



BVQI Mexicana, S.A. de C.V.

**Certificación de Sistemas de Gestión
ISO 9001: 2015**

Reporte de Auditoría de Recertificación de

**BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL
DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ.**

Información de la Empresa			
Nombre de la Compañía:	BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ.		
Dirección:	Madero No. 100, Zona Centro, C.P. 78000, San Luis Potosí		
Número de Teléfono:	01 444 812 34 01		
Dirección de Internet:	www.beceneslp.edu.com.mx		
Información del Contacto			
Nombre del Contacto:	Hilda López Oviedo Representante del SGC	Número de Teléfono:	01 444 812 34 01
Dirección de Correo Electrónico:	hlopez@beceneslp.edu.mx		
Información de la Auditoría			
Norma(s) de Auditoría:	ISO 9001: 2015.		
Código(s) del Sector:	37		
Número de Empleados:	246	Número de Turnos:	1
Tipo de Auditoría:	Recertificación		
Fecha de Inicio de la Auditoría:	29 de mayo de 2017	Fecha de Terminación de la Auditoría:	31 de mayo de 2017
Fecha de la siguiente Auditoría:	Noviembre de 2017	Duración:	3 días
Información del Equipo de Auditoría			
Líder del Equipo de Auditoría:	Daniel Neri Cortes (DNC)		
Miembros del Equipo de Auditoría:	Auditor:	Miguel Angel Flores (MFL)	
	Auditor:	N/A	
	Experto Técnico:	N/A	
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	Hilda López Oviedo Representante del SGC	
	Oficina de BVQI	Norma Leon Coordinadora de Certificación	
	Equipo de Auditoría	Daniel Neri Cortes Auditor Lider Miguel Angel Flores Auditor	

Resumen de los Hallazgos de Auditoría					
Número de No Conformidades registradas:	Mayor:	2	Menor:	7	
¿Se requiere una Visita de Seguimiento?	Si	Fecha de Inicio de la Auditoría de Seguimiento:		Por definir	1 Día(s)
Fecha(s) real(es) del Seguimiento:	Inicio:		Terminación:		
Observaciones de la Auditoría de Seguimiento: Dar cumplimiento al cierre de las no conformidades mayores					
Recomendación del Líder del Equipo de Auditoría					
Norma	Recomendación				
ISO 9001: 2015	En base al resultado de la presente auditoria, el auditor lider recomienda la recertificación de este sistema, sujeta a la atención de las no conformidades a través de una visita especial.				
Líder del Equipo de Auditoría (1)	Miembros del Equipo de Auditoría				
Daniel Neri Cortes (DNC)	Auditor:	Miguel Angel Flores (MFL)			
	Auditor:	N/A			
	Experto Técnico:	N/A			
Alcance de Suministro (se debe verificar la declaración del alcance y debe aparecer en siguiente espacio)					
Prestación de Servicios Educativos, Académicos, Investigación Educativa, Estudios de Posgrado, Extensión Educativa, Servicios Administrativos y CYCIT.					
Acreditación	EMA				
Número de Certificados requeridos	1				
Idiomas	Español				
Razón para emitir el Certificado	Recertificación				
Instrucciones Adicionales (instrucción adicional del certificado o información para la oficina)					

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	0
No. de no conformidades cerradas	Mayor	0	Menor	0
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.

2.1. Verificación de todos los Reportes de Auditoría de BVQI Mexicana del Ciclo Previo.

Auditoria	Auditores	NC		Principales Áreas de Debilidad
		Me	Ma	
RA	DNC / GIR	5	0	4.2.3; 8.5.1; 8.2.2; 6.2.2; 8.2.3
SA1	FAC	2	0	8.5.3; 8.2.3
SA2	JHR	0	0	-----
SA3	MLM	2	0	6.2.2; 6.3
SA4	MFC	0	0	-----
SA5	MFC	0	0	-----

El sistema ha mostrado a lo largo del ciclo que se ha mantenido, demostrando la efectividad y mejora sin que se hayan documentado no conformidades mayores en ninguna de las auditorías. Tampoco se ha presentado recurrencia en los hallazgos, lo que permite determinar que se ha mantenido una evolución sostenida en el mismo. Existen temas donde se tienen oportunidades para mejorar y son lo que respeta a competencia formación y toma de conciencia y seguimiento y medición de los procesos, donde se han presentado más hallazgos.

En esta recertificación se documentaron 9 no conformidades, 2 mayores y 7 menores, donde se observa que se tiene nuevamente la debilidad en el seguimiento de los procesos.

Adicionalmente las dos no conformidades mayores tienen relación con el cambio de la nueva versión de la norma y se tienen también como temas a mejorar en el ciclo, en los que habrá que prestar especial atención. De manera general el sistema de gestión ha contribuido al logro de los objetivos siendo congruente con la política de calidad.

3. Entradas Básicas y Planeación Inicial.

Con fecha 29 al 31 de mayo de 2017, en el sitio de BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ., ubicado en Madero No. 100, Zona Centro, C.P. 78000, San Luis Potosí, se llevó a cabo la presente auditoría de recertificación a su sistema de gestión de la calidad, teniendo como

referencia la Norma ISO 9001:2015, enfocándose en el alcance que ha sido definido para Prestación de Servicios Educativos, Académicos, Investigación Educativa, Estudios de Posgrado, Extensión Educativa, Servicios Administrativos y CYCIT. Dando cumplimiento al plan de la auditoría, acordado previamente con el representante de la Dirección del Auditado y según queda registrado en el anexo Resumen de Auditoría en este reporte.

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
Hilda Margarita Lopez Oviedo	Representante del SGC
Esther Elizabeth Pérez Lugo	Comunicación Digital y Control de Documentos
Eduardo Mayorga Guevara	Director de Investigación Educativa
Ma. Susana Moreno Grimaldo	Coordinadora de Cuerpos Académicos
Gisela de la Cruz Torres Méndez	Coordinadora de Registro de Proyectos de investigación.
Juan Carlos Rangel Romero	Coordinador de Seguimiento de Egresados
Juana María Hernández Muñiz	Coordinadora de Evaluación al Desempeño Docente
Dr. Francisco Hernández Ortiz	Director General
Martha Ibáñez Cruz	Jefa de Departamento de Titulación
Ana Bel Navarro Andrade	Auxiliar del Departamento de Control Escolar
Nayla Jimena Turrubiates Cerino	Directora Académica
Dra. Elida Godina Belmares	Directora de Posgrado
Carolina Limón Sanchez	Responsable de Coordinación Administrativa
Ma. del Socorro Ramírez Vallejo	Coordinación Académica de Posgrado
Eva Bibiana Obregón González	Jefa de Departamento de Recursos Materiales
Gustavo Federico Infante Prieto	Auxiliar del Departamento de Compras
Gerardo Guel Cabrera	Supervisor de Servicios Generales
Dora Lilia Mendoza Partida	Jefa del Departamento de Recursos Humanos
Nadya Edith Rangel Zavala	Auditor Líder
Jaime Ramos Leyva	Director del Centro de Información Científica y Tecnológica (CICYT)
Octavio Ernesto de la Rosa Carrillo	Coordinador de Servicios Tecnológicos
María Yolanda Huelga Herrera	Coordinadora de los Servicios Bibliotecarios
Iván Pérez Oliva	Director de Extensión Educativa

5. Hallazgos de la Auditoría:

El Equipo de Auditoría condujo una auditoría basada en enfoque de procesos. Los métodos de auditoría utilizados fueron entrevistas con los dueños de procesos y algunos de sus colaboradores, observaciones de la realización de actividades y revisión de documentación y registros.

La auditoría en sitio inició con una reunión de apertura que fue atendida por el Director General y su grupo de colaboradores.

Los hallazgos de auditoría fueron comunicados a la Dirección General de la **BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ** durante la reunión de cierre. La conclusión final de los resultados de la auditoría y la recomendación para dar continuidad a la Certificación también fueron informadas a la dirección durante la reunión de cierre.

5.1. Adecuación del Manual.

Se tiene Manual del Sistema de Gestión de la Calidad identificado como BECENE-DG-MC-01 revisión 11 de fecha 24 de marzo de 2017, que se encuentra actualizado.

En él se hace referencia a la política de calidad que dice: “En la Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí tenemos el compromiso y responsabilidad de proporcionar a nuestros usuarios servicios educativos de calidad a través de la mejora continua de los procesos académicos y de gestión, con transparencia y rendición de cuentas”.

El manual también hace referencia a los objetivos de calidad que se encuentran en el documento BECENE-DG-OQ-01 revisión 6 de fecha 19 de mayo de 2017. Los objetivos son:

Objetivo Estratégico

Formar con calidad profesionales para la docencia e investigación en educación básica a través del diseño y aplicación de los planes y programas de estudio que atiendan a las demandas de la sociedad actual.

1. Sistema de Gestión de Calidad

Mejorar continuamente el sistema de gestión de calidad de la institución basado en la norma ISO 9001-2008, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios para fortalecer la formación de profesionales de la educación básica.

2. Formación Continua y Superación Profesional

Formar profesionales de la docencia e investigación con alto nivel académico, para generar conocimiento e innovación educativa a través del diseño y desarrollo curricular de programas de posgrado que respondan a las necesidades de la educación básica.

3. Formación Inicial

Formar profesionales de la educación básica que respondan a las demandas de la sociedad actual, a través del diseño, ejecución, evaluación e innovación de las actividades académicas tomando como referente los planes y programas de estudio vigentes.

4. Extensión Educativa.

Apoyar la formación integral de los futuros docentes para la educación básica, a través del diseño y realización de los programas institucionales de salud, desarrollo cultural y desarrollo deportivo, contribuyendo a su mejora personal y profesional.

5. Investigación Educativa.

Promover la generación y aplicación del conocimiento que contribuya a la formación de profesionales en educación básica a través de la planeación y desarrollo de proyectos de investigación, evaluación educativa y seguimiento de egresados.

6. Servicios Administrativos.

Apoyar la formación docente a través de la administración y gestión eficaz del proceso de escolaridad, los recursos humanos, financieros y materiales de la institución con base en la normatividad vigente.

7. Centro de Información Científica y Tecnológica. (CICYT)

Contribuir a la formación de profesionales de la educación a través de la prestación de servicios de información científica y tecnológica que fortalezcan las actividades académicas y de investigación de la comunidad educativa.

En el manual se tiene la referencia al documento donde se tiene la descripción de los procesos y su interacción, en el Anexo 2 Interacción de Procesos, BECENE-DG-MC-01-02 revisión 11 de fecha 24 de marzo de 2017, en una figura que se encuentra en la página 1 de 9.

En este mismo documento se tienen los mapas de los procesos.

El manual contiene también las consideraciones sobre el análisis de su contexto, para determinar las cuestiones internas y externas.

La organización ha determinado:

Partes Interesadas internas	Requerimientos
Los Alumnos (licenciatura y posgrado)	
Los profesores, personal administrativo y de apoyo	
Personal directivo de la institución	
Partes interesadas externas	Requerimientos
Los proveedores	
La sociedad	
Estado/Gobierno	
Autoridades Educativas	
Escuelas de Educación Básica	
Instituciones de educación superior	
Agentes externos	

Los procesos determinados para el sistema son y documentados en el manual son:

Proceso para la Formación Inicial
Proceso para los Estudios de Posgrado
Proceso de los Servicios Administrativos
Proceso para Extensión Educativa
Procesos de Servicios de Información Científica y Tecnológica
Proceso para la Investigación Educativa Institucional
Proceso para la Revisión por la alta Dirección y
Proceso de Auditoria Internas del Sistema de Gestión de la Calidad

Para el análisis de riesgos se tiene documentado el procedimiento gobernador para el análisis de riesgos BECENE-CA-PG-12, revision1 de fecha 24 de marzo de 2017.

5.2. Validación del Alcance y Exclusiones.

Por lo que toca a la validación del alcance, que está establecido como: "Prestación de Servicios Educativos, Académicos, Investigación Educativa, Estudios de Posgrado, Extensión Educativa, Servicios Administrativos y CYCIT.", se validó de acuerdo a que durante la auditoria se pudo comprobar proceso a proceso, que se tienen la infraestructura, los procedimientos, la información operativa y el personal debidamente capacitado para cumplir con todo lo mencionado en el alcance.

Por lo que toca las exclusiones,

8.3 Diseño y desarrollo de los productos y los servicios, no aplica ya que los programas de estudio no se diseñan, porque estos provienen de nivel central de la Secretaría de Educación Pública y la Dirección General de Profesionales de la Educación Superior (DGESPE).

7.1.5 Recursos de seguimiento y medición, no aplica debido a que por la naturaleza del servicio proporcionado no es medido a través de equipos.

Rango de Productos:

El rango de productos está establecido en el propio alcance y se verifico porque se auditaron todos los procesos y se demostró que se tiene la capacidad para cubrirlos todos.

Turno	Horario	Actividades / Procesos ejecutados en turno relacionadas con el alcance.
1º	07:00 – 15:00	Todos los relacionados con el alcance

5.3. Logro de la Política y Objetivos.

Los resultados mostraron que todo el personal trabaja en forma congruente con los compromisos establecidos en la Política de Calidad, para mejorar la satisfacción de los clientes y aplicar la mejora continua. Los resultados de la revisión por la dirección mostraron que los indicadores de los procesos contribuyen para el logro de los Objetivos de Calidad, con excepción de los mencionados en las no conformidades documentadas.

Estos objetivos son congruentes con la política de calidad, sin embargo, los objetivos no son medibles y esto origina una de las no conformidades documentadas.

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

La BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ ha demostrado la implementación, mantenimiento y mejora efectivos de su sistema de gestión de calidad, a la fecha, existen requisitos reglamentarios y legales aplicables para los productos que están dentro del alcance del sistema, documentados en el Manual de Calidad como Documentos rectores de la Normatividad Institucional, además de los requisitos del cliente.

La revisión por la Dirección, así como las auditorías internas en base a sus resultados son herramientas que contribuyen a la mejora. La capacitación de los auditores, de la que no se presentó evidencia, mejorara la contribución de las auditorías.

Las acciones correctivas también contribuyen a la mejora.

5.4.1. General.

La BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ es una institución dedicada a la Prestación de servicios educativos, docencia, investigación educativa, estudios de posgrado, extensión educativa, servicios administrativos y CYCIT. Todo esto es llevado a cabo en sus instalaciones ubicadas en Madero No. 100, Zona Centro, C.P. 78000, San Luis Potosí.

5.4.2. Planeación.

El sistema de gestión de calidad documentado, ha sido planeado con estructura piramidal, partiendo de un Nivel 1 integrado por un Manual de Calidad, con las referencias a la Política y objetivos de calidad, un Nivel 2 con los Planes de calidad, un nivel 3 con Procedimientos Gobernadores o de Gestión, un nivel 5 con Procedimientos y un nivel 6 conformado por los registros de calidad.

La estructura organizacional actual incluye al Director General y su Staff, conformado por Directores de Servicios Administrativos, Docencia, Investigación Educativa, Extensión Educativa, División de Estudios de Posgrado y de CICYT. La Política señala el compromiso de lograr la satisfacción de los clientes a través de la mejora continua y los objetivos que la respaldan son congruentes.

Los roles y responsabilidades están claramente señalados en cada uno de los procedimientos de cada proceso.

5.4.3. Implementación y Operación.

Los Procesos de Formación Inicial y El de Servicios de Información Científica y Tecnológica CICYT, son responsables de los servicios de educación, servicios bibliotecarios y acervo documental, servicios de sistemas para los alumnos.

El área de Docencia es responsable de la planificación para la realización del servicio y lleva a cabo la prestación del servicio lo mismo que su evaluación para su liberación.

Durante la auditoría, el personal en la operación demostró conocimiento y habilidad, los registros en Recursos Humanos confirmaron esto.

