



RESOLUCIÓN DE CONSEJO UNIVERSITARIO N° 0282-2025

Arequipa, 17 de junio de 2025.

VISTO el Oficio N° 185-2025-UM-OPPM/UNSA de la Unidad de Modernización.

CONSIDERANDO:

Que, la Universidad Nacional de San Agustín está constituida conforme a la Ley Universitaria N° 30220, y se rige por sus respectivos estatutos y reglamentos, siendo una comunidad académica orientada a la investigación y a la docencia, que brinda una formación humanista, ética, científica y tecnológica con una clara conciencia de nuestro país como realidad multicultural.

Que, el artículo 8° de la Ley N° 30220; Ley Universitaria, concordante con el artículo 8° del Estatuto Universitario, referente a la autonomía universitaria establece lo siguiente: "(...) La Universidad se rige con la autonomía inherente a las Universidades y se ejerce de conformidad con lo establecido en la Constitución, la Ley y demás normativas aplicables. Esta autonomía se manifiesta en los siguientes regímenes: 8.1 **Normativo**, implica la potestad autodeterminativa para la creación de normas internas (Estatuto y Reglamentos) destinadas a regular la institucionalidad universitaria. 8.2. **De gobierno**, implica la potestad autodeterminativa para estructurar, organizar y conducir la institución universitaria, con atención a su naturaleza, características y necesidades. Es formalmente dependiente del régimen normativo (...) 8.4 **Administrativo**, implica la potestad autodeterminativa para establecer los principios, técnicas y prácticas de sistemas de gestión, tendientes a facilitar la consecución de los fines de la institución universitaria, incluyendo la organización y administración del escalafón de su personal docente y administrativo".

Que, asimismo, el artículo 59° de la Ley N° 30220, Ley Universitaria, en concordancia con el artículo 151° del Estatuto de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, disponen que: "**El Consejo Universitario tiene las siguientes funciones: (...) 59.2 Dictar el reglamento general de la universidad, el reglamento de elecciones y otros reglamentos internos especiales, así como vigilar su cumplimiento (...)**".

Que, mediante Resolución de Asamblea Universitaria N° 0029-2024 del 17 de diciembre de 2024, se dispuso: «1. **AUTORIZAR** la constitución del Centro de Investigación Aplicada y Laboratorios Especializados de Ingenierías de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa (CIALE INGENIERÍAS), como una dependencia de la Unidad de Institutos y Laboratorios de Investigación del Instituto de Investigación del Vicerrectorado de Investigación. 2. **ENCARGAR** al DR. HENRY GUSTAVO POLANCO CORNEJO, Vicerrector de Investigación, y al MG. FREDDY ORLANDO GONZALES SAJI, Director (e) del Instituto de Investigación (anterior Dirección Universitaria de Coordinación de Laboratorios, Centros, Unidades e Institutos de Investigación del Vicerrectorado de Investigación); que en coordinación con la UNIDAD DE MODERNIZACIÓN (para la elaboración de los instrumentos respectivos y demás documentación correspondiente); la OFICINA DE PLANEAMIENTO, PRESUPUESTO Y MODERNIZACIÓN (para la factibilidad presupuestal respectiva); y la OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA (para la factibilidad legal respectiva); **CUMPLAN** a plenitud, con el procedimiento y requisitos establecidos para la debida constitución del Centro de Investigación Aplicada y Laboratorios Especializados de Ingenierías de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa (CIALE INGENIERÍAS); e **INFORMEN** a la Asamblea Universitaria, sobre la ejecución de la presente resolución».

Que, mediante el documento del visto, la Unidad de Modernización remite el proyecto "Protocolos para la Operatividad del Centro de Investigación Aplicada y Laboratorios Especializados-CIALE" y Anexos, que fueron elaborados por el Vicerrectorado de



Investigación, y revisados por su Unidad; a efecto de que sean puestos a consideración del Consejo Universitario y se disponga su respectiva aprobación.

Que, en ese contexto, el **Consejo Universitario**, en su sesión del 11 de junio de 2025, acordó: «Aprobar los **“PROTOCOLOS PARA LA OPERATIVIDAD DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN APLICADA Y LABORATORIOS ESPECIALIZADOS - CIALE”** de la Universidad Nacional de San Agustín, que están compuestos por:

1. Protocolo de Control de Acceso
2. Protocolo de Limpieza y Apertura
3. Protocolo de Uso de Áreas Comunes
4. Protocolo para Control de Visitas
5. Protocolo para el Traslado de Equipos
6. Protocolo para el Mantenimiento y Calibración de Equipos
7. Protocolo de Abastecimiento
8. Protocolo de Difusión
9. Protocolo de Auditoría de Software

Y, Cuatro (04) Anexos».

Por estas consideraciones, estando a lo acordado y conforme a las atribuciones conferidas al Rectorado y al Consejo Universitario por la Ley Universitaria N° 30220,

SE RESUELVE:

APROBAR los **“PROTOCOLOS PARA LA OPERATIVIDAD DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN APLICADA Y LABORATORIOS ESPECIALIZADOS - CIALE”** de la Universidad Nacional de San Agustín, que están compuestos por:

1. Protocolo de Control de Acceso
2. Protocolo de Limpieza y Apertura
3. Protocolo de Uso de Áreas Comunes
4. Protocolo para Control de Visitas
5. Protocolo para el Traslado de Equipos
6. Protocolo para el Mantenimiento y Calibración de Equipos
7. Protocolo de Abastecimiento
8. Protocolo de Difusión
9. Protocolo de Auditoría de Software

Y, Cuatro (04) Anexos; todos los cuales, forman parte integrante de la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE


DRA. RUTH MARITZA CHIRINOS LAZO
SECRETARIA GENERAL




DR. HUGO JOSE ROJAS FLORES
RECTOR



C.C.: VRAC, VRI, DIGA, SSV, USG, SUM, SUCPA, OTI, UM, OCEI, y Archivo (exp).
Exp: 1015255-2025.
/jbzs

**UNIDAD DE
MODERNIZACIÓN**

Versión

1

Aprobado

RCU N° 0282-2025

17/06/2025



UNSA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

**PROTOCOLOS PARA LA OPERATIVIDAD DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN
APLICADA Y LABORATORIOS ESPECIALIZADOS – CIALE**

	Nombres y Apellidos	Dependencia	Firma	Fecha
Elaborado por:	Dr. Henry Gustavo Polanco Cornejo	Vicerrectorado de Investigación		18/03/2025
Revisado por:	Dr. Marco Antonio Camacho Zárate Mg. Ing. Gisella del Pilar Zuñiga Moreno	Unidad de Modernización		08/05/2025
Aprobado por:	Dr. Hugo José Rojas Flores	Consejo Universitario		17/06/2025

ÍNDICE

PROTOCOLO DE CONTROL DE ACCESO	10
INTRODUCCIÓN	10
1. OBJETIVOS.....	10
2. ALCANCE.....	10
3. PROTOCOLO DE CONTROL DE ACCESO	10
3.1. Ingreso del personal autorizado.....	10
3.2. Acceso de visitantes/proveedores.....	11
3.3. Monitoreo de cámaras y sistemas de seguridad	11
3.4. Acceso a las grabaciones del Circuito Cerrado de Televisión.....	11
3.4.1. Solicitar mediante formulario de Solicitud de Imágenes del Circuito Cerrado de Televisión - CCTV.....	11
3.5. Gestión de incidencias.....	11
3.6. Normas de seguridad.....	11
3.7. Riesgos asociados al control de acceso	12
3.8. Casos de emergencia.....	12
3.8.1. En caso de acceso no autorizado	12
3.8.2. En caso de fallos de sistemas de acceso de control.....	12
3.8.3. En caso de fallo técnico en el sistema de CCTV	12
3.8.4. En caso de solicitud urgente por emergencia	12
3.8.5. En caso de violación de confidencialidad	13
3.9. De los registros.....	13
3.10. Comunicación y reportes	13
3.11. Formatos y herramientas.....	13
3.11.1. Formato de Ingreso del personal y vehicular.....	13
3.11.2. Formato de Registro de Incidentes	13
3.12. Supervisión y evaluación	13
3.12.1. Supervisión	13
3.12.2. Evaluación	14
a. Implementar capacitaciones regulares (cada 6 meses) en manejo de sistemas de seguridad y respuesta a emergencias	14



b.	Evaluar incidentes pasados para identificar áreas de mejora y ajustar el protocolo.....	14
c.	Programar reuniones semestrales con la administración y coordinadores de laboratorio/instituto para revisar el cumplimiento y proponer optimizaciones.	14
3.12.3.	Responsabilidades principales	14
a.	Equipo de Vigilancia	14
b.	Administración	14
c.	Personal Técnico Especializado	14
d.	Responsable de CCTV.....	14
e.	Visitantes/Proveedores	14
f.	Solicitante de las grabaciones	15
	PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y APERTURA	16
	INTRODUCCIÓN	16
1.	OBJETIVOS.....	16
2.	ALCANCE.....	16
3.	PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y APERTURA.....	16
3.1.	Apertura y cierre de laboratorios	16
3.2.	Limpieza de áreas generales	16
3.3.	Limpieza de laboratorios	17
3.4.	Mantenimiento de servicios básicos	17
3.5.	Verificación y supervisión final	17
3.6.	Normas de seguridad	17
3.7.	Riesgos asociados a las actividades de limpieza	17
3.8.	Elementos de protección personal	17
3.9.	Caso de emergencias.....	18
3.10.	Disposición final de residuos	18
3.11.	Comunicación y reportes	18
3.11.1.	Canales internos:	18
3.11.2.	Reportes de incidentes:.....	18
3.12.	Formatos y herramientas.....	18
3.12.1.	Formato de Registro de Limpieza:	18
3.12.2.	Formato de Registro de Incidentes:.....	18
3.13.	Supervisión y evaluación	18



3.14. Responsabilidades principales	19
3.14.1. Personal de Limpieza	19
3.14.2. Encargados de Laboratorio	19
3.14.3. Administrador del CIALE.....	19
PROTOCOLO DE USO DE ÁREAS COMUNES	20
INTRODUCCIÓN	20
1. OBJETIVOS.....	20
1.1. Objetivo general	20
1.2. Objetivos específicos.....	20
2. ALCANCE.....	20
3. PROTOCOLO DE USO DE ÁREAS COMUNES.....	20
3.1. Normas de conducta del personal que ingrese a las áreas comunes.....	20
3.2. Normas generales de seguridad y trabajo en las áreas comunes	20
3.3. Uso de áreas comunes	21
3.3.1. Auditorio.....	21
3.3.2. Cubículos de investigación.....	21
3.3.3. Sala de reuniones	21
3.3.4. Sala de lectura (5to piso)	21
3.3.5. Comedor (5to piso).....	21
3.4. Procedimiento diario para el uso de áreas comunes	21
3.4.1. Reserva de espacios	21
3.4.2. Acceso a las áreas comunes.....	22
3.4.3. Durante la actividad.....	22
3.4.4. Finalización de la actividad	22
3.5. Normas de seguridad	22
3.6. Comunicación y reportes	22
3.6.1. Reportes.....	22
3.6.2. Reporte de incidentes	22
3.6.3. Registro de incidencias	22
Formatos y herramientas	23
3.7.1. Formato de registro de uso	23
3.7.2. Formato de registro de incidentes	23
3.8. Supervisión y evaluación.....	23



3.9. Responsabilidades del administrador del CIALE y coordinadores de laboratorio/instituto	23
PROTOCOLO PARA EL CONTROL DE VISITAS	24
INTRODUCCIÓN	24
1. OBJETIVOS.....	24
1.1. Objetivo general	24
1.2. Objetivos específicos	24
2. ALCANCE	24
3. PROTOCOLO PARA EL CONTROL DE VISITAS	24
3.1. Procedimientos para el control de visitas	24
3.1.1. Solicitud y autorización de visitas	24
3.1.2. Del ingreso.....	25
3.1.3. Supervisión durante la visita	25
3.1.4. De la salida	25
3.2. Normas generales de seguridad para visitas	25
3.3. Riesgos asociados al control de visitas	25
3.4. Caso de emergencias	26
3.4.1. Durante la Visita.....	26
3.4.2. Después de la Emergencia	26
3.4.3. Comunicación y reportes.....	26
a. Comunicación	26
b. Reportes	26
3.5. Formatos y herramientas.....	26
3.5.1. Formatos.....	26
3.5.2. Supervisión y evaluación.....	26
a. Supervisión.....	26
b. Evaluación.....	27
3.6. Responsabilidades	27
3.6.1. Personal de Vigilancia/Recepción	27
3.6.2. Solicitante Interno	27
3.6.3. Administración del CIALE.....	27
PROTOCOLO PARA EL TRASLADO DE EQUIPOS.....	28
INTRODUCCIÓN	28
1. OBJETIVOS.....	28



