciatura | En proceso |

Los cursos genéricos que se ofrecen al sistema bibliotecario, por parte de la Dirección de Desarrollo Académico:

- Relaciones Laborales
- Manejo de personal
- Planeación estratégica de la UADY
- Construyendo relaciones humanas positivas
- Manejo de quejas y conflictos
- Trabajemos en equipo
- Servicio al usuario: participó [REDACTED], [REDACTED]

(Campus Ciencias

Sociales), [REDACTED] (Ciencias de la Salud)

Este proceso se encontró en cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008

Proceso: Adquisiciones

Sitio: Dirección General de Desarrollo Académico. Coordinación de Bibliotecas

Métricos de desempeño: adquisición de desideratas conforme a requerimientos de cada biblioteca

Entradas: Desideratas solicitadas

Salidas: Adquisición de desideratas

Documentos/Registros: F-DG-DA-CB-08 Evaluación de proveedores de libros
F-DG-DA-CB-10 Evaluación de proveedores del sistema bibliotecario
Módulo de SISBI UADY
Manual de referencia del sistema Bibliotecario M-DGDA-CB-01 (P15)
F-DGDA-CB-03 Reporte de títulos adquiridos

Notas de Auditoría:

Parte de la selección de material documental realizado por las Academias, enviando la información a la Biblioteca.

Se captura en sistema hasta el momento en que hay recursos para realizar la revisión de cotizaciones

El área de cómputo envía el listado de materiales para su aprobación

SISBI genera pedido, donde se puede visualizar y dar seguimiento a cada pedido por cada Facultad

Los proveedores dados de alta en el listado reciben un correo con una liga y una clave de acceso para que éste pueda presentar su cotización

Cada coordinador de biblioteca tiene acceso a la información sobre sus compras

Genera pedido en firme

Recepción de material

Proceso físico

Digitalización

ORD

Impresión de etiquetas de lomo

Lista

Reporte

Se muestrearon adquisiciones 2016 con los siguientes resultados:

Facultad de Matemáticas

215 desideratas iniciadas

178 desideratas cotizadas

Pedido en firme

Proveedor:

5 continentes 1 títulos

Difusión Científica 90 títulos

Gandhi 16

Porrúa 8

Sandi 29

Reporte de Proveedores

Material ganado por proveedor por Idioma

Gandhi 441 calificación 10

Porrúa 347 calif 8

Difusión Científica 277 Calif 6

5 Continentes calif 4

Difusión Científica
277/236 surtidos calif 8

Tiempo de entrega
Todos los proveedores lograron 10 puntos por 100% entrega a tiempo

Calidad de los materiales
Cero reclamos en relación a calidad de los materiales/cero defectuosos

Parámetros de evaluación de proveedores

Precio
Eficiencia (ganado vs enviado)
Eficacia (tiempo de entrega)
Calidad de los materiales

Evaluación final
Gandhi 8 puntos
Difusión Científica 8 puntos

Cada biblioteca realiza la evaluación de otros proveedores (no libros) en caso de que aplique

Criterio 1 = colección completa
Criterio 2 = material sin daños / calidad en el servicio

Base de datos
Criterio 1 = funcionalidad del sistema
Criterio 2 = servicio técnico

Encuadernación
Criterio 1 = tiempo de entrega
Criterio 2 = calidad del producto

Arco de Seguridad
Criterio 1 = tiempo de resolución del problema
Criterio 2 = calidad del servicio

- Suscripción y provisión de revistas (DIRSA) 100%
- Suscripción y acceso a base de datos y otros recursos electrónicos (CHOICE 95%) American Library Association
- Encuadernación (encuadernaciones, impresos y papelería) 78.6%
- Arco de Seguridad IVISA calificación 98.75%

Este proceso se encontró en cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008

Proceso: Revisión Directiva

Sitio: Dirección General de Desarrollo Académico. Coordinación de Bibliotecas

Métricos de desempeño: objetivo estratégico: Satisfacción de usuarios

Entradas: compromisos establecidos en reunión anterior/calendario de reuniones

Salidas: minuta de reunión

Documentos/Registros: P-DGPLANEI-CC-07 Procedimiento para llevar a cabo la Revisión de la Dirección
F-DGPLANEI-CC-32 Calendario de Revisiones de la Dirección

Notas de Auditoría:

El sistema ha mostrado efectividad en los últimos años, se muestran evidencias de sistema maduro con

concientización e involucramiento del personal en los diferentes niveles

Entre los avances más representativos están:

- Ampliación de Edificio de Arquitectura
- Ampliación de Edificio de Preparatoria 2
- Se actualizó página web
- Nuevos Módulos para plataforma de mantenimiento
- Mejoras en el Módulo de Adquisiciones

Se planifica revisar cada tarea del sistema de gestión de calidad en forma colegiada con la intención de hacerlos más integrado y útil para la mejora de los servicios, inicia la actualización documental para lograr la transición a la versión ISO 9001:2015 en marzo 2018

Desempeño de los procesos (Indicadores de servicio)

Satisfacción con los servicios de la biblioteca (17,000 alumnos) califican +90% de satisfacción (Desarrollo Académico aplica esta encuesta)

Servicios bibliotecarios

Uso per cápita (análisis por cada biblioteca) 35.4

Total de usuarios potenciales 24,066

Servicios ofrecidos +50,000

Préstamo en sala 258,627

Talleres +5000

Uso de equipo de cómputo +47,000

Uso de espacios de aprendizaje +12,000

La programación de revisiones es en el mes de Abril y Noviembre, 2017

El 4 de Abril se realizó la última revisión, incluyendo todos los requerimientos de ISO 9001:2008

El principal compromiso fue establecer el Plan de Acción para la revisión de Procedimiento y estructuras en las áreas de trabajo

La información revisada incluyó resultados del periodo Enero-Diciembre 2016

Se reportaron a la Dirección los resultados de Auditorías Internas (3) con 1 noconformidad y Externa (2 noconformidades)

AC16-02, AC16-08, AC16-09

Los resultados de la satisfacción de usuarios da un 99.09% (2014), 99.79% (2015) con la modificación de la encuesta para 2016, lo cual originó un cambio de objetivo de calidad (70%) con nueva herramienta de medición

En el periodo Septiembre-Diciembre se logró un 74% de satisfacción (42% muy satisfecho. 32% satisfecho)

En el primer periodo de 2016 se logra 75.3% (45.77% muy satisfecho, 29.5% satisfecho)

Para el cierre Enero-Diciembre 2016 se logró mejorar a 78.8% en relación al servicio bibliotecario, 77.4% en rapidez del servicio, 77.8% para las instalaciones y 67.1% en la atención del personal

En relación a quejas se obtuvieron:

122 relacionadas con el servicio (renovación de material, trajo, control de ruido (57 felicitaciones)

139 acervo (actualización)

72 Infraestructura

4 otros (horario de servicio y fotocopiadora)

Objetivo estratégico:

Alcanzar mínimo un 70% en satisfacción de usuarios (nivel muy satisfecho y satisfecho) a nivel sistema Bibliotecario, con la nueva herramienta de medición. Monitoreo Semestral

Los indicadores de los procesos son:

Colecciones adquiridas

colecciones

Servicios y Recursos de información

Préstamo en sala (# volúmenes utilizado durante el mes/cantidad de usuarios potenciales internos)

Préstamo a domicilio (# volúmenes utilizado en préstamo a domicilio durante el mes/cantidad de usuarios potenciales de la biblioteca)

Préstamo interbibliotecario (# ejemplares proporcionados y obtenidos en préstamo interbibliotecario durante el mes/cantidad de usuarios potenciales de la biblioteca)

Materiales en reserva (# ejemplares reservados durante el mes / cantidad de usuarios potenciales de la biblioteca)

Uso de espacios de aprendizaje (# espacios de aprendizaje utilizados durante el mes / cantidad de usuarios potenciales de la biblioteca)

Uso de equipos de cómputo (# equipos de cómputo utilizados durante el mes / cantidad de usuarios potenciales de la biblioteca)

Formación de usuarios (# cursos impartidos durante el mes / cantidad de usuarios que asistieron a los cursos)

Apartado de materiales (# ejemplares apartados durante el mes / cantidad de usuarios potenciales de la biblioteca)

Obtención de documentos (# documentos obtenidos durante el mes / cantidad de usuarios potenciales)

Diseminación de información (# alertas elaboradas durante el mes / cantidad de usuarios potenciales de la biblioteca)

Compilación de bibliografías ((# alertas elaboradas durante el mes / cantidad de usuarios potenciales de la biblioteca)

Compilación de citas (Investigadores SNI) # compilaciones de citas enviados durante el mes / cantidad de usuarios potenciales internos

Los principales retos que enfrenta la Coordinación de Biblioteca

- Restricciones administrativas en el uso de recursos
- Reducción de recursos financieros (de aprox 80 millones, se redujo a 15 millones aprox)
- Cambios en la legislación en relación a la administración de las adquisiciones (Licitación anual), dificulta la adquisición de material bibliográfico
- Más usuarios con necesidades más complejas (más demanda de servicios en línea, red, digitales)
- Planeación de espacios para cuando se pueda mudar la biblioteca de Sociales

Servicio no conforme

Se presentaron 23 casos por fallas en la organización de recursos documentales

Se reportaron 2 por la prestación de servicios de información

Se tiene un plan para Desarrollo de Personal que incluye:

- Definición de mejor estructura para optimizar los recursos
- Definición de puestos clave
- Definición de requerimientos de formación de personal (plan de desarrollo 2024)

Este proceso se encontró en cumplimiento con los requerimientos ISO 9001:2008

| |
|--|
| Proceso: Cierre de Acciones Correctivas auditoría anterior |
| Sitio: Coordinación de Bibliotecas |
| Métricos de desempeño: cierre efectivo |
| Entradas: solicitud de acción correctiva |
| Salidas: evidencias de efectividad |
| Documentos/Registros: P-DGPLANEI-CC-08 rev 04 Procedimiento para llevar a cabo acciones correctivas y acciones preventivas F-DGPLANEI-CC-15 Documentación de acciones correctivas y acciones preventivas F-DGPLANEI-CC-34 Reprogramación de acciones F-DGPLANEI-CC-37 Verificación de acciones |
| Notas de Auditoría: Se evaluó la efectividad de las acciones correctivas reportadas en la Auditoría QE-40836-R, se cierran todas las acciones correctivas como efectivas Ver sección correspondiente para más detalle |

| |
|--|
| Proceso: Proyectos de Mejora |
| Sitio: Coordinación de Bibliotecas |
| Métricos de desempeño: mejora |
| Entradas: solicitud de mejora |
| Salidas: proyectos de mejora concluidos |
| Documentos/Registros: Documentación de Acciones de Mejora F-DGPLANEI-CC-23 rev 08 |
| Notas de Auditoría: Durante 2016 se documentaron 4 Proyectos de Mejora, todos ellos cuentan con evidencias de efectividad y han sido concluidos: AM16-02 boletín de Tablas de contenido revistas nacionales (Febrero-Diciembre 2016) AM16-04 Historial de préstamos de materiales en equipos móviles (Febrero-Junio 2016) AM16-05 Renovación de equipos de cómputo (Febrero-Abril 2016) AM16-06 Pegado de etiquetas guía a la colección de revistas (general) de la Biblioteca Central) Abril-Dic 2016 <u>2017</u> Ampliación de Edificio en Escuela Preparatoria 2 José Peón Contreras Edificio propio en la Biblioteca Carlos Castillo Montes de Oca Nuevo Edificio en la Biblioteca Unidad Académica con Interacción Comunitaria (Prepa 3) Actualización de página web del sistema bibliotecario Subsistema de servicios con nuevos módulos para mejorar el servicio de mantenimiento Este proceso se encontró en cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008 |

| |
|---|
| Proceso: Provisión de Servicios bibliotecarios / Procesos relacionados con el cliente y satisfacción del cliente |
| Sitio: Biblioteca Campus de Ciencias de la Salud |
| Métricos de desempeño: Indicadores |

| |
|--|
| <p>Satisfacción de usuarios</p> <p>Promedio de usuarios atendidos 555/día Usuarios potenciales 8121 Uso de equipo de cómputo 4315 Cursos y talleres 30 usuarios (2 cursos) Préstamos en sala 23,558 Préstamos a domicilio 13,087 Uso de espacios de aprendizaje 736 Materiales en reserva 663 Préstamo bibliotecario 27 Compilación de citas 5</p> |
| <p>Entradas: requerimientos de los usuarios</p> |
| <p>Salidas: satisfacción de los usuarios</p> |
| <p>Documentos/Registros: Procedimiento de Prestación de servicios bibliotecarios Manual de referencia del sistema bibliotecario Formato de préstamo en caso de contingencia Buzón F-DG- DA-CB-04</p> |
| <p>Notas de Auditoría: Encuesta de Satisfacción</p> <p>Enero-Diciembre 2016 Servicios proporcionados 47.6 +26.2 (muy satisfecho+satisfecho) Rapidez en el servicio 42.9 + 33.3 Instalaciones 52.4 + 26.2 Atención del personal 45.2 + 9.5</p> <p>2017 Atención al personal (llamado de atención de manera aparentemente incorrecta por parte del personal de la biblioteca) Acciones: sensibilización del personal en su trato hacia los usuarios</p> <p>Se muestreó el adecuado manejo en campo de los siguientes títulos:</p> <p style="padding-left: 40px;">Problemas resueltos de Química Analítica QDI. 75.9.Y35 2008 SALU0034493</p> <p style="padding-left: 40px;">Odontología Preventiva RK 60.7.H53 2009 SALU0025094</p> <p style="padding-left: 40px;">Procedimientos en Enfermería de Urgencias RT 120.E4.P7618 2001 SALU0011190</p> <p style="padding-left: 40px;">Manual de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalaria RA 969.M37 2006 SALU0023170</p> <p style="padding-left: 40px;">Nuevas Adquisiciones La valoración de la condición física en la Educación Infantil SALU0029239</p> <p>Este proceso se encontró en cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008</p> |

Avance hacia la mejora continua

- Inversión de más de 12mpd en Proyecto de Conectividad a nivel UADY impacta positivamente en la adecuada conectividad de las bibliotecas
- Automatización del sistema de adquisiciones permite mejorar la evaluación de proveedores
- Automatización del sistema de administración de órdenes de trabajo de mantenimiento permite mejorar el desempeño del área de mantenimiento y a los usuarios les permite dar seguimiento puntual a sus requerimientos
- Plan de Desarrollo de personal
- Proyecto Jardín Literario

Oportunidades de mejora

- Considerar los beneficios de revisar los tiempos de retención de los registros para asegurar congruencia con las necesidades actuales

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:

| La revisión del desempeño histórico y esta auditoría indican que la organización ha: | Si | No | N/A |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tomado acciones para abordar efectivamente todas las no conformidades emitidas previamente por ABS QE? (No debe haber 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:

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

(Comentarios detallados requeridos para Auditorías de Re-Certificación)

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

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

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.

| SGC Cláusulas | Turnos Auditados | | | 4.1 | 4.2 | 5.1 | 5.2 | 5.3 | 5.4 | 5.5 | 5.6 | 6.1 | 6.2 | 6.3 | 6.4 | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 | 7.6 | 8.1 | 8.2 | 8.3 | 8.4 | 8.5 | | | | | | |
|--------------------------------|------------------|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|
| | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fase 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S12 | x | x | x | 0 | 1-I | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| S18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Renovación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total N/C por Cláusula: | | | | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | 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 - 40836 - 4/12 - S

Organización: Universidad Autónoma de Yucatán

Fecha de envío del plan de auditoría al cliente: **18 Mayo 2017 ajuste 24 y 29 de Mayo para facilidad logística** **Equipo Auditor:** Adela Du-Pont Rivas - Auditor Líder,

Contacto: Jose de Jesus Williams **Phone: 52 999 9231495**

Fechas de Auditoría: 06/19/2017 - 06/23/2017 **Duración de Auditoría: 4.5 día(s) auditor**

Norma(s) a auditar ISO 9001:2008 **Número total de empleados: 116**

Código(s) IAF/NACE: 39/92.5

Alcance de Certificación:

Provision of library services

Provisión de servicios bibliotecarios

Objetivos de auditoría:

- Verificar el cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008 y el sistema de gestión documentado de la organización;
- 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.

