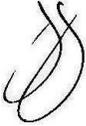
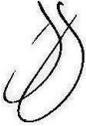




| | |
|---|---|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 1 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

MANUAL DE LA CALIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA DIRECCIÓN ACADÉMICA

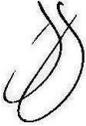


| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 2 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

CONTENIDO

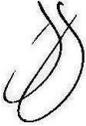
| | |
|---|-----------|
| 1.0 INTRODUCCIÓN | 4 |
| 1.1 Misión | |
| 1.2 Visión | |
| 1.3 Organigrama..... | 5 |
| 2.0 ALCANCE | 6 |
| 2.1 Alcance | 6 |
| 2.1.1 Definición del usuario | 6 |
| 2.2 Exclusiones de requisitos de la norma | 7 |
| 3.0 POLÍTICA Y OBJETIVOS DE LA CALIDAD | 7 |
| 3.1 Política de la Calidad | 7 |
| 3.2 Objetivos de la Calidad | 8 |
| 3.3 Diagrama de los Procesos del SGC..... | 8 |
| 3.4. Tabla para mostrar interacción de los procesos que conforman el SGC..... | 9 |
| 3.5 Indicadores de proceso para determinar si los procesos operan con eficacia..... | 10 |
| 4.0 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 11 |
| 4.1 Requisitos generales..... | 11 |
| 4.2 Requisitos de la documentación..... | 12 |
| 4.2.1 Estructura documental | 12 |
| 4.2.2 Manual de la Calidad..... | 13 |
| 4.2.3 Control de documentos | 13 |
| 4.2.4 Control de los registros | 14 |
| 5.0 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN | 14 |
| 5.1 Compromiso de la Dirección | 14 |
| 5.2 Enfoque al usuario | 15 |
| 5.3 Política de la Calidad..... | 15 |
| 5.4 Planificación | 15 |
| 5.4.1 Objetivos de la Calidad | 15 |
| 5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación..... | 16 |
| 5.5.1 Responsabilidad y autoridad | 16 |
| 5.5.2 Representante de la Dirección | 17 |
| 5.5.3 Comunicación interna..... | 17 |
| 5.6 Revisión por la Dirección..... | 18 |
| 5.6.1 Generalidades..... | 18 |
| 5.6.2 Información para la revisión | 18 |
| 5.6.3 Resultados de la revisión | 18 |
| 6.0 GESTIÓN DE LOS RECURSOS | 19 |
| 6.1 Provisión de recursos..... | 19 |
| 6.2 Recursos humanos | 19 |
| 6.2.1 Generalidades..... | 19 |
| 6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación | 19 |
| 6.3 Infraestructura | 21 |
| 6.4 Ambiente de trabajo | 22 |
| 7.0 REALIZACIÓN DEL PRODUCTO Y SERVICIO | 22 |
| 7.1 Planificación de la realización del servicio | 22 |
| 7.2 Procesos relacionados con el usuario | 23 |



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 3 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 7.2.1 | Determinación de los requisitos relacionados con el servicio | 23 |
| 7.2.2 | Revisión de los requisitos relacionados con el servicio..... | 23 |
| 7.2.3 | Comunicación con el usuario | 23 |
| 7.3 | Diseño y desarrollo..... | 24 |
| 7.4 | Compras | 24 |
| 7.4.2 | Información de las compras | 25 |
| 7.4.3 | Verificación de los productos comprados | 26 |
| 7.5 | Producción y prestación del servicio..... | 26 |
| 7.5.1 | Control de la producción y de la prestación del servicio | 26 |
| 7.5.2 | Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio..... | 26 |
| 7.5.3 | Identificación y trazabilidad | 27 |
| 7.5.4 | Propiedad del usuario | 27 |
| 7.5.5 | Preservación del producto..... | 27 |
| 7.6 | Control de los dispositivos de seguimiento y medición | 27 |
| 8.0 | MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA | 28 |
| 8.1 | Generalidades..... | 28 |
| 8.2 | Seguimiento y medición | 28 |
| 8.2.1 | Satisfacción del usuario..... | 28 |
| 8.2.2 | Auditoria interna | 29 |
| 8.2.3 | Seguimiento y medición de los procesos..... | 30 |
| 8.2.4 | Seguimiento y medición de los productos y servicios | 30 |
| 8.3 | Control del producto no conforme..... | 30 |
| 8.4 | Análisis de datos | 31 |
| 8.5 | Mejora | 32 |
| 8.5.1 | Mejora continua..... | 32 |
| 8.5.2 | Acción correctiva | 32 |
| 8.5.3 | Acción preventiva | 33 |
| 9.0 | ANEXOS..... | 34 |
| 9.1 | Matriz de responsabilidades | 34 |
| 9.2 | Glosario de términos | 35 |



| | |
|---|---|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 4 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

1.0 INTRODUCCIÓN

1.1 Misión

La Dirección Académica tiene como misión brindar los mejores servicios académicos de acuerdo a su competencia enmarcada en la legislación universitaria y en concordancia de las necesidades y oportunidades de los servicios educativos que demandan los aspirantes a ingresar, los alumnos y los egresados de la universidad.

1.2 Visión

Ser un área de trabajo con una sólida estructura organizacional que proporcione bienestar a los compañeros de trabajo y a los usuarios internos y externos que demandan los servicios académicos y administrativos mediante un sistema de gestión de la calidad y procesos permanentes de mejora continua.

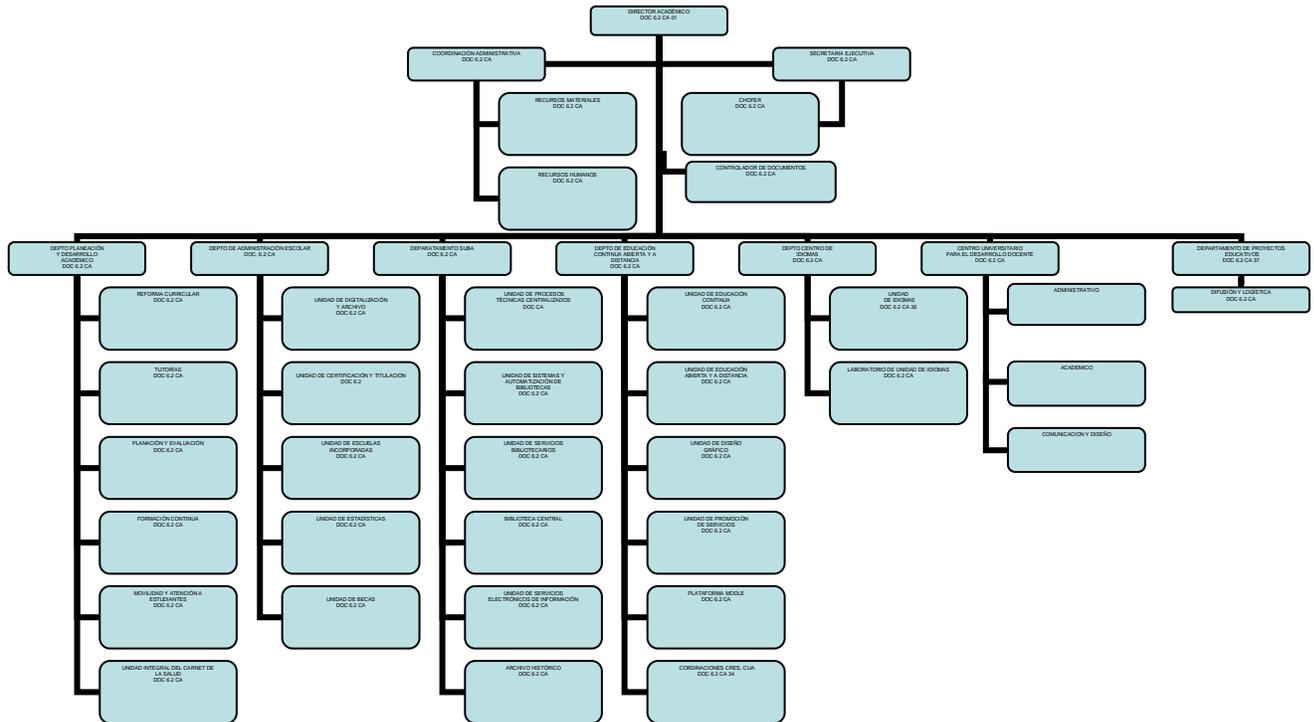


Aprobó:
Director
Académico

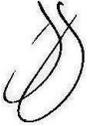
Rev.: 3

1.4 Organigrama

ORGANIGRAMA DIRECCIÓN ACADÉMICA DE LA UACH





| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 6 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

2.0 ALCANCE

2.1 Alcance

El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad de la Dirección Académica de la Universidad Autónoma de Chihuahua (**SGC**) comprende los siguientes procesos:

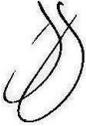
| Tipo | Nombre | Objetivo |
|-------|------------------------------------|--|
| Clave | Examen de Admisión | Aplicación del Examen de Admisión a los sustentantes para ingresar a la Universidad. Se realiza en y con personal de las Unidades Académicas. Bajo el esquema del Centro Nacional de Evaluación para Educación Superior AC. (CENEVAL). |
| | Becas | Otorgamiento de becas a alumnos de las Unidades Académicas y Escuelas incorporadas. |
| | <u>Credenciales</u> | <u>Elaboración de credenciales para los alumnos inscritos en la Universidad Autónoma de Chihuahua y Escuelas Incorporadas. Así como a Catedráticos, Empleados y Jubilados de la Universidad.</u> |
| | Titulación | Emisión de Títulos y Cédula profesional a egresados de la Universidad Autónoma de Chihuahua. |
| Apoyo | Coordinación Administrativa | Suministra los recursos necesarios para facilitar la operación de los procesos del SGC. |
| | Unidad de Estadística | Apoya realizando aclaraciones de dudas y registros escolares. |

2.1.1 Definición del Usuario de los procesos claves

A continuación se describe el perfil del usuario para cada proceso clave.

| Proceso | Perfil del usuario |
|---------------------------------|---|
| Examen de Admisión | Egresado o alumno del último semestre de Educación Media Superior. |
| Becas | Alumno inscrito de segundo semestre y subsecuentes en las Licenciaturas que cumpla con los requisitos establecidos para recibir la condonación del pago de inscripción. |
| <u>Credencialización</u> | <u>Alumnos inscritos en las carreras de Técnico Superior Universitario, Licenciatura y Posgrado así como las Escuelas Incorporadas. También Catedráticos, Empleados y Jubilados de la Universidad que se encuentren registrados en el SUAE.</u> |
| Titulación | Egresado de las carreras de Técnico Superior Universitario, Licenciatura y Posgrado que cumple con todos los requisitos establecidos para la emisión de Títulos y Cédula Profesional |



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 7 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

2.2 Exclusiones de requisitos de la Norma

El Director Académico ha determinado como exclusiones las siguientes sub cláusulas:

| Sub cláusula | Justificación |
|---|---|
| 7.3 Diseño y desarrollo | Los servicios y productos son conformes a la normatividad emitida por la Secretaría de Educación Pública y Universidad Autónoma de Chihuahua. |
| 7.4. Compras | El Departamento de Adquisiciones de la Unidad Central es el responsable: a. Establecer los criterios de la selección de los proveedores. b. Evaluar y re evaluar a los proveedores, y en función a los resultados obtenidos tomar las acciones pertinentes. <u>Por lo cual a la Dirección Académica sólo le corresponde solicitar y recibir productos. Sin embargo el Director Académico establece realizar la evaluación al desempeño de los siguientes dos proveedores que considera relevantes para el SGC: CENEVAL y al Departamento de Sistemas de Información.</u> |
| 7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio | Todos los productos pueden ser verificados antes de ser entregados al Usuarios. |

3.0 POLÍTICA Y OBJETIVOS DE LA CALIDAD

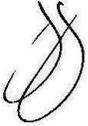
3.1 Política de la Calidad

La Dirección Académica, actuando de conformidad con la Legislación Universitaria y el Sistema de Gestión de la Calidad, cumple los requisitos e incrementa la satisfacción de sus usuarios.



Director Académico

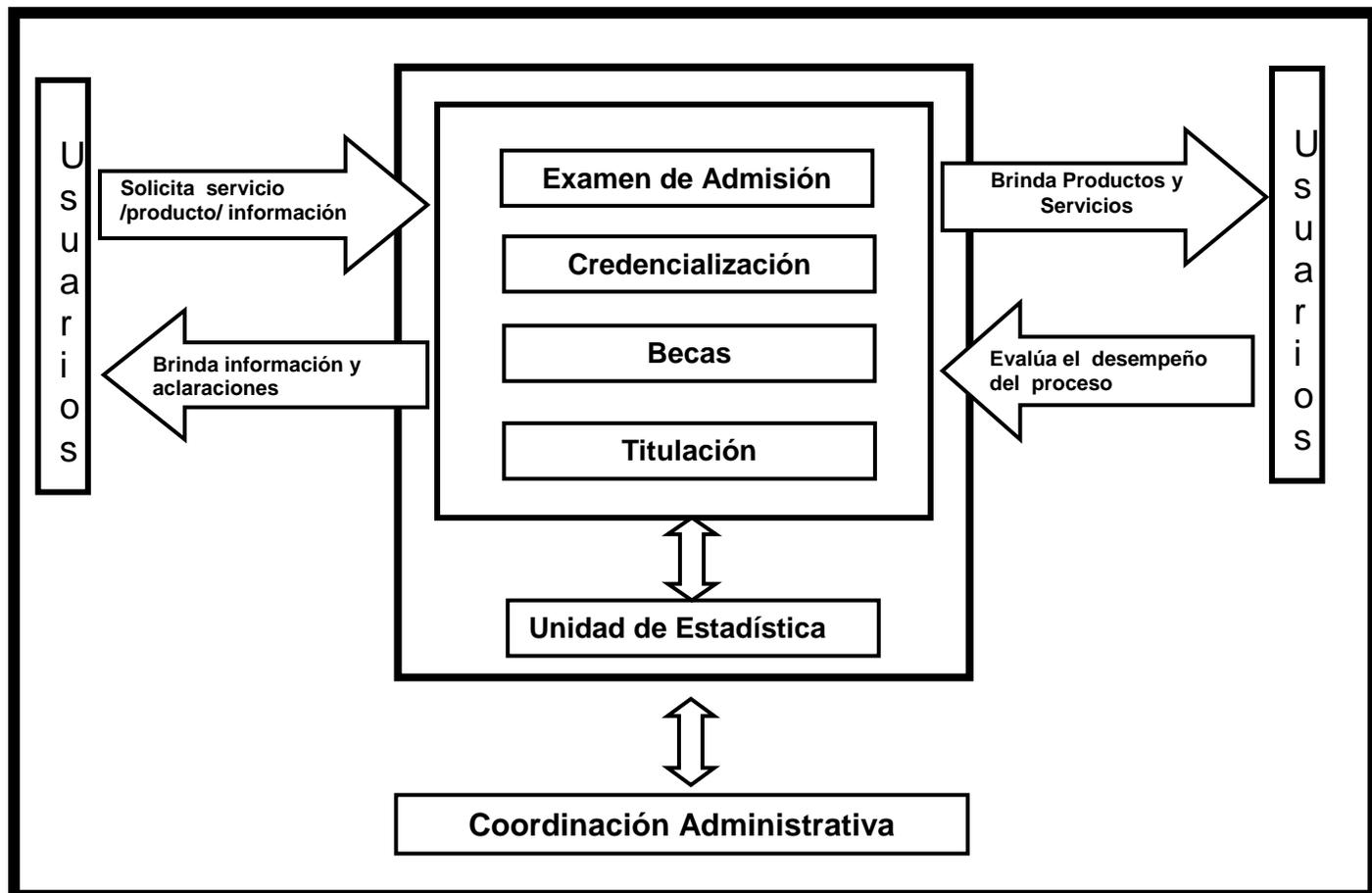


| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 8 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

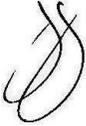
3.2 Objetivos de la Calidad

- 3.1.1 Obtener una calificación mínima del 90% en la encuesta de satisfacción del Usuario del servicio de Aplicación del Examen de Admisión.
- 3.1.2 Obtener una calificación mínima del 90% en la encuesta de satisfacción del Usuario del servicio de Titulación.
- 3.1.3 Obtener una calificación mínima del 90% en la encuesta de satisfacción del Usuario del servicio de Becas.
- 3.1.4 Obtener una calificación mínima del 90% en la encuesta de satisfacción del Usuario del servicio de Credencialización.