La infraestructura y el ambiente de trabajo se encontraron adecuados para lograr el cumplimiento de las características de calidad del servicio educativo. Sin embargo, se documentó una no conformidad relativa al ambiente de trabajo

5.4.4. Monitoreo y Medición.

Los elementos de monitoreo y medición del sistema de calidad de BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ., mostraron que:

- Cada uno de los procesos se mide a través de sus indicadores para verificar que se cumpla con lo programado.
- Se mantiene bien atendida la satisfacción del cliente a través de la realización de encuestas. La medición se hace en cada una de las áreas y en función de estas encuestas se tomen acciones para la mejora.
- Las AUDITORÍAS INTERNAS y las ACCIONES CORRECTIVAS han contribuido a lograr que se mantenga la conformidad del sistema de gestión de la calidad de acuerdo a los requisitos, tanto de la Norma, como de los clientes.

5.4.5. Mejora.

- Se realizó la transición a la nueva versión de la norma, de acuerdo a lo establecido.
- La toma de decisiones después de la Revisión por la Dirección, así como las acciones correctivas, también contribuyen a la mejora.

5.5. Fortalezas del Sistema de Gestión.

Esta auditoría permitió identificar que actualmente el sistema de gestión de calidad cuenta con las fortalezas:

- El compromiso de la Dirección para con el sistema, para su difusión y con la provisión de los recursos necesario para su mantenimiento.
- El compromiso del personal en general para con el sistema y su plena participación para la realización de la auditoría.
- El conocimiento del personal, de las actividades que son de su responsabilidad.
- Los Procesos del Centro de Información Científica y Tecnológica están eficazmente documentados, implementados y operados.

5.6. No Conformidades.

No Conformidad 01:

Área: SGC (Planeación Estratégica)

Clasificación: Menor

Descripción: Durante la revisión de la planeación estratégica, se revisaron los objetivos registrados en documento BECENE-DG-OQ-01 y no se tiene asignado valor que permita hacerlos medibles

No Conformidad 02:

Área: SGC (Planeación Estratégica)

Clasificación: Mayor

Descripción: Durante la auditoría en todos los procesos no se tiene evidencia de las acciones para abordar las oportunidades.

No Conformidad 03:

Área: SGC (Planeación Estratégica)

Clasificación: Menor

Descripción: Durante la revisión de la planeación estratégica, no se encontró evidencia de que se registraran los requisitos pertinentes de las partes interesadas.

No Conformidad 04:

Área: Servicios Escolares

Clasificación: Menor

Descripción: Durante la auditoria al proceso de Servicios Escolares, se tiene el indicador entrega oportuna de la documentación, con una meta de todo en tiempo y forma, del cual no se tiene definida su métrica.

No Conformidad 05:

Área: Departamento de Recursos Materiales

Clasificación: Menor

Descripción: 1.- No se presentó evidencia de la medición del desempeño de la gestión de Compras y suministro de productos, código: BECENE-DSA-DRM-PO-01, revisión: 4, fecha: 10 de mayo de 2017.

2.- No se presentó evidencia del resultado del indicador de desempeño "Dar cumplimiento a las requisiciones de mantenimiento menor"; meta: 90% mínimo y con medición semestral, del semestre agosto 2016 a febrero 2017.

3.- No se presentó evidencia del resultado del indicador de desempeño "Cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo y aseo de las instalaciones de la institución"; meta: 80% mínimo semestral; cabe señalar que ninguna de las 25 personas incluidas en este indicador logra en el último semestre una calificación aprobatoria.

No Conformidad 06:

Área: Departamento de Recursos Humanos

Clasificación: Menor

Descripción: Se entrevistaron a 7 personas: 2 docentes, 2 de apoyo y 2 administrativos de las cuales 5 no resultaron conscientes de la política y de los objetivos de la calidad.

No Conformidad 07:

Área: Departamento de Recursos Humanos

Clasificación: Menor

Descripción: No se presentó evidencia de estudio de la identificación de los niveles de iluminación de las áreas de trabajo.

No Conformidad 08:

Área: Auditoría Interna

Clasificación: Menor

Descripción: La Organización no se ha asegurado de que el personal que integra el equipo auditor haya recibido entrenamiento de auditor.

No Conformidad 09:

Área: Auditoría Interna

Clasificación: Mayor

Descripción: 1.- El Procedimiento Gobernador para elaborar procedimientos, código: BECENE-CA-PG-01, revisión: 3 de fecha: 14 de marzo de 2014; el Procedimiento Gobernador para el control de documentos electrónicos, código: BECENE-CA-PG-02, revisión: 4 de fecha: 14 de marzo de 2014; el Procedimiento Gobernador para el control de registros de calidad, código: BECENE-CA-PG-03, revisión: 14 de marzo de 2014; el Procedimiento Gobernador para el control de producto no conforme y/o servicio no conforme, código: BECENE-CA-PG-04, revisión: 4 de fecha: 14 de marzo de 2014; el Procedimiento Gobernador para auditorías internas de calidad, código: BECENE-CA-PG-08, revisión: 5 de fecha: 14 de marzo de 2014.

Se tramitó la actualización del Procedimiento Gobernador para acciones correctivas y/o preventivas, código: BECENE-CA-PG-05, revisión 7 de fecha: 17/12/2014 a Procedimiento Gobernador para acciones preventivas, código: BECENE-CA-PG-05, revisión 8 de fecha: 30/03/2017, sólo como cambio de versión, siendo que el propósito es diferente al ya no incluir acciones preventivas.

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.

Favor de borrar todo si no se han identificado No Conformidades.

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

- Documentos electrónicos, con atención a Norma León, y/o Alejandra Mercado
 - Norma León (norma.leon@mx.bureauveritas.com), y
 - Alejandra Mercado (alejandra.mercado@mx.bureauveritas.com) Únicamente para Auditorías de Nestlé
- Sitio de Internet:
http://www.bureauveritas.com.mx/wps/wcm/connect/bv_commx/local/home/action_corrective_form

5.7. Observaciones.

- Las dos áreas de préstamos y servicios bibliotecarios no cuentan con detectores de humo, aún y cuando se realizó el análisis de riesgo por calentamiento de los equipos de cómputo, los cuales están compartiendo áreas con estas dos áreas. Cabe mencionar que la NORMA Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo debe ser observada.

5.8. Oportunidades de Mejora.

En esta auditoria no se documentaron oportunidades de mejora.

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

La BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ no está utilizando la Marca de Certificación ni el Símbolo de Acreditación.

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.

Como resultado de las dos no conformidades mayores documentadas, se acordó dar seguimiento a las mismas para que en el tiempo establecido se haga la revisión en sitio.

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; con excepción de lo mencionado en las no conformidades documentadas.
- 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, con excepción de lo mencionado en las no conformidades documentadas.
- El programa de auditoría interna ha sido completamente implementado y demuestra efectividad como una herramienta para mantener y mejorar el sistema de gestión;
- A lo largo del proceso de auditoría, el sistema de gestión demostró completa conformidad con los requisitos de la norma de auditoría, con excepción de los puntos mencionados en las no conformidades documentadas.

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 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, con excepción de lo mencionado en las no conformidades documentadas.

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 recertificación de este sistema de gestión:

- Procede sujeta a un Cierre de Acciones Correctivas a través de una Auditoría Especial en Sitio;

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: 2015														
Sitio/ Sitio Temporal:			Proceso/ Actividad/ Departamento											
BECENE SLP			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	Planeación Estratégica	Investigación Educativa	Revisión por la Dirección	Titulación	Control Escolar (Servicios Escolares)	Formación Inicial	Posgrado				
Daniel Neri Cortes (DNC)														
Exclusiones/ Justificaciones:														
8.3 Diseño y desarrollo de los productos y los servicios														
7.1.5 Recursos de seguimiento y medición														
Turnos auditados: Marque los que apliquen														
Primero	Segundo	Tercero												
X	X													
Fecha: 29 al 31 de mayo de 2017				29	29	29	30	30	30	31				
Periodo (AM/PM)				AM	AM	PM	AM	AM	PM	AM				
	Descripción													
4.1	Comprender la Organización y su Contexto.			X										
4.2	Comprender las Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas.			1										1
4.3	Determinar el Alcance del Sistema de Gestión de Calidad.			X										
4.4	Sistema de Gestión de Calidad y sus Procesos.			X				1						1
5.1	Liderazgo y Compromiso.					X								
5.1.1	Generalidades.					X								
5.1.2	Enfoque al Cliente.					X								
5.2	Políticas.			X		X								
5.2.1	Establecimiento de la Política de la Calidad.			X		X								
5.2.2	Comunicación de la Política de Calidad.			X		X								
5.3	Roles, Responsabilidades y Autoridad de la Organización.					X								
6.1	Acciones para abordar las Oportunidades y Riesgos.			X	1		1		1					1
6.2	Objetivos y planeación para alcanzarlos.			1										1
6.3	Planificación de los Cambios.			X										
7.1	Recursos.													
7.1.1	Generalidades.													
7.1.2	Personas.													
7.1.3	Infraestructura.													
7.1.4	Ambiente para la Operación de los Procesos.													
7.1.5	Recursos para el Seguimiento y la Medición.													
7.1.5.1	Generalidades.													
7.1.5.2	Trazabilidad de las Mediciones.													
7.1.6	Conocimiento Organizacional.													
7.2	Competencia.													
7.3	Toma de Conciencia.													
7.4	Comunicación.													
7.5	Información documentada.			X	X		X	X		X				
7.5.1	Generalidades.			X	X		X	X		X				
7.5.2	Creación y Actualización.			X	X		X	X		X				
7.5.3	Control de la Información documentada.			X	X		X	X		X				
8.1	Planificación y Control Operacional.				X		X	X	X	X				
8.2	Requerimientos para Productos y Servicios.				X					X				
8.2.1	Comunicación con el Cliente.				X					X				

8.2.2	Determinación de los Requisitos relacionados con el Producto y Servicio.			X		X	X		X				
8.2.3	Revisión de los Requisitos relacionados con el Producto y Servicio.			X		X	X		X				
8.2.4	Cambios en los requisitos para los Productos y Servicios.			X									
8.3	Diseño y Desarrollo de Productos y Servicios.												
8.3.1	Generalidades.												
8.3.2	Determinación de las Etapas y los Controles para el Diseño y Desarrollo.												
8.3.3	Elementos de entrada para el Diseño y Desarrollo.												
8.3.4	Controles de Diseño y Desarrollo.												
8.3.5	Resultados del Diseño y Desarrollo.												
8.3.6	Cambios del Diseño y Desarrollo.												
8.4	Control de los Productos y Servicios proporcionados externamente.												
8.4.1	Generalidades.												
8.4.2	Tipo y Alcance del control de los suministro externo.												
8.4.3	Información para Proveedores Externos.												
8.5	Producción y Prestación del Servicio.			X		X	X	X	X				
8.5.1	Control de producción y prestación del Servicio.			X		X	X	X	X				
8.5.2	Identificación y trazabilidad.			X		X	X		X				
8.5.3	Los bienes pertenecientes a los clientes o proveedores externos.			X		X	X	X	X				
8.5.4	Preservación.					X	X	X	X				
8.5.5	Servicios Posteriores a la Entrega.												
8.5.6	Control de Cambios.												
8.6	Entrega de Productos y Servicios.												
8.7	Control de los Elementos de salida del Proceso, Productos y Servicios No Conformes.					X		X					
9.1	Monitoreo, Medición, Análisis y Evaluación.			X		X	X	X	X				
9.1.1	Generalidades			X		X		X	X				
9.1.2	Satisfacción del Cliente.			X		X		X	X				
9.1.3	Análisis y Evaluación.			X		X	X	X	X				
9.2	Auditoría Interna.												
9.3	Revisión por la Dirección.					X							
9.3.1	Generalidades.					X							
9.3.2	Entradas de la Revisión por la Dirección.					X							
9.3.3	Resultados de la Revisión por la Dirección.					X							
10.1	Generalidades.							X		X			
10.2	No conformidades y acciones correctivas.												
10.3	Mejora continua.					X		X		X			
	Uso de la Marca de Certificación y el Símbolo de Acreditación					X							
Observaciones de la Revisión Documental:													
Solicitud de Certificación/ Revisión Documental: <Insertar Texto>													
Cláusula/ Descripción y Comentario <Insertar Texto>													

REPORTE/RESUMEN DE AUDITORÍA PARA ISO 9001: 2015													
Sitio/ Sitio Temporal:			Proceso/ Actividad/ Departamento										
BECENE SLP			Rev Doc									T O T A L E S N C	
Auditor:			Cumplimiento (S/N) Ver comentarios en Notas del Auditor	COMPRAS	RECURSOS HUMANOS	AMBIENTE DE TRABAJO	MANTENIMIENTO A EDIFICIOS	AUDITORÍAS INTERNAS	SERVICIOS DE INFORMACIÓN CIENFICA Y TECNOLÓGICA	EXTENSIÓN EDUCATIVA	SATISFACCIÓN DEL CLIENTE		
Miguel Ángel Flores (MFL)													
Exclusiones/ Justificaciones:													
8.3 Diseño y desarrollo de productos y servicios 7.1.5 Recursos de seguimiento y medición													
Turnos auditados: Marque los que apliquen													
Primero	Segundo	Tercero											
X													
Fecha: 29 al 31 de mayo de 2017				29	29	29	30	30	30	31	31		
Periodo (AM/PM)				AM	AM	PM	AM	AM	PM	AM	PM		
	Descripción												
4.1	Comprender la Organización y su Contexto.												
4.2	Comprender las Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas.												
4.3	Determinar el Alcance del Sistema de Gestion de Calidad.												
4.4	Sistema de Gestion de Calidad y sus Procesos.			X	X	X	X	X	X	X		0	
5.1	Liderazgo y Compromiso.												
5.1.1	Generalidades.												
5.1.2	Enfoque al Cliente.												
5.2	Políticas.												
5.2.1	Establecimiento de la Política de la Calidad.				X							0	
5.2.2	Comunicación de la Política de Calidad.												
5.3	Roles, Responsabilidades y Autoridad de la Organización.			X	X	X	X	X	X	X		0	
6.1	Acciones para abordar las Oportunidades y Riesgos.			X	X	X	X	X	X	X		0	
6.2	Objetivos y planeación para alcanzarlos.												
6.3	Planificación de los Cambios.												
7.1	Recursos.				X							0	
7.1.1	Generalidades.				X							0	
7.1.2	Personas.				X							0	
7.1.3	Infraestructura.						X	X				0	
7.1.4	Ambiente para la Operación de los Procesos.			1		X						1	
7.1.5	Recursos para el Seguimiento y la Medición.												
7.1.5.1	Generalidades.												
7.1.5.2	Trazabilidad de las Mediciones.												
7.1.6	Conocimiento Organizacional.				X								
7.2	Competencia.				X							0	
7.3	Toma de Conciencia.				1							1	
7.4	Comunicación.				X							0	
7.5	Información documentada.			X	X	X	X	X	X	X		0	
7.5.1	Generalidades.			X	X	X	X	X	X	X		0	
7.5.2	Creación y Actualización.			X	X	X	X	1	X	X		1	
7.5.3	Control de la Información documentada.			X	X	X	X	X	X	X			
8.1	Planificación y Control Operacional.												
8.2	Requerimientos para Productos y Servicios.							X	X			0	
8.2.1	Comunicación con el Cliente.												