| | | |
|------------------------|------|---|
| Lunes 19 de Junio 2017 | | Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u> |
| | | Auditor Adela DuPont |
| Día 1 | 7:45 | Sitio: Dirección General de Planeación y Efectividad Institucional |
| 8:00-9:00 | | Junta de Apertura Verificación de procesos y de todos los lugares donde éstos ocurren |
| 9:00-11:00 | | Uso de las marcas de certificación Revisión documental Cambios a la organización Objetivos/Metas/Mejora Continua |
| 11:00-13:00 | | Auditorías Internas |
| 13:00-14:00 | | Comida |
| 14:00-16:30 | | Control de Documentos y Registros |
| 16:30-17:00 | | Junta Resumen |

| | | |
|----------------------|------|--|
| Martes 20 Junio 2017 | | Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u> |
| | | Auditor Adela DuPont |
| Día 2 | 7:45 | Sitio: Biblioteca de la Unidad Académica con Interacción Comunitaria Tiempo de traslado 45 minutos |
| 8:00-11:00 | | Provisión de Servicios bibliotecarios |
| 11:00-12:00 | | Procesos relacionados con el cliente y Satisfacción del cliente |
| 12:00-14:00 | | Comida y traslado Tiempo de traslado 45 minutos |
| 14:00 | | Llegada a Sitio: Biblioteca Jorge Bolio Castellanos |
| 14:00-16:00 | | Provisión de Servicios bibliotecarios |
| 16:00-17:00 | | Procesos relacionados con el cliente y Satisfacción del cliente |
| 17:00-17:30 | | Junta Resumen |

| | | |
|-------------------------|------|--|
| Miércoles 21 Junio 2017 | | Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u> |
| | | Auditor Adela DuPont |
| Día 3 | 7:45 | Sitio: Dirección General de Desarrollo Académico. Coordinación de Bibliotecas |
| 8:00-10:00 | | Recursos Humanos (competencias) |
| 10:00-13:00 | | Adquisiciones |
| 13:00-14:00 | | Comida |
| 14:00-17:00 | | Revisión Directiva |
| 17:00-17:30 | | Junta Resumen |

| | | |
|----------------------|------|--|
| Jueves 22 Junio 2017 | | Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u> |
| | | Auditor Adela DuPont |
| Día 4 | 7:45 | Sitio: Coordinación de Bibliotecas |
| 8:00-10:30 | | Cierre de Acciones correctivas de auditoría anterior |
| 10:30-11:00 | | Traslado a Dirección General de Desarrollo Académico (Edificio Central) |
| 11:00-12:00 | | Cierre de Acciones correctivas de auditoría anterior |
| 12:00-12:30 | | Traslado a Coordinación de Bibliotecas |
| 12:30-14:00 | | Cierre de Acciones correctivas de auditoría anterior |
| 14:00-15:00 | | Comida |
| 15:00-17:00 | | Proyectos de Mejora |
| 17:00-17:30 | | Junta Resumen |

| | | |
|---------------|--|---|
| Viernes 23 de | | Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u> |
|---------------|--|---|

| | | |
|--------------------|------|---|
| Junio 2017 | | Auditor Adela DuPont |
| Día 5 | 7:45 | Sitio: Biblioteca del Campus de Ciencias de la Salud |
| 8:00-10:00 | | Provisión de Servicios bibliotecarios |
| 10:00-11:00 | | Procesos relacionados con el cliente y Satisfacción del cliente |
| 11:00-11:30 | | Revisión de notas y Preparación de reporte |
| 11:30-12:00 | | Junta de Cierre |

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

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)

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

Junta de Cierre: (Marcar el cuadro [X] para indicar que el elemento fue verificado/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 adeladupont@prodigy.net.mx**
3. Enviar por correo electrónico: **al Auditor Líder para Oficinas Internacionales.**
4. *Para **auditorías de Re-Certificación** las Respuestas de Acciones Correctivas deben ser enviadas a tiempo al Auditor para revisión, aprobación y envío a Revisión Técnica, antes de la expiración del Certificado.*

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

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

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

Proceso de Apelación de ABS QE:

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

| Requisición de Acción Correctiva | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------|--|--|
| 40836 - 4/12 - S | | | | |
| <u>Auditoría</u> <u>No.</u> | <u>Cláusula</u> <u>No.</u> | <u>Item</u> <u>No.</u> | <u>Descripción de la No Conformidad</u> (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia) | <u>Categoría</u> <u>M - Mayor</u> <u>L - Menor</u> |
| 12-S | 4.2.3 | 1 | Requerimiento: Procedimiento P-DGPLANEI-CC/GA-02 sección 3.7 requiere que todos los formatos sean identificados mediante un código y nivel de revisión No conformidad: 2/+10 formatos se encontraron en uso sin código ni nivel de revisión Evidencia: Registro de estadísticas de uso de computadoras y préstamo de espacios (cubículos y salas de usos múltiples) | I |

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

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

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

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