



REPORTE DE AUDITORÍA

Razón Social:	Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí
Tipo de Auditoría:	Especial
Norma:	NMX-CC-9001-IMNC-2015 / ISO 9001: 2015

Información de la Empresa			
Nombre de la Compañía:	Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí		
Dirección:	Av. Nicolás Zapata No. 200, Zona Centro, C.P. 78230, San Luis Potosí, México.		
Número de Teléfono:	44 48 12 34 09		
Dirección de Internet:	www.pagina.beceneslp.edu.mx		
Información del Contacto			
Nombre del Contacto:	Juan Gerardo De la Rosa Leyva	Número de Teléfono:	44 45 48 23 98
Dirección de Correo Electrónico:	<jdelarosa@beceneslp.edu.mx>		
Información de la Auditoría			
Norma(s) de Auditoría:	NMX-CC-9001-IMNC-2015 / ISO 9001: 2015		
Código(s) del Sector:	<37> <85.42>		
Número de Empleados:	<233>	Número de Turnos:	<08:00-15:00>
Fecha de Inicio de la Auditoría:	3 noviembre 2025	Fecha de Terminación de la Auditoría:	3 noviembre 2025
Fecha de la siguiente Auditoría:	<mayo 2026>	Duración:	2.5
Información del Equipo de Auditoría			
Líder del Equipo de Auditoría:	<Alondra Galicia Espejel>		
Turno auditado:	<08:00-15:00>		
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	< Juan Gerardo De la Rosa Leyva > <Responsable del Sistema de Gestión contacto.certificacion@bureauveritas.com	
	Oficina de BVQI	Área de Operaciones	
	Equipo de Auditoría	<Alondra Galicia Espejel>	

Resumen de los Hallazgos de Auditoría

Número de No Conformidades registradas:	Mayor:	0	Menor:	0
¿Se requiere una Visita de Seguimiento?	Si	Fecha de Inicio de la Auditoría de Seguimiento:	<>	NA
Fecha(s) real(es) del Seguimiento:	Inicio:	<NA>	Terminación:	<NA>

Observaciones de la Auditoría de Seguimiento:
<NA>

Recomendación del Líder del Equipo de Auditoría

Recomendación	
Se mantiene/ continua la Certificación	
Comentarios:	Se mantiene / continua Certificación

Alcance de Suministro (Declaración del Alcance conforme al Contrato)

Alcance 1:	<Prestación de Servicios Educativos: Licenciatura y Posgrado, Investigación Educativa, Extensión Educativa, Servicios Administrativos, Centro de Información Científica y Tecnológica (Cicyt) y Planeación y Evaluación Institucional>				
Acreditación	<EMA/>				
Número de Certificados requeridos	<0>				
Idiomas	<Español>				
Razón para emitir el Certificado	<NA. Auditoria complementaria>				

Instrucciones Adicionales (instrucción adicional del certificado o información para la oficina)

Cambios en la Organización:

Cambios estructurales en la gestión.

Cambios al Programa de Auditoría:

No se presentan cambios al Programa de Auditoría.

Plan de Auditoría			
Razón Social:	Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí	Tipo de Auditoría:	Especial
Dirección/ Sitios/ Sitios Temporales:	Av. Nicolás Zapata No. 200, Zona Centro, C.P. 78230, San Luis Potosí, México.		
Fecha de Inicio de Auditoría:	3 noviembre 2025	Fecha final de auditoría:	3 noviembre 2025
Contrato:	BVQI-LMP-0192-2022	Idioma del Reporte de Auditoría:	Español
Objetivo de Auditoría	1. Confirmar que el Sistema de Gestión cumple con todos los requisitos de la(s) norma(s) de auditoría; 2. Confirmar que la organización ha implementado efectivamente sus ajustes planeados; 3. Confirmar que el Sistema de Gestión es capaz de lograr las Políticas y Objetivos de la organización y evaluar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la organización del cliente cumpla con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables; 4. Si corresponde, identificar áreas de mejora potencial del Sistema de Gestión.		
Alcance de Certificación	<Prestación de Servicios Educativos: Licenciatura y Posgrado, Investigación Educativa, Extensión Educativa, Servicios Administrativos, Centro de Información Científica y Tecnológica (Cicyt) y Planeación y Evaluación Institucional>		
Alcance de la Auditoría:	Los procesos citados en este plan de auditoria.		
Acceso a las Instalaciones:		Auditoría a ser conducida contra la(s) siguiente(s) norma(s):	
Vestimenta formal.		1. NMX-CC-9001-IMNC-2015 / ISO 9001: 2015	
Líder de Equipo de Auditoría:	<Alondra Galicia Espejel >		Siglas: <AGE>
Roles y Responsabilidades del Equipo de Auditoría:			
Líder de Equipo: Dirige las auditorías, •Toma decisiones según sea necesario durante las auditorías; •Recomienda al Gerente Técnico la certificación inicial, mantenimiento de la certificación, recertificación, suspensión, retiro o reducción del alcance de la certificación.			

Sitio: Av. Nicolás Zapata No. 200, Zona Centro, C.P. 78230, San Luis Potosí, México.

Fecha	Tiempo	Proceso/Área	Auditor
3-11-25	09:00	Reunión de Apertura	AGE
	09:30	Planeación y evaluación	
	11:00	CICyT	
	12:30	Servicios Administrativos	
	14:00	Auditorías Internas	

Resumen de la Auditoría

1. Objetivo de la Auditoría:

- Evaluar la implementación, incluyendo la efectividad, del sistema de gestión de la organización. Incluyendo la confirmación, al menos, de lo siguiente:
- a) Información y evidencia sobre la conformidad de todos los requisitos de la norma del sistema de gestión aplicable u otros documentos normativos;
 - b) Monitoreo, medición, reporte y revisión del desempeño conforme a los objetivos y metas de desempeño clave (consistentes con las expectativas en la norma del sistema de gestión aplicable u otro documento normativo);
 - c) La capacidad del sistema de gestión de la organización y su desempeño respecto del cumplimiento de los requisitos regulatorios, reglamentarios y contractuales;
 - d) Controles operacionales de los procesos de la organización;
 - e) Auditoría Interna y Revisión por la Dirección;
 - f) Responsabilidad de la Alta Dirección respecto de las políticas de la organización.

2. Descripción de las Actividades de la Organización.

Describir de manera general:

■ **Actividades de la Organización (Obligatorio para cualquier Tipo de Auditoría).**

La inauguración del plantel se realizó el 4 de marzo de 1849 en el edificio de la Escuela Principal Lancasteriana, ubicado en el lado poniente de la plaza de las recogidas, hoy Jardín Vallejo. Su primer director fue el profesor Don Pedro Vallejo originario del estado de Guanajuato, y sus primeros alumnos trece jóvenes procedentes de diversos lugares del Estado.

La organización que tuvo la Escuela durante los primeros años de vida, fue de tipo Lancasteriana por lo que desde 1857 se buscaba la manera de reformar el Reglamento de Educación en el Estado, mismo que se expide hasta 1863, y en el que se establecen cuatro órdenes de maestros, con un Plan de Estudios específico para cada uno.

En 1868 se funda una Escuela Normal para señoritas, con el mismo plan de estudios que la de varones, bajo la dirección de la profesora Josefa Negrete, primera maestra egresada de nuestra Escuela Normal. Se hizo lo anterior no obstante que el Artículo 1° del decreto de fundación de la institución decía claramente que sería de ambos sexos.

En el año de 1912 se fusionan las Escuelas Normales con el Instituto Científico y Literario (hoy Universidad Autónoma Potosina) unión que dura solamente dos años. A partir de 1914, y nuevamente siguiendo una vida institucional independiente, la Escuela Normal del Estado prolonga sus actividades en diversos edificios, en los que continúa sembrando su cimiento de trabajo y progreso. En 1922 para ocupar el local que fuera del Seminario Conciliar (calle de Francisco I. Madero), mismo que les sirve de morada hasta octubre de 1950. En este mismo año se terminó de construir un edificio para uso exclusivo de la Escuela Normal, gracias al esfuerzo grandioso de las entonces autoridades máximas del Plantel; Director Profesor Vicente Rivera y Secretario Profesor Jesús R. Alderete. Este local se encuentra en la calle de Nicolás Zapata No.200, y en él se efectúan las actividades de la Escuela Normal desde el año de 1951. En San Luis Potosí, la Reforma Educativa en el nivel de Enseñanza Normal se fundamenta legalmente en el Decreto No. 309, publicado en el Diario del 26 de abril de 1963 y promulgado por el Gobernador del Estado Prof. Manuel López Dávila. Con él se modifican los planes de estudios anteriores y se da nueva orientación a la Educación Normal. El 4 de marzo de 1974 con motivo del CXXV Aniversario de la Fundación de la Escuela Normal del Estado, la H. XLVII Legislatura del Congreso del Estado en Sesión Solemne celebrada en el Recinto Oficial del Congreso, rinden acto de homenaje y reconocimiento a dicha Institución y por el Decreto No.160 la declaran Benemérita y Centenaria.

■ **Rango de Productos/ Servicios de la Organización.**

Prestación de Servicios Educativos: Licenciatura y Posgrado, Investigación Educativa, Extensión Educativa, Servicios Administrativos, Centro de Información Científica y Tecnológica (Cicyt) y Planeación y Evaluación Institucional

■ **Describir aspectos relevantes sobre el Contexto de la Organización y sobre las Partes Interesadas relevantes.**
El Contexto de la organización se determina en el documento: Riesgos y Oportunidades, BECENE-SGC-PG-12-01, Rev. 1

Macroproceso: Sistema de Gestión de la Calidad

Fecha de revisión: 28 agosto 2024

Contexto interno:

Fortalezas:

La experiencia amplia de auditorías en equipo

Certificación y capacitación continua de los integrantes del equipo del SGC

Uso y manejo de herramientas tecnológicas (TICs)

Impartición de cursos y asesorías a partes interesadas

Difusión continua del SGC

Debilidades:

Desarrollo de actividades académicas y administrativas en paralelo

Formación de los auditores y operarios nuevos al SGC

Falta de experiencia de los nuevos operadores de procedimiento

Red inalámbrica de manera deficiente de manera constante

Falta de disposición por parte de algunos operadores de procesos en la alineación del SGC

Oportunidades

Certificar a los integrantes del equipo del SGC y auditores internos

Fortalecer dominio de la Norma 19011:2018 por parte de auditores internos

Fortalecer dominio de la Norma 21001:2018 por parte del equipo del SGC

Amenazas:

Recurso EDINEN inexistentes para el año 2024

La interrupción del servicio y operación bajo una modalidad híbrida o presencial

Falta de condiciones para el desarrollo de auditoría interna por condiciones políticas

Cambios en las condiciones laborales de la persona institucional

Partes interesadas:**Internas****Alta dirección**

Necesidad: dar a conocer de manera oportuna, expedita y vera los informes de auditorías internas, programas de auditorías, revisión por la dirección e información necesaria o relevante para la toma de decisión

Expectativa: dar seguimiento a las acciones correctivas y no conformidades declaradas en el proceso de auditorías internas

Alineación al SGC en tiempo y forma

Requisito: dar seguimiento a revisión por la dirección, procedimiento de Gestión y Alineación de procedimiento Operativos.

Implementar auditorías internas en periodos planificados

Equipo directivo (responsables de macroprocesos)

Necesidades: conocer los procedimientos gobernadores de gestión y procedimiento operativos a su cargo

Expectativas: Mantener la información referente al SGC actualizada de manera oportuna

Recibir atención oportuna con lo referente al SGC

Requisito: declarar la documentación necesaria para la operación de sus procesos.

Mantener la información actualizada declarada en el SGC.

Estudiantes

Necesidades: contar con canales de comunicación abiertos del SGC

Expectativas: canales de comunicación eficiente y amigables

Recibir el seguimiento oportuno a sus necesidades relacionadas con el servicio educativo que se ofrece

Requisito: conocer la función del SGC y el impacto en el servicio que ofrece

Externas;**Instancias gubernamentales**

Necesidades: atender toda la solicitud de información

Expectativas: que la información solicitada sea verás, documentada

Requisito: preservar la información el tiempo establecido por los Procedimientos de Gestión.

Catalogación correspondiente

3. Validación del Alcance y No Aplicabilidad.

El Equipo de Auditoría ha validado el alcance de certificación con base en el siguiente documento:

Manual de Gestión de la Calidad, BECENE-DG-MC-01, Rev.15

“Prestación de servicios educativos: Licenciatura y posgrado, investigación Educativa, Extensión Educativa, Servicios Administrativos y Centro de Información Científica y Tecnológica (CICYT)”

Sistema de la Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado considera como no aplicables los siguientes requisitos de la Norma 7.1.5 y 8.3 debido a la naturaleza de los servicios desarrollados por esta

7.1.5 no es aplicable a los servicios que ofrece la organización, debido a que el servicio proporcionado no es medido a través de equipos (hardware o software) por la naturaleza propia de éstos, las mediciones y observaciones se realizan mediante personal capacitado y calificado para realizarlas

7.1.5.2

El criterio de medición no es aplicable a la organización

8.3

Debido a que no se realiza el diseño del servicio ya que los programas de estudios están previamente autorizados por la Secretaría de Educación del Gobierno del Estado y Secretaría de Educación Pública, la organización educativa sólo aplica y evalúa dichos programas de estudio.

Planeación y evaluación institucional**Controles:**

Procedimiento operativo para la Evaluación Institucional, BECENE-PEI-DEI-PO-01, Rev. 1

Muestra:

Evaluación al Desempeño Docente (CED)
Cédula de evaluación Licenciatura, BECENE-PEI-DEI-CED-PO-01-03 Rev.6
No empleado: 338478, periodo de evaluación: semestre I/II,2024, cargo: Responsable de la academia de investigación.

CICyT
Software Pinakes
Estadística mensual de préstamo de acervo
Prestamos externos: 23
Prestamos internos: 8
Usuarios internos: 274
Usuarios externos 2
Total en papeletas: 4
Total en pinakes: 27

Relación de adeudos 4ºA:
Titulo: Libro para el maestro: Conocimiento del medio primer grado
Código de barras: CBJ15302
Fecha de expiración: 17.12.2019

Adeudo bibliográfico de docentes
Usuario: Ávalos Pardo Jaime
Título: Matemáticas 4 Primaria Conect@
Vencimiento: 21.6.2019

Servicios administrativos:
Controles:
Plan de Calidad de la Dirección de Servicios Administrativos, BECENE-DSA-PC-01, Rev. 8
Procedimiento operativo de compras y suministros de productos y servicios, BECENE SA DRM RCS PO 01, Rev. 1

Muestra:
Requisición de productos, 26.9.2025
Diseño de producción de carro alegórico
Proveedor: Spectro

- Rango de Productos:
 - “Prestación de servicios educativos: Licenciatura y posgrado, investigación Educativa, Extensión Educativa, Servicios Administrativos y Centro de Información Científica y Tecnológica (CICYT)”

■ **IMPORTANTE: Para Auditorías Multi- Sitio se debe registrar la validación del Alcance por cada Sitio.**

Turno	Horario	Actividades/ Procesos ejecutados en turno relacionadas con el Alcance de Certificación
1ro.	07:00-15:00	Prestación de Servicios Educativos: Licenciatura y Posgrado, Investigación Educativa, Extensión Educativa, Servicios Administrativos, Centro de Información Científica y Tecnológica (Cicyt) y Planeación y Evaluación Institucional
No debe planearse la auditoría en el tercer turno debido a que la organización cuenta con un solo turno.		

4. Nivel de Integración (si aplica).

El Equipo de Auditoría ha verificado que la organización tiene un Sistema de Gestión con el siguiente nivel de integración:

Nivel	Descripción	
1	Un enfoque integrado para la Política y Objetivos.	<input type="checkbox"/>
2	Un enfoque integrado para la Auditoría Interna y las Revisiones por la Dirección + Todo lo anterior.	<input type="checkbox"/>
3	Documentación integrada que incluye instrucciones de trabajo, a un buen nivel de desarrollo, según sea apropiado + Soporte y responsabilidades de gestión unificadas + Todo lo anterior.	<input type="checkbox"/>
4	Un enfoque integrado para procesos de sistemas + Un enfoque integrado para mecanismos de mejora, (acciones correctivas y preventivas, mediciones y mejora continua) + Todo lo anterior.	<input type="checkbox"/>
5	Un enfoque integrado para planear, con un buen uso de enfoques gestión de riesgos de negocios y revisiones por la dirección que consideran toda la estrategia y planeación de negocios en relación con el contexto organizacional, así como riesgos y oportunidades + Todo lo anterior.	<input type="checkbox"/>
	No Aplica.	<input checked="" type="checkbox"/>

5. Verificación de la Eficacia de Acciones Correctivas de No Conformidades de la Auditoría anterior.

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.

5.1. Verificación de Áreas de Preocupación (Fase 1).

NA. Auditoria de seguimiento 2.

5.2. Verificación de la Eficacia de Acciones Correctivas de No Conformidades de la Auditoría anterior

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.

Núm.	Norma/ Requisito	Mayor/ Menor	Evidencia de Verificación
1	NMX-CC-9001-IMNC-2015 / ISO 9001: 2015	Menor	Informe de auditoría interna, BECENE-SGC-PG-05-04, Rev.1 A1/2025, 8-14 mayo 2025 NC 247, requisito 7.2 La operadora del procedimiento operativo de seguimiento curricular declara que la muestra estratificada se determina por la dueña del macroproceso Causa raíz: desconocimiento y comprensión de la operadora del procedimiento operativo de sus funciones y del Sistema de Gestión de la Calidad. La no conciencia respecto a quien es el cliente, no existe seguimiento de este y no hay datos que analizar Acciones: Solicitar capacitación sobre análisis de datos Capacitación sobre la operación de un procedimiento operativo y acciones de mejora Construir informe análisis de datos semestre 2025-I
	10.2		

5.3. Verificación del Desempeño del Ciclo de Certificación anterior (solo para Recertificación).

NA. Auditoria de seguimiento 2.

5.4. Conclusión sobre la Eficacia de Acciones Correctivas de No Conformidades de la Auditoría anterior.

Esta revisión ha concluido que:

- ☒ Cualquier no conformidad identificada durante auditorías previas han sido corregidas y las acciones correctivas continúan siendo efectivas.
- ☐ El Sistema de Gestión no ha atendido de manera adecuada las no conformidades identificadas durante las actividades de auditorías previas y el problema específico ha sido redefinido en la sección de no conformidades de este reporte.

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

6.1. Política y Objetivos.

Política de calidad BECENE-DG-PQ-01, 19 marzo 2024

“En la Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí tenemos el compromiso y responsabilidad de proporcionar a nuestros clientes servicios educativos de calidad, conforme a los requisitos aplicables, valorando los riesgos y oportunidades a través de la mejora continua de los procesos académicos y de gestión, con transparencia y rendición de cuentas, considerando el contexto organizacional y a las partes interesadas.”

Objetivos de calidad BECENE-DG-OQ-01, Rev. 15

Objetivo estratégico

Formar profesionales de licenciatura en educación obligatoria y de posgrado en investigación que respondan a las demandas de la sociedad actual, a través del logro anual de al menos el 90% de las metas establecidas en los Macroprocesos

- Alta Dirección

Garantizar la calidad del servicio educativo que brinda la institución, a través de la estrategia operativa y auditorías del Sistema de Gestión de la Calidad bajo la norma ISO 9001 vigente, de forma semestral

- Auditorías Internas de Calidad

Implementar auditorías internas de calidad de manera efectiva, oportuna y objetiva que permitan la identificación de áreas de oportunidad y la mejora continua en el servicio educativo que se ofrece, logrando un 90% en los indicadores establecidos.

- División de estudios de posgrado

Apoyar la formación continua de profesionales de la educación con el logro del 80% de las metas establecidas en los procesos de aplicación de los programas, obtención de grado y seguimiento de egresados.

- Dirección Académica

Formar profesionales de la educación obligatoria que respondan a las demandas de la sociedad actual con un cumplimiento del 80% en la planeación, ejecución y evaluación de los programas de estudio vigentes por semestre.

- Dirección de servicios administrativos

Garantizar los servicios de apoyo a la formación docente en cada ciclo escolar con un 80% de cumplimiento en el proceso para la transparencia de los recursos, administración y gestión eficaz de los procedimientos declarados

- Dirección de Investigación Educativa

Fortalecer la investigación educativa en la institución impulsando el desarrollo de proyectos de investigación y la difusión del conocimiento generado a través del logro del 90% de los indicadores de manera anual

- Dirección de Extensión Educativa

Contribuir en la formación complementaria través de la promoción de la salud, de la actividad deportiva, cultural, de vinculación y difusión para el desarrollo integral de los estudiantes con un alcance anual del 80% en los indicadores de calidad del área.

- Dirección del Centro de Información Científica y Tecnológica

Garantizar en un 85% del cumplimiento de la prestación de servicios de información científica y tecnología para fortalecer los procesos academias y de investigación educativa por semestre.

- Dirección de planeación y evaluación institución
Contribuir de manera efectiva al fortalecimiento de los procesos de planeación y evaluación institucional para la mejora del servicio educativo a través del cumplimiento de un 80% de los indicadores específico, de manera semestral

La política y los objetivos cumplen con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015

6.2. Identificación de Requisitos Legales.

- La organización **No** tiene incumplimientos legales que le pueden impedir la Certificación durante Fase 2.
- La organización **No** tiene procesos administrativos abiertos con la autoridad.
- El nivel de cumplimiento de los Requisitos Legales es Suficiente

6.3. Contexto, Riesgos y Oportunidades.

Procedimiento gobernador para el análisis de riesgos y oportunidades (BECENE-CA-PG-12), Rev. 1
Los riesgos y oportunidades se definen para cada una de las direcciones.

Matriz de riesgos y oportunidades
BECENE-SGC-PG-12-02, rev1

Riesgo:

Falta de tiempo para la elaboración del plan de auditoria

Consecuencia: que no se identifiquen los incumplimientos existentes en su totalidad

No aceptable

No es posible validar la información del plan de acción debido a que se encuentra de forma física.

Oportunidad

Dominio de la Norma 9001:2015 en los nuevos auditores internos y operadores de proceso recién incorporados

Aumento de dominio del SGC

No aceptable

Posicionamiento del SGC en el imaginario de las partes interesadas

Consecuencia: aumento en la toma de conciencia

No aceptable

Plan de acción:

Curso de capacitación para nuevos auditores, generalidades del SGC

Curso de capacitación para auditores internos sobre la Norma ISO 9001:2015

Ajuste del plan de auditoria para desarrollar las entrevistas en los primeros días de auditoria

Cambio de modalidad en el desarrollo de la auditoría interna

Cambio en la modalidad de entrevista, auditor-auditado

Curso de capacitación para el equipo auditor sobre la Norma 19011:2018

Promoción del SGC con partes interesadas internas

Estrategia de Asesoría abierta

Diplomado de Sistema de Gestión de la Calidad

Curso auditor Interno ISO 9001:2015 auditores internos

Curso de Gestión de la mejora continua ISO 9004

Curso Herramientas Estadísticas

Evidencia:

Auditor líder para un Sistema de Gestión de Calidad con base a la Norma ISO 19011:2018, IMN-930810-JR1-0013, marzo 2025

Capacitación de nuevos auditores-presentan evidencia fotográfica-28 y 29 abril 2025

Taller de herramientas estadísticas- 5 y 6 septiembre, BVC

Curso de auditor interno 21-23 agosto 2024

6.4. Identificación y Evaluación de Aspectos e Impactos, y Peligros y Riesgos.

NA.

6.5. Auditoría Interna.

Procedimiento gobernador para auditoras internas, BECEME SGC DG 05, Rev.1

Programa Anual de Auditoría Interna BECENE-SGC-PG-05-01, Rev.1.

Incluye objetivo, alcance

Procesos por auditar

La auditoría se planificó para mayo 2025, se incluyen todos los procesos.

Plan de Auditoría Interna, BECENE-SGC-PG-05-02, Rev.1

Alcance: el ejercicio se llevará de manera presencial, bajo la Norma ISO 9001:2015

Indican los requisitos que serán auditados.

Auditor líder: Mtra Eunice Cruz Diaz

Equipo auditor:

Mtro Aronia Silva José Wilfredo

Mtra Cervantes Tapia Yeminá

Dra. Davalos Avila Elba Edith

Mtra. Diaz Perez Klaudia Tatiana

Mtra Galegos Reyna Gladys

Mtro Garcia Perez Andres

Dra. Garcia Zarate Ma De Lourdes

Mtra Gomez Aranda Claudia

Mtro. Gonzales Garcia Carmen Fernando

Mtra. Hernandez Castañón Michelle

Alta dirección:

Dra. Davalos Ávila Elba Edith

Macroproceso Formación profesional de los estudiantes de maestría-Mtra. Torres Moreno Rosangel de Guadalupe

Coordinación de Cuerpos Académicos- Mtro. Aronia Silva José Wilfredo

Procedimiento Operativo para la Prestación de los Servicios Institucionales de Salud-Mtra. Cervantes Tapia Yeminá

Informe de auditoría interna, BECENE-SGC-PG-05-04, Rev.1

A1/2025

8-14 mayo 2025

No conformidades emitidas 5

Requisitos: 7.2, 7.3, 8.1, 8.5.1, 9.1.3,

El informe incluye el alcance, criterios, no conformidades, oportunidades de mejora

La organización presenta Procedimiento Gobernador para Acciones Correctivas, BECENE-SGC-PG-06, Rev.1

Para el seguimiento se emplea "Análisis Seguimiento y Revisión de Acciones Correctivas" BECENE-SGC-PG-06-01

Mediante oficio se informa el requisito de la Norma en donde se encontró el hallazgo y se asigna número de reporte de RAC.

6.6. Revisión por la Dirección.

Se realiza para cada una de las direcciones 2 veces al año.

Controles: Procedimiento Gobernador para la Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad a través de los Departamentos, Coordinaciones, Direcciones de Área para la Revisión por la Alta Dirección (BECENE-CA-PG-11), Procedimiento Gobernador de Análisis de Datos (BECENE-CA-PG-09) y Procedimiento Gobernador de Riesgos y Oportunidades (BECENE-CA-PG-12).

Dirección general, BECENE-SGC-PG-08-03, marzo 2025

Recomendaciones específicas:

Tomar acciones eficaces para la atención de los incumplimientos en el Sistema de gestión de la calidad

Existe preocupación sobre las situaciones que acontecen en el área, se pide dar seguimiento puntual para solventarlas integrando las evidencias pertinentes y comunicando a las partes involucradas

Dar seguimiento desde el sistema de gestión a los incumplimientos registrados y notificar avances

Generar e implementar una estrategia que prevea eficientizar la manera en que se recuperan los datos necesarios para la construcción de los informes.

Planeación y evaluación institucional

Agosto 2024-enero 2025

Logro de objetivo de calidad 90.5

Recomendaciones específicas

Se observa un mayor dominio de las tareas en el área
Definir el plan de calidad con sus respectivos elementos que el equipo considera

CICYT

Agosto 2024-enero 2025

Logro de objetivo de calidad: 96.67

Recomendaciones específicas:

Se reconoce el trabajo del equipo durante el periodo revisado, resaltando la mejora en el dominio del proceso metodológico de recuperación de datos

Se reconoce el cumplimiento del área en concordancia con los indicadores vigentes

Se reconoce el avance en los servicios tecnológicos como una fortaleza institucional que habrá de mantener y potenciar, lo anterior se demuestra con el número de usuarios que albergan los diferentes espacios virtuales

Establecer una estrategia para la adquisición de acceso bibliográfico nuevo

Extensión educativa

Logro de objetivo de calidad: 92.6%

Depto. de desarrollo cultural

Depto. desarrollo deportivo

Depto. de servicio de salud

Recomendaciones específicas:

Fortalecer comunicación e interacción de procesos

Incorporar para la próxima reunión de consejo el proyecto de seguimiento de egresados y el programa eco normal

Seguir fortaleciendo las campañas institucionales de educación nutricional y salud.

Servicios administrativos

Objetivo de calidad: 95.31%

Dirección académica (formación inicial)

52.2%

0% lograr el 80% de las actividades establecidas en el plan semestral del depto. de idiomas

0% lograr el 80% de las actividades de gestión académica, administrativa y para la investigación establecidas en el plan semestral de trabajo.

Una no conformidad se levanta por no lograr el objetivo-ESTA INFORMACIÓN SE MANTIENE EN FISICO

Conclusiones:

7. Desarrollo de la Auditoría.

El Equipo de Auditoría condujo una auditoría basada en procesos enfocándose en los aspectos, riesgos y objetivos significativos. Los métodos de auditoría utilizados fueron: entrevistas, observaciones de actividades y revisión de la información documentada.

La auditoría en sitio inició con una reunión de apertura que fue atendida por la Alta Dirección de la organización. La estructura de la auditoría estuvo de acuerdo con el Plan de Auditoría y con el Reporte/ Resumen de Auditoría incluido en este Reporte.

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.

7.1. Cumplimiento al Plan de Auditoría.

- ☒ El Plan de Auditoría se ha cumplido según lo establecido y acordado en la Reunión de Apertura. El tiempo asignado ha sido suficiente para lograr los Objetivos de la Auditoría.
- ☐ Se ha redistribuido/ ajustado el tiempo calculado para la auditoría teniendo en cuenta el conocimiento de los procesos y la complejidad de los mismos. El tiempo asignado ha sido suficiente para lograr el objetivo de la auditoría.

- ☐
- El tiempo establecido para la presente auditoría no es suficiente para cubrir la totalidad de los procesos del Alcance de Auditoría por lo que se ha acordado con los representantes de la organización que se deberá adicionar <#> días para completar la presente.

7.2. Resultados de la Auditoría.

Número de No Conformidades Mayores:	0
Número de No Conformidades Menores:	0

- El Proceso para el Cierre de No Conformidades es el siguiente:
- Enviar los Reportes de No Conformidad (SF02) completos (adjunto a este Reporte), los cuales deben contener el Análisis de Causa Raíz, la(s) Acción(es) de Corrección o Contención y la(s) Acción(es) correctiva(s), más las evidencias de implementación de las distintas acciones definidas para el cierre de las no conformidades antes de 90 días a partir del último día de auditoría.
 - Una vez cerradas las No Conformidades, BVQI procederá a Recomendar la Certificación/Re-Certificación o la continuidad de la Certificación, según sea aplicable.

Con la finalidad de facilitar la atención de las no conformidades, BVQI ha puesto a disposición el documento denominado “Atención de No Conformidades”, el cual es enviado/ entregado al final de Reunión de Cierre.

Todas las No Conformidades deben cerrarse dentro de los 90 días posteriores al final de la Fase 2 o Auditoría de Vigilancia.

Las Acciones Correctivas para atender las No Conformidades **mayores** deben ser realizadas inmediatamente y ser notificadas a BVQI Mexicana dentro de **30 días**, tomando como punto de partida el cierre de auditoría de Fase 2/ Vigilancia/ Recertificación. 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.

Para atender las No Conformidades **menores** los Planes de Acción (Corrección, Análisis de Causas y Acciones Correctivas), deben ser enviados para su revisión y aceptación, junto con las evidencias de corrección dentro de los **90 días** siguientes a la reunión de cierre de la auditoría Fase 2 / Recertificación / Vigilancia.

Las respuestas a las No Conformidades deben ser tanto en copia dura (papel) o en medio electrónico utilizando la Solicitud de Acción Correctiva incluido en este reporte 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 (mayores y/o menores) identificadas para confirmar la eficacia de las acciones correctivas tomadas y su No recurrencia.

- La respuesta a las no conformidades debe ser enviada a través del siguiente correo electrónico:
- contacto.certificacion@bureauveritas.com

7.3. Fortalezas del Sistema de Gestión.

- Estas son las Fortalezas identificadas:
- Fortalezas:
- Plataformas virtuales

7.4. Uso de la Marca de Certificación y la Marca o Logotipo de Acreditación o del Propietario del Esquema.

El cliente solo cuenta con el certificado en sus instalaciones, no hace uso de la marca de certificación/logotipo de acreditación.

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

NA

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

NA

7.7. Plazo para Apelaciones.

La organización cuenta con 10 días naturales, contados a partir del último día de Auditoría, para hacer uso de su Derecho de Apelación. La organización debe enviar su Solicitud de Apelación incluyendo las Evidencias de soporte que demuestren la conformidad sobre la(as) No Conformidad(es) documentada(s) durante la Auditoría, vía correo electrónico: contacto.certificacion@bureauveritas.com

BVQI Mexicana, S.A. de C.V. resolverá la Solicitud de Apelación dentro de las 4 semanas posteriores a su recepción.

Transcurrido este plazo, BVQI Mexicana, S.A. de C.V. se reserva el derecho de rechazar la Solicitud de Apelación.

8. Conclusión.

A través del proceso de auditoría, el Equipo de Auditoría pudo verificar:

Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	La documentación del sistema de gestión demostró conformidad con los requisitos de la Norma de auditoría y proporcionó la estructura suficiente para soportar la implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión.
Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Que el sistema de gestión cumple con todos los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables;
Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	La organización ha demostrado la efectiva implementación y mantenimiento de su sistema de gestión;
Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	La organización ha demostrado el establecimiento y monitoreo de objetivos y metas clave de desempeño y el avance monitoreado hacia su logro;
Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	El programa de auditoría interna ha sido completamente implementado y demuestra efectividad como una herramienta para mantener y mejorar el sistema de gestión;
Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	A lo largo del proceso de auditoría, el Sistema de Gestión demostró completa conformidad con los requisitos de la norma de auditoría.

9. Recomendación.

Por lo tanto, el Equipo de Auditoría, con base en los resultados de esta auditoría y al estado demostrado de desarrollo y madurez del Sistema de Gestión, la certificación es:

- ☐ Recomendada.
- ☐ Procede sujeta a un Cierre de Acciones Correctivas a través de una Revisión Documental;
- ☐ Procede sujeta a un Cierre de Acciones Correctivas a través de una Auditoría Especial en Sitio;
- ☐ Es Recomendada considerando el Cierre de No Conformidades ya verificadas.
- ☒ Se mantiene/ continua la Certificación.
- ☐ Se mantiene/ continúa sujeta a un Cierre de Acciones Correctivas a través de una Revisión Documental;
- ☐ Se mantiene/ continúa sujeta a un Cierre de Acciones Correctivas a través de una Auditoría Especial en Sitio;
- ☐ Se suspende hasta completar el Cierre de Acciones Correctivas;
- ☐ Se mantiene/ continua considerando el Cierre de No Conformidades ya verificadas.
- ☐ Se retira (consultar el Procedimiento de Apelaciones definido en las Condiciones del Contrato).

Este Reporte de Auditoría es Confidencial y su distribución está limitada al Equipo de Auditoría, la Organización auditada y la oficina de BVQI Mexicana, S.A. de C.V.
Este Reporte de Auditoría es propiedad de BVQI Mexicana, S.A. de C.V.