



Seguros Caroní, s.a.

Empresa de Seguros inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el Nro. 110
R. I. F. J. 30081400-9

**REPORTE DE INDICADORES DE
GESTIÓN DE PROYECTOS TECNOLÓGICOS**

CÓDIGO: FO-UCT-07

VIGENCIA

N° REVISIÓN

24/11/2014

3

PAGINA: 1/1

Área Inspeccionada: **GERENCIA CENTRAL DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

Período de Revisión: Desde: **10/02/2015** Hasta: **25/02/2015**

(Nombre y Apellido del Especialista encargado de desarrollar el proyecto)

Especialista Designado: **Yenise Chacare**

(Nombre y Apellido del responsable del proyecto)

Usuario: **Rosalba Morales**

(Indique con una equis X)

Tipo de Solicitud Realizada: ☒ NUEVO ☐ MODIFICACIÓN ☒ MANTENIMIENTO

(Indicar Meta, OTRS o Incidencia)

N°: **INC 4 SER**

(Indicar el nombre del proyecto asignado en el FO-UCT-03)

Nombre del Proyecto: **Reporte de Ingresos Diarios**

ACTIVIDADES EJECUTADAS SEGÚN EL PLAN DE TRABAJO	SI	NO	H-H ESTIMADAS	H-H EJECUTADAS	UTILIZACIÓN DEL TIEMPO	GRÁFICA
Análisis y Diseño	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	16	100%	<p>UTILIZACIÓN DEL TIEMPO</p> <p>0% - 40% MALO 40% - 60% REGULAR 60% - 80% BUENO 80% - 100% EXCELENTE</p>
Desarrollo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72	72	100%	
Solicitud de Certificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	8	100%	
Ajuste de Certificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	8	100%	
Certificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	8	100%	
TOTAL			112	112	100%	

CONFORMIDAD DEL USUARIO (Para ser llenado por el usuario solicitante)

¿Usuario Conforme? SI ☒ NO ☐

Marque con una equis (X) según su apreciación con respecto a servicio recibido:

¿Como fué la Asesoría en la Presentación del Requerimiento?	Excelente <input checked="" type="checkbox"/>	Bueno <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Deficiente <input type="checkbox"/>
¿Cómo fue la Calidad de la Atención recibida?	Excelente <input checked="" type="checkbox"/>	Bueno <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Deficiente <input type="checkbox"/>
¿Cómo fue la relación Usuario - Especialista?	Excelente <input checked="" type="checkbox"/>	Bueno <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Deficiente <input type="checkbox"/>
¿Cómo fue la calidad técnica del Sistema de Información?	Excelente <input checked="" type="checkbox"/>	Bueno <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Deficiente <input type="checkbox"/>
¿Cómo fue la Optimización del Proceso?	Excelente <input checked="" type="checkbox"/>	Bueno <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Deficiente <input type="checkbox"/>

Observaciones / Desviaciones:

ELABORADO POR:

NOMBRE Y APELLIDO:

Fabiola Medina

CARGO:

Especialista I

IA Y FIRMA:

CERTIFICADO POR USUARIO:

NOMBRE Y APELLIDO:

Rosalba Morales

CARGO:

Gerente

FECHA Y FIRMA:

APROBADO POR:

NOMBRE Y APELLIDO:

Rosa Ascanio

CARGO:

VP Tecnología de Información

FECHA Y FIRMA: