MANUAL DE LA CALIDAD
DEL
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
DEL
SISTEMA UNIVERSITARIO
DE
BIBLIOTECAS ACADEMICAS

CONTENIDO

1.0 INTRODUCCIÓN 4
1.1 Misión
1.2 Visión
1.3 Normas de operación
1.4 Estructuras orgánicas……..……..5
2.0 ALCANCE 6
2.1 Alcance 6
2.1.1 Definición del usuario de los procesos claves 7
2.2 Exclusiones de requisitos de la norma 8
3.0 POLÍTICA Y OBJETIVOS DE LA CALIDAD 8
3.1 Política de la Calidad 8
3.2 Objetivos de la Calidad 9
3.3 Diagrama de los Procesos del SGC 10
3.4. Tabla para mostrar interacción de los procesos que conforman el SGC……11
.3.5 Indicadores de proceso para determinar si los procesos operan con eficacia……12
4.0 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 15
4.1. Requisitos generales 15
4.2 Requisitos de la documentación 21
4.2.1 Estructura documental 21
4.2.2 Manual de la Calidad 22
4.2.3 Control de Documentos 22
4.2.4 Control de los registros 23
5.0 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN 23
5.1 Compromiso del SUBA 23
5.2 Enfoque al usuario 24
5.3 Política de la Calidad 24
5.4 Planificación 24
5.4.1 Objetivos de la Calidad 24
5.4.2. Planificación del SGC…… …25
5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación 25
5.5.1 Responsabilidad y autoridad 25
5.5.2 Representante de la Dirección 26
5.5.3 Comunicación interna 26
5.6 Revisión por la Dirección 26
5.6.1 Generalidades 26
5.6.2 Información para la revisión 27
5.6.3 Resultados de la revisión 27
6.0 GESTIÓN DE LOS RECURSOS 28
6.1 Provisión de recursos 28
6.2 Recursos humanos 28
6.2.1 Generalidades 28
6.2.2 Competencia, toma de conciencia y capacitación 28
6.3 Infraestructura 30

6.4 Ambiente de trabajo 31
7.0 REALIZACIÓN DEL PRODUCTO Y SERVICIO 31
7.1 Planificación de la realización del servicio 31
7.2 Procesos relacionados con el usuario 32
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio 32
7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio 32
7.2.3 Comunicación con el usuario 32
7.3 Diseño y desarrollo 33
7.4 Compras 33
7.4.1 Proceso de compras 33
7.4.2 Información de las compras 33
7.4.3 Verificación de los productos comprados 34
7.5 Producción y prestación del servicio 34
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio 34
7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio 34
7.5.3 Identificación y trazabilidad 34
7.5.4 Propiedad del usuario 35
7.5.5 Preservación del producto 35
7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición 35
8.0 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA 35
8.1 Generalidades 35
8.2 Seguimiento y medición 36
8.2.1 Satisfacción del usuario 36
8.2.2 Auditoria interna 40
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos 40
8.2.4 Seguimiento y medición de los productos 40
8.3 Control del producto no conforme 41
8.4 Análisis de datos 41
8.5 Mejora 42
8.5.1 Mejora continua 42
8.5.2 Acción correctiva 39
8.5.3 Acción preventiva 40
9.0 ANEXOS 41
9.2 Glosario de términos 41
9.3 Historial de revisiones 48

1.0 INTRODUCCIÓN

1.1 Misión

Apoyar con espíritu de servicio y compromiso las funciones sustantivas de generación, transmisión y extensión del conocimiento de la UACH, a través de la organización y difusión de los recursos de información con tecnología de vanguardia y la formación de usuarios autosuficientes.

1.2 Visión

El SUBA, será un organismo que administre las bibliotecas académicas, con capacidad para tomar decisiones sobre los recursos humanos, informativos, tecnológicos y financieros; en un ambiente, participativo, equitativo y armónico que apoye la formación de profesionales que contribuyan al desarrollo de la sociedad.

1.3 Normas de operación

1. Satisfacer las necesidades de información de los usuarios, en cumplimiento con los fines de la Universidad y basados en los principios de libre acceso, legalidad, eficacia, eficiencia, transparencia y calidad en la prestación de los servicios.

2. Ofrecer programas de capacitación y actualización al personal del SUBA, de forma sistemática y continua, compartiendo los resultados de sus investigaciones y experiencias.

3. Trabajar en forma integrada con los miembros de la comunidad universitaria, en el cumplimiento de los fines esenciales de la Universidad.

4. Evaluar de manera continúa la colección documental para detectar fortalezas y debilidades, con el fin de contar con elementos para realizar una selección adecuada.

5. Desarrollar y mantener una colección documental adecuada, suficiente y actualizada, que cubra todos los programas académicos de nuestra institución.