8.2.2	Determinación de los Requisitos relacionados con el Producto y Servicio.												
8.2.3	Revisión de los Requisitos relacionados con el Producto y Servicio.												
8.2.4	Cambios en los requisitos para los Productos y Servicios.												
8.3	Diseño y Desarrollo de Productos y Servicios.												
8.3.1	Generalidades.												
8.3.2	Determinación de las Etapas y los Controles para el Diseño y Desarrollo.												
8.3.3	Elementos de entrada para el Diseño y Desarrollo.												
8.3.4	Controles de Diseño y Desarrollo.												
8.3.5	Resultados del Diseño y Desarrollo.												
8.3.6	Cambios del Diseño y Desarrollo.												
8.4	Control de los Productos y Servicios proporcionados externamente.		X										0
8.4.1	Generalidades.		X										0
8.4.2	Tipo y Alcance del control de los suministros externos.		X										0
8.4.3	Información para Proveedores Externos.		X										0
8.5	Producción y Prestación del Servicio.							X	X				0
8.5.1	Control de producción y prestación del Servicio.							X	X				0
8.5.2	Identificación y trazabilidad.												
8.5.3	Los bienes pertenecientes a los clientes o proveedores externos.												
8.5.4	Preservación.							X	X				0
8.5.5	Servicios Posteriores a la Entrega.							X	X				0
8.5.6	Control de Cambios.							X	X				0
8.6	Entrega de Productos y Servicios.							X	X				0
8.7	Control de los Elementos de salida del Proceso, Productos y Servicios No Conformes.								X				0
9.1	Monitoreo, Medición, Análisis y Evaluación.		X	X	X	X	X	X	X	X			0
9.1.1	Generalidades									X			0
9.1.2	Satisfacción del Cliente.									X			0
9.1.3	Análisis y Evaluación.		1	X	X	X	X	X	X	X			1
9.2	Auditoría Interna.						1						1
9.3	Revisión por la Dirección.												
9.3.1	Generalidades.												
9.3.2	Entradas de la Revisión por la Dirección.												
9.3.3	Resultados de la Revisión por la Dirección.												
10.1	Generalidades.												
10.2	No conformidades y acciones correctivas.		X	X									
10.3	Mejora continua.												
	Uso de la Marca de Certificación y el Símbolo de Acreditación												
Observaciones de la Revisión Documental:													
Solicitud de Certificación/ Revisión Documental: n/a													
Cláusula/ Descripción y Comentario n/a													

Notas del Auditor/ Pistas Significativas de la Auditoría

Auditor:	Daniel Neri Cortes
Auditado:	Hilda Margarita Lopez Oviedo/Representante del SGC Esther Elizabeth Perez Lugo/Comunicación digital y control de documentos
Fecha:	29/05/2017
Proceso/ Actividad:	Planeación Estratégica
Notas:	Comité de calidad
4.1	Reunido para análisis de contexto
4.2	Se hizo por cada dirección.
4.3	Cada director elaboro su contexto que se subió a plataforma de Bitrix. (Control de Proyecto)
4.4	Equipo de calidad hizo análisis y se concentró lo que iba a quedar en el manual.
5.2	Se hizo en revisiones varias con las direcciones. Se determinó el contexto interno y externo.
5.2.1	Se hizo análisis foda y se determinó las partes interesadas y sus requisitos pertinentes.
5.2.2	
6.1	Se tiene Manual del Sistema de Gestión de la Calidad identificado como BECENE-DG-MC-01 revisión 11 de fecha 24 de marzo de 2017, que se encuentra actualizado.
6.2	En él se hace referencia a la política de calidad que dice: "En la Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí tenemos el compromiso y responsabilidad de proporcionar a nuestros usuarios servicios educativos de calidad a través de la mejora continua de los procesos académicos y de gestión, con transparencia y rendición de cuentas".
6.3	.
7.5	El manual también hace referencia a los objetivos de calidad que se encuentran en el documento BECENE-DG-OQ-01 revisión 6 de fecha 19 de mayo de 2017. Los objetivos son:
7.5.1	Objetivo Estratégico
7.5.2	Formar con calidad profesionales para la docencia e investigación en educación básica a través del diseño y aplicación de los planes y programas de estudio que atiendan a las demandas de la sociedad actual.
7.5.3	1. Sistema de Gestión de Calidad
	Mejorar continuamente el sistema de gestión de calidad de la institución basado en la norma ISO 9001-2008, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios para fortalecer la formación de profesionales de la educación básica.
	2. Formación Continua y Superación Profesional
	Formar profesionales de la docencia e investigación con alto nivel académico, para generar conocimiento e innovación educativa a través del diseño y desarrollo curricular de programas de posgrado que respondan a las necesidades de la educación básica.
	3. Formación Inicial
	Formar profesionales de la educación básica que respondan a las demandas de la sociedad actual, a través del diseño, ejecución, evaluación e innovación de las actividades académicas tomando como referente los planes y programas de estudio vigentes.
	4. Extensión Educativa.
	Apoyar la formación integral de los futuros docentes para la educación básica, a través del diseño y realización de los programas institucionales de salud, desarrollo cultural y desarrollo deportivo, contribuyendo a su mejora personal y profesional.

5. Investigación Educativa.

Promover la generación y aplicación del conocimiento que contribuya a la formación de profesionales en educación básica a través de la planeación y desarrollo de proyectos de investigación, evaluación educativa y seguimiento de egresados.

6. Servicios Administrativos.

Apoyar la formación docente a través de la administración y gestión eficaz del proceso de escolaridad, los recursos humanos, financieros y materiales de la institución con base en la normatividad vigente.

7. Centro de Información Científica y Tecnológica. (CICYT)

Contribuir a la formación de profesionales de la educación a través de la prestación de servicios de información científica y tecnológica que fortalezcan las actividades académicas y de investigación de la comunidad educativa.

NCm 6.2.1 (b) Los objetivos deben ser medibles

En el manual se tiene la referencia al documento donde se tiene la descripción de los procesos y su interacción, en el Anexo 2 Interacción de Procesos, BECENE-DG-MC-01-02 revisión 11 de fecha 24 de marzo de 2017, en una figura que se encuentra en la página 1 de 9.

En este mismo documento se tienen los mapas de los procesos.

El manual contiene también las consideraciones sobre el análisis de su contexto, para determinar las cuestiones internas y externas.

La organización ha determinado:

Partes Interesadas internas	Requerimientos
Los Alumnos (licenciatura y posgrado)	
Los profesores, personal administrativo y de apoyo	
Personal directivo de la institución	
Partes interesadas externas	Requerimientos
Los proveedores	
La sociedad	
Estado/Gobierno	
Autoridades Educativas	
Escuelas de Educación Básica	
Instituciones de educación superior	
Agentes externos	

NCm 4.2 (b) No están determinados los requerimientos de las partes interesadas.

Los procesos determinados para el sistema son y documentados en el manual son:

Proceso para la Formación Inicial
 Proceso para los Estudios de Posgrado
 Proceso de los Servicios Administrativos
 Proceso para Extensión Educativa
 Procesos de Servicios de Información Científica y Tecnológica
 Proceso para la Investigación Educativa Institucional
 Proceso para la Revisión por la alta Dirección y
 Proceso de Auditoria Internas del Sistema de Gestión de la Calidad

Para el análisis de riesgos se tiene documentado el procedimiento gobernador para el análisis de riesgos BECENE-CA-PG-12, revision1 de fecha 24 de marzo de 2017.

Cuando la organización determine la necesidad de cambios en el SGC, estos cambios deben llevar a cabo de manera planificada. La organización debe considerar:

- a) El propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales;
- b) La integridad del SGC;
- c) La disponibilidad de los recursos;
- d) La asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.

Esto está coordinado por la Dirección y basado en los procedimientos gobernadores.

Para el control de los documentos del sistema se tienen definidas las directrices en los procedimientos:

Procedimiento Gobernador para el control de documentos electrónicos BECENE-CA-PG-02 revisión 4 de fecha.

Procedimiento gobernador para el control de documentos físicos BECENE-CA-PG-06, revisión 3 de fecha

Auditor:

Daniel Neri Cortes

Auditado:

Eduardo Mayorga Guevara/Director de Investigación Educativa

Ma. Susana Moreno Grimaldo /Coordinadora de Cuerpos Académicos

Gisela de la Cruz Torres Méndez/Coordinadora de Registro de Proyectos de investigación.

Juan Carlos Rangel Romero/Coordinador de Seguimiento de Egresados

Juana María Hernández Muñiz/Coordinadora de Evaluación al Desempeño Docente

Fecha:

29/05/2017

Proceso/ Actividad:

Investigación Educativa

Notas:

Se tiene diferentes procedimientos:

6.1 Procedimiento Operativo para el Seguimiento de los Cuerpos Académicos BENECE-DIE-CCA-PO-01 revisión 3 de fecha 25 de mayo de 2017.

7.5

7.5.1

7.5.2

7.5.3

8.1

8.2

8.2.1

8.2.2

8.2.3

8.2.4

8.5

8.5.1

8.5.2

8.5.3

9.1

9.1.1

9.1.2

9.1.3

Objetivo: Promover la integración de los Cuerpos Académicos reconocidos por el PRODEP (Programa para el Desarrollo Profesional Docente) en la BECENE.

Se inicia cuando se tiene la convocatoria que hace la PRODEP para formar Cuerpos académicos.

Se hace convocatoria para grupos de maestros investigadores que compartan un proyecto.

El CA tiene vigencia de 3 años después de ser registrado.

PRODEP emite registro para cada cuerpo académico.

La convocatoria se emite a través del sitio web para que quienes estén interesados y tengan el perfil PRODEP se puedan integrar.

Se brinda asesoría y orientación a los catedráticos interesados en conformar un CA.

Se requiere experiencia en:

Docencia

Investigación

Publicaciones y

Gestión Institucional

Se tiene asesoría para subir a plataformas la información necesaria.

Cuando se conforma un cuerpo académico también se da asesoría al personal.

Se hace sobre una propuesta previa o proyecto.

La formación del CA obedece a equipos multidisciplinarios.

El CA elabora su Plan de Trabajo indicando:

Actividad (Proyecto, participación del C.A., difusión, proyecto de redes, con alumnos etc.)

Descripción

Docentes implicados

Tiempo

Tipo de recursos

Una vez formado y registrado el cuerpo académico debe ser evaluado

Los proyectos pueden interrelacionarse por interés mutuo con otras instituciones. Via web

Participación en congresos
Publicación de la investigación.

Se da seguimiento a las actividades solo entre el CA y PRODEP. Se puede solicitar prorroga a los 3 años cuando así se requiera y previa justificación.

Del seguimiento se tiene evidencia:
Creación hasta registro
Continuidad de metas y resultados.
Se tiene evidencia de ello

Se tienen 6 cuerpos académicos a cada uno con su propio programa de trabajo
Y se da seguimiento a sus actividades.

Evidencias del semestre pasado:
21 al 23 de agosto 2016 XXVI JORNADA ACADEMICA Con fotos y datos
22 d agosto de 2016 taller de formación y consolidación de Cuerpos académicos.
19 de octubre de 2016 Foro de cuerpos académicos experiencias y expectativas de un CA.
Se revisó el semestre entero y todos los eventos realizados con las evidencias.

Al final se evalúa todas las actividades poniéndolo en sistema ATLAS.TI que arroja una evaluación cualitativa.

Esto da información de avance y de lo que falta por hacer en la coordinación y que le falta a cada cuerpo académico.

PRODEP está marcando la participación Internacional ya como un debe. Ya está en condiciones de aplicarse.

Indicador
Registro de las evidencias de cuerpos académicos
Meta: 60% mínimo
Cumplimiento: se está en el límite y se mide semestralmente.

Análisis de riesgos: se tiene identificado un riesgo y 2 oportunidades
En ambos casos no se tiene planes de acción. NCm 6.1.2

Procedimiento Operativo para el Registro y desarrollo de Proyectos de Investigación
BECENE-DIE-CPI-PO-01 revisión 3 de fecha 26 de mayo de 2017.

Objetivo: Coordinar el registro y desarrollo de Proyectos de Investigación elaborados por los docentes investigadores en la BECENE y la difusión del conocimiento generado.

Se inicia cuando se hace la convocatoria anual para el registro de Proyectos de Investigación.

Los proyectos elaborados de acuerdo a las especificaciones de la convocatoria se envían en versión electrónica a la coordinación para valoración y registro de los proyectos.

Se hace la publicación de los proyectos aceptados.

Se verifico la convocatoria 2016. La 2017 está en elaboración.

.

Se da seguimiento de acuerdo a fechas de cronograma y se solicita informe semestral via correo electrónico.

Al final del proyecto se entrega informe final con evidencias de donde se difundió el conocimiento.

También se difunde en foros internos para que los alumnos se enteren de lo que se está realizando.

Se muestreo unos conversatorios de reportes de investigación realizados el 3 de marzo.
Según oficio DG-751/2016/2017.

Se revisaron evidencias de proyectos aceptados en 2016, de los cuales no están concluidos y no hay informe final todavía.

Proyectos aceptados 13

En dictaminación: 4

Indicadores

Porcentaje de proyectos de investigación que cumplen con la implementación de acciones que apoyan a la formación de estudiantes normalistas

Meta: 50%

Cumplimiento: 82%

Entrega de informes de investigación semestrales o finales

Meta: 70%

Cumplimiento: 89%

Análisis de riesgo se tiene un riesgo detectado y la acción para su contención o mitigación. No hay acciones para abordar las oportunidades. NCm 6.1.2

Procedimiento Operativo para el seguimiento de egresados BECENE-DIE-CSE-PO-01 revisión 1 de fecha 20 de junio de 2016.

Objetivo:

Documentar información de las generaciones egresadas de la BECENE para conocer el nivel de satisfacción con respecto a la formación académica que se ofrece en la institución. Mantener comunicación con egresados a través de la plataforma BECENE y las redes sociales.

Se trata de identificar a la población que egresa para saber su satisfacción sobre la formación académica.

Se inicia cuando se tienen los listados de alumnos de octavo semestre para ser ingresados en el sitio de egresados de la BECENE.

La CSE establece comunicación con el CICyT para la apertura el sitio de egresados. Se les proporciona su usuario y clave de acceso o contraseña para la generación de perfil.

Ya con su registro se envía cuestionario electrónico en la plataforma BECENE.

Se hace a través de encuesta que de los totales se hacen ponderaciones para calificar como:

Insatisfecho

Medianamente satisfecho

Satisfecho y

Totalmente satisfecho

La evaluación se aplicó por primera vez.

Esto determinara acciones a tomar para la mejora

La evaluación es sobre la formación, el personal, planes de la licenciatura, práctica docente y formación profesional den la BECENE.

Nivel de satisfacción del cliente.

Indicadores

Porcentaje de egresados que se incorporan al sitio de la plataforma BECENE

Meta 90%

Cumplimiento: 87.80% No se cumplió

Se documentó acción correctiva No. 43

Alcance de la difusión a través de la plataforma y las redes sociales de egresados.

Meta: 30%

Cumplimiento: será medido en el próximo semestre.

Análisis de riesgo

Se tiene evidencia de análisis de riesgo y oportunidades.

Se tiene acciones para riesgos, pero no para oportunidades. NCm 6.1.2

La información se maneja de manera electrónica.
Los registros son los de los alumnos.
Se revisó la información de la evidencia de que se toma y da seguimiento a las acciones para mitigar riesgos.

Procedimiento Operativo para la Evaluación al Desempeño Docente BECENE-DIE-CED-PO-01 revisión 7 de fecha 13 de octubre de 2016.

Objetivo: Evaluar el Desempeño Docente de los Catedráticos de la BECENE para identificar áreas de oportunidad y mejora en el proceso de profesionalización en la formación inicial y continua.

De manera general es la evaluación semestral de personal docente y que anualmente arroja una calificación. Se realiza a través de diferentes instancias.

Se evalúa la calidad en la docencia (Planeación, portafolio de evidencias, informe de catedra).

Se evalúa también por la Dirección de Investigación la presentación de trabajos, libros, ponencias, etc.

Participación en actividades académicas

Asistencia a diversas actividades y se emite una constancia.

CICyT evalúa el uso de la plataforma y emite constancia.

Posgrado también emite constancia

Extensión educativa evalúa las comisiones que se tienen por apoyo a eventos y se emiten constancias.

La coordinación recibe todas las constancias y se revisan teniendo cuidado para que todas las evalúen a las personas a su cargo.

Se verifica que todos los maestros sean evaluados en todo aquello donde participen (cargos y comisiones de acuerdo a su carga horaria)

Se genera una cedula de evaluación.

Con los puntajes que se obtuvieron de cada semestre.

La calificación se hace a graves de 4 criterios:

- Calidad en la docencia que tiene 11 indicadores
- Investigación y difusión que tiene 7 indicadores
- Dedicación a la docencia que tiene 6 indicadores y
- Permanencia en la docencia con 4 indicadores

El puntaje máximo es 1000

Evaluación del 1er semestre de 2016:

El total de docentes:

54 tiempo completo

43 tres cuartos

22 medio tiempo

23 hora clase

Se hace análisis de resultados y se toman acciones en base a ellos

Se observa un buen trabajo de análisis de resultados. Que se tiene a detalle.

Indicadores

Emisión de cedulas

Meta: 90% sin error

Cumplimiento: se tuvo 1 con error, se cumple.

