Universidad Autónoma de Sinaloa
Sistema de Gestión de la Calidad

Minuta de Revisión por la Dirección

Culiacán, Sinaloa, 11 de Octubre de 2012.

Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión de la Calidad

I. OBJETIVO

Realizar la evaluación al SGC para asegurar su conveniencia, adecuación y eficacia, para detectar las oportunidades de mejora de sus procesos y sus productos incluyendo los objetivos, la política de calidad y las necesidades de recursos.

II. ALCANCE

La presente revisión aplica a todos los procesos señalados en la versión vigente del Manual de la Calidad del SGC por el período comprendido de Octubre de 2011 a Octubre de 2012.

III. DESARROLLO

1. Resultados de Auditorías

a) Auditorías Externas

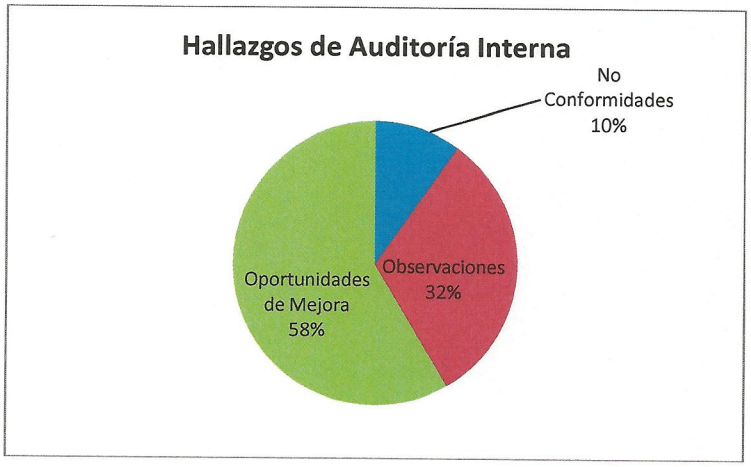
Durante el período de la presente revisión se realizaron 2 auditorías externas, las cuales se enumeran en el siguiente cuadro que contiene los hallazgos declarados en los informes respectivos:

Auditoría Externa	Fecha	No Conformidades	Observaciones	Oportunidades de Mejora
CA-3012811	Octubre 2011	0	7	37
CA-3013311	Diciembre 2011	0	4	25
	Total:	0	11	62
	Porcentaje (%)	0%	15%	85%

b) Auditorías internas

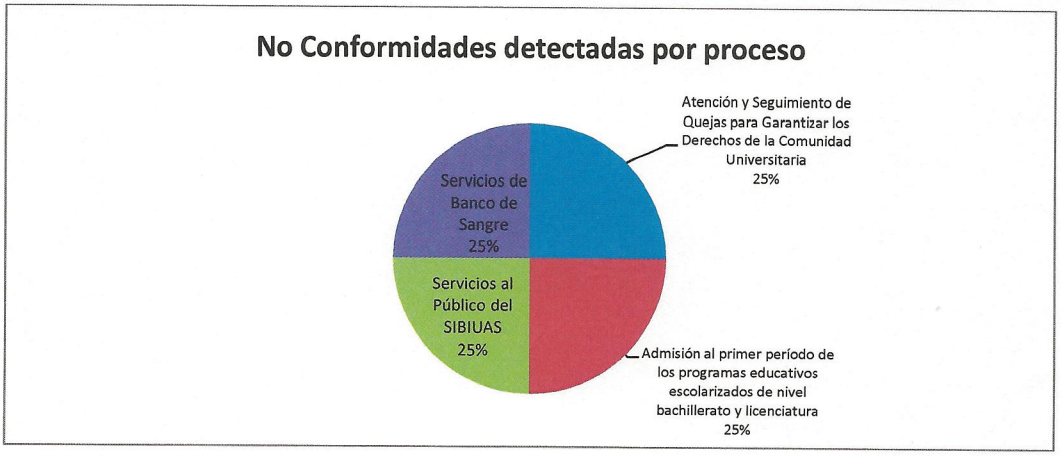
La auditoría interna se realizó de acuerdo a lo establecido en el Plan de Auditoría elaborado para ésta auditoría No. 13 y se cumplió el objetivo de la misma. Ver el siguiente cuadro que muestra el total de los hallazgos citados en el informe de auditoría:

Auditoría Interna	Fecha	No Conformidades	Observaciones	Oportunidades de Mejora
No. 13	Septiembre 2012	4	13	24
Porcentaje (%)		11%	34%	55%

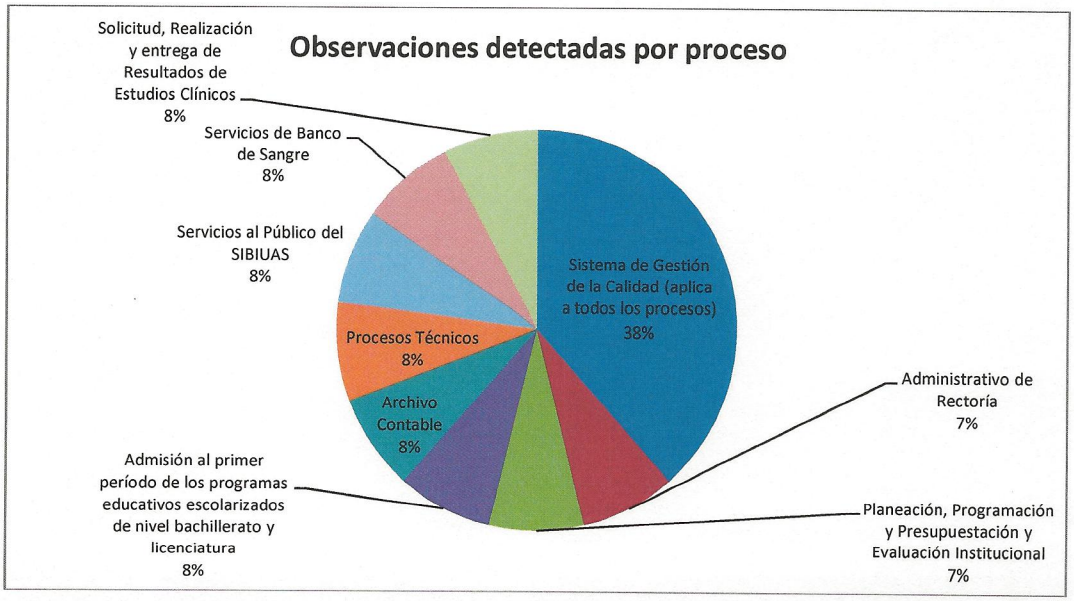


No Conformidades detectadas por proceso		
PROCESO	No. de hallazgos	%
Atención y Seguimiento de Quejas para Garantizar los Derechos de la Comunidad Universitaria	1	25
Admisión al primer período de los programas educativos escolarizados de nivel bachillerato y licenciatura	1	25
Servicios al Público del SIBIUAS	1	25
Servicios de Banco de Sangre	1	25
Total	**4**	**100%**

Minuta de Revisión por la Dirección



Observaciones detectadas por proceso		
PROCESO	**No. de hallazgos**	**%**
Sistema de Gestión de la Calidad (aplica a todos los procesos)	5	38.4
Administrativo de Rectoría	1	7.7
Planeación, Programación y Presupuestación y Evaluación Institucional	1	7.7
Admisión al primer período de los programas educativos escolarizados de nivel bachillerato y licenciatura	1	7.7
Archivo Contable	1	7.7
Procesos Técnicos	1	7.7
Servicios al Público del SIBIUAS	1	7.7
Servicios de Banco de Sangre	1	7.7
Solicitud, Realización y entrega de Resultados de Estudios Clínicos	1	7.7
Total	**13**	**100%**



Minuta de Revisión por la Dirección

Oportunidades de Mejora detectadas por proceso		
PROCESO	**No. de hallazgos**	**%**
Responsabilidad de la Dirección	2	8.33
Proceso de compras	1	4.16
Planeación, Programación y Presupuestación y Evaluación Institucional	2	8.33
Elaboración de la Estadística Básica	1	4.16
Admisión al primer período de los programas educativos escolarizados de nivel bachillerato y licenciatura	2	8.33
Egresos (VTG)	1	4.16
Ingresos Institucionales	1	4.16
Registro de Ingresos	1	4.16
Registro de Egresos	1	4.16
Operación y Contabilidad	1	4.16
Archivo Contable	2	8.33
Apoyo Administrativo de la Dirección de contabilidad General	2	8.33
Prestaciones Sociales a los Universitarios	1	4.16
Servicios Informáticos y Seguridad de la Base de Datos	1	4.16
Servicios al Público del SIBIUAS	1	4.16
Servicios de Banco de Sangre	2	8.33
Solicitud, Realización y entrega de Resultados de Estudios Clínicos	1	4.16
Servicios de Laboratorio de Prácticas Experimentales	1	4.16
Total	**24**	**100**