6. Administrar y custodiar el Archivo Histórico Universitario.

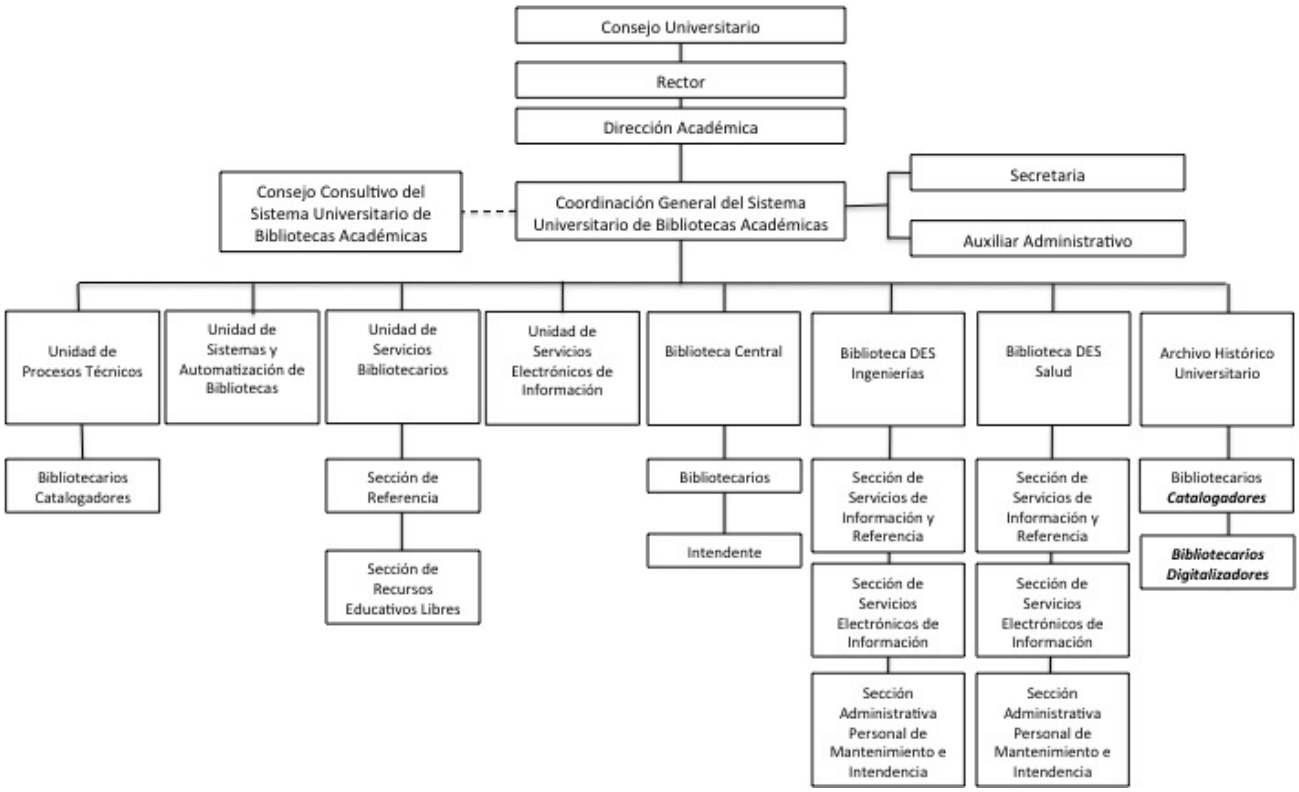
7. Administrar y custodiar las colecciones especiales de las Bibliotecas Académicas.

8. Administrar y custodiar la colección especial de todo el MD que se genere en nuestra Universidad.

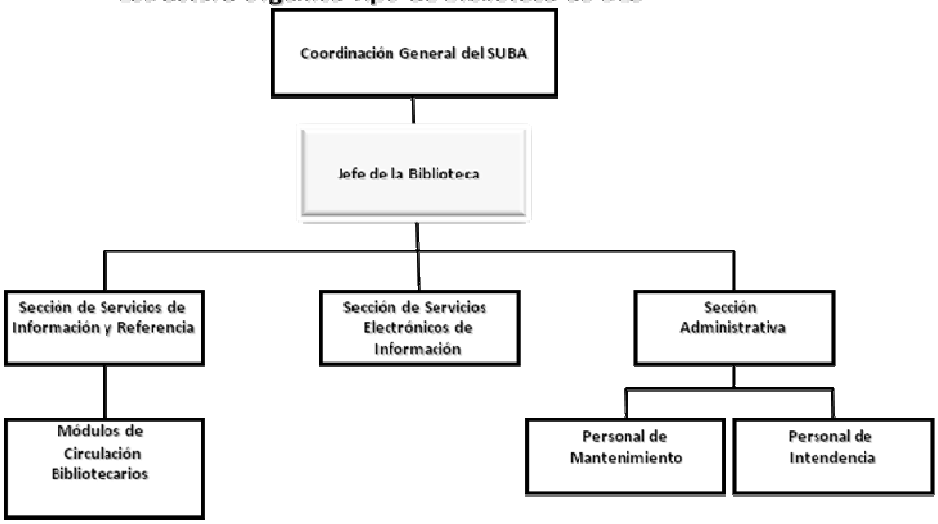
9. Motivar y estimular el hábito por la lectura y la investigación, así como fomentar en la comunidad, cultura para el buen uso y aprovechamiento de los recursos bibliotecarios y proporcionar al usuario un ambiente adecuado.

1.5 Estructuras Orgánicas

Estructura Orgánica de la Coordinación General del SUBA.

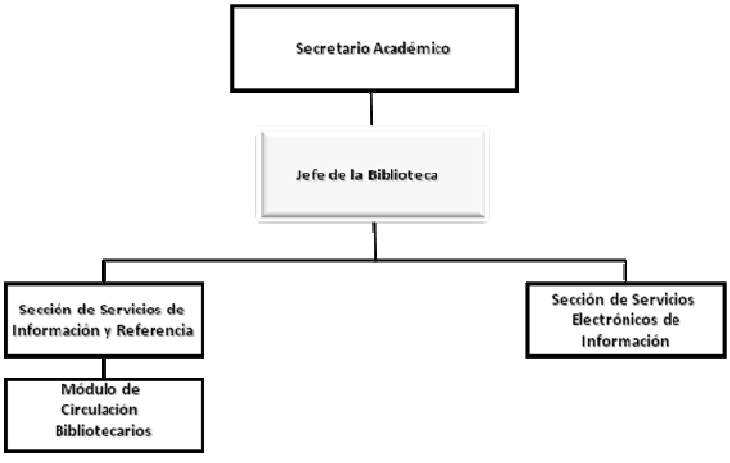


Estructura Orgánica Tipo de Biblioteca de DES



Agosto 2010

Estructura Orgánica Tipo de Biblioteca de Facultad



Agosto 2010

2.0 ALCANCE

2.1 Alcance

El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) del Sistema Universitario de

