



BVQI Mexicana, S.A. de C.V.
Certificación de Sistemas de Gestión
ISO 9001: 2008
Reporte de Auditoría Visita de Vigilancia 5/5
de

BENEMERITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL
DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI

Información de la Empresa			
Nombre de la Compañía:	BENEMERITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI		
Dirección:	MADERO No. 100 - ZONA CENTRO - 78000 - SAN LUIS POTOSI		
Número de Teléfono:	01 444 812 34 01		
Dirección de Internet:	www.becenesp.edu.mx		
Información del Contacto			
Nombre del Contacto:	Maestra Hilda Margarita López Representante de la Dirección	Número de Teléfono:	44 812 34 01 (oficina) 4441 11 86 19 (móvil)
Dirección de Correo Electrónico:	hlopez@becenesp.edu.mx		
Información de la Auditoría			
Norma(s) de Auditoría:	ISO 9001: 2008		
Código(s) del Sector:	37		
Número de Empleados:	220	Número de Turnos:	1
Tipo de Auditoría:	Vigilancia 5/5		
Fecha de Inicio de la Auditoría:	06 de diciembre, 2016	Fecha de Terminación de la Auditoría:	06 de diciembre, 2016
Fecha de la siguiente Auditoría:	Mayo, 2017	Duración:	Mayo, 2017
Información del Equipo de Auditoría			
Líder del Equipo de Auditoría:	Maria de Lourdes Fonseca Castellón		
Miembros del Equipo de Auditoría:	Auditor: NA Auditor: NA Experto Técnico: NA		
Turno auditado:	1		
Si esta es una Auditoría de Multisitios, se ha establecido y adjuntado al Reporte de Auditoría un Apéndice que enlista todos sitios relevantes y/o ubicaciones remotas			
Distribución:	Contacto del Cliente	Maestra Hilda Margarita López Oviedo Representante de la Dirección	
	Oficina de BVQI	Norma León norma.leon@mx.bureauveritas.com , Nery Vicente nery.vicente@mx.bureauveritas.com y Brenda Buenrostro brenda.buenrostro@mx.bureauveritas.com	
	Equipo de Auditoría	Maria de Lourdes Fonseca Castellón	

Resumen de los Hallazgos de Auditoría					
Número de No Conformidades registradas:	Mayor:	0	Menor:	0	
¿Se requiere una Visita de Seguimiento?	NO	Fecha de Inicio de la Auditoría de Seguimiento:	na	Día(s)	
Fecha(s) real(es) del Seguimiento:	Inicio:	NA	Terminación:	NA	
Observaciones de la Auditoría de Seguimiento: NA					
Recomendación del Líder del Equipo de Auditoría					
Norma	Recomendación				
ISO 9001: 2008	Recomendada (Continúa la certificación).				
Líder del Equipo de Auditoría (1)	Miembros del Equipo de Auditoría				
Maria de Lourdes Fonseca Castellón	Auditor:	NA			
	Auditor:	NA			
	Experto Técnico:	NA			
Alcance de Suministro (se debe verificar la declaración del alcance y debe aparecer en siguiente espacio)					
PRESTACION DE SERVICIOS EDUCATIVOS, DOCENCIA, INVESTIGACION EDUCATIVA, ESTUDIOS DE POSGRADO, EXTENSION EDUCATIVA, SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y CICYT					
Acreditación	NA				
Número de Certificados requeridos	NA				
Idiomas	NA				
Razón para emitir el Certificado	NA				
Instrucciones Adicionales (instrucción adicional del certificado o información para la oficina)					
No se presentaron cambios en este periodo.					

Resumen de la Auditoría

1. Objetivos de la Auditoría:

Los Objetivos de esta Auditoría son:

- a) Confirmar que el sistema de gestión cumple con todos los requisitos de la norma de auditoría;
- b) Confirmar que la Organización ha implementado efectivamente sus actividades planeadas;
- c) Confirmar que el sistema de gestión es capaz de lograr los objetivos y políticas de la Organización.

2. Resultados de Auditorías Previas:

Se han revisado los resultados de la última auditoría de este sistema, en particular para asegurar que se han implementado la corrección y acción correctiva apropiadas para tratar cualquier no conformidad identificada.

No. de no conformidades de Auditorías previas	Mayor	0	Menor	2
No. de no conformidades cerradas	Mayor	0	Menor	2
No. de no conformidades re-emitidas	Mayor	0	Menor	0

Esta revisión ha concluido que:

- Cualquier no conformidad identificada durante auditorías previas han sido corregidas y las acciones correctivas continúan siendo efectivas.