2. Retroalimentación del Cliente

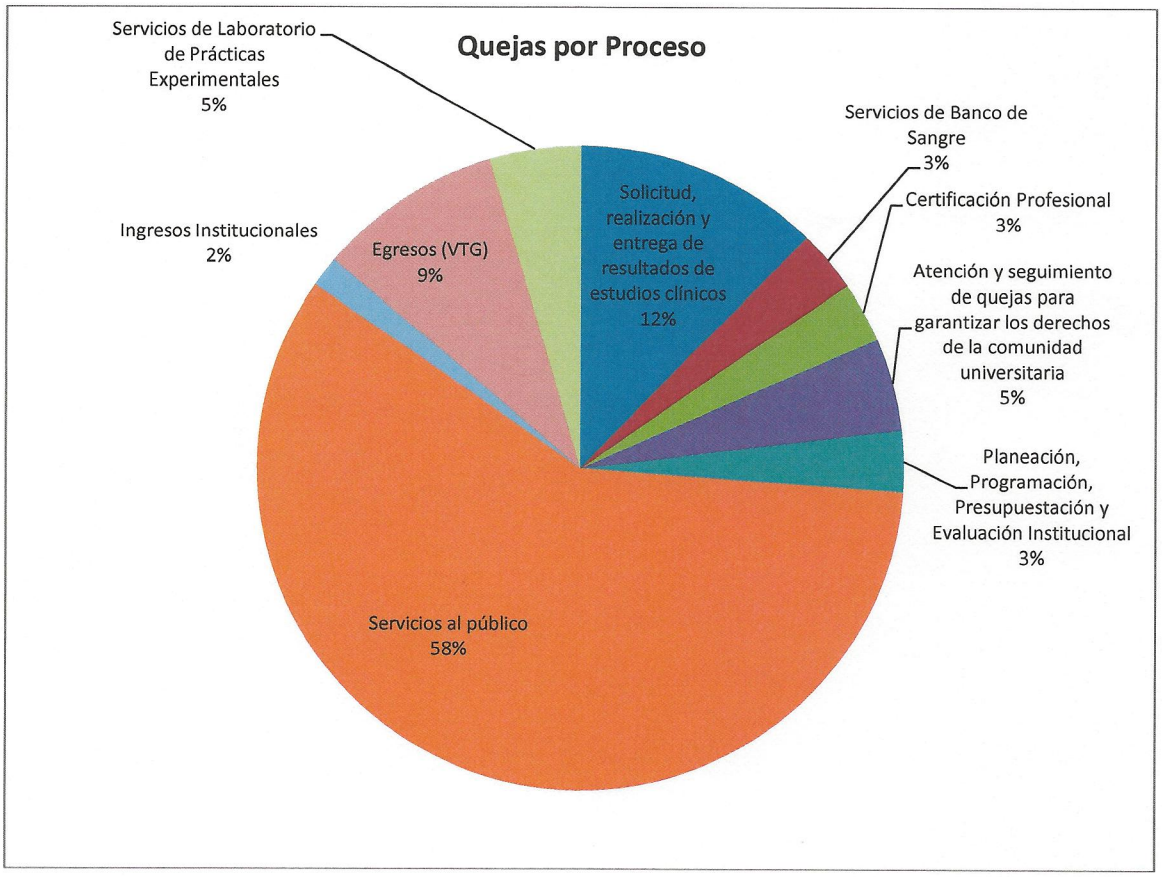
Las Unidades Organizacionales que integran el SGC, llevan el seguimiento de la información relativa a la percepción del usuario respecto al cumplimiento de sus requisitos mediante un Objetivo de la Calidad de satisfacción de usuarios que se mide a través de la aplicación de un cuestionario de satisfacción del usuario, la meta de dicho objetivo es Obtener al menos el 80% de las encuestas entre los niveles de bueno y excelente en el grado de satisfacción de los usuarios, la meta ha sido alcanzada en todos los procesos.

Se ha dado cumplimiento al objetivo de satisfacción de usuarios del SGC, sin embargo en algunos procesos manifiestan **en total de 65 quejas** de sus usuarios en relación al servicio recibido, a continuación se describen los procesos:

	Procesos con reporte de quejas	Procesos sin reporte de quejas	Total de procesos
	9	23	32
Porcentaje (%)	28.12	71.88	100

Proceso	Quejas	%
Solicitud, realización y entrega de resultados de estudios clínicos	8	12.3
Servicios de Banco de Sangre	2	3
Certificación Profesional	2	3
Atención y seguimiento de quejas para garantizar los derechos de la comunidad universitaria	3	4.7
Planeación, Programación, Presupuestación y Evaluación Institucional	2	3
Servicios al público	38	58.5
Ingresos Institucionales	1	1.5

Egresos (VTG)	6	9.3
Servicios de Laboratorio de Prácticas Experimentales	3	4.7
Total	**65**	**100**



No se pudo realizar un análisis detallado de los datos de las encuestas y la información derivada de la retroalimentación con los usuarios ya que las revisiones de cada uno de los procesos no mostraron en su mayoría dichos datos.

3. Desempeño de los Procesos y Conformidad del Producto

Durante las capacitaciones realizadas se difundió y sensibilizó en temas de cultura de la calidad, y su política manifestada y difundida a través del Manual de la Calidad del SGC UAS, se revisó su congruencia con los objetivos de la calidad con la actualización de documentos de los procesos y documentos generales.

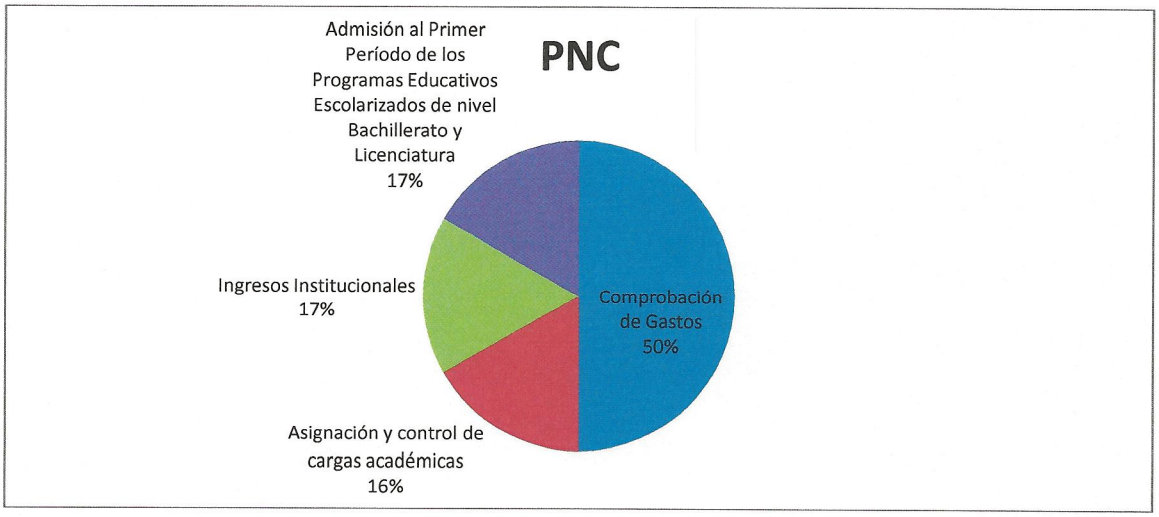
En lo referente al cumplimiento de los objetivos y de los requisitos y criterios de aceptación del producto de cada uno de los procesos, en su mayoría reporta el cumplimiento de su meta establecida, se reportaron 2 procesos con incumplimiento de objetivo:

Minuta de Revisión por la Dirección

Proceso	Producto No Conforme	Causa
Servicios de Archivo General	No	Reporta en un mes el incumplimiento de su objetivo, pero fue a causa de mal captura en sistema.
Ingresos Institucionales	Si	Por la implementación de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se diseñó interface para registros contables de ingresos institucionales, lo que arrojó incumplimiento de objetivo por entregar fuera del tiempo establecido.

En total se tiene identificados 6 Productos No Conformes:

Proceso	PNC	%
Comprobación de Gastos	3	50
Asignación y control de cargas académicas	1	16.67
Ingresos Institucionales	1	16.67
Admisión al Primer Período de los Programas Educativos Escolarizados de nivel Bachillerato y Licenciatura	1	16.67
Total	**6**	**100**



4. Estado de las Acciones Preventivas y Correctivas

No	FOLIO DE ACCIÓN	REQUISITO INCUMPLIDO	ESTADO	TIPO DE ACCIÓN	IMPACTO/ EFECTIVIDAD
1	24/DAI-AI/10/11	7.2.3	cerrada	Preventiva	No se llevaron a cabo las acciones establecidas, ya que se priorizó la atención de los requerimientos de Ley General de Contabilidad. Se reprogramaron las acciones en la acción correctiva 25/DAI-AI/02/12.
2	25/DAI-AI/02/12	7.2.3	cerrada	correctiva	Se cumplió con la capacitación a titulares de UO. En cuanto a las políticas y lineamientos en materia de ejercicio y comprobación del gasto.
3	50/DAI-CG/10/11	7.2.3	cerrada	Preventiva	No se llevaron a cabo las acciones establecidas, ya que se priorizó la atención de los requerimientos de Ley General de Contabilidad. Se reprogramaron las acciones en la acción correctiva 53.
4	51/DAI-CG/12/11	7.2.3	cerrada	Preventiva	Se cumplió en forma con los titulares de la UO dando la capacitación acerca los cambios en sistema de comprobación de saldos.
5	52/DAI-CG/12/11	6.2.2	cerrada	Preventiva	Se cumplió en forma con los integrantes del proceso de comprobación de saldos dando capacitación en el sistema de comprobación de saldos.
6	53/DAI-CG/02/12	7.2.3	cerrada	correctiva	Se cumplió con la capacitación a los nuevos directores de las UO, dándoles a conocer nuevas políticas y lineamientos en materia de ejercicio y comprobación del gasto.
7	54/DAI-CG/04/12	7.2.1 y 7.2.2	cerrada	correctiva	Se cumplió con la elaboración y entrega del producto denominado informe de situación de saldos de funcionarios y empleados.
8	55/DAI-CG/06/12	5.4.1	cerrada	correctiva	Se concluyo con la solicitud 7289, la cual solicita a DI. Habilitar la medición del cumplimiento del objetivo de la calidad 1.
9	56/DAI-CG/06/12	5.4.1	cerrada	correctiva	Se concluyo con la solicitud 7289, la cual solicita a la DI. Habilitar la medición del cumplimiento del objetivo de la calidad 2.
10	57/DAI-CG/08/12	6.2.2	cerrada	correctiva	Al momento de verificar la acción, el proceso de Comprobación de Gastos presenta evidencia de reunión celebrada el día 24 de Septiembre del 2012 con los nuevos integrantes del proceso, en la cual se les informó sobre el manejo de los documentos generales del SGC y del proceso. Así mismo se aplicó evaluación en donde se constata que identifican los documentos generales y específicos.
11	19/DPS-PSU/09/11	6.6.2	Cerrada	Correctiva	Se llevó a cabo el curso taller de elaboración de manual de funciones con fecha del 26 al 28 de marzo de 2012, en donde participo todo el personal de la Dirección de Prestaciones Sociales.
12	20/DPS-PSU/09/11	8.5.1	Cerrada	Correctiva	De manera particular la DPS preparo la documentación necesaria para incorporar el procedimiento de trámite de crédito Fonacot al proceso de PSU, tomando la decisión de implementarlo a partir de la revisión de la documentación del SGC.
13	21/DPS-PSU/09/11	8.2.1, 8.4	Cerrada	Correctiva	Se cuenta con la documentación relativa a las encuestas y su correspondiente reporte de satisfacción del usuario ubicado en la carpeta vigente.
14	22/DPS-PSU/02/12	7.1 C)	Cerrada	Preventiva	Logramos cumplir con las metas y el 100% de beneficiados
15	22/DI-SYSBD/01/12	8.2.3	Cerrada	Preventiva	Se establece como medida respaldar únicamente información de carácter institucional para dar una atención ágil en la atención en soporte técnico con ello hacer más eficiente los recursos
16	23/DI-SYSBD/07/12	7.2.3 a)	Cerrada	Correctiva	Los usuarios tienen claro quiénes son los propietarios de la información y la autoridad que estos tienen. Esto se clarifica mediante una política que ayuda a los usuarios a entender el flujo que se debe de seguir para obtener información, evitando confusión al momento de determinar cuándo se requiere de permisos adicionales para acceder a algún dato en específico.
17	14/DAG/10/11	8.5.2, 8.5.3	Cerrada	Correctiva	Se fortalece el compromiso del titular y personal.
18	15/DAG/12/11	8.2.4	Cerrada	Correctiva	Al no ser efectiva las acciones realizadas, se replanteó la acción con el folio 16/DAG/02/12
19	16/DAG/02/12	8.2.4	Cerrada	Correctiva	Los meses de marzo, abril y mayo, se cerraron los servicios en el sistema MIDAG, cumpliendo con la meta establecida.
20	14//REC/-AR/10/11	8.2.1	cerrada	Correctiva	Las acciones propuestas para ésta NC son adecuadas ya que se llevo a cabalidad lo establecido en el requisito 8.2.1 del Manual de la Calidad.
21	15//REC/-AR/10/11	7.5.1	cerrada	Correctiva	Se lleva un mejor control del pase de documentos de recepción a la Secretaria particular de Rectoría.
22	16/REC-AR/01/12	7.6	cerrada	Correctiva	Se siguió atendiendo al usuario, con el inconveniente de no poder dar seguimiento de manera rápida, ya que el sistema muestra el estado de cada trámite
23	14/DGRH/DP/GUARD/06/12	4.2.3 42.4 5.3	Abierta	Correctiva	
24	16/DAL-CERTIFP/10/11	8.4	cerrada	Correctiva	Se aclaró las especificaciones relacionadas con los datos del reporte mensual a efecto de determinar los indicadores de cumplimiento con los

					objetivos.
25	28/DGSIBIUAS-SP/10/11	6.2.2	Cerrada	Correctiva	Las acciones fueron eficaces ya que el personal muestra conocer los documentos específicos y los requeridos por la norma, sin embargo es conveniente seguir atendiendo al personal del turno vespertino.
26	29/DGSIBIUAS-SP/10/11	4.2.4	Cerrada	Correctiva	Se revisaron, elaboraron y aprobaron nuevos formatos de registro y se depositaron en las áreas de servicio
27	30/DGSIBIUAS-SP/12/11		Abierta	Correctiva	
28	31/DGSIBIUAS-SP/02/12	6.2.2	Cerrada	Correctiva	De acuerdo con el programa de capacitación para el personal vespertino del proceso SP y cotejando listas de asistencia, se puede confirmar que se siguió atendiendo al personal en turno vespertino teniendo como eficacia de estas acciones un buen ambiente de trabajo según la encuesta de ambiente de trabajo mostrada.
29	32/DGSIBIUAS-SP/06/12	6.3	cerrada	Correctiva	Al realizar la verificación, el proceso presentó la evidencia de la gestión, en la que solicitan la revisión y reparación del equipo de aire acondicionado. Se les recomienda elaborar un calendario, para que establezcan cuándo requerirán solicitar mantenimiento preventivo a la DCM, y con ello prevenir que se vuelva a presentar la queja.
30	33/DGSIBIUAS-SP/08/12		Abierta	Preventiva	
31	19/FCES-APA/10/11	4.2.3	cerrada	Correctiva	Se cuenta con el conocimiento en manejo de documentos específicos
32	20/FCES-APA/10/11	6.2.2	cerrada	Correctiva	Se cuenta con el conocimiento en manejo de documentos específicos.
33	21/FCES-APA/10/11	4.2.4	cerrada	Correctiva	Conocimientos de la documentación general del SGC y los documentos específicos del proceso del DCS, por parte del personal.
34	16-DSS-NOM-11/11	4.1	cerrada	Correctiva	Agilizar el procedimiento de envío al archivo general.
35	17-DSS-NOM-11/11	4.1 c	cerrada	Correctiva	Se agilizó el procedimiento de entrega de documentos beneficiando a los trabajadores que necesitan tener su archivo actualizado.
36	18-DSS-NOM-11/11	5.3.1	cerrada	Preventiva	Se visualizó cuando el empleado tiene riesgo evitando posibles errores de acreditación.
37	19-DSS-NOM-06/12	8.2.3	Abierta	Correctiva	
38	20-DSS-NOM-06/12	8.2.4	Abierta	Correctiva	
39	01/DGRH-CP/11/11	7.2.2	cerrada	Correctiva	Las acciones tomadas para lograr el cumplimiento del objetivo fueron eficaces ya que la medición del mes de Nov. se cumplió con el 100%
40	01/DCA//ACCA/04/12	8.2.3	Cerrada	Correctiva	se han estado procesando todos los movimientos de nomina generados cada quincena en tiempo y forma
41	25/DCG/ARC/10/11	8.2.4	Cerrada	preventiva	EL PROCESO DE ARCHIVO NO CAPTURÓ EL CAMPO
42	01/DDU/SQAD/11/11	6.2.2	cerrada	Correctiva	Estar preparados para recibir la certificación de SQAD.
43	02/DDU/SQAD/11/11	8.2.1	cerrada	correctiva	Se recibió la retroalimentación por parte de usuarios, que ayudo a fortalecer el proceso
44	03/DDU/SQAD/05/12	7.2.2	cerrada	correctiva	El solicitar a prestadores de servicio rindió beneficios al tener una persona que apoyará en la actualización de los registros. Se pusieron a la vista los requisitos para atención del usuario así como el procedimiento que se lleva a cabo en la DDU, los casos y el compromiso de confidencialidad, y con esta acción se proporciono mayor confianza al usuario y se aclararon falsas expectativas que el mismo pudiera tener en atención de sus casos.
45	34/DGPD-EB/09/11	8.5.3	cerrada	preventiva	las acciones realizadas impactaron de manera positiva el servicio prestado, ya que la información contenida en el formato 911 de la SEP se pudo entregar a tiempo y forma, para fin de ciclo de 2011-2012
46	40/DGPD-ESP/09/11	8.5.3	Cerrada	Correctiva	La elaboración, seguimiento y evaluación del POA de las UO, se efectuó a partir del rediseño del sofware que permite su captura y procesamiento, mecanismo con el cual se establece el procedimiento. Este ejercicio permitió integrar la planeación, programación y presupuestación, lo cual permite mayor control del proceso y de los resultados que se están generando en las UO. EL 100% de las UO han entregado su POA.
47	01/DGPD-PPP/01/12		Abierta	Correctiva	
48	01/DGSE-PGAPE/11/11	4.2.3	Cerrada	Correctiva	Al momento de verificar el cumplimiento de esta acción de demostró el control sobre la documentación externa y la identificación por parte de los encargados de control escolar al evidenciar un mejor conocimiento, manejo y control de los mismos.
49	02/DGSE-PGAPE/11/11	4.2.4	Cerrada	Correctiva	Se demostró el compromiso de los encargados de control escolar a través de una minuta de reunión y lista de asistencia, de establecer el ordenamiento de la documentación del expediente del alumno y se mostraron evidencias de la solicitud de matrícula y aplicación de examen de evaluación diagnostico ante la DGSE.
50	03/DGSE-PGAPE/11/11	6.2.2	Cerrada	Correctiva	Al momento de verificar el cumplimiento se constató que los currículos de los encargados de control escolar escolar fueron elaborados en reunión celebrada el 01/12/2011 y en la misma se impartió una presentación referida al contenido de la documentación general del SGC y especifica de su proceso.