1.1.	Objetivo general	28
1.2.	Objetivos específicos	28
2.	ALCANCE	28
3.	PROTOCOLO PARA EL TRASLADO DE EQUIPOS.....	28
3.1.	Solicitud y Autorización de Traslado	28
3.1.1.	El responsable del laboratorio o área deberá llenar un Formulario de Traslado o Movimiento de Equipos.....	28
3.1.2.	La solicitud será enviada a la administración para su revisión y aprobación.	28
3.2.	Preparación del Equipo.....	28
3.3.	Transporte Interno	29
3.4.	Transporte Externo	29
3.5.	Recepción en el Destino.....	29
3.6.	Normas generales de seguridad para el traslado de equipos.....	29
3.7.	Comunicación y reportes.....	29
3.7.1.	Comunicación.....	29
3.7.2.	Reportes.....	29
3.8.	Herramientas	30
3.9.	Supervisión y evaluación	30
a.	Supervisión	30
b.	Evaluación	30
3.10.	Responsabilidades principales	30
3.10.1.	Responsable del laboratorio y/o Técnico Autorizado	30
3.10.2.	Personal autorizado del traslado del equipo	30
3.10.3.	Administración del CIALE	30
	PROTOCOLO PARA EL MANTENIMIENTO Y CALIBRACIÓN DE EQUIPOS	32
	INTRODUCCIÓN	32
1.	OBJETIVOS.....	32
1.1.	Objetivo General	32
1.2.	Objetivos Específicos	32
2.	ALCANCE	32
3.	PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO Y CALIBRACIÓN DE EQUIPOS	32
3.1.	Procedimientos de mantenimiento y trabajo.....	32



3.1.1.	Mantenimiento Preventivo:	32
3.1.2.	Mantenimiento Correctivo	33
3.1.3.	Calibración de Equipos	33
3.1.4.	Gestión de Repuestos	33
3.2.	Riesgos asociados a las actividades de mantenimiento	33
3.3.	Elementos de protección personal.....	33
3.4.	Casos de emergencia	33
3.4.1.	Caso de fallos graves de equipos	33
3.4.2.	Caso de accidentes durante el mantenimiento.....	34
3.4.3.	Incendios Relacionados con equipos	34
3.5.	Disposición final de equipos y residuos	34
3.6.	Comunicación y reportes.....	34
3.6.1.	Comunicación	34
3.6.2.	Reportes	34
3.7.	Supervisión y evaluación	35
3.7.1.	Supervisión	35
3.7.2.	Evaluación	35
3.8.	Responsabilidades principales	35
3.8.1.	Personal Técnico del CIALE	35
3.8.2.	Encargados de Laboratorio	35
3.8.3.	Administración del CIALE	35
3.8.4.	Unidad de Institutos y Laboratorios de Investigación	35
3.8.5.	Instituto de Investigación (Dirección).....	36
	Normas de conducta del personal técnico	36
	PROTOCOLO DE ABASTECIMIENTO	37
	INTRODUCCIÓN	37
1.	OBJETIVOS.....	37
1.1.	Objetivo General	37
1.2.	Objetivos Específicos	37
2.	ALCANCE	37
3.	PROTOCOLO DE ABASTECIMIENTO	37
3.1.	Planificación de necesidades	37
3.2.	Adquisición de Recursos	38
3.3.	Recepción y verificación.....	38



3.4.	Almacenamiento	38
3.5.	Distribución	38
3.6.	Riesgos asociados a las actividades de abastecimiento	38
3.7.	Casos de emergencia	38
3.7.1.	Caso de retrasos en el abastecimiento	38
3.7.2.	Caso de daños o pérdidas de recursos	38
3.7.3.	Incidentes mayores (robo, hurto, desastre natural)	39
3.7.4.	Disposición final de recursos	39
3.8.	Comunicación y reportes	39
3.8.1.	Comunicación	39
3.8.2.	Reportes	39
3.8.3.	Supervisión y evaluación	39
a.	Supervisión	39
b.	Evaluación	39
3.9.	Responsabilidades	40
3.9.1.	Personal Administrativo del CIALE	40
a.	Planificar las compras de recursos basándose en las solicitudes de los laboratorios	40
b.	Gestionar la adquisición de materiales mediante proveedores aprobados por la Universidad	40
c.	Verificar la recepción de los recursos en cuanto a cantidad, calidad y especificaciones	40
d.	Mantener registros actualizados de inventarios y compras realizadas	40
e.	Aprobar las solicitudes de abastecimiento presentadas por los encargados de laboratorio	40
f.	Coordinar con la Dirección “Instituto de Investigación” la asignación del presupuesto para las compras	40
g.	Supervisar el cumplimiento de los procedimientos de abastecimiento y proponer mejoras	40
3.9.2.	Encargados de laboratorio	40
3.9.3.	Personal de almacén	40
a.	Recepcionar, organizar y almacenar los recursos en condiciones adecuadas	40
b.	Distribuir los materiales a los laboratorios según las solicitudes aprobadas	40



c.	Reportar al administrador del CIALE cualquier daño o pérdida de recursos almacenados.....	40
3.10.	Normas de conducta del personal involucrado.....	40
	PROTOCOLO DE DIFUSIÓN	41
	INTRODUCCIÓN	41
1.1.	Objetivo General	41
1.2.	Objetivos Específicos	41
2.	ALCANCE	41
3.	PROTOCOLO DE DIFUSIÓN	42
3.1.	Elaboración del mensaje	42
3.2.	Validación y aprobación	42
3.3.	Distribución del mensaje.....	42
3.4.	Monitoreo y evaluación	42
3.5.	Riesgos asociados a las actividades de difusión	42
3.6.	Casos de emergencia	42
3.6.1.	Caso de difusión errónea.....	42
3.6.2.	Protocolo en caso de retraso en la difusión	42
3.7.	Comunicación y reportes.....	43
3.7.1.	Comunicación	43
3.7.2.	Reportes	43
3.8.	Difusión en los medios de comunicación.....	43
3.8.1.	Espacio televisivo en canal TV UNSA - UNSA INVESTIGA	43
3.8.2.	Videos institucionales por cada laboratorio.....	43
3.8.3.	Publicidad impresa y digital.....	44
3.8.4.	Actualización e incorporación de páginas web en la plataforma de la universidad - unsa.edu.pe	44
3.8.5.	Boletín informativo del Vicerrectorado de Investigación	45
3.8.6.	Participación en eventos masivos.....	45
3.9.	Supervisión y evaluación	45
3.9.1.	Supervisión	45
3.9.2.	Evaluación	45
3.10.	Responsabilidades principales	46
3.10.1.	Personal Administrativo del CIALE	46
3.10.2.	Equipo de Comunicación	46



3.10.3. Coordinador de Laboratorio/Instituto	46
3.11. Normas de conducta del personal involucrado	46
PROTOCOLO DE AUDITORÍA DE SOFTWARE	47
INTRODUCCIÓN	47
1. OBJETIVOS.....	47
1.1. Objetivo General	47
1.2. Objetivos Específicos	47
2. ALCANCE	47
3. PROTOCOLO DE AUDITORÍA DE SOFTWARE	47
3.1. Recopilación de Información	47
3.2. Revisión de licencias de software	48
3.3. Generación del informe final	48
3.4. Riesgos asociados a las actividades de abastecimiento.....	48
3.5. Casos de emergencia	48
3.5.1. Caso de Detección de Software No Autorizado	48
3.5.2. Caso de Fallos Técnicos Durante la Auditoría.....	48
3.5.3. Caso de Pérdida de Datos.....	48
3.5.4. Disposición final	49
3.5.5. Comunicación	49
3.5.6. Reportes	49
3.6. Supervisión y evaluación	49
3.6.1. Supervisión	49
3.6.2. Evaluación	49
3.7. Responsabilidades principales	50
3.7.1. Personal Administrativo del CIALE	50
3.7.2. Personal especializado de Sistemas	50
3.7.3. Coordinador de Laboratorio/Instituto	50
3.8. Normas de conducta del personal involucrado	50
ANEXOS	51



PROTOCOLO DE CONTROL DE ACCESO

INTRODUCCIÓN

El control de acceso en el Centro de Investigación Aplicada y Laboratorios Especializados - CIALE constituye un conjunto de medidas preventivas y operativas destinadas a proteger la integridad de las personas, los recursos y la información dentro de las instalaciones. Este protocolo establece un sistema organizado para monitorear, supervisar y controlar las actividades en el CIALE, utilizando tecnología avanzada como cámaras de circuito cerrado (CCTV), sensores y sistemas de credenciales de acceso, junto con procedimientos estandarizados. Además de gestionar las grabaciones pertinentes del CIALE, garantizando que sea controlado, justificado y cumpla con la Ley de Protección de Datos Personales N° 29733. La implementación de este protocolo busca salvaguardar un entorno seguro para las actividades de investigación y extensión, minimizando riesgos de accesos no autorizados, incidentes de seguridad y pérdida de recursos.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Establecer un sistema organizado y eficiente para monitorear, supervisar y controlar las actividades, así como resguardar y proporcionar la solicitud de imágenes de las grabaciones del sistema de CCTV a personal autorizado, garantizando la seguridad de personas, recursos e información mediante el uso de tecnología y protocolos estandarizados.

1.2. Objetivos específicos

- 1.2.1. Regular el ingreso y salida de personal autorizado, visitantes y proveedores de manera segura y documentada.
- 1.2.2. Monitorear las instalaciones para detectar y responder a actividades sospechosas o anomalías.
- 1.2.3. Asegurar el mantenimiento y la funcionalidad de los sistemas de vigilancia para una protección óptima.
- 1.2.4. Proteger la privacidad y confidencialidad de la información contenida en las imágenes.
- 1.2.5. Establecer un proceso eficiente para la evaluación, aprobación y entrega de las grabaciones solicitadas.

2. ALCANCE

Este protocolo aplica a todas las áreas del CIALE, incluyendo laboratorios, zonas comunes, perímetros externos y accesos vehiculares. Es de cumplimiento obligatorio para el equipo de vigilancia, administración, personal técnico especializado, coordinadores de laboratorio/instituto, visitantes, proveedores y cualquier persona que interactúe con las instalaciones del CIALE.

3. PROTOCOLO DE CONTROL DE ACCESO

3.1. Ingreso del personal autorizado

- 3.1.1. Verificar la identidad de los ingresantes mediante la lista proporcionada por el área administrativa y los sistemas biométricos o tarjetas de proximidad.

- 3.1.2. Registrar el ingreso y salida de personal en el sistema centralizado, incluyendo horarios y áreas asignadas.
- 3.1.3. Revisar los materiales o equipos transportados, asegurando la correspondencia con los registros previos.

3.2. Acceso de visitantes/proveedores

- 3.2.1. Solicitar autorización previa (veinticuatro horas antes).
- 3.2.2. Registrar la autorización previa de los visitantes o proveedores, verificando documentos de identidad y propósito de la visita.
- 3.2.3. Registrar la entrada y salida, incluyendo informes de las actividades realizadas.
- 3.2.4. Seguir el protocolo de visitas del CIALE.

3.3. Monitoreo de cámaras y sistemas de seguridad

- 3.3.1. Supervisar las cámaras de vigilancia en tiempo real desde el centro de control.
- 3.3.2. Identificar y documentar actividades sospechosas o anómalas en áreas críticas.
- 3.3.3. Realizar rondas físicas en el perímetro y zonas clave del edificio para complementar el monitoreo tecnológico.

3.4. Acceso a las grabaciones del Circuito Cerrado de Televisión

- 3.4.1. Solicitar mediante formulario de Solicitud de Imágenes del Circuito Cerrado de Televisión - CCTV.
- 3.4.2. Evaluar la solicitud y autorizar el acceso de las grabaciones.
- 3.4.3. Entregar las imágenes en formato compatible con la tecnología disponible, dentro de un plazo máximo de 4 días desde la aprobación.
- 3.4.4. Registrar la entrega de las imágenes y grabaciones solicitada.
- 3.4.5. Supervisar que las imágenes y grabaciones no sean modificadas ni distribuidas sin autorización.

3.5. Gestión de incidencias

- 3.5.1. Responder de manera inmediata a cualquier alarma o acceso no autorizado.
- 3.5.2. Documentar incidentes con fecha, hora, tipo de evento y medidas tomadas.
- 3.5.3. Generar un informe diario consolidado de incidencias para la administración.

3.6. Normas de seguridad

- 3.6.1. Operar los sistemas de seguridad (CCTV, alarmas) según los manuales técnicos y protocolos establecidos
- 3.6.2. No permitir accesos no autorizados bajo ninguna circunstancia.
- 3.6.3. Mantener la confidencialidad de la información registrada en los sistemas de vigilancia.
- 3.6.4. Realizar rondas con precaución, evitando interferir con las actividades de investigación.
- 3.6.5. Documentar las incidencias en los formatos establecidos inmediatamente tras su detección.
- 3.6.6. Mantener la confidencialidad de las grabaciones y no compartir información sensible con terceros no autorizados.