3.3 Diagrama de interacción de los Procesos del SGC



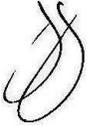


| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 9 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

3.4. Tabla para mostrar interacción de los procesos que conforman el SGC

| Proceso | Titulación | Examen de Admisión | Credenciales | Becas | Unidad de Estadística |
|------------------------------------|--|---|--|--|-----------------------|
| Unidad de Estadística | <p>Unidad de Estadística clarifica dudas a Titulación sobre errores en datos como ciclos escolares, materias, calificaciones, etc.</p> <p>También le apoya haciendo las correcciones correspondientes.</p> | <p>Examen de Admisión provee el listado de sustentantes aceptados a la Unidad de Estadística para ésta les asigne matrícula. Con los cuales genera la Base de Datos alumnos de nuevo ingreso.</p> | <p>La Unidad de Estadística provee a Credencialización información sobre el usuario referente vigencia, programa, etc. Además le suministra la Base de Datos de alumnos de nuevo ingreso a licenciatura y posgrado para la elaboración de la credencial.</p> | <p>Unidad de Estadística clarifica dudas Becas sobre el usuario referente a calificaciones, materias, etc.</p> | N/A |
| Coordinación Administrativa | <p>Administración provee a todos los procesos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Artículos y equipos para oficina así como consumibles (hojas para impresora, hojas embretadas, thonner, ribbons, plumas, etc.). 2. Personal que requieren para desarrollar las actividades. 3. Viáticos y vehículos para realizar sus actividades cuando sea necesario. 4. Servicios de mantenimiento a sus instalaciones, vehículos, y quipo de trabajo. 5. Capacitación detectada en los procesos. | | | | |

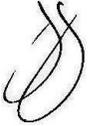


| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 10 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

3.5 Indicadores de proceso para determinar si los procesos operan con eficacia

| Proceso | Indicador | Meta | Periodo para calificarlo / Registro |
|------------------------------------|--|---|--|
| Examen de Admisión | Porcentaje de Calidad | 95% de Hoja de Respuestas Conformes | Semestral / FOR 8.2.3 JDA 01 Indicador de Proceso |
| Credencialización | Tiempo para entrega de Credencial(Continua) | 15 minutos | Bimestral / FOR 8.2.3 JAD 01 Indicador de Proceso |
| | Tiempo para entrega de Credencial (Nuevo. Ingreso) | 30 minutos | Semestral / FOR 8.2.3 JAD 01 Indicador de Proceso |
| Becas | Tiempo de Dictamen | Cumplir con la fecha propuesta | Semestral / FOR 8.2.3 JUB 01 Indicador de Proceso |
| | Becas especiales | Entre el 18% y 20% | Semestral / FOR 8.2.3 JUB 01 Indicador de Proceso |
| Titulación | Porcentaje de Títulos Conformes | Títulos Conformes mayor o igual al 92% | Mensual / FOR 8.2.3 JCR 01 Indicador de Proceso |
| | Tiempo de entrega de Títulos | El 100% de los Títulos se entregan en 5 meses a partir de aceptada la documentación | Mensual / FOR 8.2.3 JDA 01 Indicador de Proceso |
| Coordinación Administrativa | Grado de Satisfacción del Usuario | 90 % | Trimestral / FOR 8.2.3 CA 01 Indicador de Proceso |
| Unidad de Estadística | Grado de Satisfacción del Usuario | 90% | Trimestral / FOR 8.2.3 JUE 01 Indicador de Proceso |



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 11 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

4.0 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

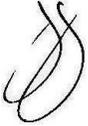
4.1 Requisitos Generales

El Director Académico y los Responsables de Proceso establecen, documentan, implantan, mantienen y mejoran continuamente la eficacia de un SGC de acuerdo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2000

El Director Académico y los Responsables de Proceso:

- a. Identifican los procesos necesarios para el SGC y su aplicación a través de la organización, tal como se describe gráficamente en el apartado 3.3 y en los documentos que conforman el SGC.
- b. Determinan la secuencia e interacción de los procesos necesarios para el SGC, según se describe gráficamente en el apartado 3.3, y se explica en el 3.4.
- c. Determinan los métodos y criterios requeridos para asegurar que la operación y el control de los procesos sean eficaces. Para ello, se describen los procesos y se establecen controles de las actividades clave de los procesos clave y de apoyo. Los controles se describen en la sección 8.0.
- d. Aseguran la disponibilidad de recursos basándose en la asignación del presupuesto autorizado y la información necesaria para apoyar la operación y el seguimiento de los procesos mediante la comunicación de la información relevante a través de memorandos, circulares y Minuta de Reunión (FOR 5.5.3 DIR 01).
- e. Realizan el seguimiento, medición y análisis de los procesos, productos y servicios, apoyándose en los documentos definidos para cada caso de acuerdo a lo expresado en la cláusula 8.2 de la Norma.
- f. Implementan las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos clave y de apoyo mediante los procedimientos de auditorías internas, de acciones correctivas y preventivas, de revisiones por la dirección, así como aplicando la cláusula de los requisitos de la cláusula 8.5 de este Manual de la Calidad.



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 12 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

4.2 Requisitos de la Documentación

4.2.1 Estructura Documental

Los documentos que se someten a control son aquellos que contienen información relevante para tomar decisiones al momento de realizar las actividades de los procesos.

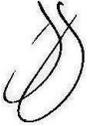
Los tipos de documentos pertenecientes a la estructura documental del SGC que se someten a control son los siguientes:

| Documento | Propósito |
|----------------------|--|
| Manual de la Calidad | Establece el compromiso de la Dirección Académica para operar de conformidad a la norma ISO 9001:2000 y el Marco Legal que le aplica. |
| Documento Interno | Ofrece información para la toma de decisiones o clarificar dudas al estar realizando las actividades diarias. Son elaborados por personal de la Dirección Académica. Ej. Plan de Control |
| Documento Externo | Ofrece información para tomar decisiones o clarificar dudas al estar realizando las actividades diarias. Son elaborados por personal que no pertenecen a la de la Dirección Académica. Ej. Reglamento de Titulación |
| Procedimiento | Enuncia de manera descriptiva y secuencial el Cómo realizar las actividades de los procesos. Involucra a más de una persona. |
| Instrucción | Enuncia de manera detallada y secuencial el Cómo realizar las actividades específicas de los procesos. Involucra a una sola persona. |
| Plan de Control | Indica los requisitos que debe cumplir el producto que se entra o sale del proceso. Describe las actividades de seguimiento (inspecciones) y medición que hacen a los productos y establece que hacer cuando el producto no cumple con un requisito. |
| Ayuda Visual | Gráficamente indica el Cómo realizar una actividad |
| Registro | Es el resultado de una actividad y en consecuencia evidencia su realización. . Son fuente de datos para obtener información. |

La documentación del SGC incluye:

- La declaración documentada de una Política de la Calidad y Objetivos de la Calidad. (Ver 3.1 y 3.2 de este Manual de la Calidad).
- Un Manual de la Calidad, que es este documento.
- Los procedimientos documentados requeridos por la Norma ISO 9001:2000, los cuales se mencionan en la sub cláusula que lo solicita.



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 13 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

- d. Los Procedimientos, Instrucciones, Documentos Internos, Documentos Externos y Registros requeridos por los procesos para asegurar la eficaz planificación, operación y control de sus procesos. Estos documentos se enumeran en la Lista Maestra publicada en el UniQ.
- e. Los registros de la calidad requeridos por la Norma ISO 9001:2000, los cuales se mencionan en la cláusula que lo solicita.

La documentación del SGC está disponible en forma digital en la dirección <http://uniq.uach.mx> y en la Pagina de Web de la Universidad www.uach.mx. También puede estar en otros medios impresos o electrónicos para facilitar su acceso consulta.

4.2.2 Manual de la Calidad

El Director Académico establece y mantiene un Manual de la Calidad que incluye lo siguiente:

- a. El alcance del SGC, incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión, expresado en el apartado 2.2 de este Manual, de acuerdo con lo indicado en el punto 1.2 de la Norma ISO 9001:2000.
- b. La mención de los procedimientos documentados que aseguran la conformidad de los servicios con los requisitos especificados por el SGC.
- c. A lo largo de este manual se hacen referencias a los documentos de la calidad. Cuando aplica, estas referencias se identifican con su código o nombre.
- d. La descripción de la interacción entre los procesos del SGC, según se presenta en el apartado 3.4 de este Manual de la Calidad.

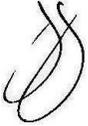
4.2.3 Control de Documentos

Se designa como Controlador de Documentos (**CD**) al Jefe de Sección de Credencialización, quien controla los documentos requeridos por el SGC y los registra en la Lista Maestra publicada en el Sitio Web UniQ. Así mismo, define un mecanismo de control para Documentos Externos. Los registros son un tipo especial de documento y se controlan de acuerdo a los requisitos citados en la sección 4.2.4 de este Manual de Calidad y de la Norma ISO 9001:2000.

El Control de Documentos documenta y establece el PRO 4.2.3 CD 01 Procedimiento para el Control de Documentos que define los controles necesarios para:

- a. Aprobar los documentos pertenecientes al SGC, en cuanto a su adecuación antes de su emisión.
- b. Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente.
- c. Asegurar que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos.



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 14 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

- d. Asegurar que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.
- e. Asegurar que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables.
- f. Asegurar que se identifican los documentos de origen externo y que se controla su distribución, a través de la FOR 4.2.3 CD 01 Lista de Distribución.
- g. Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.

4.2.4 Control de los Registros

EL Controlador de Documentos establece y mantiene registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos de la Norma, así como del funcionamiento eficaz del SGC. Los registros permanecen legibles, fácilmente identificables y recuperables.

Se documenta y establece el Procedimiento para el Control de Registros de la Calidad (PRO 4.2.4 CD 01) para definir los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros.

5.0 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

El Director Académico demuestra su compromiso con el desarrollo e implantación del SGC, así como con la mejora continua de su eficacia, definiendo la Política y los Objetivos de la Calidad de la Dirección Académica.

El Comité de Calidad es un grupo de personas creado por el Director Académico para revisar de manera programada y asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC.