Bibliotecas Académicas (SUBA), de la Universidad Autónoma de Chihuahua (UACH), , comprende el préstamo interno y externo de material documental, el cual se apoya en los siguientes procesos:

Tipo de Proceso	Nombre del Proceso	Objetivo
Clave	**Circulación**	Garantizar a los usuarios la disponibilidad del Material Documental (MD) adecuado, suficiente y actualizado para cubrir los Programas Académicos de nuestra Institución, satisfaciendo sus necesidades de información, con base en los principios de libre acceso, legalidad, eficacia, eficiencia, transparencia, calidad y mejor servicio.
	Capacitación	Que los usuarios adquieran las habilidades informativas necesarias para el uso de los recursos electrónicos.
Apoyo	**Inventario**	Obtener una relación completa, ordenada y contrastada físicamente, verificando en una fecha dada, la existencia del MD de una Biblioteca o de una colección determinada. Contar con un reporte de inventario que refleje el estado en que se encuentra el MD. Contar con una Base Automatizada de Datos verídica y clara.
	Procesos técnicos	Catalogar, clasificar y capturar en el Sistema Aleph el MD del SUBA, para que se encuentre bien ordenado, con el fin de que los usuarios puedan localizar la información en forma fácil y rápida.
	Automatización de Bibliotecas	Mantener el Sistema funcionando en todo el SUBA.

Por el momento, no se considera al Archivo Histórico Universitario dentro del SGC del SUBA.

2.1.1 Definición del Usuario de los procesos claves

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

Proceso	Perfil del usuario

Circulación	Toda persona que acuda al SUBA, que haga uso efectivo y adecuado de los servicios que éste preste, para obtener datos, información y/o MD que necesita.
Capacitación	Alumnos de Licenciatura y de Posgrado Docentes de Tecnologías y Manejo de la Información Docentes

2.2 Exclusiones de requisitos de la Norma

El DA ha determinado como exclusiones del SUBA las siguientes sub clausulas:

Sub cláusula	Justificación
7.3 Diseño y desarrollo	El servicio se apega a prácticas normalizadas o estandarizadas, en guías tales como: Normas para Bibliotecas de Instituciones de Educación Superior e Investigación CONPAB-IES; Sistema de Clasificación Decimal Dewey (DDC), Reglas Angloamericanas de Catalogación (RCAA2), Listas de Encabezamiento de Materia.
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. Por lo cual a la DA sólo le corresponde solicitar y recibir productos. Sin embargo el DA establece realizar la evaluación al desempeño de los proveedores de MD.
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 a los Usuarios.

3.0 POLÍTICA Y OBJETIVOS DE LA CALIDAD

3.1 Política de la Calidad

Satisfacer los requisitos de información de los usuarios para su desempeño académico, ofreciéndoles material documental pertinente, suficiente y actualizado, así como capacitación en el uso de los recursos de información, lo anterior a través de personal competente y sustentado en un Sistema de Gestión de Calidad.

DIRECTOR ACADEMICO

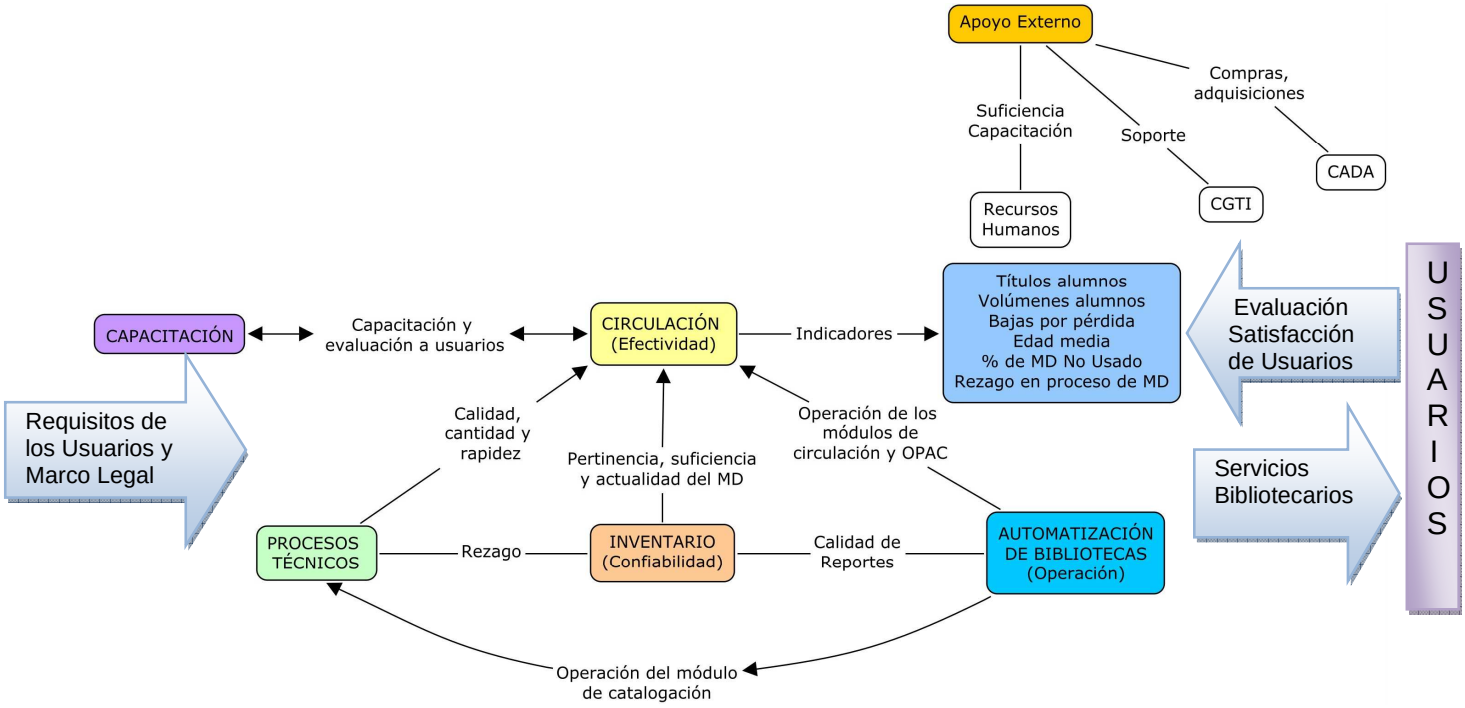
3.2 Objetivos de la Calidad

3.2.1 **Satisfacción del Usuario.** Meta: Obtener el 90% de reactivos calificados en el rango de 4 a 5 en la Encuesta de Satisfacción a Usuarios de Servicios Bibliotecarios.