Encuesta de opinión de alumnos

Meta: 70%

Cumplimiento: se cumple.81.80%

Análisis de riesgos

Se tiene la determinación de riesgos con un riesgo identificado se tiene acciones determinadas.

No hay acciones para oportunidades NCm 6.1.2

El proceso se cumple de acuerdo a lo que se determina en los procedimientos.

Auditor:

Daniel Neri Cortes

Auditado:

Dr. Francisco Hernandez Ortiz/Director General

Fecha:

30/05/2017

Proceso/ Actividad:

Revisión por la Dirección

Notas:

Las revisiones se llevan a cabo de manera semestral se tiene procedimiento.

5.1

BECENE-CA-PG-11-01 revisión 3 de fecha.

5.1.1

5.1.2

La última revisión se llevó a cabo el 23, 24 y 28 de febrero de 2017.

5.2

Se tiene evidencia de la convocatoria.

5.2.1

Se revisaron Política y Objetivos que tuvieron cambios por la transición a la norma ISO 9001:2015 y que ya se encuentran documentados en el manual de calidad.

5.2.2

En esta ocasión se manejó el cierre de pendientes de la versión 2008 y la transición a la nueva versión.

5.3

9.3

9.3.1

La forma en que se lleva a cabo está considerando los puntos de la norma para dar cumplimiento a la misma.

9.3.2

9.3.3

Durante el desarrollo de la revisión se tuvieron como sobresalientes los siguientes datos:

10.3

Se presentan como entradas los análisis de cada una de las direcciones y después se conjuntan cada uno de los puntos que marca la norma.

Ajustes para su adecuación a la nueva versión de la norma.

Se hizo la revisión de la política y de los objetivos y ambos tuvieron

Seguimiento a las revisiones previas

Seguimiento a las tareas para la migración a la norma ISO 9001:2015

Considerar los principios de riesgo.

Actualizar indicador de eficiencia terminal tomando en cuenta factores externos e internos.

Satisfacción del cliente

Cada una de las direcciones tiene definidas su metodología para recuperar datos de la satisfacción del cliente. De manera general se tiene una buena percepción del cliente.

Logro de objetivos

De acuerdo a los resultados obtenidos y reportados en la revisión por la dirección, los objetivos están cumplidos en su mayoría y los que están pendientes es porque se medirán al termino del semestre.

Desempeño de los procesos

Se tiene evidencia de la revisión de los indicadores y se tiene en cumplimiento.

Acciones correctivas

No se tiene pendientes de cierre ninguna

De la última auditoría realizada no se documentaron no conformidades.

Oportunidades de mejora

Cada dirección hace el registro de sus oportunidades de mejora. Se tiene evidencia en el comunicado generado el 23 de febrero de 2017, en el que se incluyen las necesidades de recursos.

De manera general se cumple con lo solicitado por la norma ISO 9001:2015.

Auditor:	Daniel Neri Cortes
Auditado:	Martha Ibáñez Cruz/Jefa de Departamento de Titulación
Fecha:	30/05/2017
Proceso/ Actividad:	Titulación
Notas:	Procedimiento Operativo para la Titulación BECENE- DSADT -PO-01revisión 7 de fecha 5 de septiembre de 2016.
6.1	Objetivo definir las acciones que corresponden al Departamento de Titulación con relación al desarrollo del proceso de titulación ordinaria.
7.5	
7.5.1	
7.5.2	
7.5.3	Inicia con registro de estudiantes de cuarto año, (aspirantes a título), para su proceso.
8.1	Se registra nombre y título del documento recepcional, 5 modalidades.
8.2.2	Esto se realiza por el asesor via electrónica.
8.2.3	
8.5	Se recuperan documentos que el asesor entrega en versión preliminar
8.5.1	
8.5.2	En comisiones con entrega de registro se hace determinación de sinodales.
8.5.3	Sinodales con formato de análisis y valoración en el Formato de análisis y valoración del documento recepcional BECENE-DSA-DT-PO-01-04, en electrónico.
8.5.4	Se valora seguimiento a lineamientos.
8.7	
9.1	El cómo hacerse de cada modalidad.
9.1.1	La valoración se registra en juna acta donde se conjunta la calificación de los sinodales en el formato Nombramientos a sinodales respecto a la etapa de dictaminación de los documentos recepcionales BECENE-DSA-DT-PO-01-03.
9.1.2	Se dictamina y calendariza fecha de examen.
9.1.3	Día de examen se llena otra acta por los mismos sinodales en reunión protocolaria y se hace el examen.
	El departamento asegura las condiciones para que se lleven a cabo.
	Si se aprueba se elabora y queda aprobado por mayoría o por unanimidad.
	El acta se empasta y guardan por licenciatura y generación.
	Se tomó durante la descripción del proceso una muestra de ejemplo para verificar el cumplimiento documental.
	Análisis de riesgo
	Se tiene de acuerdo a procedimiento y se tiene determinado un riesgo significativo y sus acciones. Se tiene evidencia de las acciones. No se tiene registro de acciones para las oportunidades de mejora. NCM 6.1.2
	Se tomaron muestras del libro de actas de 2016 para verificar que se haya cumplimentado documentalmente.
	Muestra 1 Milton Eduardo de la Rosa Castro (Licenciatura Primaria)
	Se partió de su acta de examen aprobada (Se va a SEER se valida y registra en control escolar)
	Acta provisional de aprobación de examen profesional.
	Aprobación documental acta de dictaminación del documento recepcional
	Calificación de sinodales
	Formato de análisis y valoración del documento recepcional (# sinodales)
	Carta del asesor solicitud de sinodales o lectores para el documento.
	Relación de títulos de documentos recepcionales (generado por el asesor para registrar al alumno al proceso de titulación.
	Paola Isabel Rocha Loza (Licenciatura Primaria)
	Se partió de acta de examen aprobada por el SEER

Mismos documentos.
Los mismos Documentos que en el caso anterior.
En ambos casos se cumple con o descrito en el procedimiento.
Relación de títulos de documentos recepcionales (generado por el asesor para registrar al alumno al proceso de titulación.

Entradas:

Lista de alumnos que ingresan a 4to de licenciatura
(Información de control escolar)
Listas de catedráticos que pueden ser sinodales
(Información de recursos humanos)

Salidas:

Actas de examen profesional y títulos.

Indicadores:

Integración de la información para la realización de los exámenes profesionales
meta 90%,
cumplimiento de 97%.

Se cumple de acuerdo a lo descrito en el procedimiento

Auditor:

Daniel Neri Cortes

Auditado:

Ana Bel Navarro Andrade/Auxiliar del Departamento de Control Escolar

Fecha:

30/05/2017

Proceso/ Actividad:

Control Escolar (Servicios Escolares)

Notas:

Procedimiento: DSA-DSE-PO-011 Procedimiento operativo para la inscripción acreditación regularización y certificación BECENE

4.4

7.5

Proceso de escolaridad de alumnos

7.5.1

Desde admisión hasta certificado

7.5.2

7.5.3

Se inicia con la entrega de documentación para admisión según anexos todos cada año.

8.1

Primer semestre toda su documentación.

8.2.2

De segundo en adelante 2 anexos y fotografías

8.2.3

Se recibe documentación y se hace registro inscripción en el formato solicitud de inscripción BECENE-DSA-DSE-PO-01-01.

8.5

Se valida información de la documentación en nuevo ingreso.

8.5.1

8.5.2

Se generan listas de asistencia BECENE-DSA-DSE-PO-01-03

8.5.3

8.5.4

Se genera registro de escolaridad que se entrega al SEER por licenciatura y por grupo

9.1

SEER lo regresa firmado y sellado (3 semanas para revisión)

9.1.3

10.1

Los docentes reciben listas de asistencia

10.3

El maestro evalúa y sube calificaciones a plataforma además las entrega físicamente.

El alumno puede checar calificaciones en un portal de la BECENE

Después de que se generó su boleta y se puede imprimir.

Se puede corregir la calificación cuando el alumno verifica y se hace cambio de acuerdo con el profesor y hace la solicitud de cambios.

Se autoriza por la dirección de servicios administrativos.

Se imprimen actas de acreditación y estos datos se pasan a registro de escolaridad que se envía a SEER.

Al termino se verifica alumnos regulares e irregulares.

Se inscriben a exámenes extraordinarios y se calendariza en listas

Se hace pago y se da recibo a alumno.

Se genera un acta de regularización que una vez requisitada se envía a SEER previa programación.

Para alumnos de 8 semestre

Se imprimen proyectos de certificados que se envían a SEER para verificación de calificaciones y una vez validado se imprime el certificado.

Se imprime se firma por director general y se envía a control escolar para firma.

Firmado se entrega en ceremonia de fin de cursos.

Egresado firman de recibido en formato que se llama REDCE en 3 tantos

El adeudo de materias para reinscripción

Procede baja temporal o definitiva

3 o 4 materias baja temporal

5 o más baja definitivo

Se tomó muestra de alumnos para verificar documentación de acuerdo a procedimiento

Nuevo ingreso

Se verifican 2 expedientes

Almazán Ortega Jesús Israel (Secundaria español)

Bravo Llamas María Esmeralda (Primaria)

Solicitud de inscripción

Carta compromiso

Certificado medico

Fotografías

Seguro medico

Acta de nacimiento

Certificado de bachillerato

CURP

Otra muestra de alumnos de reinscripción

Hernandez Meléndez Patsy

3er semestre

Primaria.

Se verifico documentación de extraordinarios del semestre anterior

Licenciatura secundaria especialidad en lengua extranjera ingles

Formato anexo formato de Inscripción Extraordinario BECENE-DSA-DSE-PO-01-07.

Todos los alumnos de esa licenciatura que deben materias.

Se verifico que se generó el formato plantas de EER BECENE-DSA-DSE-PO-01-09.

Entradas

Documentos entrega alumnos

Salidas

Listas de asistencia

Boletas de calificaciones

Documentación para SEER

indicador

entrega oportuna de la documentación

meta: todo en tiempo y forma

se cumple

NCm 4.4.1 (C) no se tiene bien definido el indicador métrica ni valor.

Anexos

BECENE-DSA-DSE-PO-01-01 solicitud de inscripción
 BECENE-DSA-DSE-PO-01-02 carta compromiso
 BECENE-DSA-DSE-PO-01-03 listas de asistencia
 BECENE-DSA-DSE-PO-01-04 boleta
 BECENE-DSA-DSE-PO-01-05 concentrado de calificaciones
 BECENE-DSA-DSE-PO-01-06 acta de acreditación
 BECENE-DSA-DSE-PO-01-07 recibo de inscripción extraordinario
 BECENE-DSA-DSE-PO-01-08 boletas de fin de ciclo
 BECENE-DSA-DSE-PO-01-09 Plantas EER

Auditor:	Daniel Neri Cortes
Auditado:	Nayla Jimena Turrubiates Cerino/Directora Académica
Fecha:	30/05/2017
Proceso/ Actividad:	Formación Inicial Plan de Calidad BECENE-DA-PC-01 Formación Inicial
Notas:	Existe cada licenciatura (7) (Dirección Académica)
6.1	Procedimiento Operativo para la implementación de los programas educativos BECENE-DA-CC-PO-01 revisión 2 de fecha 16 de mayo de 2017
8.1	
8.5	
8.5.1	Objetivo: Valorar y dar seguimiento a los procesos de planeación, desarrollo y evaluación que realizan los docentes para la implementación de los programas de estudio de las asignaturas de las Licenciaturas que se imparten en la Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí, que permita ampliar el conocimiento sobre la práctica educativa que se genera en las aulas, los avances alcanzados en relación con los propósitos educativos y el establecimiento de acciones para su mejora.
8.5.3	
8.5.4	
8.7	
9.1	
9.1.1	Está dirigido a la implementación de programas educativos en las 7 licenciaturas
9.1.2	Cada docente implementa como llevara cabo su programa educativo (basado en planes y programas de SEP y DGSPE)
9.1.3	Planeación de asignatura Se debe planear que se va a ver en el semestre y darles referente a los alumnos Que se va a ver cuándo y cómo se va a evaluar Recursos didácticos de esas unidades. Cuantas sesiones por mes, fechas, referencias, que actividad por sesión y cuál va a ser la evidencia. Se tiene la rúbrica de observación del desarrollo de clase que lleva el coordinador para verificar que se esté llevando a cabo lo planeado. Otra forma es la encuesta de opinión de los alumnos que se aplica a todos. Informe de seguimiento de aplicación a programas que hacen los coordinadores con base a la observación que se hace. Cuantos maestros en un periodo de tiempo de donde se desprende análisis para mejora. El docente va elaborando su portfolio que es la visión de cómo fue la catedra. Esta determinado en el formato del portafolio lo que se solicita. Esto se evalúa por el docente y coordinador que evalúa. Esto se hace de manera semestral y se inicia de la misma forma, pero ahora para nueva materia. Coordinadores entregan informe a dirección académica y se informa a dirección.

Se tiene análisis de fortaleza debilidad y áreas de oportunidad.
Con esto se determinan áreas de oportunidad y fortalezas y riesgos

Se tiene análisis de riesgo
Y se tiene un solo riesgo identificado significativo
Acciones se tiene identificadas.

Se tiene riesgos por todas las licenciaturas
Son 4 se priorizo solo uno

Se tiene análisis de oportunidades también pero no se tiene las acciones definidas para su atención. NCM 6.1.2

Se verifica al azar con coordinadores de carrea para verificar el cumplimiento documental.

Procedimiento Operativo para el Acercamiento a la Práctica y Trabajo Docente BECENE-DA-CC-PO-02 revisión 2 de fecha 16 de mayo de 2017.

Objetivo: Regular y orientar los procesos de gestión para el desarrollo de las jornadas de observación y práctica docente de los alumnos normalistas, así como de los procesos de planeación, evaluación y realización de su intervención docente en las escuelas de educación básica, tomando como referente los planes y programas de estudio vigentes.

Permite llevar organización de prácticas docentes en las escuelas participantes con la BECENE SLP.

Para cada licenciatura como organizar jornadas
Cuantas veces se tiene que asistir a escuelas de práctica
Esto se hace en base a reunión de coordinadores y dirección académica
Se necesita tener antes las escuelas a donde se va a asistir.
Se tiene toda la información de las escuelas y se mandan oficio para saber cuál escuela acepta la participación en base a la calendarización.
Ya con todo esto se llenen los registros que dan datos de las escuelas y quien será tutor y que alumnos va a estar con ese maestro.

Durante la duración de la práctica docente se visita a los alumnos en los sitios y se lleva un control de visita en el que se registra datos y sello de la institución que se visitó.
Se registra el estatus del alumno en el sitio. Actividad desarrollada, recursos, evaluación de aprendizaje etc.

Se da retroalimentación a los alumnos y se puede dar de manera grupal.
La asistencia a prácticas depende del grado y de la licenciatura.

Procedimiento operativo para el trabajo colegiado BECENE-DA-CC-PO-03 revisión 2 de fecha 24 de octubre de 2014.

Objetivo: Construir colegiadamente propuestas de mejoramiento continuo, reflexionar y comprender lo que sucede en las aulas, así como atender las necesidades académicas presentadas por los docentes.

Reuniones con planta docente de cada licenciatura que se reúnen 1 vez por mes para realiza acuerdos, etc. situaciones de alumnos.
Se calendarizan las reuniones y se entrega a los docentes.
Se hace propuesta para ver tema del día.
Desde la calendarización se establecen los temas a tratar. Esto es enunciativo, pero no limitativo.
Se dejan registrados los acuerdo a los que se llegan en esas reuniones del colegiado en un acta de acuerdos
Se tiene registro de asistencia.

Se tiene establecido un horario.

Servicios de tutoría

Procedimiento: operativo para regular

Temas de interés del alumno sobre temas que inciden en la deserción

Orientación programa por licenciatura temas de interés que tratar con ellos

Tutoría personal

Servicio a jóvenes de manera gratuita con psicólogos.

Se evalúa al estudiante a través de un formato para que tenga atención y porque se determinó se canalice a la ayuda. hasta que se tenga terminada la terapia.

Una vez que se llena la ficha se programa para asistir con psicólogo

Registro de reporte de casos de atención psicológica.