Minuta de Revisión por la Dirección

51	04/DGSE-PGAPE/11/11	7.5.3	Cerrada	Correctiva	Al momento de verificar la acción emprendida se constató que se celebró reunión con personal de la DGSE y se le encomendó al responsable del SACE, solicitar cambios en el tipo de status del portal de admisión, quedando plenamente identificado que en el portal de admisión, quedando plenamente identificado que en el portal de admisión se denota sin el aspirante es aceptado o no y en el SACE, cuando está inscrito se presenta cambio de status en el portal de admisión según evidencia.
52	05/DGSE-PGAPE/11/11	4.2.3	cerrada	Preventiva	Se demuestra que los documentos específicos del PGAPE se actualizaron tomando como base las observaciones realizadas en la auditoría externa de ampliación del alcance, así como los comentarios y sugerencias de todos los involucrados en el proceso pasando a su versión No. 2, con fecha de liberación 15 de febrero, según evidencia de minuta de reunión del día 3 de febrero de 2012.
53	23/SGC/10/11	6.2.2	Cerrada	Correctiva	Al verificar la efectividad de las acciones de esta no conformidad se constato que se revisó la documentación general del SGC con fecha al 31/08/12 y se efectuó un curso de capacitación a los involucrados en la realización de los procesos, fortaleciendo con ello la estructura documental del SGC.
54	24/SGC/10/11	8.2.1	Cerrada	Correctiva	Se constato la realización de las acciones 1,2 y 3 del presente reporte, sin embargo la actividad 4 no se había concretado derivado del impacto y cambio que genera y en el periodo de septiembre y octubre se incrementa el trabajo para el personal de la DSGC, debido a la evaluación del SGC, por lo que se solicita que se identifique una nueva acción para concretar la acción en lo referente a difusión y distribución.
55	25/SGC/10/11	4.1	Cerrada	Correctiva	Se realizó capacitación y sensibilización al personal y se actualizó toda la documentación para concluir con la aplicación de la misma.
56	26/SGC/10/11	4.2.3 b,c y f	Cerrada	Correctiva	Se concluyó con la actualización del procedimiento de control de documentos, se publicó en página WEB y se desarrollo la capacitación a usuarios.
56	27/SGC/10/11	4.2.4	Cerrada	Correctiva	Se concluyó con la actualización y publicación del procedimiento de control de registros, así como la capacitación a usuarios.
57	28/SGC/10/11	6.2.2 c)	Abierta	Correctiva	
58	29/SGC/10/11	6.3	Cerrada	Correctiva	Se diseñó y se encuentra en desarrollo el plan de mantenimiento preventivo de la UAS para todas las dependencias y UA certificadas.
59	30/SGC/10/11	7.2.1	Cerrada	Correctiva	Se verifica que la tabla RCAP en su versión 6 del 24 de Octubre, fue modificada incluyendo en el punto 2.1 Las características claras de la información de entrada que se requiere como parte del proceso.
60	31/SGC/10/11	8.5.2	Cerrada	Correctiva	Se modificó y actualizó el procedimiento de ACyP y se publicó en la página WEB de la institución. Se realizó capacitación a usuarios.
61	32/SGC/11/11	5.3 d)	Cerrada	Correctiva	Al momento de verificar esta acción se detectó que la política de calidad ha sido comunicada por los representantes de la alta dirección a todos los nuevos integrantes del SGC y se entregaron posters impresos a las distintas UO para que se colocaran en puntos estratégicos donde el personal se familiarizara con el contenido.
62	33/SGC/12/11	4.1	Cerrada	Correctiva	Se realizaron los análisis de compromisos con CENEVAL, así mismo se modificó la encuesta, socialización en los documentos como formato, también se modificaron los documentos específicos.
63	34/SGC/12/11	7.2.1	Cerrada	Correctiva	Se realizaron los análisis y adecuaciones señaladas en la descripción de acciones, y en la fecha reciente la documentación se encuentra operando.
64	35/SGC/12/11	8.2.3	Cerrada	Correctiva	Se realizaron las acciones descritas en la descripción y a la fecha del cierre de la presente acción se encuentra en uso de cada uno de los procesos, impactando en la mejora y la calidad del servicio y la medición de indicadores.
65	36/SGC/10/11	8.2.4	Cerrada	Correctiva	Se realizó reporte de medición de los procesos descrita anteriormente, actividad que impacta en el análisis de datos de cada uno de los procesos.
66	37/SGC/06/12	4.2.3 y 4.24	Cerrada	Preventiva	Se actualizaron los 6 procedimientos y se publicaron en la página WEB institucional, así mismo se socializaron en reunión informativa.
67	38/SGC/08/12	8.2.1	Abierta	Correctiva	
68	01/SGC/09/12	4.1 y 7.2.1	Abierta	correctiva	
69	02/SGC-EGR/09/12	6.2.2	Abierta	correctiva	
70	03/SGC-CERTIFL/09/12	8.2.4	Abierta	correctiva	
71	04/SGC/10/12	8.4	Abierta	correctiva	
72	05/SGC/10/12	6.2.2	Abierta	correctiva	
73	06/SGC/10/12	8.2.3	Abierta	correctiva	
74	07/SGC/10/12	6.3	Abierta	correctiva	
75	08/SGC/10/12	7.4.1	Abierta	correctiva	
76	09/SGC-AR/10/12	7.2.1	Abierta	correctiva	
77	10/SGC-SQAD/10/12	7.5.1	Abierta	correctiva	

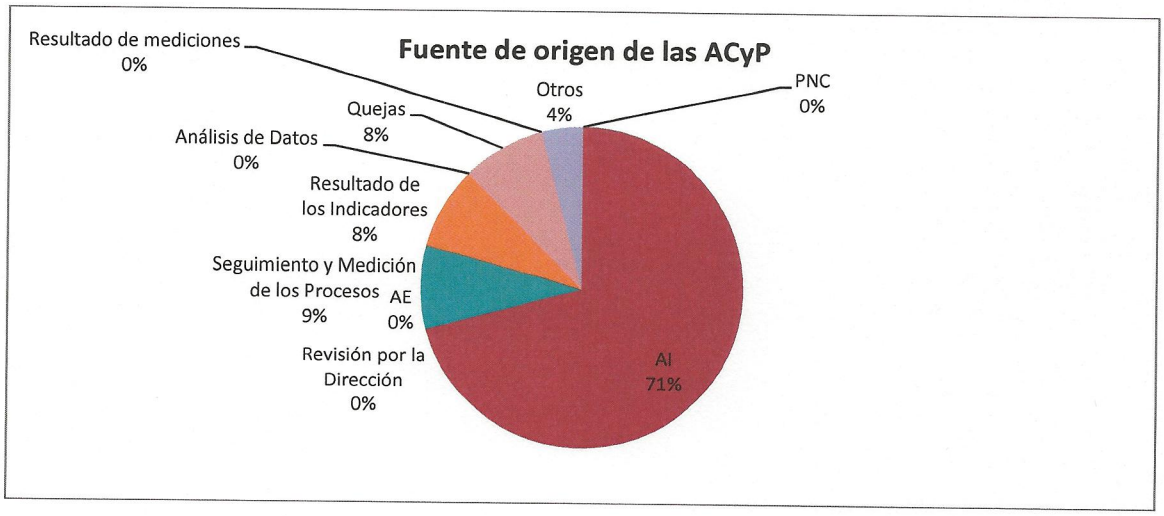
Minuta de Revisión por la Dirección

78	11/SGC-PPP/10/12	4.2.4	Abierta	correctiva	
79	12/SGC-PGAPE/10/12	7.2.2	Abierta	correctiva	
80	13/SGC-PGAPE/10/12	8.3	Abierta	correctiva	
81	14/SGC-ARC/10/12	8.2.1 Y 8.2.3	Abierta	correctiva	
82	15/SGC-PT/10/12	4.2.3	Abierta	correctiva	
83	16/SGC-SP/10/12	7.2.2	Abierta	correctiva	
84	17/SGC-SP/10/12	8.2.1	Abierta	correctiva	
85	18/SGC-SBS/10/12	7.5.1	Abierta	correctiva	
86	19/SGC-SBS/10/12	7.6	Abierta	correctiva	
87	20/SGC-SRERE/10/12	4.2.3	Abierta	correctiva	
88	21/SGC-CP/10/12	7.5.3	Abierta	correctiva	
89	22/SGC-SLPE/10/12	6.3	Abierta	Correctiva	
90	23/SGC-SRERE/10/12	8.2.1	Abierta	Correctiva	
91	24/SGC-RPAFC/10/12	8.2.3	Abierta	Correctiva	
Totales:			32 Abiertas	10 Preventivas	
			59 cerradas	81 Correctivas	

UO	PROCESO	ACyP	TOTAL por UO	PORCENTAJE (%)
DSGC	SGC	22	22	24.2
Dirección de Auditoría Interna	Comprobación de Gastos	8	10	11
	Auditoría Interna	2		
Dirección General del Sistema Bibliotecario	Desarrollo de Colecciones	0	9	10
	Procesos Técnicos	1		
	Servicios al Público del SIBIUAS	8		
Dirección General de Servicios Escolares	Emisión de Certificados de Estudios	0	7	7.5
	Admisión al Primer Período de los Programas Educativos Escolarizados de Nivel Bachillerato y Licenciatura	7		
Dirección de Sueldos y Salarios	Elaboración de la Nómina Universitaria	5	5	5.5
Dirección de Prestaciones Sociales	Prestaciones Sociales a los Universitarios	4	4	4.4
Defensoría de los Derechos Universitarios	Atención y Seguimiento de Quejas para Garantizar los Derechos de la Comunidad Universitaria	4	4	4.4
Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud	Servicios de Banco de Sangre	2	4	4.4
	Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios	2		
Dirección General de Planeación y Desarrollo	Planeación, Programación, Presupuestación y Evaluación Institucional	3	4	4.4
	Elaboración de la Estadística Básica	1		
Rectoría	Administrativo de Rectoría	4	4	4.4
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales	Apoyo Administrativo del Doctorado en Ciencias Sociales	3	3	3.3
Dirección de Archivo General	Servicios de Archivo General	3	3	3.3
Dirección de Contabilidad General	Registro de Ingresos	0	3	3.3
	Registro de Egresos	1		
	Operación y Contabilidad	0		
	Archivo Contable	2		
	Apoyo Administrativo de la Dirección de Contabilidad General	0		
Dirección de Informática	Servicios Informáticos y Seguridad de la Base de Datos	2	2	2.2
Dirección General de Recursos Humanos	Contratación de Personal de Base Académico, Administrativos y de Intendencia	2	2	2.2
Dirección de Personal	Certificación Laboral	1	2	2.2
	Control de Guardias	1		
Escuela Preparatoria Lázaro Cárdenas	Servicios de Laboratorio de Prácticas Experimentales	1	1	1.1
Secretaría General	Recepción de Proyectos, Análisis y Determinación de Factibilidad por parte de las Comisiones para poder ser presentados ante el Consejo Universitario con el fin de emitir Acuerdos	1	1	1.1
Dirección de Contraloría Académica	Asignación y Control de Cargas Académicas	1	1	1.1
Dirección de Académico Legal	Certificación Profesional	0	0	0
Secretaría de Administración y Finanzas	Egresos (Ventanilla de Trámites Generales)	0	0	0
	Ingresos Institucionales	0		
	TOTALES	91	91	100%

