|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Producto  no Conforme | |  | **MAAGTICSI** | | Registro de no conformidades detectadas durante la ejecución del servicio o producto de TI | **Servicio:**  **ID:** | | | | **Anexo 0, Formato 0** | | | |

1 Objetivo del Documento 2

2 Abreviaturas y definiciones 2

3 Referencias 2

4 Generales: 3

5 Bitácora de Control de Cambios 3

# Objetivo del Documento

*[En el presente documento se describen las no conformidades detectadas en los servicios o productos de la STIC a partir de la aplicación del proceso de calidad CST, con el objetivo de identificar, integrar y documentar los defectos y fallas para garantizar que cumplan con los niveles de calidad requeridos.]*

# Abreviaturas y definiciones

|  |  |
| --- | --- |
| **Abreviación o acrónimo** | **Descripción** |
| *[Siglas, abreviaciones o acrónimos]* | *[Escribir una breve descripción y/o significado]* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# Referencias

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del documento** | **Descripción y ubicación del documento** |
| *[Nombre del o los documentos que a los que se hace referencia a los largo del llenado de este formato]* | *[Escribir una breve descripción del documento así como su ubicación física o lógica]* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# Generales:

|  |  |
| --- | --- |
| **Elaboro:***nombre del evaluador de calidad* | **Fecha:** *Indicar la fecha o periodo en que el que se efectuó el proceso de calida* |
| **Servicio [ ] Producto [ ]** | |

*Marcar con una X el elemento que aplique*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **FECHA** | **FORMA DE DETECCIÓN** | **DESVIACIÓN** | **ACCIÓN A TOMAR** | **ÁREA**  **RESPONSABLE** | **OBSERVACIONES** |
| *Folio consecutivo* | *fecha o periodo en que el que se efectuó el servicio* | *Identificar el medio por el cual se detectó la no conformidad* | *Describir por qué no satisface los objetivos esperados* | *Describir las acciones correctivas que dará respuesta a las no conformidades indicadas en este documento* | *Área que llevara a cabo las acciones correctivas* | *Anotaciones adicionales que sean necesarias* |

**Acuerdos operativos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Coordinador** | **Responsable de la atención de servicios** | **Jefe del Departamento de Gestión y Operación de Servicios de TIC** |

# Bitácora de Control de Cambios

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **0.0** | **Descripción del Cambio** | **Fecha de evaluación** | **Aprobador** | **Aceptado   /Rechazado** | **Fecha de aplicación** |
| 00 | Inicio del Sistema de Gestión de la Calidad | MAY 18 | Mtra. Ma. Isabel Garrido Galindo | Aceptado | MAY 18 |
|  | Actualización de Imagen Institucional | DIC 20 | M. en I. María Isabel Garrido Galindo | Aceptado | DIC 20 |