3.2.2 **Confiabilidad del Inventario:** Meta: 98%

3.2.3 **Edad media de la Colección.** Meta: Las bibliotecas deben bajar la edad media de su colección en un año.

3.3 Diagrama de interacción de los Procesos del SGC



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

Proceso / Interacción	Circulación	Capacitación	Procesos Técnicos	Inventario	Sistema de Automatización
Circulación		Solicita la capacitación del personal bibliotecario.	Envía MD para su proceso técnico.	Elabora el inventario.	Provee la información para alimentar la Base de Datos de Alumnos.
Capacitación	Brinda capacitación al personal de Circulación				
Procesos Técnicos	Provee el MD ya procesado para el préstamo a usuarios.			Realizar las Altas, Bajas, Cambios de MD y Reposiciones de Etiquetas.	Provee la información para alimentar la Base de Datos de MD.
Inventario	Provee información de la cantidad de títulos, volúmenes y estado físico.		Provee la información para Altas, Bajas, Cambios y Reposiciones.		
Sistema de Automatización	Mantiene funcionando el Módulo de Circulación y el Catálogo en Línea		Mantiene funcionando el Módulo de Catalogación	Provee de la información necesaria para el levantamiento de inventario.	

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

Proceso	Indicador	Meta	Fórmula	Periodicidad	Objetivo de la Calidad
Circulación Garantizar a los usuarios la disponibilidad del MD adecuado, suficiente y actualizado para cubrir los Programas Académicos de nuestra Institución, satisfaciendo sus necesidades de información, con base en los principios de libre acceso, legalidad, eficacia, eficiencia, transparencia, calidad y mejor servicio.	Títulos por alumno.		Títulos /Alumnos	Anual con monitoreo semestral	Suficiencia de MD
	Volúmenes por alumno.		Volúmenes / Alumnos	Anual con monitoreo semestral	
	Número de Bajas de MD por pérdida. (NBP)	Máximo el 2% de la Colección. Anual	%NBP= Bajas por Pérdida / Inventario	Anual con monitoreo semestral	
	Edad Media de la Colección. (EMC)	Las bibliotecas deben bajar la edad media de su colección en un año	Mitad del Inventario= Inventario / 2 EMC= Σ títulos por año hasta llegar al año de la Mitad del Inventario	Anual con monitoreo semestral	Actualización del MD
	% de la Colección de MD no usado	Las Bibliotecas que tengan un % = o mayor de 60% deben bajar 20 puntos porcentuales, entre 21 y 59 % 10 puntos y menor de 20% 5 puntos, respecto al indicador de MD no usado del año anterior.	Inventario por Tipo de Colección, con la fecha del último día de préstamo por ítem	Anual con monitoreo semestral	Satisfacción del Usuario
	Rezago de Proceso de MD. (RMD)	2% máximo de la Colección. Anual	RMD= Volúmenes en Rezago / (Inventario + Volúmenes en Rezago)	Anual con monitoreo semestral	Suficiencia de MD
Capacitación Que los usuarios adquieran las habilidades informativas necesarias para el uso de los recursos	Efectividad de la Capacitación. (EC)	Mínimo el 80% de los usuarios que asistan a la capacitación, adquieran la competencia para acceder, evaluar y	EC= Asistentes Aprobados / Asistentes	Por curso	Satisfacción del Usuario

electrónicos.		utilizar información. Semestral			
	Capacitación para Jefes de Bibliotecas y Bibliotecarios (CJB)	1 Curso de capacitación. Anual	CJB= Cursos impartidos / Cursos programados	Anual	
	Capacitación para Alumnos de Licenciatura. (CAL)	Mínimo 2 Cursos de capacitación. Semestral	CAL= Cursos impartidos / Cursos programados	Semestral	
	Capacitación para alumnos de posgrado.	Mínimo 1 Curso de capacitación. Semestral	CAL= Cursos impartidos / Cursos programados	Semestral	
Inventario Obtener una relación completa, ordenada y contrastada físicamente, verificando en una fecha dada, la existencia del MD de una Biblioteca o de una colección determinada. Contar con un reporte de inventario que refleje el estado en que se encuentra el MD. Contar con una Base Automatizada de Datos verídica y clara.	Confiabilidad del Inventario.	98%. Anual	Número de registros correctos / Inventario	Anual	Confiabilidad del Inventario Satisfacción del Usuario Suficiencia de MD Actualización del MD
Procesos Técnicos Catalogar, clasificar y capturar en el Sistema Aleph el MD del SUBA, para que se encuentre bien ordenado, con el fin de que los usuarios puedan localizar la información en	Cumplimiento del Tiempo de Entrega. (**CTE**)	90%. Mensual	CTE= Oficios de MD entregados en fecha promesa / Oficios de MD entregados en el mes	Mensual	Suficiencia de MD Actualización del MD
	Productividad. (**P**)	10 registros diarios por catalogador. Mensual	P= Registros de altas + cambios / Días laborados	Mensual	
	Porcentaje de Calidad. (**PC**)	Igual o mayor al 90%. Mensual	PC= PNC / Altas + Bajas + Cambios + Reposiciones	Mensual	Suficiencia de MD

forma fácil y rápida.					Confiabilidad del Inventario
Automatización de Bibliotecas Mantener el Sistema ALEPH funcionando en todo el SUBA.	Tiempo Disponible de los módulos de Catálogo en Línea y de Circulación. (**TD**)	Que los dos módulos estén funcionando 95% del horario de servicio de las Bibliotecas. Mensual	TD = Horas de tiempo muerto / Horas de servicio	Mensual	Satisfacción del Usuario
	Tiempo Disponible del Módulo de Catalogación. (**TD**)	Que el módulo se encuentre funcionando en un 95% del horario de trabajo de la Unidad de Procesos Técnicos. Mensual	TD = Horas de tiempo muerto / Horas de servicio	Mensual	Suficiencia de MD Actualización del MD

4.0 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

4.1.1 Requisitos Generales

El DA, el Coordinador General del SUBA (CGSUBA) 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 9001:2008.

El DA, el CGSUBA y los Responsables de Proceso:

a. Determinan los procesos necesarios para el SGC y su aplicación a través de la organización, tal como se describe gráficamente en el apartado 2.0 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 CG 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 auditorias internas, de acciones correctivas o 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.

4.1.2 Requisitos legales (Marco legal)

PROCESO	PRODUCTO	SERVICIO	REFERENCIA	DOCUMENTO LEGAL	EMITE
Circulación		Préstamo de MD	Artículo 50 Fracción IX Título IV Capítulo II: Del personal administrativo Título IV Capítulo VI: De los derechos y obligaciones de los universitarios.	**LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA**	CONGRESO DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
			Todo	**REGLAMENTO DEL SUBA**	CONSEJO CONSULTIVO DEL SUBA
			Acuerdo 4. Dictamen que rinde la Comisión de Asuntos Académicos.	**ACUERDO DEL H. CONSEJO UNIVERSITARIO DEL ACTA 382 DE 14 DE ABRIL DEL 2000.**	CONSEJO UNIVERSITARIO
			Todo	**CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO**	SINDICATO DE TRABAJADORES AL SERVICIO DE LA UACH
			Artículo 14	**LEY FEDERAL DE DERECHOS DE AUTOR**	INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS DE AUTOR

Capacitación		Capacitación para Jefes de Biblioteca y Bibliotecarios	Todo	**CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO**	SINDICATO DE TRABAJADORES AL SERVICIO DE LA UACH
			Todo	**REGLAMENTO DEL SUBA**	CONSEJO CONSULTIVO DEL SUBA
			Todo	**NORMAS DE ALFABETIZACIÓN INFORMACIONAL**	AMERICAN LIBRARY ASSOCIATION
		Capacitación para Alumnos y Docentes	Todo	**NORMAS DE ALFABETIZACIÓN INFORMACIONAL**	AMERICAN LIBRARY ASSOCIATION
Inventario			Título VI Capítulo I: De la integración, naturaleza y protección del patrimonio universitario.	**LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA**	CONGRESO DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
Procesos Técnicos		Altas, Bajas, Cambios y Reposiciones	Todo	**SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DECIMAL DEWEY**	OCLC
			Todo	**REGLAS DE CATALOGACIÓN ANGLOAMERICANAS**	JOINT STEERING COMMITTE FOR REVISION OF AACR

			Todo	**ENCABEZAMIENTOS DE MATERIA**	BANCO DE LA REPÚBLICA BIBLIOTECA LUIS ÁNGEL ARANGO
Sistema de Automatización ALEPHA		Módulo de Catalogación	Todo	**MANUAL ALEPH16_ CATALOGACIÓN**	EX LIBRIS
		Módulo de Circulación y OPAC	Todo	**MANUAL DE CIRCULACIÓN_STAFF**	EX LIBRIS

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 DA, a través del SUBA, para operar de conformidad a la norma ISO 9001:2008 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 del SUBA de la DA.
Documento Externo	Ofrece información para tomar decisiones o clarificar dudas al estar realizando las actividades diarias. Son elaborados por personal que no pertenecen al SUBA de la DA.
Procedimiento	Enuncia de manera descriptiva y secuencial el Cómo realizar las actividades de los procesos. Involucra a más de una persona.
Instructivo	Enuncia de manera detallada y secuencial el Cómo realizar las actividades especificas 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.
Forma	Conjunto de campos estructurados; donde se registran los resultados de las actividades realizadas en el SGC que se convierten en registros de la calidad

La documentación del SGC incluye:

a. 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).

b. Un Manual de la Calidad, que es este documento.

c. Los procedimientos documentados requeridos por la Norma ISO 9001:2008, los cuales se mencionan en la sub cláusula que lo solicita.

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 FOR 4.2.3. USB 03 Lista Maestra publicada en el UniQ.

e. Los registros de la calidad requeridos por la Norma ISO 9001:2008, 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 Página 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 DA, a través del CGSUBA, 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 9001:2008.

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 la Unidad de Servicios Bibliotecarios, quien controla los documentos requeridos por el SGC y los registra en la Lista Maestra publicada en el Sitio Web UniQ. En el apartado de Publicaciones Generales. 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 9001:2008.

El Controlador 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.

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 USB 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 DA, a través del CGSUBA 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 del SUBA.

El Comité de Calidad es un grupo de personas creado por el DA, a través del CGSUBA para revisar de manera programada y asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC. El Comité de la Calidad lo componen el:

a. DA
b. CGSUBA
c. Jefes de las Unidades Operativas de la Coordinación General
d. Jefe de Unidad de Biblioteca Central
e. Jefes de Unidad de Bibliotecas de Dependencias de Educación Superior
f. Jefe de Unidad de Archivo Histórico Universitario
g. Jefes de Bibliotecas Académicas

5.1 Compromiso de la Coordinación General del SUBA

El DA 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 CGSUBA 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 3.1).
c. Asegura el establecimiento de los Objetivos de la Calidad (ver 3.2).
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 DA, a través del CGSUBA 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 3.1 Política de la Calidad

El DA, a través del CGSUBA se asegura que la Política de la calidad:

a. Es adecuada al propósito de la DA, a través de la CGSUBA, 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 CGSUBA. 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 DA, a través del CGSUBA 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 CGSUBA. 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.