3. Entradas Básicas y Planeación Inicial.

Actividades/ sitios/ procesos/ funciones de la organización basadas en el plan de auditoría que fueron presentadas y acordadas con el Auditado previo a la auditoría y que fueron cubiertas las cuales están listadas en la Sección "Resumen de Auditoría" (Matriz de Auditoría) de este reporte.

4. Personas Clave Entrevistadas/ Involucradas.

Nombre	Departamento/ Proceso
Nayla Jimena Turrubiarres Cerino	Dirección Académica
Vianey Covarrubias Cervantes	Coordinadora de licenciatura en educación especial
Dr. Eduardo Noyola Guevara	Dirección de investigación educativa.
Juana Maria Hernandez Muñiz	Coordinadora de evaluación al desempeño docente.
Francisco Hernandez Ortiz	Director General
Juan Carlos Rangel Romero	Coordinador de seguimiento a egresados.
Nadya Edith Rangel Zavala	Auditor Líder
Hilda Margarita Lopez Oviedo	Representante de la dirección

5. Hallazgos de la Auditoría:

El Equipo de Auditoría condujo una auditoría basada en enfoque de procesos. Los métodos de auditoría utilizados fueron entrevistas, observaciones de actividades y revisión de documentación y registros.

La auditoría en sitio inició con una reunión de apertura que fue atendida por la alta dirección de la organización.

Los hallazgos de auditoría fueron comunicados a la dirección de la organización durante la reunión de cierre, la conclusión final de los resultados de la auditoría y la recomendación del Equipo de Auditoría también fueron informadas a la dirección durante la reunión de cierre.

5.1. Adecuación del Manual.

El manual de gestión vigente BECENE-DG-MC-01 revisión 10 del 13 de julio de 2016. El ultimo cambio fue la modificación del diagrama de interacción de procesos.

Los procesos identificados son los siguientes:

1. Proceso de investigación educativa: seguimiento de los cuerpos académicos, seguimiento de egresados, registro y desarrollo de proyectos de investigación, evaluación de desempeño docente,
2. Posgrado: elaboración, aplicación y evaluación de programas de posgrado, obtención del grado de maestría, selección e inscripción a los programas de maestría,
3. Extensión educativa: actividades cívicas y culturales, POA físicas y deportivas, servicio médico, seguro facultativo estudiantil.
4. Servicios de investigación científica y tecnológica CICyT: servicios bibliotecarios y servicios tecnológicos.
5. Servicios Administrativos: recursos financieros, recursos humanos, servicios escolares, recursos materiales, servicios generales y titulación.
6. Revisión por la dirección
7. Auditorías internas
8. Formación inicial: implementación de programas educativos, acercamiento a la práctica y trabajo docente, trabajo colegiado, servicios de tutoría profesional académica y personal

5.2. Validación del Alcance y Exclusiones.

De acuerdo al muestreo realizado en este ejercicio se confirman las exclusiones de Diseño y Desarrollo, Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio, Control de los equipos de seguimiento y de medición

- Rango de Productos:
 - Prestación de servicios educativos, académicos, investigación educativa, estudios de posgrado, extensión educativa, servicios administrativo y centro de formación científica y tecnológica.

Turno	Horario	Actividades / Procesos ejecutados en turno relacionadas con el alcance.
1º	07:00 – 15:00	Prestación de servicios educativos, servicios administrativos.

5.3. Logro de la Política y Objetivos.

De acuerdo al muestreo realizado, se confirma el cumplimiento de objetivos de calidad y asimismo estos se encuentran alineados a la política de calidad establecida por la institución.

5.4. Descripción de la Conformidad y Capacidad del Sistema de Gestión.

Se encuentra un sistema de gestión de calidad que se ha mantenido y se cumple con las disposiciones establecidas.

La institución ya ha iniciado a trabajar con la migración del sistema de gestión hacia la norma ISO 9001: 2015

Las revisiones por la dirección se han llevado de acuerdo a lo programado, así como las auditorías internas. Se destaca el compromiso de la dirección.

5.4.1. General.

Para la realización de la auditoria el personal mostro disposición y apertura. Se realizó la auditoria de acuerdo a lo establecido en el plan de auditoria.

No se documentaron no conformidades en esta visita.

5.4.2. Planeación.

- La estructura documental del sistema de gestión esta conformada por: el documento mandatorio que el e manual de calidad, de allí se desprenden planes de calidad, procedimientos de gestión, y los registros de calidad.
- El cumplimiento de objetivos es reportado por cada dirección de acuerdo a la periodicidad establecida.
- Las revisiones por la dirección se realizan por parte del Director General, Representante de la Dirección y director de cada proceso, haciendo un análisis puntual de los resultados.
- Los requisitos legales son identificados en el manual de calidad.

5.4.3. Implementación y Operación.

- De acuerdo a la evidencia revisada en los procesos auditados, estos se encuentran conformes.

5.4.4. Monitoreo y Medición.

- Cada proceso emite un reporte de resultados para la Dirección, donde se reporta el resultado de los indicadores de acuerdo a lo planificado.
- El personal auditado conoce y aplica el sistema de gestión.

5.4.5. Mejora.

- La organización ha trabajado de forma proactiva para la transición de la norma ISO 9001 y se están llevando a cabo reuniones semanales para ir revisando los avances. Esto a través de la plataforma Vitrix donde se mantienen los avances.

5.5. Fortalezas del Sistema de Gestión.

El involucramiento de la dirección.

5.6. No Conformidades.**No Conformidad 01: No se documentaron no conformidades durante este ejercicio.**

Área:

Clasificación:

Descripción:

Nota:

Las no conformidades documentadas deben ser tratadas a través del procedimiento de acciones correctivas de la Organización, de acuerdo con los requisitos de acciones correctivas de la norma de auditoría, en acciones para prevenir la recurrencia, y completar los registros mantenidos.

Las acciones correctivas para atender las no conformidades **mayores** deben ser realizadas inmediatamente y ser notificadas a BVQI Mexicana dentro de 30 días. Un Equipo de Auditoría realizará una **Visita de Seguimiento** dentro de los siguientes 60 días para confirmar las acciones tomadas, evaluar su efectividad, y determinar si la certificación puede ser otorgada o mantenida.

Las acciones correctivas para atender las no conformidades menores deben ser realizadas y los registros mantenidos junto con la evidencia de soporte.

Las respuestas a las no conformidades pueden ser tanto en copia dura (papel) o en medio electrónico utilizando la Solicitud de Acción Correctiva incluido en este reporte (recomendado) y enviarlas a la oficina de BVQI Mexicana.

En la siguiente visita de auditoría programada, el Equipo de Auditoría de BVQI Mexicana dará seguimiento a todas las no conformidades identificadas para confirmar la efectividad de las acciones correctivas tomadas y su cierre.

La respuesta a las no conformidades puede ser a través de:

- Documentos electrónicos, con atención a Norma León, Nery Vicente y/o Yoselin García ; Alejandra Mercado
 - Norma León (norma.leon@mx.bureauveritas.com),
 - Nery Vicente (nery.vicente@mx.bureauveritas.com) y
 - Yoselin García (certificacion@mx.bureauveritas.com)
 - Alejandra Mercado (alejandra.mercado@mx.bureauveritas.com)

- Sitio de Internet:

http://www.bureauveritas.com.mx/wps/wcm/connect/bv_commx/local/home/action_corrective_form

5.7. Observaciones.

No se presentaron.

5.8. Oportunidades de Mejora.

Para cada oportunidad de mejora incluir descripción de cumplimiento y después descripción de la oportunidad de mejora identificada. Obligada cuando no se documenten no conformidades.

OM No	Descripción de Cumplimiento	Descripción de Oportunidad de Mejora
1	En Educación especial, se ha establecido el indicador de evaluación al 75% de docentes y se ha cumplido	Sería importante analizar cómo se evaluará a aquellos docentes que no fueron observados en la práctica y que además no presentaron portafolio de evidencias.
2	En educación especial, los docentes entregan su planeación	Revisar que estos sean entregados de manera oportuna antes del inicio del semestre.
3	En investigación educativa, se lleva el concentrado de alumnos que emiten opinión sobre la catedra del docente,	Sin embargo, la evaluación se realiza en periodos diferentes a los semestrales, esto podría ocasionar no tomar acciones de manera oportuna.
4	En investigación educativa se lleva el concentrado de proyectos,	Revisar el periodo de medición del indicador debido a que los proyectos duran alrededor de 2 a 3 años, a fin de no perder su seguimiento y control de cumplimiento de la planeación de los mismos.
5	En investigación educativa, aunque se mostró el resultado de los indicadores	Sería importante mejora el control de registros a fin de mantener la evidencia del cumplimiento de los periodos.
6	En investigación educativa, se han establecido indicadores para cuerpos académicos	Revisar que estos representen un reto y estén dentro del control de la institución.
7	En seguimiento a egresados, se ha diseñado una encuesta	Se podría mejora el cuestionario para integrar mayor información tales como lugares de trabajo, estudios de los egresados, percepciones, necesidades de formación, etc.
8	En auditorías internas se reportan los resultados	Cuidar que las no conformidades que se documentan correspondan al inciso de la norma correspondiente. Asimismo, es importante reforzar el análisis de causas.

5.9. Uso de la Marca de Certificación y el Símbolo de Acreditación.

No se usa la marca de certificación, únicamente se exhibe el certificado en las instalaciones de la Escuela.

6. Incertidumbre/ Obstáculos que pudieran afectar la Confiabilidad de las Conclusiones de Auditoría.

No se presentaron

7. Opiniones divergentes no resueltas entre el Equipo de Auditoría y el Auditado.

No se presentaron

8. Acciones de Seguimiento acordadas.

No aplica.

9. Conclusión.

- La documentación del sistema de gestión demostró conformidad con los requisitos de la norma de auditoría y proporcionó la estructura eficiente para soportar la implementación y mantenimiento del sistema de gestión;
- La organización ha demostrado la efectiva implementación y mantenimiento de su sistema de gestión;
- La organización ha demostrado el establecimiento y monitoreo de objetivos y metas clave de desempeño y el avance monitoreado hacia su logro;
- El programa de auditoría interna ha sido completamente implementado y demuestra efectividad como una herramienta para mantener y mejorar el sistema de gestión;

10. Recomendación.

El Equipo de Auditoría condujo una auditoría basada en procesos enfocándose en los planes y objetivos de calidad. Los métodos de auditoría utilizados fueron entrevistas, observaciones de actividades y revisión de documentación y registros.

La estructura de la auditoría estuvo de acuerdo con el plan de auditoría y la matriz de planeación de auditoría, incluidos en los Apéndices de este reporte.

El Equipo de Auditoría concluye que organización no ha establecido y mantenido su sistema de gestión en línea con los requisitos de la norma y demostrado la capacidad del sistema para lograr los requisitos de los productos/ servicios dentro del alcance y los objetivos y políticas de la organización.

Por lo tanto, el Equipo de Auditoría recomienda que, con base en los resultados de esta auditoría y al estado de desarrollo y madurez del sistema, que la certificación de este sistema de gestión es:

- Recomendada;

Este reporte es confidencial y su distribución está limitada al Equipo de Auditoría, la Empresa y la oficina de BVQI Mexicana, S.A. de C.V.

REPORTE/RESUMEN DE AUDITORÍA PARA ISO 9001: 2008													
Sitio/ Sitio Temporal:			Proceso/ Actividad/ Departamento										
SEDE			Rev Doc									T O T A L E S N C	
Líder del Equipo de Auditoría:			Cumplimiento (S/N) Ver comentarios en Notas del Auditor	Educación inicial – Educación especial	Investigación educativa – Seguimiento a egresados	Revisión por la dirección	Sistema de gestión de calidad						
Maria de Lourdes Fonseca Castellón													
Exclusiones/ Justificaciones:													
7.3. Diseño y Desarrollo													
7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio													
7.6 Control de los equipos de seguimiento y de medición													
Turnos auditados: Marque los que apliquen													
Primero	Segundo	Tercero											
X	X												
Fecha:				06	06	06	06						
Periodo (AM/PM)				AM	AM	AM	PM						
Descripción													
4.1	Requisitos Generales			X	X	X	X						0
4.2	Requisitos de la Documentación			X	X	X	X						0
5.1	Compromiso de la Dirección					X							0
5.2	Enfoque al Cliente					X							0
5.3	Política de la Calidad			X		X							0
5.4	Planificación					X							0
5.5	Responsabilidad, Autoridad y Comunicación												0
5.6	Revisión por la Dirección					X							0
6.1	Provisión de los Recursos												
6.2	Recursos Humanos												
6.3	Infraestructura												
6.4	Ambiente de Trabajo												
7.1	Planificación de la realización del Producto												
7.2	Procesos relacionados con el Cliente												
7.3	Diseño y Desarrollo			NA	NA	NA	NA						NA
7.4	Compras												
7.5.1	Control de Producción/Prestación de serv.			X	X								0
7.5.2	Validación de Procesos de Producción/Prestación de servicio.			NA	NA	NA	NA						NA
7.5.3	Identificación y Trazabilidad			X									0
7.5.4	Propiedad del Cliente			X									0
7.5.5	Preservación del Producto												
7.6	Control de Dispositivos de Seguimiento y Medición			NA	NA	NA	NA						NA
8.1	Generalidades												
8.2.1	Satisfacción del Cliente												
8.2.2	Auditoría Interna						X						0
8.2.3	Seguimiento y Medición de los Procesos			X	X								0
8.2.4	Seguimiento y Medición del Producto			X	X								0
8.3	Control del Producto No Conforme												
8.4	Análisis de Datos												
8.5.1	Mejora Continua						X						0
8.5.2	Acción Correctiva						X						0
8.5.3	Acción Preventiva						X						0
	Cumplimiento Legal y Reglamentario			X									0
	Uso de la Marca de Certificación y el Símbolo de Acreditación			X	X	X	X						0
Observaciones de la Revisión Documental:													
Solicitud de Certificación/ Revisión Documental:				NA									
Cláusula/ Descripción y Comentario				NA									

Notas del Auditor/ Pistas Significativas de la Auditoría

Auditor:	María de Lourdes Fonseca Castellón
Auditado:	Nayla Jimena Turrubiarres Cerino – Dirección Académica / Vianey Covarrubias Cervantes – Coordinadora de licenciatura en educación especial.
Fecha:	06/12/16
Proceso/ Actividad:	Educación inicial – Educación especial
Notas:	Este proceso se define como Formación Inicial y dentro de este proceso están 7 licenciaturas: Educación especial, preescolar, primaria, secundaria (matemática, español e inglés), tutoría, educación física Entrada: planes y programas, calendario escolar vigente, plan de desarrollo institucional, planeación anual de trabajo, programa anual de actividades académicas, informes de cada dirección al SGC, informes de coordinación de carrera, informe de orientación y servicio de apoyo estudiantil (tutorías), evaluación de diagnóstico interna y externa, vinculación con escuelas de practica El proceso de relaciona con un objetivo de calidad Planeación de actividades, gestión, revisión de planes y programas Interacción de procesos. Proceso Se muestra programación de actividades académicas del ciclo 2016 – 2017. Semestre impar 1, 3, 5, 7 Procedimiento operativo para la implementación de los programas educativos BECENE-DA-CC-PO-01. Planeación de asignatura, rubrica para la observación del desarrollo de clase. Semestre Febrero julio 2016 semestre 2, 4, 6 y 8. • Propuesta de docentes BECENE-DSA-DRH-PD-DI-05. • Horario de semestre. • Materia. Propósitos y contenido de la educación básica (Gustavo Ibarra Hurtado) 10.5 créditos. Licenciatura en educación especial. Plan de estudio 2004. • Planeación de la asignatura BECENE-DA-CC-01-01. No se visualizan los periodos de evaluación. • Concentrado de entrega de planeación analítica BECENE-DA-CC-PO-01-03. OM. tiene fecha de entrega del mes de abril de 2016 y el semestre inicio en febrero 2016. • Seguimiento a la aplicación del programa BECENE-DA-CC-PO-01-04. OM. El seguimiento se hace una vez al semestre, evaluar si esta periodicidad es suficiente, • Se aplica encuesta de opinión BECENE-DA-CC-PO-01-05 • Informe de incidencias. BECENE-DA-CC-PO-01-06. Se muestra informe de seguimiento. No tiene fecha de elaboración. • Portafolio de evidencias. BECENE-DA-CC-PO-01-07. Escala para valoración del portafolio. Se indica que quien quiere viene, pero que no todos los maestros. Lo cual si debería hacerse para todos los docentes. Sin firma del coordinador. • Reporte final de catedra BECENE-DA-CC-PO-01-08. ok. • Coordinador elabora informe de desarrollo de actividades. • Informe final de actividades Materia: Taller de análisis del trabajo docente y diseño de propuestas didácticas II. Villanueva Gonzalez Alma Verónica. Planeación sin firma del coordinador. No se muestra evidencia de la observación de la práctica para los 3 docentes que impartieron las materias en el octavo semestre. Obregón Nieto Claudia, Rangel Zavala Nadya. Seguimiento a la aplicación del programa BECENE-DA-CC-PO-01-04. Rubrica para la observación del desarrollo de clase Se muestra informe de seguimiento a la aplicación del programa formato 06. De acuerdo al inciso 4 del procedimiento se indica que se realiza el seguimiento a l aplicación de los programas de asignatura en formato 4. De lo cual no se mostró evidencia de todos. Pero esto se cumple de acuerdo al indicador que se tiene. No hay evidencia de que se realice al 100% con el BECENE-DA-CC-01-07. 61.90% Procedimiento operativo para el acercamiento a la práctica y trabajo docente. (1 y 2 son jornadas de observación y a partir de 3ro ya hay practicas) Se muestra la escala para la valoración del portafolio formato 07, de las tres docentes. Ok de fechas 13 de julio de 2016 formatos con firmas del docente, pero no de la coordinación. Procedimiento operativo para el trabajo colegiado. Matricula: El semestre inicio el 22 de agosto para alumnos y para maestros fue el 15 de agosto. Salida: proyectos estratégicos de gestión, evaluación del nivel del logro, informe revisión dirección,

informe de coordinaciones de carrera, acciones de mejora, propuesta de necesidades, informes de orientación, resultados de la aplicación de planes y programas, resultado de examen institucional, resultados de encuesta de satisfacción del cliente.

Indicadores:

Semestrales

- 75% de docentes que evalúan el desarrollo de programas de estudio, para el primer semestre se alcanzó el cumplimiento, promedio 81.47%
- Desarrollo y análisis de la práctica docente de alumnos en jornadas de práctica 80%, se alcanzó cumplimiento, promedio 96%
- cumplimiento de función de asesoría 80%, se cumplió, promedio general 92.4%
- vinculación con escuela de educación básica 80%, se cumplió 95%
- sesiones de trabajo colegiado 90%, se cumplió 98.5%
- trabajo tutorial con estudiantes normalistas 80%, cumplimiento del 80.66%

Anuales

- Nivel de satisfacción del cliente 80%. Para el periodo 2015 – 2016 se ha cumplido con el 99%
- Número de alumnos que obtiene en el EXI igual o mayor a 6.0. Es la primera vez que se va medir.

BECENE-DG-MC-01-02 Rev. 10, 13 julio de 2016.

5.3 Política de calidad. La conoce y explica.

Quejas. Se han recibido 5 quejas para educación especial. Revisar los expedientes de quejas

Cuidar que se registren las acciones tomadas para las quejas.

Se han recibido felicitaciones.

8.3 Servicio no conforme. Para el periodo hasta julio 2016 no se han documentado.

Auditor:**Auditado:**

María de Lourdes Fonseca Castellón

Dr. Eduardo Noyola Guevara – Dirección de investigación educativa. / Juana Maria Hernandez Muñiz – Coordinadora de evaluación al desempeño docente. / Juan Carlos Rangel Romero – Coordinador de seguimiento a egresados.

Fecha:

06/12/16

Proceso/ Actividad:

Investigación educativa – seguimiento a egresados (de acuerdo a lo establecido en el alcance del plan de calidad)

Notas:

Semestrales

- Alumnos que emiten su opinión sobre la catedra de los docentes 70% - coordinación de evaluación de desempeño docente.

OM. Se aplican evaluaciones de desempeño de los docentes de enero a diciembre de cada año.

En 2015 el % de cumplimiento fue del

OM. Es importante evaluar la meta del indicador debido a que y las estrategias para la obtención de mayor participación en la evaluación.

OM. La encuesta se aplica en periodos diferentes a la conclusión del semestre, esto podría ocasionar no tomar acciones de manera oportuna.

Se logró el 81.80%

- Reimpresión de cedula de evaluación al desempeño por ajuste de puntaje 10% (evitar errores de impresión por falta de puntajes)

Se cumplió indicador.

- Porcentaje de proyectos de investigación que cumplen con la implementación de acciones que apoyen en la formación de estudiantes normalistas 50% (lo que se busca que es que se integren a los alumnos en los proyectos de investigación)

En febrero julio 2016 se cumplió el objetivo obteniendo un 64 %

Agosto 2015 enero de 2016.

OM. Revisar el periodo de medición del indicador dado que los proyectos duran de 2 a 3 años.

- Entrega de informes de investigación semestrales o finales 70% (evaluar que sea el 100% de entrega de informes). Ver AC 42. Ok se está trabajando.

Proyectos 11.

No se muestra evidencia de los resultados del indicador 2015 y 2016.

OM. Mejorar el registro del cumplimiento de indicadores, dado que se tiene que buscar la información para determinar el nivel de cumplimiento.

- Registro de evidencia de los CA's (cuerpos académicos) 60%

6 cuerpos académicos registrados en formación.

OM. Revisar el indicador establecido a fin de establecer metas retadoras. Y de control para la institución.

Anuales

- Porcentaje de egresados que se incorporan al sitio de la plataforma BECENE 90%

Proceso que inicio en el mes de junio de 2016.

- Alcance de la difusión a través de la plataforma y las redes sociales con los egresados 30%

Esta en proceso, aunque se tienen estadísticas de la red social Facebook.

OM. Se puede mejorar el cuestionario para integrar datos de los lugares de trabajo, estudios de los egresados, donde trabajan.

Auditor: María de Lourdes Fonseca Castellón
Auditado: Francisco Hernandez Ortiz – Director General
Fecha: 06/12/16
Proceso/ Actividad: **Revisión por la dirección**
Notas: Objetivos de calidad.
Se han establecido 7 objetivos de calidad
Revisión por la dirección se realizó en el mes de septiembre de 2016.
Se realizan semestrales al término de un semestre,
Se terminó el semestre en junio y se programa para septiembre y se hace por cada una de las direcciones de área
Sistema de gestión de calidad
Formación continua y superación profesional
• Programas de maestría.
Formación inicial
Extensión educativa.
Investigación educativa
Servicios administrativos
Centro de información científica y tecnológica.
Ya se está trabajando hacia la migración de la norma ISO 9001:2015
Se Realizan la revisión por cada uno de los procesos.

H+ se destaca la revisión de indicadores que realiza la dirección

Se está trabajando en la migración a la versión 2015.
La política de calidad refiere la dirección esta se ha cumplido.
De acuerdo a reingeniería del 2012 y migración, se prevé hacer modificaciones a la filosofía institucional y política de calidad.
El reto es la migración a la versión 2015.
Se esta trabajando con vitrix

Auditor: María de Lourdes Fonseca Castellón
Auditado: Nadya Edith Rangel Zavala - Auditor Líder / Hilda Margarita Lopez Oviedo - Representante de la dirección
Fecha: 06/12/16
Proceso/ Actividad: **Sistema de gestión de calidad**
Notas: Auditoria interna del 17 y 18 de octubre, donde se auditaron todos los procesos.
Se documentaron dos no conformidades
Cuidar que las no conformidades sean referenciadas al punto de la norma que le corresponde. Ac 155.
AC 156.
Mejorar el análisis de causas raíz
Cuidar que el punto de la norma al que se referencian las no conformidades.
La organización quiere una pre-auditoria
La fecha de vigencia es al 01 de julio de 2017.

Reporte de No Conformidad																			
A ser completado por BVQI	Fecha	Organización	Ref. Expediente	Reporte No.															
	No Conformidad observada durante																		
	Norma y Cláusula:																		
	No Conformidad observada en Proceso																		
	No se documentaron no conformidades durante este ejercicio.																		
	No Conformidad – Descripción de la Evidencia Objetiva:																		
	No Conformidad:																		
	Evidencia Objetiva:																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Líder del Equipo de Auditoría</th> <th>Auditor</th> <th>Representante de la Organización</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A completar antes</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Categoría	Líder del Equipo de Auditoría	Auditor	Representante de la Organización					A completar antes						
Categoría	Líder del Equipo de Auditoría	Auditor	Representante de la Organización																
A completar antes																			
A ser completado por la Organización	Análisis de la Causa Raíz (¿Qué falló en el sistema para permitir que ocurra esta NC?)																		
	Corrección (Que se hizo para resolver este problema), incluir evidencia																		
	Acción Correctiva (Que se hizo para prevenir la recurrencia problema), incluir evidencia																		
A ser completado por BVQI	Verificación de las Acciones Correctivas	Fecha de Terminación																	
		Representante de la Organización																	
	Verificación de las Acciones Correctivas	Fecha	Estado	Auditor															
	Comentarios del Auditor																		

Desempeño a la Fecha

Ref. Reporte Visita	Categoría	Estado	Resumen del Hallazgo	Sector/ División/ Sitio	Fecha	Norma	Cláusula
3/5	Menor	Abierta			3/11/2015	9001	6.2.2

Detalles del Hallazgo:

No se evalúa la efectividad de las acciones de capacitación

Acción Correctiva:

No se mostró evidencia de la implementación de las acciones propuestas.

3/5	Menor	Abierta			3/11/2015	9001	6.3
-----	-------	---------	--	--	-----------	------	-----

Detalles del Hallazgo:

No se hay evidencia de cumplir con lo establecido en el procedimiento Mantenimiento y aseo

Acción Correctiva:

No se mostró evidencia de la implementación de las acciones propuestas.

Ref. Reporte Visita	Categoría	Estado	Resumen del Hallazgo	Sector/ División/ Sitio	Fecha	Norma	Cláusula
4/5	Menor	Cerrada			16/05/16	9001	6.2.2

Detalles del Hallazgo:

Las acciones propuestas para la no conformidad uno detectada en la auditoria de seguimiento 3 de 5 no han sido cumplidas

Acción Correctiva:

1. Delimitar en el procedimiento la forma en la que se obtiene la medición del desempeño del trabajo. Diciembre 2015
2. Conformar una rúbrica de autoevaluación de desempeño. Diciembre 2015.
3. Conformar una rúbrica de evaluación de desempeño del personal administrativo y de apoyo por parte del jefe inmediato de dicho personal. Diciembre 2015
4. Corregir procedimiento operativo para la capacitación. Diciembre 2015
5. Reuniones con directores de área para la construcción de un instrumento de evaluación. Febrero 2016
6. Pilotear en primer momento instrumento para medir de acuerdo si se desarrollaron o fortalecieron habilidades, procedimientos y conocimientos. Marzo 2016
7. Conformar un nuevo instrumento que permita identificar que realmente se fortalezcan habilidades, procedimientos y conocimientos. Mayo 2016
8. Pilotear primer momento del nuevo instrumento. Mayo 2016
9. Segundo pilotaje al dicho instrumento. Mayo 2016.