Minuta de Revisión por la Dirección

	Fuente de origen de las Acciones con procedimiento nuevo										
	PNC	SGC						Retroalimentación del Cliente	Satisfacción del Cliente	Otros	Totales
		AI	AE	Revisión por la Dirección	Seguimiento y Medición de los Procesos	Resultado de los Indicadores	Análisis de Datos	Quejas	Resultado de mediciones		
	0	17	0	0	2	2	0	2	0	1	24
Porcentaje (%)	0	71	0	0	8.3	8.3	0	8.3	0	4.1	100



Análisis de impacto de acciones correctivas y preventivas

Se fortalece la formación de recursos humanos (6.2.2)

Se mejoró infraestructura (6.3)

Se fortalece la planeación, y la verificación de sus resultados (8.2.3. 8.2.4 5.4.1)

Se actualizan y mejoran los manuales, políticas, procedimientos y formatos del SGC y sus procesos (4.2.3 y 4.2.4)

Se fortalece la comunicación con los usuarios (7.2.3)

Se fortalece el compromiso de directivos y equipos de trabajo (5.1)

Se mejoro el ambiente laboral (6.4)

Se mejoro la atención y seguimiento de quejas a usuarios (8.2.1)

Se mejoró la gestión de recursos (6.1)

5. Acciones de Seguimiento de Revisiones por la Dirección Previas

Proceso	Estado
Administrativo de Rectoría	- Se elaboró un programa de capacitación a través del cual se programaron cursos de capacitación en el último trimestre del año. - Se elaboró un plan de mejora para fortalecer la operatividad y eficiencia del proceso específico. Ver plan. - Se ha cumplido con los requisitos y criterios establecidos. - Se ha dado cumplimiento al seguimiento y medición del objetivo.
Recepción de Proyectos, Análisis y Determinación de Factibilidad por parte de las Comisiones para poder ser presentados ante el concejo Universitario con el fin de emitir Acuerdos	De acuerdo a la revisión anterior por la dirección, se fortaleció la verificación de las firmas de validez tanto en las minutas y lista de asistencia de las reuniones de las Comisiones Permanentes del HCU, como en los dictámenes elaborados por las mismas, lo cual nos permite tener mayor certeza en el cumplimiento de la normatividad.
Atención y Seguimiento de Quejas para Garantizar los Derechos de la Comunidad Universitaria	Mejorar las condiciones de infraestructura debido a los hallazgos en las encuestas a usuarios y de ambiente laboral, donde se ve la necesidad de tener un espacio más confortable y que pueda dar cabida a los grupos que acuden ante esta Defensoría.
Planeación, Programación, Presupuestación y Evaluación Institucional	A. **Mejora Continua del SGC y sus procesos** • Se revisó toda la documentación, poniendo énfasis en los instrumentos de medición del objetivo de la calidad, a la par se elabora el Plan de mejora continua al 2012 para el proceso, proponiendo acciones encaminadas a la actualización del software y su uso en la plataforma web. • Se revisó y actualizó la encuesta al cliente, la cual fue aplicada en un evento de capacitación colectiva considerado como una de las etapas del proceso, sus resultados son recuperados en el informe respectivo. B. **Mejora del producto con relación en los requisitos del cliente** Se actualizó la documentación específica del proceso, y se trabaja actualmente en la actualización del software. C. **Identificación de necesidades de recursos** • Se identifican las necesidades de conectividad, del equipo de cómputo y de capacitación del personal involucrado en este proceso, se puede concluir, que las acciones programadas se están llevando a la práctica conforme lo programado en el plan de mejora. • Las acciones que conllevan a fomentar el trabajo en equipo entre los participantes del proceso, se orienta a mejorar la comunicación entre estos y la alta dirección.
Elaboración de la Estadística Básica	A. Para la mejora continua del SGC y sus procesos, se reportan las siguientes acciones: 1. Se verifica la información proporcionada por las UA, con la información de la matrícula de la BD del SACE que controla la DGSE, tendiente a la automatización del proceso de llenado del formato 911 de SEP. En esta acción se destaca el avance del SIIA en cuanto al registro de la información referente al proceso general de admisión. 2. En cuanto a poner en línea la documentación del proceso de EB, a través de la página Web de la UAS/CGPD, por el momento se ha logrado que los involucrados en los procesos tengan acceso a una copia electrónica, prescindiendo del papel. 3. Fue elaborado el Plan de mejora continua 2012, que presenta como oportunidad de mejora la elaboración de un software propio para agilizar la captura de la información y tener información de primera mano, ya que el software utilizado ahora es propiedad de la SEP. 4. Fue atendida una observación derivada de la auditoría interna de 2011. La auditoría externa no reportó observaciones específicas al proceso. B. Mejora del producto con relación en los requisitos del cliente se ha determinado que: 1. Se revisaron y actualizaron los requisitos y criterios de aceptación del producto, logrando punto de acuerdo con la SEPyC para la entrega del formato 911 de fin de ciclo escolar 2011-2012, habiéndose levantado minuta de acuerdo. C. Identificación de necesidades de recursos: 1. La capacitación del personal del área continúa como una acción estratégica, para lograr el objetivo de la calidad del proceso de Elaboración de la Estadística Básica. Se elaboró el programa de capacitación 2012 y al inicio del ciclo escolar 2012-2013 se tuvo una capacitación impartida por personal de la SEP sobre los cambios en los formatos. Se tiene minuta con fecha 17 de agosto de 2012. 2. Se ha tenido comunicación constante con nuestros clientes, evidenciado esta acción las minutas de trabajo. Se requiere mantener y consolidar este mecanismo de comunicación y proyectarlo hacia la administración de la dependencia. 3. En cuanto a la reestructurar el Área de Información y Estadística, para mejorar sus funciones, se trabaja en una acción integral para reestructurar toda la dependencia en consideración al nuevo Manual General de Funciones de la UAS.
Emisión de Certificados de Estudios	A partir del seguimiento y atención de las acciones levantadas, se ha logrado un impacto positivo al proceso: • Se tiene claridad en los criterios para el cálculo del objetivo de calidad en lo referente a la identificación de las solicitudes aceptadas, las solicitudes comprometidas en el mes, las solicitudes comprometidas del mes anterior, los certificados emitidos y los certificados emitidos en el plazo establecido. Así mismo, cuales son del tipo C3*, C2* o C1* (ver formato de reporte mensual del OC). • Se realiza de manera normal la elaboración y por consiguiente la emisión de certificados de estudios.
Admisión al Primer Período de los Programas Educativos Escolarizados de nivel Bachillerato y Licenciatura	A partir de las observaciones encontradas en la auditoría interna No. 12 se atendieron las acciones levantadas, lográndose un impacto positivo al proceso: • Se evidencia un mejor conocimiento, manejo y control de la documentación externa y la identificación por parte de los encargados de control escolar de UA. • Se realiza el ordenamiento de la documentación del expediente del alumno y se muestran evidencias de la solicitud de matrícula y aplicación de examen de evaluación diagnostico. • Se elaboraron los curriculum de los encargados de control escolar en reunión celebrada el 01/12/2011 y en la misma se impartió una presentación referida al contenido de la documentación general del SGC y específica de su proceso. • Se realizaron cambios en el tipo de status del portal de admisión, quedando identificado que en este se denota sin el aspirante es aceptado o no. • Se actualizaron los documentos específicos del proceso PGAPE pasando a su versión No. 2, con fecha de liberación 15 de