5.4.2 Planificación del SGC

El DA, a través del CGSUBA asegura de que:

a. 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);

b. 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 el 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 DA 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:

a) Estructuras orgánicas (Ver 1.5)
c) Procedimientos
d) Plan de Control
e) Manuales de Funciones del personal bibliotecario.

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

5.5.2 Representante de la Dirección

El DA designa a un miembro de su personal, en este caso al CGSUBA, 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 funcionamiento del SGC.

b. Asegurar que el SGC se establece de acuerdo a los requerimientos de la Norma ISO 9001:2008.

c. Asegurar que el SGC está establecido, implementado y mantenido mediante las auditorías internas de la calidad.

d. Informar al DA del funcionamiento del SGC, incluyendo las necesidades para la mejora, mediante FOR 5.5.3 CG 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 auditorias internas, el cumplimiento de los mismos, expresados en el apartado de Procesos relacionados con el usuario (7.2).

f. Actuar en nombre del DA, 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 DA se asegura de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro del SUBA 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 FOR 5.5.3 CG 01 Minuta de Reunión, gráficos, correos electrónicos y UniQ.

5.6 Revisión por la Dirección

5.6.1 Generalidades

El DA, revisa el SGC tres veces durante el año. Para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia continua. La revisión por parte de la Dirección 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.

Las revisiones se realizan, en las Juntas de Trabajo del Consejo Consultivo del SUBA, a efecto de hacerlas más eficientes. Quedando registradas en formato FOR 5.6 DIR 01 PROGRAMA PARA REVISION POR LA DIRECCIÓN.

Para realizar cada momento de la revisión el DA:

1. 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. 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. Cita 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 DA incluyen las decisiones y acciones asociadas a:

a. La mejora de la eficacia del SGC y sus procesos
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 la forma FOR 5.6 CG 02 Revisión por la Dirección. 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 DA determina y proporciona los recursos necesarios para:

a. Implementar, mantener y mejorar continuamente la eficacia del SGC.
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 DA, a través del CGSUBA 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 CGSUBA.

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 consciente de la relevancia del impacto que tiene su desempeño en la realización de los servicios y productos. Dicha capacitación queda registrada en el formato Capacitación en el Lugar de Trabajo FOR 6.2 CA 01.

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.

6.2.3. El Jefe de la Unidad de Servicios Bibliotecarios es quien coordina la:

1.2.3.1 Evaluación del desempeño e identificación de necesidades de capacitación del personal.- Durante la primera quincena de noviembre del año en curso entrega a los Responsables de Procesos la FOR 6.2.2. CA 05 Evaluación al Desempeño de Empleados y el FOR 6.2 CA 03 Detección de Necesidades de Capacitación; quienes en una entrevista con cada empleado, califican el desempeño de sus actividades y determinan sus necesidades de capacitación pertinentes para elevar y mejorar continuadamente el desempeño del empleado; al DA y al CGSUBA les proporciona la FOR 6.2.2. CA 06 Evaluación al Desempeño de Jefes y el FOR 6.2. CA 03 Detección de Necesidades de Capacitación para el mismo fin.

1.2.3.2 Una vez recopilada la información elabora la FOR 6.2.2 CA 02 Programa de Capacitación en forma conjunta con el CGSUBA, quien a su vez lo presenta al DA para su aprobación y posteriormente al CADA para su ejecución.

Los Responsables de las Procesos solicitan, si es necesario, al Jefe de la Unidad de Servicios Bibliotecarios, la capacitación no incluida en la detección inicial mediante un escrito libre. 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 CGSUBA donde explica los motivos. Si la cancelación no afecta a la eficacia y mejora del SGC éste instruye al CADA 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.- En conjunto con el CADA realizan las actividades pertinentes para llevar a cabo en tiempo y forma la FOR 6.2.2 CA 02 Calendario para Capacitación En caso de que se presente alguna irregularidad proceden a buscar la mejor alternativa para subsanarla.

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

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 la forma 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. El Jefe de la Unidad de Servicios Bibliotecarios, a su vez, lo envía al CADA, para que lo integre al expediente de la persona evaluada.

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 CADA en un escrito libre las acciones determinadas y su tiempo de término.
Si cumplidas las acciones el participante no aprueba por segunda ocasión, es puesto a disposición del DA quien a su discreción indicara la forma de proceder ante esta situación.

6.3 Infraestructura

El DA, el CGSUBA 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 de cómputo con características tales que faciliten el acceso a los recursos electrónicos y utilizar lo último en Tecnologías de la Información y la Comunicación.

Para efecto de deslindar el mantenimiento preventivo y correctivo al Equipo de Cómputo, se procede de la siguiente manera:

1. CGSUBA y Bibliotecas de DES.- Los Jefes de las Unidades de Sistemas y Automatización de Bibliotecas, de Servicios Electrónicos de Información, de la Biblioteca Central y los Jefes de Sección de las Bibliotecas de las DES, al detectar un equipo de cómputo que amerite mantenimiento, si ellos no lo pueden solucionar lo remiten al Departamento de Atención a Usuarios (DAU). Se agenda la FOR 6.3. CNO 01 Programa de Mantenimiento Preventivo, que está a cargo del DAU
2. Bibliotecas de Unidades Académicas.- El Jefe de Biblioteca, al detectar un equipo de cómputo que amerite mantenimiento, si él no lo puede solucionar lo remite al Departamento de Atención a Usuarios (DAU). Se agenda la FOR 6.3. CNO 01 Programa de Mantenimiento Preventivo, que está a cargo del DAU.