- 3.6.7. Seguir las instrucciones de administración respecto a la autorización y manejo de las imágenes.
- 3.6.8. Reportar cualquier irregularidad en el proceso de solicitud o entrega al responsable de CCTV o administración.

3.7. Riesgos asociados al control de acceso

- 3.7.1. Accesos no autorizados por fallas en los sistemas de identificación o supervisión insuficiente.
- 3.7.2. Pérdida de información crítica por falta de resguardo de registros o fallos tecnológicos.
- 3.7.3. Retrasos en la respuesta a emergencias debido a comunicación ineficiente.
- 3.7.4. Daños a la seguridad perimetral por falta de mantenimiento de equipos de monitoreo o alarmas.
- 3.7.5. Violación de la privacidad de terceros si las grabaciones se entregan sin control adecuado.
- 3.7.6. Retrasos en entregar de imágenes que afecten investigaciones o respuestas a incidentes.
- 3.7.7. Uso indebido o alteración de las grabaciones por parte del solicitante.
- 3.7.8. Fallos técnicos que impidan el acceso o la entrega de las grabaciones solicitadas

3.8. Casos de emergencia

3.8.1. En caso de acceso no autorizado

- a. Activar la alarma inmediatamente y notificar al equipo de vigilancia y administración.
- b. Restringir el acceso al intruso y solicitar apoyo si es necesario (seguridad externa o policía).
- c. Documentar el incidente y revisar las grabaciones para identificar causas y responsables.

3.8.2. En caso de fallos de sistemas de acceso de control

- a. Reportar la falla al personal técnico especializado para su reparación urgente.
- b. Incrementar las rondas físicas mientras se restablece el sistema.
- c. Registrar el tiempo de inactividad y las medidas tomadas en el "Formato de Registro de Incidentes".

3.8.3. En caso de fallo técnico en el sistema de CCTV

- a. Informar al responsable de CCTV para una reparación urgente.
- b. Notificar al solicitante sobre el retraso y las medidas tomadas para resolver el problema.

3.8.4. En caso de solicitud urgente por emergencia

- a. Notificar a la administración inmediatamente para priorizar la evaluación y entrega de las grabaciones.
- b. Reducir el plazo de entrega y registrar la urgencia en el expediente correspondiente.



3.8.5. En caso de violación de confidencialidad

- Suspender el acceso del solicitante a las grabaciones y notificar a la administración.
- Investigar el incidente y aplicar medidas correctivas, documentando el caso para auditorías legales.

3.9. De los registros

- Los registros de vigilancia (ingresos, incidentes, grabaciones) se resguardarán por un período mínimo de 5 años, según normativas institucionales y legales peruanas.
- Las grabaciones obsoletas se eliminarán mediante un proceso seguro que garantice la confidencialidad.
- Los residuos tecnológicos (cámaras dañadas, tarjetas) se gestionarán como desechos electrónicos conforme a la normativa vigente

3.10. Comunicación y reportes

- Informar incidentes dentro de las 24 horas posteriores a su ocurrencia.
- Canalizar la comunicación de emergencias a través de sistemas centralizados.
- Generar informes periódicos sobre accesos, monitoreos e incidentes.
- Utilizar canales seguros para la transmisión de información confidencial.

3.11. Formatos y herramientas

- Formato de Ingreso del personal y vehicular

N°	Fecha	Hora ingreso	Nombres y Apellidos completos	Cargo	Laboratorio de Investigación	Hora salida	Firma	Observaciones
1								

- Formato de Registro de Incidentes

N°	Fecha de la incidencia	Hora	Ubicación de la incidencia	Responsables de la incidencia	Descripción de la incidencia	Acción inmediata tomada	Responsable del reporte	Comentarios adicionales

3.12. Supervisión y evaluación

3.12.1. Supervisión

- Realizar inspecciones periódicas de los equipos de vigilancia (cámaras, alarmas, sistemas biométricos).
- Supervisar el cumplimiento de los procedimientos por parte del equipo de vigilancia mediante revisiones aleatorias.



3.12.2. Evaluación

- a. Implementar capacitaciones regulares (cada 6 meses) en manejo de sistemas de seguridad y respuesta a emergencias
- b. Evaluar incidentes pasados para identificar áreas de mejora y ajustar el protocolo.
- c. Programar reuniones semestrales con la administración y coordinadores de laboratorio/instituto para revisar el cumplimiento y proponer optimizaciones.

3.12.3. Responsabilidades principales

a. Equipo de Vigilancia

- a.1. Monitorear continuamente las cámaras y sistemas de seguridad en tiempo real desde el centro de control.
- a.2. Verificar y registrar el ingreso/salida de personal, visitantes y vehículos conforme a las autorizaciones.
- a.3. Realizar rondas periódicas en el perímetro y zonas clave para identificar vulnerabilidades.
- a.4. Notificar y documentar incidentes o accesos no autorizados de inmediato a la administración.

b. Administración

- b.1. Proveer y gestionar credenciales de acceso (biométricos) y mantener actualizadas las listas de personal y vehículos autorizados.
- b.2. Supervisar la capacitación del equipo de vigilancia en sistemas de seguridad y protocolos de emergencia.
- b.3. Evaluar y ajustar los procedimientos de control de acceso según las necesidades del centro.

c. Personal Técnico Especializado

- c.1. Ejecutar el mantenimiento preventivo y correctivo de cámaras, alarmas y sistemas de monitoreo.
- c.2. Implementar actualizaciones tecnológicas para optimizar el control de acceso.
- c.3. Resolver fallas técnicas reportadas en coordinación con el equipo de vigilancia.

d. Responsable de CCTV

- d.1. Asegurar que las grabaciones sean almacenadas de manera segura y accesibles solo al personal autorizado.
- d.2. Preparar y entregar las imágenes aprobadas en el formato adecuado dentro del plazo establecido.
- d.3. Mantener un registro detallado de los accesos y entregas de grabaciones.

e. Visitantes/Proveedores

- e.1. Cumplir con las normativas de acceso y supervisión establecidas.
- e.2. Seguir los procedimientos de ingreso y permanencia en áreas restringidas bajo acompañamiento.
- e.3. Reportar cualquier anomalía detectada durante su estancia en el centro.





f. Solicitante de las grabaciones

- f.1. Completar y enviar el formulario de solicitud con información precisa y un motivo justificado.
- f.2. Tratar las imágenes entregadas con máxima confidencialidad, usándolas solo para el fin especificado.
- f.3. No alterar ni distribuir las grabaciones sin autorización explícita de la administración



PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y APERTURA

INTRODUCCIÓN

La limpieza en el CIALE es un conjunto de medidas y procedimientos estandarizados destinados a garantizar un entorno seguro, higiénico y funcional. Este protocolo tiene como propósito minimizar riesgos asociados a la contaminación cruzada, preservar la integridad de las instalaciones y equipos, y cumplir con las normativas aplicables, promoviendo prácticas sostenibles y la capacitación constante del personal involucrado. La implementación de este protocolo asegura que todas las áreas del CIALE, incluidas las restringidas, semirrestringidas y generales, mantengan condiciones óptimas para las actividades de investigación, enseñanza y extensión, protegiendo tanto a los usuarios como al medio ambiente.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Garantizar un entorno seguro, higiénico y funcional en todas las áreas del CIALE, minimizando riesgos, preservando instalaciones y equipos, cumpliendo normativas aplicables. Esto incluye prevenir contaminaciones cruzadas y fomentar prácticas sostenibles mediante procesos estandarizados.

1.2. Objetivos específicos

- 1.2.1. Prevenir contaminaciones cruzadas en laboratorios y áreas sensibles.
- 1.2.2. Fomentar prácticas sostenibles en la gestión de residuos y uso de insumos de limpieza.
- 1.2.3. Asegurar la capacitación del personal en técnicas seguras y eficientes de limpieza.

2. ALCANCE

Este protocolo aplica a todas las áreas del CIALE, incluyendo laboratorios, zonas comunes, perímetros externos y accesos vehiculares. Es de cumplimiento obligatorio para el equipo de vigilancia, administración, personal técnico especializado, coordinadores de laboratorio/instituto, visitantes, proveedores y cualquier persona que interactúe con las instalaciones del CIALE.

PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y APERTURA

3.1. Apertura y cierre de laboratorios

- 3.1.1. Abrir la puerta de las instalaciones, en caso de los laboratorios únicamente en presencia de los laboratoristas y previa autorización del encargado del laboratorio.
- 3.1.2. Verificar que el laboratorio esté vacío (sin personal) antes de cerrarlo.
- 3.1.3. Reportar cualquier irregularidad detectada en los laboratorios.

3.2. Limpieza de áreas generales

- 3.2.1. Barrer y trapear pisos en oficinas, pasillos, salas de reuniones y zonas comunes.
- 3.2.2. Limpiar y desinfectar superficies de contacto frecuente como manillas, interruptores y escritorios.

 UNSA <small>UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE AREQUIPA</small>	PROTOCOLOS PARA LA OPERATIVIDAD DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN APLICADA Y LABORATORIOS ESPECIALIZADOS – CIALE	Versión	1
		Página	17 de 50

3.2.3. Reemplazar bolsas de basura y vaciar papeleras, asegurando la disposición correcta de residuos.

3.3. Limpieza de laboratorios

- 3.3.1. Llenar el formulario de limpieza para poder programar el requerimiento pertinente.
- 3.3.2. Esperar la presencia del encargado del laboratorio antes de ingresar.
- 3.3.3. Limpiar mesas de trabajo y pisos en laboratorios, así como el retiro de residuos no peligrosos para evitar contaminación.
- 3.3.4. Informar al encargado del laboratorio cualquier sustancia desconocida o residuo químico antes de proceder.
- 3.3.5. Verificar la limpieza de áreas sensibles bajo supervisión del encargado del laboratorio.
- 3.3.6. No mover ni limpiar equipos especializados a menos que el encargado del laboratorio lo indique.
- 3.3.7. Registrar cualquier incidencia dentro del laboratorio.

3.4. Mantenimiento de servicios básicos

- 3.4.1. Realizar limpieza profunda de baños, incluyendo la desinfección de inodoros, lavabos y pisos.
- 3.4.2. Asegurar la disponibilidad de suministros: jabón líquido, papel higiénico y toallas desechables.
- 3.4.3. Limpiar y organizar áreas de comedor, incluyendo mesas, sillas y superficies.

3.5. Verificación y supervisión final

- 3.5.1. Inspeccionar todas las áreas después de cada jornada para garantizar el cumplimiento de estándares de limpieza.
- 3.5.2. Generar un informe diario sobre el estado de las áreas y cualquier observación relevante.

3.6. Normas de seguridad

- 3.6.1. Uso obligatorio de equipos de protección personal, en adelante EPP, en todas las actividades.
- 3.6.2. Prohibición de manipular equipos especializados sin autorización.
- 3.6.3. Supervisión estricta en la disposición de residuos peligrosos.
- 3.6.4. Capacitación continua sobre seguridad y manejo de productos químicos.

3.7. Riesgos asociados a las actividades de limpieza

- 3.7.1. Exposición a sustancias químicas o residuos peligrosos durante la limpieza de laboratorios.
- 3.7.2. Contaminación cruzada por manejo inadecuado de residuos o superficies.
- 3.7.3. Lesiones físicas (cortaduras, caídas) por manipulación de herramientas o equipos de limpieza.
- 3.7.4. Daños a equipos especializados por uso indebido de productos o técnicas de limpieza.

3.8. Elementos de protección personal

- 3.8.1. EPP requeridos: guantes de nitrilo o látex, mascarillas, botas antideslizantes, gafas de seguridad (si aplica).
- 3.8.2. Secuencia para vestir: bata o delantal, mascarilla, gafas (si necesario), guantes.



3.8.3. Secuencia para retirar: guantes, gafas, mascarilla, bata o delantal.

3.9. Caso de emergencias

3.9.1. En caso de emergencias (derrames de productos químicos, accidentes (lesiones), exposición química), se debe:

- Notificar inmediatamente al encargado del laboratorio y a la administración.
- Seguir los protocolos de Seguridad y Salud en el Trabajo del CIALE.

3.10. Disposición final de residuos

- Los residuos no peligrosos se desechan en contenedores designados para reciclaje o basura común.
- Los residuos peligrosos (químicos, biológicos) se reportan al encargado del laboratorio para su manejo por personal especializado, siguiendo la normativa peruana.
- Está prohibido desechar líquidos inflamables, tóxicos o corrosivos por desagües.
- Etiquetar y segregar residuos según su naturaleza antes de su disposición final.

3.11. Comunicación y reportes

3.11.1. Canales internos:

- Comunicación diaria entre limpieza, laboratorios y administración.
- Informes semanales sobre el estado de limpieza y residuos.

3.11.2. Reportes de incidentes:

- Registro detallado de anomalías o daños.
- Informes sobre residuos peligrosos gestionados.

3.12. Formatos y herramientas

3.12.1. Formato de Registro de Limpieza:

Fecha	Área	Actividad realizada	Responsable	Observaciones	Firma

3.12.2. Formato de Registro de Incidentes:

Nº	Fecha	Hora	Ubicación	Responsables	Descripción	Acción tomada	Responsable del reporte	Comentarios adicionales

3.13. Supervisión y evaluación

- Inspecciones regulares para verificar el cumplimiento de estándares.
- Supervisión directa en áreas restringidas por encargados de laboratorio.
- Evaluaciones semanales del estado general de limpieza.



- 3.13.4. La administración del edificio revisará semanalmente los reportes de incidentes.
- 3.13.5. Se llevarán a cabo reuniones semestrales para evaluar el cumplimiento del protocolo, resolver problemas y sugerir mejoras.
- 3.13.6. Los directores de laboratorio deberán garantizar que sus asistentes conozcan y respeten este protocolo.

3.14. Responsabilidades principales

3.14.1. Personal de Limpieza

- a. Garantizar el resguardo de las llaves de las instalaciones del CIALE (Área Administrativa, Áreas comunes y Laboratorios).
- b. Aperturar y cerrar las puertas de los ambientes del CIALE.
- c. Realizar las actividades de limpieza siguiendo los procedimientos establecidos para cada tipo de área (restringidas, semi-restringidas y generales).
- d. Usar correctamente los equipos de protección personal (EPP) durante sus labores.
- e. Reportar cualquier daño, irregularidad o acumulación de residuos peligrosos al administrador del CIALE.

3.14.2. Encargados de Laboratorio

- a. Solicitar a la administración que se requiere apoyo de servicio interno para la limpieza del laboratorio a su cargo.
- b. Supervisar las actividades de limpieza en laboratorios y áreas sensibles, asegurando que no se manipulen equipos especializados.
- c. Proporcionar información y especificaciones sobre los insumos y procedimientos adecuados para la limpieza de sus áreas.
- d. Garantizar que los residuos peligrosos sean manejados y dispuestos correctamente por personal especializado.
- e. Evitar el uso de insumos de limpieza que puedan comprometer la infraestructura, el mobiliario y los equipos del laboratorio a su cargo.

3.14.3. Administrador del CIALE

- a. Coordinar los cronogramas de limpieza (dentro de áreas comunes y laboratorios) y asegurar la disponibilidad de materiales y productos necesarios.
- b. Verificar que los procedimientos de limpieza cumplan con normativas legales y estándares de seguridad.
- c. Programar capacitaciones periódicas sobre técnicas de limpieza, manejo de residuos y uso adecuado de productos químicos.



PROTOCOLO DE USO DE ÁREAS COMUNES

INTRODUCCIÓN

Las áreas comunes del Edificio CIALE son espacios compartidos destinados a facilitar el desarrollo de actividades académicas, administrativas e investigativas. Estas áreas incluyen el auditorio, cubículos de investigación, sala de reuniones, sala de lectura y comedor. Para garantizar su uso eficiente, seguro y organizado, es necesario establecer lineamientos claros que regulen el acceso, el comportamiento y las responsabilidades de los usuarios. Este protocolo tiene como objetivo asegurar un ambiente de trabajo adecuado, evitando conflictos y preservando la integridad de las instalaciones y equipos.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Establecer lineamientos para un uso eficiente y responsable de las áreas comunes del edificio CIALE, asegurando que cada usuario comprenda su responsabilidad al utilizar estos espacios.

1.2. Objetivos específicos

- 1.2.1. Garantizar el orden y la limpieza de las áreas comunes.
- 1.2.2. Prevenir accidentes y daños en las instalaciones y equipos.
- 1.2.3. Facilitar la coordinación y reserva de espacios para evitar conflictos.
- 1.2.4. Promover una cultura de respeto y responsabilidad entre los usuarios.

2. ALCANCE

Este protocolo aplica a todas las áreas comunes del edificio CIALE y a todos los usuarios, incluyendo:

- 2.1. Coordinadores de laboratorio/instituto y sus asistentes.
- 2.2. Personal técnico y administrativo.
- 2.3. Visitantes, proveedores y cualquier otra persona relacionada con las actividades de investigación del CIALE.

3. PROTOCOLO DE USO DE ÁREAS COMUNES

3.1. Normas de conducta del personal que ingrese a las áreas comunes

- 3.1.1. No comer, ni beber, ni fumar en áreas no designadas para ello (excepto en el comedor).
- 3.1.2. Mantener un comportamiento profesional y respetuoso en todo momento.
- 3.1.3. No bloquear las rutas de escape ni los pasillos con objetos o equipos.
- 3.1.4. Usar los espacios exclusivamente para los fines autorizados.
- 3.1.5. Limpiar y organizar el área después de su uso.

3.2. Normas generales de seguridad y trabajo en las áreas comunes

- 3.2.1. Identificar la ubicación de los elementos de seguridad (extintores, salidas de emergencia, lavajos, etc.) antes de usar el espacio.
- 3.2.2. No manipular equipos o mobiliario sin autorización.
- 3.2.3. Reportar inmediatamente cualquier incidente o daño a la administración del edificio.
- 3.2.4. Apagar luces y equipos al finalizar las actividades.



3.3. Uso de áreas comunes

3.3.1. Auditorio

- Reservar el auditorio con al menos 48 horas de anticipación mediante el sistema de gestión o directamente con la administración.
- Verificar el estado del equipo audiovisual antes y después del uso.
- Reportar cualquier desperfecto o incidente.
- Informar al personal de servicio para la limpieza del ambiente si lo requiere una vez terminada las actividades.

3.3.2. Cubículos de investigación

- Cada director de laboratorio tendrá asignado un cubículo específico, del cual será responsable.
- Utilizar el espacio exclusivamente para actividades relacionadas con la investigación.
- Mantener el cubículo organizado, limpio y reportar cualquier daño o falta de material.

3.3.3. Sala de reuniones

- Coordinar el uso de la sala con otros responsables para evitar reservas superpuestas.
- Respetar los horarios acordados y no exceder el tiempo asignado.
- Mantener la sala ordenada, limpia y reportar cualquier incidente.

3.3.4. Sala de lectura (5to piso)

- Mantener silencio y orden en todo momento.
- No consumir alimentos ni bebidas dentro de la sala.
- Reportar cualquier daño o falta de materiales.

3.3.5. Comedor (5to piso)

- Utilizar el comedor exclusivamente para la ingesta de alimentos y bebidas.
- Limpiar el espacio utilizado y depositar la basura en los contenedores designados.
- Usar los electrodomésticos (refrigeradora y cocina) de manera adecuada y mantenerlos limpios.
- Respetar las normas de convivencia.

3.4. Procedimiento diario para el uso de áreas comunes

3.4.1. Reserva de espacios

- Realizar la solicitud mediante el sistema de gestión o con el administrador del CIALE, según el área común a utilizar, indicando la actividad a realizar, fecha, hora, tiempo y personal que asistirá; se debe comunicar con 24 horas de anticipación.
- Confirmar la disponibilidad y esperar la aprobación.
- Registrar la actividad programada, incluyendo responsables y duración.



3.4.2. Acceso a las áreas comunes

- Presentar la autorización aprobada al responsable del edificio.
- Verificar que el espacio esté en condiciones óptimas antes de iniciar la actividad.
- En caso de mal funcionamiento del equipamiento, notificarlo antes de utilizarlo.

3.4.3. Durante la actividad

- Utilizar el espacio de acuerdo con las normas establecidas.
- No exceder el tiempo asignado.
- Mantener el orden y limpieza del área.

3.4.4. Finalización de la actividad

- Apagar equipos electrónicos y luces.
- Verificar que no se dejen objetos personales o residuos.
- Reportar cualquier incidente o daño en el formulario correspondiente.

3.5. Normas de seguridad

- 3.5.1. Respetar los protocolos de seguridad establecidos en el edificio.
- 3.5.2. No mover ni manipular equipos sin autorización.
- 3.5.3. Mantener las salidas de emergencia despejadas.
- 3.5.4. En el comedor, seguir las normas de higiene y seguridad alimentaria.

3.6. Comunicación y reportes

3.6.1. Reportes

Completar un registro de uso del área asignada, indicando:

- Fecha y hora de uso.
- Responsable del laboratorio.
- Descripción de la actividad realizada.
- Observaciones sobre el estado del área.

3.6.2. Reporte de incidentes

Documentar cualquier daño o irregularidad en el formato correspondiente:

- Ubicación de la incidencia.
- Responsables de la incidencia.
- Descripción de la incidencia.
- Acciones tomadas.
- Datos del responsable del reporte.
- Firma del responsable.
- Comentarios adicionales.

3.6.3. Registro de incidencias

Registro de los reportes de incidencia en el formato correspondiente:

- Número.



- b. Fecha de la incidencia y hora.
- c. Ubicación de la incidencia.
- d. Responsables de la incidencia.
- e. Descripción de la incidencia.
- f. Acción inmediata tomada.
- g. Responsable del reporte.
- h. Comentarios adicionales.

3.7. Formatos y herramientas

3.7.1. Formato de registro de uso

Fecha	Área común	Actividad	Responsable	Observaciones	Firma

3.7.2. Formato de registro de incidentes

N°	Fecha	Hora	Ubicación	Responsables	Descripción	Acción inmediata	Responsable del reporte	Comentarios adicionales

3.8. Supervisión y evaluación

- 3.8.1. La administración del edificio revisará semanalmente los registros de uso y reportes de incidentes.
- 3.8.2. Se llevarán a cabo reuniones semestrales para evaluar el cumplimiento del protocolo, resolver problemas y sugerir mejoras.
- 3.8.3. Los directores de laboratorio deberán garantizar que sus asistentes conozcan y respeten este protocolo.

3.9. Responsabilidades del administrador del CIALE y coordinadores de laboratorio/instituto

- 3.9.1. Supervisar el cumplimiento de las normas establecidas en este protocolo.
- 3.9.2. Coordinar las reservas de espacios comunes y verificar su disponibilidad.
- 3.9.3. Mantener actualizado el inventario de equipos y mobiliario de las áreas comunes.
- 3.9.4. Reportar inmediatamente cualquier daño o condición insegura a la administración del CIALE.
- 3.9.5. Capacitar al personal nuevo sobre las normas de uso de las áreas comunes.
- 3.9.6. Garantizar que los botiquines de primeros auxilios estén debidamente abastecidos.



PROTOCOLO PARA EL CONTROL DE VISITAS

INTRODUCCIÓN

El acceso al Centro de Investigación Aplicada y Laboratorios Especializados (CIALE) debe ser gestionado de manera organizada y segura para garantizar la protección de la infraestructura, equipamiento, la seguridad del personal y el cumplimiento de las normas de confidencialidad y acceso restringido. Este protocolo establece los lineamientos necesarios para regular el ingreso, supervisión y registro de visitantes, asegurando que todas las actividades se desarrollen dentro de un marco controlado y seguro. Es fundamental que todo ingreso de visitantes sea gestionado de manera organizada, asegurando el cumplimiento de normas de seguridad y el registro detallado de las actividades realizadas durante su estancia.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Establecer un protocolo organizado y seguro para la gestión del acceso, supervisión y registro de visitantes en el CIALE, asegurando la protección de la infraestructura, la seguridad del personal y el cumplimiento de las normas de confidencialidad y acceso restringido.

1.2. Objetivos específicos

- 1.2.1. Garantizar que todos los visitantes estén debidamente autorizados antes de ingresar al CIALE.
- 1.2.2. Supervisar y registrar todas las actividades realizadas por los visitantes durante su estancia.
- 1.2.3. Proteger la infraestructura, equipos y documentación sensible del centro.
- 1.2.4. Promover una cultura de responsabilidad y cumplimiento normativo entre los usuarios del CIALE.



2. ALCANCE

Este protocolo aplica a:

- 2.1. Visitantes ocasionales (público externo, investigadores, representantes de instituciones).
- 2.2. Proveedores de bienes y servicios.
- 2.3. Autoridades, auditores y personal técnico externo.
- 2.4. Incluye el acceso a laboratorios, áreas comunes y oficinas administrativas del CIALE.



3. PROTOCOLO PARA EL CONTROL DE VISITAS

3.1. Procedimientos para el control de visitas

3.1.1. Solicitud y autorización de visitas

- a. El solicitante interno debe enviar una solicitud de visita a la administración con al menos veinticuatro (24) horas de anticipación; deberá contener los siguientes datos: apellidos y nombres completos, documento de identidad, motivo de la visita, área a visitar, duración estimada.

- b. La administración revisará y aprobará la solicitud, notificando al personal de vigilancia y recepción.
- c. En caso de visitas no programadas, se requerirá la autorización inmediata del responsable del área correspondiente.