Minuta de Revisión por la Dirección

	febrero.
Contratación de Personal de Base Académico, Administrativos y de Intendencia	De acuerdo a las recomendaciones declaradas en la revisión por la dirección del 30 de noviembre de 2011, se realizó un plan de mejora el cual no se le dio seguimiento debido a que se retomo la recomendación número 1 que refiere a la capacitación del personal involucrado en el proceso de Contratación de Personal Base, Académico, Administrativo y de Intendencia, debido a que se conformo un comité para la capacitación del personal administrativo y de intendencia, para atender la observación al requisito 6.2.2 de la auditoría externa de octubre de 2011, integrado por la Dirección General de Recursos Humanos, Comisión Mixta General de Capacitación y Adiestramiento, el Sistema de Gestión de la Calidad, el Centro de Políticas de Género, planta de maestros del área laboral de la Facultad de Psicología y estudiantes del Servicio Social de la Facultad de Psicología.
Egresos (VTG)	Se impartieron cursos y talleres de capacitación al personal de proceso de egresos (VTG) sobre: curso de contabilidad gubernamental, manejo del sistema integral de información administrativa (SIIA) y curso taller Relaciones interpersonales para la calidad en el servicio Para medir el nivel de satisfacción del cliente nos apegamos al tamaño de la muestra de los establecido utilizando el método de muestreo mínimo significativo de 30 encuestas de los usuarios que solicitaron los servicios en el proceso de Ingresos Institucionales de la SAF en cada uno de los cuatrimestres. Se cumplió con el seguimiento y medición del proceso y con los indicadores de los planes de calidad y la tabla de interacción. El plan de capacitación para los procesos de Egresos (VTG) se elaboró en el mes de Enero de 2012. Se realizan reuniones, análisis y elaboración de información necesaria para realizar ajustes en el módulo de la contabilidad gubernamental. Se gestionaron recursos ante la Dirección de Control de Bienes e Inventarios, Dirección de Construcción y Mantenimiento, Recursos Humanos y se gestionaron servicios informáticos ante la Dirección de informática.
Ingresos Institucionales	Se impartieron cursos y talleres de capacitación al personal de proceso de ingresos institucionales sobre: curso de contabilidad gubernamental, manejo del sistema integral de información administrativa (SIIA) y curso taller Relaciones interpersonales para la calidad en el servicio Para medir el nivel de satisfacción del cliente nos apegamos al tamaño de la muestra de los establecido utilizando el método de muestreo mínimo significativo de 30 encuestas de los usuarios que solicitaron los servicios en el proceso de Ingresos Institucionales de la SAF en cada uno de los cuatrimestres. Se cumplió con el seguimiento y medición del proceso y con los indicadores de los planes de calidad y la tabla de interacción. Por otra parte el titular de la SAF dio seguimiento oportuno de las acciones correctivas y preventivas de los procesos. El plan de capacitación para los procesos de Ingresos Institucionales se elaboró en el mes de Enero de 2012. Se realizan reuniones, análisis y elaboración de información necesaria para la implantación del modulo de ingresos. Continuamos con la implementación del modulo de conciliaciones bancarias, una vez concluidas las etapas del modulo de ingresos. Se gestionaron recursos ante la Dirección de Control de Bienes e Inventarios, Dirección de Construcción y Mantenimiento, Recursos Humanos y se gestionaron servicios informáticos ante la Dirección de informática.
Comprobación de Gastos	En el análisis de datos de las encuestas aplicadas en la revisión por la dirección 2011 se recibieron algunas oportunidades para fortalecer el ambiente de trabajo, y el desarrollo de las funciones entre la que destacó la aplicación de los siguientes cursos: • Reformas Fiscales 2012 • Motivación y anti-estrés • Capacitación sobre la normas ISO 9000:2005 y 9001:2008 Éste último se encuentra pendiente de realizar. Se presentan como evidencia constancias, material del curso y lista de asistencias (Véase Programa de Capacitación de la DAI 2012). Asimismo se sustituyeron 6 PC que presentaban fallas por equipo nuevo, un escáner y una impresora.
Auditoría Interna	En el análisis de datos de las encuestas aplicadas en la revisión por la dirección anterior se recibieron algunas oportunidades para fortalecer el ambiente de trabajo, y el desarrollo de las funciones entre la que destacó la aplicación de los siguientes cursos: • Contabilidad Gubernamental • curso de Microsoft office (Word y Excel) Éste ultimo se esta llevando a cabo. Se presentan como evidencia constancias y lista de asistencia (Véase Programa de Capacitación de la DAI 2012). Asimismo se sustituyeron tres PC que presentaban fallas por equipo nuevo. Derivado de la Auditoría Interna núm. 11 practicada al SGC de la UAS, se propone la oportunidad de mejora a la planificación del SGC referente a: "Utilizar la tecnología para contar con la documentación electrónica y optimizar los recursos Institucionales". Los procesos de Comprobación de Gastos y Auditoría Interna toman esta oportunidad de mejora y lo plasman en sus Planes de Mejora 2012 respectivos. Actualmente se ha realizado la gestión a la DSGC para que la documentación específica de ambos procesos pueda consultarse de manera electrónica.
Registro de Ingresos	En la Revisión por la Dirección de fecha 05 de octubre de 2011, se tienen recomendaciones para la mejora consistentes en que este proceso genere un reporte consistente en un análisis de los ingresos (origen de los recursos) por los diferentes conceptos que lo integran de manera mensual y acumulada, a efecto de dar cumplimiento a los requerimientos de su principal cliente, la titular de la DCG. Los resultados arrojados de la revisión anterior han sido atendidos mediante el procedimiento establecido para este efecto para la Revisión por la Dirección, verificando y supervisando que cualquier error se corrija y se resuelva de inmediato.
Registro de Egresos	En la Revisión por la Dirección de fecha 05 de octubre de 2011, se tienen recomendaciones para la mejora consistentes en que este proceso genere un reporte analítico de los Egresos (aplicación de recursos) por los diferentes conceptos que lo integran de manera mensual y acumulada, a efecto de dar cumplimiento a los requerimientos de su principal cliente, la titular de la DCG. Los resultados arrojados de la revisión anterior han sido atendidos mediante el procedimiento establecido para este efecto para la Revisión por la Dirección, verificando y supervisando que cualquier error se corrija y se resuelva de inmediato.
Operación y Contabilidad	En la Revisión por la Dirección de fecha 05 de octubre de 2011, se tienen recomendaciones para la mejora consistentes en que este proceso genere el Estado de Origen y Aplicación de Recursos de manera mensual y acumulada, a efecto de dar cumplimiento a los requerimientos de su principal cliente, la titular de la DCG. Los resultados arrojados de la revisión anterior han sido atendidos mediante el procedimiento establecido para este efecto para la Revisión por la Dirección, verificando y supervisando que cualquier error se corrija y se resuelva de inmediato.
Archivo Contable	En la Revisión por la Dirección de fecha 05 de octubre de 2011, se tienen recomendaciones para la mejora consistentes en que este proceso cuente con un espacio físico suficiente y adecuado que le permita concentrar la documentación en un mismo domicilio, a efecto de garantizar la salvaguarda e integridad de la información. Los resultados arrojados de la revisión anterior han sido atendidos mediante el procedimiento establecido para este efecto para la Revisión por la Dirección, verificando y supervisando que cualquier error se corrija y se resuelva de inmediato.