Para efecto de deslindar el mantenimiento preventivo y correctivo a la estructura determinada, se procede de la siguiente manera:

1. CGSUBA.- El Coordinador y el Jefe de la Biblioteca Central, cada 15 días realizan un recorrido por las instalaciones para identificar situaciones que ameriten de mantenimiento empleando la FOR 6.3. BA 01 Checklist para Instalaciones. Las irregularidades son reportadas al Jefe de la CADA para su atención.

2. Bibliotecas de DES.- El Jefe de la Sección de Mantenimiento, cada 15 días realiza un recorrido por las instalaciones para identificar situaciones que ameriten de mantenimiento empleando la FOR 6.3. BA 01 Checklist para Instalaciones. Las irregularidades son reportadas al Jefe de la CADA para su atención.

3. Bibliotecas de Unidades Académicas.- El Jefe de Biblioteca, cada 15 días realiza un recorrido por las instalaciones para identificar situaciones que ameriten de mantenimiento empleando la FOR 6.3. BA 01 Checklist para Instalaciones. Las irregularidades son reportadas al Secretario Administrativo para su atención.

6.4 Ambiente de Trabajo

El DA, el CGSUBA y los Responsables de Proceso determinan que las dimensiones y características con que fueron diseñados los edificios asignados a la CGSUBA y a la Biblioteca Central y Bibliotecas de DES, resultan conformes con las necesidades para la realización de los servicios que éstas ofrecen.

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

a. Espacio de trabajo de al menos 1.2 m^2/persona.
b. Funcionamiento al 100% del sistema de iluminación en todas las áreas del edificio.
c. Funcionamiento de los equipos para climatizar el edificio.
d. Limpieza en espacios de trabajo.
e. Funcionamiento y limpieza en áreas comunes.

El CGSUBA programa y coordina las auditorias mensuales de 5'S y da seguimiento al cumplimiento de las acciones que se deriven de ello.

7.0 REALIZACIÓN DEL SERVICIO / PRODUCTO

7.1 Planificación de la realización del servicio

El DA, el CGSUBA 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:

a. Los requisitos para los productos se han definido en el Plan de Control para los procesos que lo requieran.
b. El establecimiento de procesos, documentación y asignación de recursos específicos para el producto, establecidos en los procedimientos.
c. 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.
d. 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.

7.2 Procesos relacionados con el usuario

7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio

El DA, el CGSUBA y los Responsables de Proceso determinan lo siguiente:

a. Los requisitos del usuario quedan acotados a aquellos que han sido legislados y constituyen el Marco Legal que norma los servicios brindados por la CGSUBA.
b. Los requisitos no establecidos por el usuario pero necesarios para la utilización prevista o especificada.
c. Los requisitos legales que norman el quehacer de la CGSUBA.
d. Cualquier requisito adicional que sea considerado por el DA, el CGSUBA y los Responsables de los Procesos.

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio

El CGSUBA y el Bibliotecario encargado el Módulo de Circulación se aseguran de:

a. Determinar el tipo de servicio y requisitos que el Usuario debe cumplir para poder atenderlo.
b. Clarificar aquellas situaciones entre los requisitos del servicio solicitado y los ofrecidos por el SUBA.
c. Que el SUBA 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.

En el caso de Cursos de Capacitación el Instructor designado deberá registrar y atender las modificaciones que acuerde con el Usuario cuando exista algún cambio en la logística original.

7.2.3 Comunicación con el usuario

El DA, CGSUBA y los Responsables de los Procesos determinan e implantan disposiciones para la comunicación con los Usuarios, relativas a:

a. La información sobre los servicios a través de página Web del SUBA contenida en la de la de la UACH, tutoriales, posters, trípticos, ayudas visuales, entre otros.
b. Las consultas y,
c. La retroalimentación del usuario, incluyendo las quejas y comentarios a través del buzón de sugerencias empleando FOR 7.2.3. BA 01 Forma de Comentarios, así como, en las FOR 8.2.1. BA 01 Encuesta de Satisfacción de Usuarios de Servicios Bibliotecarios,

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 deben cumplir, donde se registran los resultados de la evaluación de su desempeño.

Proveedor	Criterios de evaluación	Registro
Proveedor de MD	1. Cantidad.- El proveedor cumple cuando entrega el lote completo. 2. Calidad.- El proveedor cumple cuando el MD cumple con el título, autor y edición que le fue solicitado. Además su contenido es legible y está completo.	FOR 7.4.1 UPT 02 EVALUACIÓN AL DESEMPEÑO DEL PROVEEDOR

El Jefe de la Unidad de Procesos Técnicos es el responsable de evaluar a los proveedores con base en los criterios establecidos en la tabla anterior.

Al término de la compra con cada proveedor envía una evaluación al CADA, para que de acuerdo con los resultados, tome las acciones que considere pertinentes.

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 Jefe de Biblioteca envía en formato electrónico la FOR 7.4.1 UPT 01 Solicitud de MD, ordenado por prioridad de compra, al Jefe de la UPT, quien a su vez revisa la pertinencia, la actualidad y la cantidad ya existente en el Aleph. Una vez revisado el listado le da el Visto Bueno y lo envía al CADA.

El Responsable del Proceso, documenta explícitamente los requisitos del producto a comprar en el FOR 7.4.2 CA 01 Requisición Interna y lo entrega al Encargado de Recursos de Equipo y Materiales. El CADA hace la revisión del mismo y se asegura de la adecuación de los requisitos de compra especificados antes de comunicarlos al proveedor.

7.4.3 Verificación de los Productos Comprados

El Jefe de la UPT, es el responsable de verificar que el MD recibido cumpla con los requisitos. Éste se apoya en el DOC 8.2.4 UPT 01 Plan de Control. En el caso de las Bibliotecas de DES, el Jefe de la Sección Administrativa recibe los productos comprados y procede a su verificación. De la verificación se deriva alguna de las situaciones siguientes:

a. Si el producto no cumple algún requisito se considera PNC y no lo acepta. Se regresa inmediatamente al proveedor. En la factura original y copia, debe anotarse el faltante o incidente. Entrega original la proveedor y archiva la copia como registro e informa al CADA.
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 CGSUBA.
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.