5.1 Compromiso de la Dirección

El Director Académico asume el compromiso para el desarrollo e implantación del SGC, así como la mejora continua de su eficacia, desempeñando las siguientes actividades:

- a. Comunica al personal de la Dirección Académica la importancia de satisfacer tanto los requisitos del usuario (ver 5.2), como los legales y reglamentarios, a través del proceso de comunicación interna (ver 5.5.3)
- b. Establece la Política de la Calidad (ver 5.3).
- c. Asegura el establecimiento de los Objetivos de la Calidad (ver 5.4.1).



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 15 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

- d. Realiza la Revisión de la Dirección, manteniendo los registros que se derivan de las reuniones (ver 5.6).
- e. Asegura la disponibilidad de los recursos (ver 6.1 a 6.3).

5.2 Enfoque al Usuario

El Director Académico se asegura que los requisitos del usuario se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar su satisfacción.

Los requisitos del usuario quedan acotados a aquellos que han sido legislados y constituyen el Marco Legal que norma los servicios brindados por la Dirección Académica.

5.3 Política de la Calidad

El Director Académico se asegura que la Política de la calidad:

- a. Es adecuada al propósito de la Dirección Académica, por que toma en cuenta la Misión y Visión y los Objetivos de la calidad.
- b. Incluye el compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del SGC, ya que existe la orientación expresa de la misma hacia la satisfacción de los usuarios.
- c. Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los Objetivos de la Calidad. Una vez establecida, de ella se derivaron los Objetivos de la Calidad y las especificaciones de desempeño de cada uno de los procesos clave y de apoyo.
- d. Es comunicada y entendida por el personal de la Dirección Académica. La difusión de la Política de la calidad es realizada mediante ayudas visuales, folletos, reuniones de trabajo y medios electrónicos.
- e. La Política de la calidad es revisada para su continua adecuación en la junta de la Revisión por la Dirección o bien, en alguna reunión extraordinaria de ser necesario.

5.4 Planificación

5.4.1 Objetivos de la Calidad

El Director Académico se asegura de que los Objetivos de la Calidad, incluyendo aquellos que son necesarios para cumplir con los requisitos de los servicios y productos, se establecen en las funciones y niveles pertinentes de la Dirección Académica. Los Objetivos de Calidad son medibles y coherentes con la Política de la Calidad y se encuentran documentados en la sección 3.2 del presente Manual de la Calidad.

Los Objetivos de la calidad son coherentes con la Política de la Calidad y el seguimiento a su desempeño se registra en FOR 8.4 RD 01 Seguimiento a los objetivos de la calidad.



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 16 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

5.4.2 Planificación del SGC

El Director Académico se asegura de que:

- La planificación del SGC se lleve a cabo con el fin de cumplir los requisitos generales citados en la sección 4.1 del presente Manual de la Calidad y con los Objetivos de la Calidad (3.2);
- Se mantiene la integridad del SGC cuando se planifican e implementan cambios en el mismo.

Para dar cumplimiento a estos requisitos, se han establecido y documentado procedimientos e instrucciones de trabajo (en caso de ser necesarias) para realizar los procesos clave y de apoyo, en los cuales se definen: El Responsable; el Alcance y Propósito; la secuencia de actividades en la que aparecen los responsables de realizar cada una de ellas; los registros y los documentos internos y externos de referencia. Así mismo, se ha documentado un Plan de Control para cada proceso clave.

Para dar integridad al SGC, cuando exista la necesidad de hacer un cambio en algún documento, quien promueva el cambio se debe apegar al mecanismo documentado en el Procedimiento para la elaboración, aprobación y control de documentos (PRO 4.2.3 CD 01).

Además, en la Revisión por la Dirección, se verifica que los cambios ahí propuestos no afecten al SGC.

5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación

5.5.1 Responsabilidad y Autoridad

El Director Académico asegura la definición y comunicación de las responsabilidades, autoridades y su interrelación dentro de la organización.

La responsabilidad y autoridad de cada uno de los puestos funcionales que afectan la calidad de los servicios del SGC se han establecido en:

- Organigrama (Ver 1.4)
- Procedimientos
- Plan de Control
- Perfil y Descripción de Puesto del personal, contenidos en el Manual de Administración.

Dichos documentos son actualizados por los responsables según se requiera y son difundidos a todo el personal mediante su publicación en el Sitio UniQ.



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 17 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

5.5.2 Representante de la Dirección

El Director Académico designa a un miembro de su personal, en este caso al Jefe del Departamento de Archivo y Digitalización, como Representante de la Dirección para la aplicación del SGC.

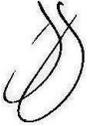
El Representante de la Dirección, con independencia de otras actividades, tiene la responsabilidad y autoridad para:

- a. Asegurar que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el SGC.
- b. Asegurar que el SGC se establece de acuerdo a los requerimientos de la Norma ISO 9001:2000.
- c. Asegurar que el SGC está establecido, implementado y mantenido mediante las auditorías internas de la calidad.
- d. Informar al Director Académico del funcionamiento del SGC, incluyendo las necesidades para la mejora, mediante FOR 5.5.3 DIR 01 Minuta Reunión, oficios, tarjeta informativa o verbal dependiendo de la importancia de la información y situación de que se trate.
- e. Promover la toma de conciencia de los requisitos de los usuarios en todos los niveles de la organización. El Representante de la Dirección se asegura de concientizar al personal de los requisitos del usuario, verificando, mediante auditorías internas, el cumplimiento de los mismos, expresados en el apartado de Procesos relacionados con el usuario (7.2).
- f. Actuar en nombre del Director Académico, en su ausencia, para tomar decisiones y definir acciones para corregir o mejorar situaciones que afecten el Sistema. Además, queda facultado para la aprobación de documentos a la ausencia de quien deba hacerlo. Todo esto para dar flexibilidad, asegurar la actualización y continuidad al SGC.

5.5.3 Comunicación Interna

El Director Académico se asegura de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la Dirección Académica y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del SGC. Dicha comunicación se establece empleando memorandos, oficios y circulares, reuniones de trabajo periódicas, comunicación directa a todos los niveles de la organización para transmitir la información considerada como relevante para los procesos, además, de la Minuta de Reunión (FOR 5.5.3 RD 01), gráficos, correos electrónicos y UniQ.



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 18 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

5.6 Revisión por la Dirección

5.6.1 Generalidades

El Director Académico revisa el SGC en la primera semana de cada trimestre realiza la Revisión por la Dirección para asegurar su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. La revisión incluye la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el mismo, incluyendo la Política y los Objetivos de la Calidad.

1. El Director Académico por medio de una circular cita a los miembros del Comité de Calidad para llevar a cabo la Revisión por la Dirección y cuando lo considera conveniente puede citar a una revisión extraordinaria.
2. Se designa al Representante de la Dirección como Secretario de Acta, para que dé forma a los comentarios de la reunión, en los términos de que la revisión al sistema debe ser sustantiva y presentar cuestiones relacionadas con resultados y eficacia de los puntos que se revisan, permitiendo a los interesados tener una visión clara de las decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del SGC, mejora de productos y necesidades de recursos.
3. A la revisión se puede invitar al personal que se considere conveniente para tratar alguna situación que lo amerite.

5.6.2 Información para la Revisión

La información de entrada para la Revisión por la Dirección incluye información sobre:

- a. Resultados de auditorías
- b. Retroalimentación de los usuarios
- c. Desempeño de los procesos y conformidad de los productos
- d. Estado de las acciones correctivas y preventivas
- e. Seguimiento de las acciones derivadas de las revisiones previas
- f. Cambios que podrían afectar al SGC
- g. Recomendaciones para la mejora
- h. Temas generales que los miembros del Comité de la Calidad consideran convenientes.

5.6.3 Resultados de la Revisión

Los resultados de la revisión por el Director Académico incluyen las decisiones y acciones asociadas a:

- a. La mejora de la eficacia del SGC y sus procesos



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 19 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

- b. La mejora del producto en relación con los requisitos del usuario
- c. Las necesidades de recursos

Se mantienen registros de los resultados de las Revisión por la Dirección en el formato Revisión por la Dirección (FOR 5.6.1 DI 02). Los registros de estas revisiones son archivados y retenidos por el Representante de la Dirección por un año.

6.0 GESTIÓN DE LOS RECURSOS

6.1 Provisión de Recursos

El Director Académico determina y proporciona los recursos necesarios para:

- a. Implementar, mantener y mejorar continuamente la eficacia del SGC, y
- b. Aumentar la satisfacción del usuario mediante el cumplimiento de sus requisitos.

Existe un presupuesto autorizado y destinado para proporcionar los recursos a los procesos y así mantener la eficacia del SGC y aumentar la satisfacción del Usuario.

6.2 Recursos Humanos

6.2.1 Generalidades

El personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del servicio es competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.

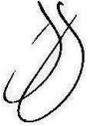
6.2.2 Competencia, Toma de conciencia y Capacitación

El Director Académico y los Responsables de los Procesos determinan la competencia requerida para la selección del personal que realiza las actividades que puedan afectar a la calidad de los productos, de los procesos clave y procesos de apoyo mediante el establecimiento del perfil y descripción de puesto del personal de la Dirección Académica.