3.1.2. Del ingreso

- a. El visitante se presenta en recepción y muestra su documento de identidad vigente.
- b. Personal de Vigilancia verifica la autorización en el sistema y registra los datos del visitante.
- c. Se emite una credencial temporal con el nivel de acceso permitido.
- d. Se informa al visitante sobre las normas de seguridad y restricciones en el centro.
- e. El visitante es acompañado por el solicitante o un guía designado.

3.1.3. Supervisión durante la visita

- a. El visitante debe estar acompañado en todo momento en áreas restringidas.
- b. Se debe evitar el acceso no autorizado a equipos o documentación sensible.
- c. Personal de Vigilancia monitoreará la actividad en tiempo real a través del sistema de CCTV.

3.1.4. De la salida

- a. El visitante devuelve la credencial temporal al salir.
- b. Personal de Vigilancia verifica que el visitante no retire materiales no autorizados.
- c. Se registra la hora de salida en el sistema.
- d. El solicitante interno envía un informe breve sobre la actividad realizada durante la visita.

3.2. Normas generales de seguridad para visitas

- 3.2.1. Presentar en recepción su documento de identidad vigente.
- 3.2.2. Cumplir con las normas de seguridad establecidas, incluyendo el uso de equipos de protección personal (EPP) si corresponde.
- 3.2.3. No tomar fotografías, ni grabar videos (de requerir debe contar con autorización previa).
- 3.2.4. Visitar áreas restringidas con autorización expresa.
- 3.2.5. Mantener la confidencialidad sobre las actividades observadas en los laboratorios.
- 3.2.6. Devolver la credencial temporal al salir y permitir la verificación de materiales retirados.

3.3. Riesgos asociados al control de visitas

- 3.3.1. Ingreso no autorizado a áreas restringidas, comprometiendo la seguridad y confidencialidad.
- 3.3.2. Uso y manejo no autorizado de equipos especializados.
- 3.3.3. Retiro indebido de materiales o equipos del CIALE.
- 3.3.4. Incidentes de seguridad debido a la falta de supervisión o incumplimiento de normas.



3.4. Caso de emergencias

3.4.1. Durante la Visita

- a. En caso de incidentes (ej. violación de normas, acceso no autorizado, etc), el solicitante o personal de Vigilancia notificará inmediatamente a la administración.
- b. Si ocurre una emergencia mayor (sismo, incendio), el visitante será guiado por el solicitante o personal designado a las zonas de seguridad o salidas de emergencia.

3.4.2. Después de la Emergencia

- a. Presentarse en recepción con su documento de identidad vigente.
- b. La administración evaluará el incidente y registrará las causas y medidas tomadas.
- c. Se actualizarán los procedimientos según sea necesario para prevenir futuros eventos.

3.4.3. Comunicación y reportes

- a. Comunicación
 - a.1. El solicitante debe informar a recepción sobre cualquier cambio o cancelación en la programación de la visita.
 - a.2. Cualquier incidente durante la visita debe ser reportado inmediatamente al Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo o a la administración del CIALE.
- b. Reportes
 - b.1. Registro de visitas: incluye nombre del visitante, área visitada, fecha y hora de ingreso/salida.
 - b.2. Informe de actividades: resumen breve de las actividades realizadas por los visitantes en el centro.

3.5. Formatos y herramientas

3.5.1. Formatos

- a. Formato de Solicitud de Visitas: Documento para programar visitas, incluye datos del visitante y detalles del propósito.
- b. Registro de Ingreso y Salida: Plantilla para documentar las entradas y salidas de visitantes.
- c. Informe Post-Visita: Resumen de actividades realizadas, entregado por el solicitante interno.

Supervisión y evaluación

a. Supervisión

- a.1. Personal de Vigilancia realizará verificaciones aleatorias durante la visita
- a.2. Supervisores del área evaluarán el impacto de las visitas en las operaciones del laboratorio.



b. Evaluación

- b.1. Revisiones trimestrales para actualizar el protocolo e incluir mejoras según los cambios tecnológicos o estructurales.
- b.2. Análisis de incidentes y estadísticas para identificar áreas de mejora.
- b.3. Encuestas de satisfacción para medir la percepción de la gestión del control de visitas entre los usuarios del centro.

3.6. Responsabilidades

3.6.1. Personal de Vigilancia/Recepción

- a. Verificar la identidad y autorización de los visitantes.
- b. Registrar los datos de ingreso y salida en el sistema de control.
- c. Brindar instrucciones sobre las normas de seguridad y áreas permitidas.
- d. Monitorear las actividades de los visitantes en tiempo real mediante Circuito Cerrado de Televisión-CCTV.

3.6.2. Solicitante Interno

- a. Gestionar la autorización previa para la visita.
- b. Acompañar al visitante durante su estancia en áreas restringidas.
- c. Notificar a la administración cualquier incidente o actividad relevante.
- d. Entregar un informe breve sobre las actividades realizadas durante la visita, si aplica.

3.6.3. Administración del CIALE

- a. Aprobar o denegar solicitudes de acceso, dependiendo del tipo de visita.
- b. Supervisar el cumplimiento del protocolo de visitas.
- c. Guardar un registro histórico de todas las visitas realizadas al centro.



PROTOCOLO PARA EL TRASLADO DE EQUIPOS

INTRODUCCIÓN

El traslado de equipos y equipos complementarios dentro y fuera del CIALE requiere un manejo cuidadoso para garantizar la integridad de los equipos, la seguridad del personal involucrado y el cumplimiento de la normatividad aplicable. Este protocolo establece lineamientos claros para asegurar que todos los traslados se realicen de manera segura, eficiente y organizada, minimizando riesgos y protegiendo tanto los recursos como el entorno laboral.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Establecer un protocolo seguro y eficiente para el traslado de equipos y equipos complementarios dentro y fuera del CIALE, garantizando la protección de los equipos, la seguridad del personal involucrado y el cumplimiento de las normativas aplicables.

1.2. Objetivos específicos

- 1.2.1. Garantizar que los equipos sean trasladados sin daños durante su movimiento.
- 1.2.2. Minimizar riesgos asociados al traslado de equipos sensibles o voluminosos.
- 1.2.3. Asegurar la documentación adecuada del estado de los equipos antes y después del traslado.
- 1.2.4. Facilitar la coordinación entre áreas involucradas en el traslado.
- 1.2.5. Cumplir con la normatividad interna y externa, relacionadas con el manejo y transporte de equipos.

2. ALCANCE

Este protocolo aplica a:

- 2.1. Dentro del edificio (entre laboratorios, áreas comunes, pisos o áreas administrativas).
- 2.2. Fuera del edificio (dependencias de la universidad, transporte a otros centros, instituciones o proveedores de mantenimiento). Incluye equipos de investigación, tecnológicos, de soporte y mobiliario especializado y de escritorio.

3. PROTOCOLO PARA EL TRASLADO DE EQUIPOS

3.1. Solicitud y Autorización de Traslado

- 3.1.1. El responsable del laboratorio o área deberá llenar un Formulario de Traslado o Movimiento de Equipos.
- 3.1.2. La solicitud será enviada a la administración para su revisión y aprobación.

3.2. Preparación del Equipo

- 3.2.1. Realizar un inventario del equipo y documentar su estado actual (fotografías incluidas).

- 3.2.2. Desconectar el equipo de fuentes de energía, gases u otros sistemas.
- 3.2.3. Retirar cualquier tipo de muestras o insumos incorporados en el equipo.
- 3.2.4. Embalar adecuadamente el equipo, utilizando materiales de protección (plástico de burbujas, cajas rígidas, soportes antivibración, etc.).
- 3.2.5. Etiquetar el equipo con la información relevante: "Fragil" o "Manejo Especial" si corresponde, destino y contacto del responsable.

3.3. Transporte Interno

- 3.3.1. Inspeccionar las rutas de transporte dentro del edificio para evitar obstáculos.
- 3.3.2. Utilizar carros transportadores, rampas y elevadores según sea necesario.
- 3.3.3. Asegurar el equipo durante el traslado para evitar daños por movimientos bruscos.
- 3.3.4. Coordinar con personal de apoyo según la necesidad del equipo.

3.4. Transporte Externo

- 3.4.1. Verificar las condiciones adecuadas para el traslado de los equipos y/o equipos complementarios.
- 3.4.2. Contratar servicios especializados para equipos sensibles o voluminosos.
- 3.4.3. Asegurar que el vehículo utilizado tenga las condiciones adecuadas (amortiguadores, anclajes, espacio suficiente).
- 3.4.4. Supervisar la carga y descarga del equipo en el vehículo de transporte.

3.5. Recepción en el Destino

- 3.5.1. Inspeccionar el estado del equipo al llegar al destino.
- 3.5.2. Documentar cualquier daño o anomalía observada.
- 3.5.3. Firmar el acta de recepción y actualizar el inventario.

3.6. Normas generales de seguridad para el traslado de equipos

- 3.6.1. Usar equipos de protección personal (guantes, cascos, calzado de seguridad) durante el traslado.
- 3.6.2. Prohibir el traslado de equipos pesados sin las herramientas adecuadas (carretillas, polipastos).
- 3.6.3. Restringir el acceso a las áreas de transporte durante la operación.
- 3.6.4. No trasladar equipos con sustancias químicas u otros materiales peligrosos, sin autorización previa.

3.7. Comunicación y reportes

3.7.1. Comunicación

- a. Informar al personal involucrado sobre el traslado, con antelación.
- b. Coordinar horarios para minimizar interrupciones en las actividades del CIALE.

3.7.2. Reportes

- a. **Formulario de Traslado o Movimiento de Equipos:** Documento que identifica qué equipo o complemento sale o ingresa al CIALE.



- b. **Acta de Entrega-Recepción:** Documento que detalle el estado del equipo antes y después del traslado.
- c. **Reporte de Incidentes:** Formato para registrar daños, retrasos u otros problemas durante el traslado.

3.8. Herramientas

- 3.8.1. Carros transportadores y montacargas.
- 3.8.2. Materiales de empaque (espuma, cajas rígidas, protectores antivibración).
- 3.8.3. Software para la gestión del inventario y traslados.

3.9. Supervisión y evaluación

a. Supervisión

- a.1. Personal de Vigilancia realizará verificaciones aleatorias durante el traslado del equipo o complemento para asegurar el cumplimiento del protocolo.
- a.2. Supervisores del área evaluarán el impacto de las visitas en las operaciones del laboratorio.

b. Evaluación

- b.1. Revisiones trimestrales para actualizar el protocolo, a efecto de incluir mejoras según los cambios tecnológicos o estructurales.
- b.2. Análisis de incidentes y estadísticas para identificar áreas de mejora.
- b.3. Encuestas de satisfacción para medir la percepción de la gestión del control de visitas entre los usuarios del centro.

3.10. Responsabilidades principales

3.10.1. Responsable del laboratorio y/o Técnico Autorizado

- a. Solicitar la autorización para el traslado de equipos y equipos complementarios, mediante un formulario con 48 horas de anticipación.
- b. Enviar a administración un correo con las especificaciones correspondientes para el traslado, si aplica.
- c. Supervisar las condiciones de empaque, etiquetado y transporte.
- d. Registrar el estado del equipo antes y después del traslado.

3.10.2. Personal autorizado del traslado del equipo

- a. Asegurar el uso de herramientas y técnicas adecuadas para el traslado.
- b. Garantizar que los equipos sean manejados y transportados de manera segura.
- c. Inspeccionar los equipos y las rutas de transporte antes del movimiento.

3.10.3. Administración del CIALE

- a. Aprobar las solicitudes de traslado.
- b. Gestionar los recursos necesarios para el traslado de equipos.
- c. Coordinar y enviar el formulario al personal de Vigilancia para la salida o



ingreso al edificio del CIALE.

- d. Coordinar con proveedores externos si se requiere transporte especializado.
- e. Mantener registros detallados de los traslados realizados.



PROTOCOLO PARA EL MANTENIMIENTO Y CALIBRACIÓN DE EQUIPOS

INTRODUCCIÓN

El mantenimiento preventivo y correctivo en el Centro de Investigación Aplicada y Laboratorios Especializados (CIALE) es un conjunto de procedimientos estandarizados destinados a garantizar el funcionamiento óptimo, la confiabilidad y la trazabilidad de los equipos de alta gama utilizados en los 24 laboratorios especializados. Este protocolo se alinea con los requisitos de la norma NTP ISO/IEC 17025:2017 (Norma Técnica Peruana de Laboratorios de Ensayo y Calibración), enfocándose en la gestión técnica y administrativa de los equipos para asegurar la calidad de los ensayos y calibraciones, así como la acreditación del CIALE como laboratorio competente. Este protocolo busca garantizar la disponibilidad de los recursos técnicos y la seguridad operativa, promoviendo la mejora continua y el cumplimiento de estándares internacionales.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Establecer los lineamientos para el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos del CIALE, asegurando su correcto funcionamiento, prolongando su vida útil y cumpliendo los requisitos de la NTP ISO/IEC 17025:2017 para la acreditación del CIALE.

1.2. Objetivos Específicos

- 1.2.1. Implementar un sistema de mantenimiento planificado que minimice fallos y paradas imprevistas.
- 1.2.2. Garantizar la calibración y verificación periódica de los equipos de alta gama.
- 1.2.3. Asegurar la trazabilidad de las actividades de mantenimiento mediante registros documentados.

2. ALCANCE

Este protocolo aplica a los 24 laboratorios especializados del CIALE, abarcando equipos de alta gama utilizados en campos de ingeniería y ciencias puras. Es de cumplimiento obligatorio para el personal técnico, encargados de laboratorio, administrador del CIALE y la Unidad de Institutos y Laboratorios de Investigación del Instituto de Investigación, bajo la supervisión del Instituto de Investigación.

3. PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO Y CALIBRACIÓN DE EQUIPOS

3.1. Procedimientos de mantenimiento y trabajo

3.1.1. Mantenimiento Preventivo:

- a. Realizar inspecciones periódicas según el cronograma (mensual, trimestral o anual, según el equipo).



- b. Limpiar, lubricar y ajustar componentes conforme a las recomendaciones del fabricante.
- c. Verificar la calibración de los equipos con patrones trazables a estándares nacionales o internacionales.
- d. Documentar cada intervención en el "Registro de Mantenimiento Preventivo".

3.1.2. Mantenimiento Correctivo

- a. Atender fallos reportados de inmediato, priorizando la seguridad del laboratorio.
- b. Diagnosticar la causa del fallo y reparar o reemplazar componentes defectuosos.
- c. Verificar el funcionamiento pos-reparación mediante pruebas operativas.
- d. Registrar la intervención en el "Registro de Mantenimiento Correctivo".

3.1.3. Calibración de Equipos

- a. Coordinar calibraciones con proveedores acreditados bajo NTP ISO/IEC 17025:2017.
- b. Asegurar que los certificados de calibración incluyan trazabilidad e incertidumbre.
- c. Etiquetar los equipos con la fecha de calibración y próxima revisión.

3.1.4. Gestión de Repuestos

- a. Mantener un inventario actualizado de repuestos críticos para los equipos de alta gama.
- b. Adquirir repuestos originales o equivalentes certificados por el fabricante.

3.2. Riesgos asociados a las actividades de mantenimiento

- 3.2.1. Fallos operativos por falta de mantenimiento preventivo oportuno.
- 3.2.2. Daños a equipos de alta gama por intervenciones incorrectas o uso de repuestos no adecuados.
- 3.2.3. Riesgos físicos (electrocución, quemaduras) durante reparaciones sin EPP o procedimientos adecuados.
- 3.2.4. Pérdida de trazabilidad si no se documentan las intervenciones.

3.3. Elementos de protección personal

- 3.3.1. EPP requeridos: Guantes aislantes, gafas de seguridad, botas antideslizantes, mascarillas (si hay polvo o vapores).
- 3.3.2. Secuencia para Vestir: Bata, mascarilla (si aplica), gafas, guantes.
- 3.3.3. Secuencia para Retirar: Guantes, gafas, mascarilla, bata.

Casos de emergencia

3.4.1. Caso de fallos graves de equipos

- a. Detener inmediatamente el uso del equipo afectado y notificar al encargado del laboratorio.
- b. Evaluar el impacto en las actividades del laboratorio/instituto y reportar al



administrador del CIALE.

- c. Gestionar la reparación correctiva o el reemplazo del equipo, con urgencia.
- d. Registrar el incidente y las acciones tomadas en el formato correspondiente.

3.4.2. Caso de accidentes durante el mantenimiento

- a. Proporcionar primeros auxilios al personal afectado, según el Protocolo de Seguridad Salud en Trabajo y notificar a la administración del CIALE.
- b. Suspender las actividades en el área hasta garantizar condiciones seguras.
- c. Analizar las causas del accidente y proponer medidas preventivas en el informe post-accidente.

3.4.3. Incendios Relacionados con equipos

- a. Activar la alarma y notificar al administrador del CIALE sobre el incidente.
- b. Apagar fuentes eléctricas y de gas cercanas, si es seguro hacerlo.
- c. Evacuar el laboratorio siguiendo las rutas establecidas y usar extintores solo si se está capacitado.
- d. Seguir los procedimientos de Trabajo Seguro del Protocolo de Seguridad.
- e. Evaluar daños tras el incidente y reportarlos al Instituto de Investigación.

3.5. Disposición final de equipos y residuos

- 3.5.1. Los equipos obsoletos o irreparables se gestionarán como residuos tecnológicos, siguiendo la normativa peruana (Ley 29419).
- 3.5.2. Los residuos generados durante el mantenimiento (aceites, baterías, componentes electrónicos) se clasificarán como peligrosos y se dispondrán en contenedores específicos para su tratamiento por empresas autorizadas.
- 3.5.3. Se prohíbe desechar residuos peligrosos en desagües o contenedores de basura común.

3.6. Comunicación y reportes

3.6.1. Comunicación

- a.1. Establecer canales de comunicación entre el personal técnico, encargados de laboratorio, administrador del CIALE y la Unidad de Institutos y Laboratorios de Investigación.
- a.2. Notificar fallos o necesidades de mantenimiento al administrador del CIALE de forma inmediata.

3.6.2. Reportes

- b.1. Registro de mantenimiento preventivo: fecha, equipo, actividad realizada, técnico responsable, observaciones.
- b.2. Registro de mantenimiento correctivo: fecha, equipo, falla detectada, reparación realizada, técnico responsable.
- b.3. Informe mensual: estado de los equipos, calibraciones realizadas y necesidades pendientes, enviado al Instituto de Investigación.



3.7. Supervisión y evaluación

3.7.1. Supervisión

- a.1. El administrador del CIALE realizará inspecciones trimestrales para verificar el cumplimiento del protocolo.
- a.2 Los encargados de laboratorio supervisarán directamente las intervenciones en sus áreas.

3.7.2. Evaluación

- b.1. Revisiones anuales del protocolo para incorporar mejoras basadas en la NTP ISO/IEC 17025:2017.
- b.2. Auditorías internas para evaluar la gestión de equipos y preparación para la acreditación.
- b.3. Encuestas al personal técnico para identificar dificultades y optimizar procesos.

3.8. Responsabilidades principales

3.8.1. Personal Técnico del CIALE

- a. Verificar el estado operativo de los equipos antes y después de cada intervención.
- b. Usar correctamente los equipos de protección personal (EPP) durante las tareas.
- c. Reportar anomalías, fallos o necesidades de repuestos al encargado del laboratorio.

3.8.2. Encargados de Laboratorio

- a. Supervisar las actividades de mantenimiento en su laboratorio asignado.
- b. Coordinar con el personal técnico las fechas y condiciones para las intervenciones.
- c. Garantizar que los equipos estén disponibles y en condiciones seguras para el mantenimiento.
- d. Mantener actualizados los registros de mantenimiento y calibración de cada equipo.

3.8.3. Administración del CIALE

- a. Elaborar y aprobar los cronogramas anuales de mantenimiento preventivo.
- b. Gestionar la contratación de servicios externos para mantenimiento especializado o calibración acreditada.
- c. Asegurar la disponibilidad de recursos (repuestos, herramientas, presupuesto) para las actividades de mantenimiento.
- d. Reportar al Instituto de Investigación cualquier necesidad de mejora en los procesos.

3.8.4. Unidad de Institutos y Laboratorios de Investigación

- a. Supervisar el cumplimiento del protocolo en el CIALE.



- b. Gestionar la asignación de fondos y contratos con proveedores acreditados bajo la NTP ISO/IEC 17025:2017.
- c. Asegurar la capacitación del personal en técnicas de mantenimiento y normas de calidad.

3.8.5. Instituto de Investigación (Dirección)

- a. Aprobar las políticas y recursos necesarios para la implementación del protocolo.
- b. Informar al Vicerrectorado de Investigación sobre el estado de los equipos y avances hacia la acreditación.

3.9. Normas de conducta del personal técnico

- 3.9.1. Seguir estrictamente las instrucciones de los manuales de los equipos y las especificaciones del fabricante.
- 3.9.2. No realizar intervenciones sin autorización previa del encargado del laboratorio.
- 3.9.3. Usar EPP adecuado (guantes, gafas, botas) durante las tareas de mantenimiento.
- 3.9.4. Registrar todas las acciones realizadas en el formato correspondiente.
- 3.9.5. Mantener las áreas de trabajo limpias y libres de obstrucciones durante las intervenciones.



PROTOCOLO DE ABASTECIMIENTO

INTRODUCCIÓN

El abastecimiento en el CIALE es un proceso clave para garantizar la continuidad de las actividades de investigación, enseñanza y extensión en sus 24 laboratorios especializados. Este protocolo establece un sistema organizado para la planificación, adquisición, recepción, almacenamiento y distribución de recursos esenciales (insumos, materiales, productos químicos fiscalizados, gases, entre otros), asegurando su disponibilidad, calidad y manejo seguro. El protocolo busca optimizar la gestión de los recursos necesarios para los laboratorios, promoviendo la eficiencia operativa, la sostenibilidad y el cumplimiento de la normatividad institucional y nacional aplicable.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Establecer un sistema eficiente y estandarizado para la gestión del abastecimiento de recursos en el CIALE, garantizando su disponibilidad oportuna y segura para apoyar las actividades de investigación.

1.2. Objetivos Específicos

- 1.2.1. Planificar las necesidades de recursos con base en las demandas de los laboratorios.
- 1.2.2. Asegurar la adquisición y recepción de materiales de calidad mediante procedimientos controlados.
- 1.2.3. Gestionar el almacenamiento y distribución de recursos para minimizar riesgos y desperdicios.

2. ALCANCE

Este protocolo aplica a la gestión de recursos generales necesarios para los veinticuatro (24) laboratorios del CIALE, incluyendo equipos, herramientas, materiales de laboratorio y otros insumos no regulados específicamente. Es de cumplimiento obligatorio para el personal administrativo, encargados/coordinadores de laboratorio/instituto y cualquier persona involucrada en los procesos de abastecimiento dentro del CIALE.

3. PROTOCOLO DE ABASTECIMIENTO

3.1. Planificación de necesidades

- 3.1.1. Los encargados/coordinadores de laboratorio/instituto presentarán solicitudes de recursos al menos con 30 días de anticipación, detallando tipo, cantidad y propósito.
- 3.1.2. El coordinador consolidará las solicitudes y elaborará un plan anual de abastecimiento.

3.2. Adquisición de Recursos

- 3.2.1. Seleccionar proveedores registrados y aprobados por la UNSA, priorizando calidad y cumplimiento de plazos.
- 3.2.2. Gestionar las compras mediante órdenes aprobadas por el Instituto de Investigación.

3.3. Recepción y verificación

- 3.3.1. Inspeccionar los recursos recibidos en comparación con la "orden de compra" (cantidad, calidad, estado).
- 3.3.2. Registrar la recepción en el "Formato correspondiente" y reportar anomalías de inmediato.

3.4. Almacenamiento

- 3.4.1. Almacenar los recursos en áreas designadas, asegurando condiciones de temperatura, humedad y seguridad adecuadas.
- 3.4.2. Etiquetar los materiales con información clara (nombre, fecha de recepción, laboratorio destino).

3.5. Distribución

- 3.5.1. Entregar los recursos a los laboratorios según las solicitudes aprobadas, registrando cada movimiento.
- 3.5.2. Verificar que los materiales sean recibidos por personal autorizado del laboratorio.

3.6. Riesgos asociados a las actividades de abastecimiento

- 3.6.1. Retrasos en la entrega de recursos por falta de planificación o problemas con proveedores.
- 3.6.2. Deterioro de materiales por almacenamiento inadecuado (humedad, temperatura, etc.).
- 3.6.3. Pérdida o robo de recursos debido a falta de control en la recepción o distribución.
- 3.6.4. Uso de materiales de baja calidad que afecten los resultados de investigación.

3.7. Casos de emergencia

3.7.1. Caso de retrasos en el abastecimiento

- a. Notificar a la administración del CIALE y al proveedor sobre el retraso de inmediato.
- b. Identificar alternativas temporales (préstamo entre laboratorios, recursos en almacén).
- c. Documentar el incidente y ajustar el cronograma de distribución si es necesario.

3.7.2. Caso de daños o pérdidas de recursos

- a. Reportar a la Administración del CIALE y al personal administrativo cualquier daño o extravío detectado.
- b. Aislar los materiales dañados y evaluar si son recuperables o requieren reemplazo.
- c. Registrar el incidente en el "Formato de Registro de Incidentes" y proponer medidas correctivas.



3.7.3. Incidentes mayores (robo, hurto, desastre natural)

- Activar la alarma y notificar al equipo de Vigilancia y administración del CIALE.
- Proteger los recursos restantes y coordinar con el Instituto de Investigación una respuesta urgente.
- Evaluar pérdidas y reportarlas para gestionar reemplazos o seguros, si aplica.