7.5.3 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:

a. Número de inventario del MD.
b. Título
c. Autor
d. ISBN

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:

a. Ubicándolos en las áreas asignadas en cada Biblioteca.
b. Cruzándolos con una línea diagonal.

7.5.4 Propiedad del Usuario

En el caso de préstamo de equipo de cómputo, el Bibliotecario recibe y revisa el documento que identifique al Usuario. Si ésta es ilegible, está dañada se le notifica al Usuario, sobre la condición del documento y se deslinda de esta situación. En caso de que éste llegue a olvidar su identificación, dicho documento sólo se retienen por un mes y luego serán destruidas.

Los datos personales del usuario y los que genere al hacer uso de los servicios bibliotecarios se consideran propiedad del usuario, por lo cual su tratamiento es de carácter confidencial y el manejo de la información es acorde a lo establecido en el Código de Ética del Colegio Nacional de Bibliotecarios A.C.

7.5.5 Preservación del producto

Los Responsables de los Procesos Técnico y Circulación así como el personal bibliotecario que participa en ellos preservan la conformidad del producto y sus partes constitutivas, observando las siguientes condiciones de conservación / preservación:

1. El lugar de colocación del acervo deberá permanecer libre de humedad.
2. Evitar la exposición directa del sol, en acervo.
3. Los depósitos de MD, deberán contar un sistema de seguridad. (Arcos de seguridad, tiras magnéticas, desensibilizadores).
4. Mantener el MD y la estantería libre de polvo.
5. Detectar la existencia de insectos, bacterias u hongos a través de cultivos ambientales de

forma semestral.

6. Fumigaciones mensuales.

7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición

No aplica Ver exclusiones, 2.2.

8.0 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1 Generalidades

El DA, el CGSUBA y los Responsables de Proceso planean e implementan los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:

a. Demostrar la conformidad del producto
b. Asegurar la conformidad del SGC
c. 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, empleando el FOR 8.2.1. BA 01 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE SERVICIOS BIBLIOTECARIOS.

Para el cálculo del tamaño de la muestra para aplicar las encuestas se utiliza el DOC 8.2.1 DIR 01 TABLA MILITAR ESTÁNDAR.

Los resultados del análisis son presentados al DA.

8.2.2 Auditoria Interna

La CGSUBA y el cuerpo de Auditores Internos, lleva a cabo a intervalos planificados Auditorias Internas para determinar si el SGC:

a. Es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 y con los requisitos del SGC establecidos por la DA, y
b. Se ha implantado y se mantiene operando con eficacia.

Se cuenta con un Programa para Auditorias Internas (FOR 8.2.2 CG 02), 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.

El CGSUBA define y documenta el Procedimiento para Auditorias Internas (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, observaciones y recomendaciones se aplica el Procedimiento de Acciones Correctivas o Preventivas (PRO 8.5. 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 Procedimiento de Acciones Correctivas o Preventivas (PRO 8.5. RD 01), según sea conveniente, para asegurar la conformidad del producto.

8.2.4 Seguimiento y Medición de los Productos

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 (PNC)

Los Responsables de los Procesos y el personal que participa en ellos se aseguran que el PNC 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.

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 Procedimiento de Acciones Correctivas 0 Preventivas (PRO 8.5. 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 con respecto a las consecuencias, o efectos potenciales, de la no conformidad.

8.4 Análisis de Datos

Los Responsables de los Procesos, así como el CGSUBA, 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 DA 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.

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:

a. La Política de la Calidad que es definida y comunicada al personal.
b. Los Objetivos de la Calidad establecidos por la Dirección.
c. Los resultados de las auditorias de primera, segunda (cuando se dé) y tercera parte que se realizan al SGC.
d. El análisis de datos realizado por el CGSUBA y Jefes de Biblioteca.
e. La implantación Acciones Correctivas y Preventivas.
f. La Revisión por la Dirección a cargo del DA.

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

a. Acciones de Mejora que el personal documenta y propone.
b. Mediante la formación de grupos de trabajo que busquen Acciones de Mejora para situaciones detectadas.
c. 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 CGSUBA para posteriormente ser evaluadas por el DA 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.

El Representante de la Dirección define y documenta el PRO 8.5. RD 01 Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas para:

a. La revisión de las no conformidades y quejas de los Usuarios, *utilizando la FOR 8.5.2 BA 01 SEGUIMIENTO DE QUEJAS, en el cual deberá registrarse el seguimiento, tratamiento y acciones para su solución. La CG recibirá mensualmente los resultados de las Bibliotecas para monitorear las acciones.*
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 PRO 8.5. RD 01 Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas 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 Glosario de Términos

SUBA: Sistema Universitario de Bibliotecas Académicas
SGC: Sistema de Gestión de Calidad
DA: Dirección Académica o Director Académicos
CADA: Coordinación Administrativa de la Dirección Académica o Coordinador Administrativo de Dirección Académica
CGSUBA: Coordinación General del SUBA o Coordinador General del SUBA.

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:

Cero Uso:

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.

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.

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 CARACTERÍSITICAS:**

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.

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:**

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

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

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

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.

9.2 Historial de Revisiones

NÚMERO DE REVISIÓN	MODIFICACIÓN	FECHA DE REVISIÓN
01	Páginas 4, 8, 9, 11,15 y 16	2010-25-08
02	Páginas 10, 12, 13, 14, 26, 27, 30, 32	2010-30-08
03	8.2.1. Página 36 y 8.5.2 Página 40	2010-11-19
04	Página 5 Estructura Orgánica de la Coordinación General	2010-11-30

	del SUBA	