Ref. Reporte Visita	Categoría	Estado	Resumen del Hallazgo	Sector/ División/ Sitio	Fecha	Norma	Cláusula
4/5	Menor	Cerrada			16/05/16	9001	6.3

Detalles del Hallazgo:

Las acciones propuestas para la no conformidad dos detectada en la auditoria de seguimiento 3 de 5 no han sido cumplidas

Acción Correctiva:

1. Elaborar bitácora de limpieza de baños, para revisión semanal
 2. Elaborar una bitácora de áreas operativas de la institución revisión semanal.
 3. Elaborar una bitácora de mantenimiento de baños revisión mensual
 4. Elaborar una bitácora de mantenimiento de áreas operativas revisión mensual
 5. Replantear las bitácoras de limpieza y mantenimiento, unificándolas. (segundo momento). 14 enero 2016
 6. Identificar edificios para implementación de las bitácoras de limpieza y mantenimiento (tercer momento) 15 febrero 2016
 7. Adecuar procedimiento BECENE-DSA-DRM-PO-02. 20 de mayo 2016
 8. Ajustar bitácoras de limpieza y mantenimiento menor que medirán de forma semanal y mensual respectivamente el desempeño del equipo de servicios generales (cuarto momento) 24 mayo 2016.
- Elabora documento personalizado que contiene detalladas las áreas a desempeñar las funciones por parte de los compañeros de servicios generales, cotejo contra layout.

 BUREAU VERITAS	Plan de Vigilancia ISO 9001: 2008					Apéndice
Empresa – Número ZIG: BENEMERITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI (y el sitio si aplica)						
ISO 9001	Departamento/ Actividad/ Proceso	Vigilancia				
		1	2	3	4	5
	Documentación de Calidad (Manual, Procedimientos)	*	*	*	*	*
	Control de Documentos (Proceso)	*		*		*
	Revisión por la Dirección (Actividad)	*	*	*	*	*
	Satisfacción del Cliente (Actividad)	*		*		*
	Auditoría Interna (Actividad)	*	*	*	*	*
	Mejora Continua (Actividad)	*	*	*	*	*
	Objetivos, Planeación y Control de Cambios (Actividad)	*	*	*	*	*
	SGC				*	*
	Educación Inicial					*
	Orientación y servicios de apoyo estudiantil					*
	Implementación de programas educativos				*	
	Acercamiento a la práctica y trabajo docente					
	Trabajo colegiado					
	Educación de Post Grado o formación continua. – Coordinación académica, Coordinación de investigación, Coordinación Administrativa				*	*
	Servicios administrativos. – Recursos financieros, Recursos humanos, Servicios escolares, Recursos materiales, Titulación				*	
	Extensión educativa. – Desarrollo cultural, Desarrollo deportivo, Servicio médico, Promoción Social					*
	Investigación educativa. – Cuerpos académicos, Proyectos de investigación, Evaluación al desempeño docente, Seguimiento a egresados					
	Uso de la Marca de Certificación y el Símbolo de Acreditación	*	*	*	*	*
	No. de Días-Hombre asignados:					
	No. de Sitios:					
Nota Especial:	Para multi-sitios, Ej. más de un sitio, la Oficina Central debe ser visitada en cada visita de vigilancia.		(Los Puntos Marcados * = Elemento Obligatorio a ser auditado)			
Periodo de Vigilancia 1 y 2 preparado por: NOMBRE: FECHA:		Comentarios:				
Periodo de Vigilancia 4 y 5 preparado por: NOMBRE: MOISES LOPER MARTINEZ FECHA: Noviembre 2015		Comentarios: Horario de labora de 08:00 a 15:00 h				

 BUREAU VERITAS	Sitios/ Sitios Temporales (incluidos dentro del Alcance de la Auditoría)	Apéndice
Empresa – Número ZIG:		
Nombre del Sitio	Escuela normal	SP
Dirección: Ciudad: Código Postal: Estado: País: Alcance:	MADERO No. 100 - ZONA CENTRO SAN LUIS POTOSI 78000 SAN LUIS POTOSI MEXICO PRESTACION DE SERVICIOS EDUCATIVOS, DOCENCIA, , SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	x