Todos los empleados son sujetos a capacitación en el lugar de trabajo para asegurarse que al cabo del periodo establecido para ello, es competente para realizar las actividades asignadas a su puesto y esta consiente de la relevancia del impacto que tiene su desempeño en la realización de los servicios y productos.

Se considera como acción de capacitación los cursos y talleres que impactan directamente en las actividades diarias que realiza el empleado. Los cursos y talleres de desarrollo humano por la subjetividad de su naturaleza no se evalúan.



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 20 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

6.2.3. El Coordinador Administrativo es quien coordina la:

6.2.3.1 Evaluación del desempeño e identificación de necesidades de capacitación del personal.- Durante la primera quincena de noviembre del año en curso entrega al Responsable de Proceso el formato FOR 6.2.2. CA 05 Evaluación al Desempeño y Detección de Necesidades de Capacitación para Empleados; quien en una entrevista con cada empleado, califica de objetivamente el desempeño de sus actividades y determina sus necesidades de capacitación pertinentes para elevar y mejorar continuamente el desempeño del empleado; al Director Académico le proporciona el formato FOR 6.2.2. CA 06 Evaluación al Desempeño de Jefes para el mismo fin.

El Responsable de Proceso durante el año, si es necesario, solicitan al Coordinador Administrativo mediante un escrito libre la capacitación no incluida en la detección inicial. Lo anterior es considerando que durante el año en curso se pueden presentar situaciones que originen cambios en el:

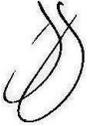
1. Personal.
2. Proceso.
3. Tecnología.
4. Infraestructura.
5. Servicios/Productos.
6. Normatividad.

Si el Responsable del Proceso solicita la cancelación de alguna acción de capacitación. La realiza por medio de un escrito libre dirigido al Representante de la Dirección donde explica los motivos. Si la cancelación no afecta a la eficacia y mejora del SGC éste instruye al Coordinador Administrativo para que haga la cancelación. En caso contrario se entrevista con el solicitante para clarificar la situación y tener más elementos para tomar una decisión al respecto.

6.2.3.2 Capacitación.- Basándose en los resultados de las evaluaciones respecto a las necesidades de capacitación detectadas elabora y presenta al Director Académico un proyecto de Programa de Capacitación. De su análisis se deriva el Calendario para Capacitación FOR 6.2.2 CA 02 y realiza los arreglos necesarios para llevar a cabo en tiempo y forma.

6.2.3.3 Verificación de la eficacia de la Capacitación.- Se realiza en las fases de Teoría y Práctica observando las siguientes disposiciones:



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 21 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

Teoría.- El instructor establece y califica el medio para evaluar esta fase. El participante debe asistir como mínimo el 80% del tiempo total de la capacitación para tener derecho al examen. Mismo que debe aprobar con calificación mínima de 8 para demostrar que adquirió el conocimiento y que es apto para la siguiente fase.

Práctica.- Al término de la teoría entrega al jefe del personal capacitado el formato FOR 6.2.2 CA 04 Evaluación de la Eficacia de la Capacitación; para que observe su desempeño en un período de 2 meses. En el cual obtiene los elementos para dictaminar si la capacitación fue eficaz dado que se obtuvo el beneficio esperado al aplicar el conocimiento adquirido. El jefe devuelve el formato debidamente requisitado al término del periodo.

Se considera que hay eficacia en la capacitación cuando el participante aprueba las fases mencionadas.

Cuando el participante no aprueba alguna fase, en conjunto con su jefe establecen las acciones necesarias para aprobarla en un segundo intento que es evaluado como la primera vez. Notifican al Coordinador Administrativo en un escrito libre las acciones determinadas y su tiempo de término.

Si cumplidas las acciones el participante vuelve a no aprobar es puesto, junto con su jefe, a disposición del Director Académico quien a su discreción indicara la forma de proceder ante esta situación.

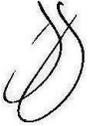
6.3 Infraestructura

El Director Académico y los Responsables de Proceso determinan, proporcionan y mantienen la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio y ofrecer comodidad a los Usuarios. La infraestructura incluye:

- a. Espacios de trabajo y áreas comunes como oficinas, cubículos, bodegas, comedor, sanitarios y antesalas.
- b. Equipos de calefacción y refrigeración para climatizar las áreas de trabajo.
- c. Equipo para los procesos como equipo de cómputo con características tales que permitan utilizar procesadores de palabras, aplicaciones, hojas de cálculo, bases de datos y comunicaciones. Lector óptico para calificación de Hojas de Respuesta, impresoras de credenciales.

El Representante de la Dirección se coordina con el Auxiliar de Intendencia para realizar un recorrido quincenal y emplean el formato FOR 6.3 CA 01 Verificación del Equipo Auxiliar y Edificios con el fin de detectar necesidades mantenimiento para la conservación de las instalaciones de la Dirección Académica. El Representante de la Dirección y el Coordinador Administrativo se coordinan con personal de la Unidad de Mantenimiento de la Coordinación de Construcción, Mantenimiento y Servicios para atender las anomalías detectadas y mantener un Ambiente de trabajo adecuadas para prestar los servicios.



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 22 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

La Coordinación Administrativa elabora y coordina las actividades para dar cumplimiento al FOR 6.3 CA 01 Programa de Mantenimiento Preventivo.

Ambiente de Trabajo

El Director Académico y los Responsables de Proceso determinan que las dimensiones y características con que fue diseñado el edificio asignado a la Dirección Académica resultan conformes con las necesidades para la realización de los servicios que ésta ofrece.

De la misma manera como se ha indicado en el punto referente a Infraestructura el Representante de la Dirección y el Coordinador Administrativo se ocupan de mantener las siguientes condiciones:

- Espacio de trabajo de al menos 1.2 m²/persona.
- Funcionamiento al 100% del sistema de iluminación en todas las áreas del edificio.
- Funcionamiento de los equipos para climatizar el edificio.
- Limpieza en espacios de trabajo.
- Funcionamiento y limpieza en áreas comunes.

7.0 REALIZACIÓN DEL SERVICIO Y PRODUCTOS DE LA DIRECCIÓN ACADÉMICA.

7.1 Planificación de la realización del servicio

El Director Académico y los Responsables de los Procesos planifican y desarrollan los procesos necesarios para la realización del producto o servicio. La planificación de la realización del producto o servicio es coherente con los requisitos de los otros procesos del SGC.

Durante la planificación de la realización de los productos, se determina, cuando aplica, lo siguiente:

- Los requisitos para los productos se han definido en los Planes de Controles para los distintos procesos.
DOC 8.2.4. JCR 01 Plan de Control para Titulación.
DOC 8.2.4. JAD 01 Plan de Control para Credencialización.
DOC 8.2.4. JUB 01 Plan de Control para Becas.
DOC 8.2.4. JDA 01 Plan de Control para Examen de Admisión.
- El establecimiento de procesos, documentación y asignación de recursos específicos para el producto, establecidos en los procedimientos.
- Las actividades requeridas para verificación, validación, seguimiento e inspección para el producto, así como criterios para la aceptación del mismo, están documentados en los Planes de Control.
- Los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización del producto resultante cumplen los requisitos, están indicados en los Procedimientos, Planes de Control e Instructivos de Trabajo que correspondan.



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 23 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

7.2 Procesos relacionados con el usuario

7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio

El Director Académico y los Responsables de Proceso determinan lo siguiente:

- Los requisitos del usuario quedan acotados a aquellos que han sido legislados y constituyen el Marco Legal que norma los servicios brindados por la Dirección Académica.
- Los requisitos no establecidos por el usuario pero necesarios para la utilización prevista o especificada.
- Los requisitos legales que norman el que hacer de la Dirección Académica.
- Cualquier requisito adicional que sea considerado por el Director Académico y los Responsables de los procesos.

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio

El Encargado de Ventanilla se asegura de que:

- Están definidos los requisitos del producto o servicio que solicita el Usuario;
- Sean resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del servicio solicitado y los ofrecidos por la Dirección Académica;
- La Dirección Académica tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos.

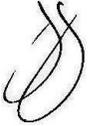
Se mantiene el registro de los resultados de la revisión y las acciones de la misma.