3.7.4. Disposición final de recursos

- Los materiales obsoletos o dañados se clasificarán y dispondrán según su naturaleza (reciclaje, desecho común o tratamiento especial).
- Se seguirán las normativas institucionales y nacionales para la gestión de residuos no peligrosos.
- Los registros de disposición se archivarán por un mínimo de 5 años para auditorías.

3.8. Comunicación y reportes

3.8.1. Comunicación

- Establecer canales entre encargados de laboratorio, personal administrativo, almacén y administrador del CIALE.
- Notificar retrasos, daños o necesidades urgentes mediante comunicación interna (correo).

3.8.2. Reportes

- Formato de solicitud de recursos: fecha, laboratorio, tipo/cantidad de material, propósito, firma.
- Formato de recepción de recursos: fecha, proveedor, descripción, cantidad recibida, estado, responsable.
- Formato de registro de incidentes: fecha, hora, descripción, acción tomada, responsable.
- Informe mensual: resumen de compras, entregas y estado del inventario, enviado al Instituto de Investigación.

3.8.3. Supervisión y evaluación

a. Supervisión

- El administrador del CIALE inspeccionará trimestralmente el cumplimiento de los procedimientos de abastecimiento.
- Los encargados de laboratorio/instituto supervisarán la recepción y uso de recursos en sus áreas.

b. Evaluación

- Realizar auditorías anuales para evaluar la eficiencia del proceso de abastecimiento.
- Revisar incidentes y retrasos para identificar áreas de mejora y ajustar el protocolo.



- b.3. Programar reuniones semestrales con el personal involucrado para proponer optimizaciones.

3.9. Responsabilidades

3.9.1. Personal Administrativo del CIALE

- Planificar las compras de recursos basándose en las solicitudes de los laboratorios.
- Gestionar la adquisición de materiales mediante proveedores aprobados por la Universidad
- Verificar la recepción de los recursos en cuanto a cantidad, calidad y especificaciones.
- Mantener registros actualizados de inventarios y compras realizadas.
- Aprobar las solicitudes de abastecimiento presentadas por los encargados de laboratorio.
- Coordinar con la Dirección “Instituto de Investigación” la asignación del presupuesto para las compras.
- Supervisar el cumplimiento de los procedimientos de abastecimiento y proponer mejoras.

3.9.2. Encargados de laboratorio

- Identificar y reportar las necesidades de recursos de sus laboratorios con anticipación.
- Verificar la recepción de materiales solicitados y reportar anomalías al área administrativa.
- Supervisar el almacenamiento adecuado de los recursos en sus áreas asignadas.

3.9.3. Personal de almacén

- Recepcionar, organizar y almacenar los recursos en condiciones adecuadas.
- Distribuir los materiales a los laboratorios según las solicitudes aprobadas.
- Reportar al administrador del CIALE cualquier daño o pérdida de recursos almacenados.

3.10. Normas de conducta del personal involucrado

- 3.10.1. Seguir los procedimientos establecidos para la solicitud, recepción y distribución de recursos.
- 3.10.2. No adquirir, ni distribuir materiales sin autorización previa del administrador del CIALE.
- 3.10.3. Mantener la confidencialidad de la información relacionada con el inventario y las compras.
- 3.10.4. Reportar inmediatamente cualquier irregularidad en los procesos de abastecimiento.



PROTOCOLO DE DIFUSIÓN

INTRODUCCIÓN

La difusión en medios de comunicación digitales se viene desarrollando en la Dirección “Instituto de Investigación”, dando visibilidad y presencia de los laboratorios e institutos, en redes sociales. Las estrategias de comunicación, marketing y publicidad utilizadas se deben mantener para la correcta redacción de los mensajes a transmitir, relevando que el CIALE cumple una labor especial dentro del campo de la investigación en la Universidad y gestionar adecuadamente su difusión masiva.

Este protocolo establece un marco organizado, claro y preciso para la gestión de la comunicación, marketing y publicidad relacionados con los proyectos, equipos, investigadores y actividades de los laboratorios del CIALE.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Establecer un protocolo organizado, claro y preciso para la difusión de proyectos, equipos, investigadores y todo lo concerniente a los laboratorios de investigación del CIALE.

1.2. Objetivos Específicos

- 1.2.1. Establecer un procedimiento eficaz para la difusión de información interna y externa, asegurando claridad, coherencia, oportunidad en los mensajes emitidos por el CIALE hacia su público objetivo
- 1.2.2. Aplicar estrategias de comunicación en los diferentes medios digitales y tradicionales.
- 1.2.3. Difundir información relevante de los laboratorios de investigación, de manera accesible y sintetizada.
- 1.2.4. Mantener canales de comunicación permanentemente con el público objetivo.

2. ALCANCE

Este protocolo aplica a todas las comunicaciones oficiales dirigidas a:

- 2.1. Colaboradores administrativos.
- 2.2. Coordinadores de Laboratorios/Institutos.
- 2.3. Investigadores y técnicos de laboratorio.
- 2.4. Público externo (medios de prensa, comunidad universitaria, stakeholders).
- 2.5. Es de cumplimiento obligatorio para el equipo de comunicación, la administración del CIALE y cualquier persona involucrada en la difusión de información relacionada con los laboratorios de investigación.



3. PROTOCOLO DE DIFUSIÓN

3.1. Elaboración del mensaje

- 3.1.1. Identificar el objetivo y la audiencia del mensaje.
- 3.1.2. Definir el tono y estilo de comunicación.
- 3.1.3. Redactar el mensaje con información clara y verificada.

3.2. Validación y aprobación

- 3.2.1. Enviar el mensaje al equipo de revisión.
- 3.2.2. Corregir y ajustar en base a observaciones.
- 3.2.3. Obtener aprobación final antes de la difusión.

3.3. Distribución del mensaje

- 3.3.1. Seleccionar los canales adecuados según la audiencia.
- 3.3.2. Publicar o enviar el contenido en el tiempo planificado.
- 3.3.3. Confirmar que el mensaje haya sido recibido.

3.4. Monitoreo y evaluación

- 3.4.1. Revisar métricas de impacto (alcance, interacciones, retroalimentación).
- 3.4.2. Responder consultas y comentarios si es necesario.
- 3.4.3. Ajustar estrategias para futuras difusiones.

3.5. Riesgos asociados a las actividades de difusión

- 3.5.1. Difusión de información errónea o no verificada que afecte la credibilidad del CIALE.
- 3.5.2. Retrasos en la validación o publicación que reduzcan la oportunidad de los mensajes.
- 3.5.3. Falta de coordinación entre el equipo de difusión y los coordinadores de los laboratorios/institutos que genere mensajes incoherentes o duplicados.
- 3.5.4. Reacciones negativas del público objetivo por malinterpretación o manejo inadecuado de los canales de comunicación.

3.6. Casos de emergencia

3.6.1. Caso de difusión errónea

- a. Retirar el contenido incorrecto de los canales de difusión inmediatamente tras su detección.
- b. Emitir una corrección o aclaración pública en un plazo máximo de 24 horas.
- c. Documentar el incidente para análisis y mejora del proceso de validación.

3.6.2. Protocolo en caso de retraso en la difusión

- a. Notificar a la administración y al equipo de comunicación sobre el retraso.
- b. Reprogramar la publicación ajustando el cronograma y priorizando canales de comunicación según urgencia.



3.7. Comunicación y reportes

3.7.1. Comunicación

- Internos: correos electrónicos institucionales, boletines internos, reuniones y capacitaciones
- Externos: redes sociales (Facebook, Instagram, LinkedIn, tiktok), página web oficial, notas de prensa y comunicados oficiales, publicidad y medios masivos. Eventos, conferencias, ferias y convenciones

3.7.2. Reportes

- Formato de Información para Coordinadores:** recolección de datos de laboratorios (equipos, proyectos, infraestructura) para difusión.
- Cronograma de Actividades:** fechas, horarios y lugares de grabaciones o eventos, acordados entre TV UNSA y coordinadores.
- Informe Mensual de Difusión:** métricas de impacto (alcance, interacciones), retroalimentación y ajustes propuestos.

3.8. Difusión en los medios de comunicación

3.8.1. Espacio televisivo en canal TV UNSA - UNSA INVESTIGA

- El administrador del CIALE, mediante oficio, realiza la solicitud de pedido a la Unidad de Medios de Comunicación - TV UNSA para la difusión de información de laboratorios e institutos de investigación, en formato audiovisual en el espacio televisivo.
- Se realizan las coordinaciones pertinentes con el encargado del programa de TV UNSA, para discutir temas como el formato, el estilo del mensaje, guiones técnicos y literarios.
- Se realiza un cronograma de actividades en conjunto con los coordinadores de laboratorios e institutos.
- Se procede a realizar las grabaciones en las fechas, horarios y lugares pactados.
- TV UNSA realiza la edición y publicación del programa a través del canal señal abierta de la Universidad.
- Se realiza el rebote en redes sociales de la Dirección Instituto de Investigación, del Vicerrectorado de Investigación y de la Oficina de Comunicación e Imagen Institucional.
- En casos excepcionales y de suma urgencia se puede realizar grabaciones a destiempo o no planificadas según disponibilidad del personal de TV UNSA, en caso no se pueda concretar la participación de TV UNSA, la encargada del área realiza las grabaciones y se envía el material para su edición.



3.8.2. Videos institucionales por cada laboratorio

- El administrador del CIALE, mediante oficio, realiza la solicitud de pedido a TV UNSA para la difusión de la infraestructura, equipos y proyectos de los laboratorios

- de investigación en formato audiovisual en el espacio televisivo.
- Se realizan las coordinaciones pertinentes con el encargado de TV UNSA, designado por la Unidad de Medios de Comunicación.
 - Se realiza un cronograma de actividades en conjunto con los coordinadores y técnicos de laboratorios/institutos.
 - Se procede a realizar las grabaciones en las fechas, horarios y lugares pactados.
 - TV UNSA realiza la edición y envía el material audiovisual para su aprobación por parte de los coordinadores.
 - Se realiza el rebote en redes sociales de la Dirección Instituto de Investigación, del Vicerrectorado de Investigación y de la Oficina de Comunicación e Imagen Institucional.
 - En caso de retraso o cancelación de fecha y horario pactado en el cronograma de actividades se reprograma una nueva fecha según disponibilidad del personal de TV UNSA.

3.8.3. Publicidad impresa y digital

- El administrador del CIALE, envía un comunicado mediante correo electrónico y grupo de whatsapp indicado el desarrollo de la actividad y el envío de formato de información para el correcto llenado por parte de los coordinadores y técnicos de laboratorios.
- Se almacena la información y se revisa para su selección.
- Se realiza la maquetación y diseño de las plantillas para cada laboratorio y el edificio en general, así como los brochures y catálogos impresos y digitales.
- Se finaliza la edición y se procede a la extensión interna entre la administración y los coordinadores de laboratorios/institutos para su aprobación.
- Mediante Oficio, se realiza la solicitud de impresión, a la Unidad de Diseño Gráfico y Publicaciones.
- Se procede a difundir en redes sociales (Facebook, Instagram, LinkedIn y correo electrónico) de la Dirección “Instituto de Investigación, del “Vicerrectorado de Investigación” y de la “Oficina de Comunicación e Imagen institucional”.
- En caso de alguna modificación o corrección, se realizará únicamente si el proceso de difusión no ha empezado.

3.8.4. Actualización e incorporación de páginas web en la plataforma de la universidad - unsa.edu.pe

- El administrador del CIALE, realiza un resumen con las páginas implementadas y las que recién se implementaran.
- Se notificará a los coordinadores de laboratorios/institutos sobre el resumen de páginas web y se coordinará con cada uno para la selección de información y/o actualización.
- Se realizarán tomas fotográficas en caso sea necesario, se coordinará la fecha y hora con los coordinadores de laboratorios/institutos.
- Se editan las páginas web y se actualizan.
- Se realiza una post digital en redes sociales para conocimiento de la comunidad.



3.8.5. Boletín informativo del Vicerrectorado de Investigación

- El administrador del CIALE, hace llegar la última edición del boletín y promueve la participación de los coordinadores con la incorporación de información de actividades de investigación por parte de los laboratorios/institutos.
- Se selecciona y revisa la información, referida a: equipos, proyectos, infraestructura, participación de conferencias, eventos de investigación y aquella relacionada a los laboratorios/institutos de investigación.
- Se puede realizar la toma de fotografías si se requiere.
- Se envía la información y fotografías seleccionadas al encargado de la maquetación y diseño dentro del equipo de comunicaciones del VRI.
- Se realiza el diseño del post digital para las redes sociales de la Dirección Instituto de Investigación y del Vicerrectorado de Investigación, mediante correo electrónico.