Minuta de Revisión por la Dirección

Apoyo Administrativo de la Dirección de Contabilidad General	En la Revisión por la Dirección de fecha 05 de octubre de 2011, se tienen recomendaciones para la mejora consistentes en que este proceso controle en el apartado de anexos el formato de resguardo de mobiliario y equipo de oficina. Los resultados arrojados de la revisión anterior han sido atendidos mediante el procedimiento establecido para este efecto para la Revisión por la Dirección, verificando y supervisando que cualquier error se corrija y se resuelva de inmediato.
Certificación Laboral	• Una Observación de la auditoría externa realizada por el organismo Agencia para la Certificación de la Calidad y Medio Ambiente ACCM, octubre del 2011, en la que se detectó : "Que para la entrega de constancias laborales a personas que nos son solicitantes, se debe presentar una carta poder y copia de identificación del solicitante; sin embargo dicha situación no se está realizando, ya que durante la auditoría se identificó que para los casos de los trámites de los días 13 (folio 1107512,1107643, 1107654) y 18 de octubre (folios 1107919,1107936, 1107929) no se cuenta con la carta poder y copia de la credencial de elector del solicitante". Se realizan reuniones cuatrimestrales para recordar la política y objetivo de la calidad, igualmente los requisitos y criterios de aceptación del producto, logrando impactar satisfactoriamente en un mejor control de entrega de certificaciones laborales. • El proceso de Certificación Laboral, en su reporte mensual de Certificaciones Elaboradas Sin Revisión de Antigüedad del mes de agosto del 2012, no cumplió con la meta establecida en virtud de que los indicadores de certificaciones elaboradas a tiempo refleja en su porcentaje el 98.54 %; mismo que está por debajo de la meta establecida del Objetivo de la Calidad de la elaboración del 100% de las certificaciones solicitadas", qué no requieran revisión, por lo que se levantó una acción correctiva.
Control de Guardias	• Se levantó una acción correctiva en el Procedimiento de Control de Guardias, el día 15 de junio del 2012, referente a la descripción del problema: Se generaron órdenes de pago a favor de trabajadores de la Unidad Regional Sur, realizadas en el año 2010 y en el 2011, las cuales se pagaron en la nómina de marzo del 2012.violentando el Proceso de Control de Guardias, acerrarse el día 26 de octubre del 2012.
Elaboración de la Nómina Universitaria	Las observaciones detectadas, tanto en la auditoría interna de 2011 y 2012, así como las localizadas en la auditoría externa 2011, se le ha dado un seguimiento y solución inmediata, ya que todas han sido necesarias para reforzar la utilidad de los diferentes formatos involucrados. Se diseñó el formato: *Indicador de oportunidad,* como avance del proyecto de reducir a dos los Objetivos de Calidad. El ambiente de trabajo continúa tenso y se esperan resultados de las encuestas que aplique el sistema en general, que nos permita tomar alternativas para la mejora.
Asignación y Control de Cargas Académicas	De acuerdo a la minuta de trabajo de la revisión por la Dirección del pasado mes de octubre de 2011 y resultados de las encuestas, hemos seguido un programa de capacitación para el personal operativo en los siguientes aspectos: Fortalecer el uso del internet y aprender a resolver los problemas más comunes en la oficina con la utilización de Microsoft office (Word Excel y otras herramientas), y aplicar una técnica que mejora los niveles de calidad, eliminación de tiempos muertos y reducción de costos. En los aspectos de mejora del proceso, se mantuvo la capacitación permanente en el área de programación de la DCA, contando con equipo necesario y personal para su atención, así también el uso de la video llamada con el personal operativo y las UA. Se decidió no incrementar el porcentaje de acopio que se tiene establecido (80%), debido a que se da prioridad a el fortalecimiento en el manejo de la nueva versión del modulo de cargas académicas en este periodo.
Servicios de Archivo General	Se cumplió con el establecimiento de MIDAG, este software interactivo, está en constante mejora, producto de las experiencias de trabajo diario, como lo evidencia: El conjunto de solicitudes a la DI, Programa de Regularización del expediente, Incrementar el grado de satisfacción de los usuarios, Plan de capacitación realizado, en cuanto al número de cursos y por arriba de lo planteado, en relación al número de horas.
Servicios Informáticos y Seguridad de la Base de Datos	Se avanzó considerablemente con el compromiso establecido en la revisión por la dirección anterior. Los beneficios obtenidos se describen a continuación: Se incrementó el recurso humano del área de desarrollo al contratar a dos programadores, sin embargo, la demanda de trabajo ha seguido en aumento, por lo que resulta imperativo continuar con las gestiones para incrementar el recurso humano y con ello mejorar el tiempo de respuesta de las solicitudes de servicio. Se adquirió infraestructura para sites de la Dirección de Informática y el Centro de Computo Universitario, mejorando el servicio al contar con infraestructura que permite atender las peticiones de las UOs por medio del sistema integral de información institucional a través de la red universitaria garantizando la disponibilidad de la información requerida por nuestros usuarios. Se consolida la gestión interna de recursos, basada en el plan operativo anual y el presupuesto ejercido, a través de peticiones a la DCBI(118 requisiciones) y a la DCM (37 solicitudes de servicio). Se realizo la capacitación del personal en el área de valores como factor de crecimiento orientando al personal hacia los valores universitarios. En este mes de octubre se iniciara con el curso de php basado en un framework. Se reestructuró el contrato con Telmex incrementando en un 340% el ancho de banda de 34 a 150 Mbps y se actualizaron los switches principales de las redes locales de las Escuelas y Facultades de Ciudad Universitaria Culiacán y del Edificio Central. Así mismo, durante todo el periodo se realizaron las actividades de administración puntual de la seguridad y de soporte técnico a las redes locales, redes de fibra óptica, redes inalámbricas, redes WAN, enlaces a Internet. Estas acciones contribuyeron a mejorar la calidad de los servicios de la red institucional (datos, voz y video), mejorando el desempeño de las actividades académicas y administrativas que se encuentran soportadas bajo plataforma tecnológica en las UOs de la institución. Además se elevo el nivel de seguridad de la red, al realizar actividades de monitoreo continuo, detección de problemas potenciales, detección de incidentes de seguridad y la aplicación de medidas preventivas y correctivas. Se avanzo en la gestión para adquirir licenciamiento concretando la renovación con Microsoft. Sin embargo, queda pendiente gran parte del licenciamiento requerido por las UO.
Servicios al Público del SIBIUAS	Realización de talleres de retroalimentación; en el transcurso del presente año se atendió esta acción a través de reuniones con el personal involucrado en el proceso, mismo que se encuentra en las cuatro unidades regionales. El impacto ha sido notorio, ya que muestran más dominio en los documentos específicos del proceso. Actualización del personal en el uso del software; esta acción aun no concluye, ya que se están gestionando los recursos económicos que permitan solventar los costos que implican la presencia del proveedor.
Certificación Profesional	Como producto de revisiones anteriores y el Plan de Mejora 2012 elaborado se realizaron en coordinación con las diversas dependencias de la institución las acciones tendientes a garantizar condiciones de trabajo aceptables, como las instalaciones eléctricas e iluminación, limpieza, pintura de los muros, dotación de equipos y mobiliario, elaboración y funcionamiento óptimo de los sistemas informáticos. Es de destacar que la necesidad de dotarnos de dos equipos de escáner que se requieren para los títulos no se nos ha cumplido (ya se ha solicitado repetidas veces), lo que ocasiona molestias en el personal que lo ocupa pues les implica más trabajo.

	En cuanto a la capacitación del personal y de acuerdo con el programa de capacitación que incluyo los temas de: mejor manejo e instalación de equipos de cómputo y sobre Trabajo en equipo y manejo de estres. No obstante que el primer tema no ha sido posible realizarlo como curso, en los meses de febrero y marzo de 2012 se realizó de manera personalizada en el lugar de trabajo pues se requiere estar ante la máquina de uso para desde el propio equipo se dieron las instrucciones de uso e instalación; sobre el tema de Trabajo en equipo y manejo de estres no ha sido posible realizarlo por lo que de nuevo se reprogramará con la nueva modalidad que está instrumentando la Dirección del SGC y la Dirección de Recursos Humanos. En cuanto al curso de Ortografía y acentuación programado desde el programa de capacitación 2011 se desarrolló entre octubre a noviembre de 2011.
Prestaciones Sociales a los Universitarios	En la revisión hecha en octubre de 2010 se sugiere por el equipo auditor la necesidad de el diseño de un plan de supervisión que permita detectar en tiempo y forma los posibles errores, omisiones y /o faltantes de cada uno de los procedimientos que integran el proceso certificado, esto se retoma en el plan de mejora 2011. Se ha hecho la gestión en tiempo y forma ante las instancias correspondientes de la dotación de materiales, equipo e insumos necesarios para cumplir con los objetivos y las metas de nuestro proceso En cuanto al Programa de Capacitación 2011 hasta la fecha se ha cumplido en tiempo y forma, con los cursos de: Autoestima laboral: plan de vida y carrera; quedando pendiente el curso taller de elaboración de manuales, para el mes de febrero del 2012 cabe destacar que todo el personal incluyendo directivos hemos sido partícipes de dicha capacitación.

6. Cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión de la Calidad

6.1. A más tardar el día 08 de junio de 2013 deberá tomar posesión el nuevo Rector de la UAS, por lo que el SGC deberá adaptar y realizar los cambios pertinentes, en su caso, de acuerdo al nuevo Plan de Desarrollo, así como de su Misión y Visión Institucional.

6.2. Por atender la observación al requisito 6.2.2 de la auditoría externa de octubre de 2011, los procesos que integran el SGC de la UAS, han dejado de aplicar por proceso la encuesta de capacitación para que sean la DGRH a través de la Comisión Mixta General de Capacitación y Adiestramiento.

6.3. Implementación del Procedimiento de Satisfacción de Usuarios.

7. Recomendaciones para la Mejora

Derivada de la Auditoría Interna número 13 practicada al SGC de la UAS, se proponen las oportunidades de mejora a la planificación del SGC y en cada uno de sus procesos referentes a:

Proceso	Recomendaciones para la mejora
Responsabilidad de la Dirección	Se recomienda incrementar la participación de la alta dirección en la revisión de la política de la calidad e incrementar los mecanismos de difusión entre el personal involucrado en el SGC.
Proceso de Compras	Pese a los cambios y oportunidades de mejora detectados en este proceso de revisión por la dirección, se observa que ha sido un trabajo de la dirección del SGC; se recomienda hacerlo con el colectivo de la alta dirección.
Administrativo de Rectoría	debido a que se cumple con los requisitos del cliente y se alcanzó el 100% en los objetivos de la calidad, es pertinente materializar la idea de reducir los tiempos para hacer el trámite del servicio y entregarlo a la SAF en menos días
Recepción de Proyectos, Análisis y Determinación de Factibilidad por parte de las Comisiones para poder ser presentados ante el concejo Universitario con el fin de emitir Acuerdos	En base a las encuestas a usuarios, comentarios del personal involucrado en el proceso y por supuesto de las auditorias tanto internas como externas, se retoma el de poder ofrecer un mejor servicio en el inicio de nuestro proceso que es la Recepción de Secretaría General, el implementar que en lugar de que haya una sola persona en recepción se incorpore una persona más, reduciendo con esto el tiempo de atención al usuario.
Planeación, Programación, Presupuestación y Evaluación Institucional	Derivado del Plan de mejora 2012 se detectó una oportunidad de mejora relacionada con el cumplimiento de objetivos en los tiempos estimados (8.5.1). En la auditoría interna, efectuada los días 26 septiembre al 3 octubre de 2012 se detectan dos puntos de oportunidad de mejora, al 7.2., donde se destaca una falta de consistencia en la formulación de las metas; y al 8.2.1 que menciona que en las encuestas aplicadas a los clientes no se incluyen preguntas para evaluar la efectividad del software con que se realiza y controla este proceso, aspectos que son atendidos mediante el levantamiento de acciones correctivos.
Elaboración de la Estadística Básica	debe utilizarse la base de datos del SACE, para llenar el formato 911 y solo las UA que no hayan subido la información a tiempo a la base de datos, tendrán que llenarlo (8.2.4). Otra oportunidad de mejora se detectó al elaborar el Plan de Mejora Continua 2012 para la elaboración y aplicación de un software propio de la UAS para la captura del Formato 911 de la SEP, el cual por el momento no se tiene.