Tutoría profesional

Cada docente tiene asignado un grupo de 10 estudiantes que da seguimiento cercano a

La superación de carácter de organización de tiempos, redacción, herramientas de estudio o síntesis.

Programación de acciones preventivas del semestre

Jefe de departamento de orientación y servicios de apoyo estudiantil

Ficha de apoyo y entrevista inicial para la tutoría profesional

Plan de trabajo

Para determinar problemas prioritarios.

Se llena por cada maestro con su grupo de alumnos

De manera general se tiene un análisis de riesgos

Se identificaron 4 riesgos significativos

Se tiene acciones para mitigarlos

No se tiene acciones para acciones de mejor detectadas.

Entradas

Planes y programas de cada licenciatura

Calendario escolar vigente

Plan de desarrollo institucional

Informes de semestre anterior

Planeación anual

Salidas:

Evaluación de cada coordinación

Informes de coordinación

Propuestas de mejora

Informe de cátedra de cada docente

Resultados de encuestas a alumnos

Informes de orientación y servicio de apoyo estudiantil

Informe del SGC

Indicadores

% docentes evaluadas en el seguimiento de los programas de estudio

Meta: 75%

Cumplimiento: entre 85 y 90%

Seguimiento de la práctica docente de los alumnos en práctica

Meta: 80%

Cumplimiento por arriba de 80%

Cumplimiento de función de asesoría del responsable de acercamiento a la práctica

Meta: 80%

Cumplimiento por arriba de 80%

Integración de información de la información para registrar la vinculación con las escuelas de educación básica

Meta: 80%

Cumplimiento: 100%

Registro de sesiones de trabajo colegiado que cumple con los criterios de conformidad

Meta: 90%

Cumplimiento

Arriba de 90% regularmente

% de docentes que cumplen con el trabajo de tutorías con normalistas.

Meta: 80%

Se tiene un cumplimiento arriba de la meta

Impacto del nivel de satisfacción del cliente a través de encuesta.

Meta 80%

Se cumple por arriba

Se toma muestra de un coordinador: Pre escolar

Irma Inés Neir Neaves/Coordinadora de Carrera

Se verifica con el procedimiento 01

Planeaciones

Programa de actividades académicas

Registro de entregas de planeación de asignaturas que realizan los catedráticos

Registro de entrega de planeación a los alumnos

Informes de aplicación del programa de asignatura a término de semestre

Escala para valoración de portafolio

Rubrica para la observación del desarrollo de la clase

Informe final de semestre

Se verifica con el procedimiento 02

Calendarización de las jornadas de practica

Registro de la primera visita

Recolección de datos de las escuelas

Registro de visita a las escuelas de practica

Bitácora de Plenaria para el análisis y reflexión de la práctica docente

Informe de practica

Procedimiento 03

Calendario de reuniones colegiado

Proyecto de trabajo

Acta de cada reunión

Lista de asistencia a colegiados generales

Informe de colegiados generales

Evidencias del trabajo.

De manera general se cumple con los documentos como se describe en cada uno de los procedimientos como esta descrito. Se cumple.

Auditor:

Daniel Neri Cortes

Auditado:	Dra. Elida Godina Belmares/ Directora de Posgrado Carolina Limón Sanchez/Responsable de Coordinación Administrativa Ma. del Socorro Ramírez Vallejo/ Coordinación Académica de Posgrado
Fecha:	29/05/2017
Proceso/ Actividad:	Posgrado
Notas:	Se tienen 3 procedimientos:
7.5	
7.5.1	Procedimiento operativo para la selección e inscripción a los programas de maestría
7.5.2	BECENE-DEP-CAD-PO-01 revisión 3 de fecha 26 de octubre de 2015.
7.5.3	
8.1	Objetivo: Realizar el proceso de selección e inscripción a los programas de maestría que
8.2	ofrece la División de Estudios de Posgrado.
8.2.1	
8.2.2	Procedimiento operativo para la elaboración, aplicación y evaluación de programas de
8.2.3	posgrado BECENE-DEP-CA-PO-01 revisión 8 de fecha 22 de octubre de 2015.
8.5	
8.5.1	Objetivo: Realizar acciones que contribuyan a la aplicación adecuada de los programas de
8.5.2	estudio a fin de alcanzar objetivo de calidad.
8.5.3	
8.5.4	Procedimiento operativo para la obtención del grado de maestría BECENE-DEP-CI-PO-01
9.1	revisión 5 de fecha 24 de marzo de 2017.
9.1.1	
9.1.2	Objetivo: Determinar las actividades para la titulación y obtención de grado de maestría
9.1.3	
10.1	Se fue haciendo seguimiento sobre un evento
10.3	
	Lo que corresponde al primer procedimiento se inicia con la convocatoria que aprueba SEP una vez que se genere.
	Se verifico la evidencia del pasado ciclo. La convocatoria.
	Se publica en la página de la BENECE
	Se hace difusión a las instancias de donde egresan solicitantes.
	Se tiene la firma, en cada una en las que se entregó la información de la difusión, en el formato correspondiente
	Se tiene registro de que se entregó la convocatoria.
	Posteriormente se registra aspirantes, lo que ya se hace en la institución.
	Se tienen requisitos de control escolar para verificación de cumplimiento de documentos
	Se inscriben los aspirantes en ficha de registro se verificó.
	Se tiene evidencia de personal que acudió con datos y fotografía.
	Se tiene los documentos requisitos y se tiene documento donde se registra con un check list la recepción de documentos.
	El posgrado es maestría en educación preescolar
	Se tiene la ficha e pago.
	Se hace selección a través de curso de inducción y previo una entrevista.
	Se tiene registro de concentración de evaluaciones en el formato anexo 4.
	De estas evaluaciones se tienen la lista de aceptados, anexo 5.
	La calificación mínima es de 65.
	Posteriormente se conforman los grupos y se asigna responsable y el periodo que imparte y los alumnos que forman el grupo. Formato 6 (estudiantes inscritos)
	Se reviso y comprobó la evidencia en todos los casos.
	Hasta aquí se termina el primer procedimiento.
	Carolina Limón Sanchez/Responsable de Coordinación Administrativa
	Lo que corresponde al segundo procedimiento se inicia con el envío de los programas a los

profesores anexo 1

Se revisan y ajustan en proceso de evaluación anexo 2

Se hace planeación a través de reunión y se revisan programas y se hacen observaciones.

Finalmente, después de realizar todos los ajustes necesarios, se envían los programas para reproducción para los estudiantes. Acuerdos establecidos anexo 3

Se revisó evidencias en todos los casos y se tiene en conformidad con los descrito por el procedimiento.

Se tiene evidencia de dispositivas de reunión.

Después del curso se tiene la evidencia de las competencias logradas por alumno. Se tiene en el registro 4

Estas evaluaciones son intermedia y final.

Finalmente se tiene el informe en carpeta electrónica

Informe sobre la aplicación del programa anexo 5. Se verifico la evidencia.

Esto es un ciclo semestral

Ma. del Socorro Ramírez Vallejo/Coordinación Académica de Posgrado

El procedimiento se inicia con la convocatoria que se hace al término de la formación de estudiantes.

Se da calendarización de las actividades en una circular. Se revisó.

Se inicia en septiembre con actividades para la obtención del grado.

Se tiene evidencia de la carta que envía el tutor informando que el documento está listo.

Este es el trabajo o portafolio temático.

Una vez terminado el proceso de los cursos

Se hace referencia a 2 registros

El primero se refiere a instrumento guía para evaluar el portfolio temático.

Una vez revisado por el tutor se envía a la dirección para ser remitido a los sínodos (3)

Revisan y aprueban el portafolio para que se pase al examen para la obtención del grado.

Cada revisor o evaluador emite una calificación y se tiene posteriormente la integración.

Posteriormente se pasa a la conversación pública. (equivalente a examen profesional).

Se hace el dictamen de cada trabajo.

La conversación publica ya es un acto protocolario, porque ya se aprobó previamente.

De esa forma cierra el proceso con la obtención del grado.

Entradas

Relación de estudiantes

Docentes

Calendario

Planes y programas de estudio.

Planeación anual

Salidas:

Programas de estudio realizados

Egresados con posgrado

Actas de obtención de grado

Portafolio temático

Resultados de evaluación

Concentrado de calificaciones.

Indicadores

No de aceptados con promedio específico mínimo de 65

Meta: 100%

	Cumplimiento: se aceptan se cumple % de alumnos inscritos que permanecen en el programa Meta: 55% mínimo Cumplimiento: no se cumplió en el pasado ciclo y se realizó acción preventiva se modificó y actualmente se tiene en 40% Evaluación de programas que cumplen con criterios establecidos Meta: 95% Cumplimiento al 100% Grado de alcance de competencia del programa por grupo Meta 85% mínimo Cumplimiento: 100% No de portafolios temáticos que cumplen con criterios de conformidad Meta: 80% Cumplimiento: todavía no se evalúa porque no se ha terminado. No de estudiantes por generación que obtienen el grado Meta: 55% Cumplimiento: no se ha cerrado porque está en tiempo. El proceso cumple con lo que se tiene determinado en los procedimientos establecidos.
Auditor: Auditado: Fecha: Proceso/ Actividad: Notas:	Miguel Ángel Flores (MFL) Eva Bibiana Obregón González, Jefa de Departamento de Recursos Materiales, Gustavo Federico Infante Prieto, Auxiliar del Departamento de Compras, Gerardo Guel Cabrera, Supervisor de Servicios Generales. 29 de mayo de 2017 Compras / 8.4. Control de procesos, productos y servicios suministrados externamente. Dirección de Servicios Administrativos. Objetivo: Apoyar la formación docente a través de la administración y gestión eficaz del proceso de escolaridad con recursos materiales de la institución con base en la normatividad vigente. Alcance: Recurso materiales. Se arman áreas trabajo (servicio escolar, posgrado, talleres de extensión (futbol), servicios de tecnología e investigación) 1.- Mobiliario y equipo de cómputo. 2.- Talleres de extensión, equipos especializados y artículos deportivos. 3.- Equipo de iluminación, mantenimiento de escenarios. Compras de materiales y servicios. Compra de materiales por importancia: 1.- Proveedores de papelería. (consumibles de impresoras). 2.- Artículos de limpieza. 3.- Material eléctrico (luminarias). Existen servicios de cafetería y papelería concesionados, los cuales los administra

Dirección Administrativa.

Por apertura.

Hace diez años se instaló el área más nueva que es el Centro de información, científica y tecnológica (CICyT). Esta área gestiona los servicios de internet.

Servicios por importancia.

- 1.- Fumigación.
- 2.- Cerrajería.

Departamento de Recursos Materiales.

Procedimientos:

- 1.- Compras y suministro de productos, código: BECENE-DSA-DRM-PO-01, revisión: 4, fecha: 10 de mayo de 2017.

Propósito: Adquirir productos que sean solicitados para la comunidad normalista para continuar las actividades inherentes a la institución.

- 2.- Mantenimiento menor y aseo. Código: BECENE-DSA-DRM-PO-02, revisión: 4, fecha: 31 de marzo de 2017.

Propósito: Realizar actividades de limpieza y de mantenimiento menor en función de los recursos con los que se cuenta y preservar las condiciones originales, funcionamiento y seguridad de los espacios de la institución para desarrollar las actividades de la comunidad normalista.

Otro propósito: Establecer las actividades requeridas para la organización, supervisión y evaluación de las tareas de aseo y mantenimiento menor de las instalaciones escolares.

El procedimiento de Compras no tiene determinado un indicador de desempeño; esto es al requisito 4.4.1 c)

Este segundo procedimiento sí tiene dos indicadores de desempeño:

- 1.- Dar cumplimiento a las requisiciones de mantenimiento menor; meta: 90% mínimo; semestral.

Hallazgo:

Se solicita el resultado del último semestre (a agosto 2016 a febrero 2017) y no hay la calificación correspondiente de este indicador.

Incumplimiento al requisito:

- 2.- Cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo y aseo de las instalaciones de la institución; meta: 80% mínimo semestral.

Se solicita el resultado del último semestre: y se presenta el resultado individual de cada una de las 25 personas y no se obtiene el resultado del indicador.

De una muestra de 3 personas sus resultados son menores a 80%. Del total el más alto es 70%.

Hallazgo:

Incumplimiento al indicador: 9.1.3 Análisis y evaluación y al requisito 10.2 No conformidad y acción correctiva.

Requisito: 7.1.3. Infraestructura.

El servicio de aseo se realiza con personal propio de la institución, no es un proveedor y el mantenimiento menor también es con personal de la Institución.

En esta área si se contratan servicios con un importe menor a \$ 5,000.00

La Evaluación de los proveedores se realiza a través del anexo 03 depende del procedimiento 01, código: BECENE-DSA-DRM-PO-01-03, revisión: 04, fecha: 10 de mayo de 2017.

Evaluación de proveedores.

Política 3.8

Se realizará una evaluación a los proveedores misma que permitirá mantener la mejora continua respecto a la compra de productos considerando los siguientes indicadores:

El método tampoco indica la calificación mínima aprobatoria.

Se deberá calificar en cada rubro el puntaje que obtuvo cada proveedor de acuerdo a la entrega del producto o a la prestación del servicio en escala de 5 a 25 considerando:

5 entregas del producto o prestación del servicio no acorde a lo especificado.

25 entregas del producto o prestación del servicio con cumplimiento al 100% de lo especificado.

Para el caso de proveedores con certificado de materiales, certificado ISO 9001:2008 se evaluará en cada entrega el rubro de precio y condiciones de pago mientras que los otros rubros se evaluarán cada 4 entregas.

4 aspectos:

1.- Cumplimiento en el tiempo de entrega acordado.

2.- Cumplimiento de las características indicadas en la orden de compra.

3.- Precio y condiciones de pago.

4.- Calidad en el servicio.

Con la siguiente métrica:

Malo 5

Suficiente 10

Regular 15

Bien 20

Muy bien 25

Entradas:

Del Proceso de servicios administrativos.

Particulares a compras.

1.- Plan anual de actividades, de Dirección General.

Dentro de la Programación de actividades académicas, ciclo escolar 2016-2017 se indican las actividades de compras.

Agosto:

1.- Mantenimiento menor y limpieza general por el Departamento de Recursos Materiales.

Noviembre:

Limpieza general de gimnasio y cancha techada por el departamento de recursos materiales.

Desarrollo del 3er periodo de exámenes profesionales.

Diciembre:

Mantenimiento menor y limpieza general sanitarios y aljibes por el depto.. de recursos materiales.

Desarrollo del 3er periodo de exámenes profesionales.

Enero:

No tiene al menos un indicador de desempeño para la gestión

Indicador: Satisfacción del cliente en todos los procedimientos.

Conclusiones de hallazgos:

1.- Al procedimiento de Compras, no se ha determinado un indicador de desempeño que califique la gestión de éste. Requisito 4.4.1 inciso c).

2.- Al procedimiento de Mantenimiento, se tienen dos indicadores de desempeño pero no se están calificando para determinar si hubo o no cumplimiento a la meta. Requisito 9.1.3 Análisis y evaluación.

En particular el indicador de: Cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo y aseo, con resultados individuales no satisfactorios en función a la meta del 80% mínimo, no se ha elaborado la acción correctiva correspondiente. Requisito 10.2

Se auditaron los requisitos 8.4 y 7.1.3

El área de Cicyt y la Dirección de Servicios Administrativos realizan la contratación de proveedores especializados los cuales, junto con los de Compras deberían evaluarse con el mismo métodos.

Encuesta de satisfacción del cliente-usuario con respecto a mantenimiento (pendiente ver mañana con Mantenimiento a Edificios.

Cada procedimiento cuenta con anexos.

Para dar respuesta al enfoque de procesos utilizan el diagrama de tortuga,

Contexto institucional, código: BECENE-CA-PG-12-01, revisión: 01, fecha: 31 de marzo de 2017.

Objetivo de calidad: Ver objetivo de la Dirección de Servicios Administrativos.

Riesgos y oportunidades, código: BECENE-CA-PG-12-02, revisión: 01, fecha: 24 de marzo de 2017.

Objetivo de calidad: Ver objetivo de la Dirección de Servicios Administrativos.

Riesgo para Compras:

1.- Solicitud de material que no se encuentre en almacén, o no este dentro del catálogo de materiales.