7.2.3 Comunicación con el usuario

El Director Académico y los Responsables de los Procesos determinan e implantan disposiciones para la comunicación con los usuarios, relativas a:

- la información sobre el servicios productos a través de trípticos, ayudas visuales, página Web de la Universidad Autónoma de Chihuahua y correos electrónicos;
- las consultas y,
- la retroalimentación del usuario, incluyendo las quejas y sugerencias a través del buzón de sugerencias y comentarios, así como, en las encuestas de satisfacción:



| | |
|-------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 24 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

- FOR 8.2.1 DIR 01 Encuesta de satisfacción del Usuario del proceso de Aplicación del Examen de Admisión (Fase Aplicación).
- FOR 8.2.1 DIR 02 Encuesta de satisfacción del Usuario del proceso de Coordinación Administrativa
- FOR 8.2.1 DIR 03 Encuesta de satisfacción del Usuario del proceso de Unidad Estadística.
- FOR 8.2.1 DIR 04 Encuesta de satisfacción del Usuario del proceso de Aplicación del Examen de Admisión (Fase Fichas).
- FOR 8.2.1 DIR 05 Encuesta de satisfacción del Usuario del proceso de Titulación
- FOR 8.2.1 DIR 06 Encuesta de satisfacción del Usuario del proceso de Becas Fase Resolución
- FOR 8.2.1 DIR 07 Encuesta de satisfacción del Usuario del proceso de Credencialización (Nuevo ingreso).
- FOR 8.2.1 DIR 08 Encuesta de satisfacción del Usuario del proceso de Credencialización (Continua).
- FOR 8.2.1 DIR 09 Comentario
- FOR 8.2.1 DIR 10 Encuesta de Satisfacción del Usuario del Proceso de Becas (Recepción de solicitudes)

7.3 Diseño y desarrollo

No Aplica Ver exclusiones, 2.2.

7.4 Compras

7.4.1 Proceso de Compras

La siguiente tabla muestra a proveedores identificados como claves, los requisitos que debe cumplir, donde se registran los resultados de la evaluación de su desempeño.

| <u>Proveedor</u> | <u>Criterios de evaluación</u> | <u>Registro</u> |
|--|--|--|
| <u>Departamento de Sistemas de Información</u> | <u>Tener 98 % de disponibilidad de la red. Permitiendo al aspirante registrarse vía internet para aplicar el Examen de Admisión. La forma para determinar si el proveedor cumple es dividir el numero de aspirantes que no pudieron registrarse vía internet y que acudieron a la Dirección Académica para hacerlo, entre el total se aspirantes registrados. Si resultado es menor o igual a 2% se considera que el proveedor cumple.</u> | <u>Bitácora de reporte de incidencias para registro de fichas vía internet</u> |
| <u>CENEVAL</u> | <u>Cumplir con las fechas comprometidas para:</u> <ul style="list-style-type: none"> a. <u>El envío de los materiales.</u> b. <u>La aplicación del examen.</u> c. <u>La entrega de resultados.</u> <u>Se considera que el proveedor cumple cuando los tres eventos citados se realizan en las fechas comprometidas.</u> | <u>Acta de Cierre de Realización</u> |



| | |
|-------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 25 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

Las acciones en función a los resultados de la evaluación son las siguientes.

| <u>Proveedor</u> | <u>Cuando cumple</u> | <u>Cuando no cumple</u> |
|--|--|--|
| <u>Departamento de Sistemas de Información</u> | <u>El Director Académico envía al titular del departamento un escrito libre donde:</u> a. <u>agradece a todo el personal el apoyo brindado y</u> b. <u>de existir se mencionan las sugerencias para la mejora.</u> | <u>El Jefe del Departamento de Administración y Control escolar envía al titular del departamento un escrito libre donde:</u> a. <u>se describen las desviaciones y</u> b. <u>solicita plan de acción para eliminar su causa a efecto de evitar la recurrencia.</u> <u>El Representante de la Dirección da seguimiento al cumplimiento del plan de acción y verifica su eficacia.</u> |
| <u>CENEVAL</u> | <u>El Director Académico documenta en el Acta de Cierre su agradecimiento por el servicio recibido y las recomendaciones para la mejora que considere conveniente hacer.</u> | <u>El Director Académico documenta en el Acta de Cierre de Realización:</u> a. <u>La descripción de las desviaciones presentadas.</u> c. <u>La solicitud de un plan de acción para eliminar su causa raíz a efecto de evitar la recurrencia.</u> <u>El Representante de la Dirección da seguimiento al cumplimiento del plan de acción y verifica su eficacia.</u> |

7.4.2 Información de las Compras

La información de las compras describe los productos a adquirir, incluyendo cuando sea apropiado:

- a. Requisitos para la aprobación del producto, procedimientos, procesos y equipos
- b. Requisitos para la calificación del personal
- c. Requisitos del SGC

El Responsable del Proceso documenta explícitamente los requisitos del producto a comprar en el FOR 7.4.2 CA Requisición Interna y lo entrega al Encargado de Recursos de Equipo y Materiales. El Coordinador Administrativo hace la revisión del mismo y se asegura de la adecuación de los requisitos de compra especificados antes de comunicarlos al proveedor.



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 26 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

7.4.3 Verificación de los Productos Comprados

El Encargado de Recursos de Equipo y Materiales verifica cualitativamente que los productos comprados cumplan con requisitos registrados en la Requisición Interna. De la verificación se deriva alguna de de las situaciones siguientes:

- a. Si el producto no cumple algún requisito se considera Producto No Conforme y no lo acepta. Se regresa inmediatamente al proveedor.
- b. Si el producto cumple con todos los requisitos lo acepta. Sella y firma la factura original para después sacarle una copia. Entrega original y archiva la copia como registro de la verificación.

7.5 Producción y prestación del servicio

7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio

Los Responsables de los procesos y el personal que participa en ellos planean y llevan a cabo la producción y la prestación de los servicios bajo condiciones controladas, según lo indican los procedimientos e instructivos operativos.

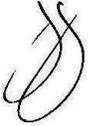
Las condiciones controladas incluyen, según sea de aplicación:

- a. La disponibilidad de información que describa las características del producto. Se documentan en los Planes de Control y los documentos que conforman el Marco Jurídico de la Dirección Académica.
- b. La disponibilidad de Procedimientos e Instructivos de Trabajo.
- c. La utilización del equipo apropiado para tareas administrativas.
- d. La implantación de actividades de seguimiento documentadas en los Planes de Control.
- e. La implantación de actividades de liberación y entrega documentadas en los Planes de Control.

7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio

No aplica Ver exclusiones, 2.2



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 27 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

7.5.2 Identificación y trazabilidad

Los Responsables de los procesos y el personal que participa en ellos identifican, según sea el caso, el producto y los resultados para permitir su trazabilidad a través de los procesos mediante:

- Nombre propio del servicio o producto
- Nombre del Usuario
- Número de Ficha
- Matrícula
- Folio

El personal que realiza las inspecciones, identifica el estado que guarda el producto, aceptación o rechazo, con respecto a los requisitos de medición y seguimiento mediante:

Los productos que no aprueban una verificación son identificados:

- Colocándoles un Post it o Etiqueta roja.
- Cruzándolos con una línea diagonal.

7.5.3 Propiedad del Usuario

Se considera como propiedad del Usuario las fotografías que éste provee al proceso de Titulación las cuales son utilizadas en la elaboración de Títulos, Diplomas, Relaciones de Estudio y Cédulas Profesionales.

Si por alguna razón una o todas las fotografías son extraviadas o dañadas se procede de acuerdo una de las siguientes maneras:

El Jefe de Unidad de Certificación y Registro Escolar o el Encargado de Ventanilla se comunica vía telefónica con Usuario y notifica lo ocurrido. Le solicita si es posible acuda a reponer la o las fotografías. Si el usuario no acepta, y se cuenta con alguna fotografía, se les comenta que se hará un duplicado fotografía existente. En el caso de extravió total se le indica que pase a tomarse de nuevo las fotografías y presente el recibo para reponerle el importe.

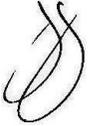
7.5.4 Preservación del producto

Los Responsables de los Procesos y el personal que participa en ellos preservan la conformidad del producto durante el proceso interno y la entrega al destino previsto. Esta preservación incluye la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección. La preservación es aplicable a las partes constitutivas del producto.

7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición

El Jefe del Departamento de Administración y Control Escolar ha identificado como dispositivo de medición el Scanner Óptico y lo pone a reguardo del Jefe de Sistemas de Información para su uso correcto en la lectura de las Hojas de Respuesta y mantenimiento. El Scanner Óptico se identifica por su nombre comercial ¿?? y numero de serie ¿?. Su mantenimiento esta en función a su uso



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 28 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

mismo que se registra FOR 7.5.1 JDA 04 Bitácora para registro de uso del Scanner Óptico y su mantenimiento se realiza cada 20 000 lecturas.

Su calibración se realiza en dos fases, la primera la realiza el Jefe de Sistemas de Información y la segunda personal del CENEVAL con patrones proveídos por proveedor, antes de iniciar la lectura de las Hojas de Respuesta.

8.0 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1 Generalidades

El Director Académico y los Responsables de Proceso planean e implementan los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:

- Demstrar la conformidad del producto
- Asegurar la conformidad del SGC
- Mejorar continuamente la eficacia del SGC

Esto incluye la determinación de los métodos aplicables, técnicas estadísticas y el alcance de su utilización.