3.8.6. Participación en eventos masivos

La Administración del CIALE:

- Selecciona la participación de los laboratorios según el tipo y necesidad del evento. En el caso de los de gran magnitud se realizará una convocatoria para los coordinadores.
- Organizará y oficiará las necesidades del evento a las dependencias correspondientes como: el Vicerrectorado de Investigación, la Dirección Instituto de Investigación, la Oficina de Comunicación e Imagen Institucional, la Subunidad de Transporte Universitario, etc.
- Desarrollará material didáctico impreso o virtual (brochure, audiovisuales).
- Coordinará con el ponente o participante del evento para los horarios y fechas de participación (coordinador de laboratorio/instituto).
- Brindará todas las facilidades posibles para la participación del coordinador o técnico de laboratorio/instituto en este tipo de eventos.

3.9. Supervisión y evaluación

3.9.1. Supervisión

La Administración del CIALE:

- Supervisaré la implementación de estrategias y la aprobación de contenidos.
- Conjuntamente con el equipo de comunicación, monitorearé publicaciones y eventos en tiempo real para asegurar su correcta ejecución.

3.9.2. Evaluación

La Administración del CIALE, realizará:

- Revisiones mensuales para actualizar el protocolo e incluir mejoras según los cambios tecnológicos.



- b. Análisis de estadísticas para identificar áreas de mejora.
- c. Encuestas de satisfacción para medir la percepción de la gestión de la difusión entre los usuarios del CIALE.

3.10. Responsabilidades principales

3.10.1. Personal Administrativo del CIALE

- a. Definir la visión y estrategia de comunicación.
- b. Facilitar la comunicación interna y recursos necesarios.
- c. Apoyar en el trámite administrativo en cuanto a permisos y autorizaciones.
- d. Validar los mensajes oficiales y todo tipo de material audiovisual.

3.10.2. Equipo de Comunicación

- a. Redactar, revisar y difundir el contenido.
- b. Producir el material audiovisual
- c. Publicar y monitorear las redes sociales y sitios web.
- d. Mantener comunicación con medios de prensa y stakeholders internos como la Oficina de Comunicación e Imagen Institucional, y externos como Prensa local.
- e. Coordinar con personal interno y externo al CIALE.
- f. Organizar eventos.

3.10.3. Coordinador de Laboratorio/Instituto

- a. Contribuir con el envío de información.
- b. Facilitar el ingreso a los laboratorios/institutos para registros fotográficos.
- c. Participar en las actividades propuestas por la administración.

3.11. Normas de conducta del personal involucrado

- 3.11.1. Asegurar que todo contenido sea claro, verificado y alineado con la visión del CIALE antes de su difusión.
- 3.11.2. Respetar los plazos establecidos para la elaboración, validación y publicación de mensajes.
- 3.11.3. Mantener coherencia en el tono y estilo de comunicación definido por la administración y la Oficina de Comunicación e Imagen Institucional de la Universidad.
- 3.11.4. Coordinar con todas las partes involucradas (internas y externas) para evitar inconsistencias o retrasos.
- 3.11.5. Responder oportunamente a consultas y comentarios del público en los canales digitales.



PROTOCOLO DE AUDITORÍA DE SOFTWARE

INTRODUCCIÓN

La auditoría de software es un proceso esencial para garantizar el cumplimiento de las políticas internas de licencias y la gestión adecuada de las aplicaciones instaladas en los equipos informáticos. Este protocolo establece un marco sistemático para verificar que el software utilizado en las estaciones de trabajo y equipos compartidos sea autorizado, legal y optimizado, asegurando la integridad operativa y la seguridad de los sistemas utilizados en actividades de investigación científica. El uso de herramientas como Belarc Advisor, y la supervisión exhaustiva permiten identificar irregularidades, optimizar el rendimiento y cumplir con las normativas institucionales, promoviendo un entorno tecnológico confiable y eficiente en el CIALE.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Garantizar que todos los equipos informáticos del CIALE cumplan con las políticas internas de licencias de software y que las aplicaciones instaladas sean autorizadas, legales y gestionadas adecuadamente.

1.2. Objetivos Específicos

- 1.2.1. Verificar la validez y propiedad de las licencias de software instaladas en los equipos.
- 1.2.2. Identificar y eliminar software no autorizado o pirata que comprometa la seguridad o el rendimiento.
- 1.2.3. Optimizar el desempeño de los sistemas mediante la actualización y gestión eficiente del software.

2. ALCANCE

Este protocolo aplica a todos los equipos informáticos del edificio de laboratorios del CIALE, incluyendo:

- Estaciones de trabajo de investigación científica utilizadas por el personal técnico.
- Equipos de acceso compartido ubicados en salas comunes, usados por diversos departamentos.

Es de cumplimiento obligatorio para el equipo auditor, el personal de TI y los coordinadores de laboratorios/institutos del CIALE involucrados en la gestión de software.

3. PROTOCOLO DE AUDITORÍA DE SOFTWARE

3.1. Recopilación de Información

- 3.1.1. Generar un inventario completo de equipos (computadoras, servidores, dispositivos portátiles), incluyendo número, ubicación y propietario.
- 3.1.2. Instalar Belarc Advisor en cada equipo, ejecutar la herramienta y obtener informes detallados de software, licencias y hardware.

3.2. Revisión de licencias de software

- 3.2.1. Analizar los informes para verificar la validez de las licencias, identificando software no autorizado o sin licencia.
- 3.2.2. Confirmar que las versiones instaladas cumplen con las políticas internas (licencias académicas/institucionales).
- 3.2.3. Revisar la adquisición legal de los programas para evitar el uso de software pirata.

3.3. Generación del informe final

- 3.3.1. Elaborar un informe consolidado con los hallazgos sobre licencias, uso y desempeño del software.
- 3.3.2. Incluir recomendaciones específicas (actualizaciones, eliminación de software, optimización) y un plan de acción correctiva.

3.4. Riesgos asociados a las actividades de abastecimiento

- 3.4.1. Uso de software no autorizado que comprometa la seguridad o genere sanciones legales.
- 3.4.2. Rendimiento deficiente de los equipos debido a aplicaciones obsoletas o innecesarias.
- 3.4.3. Interrupción de actividades de investigación por falta de coordinación durante la auditoría.
- 3.4.4. Pérdida de datos por manejo inadecuado de los sistemas durante el proceso.

3.5. Casos de emergencia

3.5.1. Caso de Detección de Software No Autorizado

- a. Notificar inmediatamente al administrador del CIALE y documentar el hallazgo en el informe preliminar.
- b. Suspender el uso del equipo afectado hasta que se apruebe su desinstalación o regularización.
- c. Registrar el incidente y las medidas tomadas en el "Formato de Registro de Incidentes".

3.5.2. Caso de Fallos Técnicos Durante la Auditoría

- a. Reportar al personal especializado de sistemas cualquier problema al ejecutar Belarc Advisor o acceder a los sistemas.
- b. Suspender la auditoría en el equipo afectado hasta resolver el fallo técnico.
- c. Documentar el tiempo de interrupción y las acciones correctivas aplicadas.

3.5.3. Caso de Pérdida de Datos

- a. Detener la auditoría en el equipo afectado y notificar al administrador del CIALE y al personal especializado de sistemas.
- b. Intentar recuperar los datos con herramientas especializadas, si es posible.
- c. Analizar las causas y reportarlas para evitar futuros incidentes.



3.5.4. Disposición final

- El software no autorizado será desinstalado y eliminado de los sistemas de manera segura.
- Los discos o dispositivos obsoletos generados durante la auditoría se gestionarán como residuos electrónicos conforme a la normativa peruana (Ley N° 29419).
- Los registros de auditoría se archivarán por un mínimo de 5 años para fines de trazabilidad y cumplimiento.

3.5.5. Comunicación

- Informar al administrador del CIALE sobre el inicio, avances y finalización de la auditoría mediante canales internos.
- Notificar hallazgos críticos (software pirata, fallos graves) dentro de las 24 horas de su detección.

3.5.6. Reportes

- Formulario de Licencias de Software:** ID del equipo, ubicación, licencias instaladas, estado (activa/caducada/no válida), software sin licencia, actualizaciones pendientes.
- Informe Final:** Resumen de hallazgos, análisis de licencias, evaluación de desempeño, recomendaciones y plan de acción.
- Registro de Incidentes:** Fecha, hora, descripción del problema, acción tomada, responsable.

3.6. Supervisión y evaluación

3.6.1. Supervisión

- El Auditor Principal supervisará diariamente el avance de la auditoría y el cumplimiento del cronograma.
- El personal de sistemas verificará la correcta ejecución de Belarc Advisor y la integridad de los sistemas.

3.6.2. Evaluación

- Revisar el informe final para evaluar el cumplimiento de las políticas de licencias y el desempeño de los equipos.
- Realizar auditorías semestrales para mantener el control continuo del software en el CIALE.
- Recopilar retroalimentación del personal técnico para optimizar futuros procesos de auditoría.



3.7. Responsabilidades principales

3.7.1. Personal Administrativo del CIALE

- Comunicar a los coordinadores de laboratorio/instituto de la fecha y hora en la que se realizarán las auditorías sobre los equipos de cómputo.
- Revisar el informe final producido.
- Dar conformidad del informe final.

3.7.2. Personal especializado de Sistemas

- Ejecutar la auditoría de software sobre los equipos de cómputo del CIALE.
- Desinstalar productos de software propietario sin licencia.
- Elaborar el informe final para administración.

3.7.3. Coordinador de Laboratorio/Instituto

Dar acceso a los equipos de cómputo asignados.

3.8. Normas de conducta del personal involucrado

- Ejecutar la auditoría respetando los tiempos y accesos establecidos, sin interferir en las actividades de investigación.
- Mantener la confidencialidad de la información obtenida durante el proceso.
- No realizar modificaciones en los sistemas sin autorización previa del administrador del CIALE.
- Documentar todas las acciones realizadas en los formatos correspondientes.

Protocolos elaborados por el Vicerrectorado de Investigación-VRI
Revisados por la Unidad de Modernización.-UM

MACZ/gzm

Arequipa, 2025 mayo 08



ANEXOS
FORMATO: REPORTE DE INCIDENCIA

Nombre del Laboratorio				
Responsable del Laboratorio				
Fecha de la incidencia				
Área afectada o equipo	(e.g., Instrumentación, software, instalaciones)			
Prioridad	Baja	Media	Alta	Crítica

DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA

TIPO DE INCIDENCIA

- Equipo fuera de servicio
- Fallo en el software
- Problemas de seguridad
- Fallo eléctrico
- Otros (especificar):

DESCRIPCIÓN DETALLADA

(Explicar claramente qué ocurrió, qué equipos o áreas están afectados, y cualquier detalle relevante.)

POSIBLE CAUSA

(Si es evidente, registrar posibles causas.)

IMPACTO

(Indicar cómo afecta la operación del laboratorio, por ejemplo: retrasos, pérdida de muestras, riesgos para la seguridad, etc.)

ACCIONES INMEDIATAS TOMADAS

DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN TOMADA

(Por ejemplo: desconexión de equipo, notificación al personal de mantenimiento.)

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LAS ACCIONES

CIERRE DE LA INCIDENCIA

FECHA DE RESOLUCIÓN

NOMBRE DEL RESPONSABLE

DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN APLICADA

COMENTARIOS ADICIONALES



FORMATO: REGISTROS DE GESTIÓN DE DESECHOS

FECHA	TIPO DE DESECHO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD (KG/L)	ORIGEN (ÁREA/LABORATORIO)	MÉTODO DE DISPOSICIÓN	RESPONSABLE	FIRMA	OBSERVACIONES



FORMATO: REGISTRO DE INCIDENCIAS

Nº	FECHA DE LA INCIDENCIA	HORA	UBICACIÓN DE LA INCIDENCIA	RESPONSABLES DE LA INCIDENCIA	DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA	ACCIÓN INMEDIATA TOMADA	FECHA DE INTERVENCIÓN	RESULTADO	RESPONSABLE DEL REPORTE	COMENTARIOS ADICIONALES
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										

- **Fecha y Hora de Incidencia:** Fecha y hora exacta en que ocurrió la incidencia.
- **Nombre del Laboratorio:** El laboratorio o área dentro del centro donde ocurrió la incidencia.
- **Descripción de la Incidencia:** Explicación detallada de lo sucedido, incluyendo el equipo o área afectada.
- **Tipo de Incidencia:** Categoría de la incidencia (e.g., Equipos, Seguridad, Servicios, Otros).
- **Responsable de la Incidencia:** Persona o área encargada de solucionar la incidencia.
- **Acción Inmediata Tomada:** Acciones iniciales que se tomaron para mitigar el problema (e.g., aislado, desconectado, reportado).
- **Fecha solucionada la incidencia:** Fecha y hora en que se espera resolver la incidencia.
- **Estado:** Estado actual de la incidencia (e.g., Abierta, En progreso, Cerrada)