Oportunidad para Compras:

1.- Poder elegir proveedores.

Riesgo para Mantenimiento:

1.- Falta de personal de servicios generales.

Oportunidad Mantenimiento menor y aseo.

1.- Compromiso laboral de algunos compañeros.

2.- CEGAIP

3.- Comunicación con Recursos Humanos para crear tres turnos.

4.- Capacitación para atender acciones.

5.- General revisión de las solicitudes de material por parte de los encargados.

Plan de acción, código: BECENE-CA-PG-12-03, revisión: 01, fecha: 24 de marzo de 2017.

Para Compras:

Responsable: Administrativo de Compras, Jefa de Departamento de Compras.

Riesgo: Solicitud de material que no se encuentre en almacén, o no este dentro del catálogo de materiales.

Plan de acción:	Inicio / fin	Recursos necesarios
Revisión de la solicitud si el material requerido se encuentre en stock, y/o es considerado parte de los recursos para trabajar, que traiga una nota la requisición de la utilidad o el empleo del material solicitado	Cada que llegue al departamento una requisición, que puede ser al inicio de semestre o durante el transcurso.	Operador del procedimiento recursos requeridos dentro del almacén.

Indicadores

Indicador	Forma de control / cálculo	Frecuencia de control	Responsable de seguimiento
Suministro	Por medio de la requisición 75%	Cada que llegue al departamento una requisición. La requisición de cualquier departamento se considera al 100% y de acuerdo a lo entregado será el porcentaje	Operador del procedimiento, apoyo de almacén

		considerado como respuesta a la solicitud del cliente	
--	--	---	--

CONCLUSIÓN: No se mide el desempeño de la función de compras de materiales.

Auditor:
Auditado:
Fecha:
Proceso/ Actividad:
Notas:

Miguel Ángel Flores (MFL)
Dora Lilia Mendoza Partida, Jefa del Departamento de Recursos Humanos.
29 de mayo de 2017
Recursos Humanos

Totalidad de personal: 246.

Personal docente: 177

1.- Investigador tiempo completo (40 horas).
2.- ¾ de tiempo (30 horas).
3.- ½ tiempo (20 horas).
4.- Hora clase (desde 5 horas hasta 19 horas)

Personal administrativo y apoyo: 69

Horarios de trabajo.

Personal docente.

De 8:00 a 15:00 hrs.

Personal administrativo y apoyo:

Matutino: 7:00 a 14:00 y de 8:00 a 13:30 y 8:00 a 14:00, vespertino: 13:30 a 19:00 hrs.

Docentes de Posgrado: Horarios sabatinos y maestros de talleres con turno vespertino de 15:00 hasta 20:00.

Contexto institucional: Servicios administrativos / Recursos Humanos.

Objetivo de calidad:

Apoyar la formación docente a través de la administración y gestión eficaz del proceso de escolaridad, los recursos humanos, financieros y materiales de la institución y materiales de la institución con base en la normatividad vigente.

Externo: Gobierno del Estado, Sistema Educativo Estatal Regular, Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación sección 52, Padres de Familia, Escuelas, Transparencia.

Interno:

PO-01 Direcciones, Jefa de R. H. Coordinaciones de las diferentes licenciaturas.

PO-02 Direcciones, Jefes de Departamento, Coordinadores, Personal (Docente, Administrativo y de apoyo), alumnado.

PO-03 Direcciones de Área.....

PO-01. Procedimiento operativo para la asignación de carga académica y horarios laborales al personal docente de la BECENE-DSA-DRH-PO-01, revisión: 8; fecha: 25 de febrero de 2017.

4 Directores de Área:

Director General
Dirección administrativa.
Dirección académica
Dirección de posgrado
Recursos Humanos.

7 Licenciaturas: Coordinaciones.

- 1.- Educación primaria
- 2.- Educación preescolar.
- 3.- Educación especial con especialidad en audición y lenguaje.
- 4.- Educación física.
- 5.- Educación secundaria con especialidad en español.
- 6.- Educación secundaria con especialidad en matemáticas.
- 7.- Educación secundaria con especialidad en lengua extranjera (inglés)..

PO-02 Procedimiento operativo para el control de incidencias presentadas por los trabajadores de la BECENE-DSA-DRH-PO-02, revisión: 7 fecha: 21 de febrero de 2017.

PO-03, Procedimiento operativo para la capacitación, BECENE-DSA-DRH-PO-03, revisión: 2 fecha: 14/12/2015.

Riesgos y oportunidades,

Para 01:

Riesgo:

Rotación y movilidad docente. Se pueden suscitar movimientos en la designación de personal, derivados de necesidades institucionales y/o personales de los docentes.

Plan de acción (acción para alcanzar el objetivo).

Mantener actualizada la relación de personal docente de perfil académico, disposición de horas, para poder ser candidatos a cubrir asignaturas y comisiones, por movilidad de los docentes.

Indicador asociado: Porcentaje de docentes que reciben su carga horaria. Por semestre 90% mínimo (es necesario indicar el límite de cada indicador). Se mide semestralmente.

Resultado real: de agosto 2016 a enero 2017 se reporta en febrero:

El 100% de los horarios laborales de carga académica y de gestión de personal docente de la institución.

Oportunidad:

Mantener actualizada la relación de personal docente de perfil académico, disposición de horas, para poder ser candidatos a cubrir asignaturas y comisiones, por movilidad de los docentes.

Para PO-02

Riesgo:

Ausencia del trabajador y que no informe oportunamente. Desfase de comunicación por incidencias de personal con el sindicato.

Plan de acción:

Mantener un registro del personal docente, administrativo y de apoyo, en sus incidencias para dar seguimiento y estas incidencias no se vuelvan un mal hábito y falta de compromiso, así como atender los casos para que la institución continúe su dinámica de trabajo.

Indicador: Porcentaje del personal docente, administrativo y de apoyo, que presentan incidencias (faltas y retardos o salidas). Meta: Semestral 70%.

Oportunidades:

Mantener un registro del personal docente, administrativo y de apoyo, en sus incidencias para dar seguimiento y estas incidencias no se vuelvan un mal hábito y falta de compromiso, así como atender los casos para que la institución continúe su dinámica de trabajo.

Para PO-03

Riesgo:

La autorización de las actividades para la capacitación del personal dependerá de los recursos disponibles para este rubro otorgados por los diferentes programas gubernamentales o recursos propios de la institución.

Plan de acción:

Algunas capacitaciones se ofrecen al personal docente, administrativo y de apoyo, con recurso humano propio de la institución.

Oportunidad:

Algunas capacitaciones se ofrecen al personal docente, administrativo y de apoyo, con recurso humano propio de la institución.

Requisitos:**6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades.**

Se presentan plan de acciones para el riesgo de cada uno de los tres procedimientos determinados por Recursos Humanos.

7.1.1. Generalidades.

Si llegan a contratar un proveedor externo eventualmente. ¿Cómo evalúa al proveedor?

Formato: Encuesta de evaluación de actividades de formación, capacitación y/o actualización. Código: BECENE-DSA-DRH-PO-03-01, revisión: 1

En el procedimiento dice:

Evaluación de actividades de capacitación al finalizar la capacitación se aplicará una encuesta de satisfacción del proveedor por parte de los participantes.

Requisitos:**7.1.2. Gente.**

Hay una plantilla de 246 personas aprox. (docentes, administrativos y de apoyo.)

7.2. Competencia

Muestra de personal docente.

Camacho Zavala Leticia, categoría: Completo, Licenciatura en educación, Maestría en educación: (Tecnológico) parcial.

Se presenta título profesional de la Universidad Pedagógica Nacional de fecha: 2016.

Muestra de personal administrativo:

Palomares Salazar María Sara, secretario de funcionario "C" bachillerato tecnológico en el área económico administrativo.

Muestra de personal de apoyo.

Rangel Rodríguez Yolanda, oficial de servicio "C",

- 1.- Computación básica por internet.
- 2.- Cédula profesional de Secretaria Ejecutiva.
- 3.- Título Técnico Profesional en Secretario Ejecutivo.

7.3. Conciencia

Política de la calidad:

"En la Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí tenemos el compromiso y responsabilidad de proporcionar a nuestros usuarios servicios educativos de calidad a través de la mejora continua de los procesos académicos y de gestión, con transparencia y rendición de cuentas."

Objetivos de calidad:

- 1.- Recursos Materiales
- 2.- Recursos Humanos
- 3.- Depto. De Titulación.
- 4.- Control Escolar
- 5.- Recursos Financieros.

Objetivo de calidad: de la Dirección de Servicios Administrativos.

Objetivo estratégico:

Formar con calidad profesionales para la docencia e investigación en educación básica a través del diseño y aplicación de planes y programas de estudio que atiendan a las demandas de la sociedad actual.

Entrevista con Yolanda Rangel Rodríguez, personal de apoyo, antigüedad: 14 años.

Hallazgo: No hay evidencia de conformidad del requisito 7.3 Conciencia al menos en el personal de apoyo.

Entrevista con Juan Manuel Martínez González, oficial de mantenimiento, antigüedad 5 años.

Uso racional de los recursos y responsabilidades. Muy bien. Licenciatura en Diseño Gráfico.

Requisito 6.2

Hallazgo: No son medibles.

6.2.1 Hallazgo no son medibles.

6.2.2 Cómo lograr los objetivos.

7 Objetivos de calidad:

1.- Sistema de Gestión de Calidad.

2.- Formación continua y superación profesional

3.- Formación inicial.

4.- Extensión educativa.

5.- Investigación educativa.

6.- Servicios admvos.

7.- Centro de información científica y tecnológica.

Objetivos de Calidad, código: BECENE-DG-OQ-01, revisión: 6, fecha: 19/05/2017.

Fecha: 30 de mayo de 2017.

Entrevista al personal administrativo.

Nombre: Verónica Colorado, Analista Técnico Especializado, Antigüedad: 18 años. Con Licenciatura en Educación.

Depto: Investigación Educativa.

Funciones:

1.- Archivar.

2.- Auxiliar al personal docente.

3.- Atender llamadas.

Qué implica que la Escuela esté certificada bajo la norma ISO 9001:2015.

Política de la Calidad.

No la tiene concientizada.

Objetivos de la calidad.

Nombre: Cristela Adriana Ibarra Montalvo, Personal administrativo de RH. Antigüedad: 21 años. Licenciatura en Historia.

Política de la calidad.

Más menos.

Objetivos de la calidad.

No los recuerda.

CONCLUSIÓN: Proceso eficazmente documentado, implementado y operado.

Auditor:

Auditado:

Fecha:

Proceso/ Actividad:

Notas:

Miguel Ángel Flores (MFL)

Eva Bibiana Obregón González, Jefa de Departamento de Recursos Materiales, Gerardo Guel Cabrera, Supervisor de Servicios Generales.

30 de mayo de 2017

Ambiente de trabajo

7.1.4. Ambiente para la operación de los procesos

3 tipos de ambiente de trabajo diferente:

1.- El de las oficinas.

2.- El de las aulas.

NORMA Oficial Mexicana NOM-025-STPS-2008, Condiciones de iluminación en los centros de trabajo.

Hallazgo: No hay evidencia del estudio requerido por la norma referida.

Espacio de trabajo hallazgo área crítica: Recursos Humanos. 7 m2 3 personas.

Auditor:

Auditado:

Fecha:

Proceso/ Actividad:

Notas:

Miguel Ángel Flores (MFL)

Eva Bibiana Obregón González, Jefa de Departamento de Recursos Materiales, Gerardo Guel Cabrera, Supervisor de Servicios Generales.

30 de mayo de 2017

Mantenimiento a edificios

7.1.3. Infraestructura

Procedimiento operativo de mantenimiento menor y aseo, código: BECENE-DSA-DRM-PO-02

Control de plagas.

Proveedor: Fumi SLP, fecha del servicio 19/05/2017.

Servicio: Se realizó nebulización en edificio. Se colocan cebaderos preventivos.

2 bitácoras:

1.- Bitácora mensual de mantenimiento en áreas operativas, baños planta baja CICYT

Que las bitácoras estén controladas.

Documentaron una bitácora para cada área (Fortaleza).

Oficinas de Edificio CICYT.

Métrica: Desde sucio (1) a Limpio (5)

Concepto.

Bisagras / puertas
Bote p/ basura
Canaletas
Canaletas de piso
Chapa d/ escritorio
Computadora
Conexión a internet
Conexión eléctrica
Contactos
Escritorio
Impresora
Interrupciones
Lámpara
Marco d/ cubículo
Site (servidores)
Aire acondicionado
Fuente eléctrica
Aspesor / incendios
Mesas
Paredes
Persianas
Pintura general
Puerta
Regulador
Silla
Superficie
Ventana
Ventilador
Vidrios

Para el edificio de CICYT tienen 5 bitácoras.

2.- Bitácora de limpieza.

Fortaleza y oportunidad de que se controle el formato de las bitácoras a través del SGC.

CONCLUSIÓN: Actividad realizada regularmente dado que el indicador correspondiente no ha cumplido con la meta de 80% mínimo.

Auditor: Miguel Ángel Flores (MFL)
Auditado: Nadya Edith Rangel Zavala, Auditor Líder
Fecha: 30 de mayo de 2017
Proceso/ Actividad: Auditorías internas / acciones correctivas
Notas:

Procedimiento de auditorías internas.

Procedimiento Gobernador para Auditorías Internas de Calidad, código: BECENE-CA-PG-08, revisión: 5 fecha: 14/03/2014.

Propósito: Establecer la metodología para planear, documentar y ejecutar las auditorías internas que permitan determinar si la implantación y mantenimiento del SGC es eficaz así como su conformidad de los requisitos de la norma ISO 9001.

En revisión esta la versión 6.

Hace referencia al procedimiento de Acciones Correctivas y ya no al procedimiento de

acciones correctivas y preventivas.

Documentación:

4 anexos:

1.- Programa de auditoría interna, código: BECENE-CA-PG-08-01, Revisión: 5. Se establece anual y considera las auditorías internas y externas.

Fecha de la auditoría interna más reciente: 3, 4 y 5 de abril de 2017.

2.- Informe de auditoría interna, código: BECENE-CA-PG-08-04, revisión: 5

Equipo auditor formado por 18 miembros:

Resumen del informe:

Se reportaron cero no conformidades.

Por lo tanto no hay acciones correctivas.

Se verifica el contenido de las listas de verificación para conocer el tipo de preguntas planteadas durante la auditoría interna que justifique el resultado de cero no conformidades.

Hallazgo: No están llenadas correctamente las listas de verificación en cuanto al resultado de cada auditoría por cada requisito.

Evidencia documental.

1.- Área auditada: Coordinación administrativa, BECENE-DEP-CAD-PO-01.
Equipo auditor: Maestro: Julián Saavedra López.

No se indica el estado de cumplimiento C ó NC

2.- Área auditada: Coordinación de investigación, BECENE-DEP-CA-PO-01

No se indica el estado de cumplimiento C ó NC
Equipo auditor: Maestro: Julián Saavedra López.

3.- Área auditada: Coordinación académica,
Equipo auditor: María Magdalena Mendoza Vega y Rubén Rodríguez Álvarez.

Tipo de pregunta:

18.- Las personas que interviene en su procedimiento conocen la política de calidad, objetivos y las implicaciones de no cumplir con los requisitos del SGC. Requisito 7.3 Conciencia.

Evidencia a solicitar: "Sí por el manejo permanente evidenciado en las actas de reuniones ISO".

NO es contundente la evidencia mencionada para concluir que es conforme.

¿A qué personas entrevistó?

Lista de verificación de recursos materiales.

Equipo auditor: Elba Edith Dávalos Ávila

Con respecto al requisito 7.4.1 Ambiente para la operación de los procesos.

No se hizo referencia a la NOM-025 de la STPS.

Esta normatividad aplica a la prestación del servicio intencionado.

Exclusiones:

7.1.5 Recursos de seguimiento y medición.

8.3. Diseño y desarrollo de productos y servicios.

3.- Anexo no. 3 se establece la competencia del equipo auditor.

Calificación del equipo auditor, código: BECENE-CA-PG-08-03, revisión: 6

1.- Educación: el nivel más bajo del equipo auditor es licenciatura.

María Isabel Cabrera Campos, tiene el puesto administrativo y es pasante en Maestría en Educación.

2.- Entrenamiento (formación en calidad).

Requisitos para una auditoría interna en la norma ISO 9001:2008.

La evidencia que se presenta como formación del equipo auditor (18) es relativa a interpretación de la norma ISO 9001:2015, sin embargo no de formación de auditor interno.

Hallazgo: El equipo auditor no tiene la formación como auditor interno (guía ISO 19011:2011).

La auditora líder presenta como evidencia de formación como auditora:

1.- Expedido por la Cámara Estratégica para la pequeña y mediana empresa a. c.

Por haber cursado el taller de Auditor Líder, por 70 horas, fecha: 20/03/2015.

2.- Expedido por Bureau Veritas

Por haber acreditado el curso: Formación de Auditor Interno ISO 9001:2008, por 24 horas, fecha: 21 al 23 octubre de 2015.

No hay evidencia documental de la guía ISO 19011:2011

Procedimiento de acciones correctivas.

Procedimiento Gobernador para Acciones Correctivas, código: BECENE-CA-PG-05, revisión: 8 fecha: 30/03/2017.

Debiendo haber sido un nuevo procedimiento con revisión1.

Hallazgo: El resultado de la auditoría interna de 3, 4 y 5 de abril reportó cero no conformidades, siendo que las conclusiones de auditoría con respecto a los requisitos 7.3 y 7.1.4 como conformidad no corresponde a los hallazgos de la auditoría externa: cabe resaltar que no hay evidencia de la formación como auditores internos de los 17 auditores internos.

El reporte de la auditoría interna del 17 y 18 de octubre de 2016 reporta 2 no

conformidades menores al requisito 8.- Medición, análisis y mejora ISO 9001:2008.

Que dieron origen a las RAC's:

No. 155 y 156.

Requisito	Hallazgo	Observaciones	Rac
8.1, 8.3	Se detectó que en los documentos físicos del anexo BECENE-DSA-DSE-PO-01-05 documentado en el SGC se omitió el código correspondiente por el programa de captura. Nota de MFL: La redacción no tiene relación con los requisitos indicados.	Las no conformidades documentadas deben ser tratadas a través del procedimiento de acciones correctivas de la norma de auditoría, en acciones para prevenir la recurrencia y completar los registros mantenidos.	155
8.1, 8.2.3 y 8.4	Si bien se observa evidencia de las acciones del procedimiento BECENE-DEE-DDD-PO-01 se aprecian problemas con la sistematización de la información. A la vez se advierte la necesidad de hacer explícito en el procedimiento referido su vinculación con los indicadores de la Dirección de Extensión Educativa que corresponden.	Las no conformidades documentadas deben ser tratadas a través del procedimiento de acciones correctivas de la Organización, de acuerdo con los requisitos de acciones de la norma de auditoría, en acciones para prevenir la recurrencia, y completar los registros mantenidos.	156

Propósito: Establecer las acciones y controles necesarios para la implementación de acciones correctivas para todos los procesos aplicables definidos en el SGC.

Conclusión:

9.2.2 La organización debe:

seleccionar los auditores y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría;

Hallazgo: Lo anterior no se cumple debido a que no se presenta evidencia de que el equipo auditor cuenta con la formación mínima requerida para desempeñarse como auditor; cabe resaltar que el resultado de la auditoría de abril reportó 0 no conformidades, siendo que la auditoría externa de mayo 2017 identificó hallazgos a los requisitos 7.3 y 7.1.4

Requisito 7.5.2. Creación y actualización

Cuando se crea y actualiza información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado:

a) la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia);

Hallazgo: Se tramitó el cambio del contenido del procedimiento gobernador para acciones correctivas y preventivas, revisión 7 a procedimiento gobernador para acciones preventivas, revisión 8 sólo como versión, siendo que la naturaleza es diferente al ya no incluir acciones preventivas.

CONCLUSIÓN: Actividad realizada por personal auditor que no cuenta con el entrenamiento como auditor.

Auditor:**Auditado:****Fecha:****Proceso/ Actividad:****Notas:**

Miguel Ángel Flores (MFL)

Jaime Ramos Leyva, Director del Centro de Información Científica y Tecnológica (CICYT), Octavio Ernesto de la Rosa Carrillo, Coordinador de Servicios Tecnológicos, María Yolanda Huelga Herrera, Coordinadora de los Servicios Bibliotecarios

30 de mayo de 2017

CICYT

Objetivo: Es la prestación de servicios bibliotecarios y tecnológicos a la comunidad normalista.

Dos procedimientos:

Centro de información 1 (Colección Benito Juárez nivel 2) y centro de información 2 (Colección especializada).

1.- Hacia préstamos y servicios bibliotecarios.

2.- Hacia la organización bibliográfica.

Coordinación tecnológica:

1.- Préstamo y servicios tecnológicos.

Servicios tecnológicos:

Se prestan salas de cómputo (equipo de cómputo con servicio de internet, aulas para clase con equipos de cómputo).

Dos aulas para este tipo de servicio.

Una sola sala audiovisual para 60 prs. Con butacas, cañón.

Otra aula clase equipada con cañón, clase colegiado.

Procedimiento Operativo para realizar servicios tecnológicos del CICYT, código: BECENE-DCI-CST-PO-01, revisión: 7

Este servicio está asociado al objetivo de calidad no. 7 CICYT.

8.5. Producción y prestación del servicio.

7.1.3. Infraestructura

Servicios:

3.3 Conectividad de Internet alámbrico.

Proveedores:

- 1.- Telmex es por 24X7 disponibilidad por 99% del tiempo.
- 2.- Iusacell (Enlace TP) es por 24X7 y en caso de falla levantar el servicio en no más de 5 horas.

Por contratación anual es por redundancia.

Se solicita evaluación de estos proveedores.

Evidencia presentada: En el reporte de análisis de datos trimestral CICYT presenta la evaluación de estos proveedores:

- 1.- Iusacell Enlace, producto: Internet Fibra Óptica; resultado bueno.
- 2.- Telmex (Uninet), enlace dedicado; bueno.
- 3.- Telmex (Infinitum), Servicio; bueno.
- 4.- Sumitel, Accesorios de cómputo, bueno.

8.4. Control de procesos, productos y servicios suministrados externamente. OK

Se cuenta con un equipo FORTIGATE para la administración de los servicios de internet y un equipo FORTIANALYSER para analizar el tráfico de la red.

Proveedor: VGTelecomunicaciones.

Vende el licenciamiento,

No se está realizando la evaluación de este proveedor.

Estos dos equipos generan reportes.

Antigüedad 10 años de este servicio.

7.1.5. Recursos de seguimiento y medición.

No se puede considerar la exclusión del requisito 7.1.5 por los equipos de monitoreo de la red del CICYT.

El CICYT tiene un site.

3 racks:

- 1.- Servicio de RED NIBA de SCT pertenece al Gobierno Federal. También lo proporciona Iusacell para las oficinas administrativas.

El servicio de 120 MB's para el edificio de CICYT.

Otro enlace de 60 MB para postgrado.

El de Telmex para los servidores de la institución.

2º rack los switches (3 SISCO y 1 L y un TPLINK).

3º Rack servidor de PINAKES otro servidor Sistema de evaluación del desempeño (base de datos MYSQL) y dos DBR para el CICYT 24 cámaras.

El software que administra la biblioteca. Inventario y control de préstamos.

Se tienen otros dos sites:

2º Site en la Administración.

1 sólo rack para equipo activo 3 switchs SISCO

4 DBR para el CCTV y el conmutador. Cuántas cámaras 48.

Procedimientos:

1.- Operativo para la organización de la información, código: BECENE-DCI-CSB-PO-01, revisión: 8 fecha: 24 de mayo de 2017.

Propósito: Procesar el acervo de los centros de información 1 y2 del CICyT aplicando lineamientos de catalogación, clasificación y encabezamiento de materia prima para organizar la información.

Indicador de Encuesta de Satisfacción del Cliente.

Servicios bibliotecarios: Automatización

Mes	Títulos	ejemplares	%
Agosto	132	232	97.06
Septiembre	224	316	97.49
Octubre	196	299	97.90
Noviembre	187	255	98.25
Diciembre	157	219	98.55
Enero	149	201	98.83%

Reporte de análisis de datos, BECENE-CA-PG-09-02, revisión: 4

Encuesta de opinión de los servicios bibliotecarios

Resultado del semestre: agosto 2016 a enero 2017:

- 1.- Servicio: 5
- 2.- Organización: 5
- 3.- Resolución de....: 5
- 4.- Orientación: 5
- 5.- Quejas: 5
- 6.- Necesidades: 5

Análisis: Durante este periodo se identifica que se mantiene y continua una aceptación de los servicios tecnológicos y bibliotecarios la tendencia de satisfacción del cliente en el área tecnológica tiene un sostenimiento en su mayoría de satisfactoria. Respecto al área de servicios bibliotecarios refleja una tendencia similar de favorable con un totalmente de acuerdo, en su sistema de préstamo, consulta en sala y externos.

Ambos servicios se aplicó una encuesta escalar tipo Likert de 1 a 5 como valor más alto y se obtiene una aceptación hacia el rubro más alto.

Área del servicio de biblioteca: No hay detectores de humo.

Objetivo de Calidad: Contribuir a la formación de profesionales de la educación a través de la prestación de servicios de información científica y tecnológico que fortalezcan las actividades académicas y de investigación de la comunidad educativa.

Riesgos:

- 1.- Errores en la base de datos Pinakes
- 2.- Extravío de texto por los usuarios
- 3.- Daños en bibliografía por uso o préstamos.
- 4.- Pérdida de información en base de datos.

Oportunidades:

- 1.- Evaluación por el área de procesos técnicos.
- 2.- Sistema de seguridad: Sensores y cámaras.
- 3.- Programa de rehabilitación bibliográfica.
- 4.- Respaldo de información: Nube y servidores.

Plan de acción, BECENE-CA-PG-12-03

- 1.- Captura de datos en el área de adquisiciones y su valoración.
- 2.- Envío de información a el área de procesos técnicos y físicos.
- 3.- Elaboración de ficha catalográfica.
- 4.- Revisión de la ficha catalográfica.
- 5.- Subir a la base de datos PINAKES de préstamos
- 6.- Muestreo de evaluación en la base de datos.

Fortaleza: La plataforma tecnológica en la que de la página web (para el sgc).

Los 3 Sites cuentan con detectores de humo, bomba de gas halón.

Hallazgo: No hay detectores de humo en los dos niveles: Colección Benito Juárez o Centro de Información 1 y Centro de Información 2 (Colección especializada).

NORMA Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2000, Condiciones de seguridad, prevención, protección y combate de incendios en los centros de trabajo.

Contexto:**Externo:**

El CICYT toma como base legal las leyes vigentes para ser un centro de información de alto nivel que ayude a los procesos académicos, de investigación de los estudiantes, profesores-investigadores y sociedad.

Interno:

La BECENEESLP como institución de educación superior tiene como apoyos complementarios a la formación inicial y continua de los profesores para la educación básica, servicios bibliotecarios y recursos tecnológicos para el uso de los estudiantes y de los docentes, para lo cual crep el Centro de Información Científica y Tecnológica (CICYT) es un espacio orientado a facilitar el acceso y uso de la información mediante sus colecciones bibliográficas, en él se pueden realizar préstamos internos y externos para su consulta. Además se cuenta con un acervo histórico, para su consulta.

Análisis del riesgo CICYT**Identificación del riesgo:**

1.- Procedimiento operativo para realizar servicios tecnológicos del CICYT; evento: Desconexión del servicio (proveedor de internet); consecuencia: pérdida de servicio de internet; probabilidad: probable; severidad: crítico; riesgo: medio (aceptable. Discutir y gestionar mejora de los sistemas de control y de calidad establecidos.

Medidas de control: Comunicación directa con el proveedor del servicio; responsable: conectividad y redes; fecha de seguimiento: continuo.

3.- Procedimiento operativo para realizar servicios tecnológicos del CICYT; evento: Sobre calentamiento e incendio; consecuencia: incendio de equipo daño de información; probabilidad: alta; severidad: crítico; riesgo: alto (inceptable: deben buscarse alternativas. Gerencia involucrada en la decisión.

CONCLUSIÓN: Proceso adecuadamente documentado, implementado y operado.

Auditor:

Miguel Ángel Flores (MFL)

Auditado:

Iván Pérez Oliva, Director de Extensión Educativa

Fecha:

31 de mayo de 2017

Proceso/ Actividad:

Extensión educativa

Notas:

4 procedimientos.

4 departamentos:

- 1.- Desarrollo Cultural.
- 2.- Desarrollo Deportivo.
- 3.- Promoción Social.
- 4.- Servicios Médicos.

En la página de la Escuela.

1.- Propósito: Especificar las acciones requeridas para la realización del programa anual de actividades cívicas y culturales atendiendo a las necesidades de formación integral de los alumnos de la DECENE contribuyendo a su desarrollo y perfeccionamiento profesional en el marco institucional correspondiente. Código: BECENE-DEE-DDC-PO-01, revisión: 5

Plan de calidad:

Indicadores de proceso, de resultados y del satisfacción del cliente.

1.- Satisfacción del cliente de los 4 servicios; meta: 95%; periodicidad: anual. Tolerancia del 2%

Resultado real: 94% del último trimestre.

Resultado del inmediato anterior: 94%

Sistema Nacional de Transparencia anexo C para la construcción de indicadores.

4.- Propósito: Proporcionar los servicios médicos a los usuarios que lo necesiten. Código: BECENE-DEE-DSM-PO-01, revisión: 3

2 Encuestas de servicios médicos: código: BECENE-DEE-DSM-PO-01-07

Preguntas:

Métrica; escala con base al PG 07

- 1.- Totalmente en desacuerdo
- 2.- Parcialmente en desacuerdo
- 3.- Indiferente.
- 4.- Parcialmente de acuerdo
- 5.- Totalmente de acuerdo.

Las encuestas de servicio deben medir el aspecto de importancia y desempeño.

2.- Al momento en que se requiere la atención médica se localiza al personal del Departamento Médico sin problema?

3.- El Departamento cuenta con el material y el equipo necesario para la atención.

Es para consulta de primer nivel.

Todos los estudiantes deben estar afiliados al Seguro Social.

La otra encuesta del Departamento Médico.

Para difusión de información médica.

Considera que la logística y organización de la conferencia, curso o taller fueron adecuadas.

Indicadores de proceso:

1.- Realización de los productos y servicios contra los criterios de realización; meta: 95%

Resultado real del último trimestre.

Análisis del servicio médico por tipo de padecimiento. Estadística.

Y se correlaciona con licenciatura:

Educación Especial con 119 consulta en el último semestre de agosto 2016 a enero 2017.

Padecimiento reportado para estas 119 consultas con 103 casos. Gastrointestinales.

Análisis de riesgos.

Para Desarrollo Deportivo.

No se integren las selecciones deportivas.

- 1.- Que no se integren las selecciones deportivas.
- 2.- Que no puedan estar vigentes en el IMSS los alumnos de la escuela.
- 3.- Que no se brinde la atención médica a los usuarios que la soliciten.

Oportunidades:

1.- Comunicación oportuna con entrenadores y departamentos del área para la realización del mismo proceso.

2.- Sesiones de afiliación en el CICyT para obtener el número de Seguro Social (NSS) de los estudiantes de nuevo ingreso.

Se resalta que la Escuela ocupa el 39 lugar a nivel nacional.

Disciplinas:

Judo un punto por 4 lugar. (femenil) 25 puntos femenil
Karate 40 puntos (varonil) y 15 puntos (femenil)
Levantamiento de pesas 20 puntos (varonil) y 5 puntos (varonial).
Lucha Universitaria 60 puntos femenil
Tae Kwo do 1 punto
Tenis de mesa 5 varonil y 3 femenil

La BECENE ocupa el lugar 39 de un total de 176 instituciones de la fase nacional.

Servicio no conforme

Criterios de conformidad de los servicios del área de extensión educativa.