8.2 Seguimiento y Medición

8.2.1 Satisfacción del Usuario

Como una de las medidas del desempeño del SGC, el Representante de la Dirección aplica el método de encuestas para determinar el grado satisfacción del Usuario. A continuación se muestran el proceso, el nombre de la encuesta y su periodo de aplicación.

| Proceso | Nombre de la encuesta | Periodo de aplicación |
|--------------------|---|--|
| Examen de Admisión | FOR 8.2.1 DIR 04 Encuesta de satisfacción del Usuario del proceso de Aplicación del Examen de Admisión (Fase Fichas). | Semestral antes de la aplicación del Examen de Admisión. Durante la entrega de Fichas. |
| | FOR 8.2.1 DIR 01 Encuesta de satisfacción del Usuario del proceso de Aplicación del Examen de Admisión (Fase Aplicación). | Semestral posterior a la aplicación del Examen de Admisión |
| Credencialización | FOR 8.2.1 DIR 07 Encuesta de satisfacción del Usuario del proceso de Credencialización (Nuevo ingreso). | Semestral al momento de la recepción de documentos para alumnos de nuevo ingreso. |
| | FOR 8.2.1 DIR 08 Encuesta de satisfacción del Usuario del proceso de Credencialización (Continua). | En la ultima semana de los meses de: Febrero Abril Junio Agosto Octubre |



| | |
|---|---|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 29 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

| Proceso | Nombre de la encuesta | Periodo de aplicación |
|-------------------|---|---|
| Becas | FOR 8.2.1 DIR 6 Encuesta de satisfacción del Usuario del proceso de Becas (Resolución) | Se inicia la encuesta siete días hábiles posteriores a la fecha de publicación de resultados. |
| | FOR 8.2.1 DIR 10 Encuesta de satisfacción del Usuario del proceso de Becas (Recepción de Solicitud) | Durante el tiempo que dura la recepción de la Solicitud de Beca |
| Titulación | FOR 8.2.1 DIR 05 Encuesta de satisfacción del Usuario del proceso de Titulación. | En la ultima semana de los meses de: Febrero Abril Junio Agosto Octubre |

Para el cálculo del tamaño de la muestra para aplicar las encuestas se utilizará la Tabla Militar Standard (DOC 8.2.1 RD 01). Tomando como población la cantidad total:

- Fichas otorgadas en el caso de Examen de Admisión.
- Becas a otorgar en el caso de Becas.
- Alumnos aceptados en el caso de Credenciales.

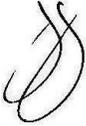
8.2.2 Auditoria Interna

Representante de la Dirección y el cuerpo de Auditores Internos, lleva a cabo a intervalos planificados Auditorias Internas para determinar si el SGC:

- Es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma ISO 9001:2000 y con los requisitos del SGC establecidos por la Dirección Académica, y
- Se ha implantado y se mantiene operando con eficacia.

Se cuenta con un Programa para Auditorias (FOR 8.2.2 RD 01), tomando en consideración para su elaboración la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorias previas. Las auditorias se planifican tomando en cuenta los criterios de auditoria, el alcance de la misma y la metodología. La selección de los auditores y la realización de las auditorias aseguran la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoria. Los auditores no auditan su propio trabajo.



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 30 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

El Representante de la Dirección define y documenta el Procedimiento para Auditorias (PRO 8.2.2 RD 01) para determinar:

- a. Responsabilidades y requisitos para la planificación y realización de auditorias internas.
- b. La presentación de resultados y el mantenimiento de los registros.

Los responsables de las áreas que están siendo auditadas se aseguran que se tomen acciones sin demora injustificada para eliminar las *no conformidades* detectadas y sus causas, igual que las observaciones y recomendaciones. Para la atención de las *no conformidades* se aplica el Procedimiento de Acciones Correctivas (PRO 8.5.2 RD 01); para la atención a las observaciones y recomendaciones se aplica el Procedimiento de Acciones Preventivas (PRO 8.5.3 RD 01).

Las actividades de seguimiento incluyen la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación.

8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos

Los Responsables de los Procesos aplican métodos apropiados para el seguimiento y la medición de los procesos del SGC. El seguimiento y la medición de los procesos clave y de apoyo se establecen y operan con base en los indicadores de los objetivos de proceso.

Con base en ellos, se asegura y demuestra la capacidad de los procesos clave y de apoyo para alcanzar los resultados planificados. Cuando no se alcanzan estos resultados se llevan a cabo acciones correctivas aplicando el Procedimiento de Acciones Correctivas (PRO 8.5.2 RD 01) según sea conveniente, para asegurar la conformidad del producto.

8.2.4 Seguimiento y Medición de los Productos y Servicios

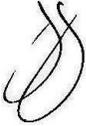
Los Responsables de los Procesos y el personal que participa en ellos miden y hacen un seguimiento de las características de los productos para verificar que se cumplen los requisitos de los mismos. Esto se realiza en las etapas apropiadas del proceso de realización del producto de acuerdo con las disposiciones establecidas en los Planes de Control.

No se procede a la liberación del producto, hasta que se han completado satisfactoriamente todas las disposiciones planeadas, a menos que sean aprobados por alguna autoridad pertinente y, cuando corresponda, por el usuario.

8.3 Control del Producto No Conforme

Los Responsables de los Procesos y el personal que participa en ellos se aseguran que el Producto No Conforme se identifica y controla para prevenir su utilización o entrega no intencionada. Los controles y las responsabilidades relacionadas con los mismos, así como las autorizaciones para tratar los productos no conformes son definidos y documentados en el PRO 8.3 RD 01 Procedimiento para Control de Producto No Conforme.



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 31 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

Los Responsables de los Procesos y el personal que participa en ellos tratan los productos mediante una o más de las siguientes maneras:

- a. Toma acción para eliminar la no conformidad detectada aplicando el Procedimiento de Acciones Correctivas (PRO 8.5.2 RD 01).
- b. Autorizando su uso, liberación o aceptación bajo concesión de una persona pertinente y cuando sea aplicable, previa solicitud y autorización por escrito.
- c. Toma acciones para impedir su uso o aplicación originalmente prevista mediante la segregación e identificación del producto.

Se mantienen registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción correctiva tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido cuando aplique.

Cuando se corrige un producto no conforme, se somete a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos.

Cuando se detecta un producto no conforme después de la entrega o cuando se ha comenzado su utilización, El Responsable del Proceso toma las acciones apropiadas respecto de las consecuencias, o efectos potenciales, de la no conformidad.

8.4 Análisis de Datos

Los Responsables de los Procesos, así como el RD, determinan y recopilan los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del SGC. Esto incluye los datos generados del resultado del seguimiento y medición y de cualquiera otra fuente pertinente. Se reúnen periódicamente para analizarlos y evaluarlos con el fin de establecer según sea el caso:

- a. Acciones Correctivas
- b. Acciones Preventivas
- c. Acciones de Mejora

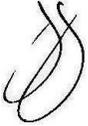
El análisis de estos datos proporciona además información sobre:

- a. La satisfacción del usuario (8.2.1);
- b. La conformidad con los requisitos del producto o servicio (7.2.1);
- c. Las características y tendencias de los procesos y productos, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas (7.5).

El Responsable del Proceso en los primeros 5 días hábiles del mes califica el indicador asignado a su proceso y notifica su resultado al Representante de la Dirección quien notifica al Director Académico el desempeño de todos los procesos.

Para el análisis de los datos los Responsables de los Procesos y el personal que participa en ellos disponen del documento DOC 8.4 RD 01 Técnicas para Análisis de Datos, determinación de la causa raíz y mejora continua.



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 32 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

8.5 Mejora

8.5.1 Mejora Continua

Los Responsables de los Procesos y el personal que participa en ellos mejoran continuamente la eficacia del SGC mediante el uso de:

- La Política de la Calidad que es definida y comunicada al personal.
- Los Objetivos de la Calidad establecidos por la Dirección.
- Los resultados de las auditorias de primera, segunda (cuando se de) y tercera parte que se realizan al SGC.
- El análisis de datos realizado por el Representante de la Dirección y Jefes de Departamento.
- La implantación Acciones Correctivas y Preventivas.
- La Revisión por la Dirección a cargo del Directo Académico.

En adición a lo anterior se cuenta con tres fuentes de ideas para la mejora que son las siguientes:

- Acciones de Mejora que el personal documenta y propone.
- Mediante la formación de grupos para la mejora que busquen Acciones de Mejora para situaciones detectadas.
- A través de la aplicación de Benchmarking.

El personal involucrado en la generación de Acciones de Mejora continua puede apoyarse en el documento DOC 8.4 RD 01 Técnicas para Análisis de Datos, determinación de la causa raíz y mejora continua.

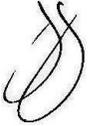
Las ideas generadas en estas fuentes son documentadas en el formato Acción de Mejora (FOR 8.5.1 RD 01) y entregadas al Representante de la Dirección para posteriormente ser evaluadas por el Director Académico para determinar su viabilidad y aplicación.

El Representante de la Dirección comunica la procedencia o no del planteamiento de mejora de quien lo hizo y registra si es aprobado en el formato FOR 8.5.2 RD 02 Seguimiento a la Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.