Minuta de Revisión por la Dirección

Emisión de Certificados de Estudios	La DGSE de manera frecuente en lo que tiene que ver con el Proceso de Emisión de Certificados de Estudios, impartirá cursos talleres de actualización en el manejo de SACE con el propósito de cumplir siempre con los objetivos de calidad planteados en los documentos y con esto asegurar que el personal operativo de la Dirección sea cada vez más eficientes, contribuyendo con esto a la mejora de la calidad; así mismo se les reforzará en el manejo de la documentación tanto del SGC como del proceso.
Admisión al Primer Período de los Programas Educativos Escolarizados de nivel Bachillerato y Licenciatura	La DGSE de manera frecuente en lo que tiene que ver con el Proceso de Admisión, desde que inicia con la etapa de Preinscripción hasta que finiquita con la etapa de Inscripción, impartirá cursos talleres de actualización en el manejo de SACE con el propósito de cumplir siempre con los objetivos de calidad planteados en los documentos y con esto asegurar que los Encargados de Control escolar de las UA sean cada vez más eficientes, contribuyendo con esto a la mejora de la calidad; así mismo se les reforzará en el manejo de la documentación tanto del SGC como del proceso, buscando prevenir se presenten productos no conformes.
Contratación de Personal de Base Académico, Administrativos y de Intendencia	Es recomendable para la DGRH incrementar su alcance orientados hacia las mejoras que se han realizado en el proceso de Contratación de Personal Base, Académico, Administrativo y de Intendencia y los cambios que han afectado al SGC.
Egresos (VTG)	En el Plan de la Calidad en lo referido a los Criterios de Aceptación del producto, se declarara la normatividad externa aplicable (Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, Ley General de Contabilidad Gubernamental, Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria). Se recomienda fortalecer el objetivo del proceso teniendo como fundamento legal las disposiciones mencionadas.
Ingresos Institucionales	La organización debe revisar los requisitos relacionados con el producto. Se sugiere revisar los criterios de aceptación en lo referido a las conciliaciones bancarias para considerar un plazo d entrega que les permita cumplir a ambos procesos y fortalecer su interacción.
Comprobación de Gastos	"La definición de actividades para la verificación de comprobantes fiscales con sello bidimensional en el mecanismo para la verificación en comprobación de gastos"
Auditoría Interna	"La definición de criterios para la programación de auditorías y clasificación de hallazgos en la Dirección de Auditoría Interna".
Registro de Ingresos Registro de Egresos Operación y Contabilidad Archivo Contable Apoyo Administrativo de la Dirección de Contabilidad General	Se identifica la necesidad de que este proceso verifique los requisitos Legales y Reglamentarios establecidos en la tabla de Requisitos y Criterios de Aceptación para el Producto.
Certificación Laboral	a) Identificaciones de credenciales se prolonguen por más tiempo. *b)* Espacios físicos y equipamiento suficiente y adecuados *c)* Asignar valores a las etapas de realización del Proceso de Certificación Laboral.
Control de Guardias	*a)* Espacios físicos y equipamiento suficiente y adecuados *b) Creación de un programa informático para la captura de los reportes e indicadores* c) Realizar estudios globales del análisis de la eficacia global del producto
Elaboración de la Nómina Universitaria	Disminuir de tres a dos objetivos, sin alterar las metas establecidas. Se avanza en la recomendación al elaborarse el formato, *Indicador de Oportunidad,* y se continúa debatiendo la viabilidad de modificar el número de objetivos.
Asignación y Control de Cargas Académicas	Se solicitara al SGC un curso general del manejo de la documentación y registros para reforzar la consolidación del proceso. Se dará seguimiento puntual a todas las observaciones en el manejo de la nueva versión del modulo de cargas académicas que hagan las UA con respecto al funcionamiento del mismo, para plantearlas como oportunidades de mejora. Se revisaran los periodos de acopio de las propuestas de cargas académicas, con el fin de tener un calendario lo más adecuado posible a las necesidades tanto de las UA como de la DCA
Servicios Informáticos y Seguridad de la Base de Datos	1. Concientizar al usuario, en la importancia de dar facilidad al equipo de soporte técnico para realizar el mantenimiento preventivo del equipo de cómputo. 2. Especificar a los usuarios con ejemplos claros, cuando son necesarios los requisitos para el análisis y diseño de sistemas.
Desarrollo de Colecciones	Capacitar y actualizar al personal implicado en el uso de las herramientas para el análisis y evaluación de colecciones.
Procesos Técnicos	Capacitar y actualizar al personal implicado en el uso de las herramientas para el análisis de los recursos documentales y encuadernación de material bibliográfico.
Servicios al Público del SIBIUAS	Proporcionar a cada biblioteca el material de apoyo ""Ordenamiento Topográfico de Libros con la Clasificación LC", documento guía para la organización bibliográfica en las bibliotecas del SIBIUAS. Emprender una campaña de revisión y actualización de los expedientes del personal implicado en el proceso. Programar círculos de estudio sobre el manejo de la documentación del SGC y específica del proceso en cada UR. Solicitar a los titulares de las UA el Acta Constitutiva del Comité de Biblioteca y/o en su caso actualizarlo en base al Reglamento General del Sistema Bibliotecario vigente.
Certificación Profesional	Con respecto a una Oportunidad de Mejora levantada en Al No. 11 del 30 de septiembre de 2011 que se refiere a establecer el procedimiento para asegurarse de que el producto (papel oficial) adquirido cumple con los requisitos que deben contemplar los documentos de carácter oficial, se obtuvo un certificado de la empresa GRAFFER quien elabora los formatos en el que se especifican las características del mismo, en términos de seguridad y materiales. Se atendió la Observación de AE 12 de la ACCM de octubre de 2011 referida al punto 4.2.4. de la Norma. Elaborando un Registro que arroje información sobre los folios utilizados y cancelados para la impresión de las certificaciones profesionales. Se atendió la nota de mejora referida a fortalecer la comunicación con alumnos dentro de las instalaciones de atención a usuarios. Se tomó la medida de colocar información de requisitos y documentación a la vista del usuario en el momento en que se encuentra en el área de atención. También se mejoró la información de requisitos en la página de Internet de la UAS.
Apoyo Administrativo del Doctorado en Ciencias Sociales	➢ Establecer dentro del procedimiento específico de cada uno de los desarrollos el tiempo de registro y cierre, soportados en Políticas del propio proceso; para lograr hacer el análisis de datos con mayor presión. Considerando realizar esta mejora en base a la observación arrojada en la Auditoría Interna No. 13.

	➢ Fomentar e inducir un canal de comunicación con el personal operativo y directivo, siendo esto una retroalimentación que beneficie a ambas partes. Con miras de mejorar el ambiente laboral.
Servicios de Banco de Sangre	1.-Realizar las gestiones para garantizar la disponibilidad de la información de los requisitos para nuestros usuarios. 2.-Establecer controles adecuados para la documentación soporte del proceso Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos (SRERE). 3.-Atender las sugerencias externadas por nuestros usuarios a través de las encuestas aplicadas. 4.-Reunión del titular de la UHBS y SRERE y la Jefa de Laboratorio, con personal de la administración de CIDOCS y con los proveedores del servicio de mantenimiento para llevar a cabo los programas de mantenimiento preventivo faltantes, de tal manera que se cumple de manera puntual con la programación de dichos mantenimiento preventivo.
Solicitud, Realización y Entrega de resultados de Estudios	5.- Reunión del titular de UHBS , el administrador de CIDOCS y el director de la compañía proveedora donde se llego a un convenio para agendar la entrega oportuna de reactivos para las corridas serológicas, así como un plan de pagos que deberá ser cumplido de manera reciproca por el cliente CIDOCS y proveedor SDP-MEXICO, S.A. DE C.V. 6.-Elaborar un convenio con el laboratorio del hospital civil y con el laboratorio del CIDOCS para tenerlos como laboratorios de apoyo o referencia. 7.-Incorporar en el sistema SIGHO nuevo formato modificado para la solicitud de sangre y/o hemocomponentes. 8.-La quinta se refiere a estandarizar la información contenida en los registros de cada una de las partes involucradas en el proceso (trabajo social, medico de Banco de sangre, químicos de laboratorio) con el fin de que la información sea similar completa y homogénea en todos ellos y de esta manera mejorar el rastreo o trazabilidad del producto. 9.-Elaboración de un nuevo formato de registro de datos uniforme a todas las etapas del proceso para mejorar la trazabilidad del producto
Servicios de Laboratorio de Prácticas Experimentales	Se recomienda adaptar el formato anexándole un espacio para que se declare la materia que se impartió en la práctica ya que es importante para darle seguimiento a las quejas o comentarios.
Prestaciones Sociales a los Universitarios	- La incorporación del procedimiento de trámite de crédito fonacot. - La automatización a través del programa TXT del seguro facultativo en las UR - Diseño de página web de la DPS para que los usuarios accedan a la revisión de su trámite.

8. Resultados de la Revisión por la Dirección

A. Mejora Continua del SGC y sus Procesos

En general los procesos señalan que impulsarán las gestiones en la perspectiva de mejorar los procesos a través de la revisión de la documentación, la comunicación, sistemas informáticos, ambientes de trabajo, capacitación, formación y toma de conciencia. Así como la ampliación del alcance al SGC con enfoque integral (Norma 14001, 15189, 17025).

B. Mejora del Producto con relación en los Requisitos del Cliente

Revisar el documento Requisitos y Criterios de Aceptación del Producto con el fin de evaluar cada una de las etapas del mismo, para garantizar el cumplimiento de los criterios de aceptación.

Así mismo se establece el compromiso de implementar el Procedimiento para la Satisfacción de Usuarios.

C. Identificación de Necesidades de Recursos

Aun falta atender algunas necesidades de equipos, sobre todo la infraestructura en relación a los espacios insuficientes. Las referencias de necesidades son:

Recursos humanos:

- Capacitación al personal en las actividades inherentes al puesto, desarrollo humano, Normas ISO 9000, Elaboración del Plan de Mejora,

Minuta de Revisión por la Dirección

Ley General de Contabilidad Gubernamental, Sistema de Gestión de la Calidad, Acciones Correctivas y Preventivas y Reformas Fiscales.

Recursos materiales:

- Infraestructura. Espacios físicos y acondicionamiento de los ya existentes.
- Infraestructura tecnológica para Bases de Datos, así como la actualización de licencias del software (office, antivirus).
- Sistema informático administrativo.
- Equipos de cómputo.
- Equipos de Laboratorio para análisis diversos.
- Equipo de transporte.
- Bibliografía actualizada.

Recursos financieros:

- Recursos financieros operativo y humano.

Atentamente

Dr. Víctor Antonio Corrales Burgueño
Rector