Procedimiento	Actividad	Producto	Criterio de conformidad
BECENE-DEE-DDC-PO-01	Programa anual de actividades cívicas y culturales	Concurso cultural	(calendario anual) Planificación que cumpla con las especificaciones del procedimiento. Difusión electrónica y física. Proceso de inscripción electrónica. Realización de junta previa. Realización del concurso. Evaluación del evento.
		Ceremonias cívicas, conmemorativas y tradicionales	Planificación que cumpla con las especificaciones del procedimiento operativo. Difusión electrónica y física. Realización de actividad cívica, conmemorativa o tradicional. Evaluación del evento
BECENE-DEE-DDC-PO-01	Programa anual de actividades deportivas	Selecciones deportiva	Integración de selecciones deportivas. Pruebas físicas y técnicas de cada disciplina. Proceso de entrenamiento. Participación en etapas, regional y nacional de los deportistas clasificados.

CONCLUSIÓN: Proceso adecuadamente documentado, implementado y operado.

Desempeño a la Fecha

Ref. Reporte Visita	Categoría	Estado	Resumen del Hallazgo	Sector/ División/ Sitio	Fecha	Norma	Cláusula
RA	Menor	Abierta	Los objetivos no son medibles	SGC (Planeación Estratégica)	31/06/2017	ISO 9001:2015	6.2.1 (b)

Detalles del Hallazgo:

Durante la revisión de la planeación estratégica, se revisaron los objetivos registrados en documento BECENE-DG-OQ-01 y no se tiene asignado valor que permita hacerlos medibles

Acción Correctiva:

RA	Mayor	Abierta	No se tiene registro de las acciones para abordar las oportunidades	SGC (Planeación Estratégica)	31/06/2017	ISO 9001:2015	6.1.2 (a)
----	-------	---------	---	------------------------------	------------	---------------	-----------

Detalles del Hallazgo:

Durante la auditoría en todos los procesos no se tiene evidencia de las acciones para abordar las oportunidades.

Acción Correctiva:

RA	Menor	Abierta	No se documentaron los requisitos de las partes interesadas identificadas.	SGC (Planeación Estratégica)	31/06/2017	ISO 9001:2015	4.2
----	-------	---------	--	------------------------------	------------	---------------	-----

Detalles del Hallazgo:

Durante la revisión de la planeación estratégica, no se encontró evidencia de que se registraran los requisitos pertinentes de las partes interesadas.

Acción Correctiva:

RA	Menor	Abierta	Durante la auditoría en un proceso, no se tiene definido claramente un indicador	Servicios Escolares	31/06/2017	ISO 9001:2015	4.4.1 (c)
----	-------	---------	--	---------------------	------------	---------------	-----------

Detalles del Hallazgo:**Acción Correctiva:**

RA	Menor	Abierta	La Organización no se está asegurando que el Departamento de Recursos Materiales gestione indicadores de desempeño en la realización de sus procedimientos y así contribuir a la eficacia del sistema de gestión de la calidad.	Departamento de Recursos Materiales	31/06/2017	ISO 9001:2015	9.1.3
----	-------	---------	---	-------------------------------------	------------	---------------	-------

Detalles del Hallazgo:

1.- No se presentó evidencia de la medición del desempeño de la gestión de Compras y suministro de productos, código: BECENE-DSA-DRM-PO-01, revisión: 4, fecha: 10 de mayo de 2017.

2.- No se presentó evidencia del resultado del indicador de desempeño "Dar cumplimiento a las requisiciones de mantenimiento menor"; meta: 90% mínimo y con medición semestral, del semestre agosto 2016 a febrero 2017.

3.- No se presentó evidencia del resultado del indicador de desempeño "Cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo y aseo de las instalaciones de la institución"; meta: 80% mínimo semestral; cabe señalar que ninguna de las 25 personas incluidas en este indicador logra en el último semestre una calificación aprobatoria.

Acción Correctiva:

RA	Menor	Abierta	La Organización no se está asegurando que la totalidad del personal sea consciente de la política de la calidad y de los objetivos de la calidad pertinentes.	Departamento de Recursos Humanos	31/06/2017	ISO 9001:2015	7.3
----	-------	---------	---	----------------------------------	------------	---------------	-----

Detalles del Hallazgo:

Se entrevistaron a 7 personas: 2 docentes, 2 de apoyo y 2 administrativos de las cuales 5 no resultaron conscientes de la política y de los objetivos de la calidad.

Acción Correctiva:

RA	Menor	Abierta	La Organización no ha determinado si los niveles de iluminación de las áreas de trabajo son los necesarios.	Departamento de Recursos Humanos	31/06/2017	ISO 9001:2015	7.1.4
----	-------	---------	---	----------------------------------	------------	---------------	-------

Detalles del Hallazgo:

No se presentó evidencia de estudio de la identificación de los niveles de iluminación de las áreas de trabajo.

Acción Correctiva:

RA	Menor	Abierta	La Organización no se ha asegurado de que el personal que integra el equipo auditor haya recibido entrenamiento de auditor.	Auditoría Interna	31/06/2017	ISO 9001:2015	9.2.2
----	-------	---------	---	-------------------	------------	---------------	-------

Detalles del Hallazgo:

No se presentó evidencia de entrenamiento de auditor para ninguno de los 17 auditores internos.

Acción Correctiva:

RA	Mayor	Abierta	La Organización no se está asegurando de la correcta actualización de la totalidad de los procedimientos gobernadores para el proceso de actualización de la versión 2015 de la norma ISO 9001.	Auditoría Interna	31/06/2017	ISO 9001:2015	7.5.2
----	-------	---------	---	-------------------	------------	---------------	-------

Detalles del Hallazgo:

1.- El Procedimiento Gobernador para elaborar procedimientos, código: BECENE-CA-PG-01, revisión: 3 de fecha: 14 de marzo de 2014; el Procedimiento Gobernador para el control de documentos electrónicos, código: BECENE-CA-PG-02, revisión: 4 de fecha: 14 de marzo de 2014; el Procedimiento Gobernador para el control de registros de calidad, código: BECENE-CA-PG-03, revisión: 14 de marzo de 2014; el Procedimiento Gobernador para el control de producto no conforme y/o servicio no conforme, código: BECENE-CA-PG-04, revisión: 4 de fecha: 14 de marzo de 2014; el Procedimiento Gobernador para auditorías internas de calidad, código: BECENE-CA-PG-08, revisión: 5 de fecha: 14 de marzo de 2014.

Se tramitó la actualización del Procedimiento Gobernador para acciones correctivas y/o preventivas, código: BECENE-CA-PG-05, revisión 7 de fecha: 17/12/2014 a Procedimiento Gobernador para acciones preventivas, código: BECENE-CA-PG-05, revisión 8 de fecha: 30/03/2017, sólo como cambio de versión, siendo que el propósito es diferente al ya no incluir acciones preventivas.

Acción Correctiva:

Plan de la Auditoría	
Miembro(s) del Equipo: Líder del Equipo de Auditoría: Daniel Neri Cortes (DNC) Auditor(es): Miguel Angel Flores (MFL)	Tipo de Auditoría: Recertificación Fecha de Inicio: 29/05/2017 Fecha de Terminación: 31/05/2017 Auditoría a ser conducida contra la(s) siguiente(s) norma(s): ISO 9001:2015
Experto(s) Técnico: N/A Auditor en Entrenamiento: N/A	
Nombre de la Empresa: BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ	No. ZIG: 99103001
Objetivos: -Confirmar que el sistema de gestión cumple con todos los requisitos de la norma de auditoría; -Confirmar que Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí. ha implementado efectivamente sus actividades planeadas; -Confirmar que el sistema de gestión es capaz de lograr los objetivos y políticas de Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí.	Alcance de la Auditoría: Prestación de Servicios Educativos, Académicos, Investigación Educativa, Estudios de Posgrado, Extensión Educativa, Servicios Administrativos y CYCIT.
Lugar/Sitios/ Sitios Temporales: BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ.	Representante del Auditado:
Idioma del Reporte de Auditoría: Español	Acceso a las Instalaciones:

Fecha	Tiempo	Actividad	Proceso	Auditor (Iniciales)				
29/05/2017	8:00	Reunión de apertura	-----	A1	A2			
	8:30	Auditoria	Planeación Estratégica	X				
			Compras		X			
	10:30	Auditoria	Investigación Educativa	X				
			Recursos Humanos		X			
	12:30	Auditoria	Revision por la Direccion	X				
			Ambiente de Trabajo		X			
	14:30	Realización del reporte	-----					
	15.00	Fin de actividades	-----					
30/05/2017	8:00	Auditoria	Titulación	X				
			Mantenimiento a Edificios		X			
	10:30	Auditoria	Control Escolar	X				
			Auditorías Internas/Acciones Correctivas		X			
	13:00	Auditoria	Formación Inicial	X				
			Servicios de Información Científica y Tecnológica		X			

	15:00	Fin de actividades						
31/05/2017	8:00	Auditoria	Posgrado	X				
		Auditoria	Extensión Educativa		X			
	11:00		Satisfacción del Cliente		X			
	13:00	Auditoria	Realización del reporte					
	14:30	Reunión de cierre						
	15:00	Fin de actividades						

Plan de la Siguiente Visita

Miembro(s) del Equipo: Líder del Equipo de Auditoría: Por definir Auditor(es): N/A Experto(s) Técnico: N/A Auditor en Entrenamiento: N/A	Tipo de Auditoría: Vigilancia 1 de 5 Fecha de Inicio: Por definir Fecha de Terminación: Por definir Auditoría a ser conducida contra la(s) siguiente(s) norma(s): ISO 9001:2015
Nombre de la Empresa:	No. ZIG:
BENEMÉRITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ	99103001
Objetivos:	Alcance de la Auditoría:
-Confirmar que el sistema de gestión cumple con todos los requisitos de la norma de auditoría; -Confirmar que Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí. ha implementado efectivamente sus actividades planeadas; -Confirmar que el sistema de gestión es capaz de lograr los objetivos y políticas de Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí.	Prestación de Servicios Educativos, Académicos, Investigación Educativa, Estudios de Posgrado, Extensión Educativa, Servicios Administrativos y CYCIT.
Lugar/Sitios/ Sitios Temporales:	Representante del Auditado:
Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí.	
Idioma del Reporte de Auditoría:	Acceso a las Instalaciones:
Español	

Fecha	Tiempo	Actividad	Proceso	Auditor (Iniciales)				
29/05/2017	8:00	Reunión de apertura	-----					
	8:30	Auditoria	Investigación Educativa					
	10:30	Auditoria	Control Escolar					
	12:30	Auditoria	Extensión Educativa					
	14:30	Realización del reporte	-----					
	15:00	Fin de actividades	-----					
30/05/2017	8:00	Auditoria	Mantenimiento a Edificios					
	10:00	Auditoria	Servicios de Información Científica y Tecnológica					
	12:00	Auditoria	Auditorías Internas/ Acciones Correctivas					
	14:00	Realización del reporte						
	15:00	Fin de actividades						
31/05/2017	8:00	Auditoria	Revision por la Direccion					
	10:00	Auditoria	Posgrado					
	12:00		Titulación					
	13:30	Auditoria	Realización del reporte					
	14:30	Reunión de cierre						
	15:00	Fin de actividades						

 BUREAU VERITAS	Plan de Vigilancia ISO 9001: 2015	Apéndice				
Empresa – Número ZIG: (y el sitio si aplica)						
ISO 9001:20015	Departamento/ Actividad/ Proceso	Vigilancia				
		1	2	3	4	5
4.1	Comprender la Organización y su Contexto.	*	*	*	*	*
4.2	Comprender las Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas.	*		*		*
4.3	Determinar el Alcance del Sistema de Gestion de Calidad.	*	*	*	*	*
4.4	Sistema de Gestión de Calidad y sus Procesos.	*		*		*
5.1	Liderazgo y Compromiso.	*	*	*	*	*
5.1.1	Generalidades.	*	*	*	*	*
5.1.2	Enfoque al Cliente.	*	*	*	*	*
5.2	Políticas					
5.2.1	Establecimiento de la Política de la Calidad.					
5.2.2	Comunicación de la Política de Calidad.					
5.3	Roles, Responsabilidades y Autoridad de la Organización.					
6.1	Acciones para abordar las Oportunidades y Riesgos.					
6.2	Objetivos y planeación para alcanzarlos.					
6.3	Planificación de los Cambios.					
7.1	Recursos.					
7.1.1	Generalidades.					
7.1.2	Personas.					
7.1.3	Infraestructura.					
7.1.4	Ambiente para la Operación de los Procesos.					
7.1.5	Recursos para el Seguimiento y la Medición.					
7.1.5.1	Generalidades.					
7.1.5.2	Trazabilidad de la Medición.					
7.1.6	Conocimiento Organizacional.					
7.2	Competencia.					
7.3	Toma de Conciencia.					
7.4	Comunicación.					
7.5	Información documentada.					
7.5.1	Generalidades.					
7.5.2	Creación y Actualización.					
7.5.3	Control de la Información documentada.					
8.1	Planificación y Control Operacional.					
8.2	Requerimientos para Productos y Servicios.					
8.2.1	Comunicación con el Cliente					
8.2.2	Determinación de los Requisitos relacionados con el Producto y Servicio.					
8.2.3	Revisión de los Requisitos relacionados con el Producto y Servicio					
8.2.4	Cambios en los requisitos para los Productos y Servicios.					
8.3	Diseño y Desarrollo de Productos y Servicios.					
8.3.1	Generalidades					
8.3.2	Determinación de las Etapas y los Controles para el Diseño y Desarrollo					
8.3.3	Elementos de entrada para el Diseño y Desarrollo.					
8.3.4	Controles de Diseño y Desarrollo.					

8.3.5	Resultados del Diseño y Desarrollo.					
8.3.6	Cambios del Diseño y Desarrollo.					
8.4	Control de los Productos y Servicios proporcionados externamente.					
8.4.1	Generalidades					
8.4.2	Tipo y Alcance del control de los suministro externo					
8.4.3	Información para Proveedores Externos.					
8.5	Producción y Prestación del Servicio.					
8.5.1	Control de producción y prestación del Servicio.					
8.5.2	Identificación y Trazabilidad.					
8.5.3	Los bienes pertenecientes a los clientes o proveedores externos..					
8.5.4	Preservación.					
8.5.5	Servicios Posteriores a la Entrega.					
8.5.6	Control de Cambios.					
8.6	Entrega deProductos y Servicios.					
8.7	Control de los Elementos de salida del Proceso, Productos y Servicios No Conformes.					
9.1	Monitoreo, Medición, Análisis y Evaluación.					
9.1.1	Generalidades					
9.1.2	Satisfacción del Cliente.					
9.1.3	Análisis.y Evaluación.					
9.2	Auditoría Interna					
9.3	Revisión por la Dirección.					
9.3.1	Generalidades.					
9.3.2	Entradas de la Revisión por la Dirección.					
9.3.3	Resultados de la Revisión por la Dirección.					
10.1	Generalidades.					
10.2	No conformidades y acciones correctivas.					
10.3	Mejora continua.					
	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:		Comentarios:				
NOMBRE: FECHA:						
Periodo de Vigilancia 4 y 5 preparado por:		Comentarios:				
NOMBRE: FECHA:						

 BUREAU VERITAS	Sitios/ Sitios Temporales (incluidos dentro del Alcance de la Auditoría)	Apéndice
Empresa – Número ZIG: Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí 99103001		
Nombre del Sitio		SP
Dirección: Ciudad: Código Postal: Estado: País: Alcance:	MADERO No. 100 - ZONA CENTRO SAN LUIS POTOSI 78000 SAN LUIS POTOSI MEXICO Prestación de Servicios Educativos, Académicos, Investigación Educativa, Estudios de Posgrado, Extensión Educativa, Servicios Administrativos y CYCIT.	
Nombre del Sitio		S1
Dirección: Ciudad: Código Postal: Estado: País: Alcance:		
Nombre del Sitio		S2
Dirección: Ciudad: Código Postal: Estado: País: Alcance:		
Nombre del Sitio		S3
Dirección: Ciudad: Código Postal: Estado: País: Alcance:		
Nombre del Sitio		S4
Dirección: Ciudad: Código Postal: Estado: País: Alcance:		
Nombre del Sitio		S5
Dirección: Ciudad: Código Postal: Estado: País: Alcance:		