8.5.2 Acción Correctiva

Los Responsables de los Procesos y el personal que participa en ellos toman acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir su recurrencia. Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.



| | |
|---|---|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 33 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

El Representante de la Dirección define y documenta el PRO 8.5.2 RD 01 Procedimiento para Acciones Correctivas para:

- a. La revisión de las no conformidades y quejas de los Usuarios.
- b. Determinar las causas de la no conformidad.
- c. Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurar que las no conformidades no vuelvan a ocurrir.
- d. Determinar e implantar las acciones necesarias.
- e. Registrar los resultados de las acciones tomadas.
- f. Revisar las acciones correctivas tomadas.

8.5.3 Acción Preventiva

Los Responsables de los Procesos y el personal que participa en ellos determinan acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas tomadas son apropiadas para los efectos de los problemas potenciales.

El Responsable de la Dirección define y documenta el Procedimiento para Acciones Preventivas PRO 8.5.3 RD 01 para:

- a. Determinar las no conformidades potenciales y sus causas.
- b. Evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades.
- c. Determinar e implantar las acciones necesarias.
- d. Registrar los resultados de las acciones tomadas.
- e. Revisar las acciones preventivas tomadas.



9.0 ANEXOS

9.1 Matriz de Responsabilidades

| Requisito | Responsable | Director Académico | Representante de la Dirección | Responsable de Proceso | Coordinador Administrativo | Controlador de Documentos | Controlador de documentos | Personal que participa en los procesos |
|-------------------------------------|--|--------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|--|
| 4.0 SGC | Estructura Documental | X | | X | | X | X | X |
| | Manual de Calidad | X | | X | | X | X | X |
| | Control de Documentos | X | X | X | | X | | X |
| | Control de Registros | | | | | | | |
| 5.0 Responsabilidad de la Dirección | Política de Calidad | | X | X | | X | X | X |
| | Objetivos de Calidad | | X | X | | X | X | X |
| | Responsabilidad, Autoridad y Comunicación | | X | X | | X | X | X |
| | Planificación | | X | | | X | X | X |
| | Revisión de la Dirección | | X | X | | X | X | |
| 6.0 Admón. de Recursos | Suministro de Recursos | | X | X | | | | |
| | Recursos Humanos | | X | X | | X | X | X |
| | Infraestructura | | | X | | X | X | X |
| | Ambiente de Trabajo | | | X | | X | X | X |
| 7.0 Realización del Servicio | Planeación del Servicio | | X | | X | X | X | X |
| | Procesos relacionados con el usuario | X | X | | | X | X | X |
| | Diseño y Desarrollo | No aplica | | | | | | |
| | Compras | X | X | X | | X | X | X |
| | Prestación del Servicio | X | X | | | X | X | X |
| 8.0 Medición, Análisis y Mejora | Satisfacción del Beneficiario | | | X | | X | X | X |
| | Auditorias Internas | X | | X | X | X | X | X |
| | Seguimiento y Medición del Producto/Servicio | X | X | | X | X | X | X |
| | Control de Producto No Conforme | X | X | | X | X | X | X |
| | Análisis de Datos | X | | | | X | X | X |
| | Mejora Continua | | X | | X | X | X | X |
| | Acciones Correctivas y Preventivas | X | X | | X | X | X | X |



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 35 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

Las celdas sombreadas representan a la figura responsable y las que aparecen con “X” indica a los participantes.

9.2 Glosario de Términos

✚ TÉRMINOS RELATIVOS A LA CALIDAD

Calidad: Grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Satisfacción del Usuario: Percepción del usuario sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos. El término Usuario ha sustituido al de Cliente.

✚ TÉRMINOS RELATIVOS A LA ADMINISTRACIÓN:

Sistema: Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan.

Sistema de Administración: Sistema para establecer la política y los objetivos y para lograr dichos objetivos.

Sistema de Gestión De La Calidad: Sistema de Administración para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

Política de Calidad: Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente para la alta dirección.

Objetivo de la Calidad: Algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.

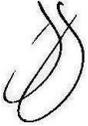
Administración: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

Alta Dirección: Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una organización.

Administración de la Calidad: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad.

Planificación de la Calidad: Parte de la administración de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para cumplir los objetivos de la calidad.



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 36 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

Control de la Calidad: Parte de la administración de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.

Aseguramiento de la Calidad: Parte de la administración de la calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad.

Mejora de la Calidad: Parte de la administración de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.

Mejora Continua: Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

Eficacia: Extensión en la que realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

TÉRMINOS RELATIVOS A LA ORGANIZACIÓN:

Organización: Conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones.

Estructura de la Organización: Disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones entre el personal.

Infraestructura: sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una organización.

Ambiente de Trabajo: Conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo.

Usuario: Organización o persona que recibe un producto.

Proveedor: Organización o persona que proporciona un producto.

Parte Interesada: Persona o grupo que tenga un interés en el desempeño o éxito de una organización.

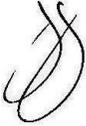
TERMINOS RELATIVOS AL PROCESO Y AL PRODUCTO:

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Producto: Resultado de un proceso.

Proyecto: Proceso único consistente en un conjunto de actividades coordinadas y controladas con fechas de inicio y de finalización, llevada a cabo para lograr un objetivo conforme con los requisitos específicos, incluyendo las limitaciones de tiempo, costo y recursos.



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 37 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

Diseño y Desarrollo: Conjunto de procesos que transforma los requisitos en características especificadas o en la especificación de un producto, proceso o sistema.

Procedimiento: Forma especificada para lleva a cabo una actividad o un proceso.

TÉRMINOS RELATIVOS A LAS CARACTERÍSTICAS:

Característica: Rasgo diferenciador.

Características de la Calidad: Característica inherente de un producto, proceso o sistema relacionado con un requisito.

Trazabilidad: Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración.

TÉRMINOS RELATIVOS A LA CONFORMIDAD:

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.

Defecto: Incumplimiento de un requisito asociado a un uso previsto o especificado.

Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Corrección: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

Reproceso: Acción tomada sobre un producto no conforme para que cumpla con los requisitos.

Reclasificación: Variación de la clase de un producto no conforme, de tal forma que sea conforme con requisitos que difieren de los iniciales.

Reparación: Acción tomada sobre un producto no conforme para convertirlo en aceptable para su utilización prevista.

Desecho: Acción tomada sobre un producto no conforme para impedir su uso inicialmente previsto.

Concesión: Autorización para utilizar o liberar un producto que o es conforme con los requisitos especificados.

Permiso de Desviación: Autorización para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un producto, antes de su realización.



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 38 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

Liberación: Autorización para proseguir con la siguiente etapa de un proceso.

✚ TÉRMINOS RELATIVOS A LA DOCUMENTACIÓN:

Información: Datos que poseen significado.

Documento: Información y su medio de soporte.

Especificación: Documento que establece requisitos.

Manual de la Calidad: Documento que especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de una organización.

Plan de la Calidad: Documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico.

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

✚ TÉRMINOS RELATIVOS A LA INSPECCIÓN:

Evidencia Objetiva: Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo.

Inspección: Evaluación de la conformidad por medio de observación y dictamen, acompañada cuando sea apropiado por medición, ensayo/prueba o comparación con patrones.

Verificación: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

Validación: Confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.

Revisión: Actividad emprendida para asegura la conveniencia, adecuación y eficacia del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.

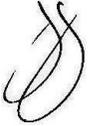
✚ TÉRMINOS RELATIVOS A LA AUDITORÍA:

Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.

Programa de la Auditoría: Conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

Criterios de la Auditoría: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.



| | |
|----------------------------------|--|
| Código: MAN 4.2.2 DIR 01 | Pág. 39 de 39 |
| Aprobó: Director Académico |  Rev.: 3 |

Evidencia de la Auditoria: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoria y que son verificables.

Hallazgos de la Auditoria: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoria.

Conclusiones de la Auditoria: Resultado de una auditoria que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoria y todos los hallazgos de la auditoria.

Usuario de la Auditoria: Organización o persona que solicita una auditoria.

Auditado: Organización que es auditada.

Auditor: Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoria.

Equipo Auditor: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoria.

Experto Técnico: <Auditoria> persona que aporta experiencia o conocimientos específicos con respecto a la materia que se vaya a auditar.

Competencia: Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.

9.3 Historial de Revisiones

| NÚMERO DE REVISIÓN | MODIFICACIÓN | FECHA DE REVISIÓN |
|--------------------|---|----------------------|
| 1 | Política de la Calidad y Misión | 30 de Octubre 2008 |
| 2 | En credenciales se agregaron como usuarios a personal jubilado | 17 de Noviembre 2008 |
| 3 | Alcance de Credenciales, Definición del usuario de credenciales Se cambio de RD a CA el programa de Mantenimiento. Se elimino como exclusión 7.6 Control de dispositivos de seguimiento y medición. Se explico el manual la forma en que nos aplica. Se adicionó como proveedores a Departamento de Sistemas de Información y CENEVAL | 2 de Diciembre 2008 |