



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

**Certificación de Sistemas de Gestión
ISO 9001: 2008**

**Reporte de Auditoría Visita de Vigilancia 02
De 5**

**BENEMERITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL
DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI**

Información de la Empresa			
Nombre de la Compañía:	BENEMERITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI		
Dirección:	MADERO No. 100 - ZONA CENTRO - 78000 - SAN LUIS POTOSI		
Número de Teléfono:	01 444 812 34 01	Número de Fax:	01 444 812 34 01
Dirección de Internet:	www.becenesp.edu.mx		
No(s). de Contrato ZIG:	10 – 6734		
Información del Contacto			
Nombre del Contacto:	Dr. León Alejandro Pérez Reyna	Número de Teléfono:	01 444 812 34 01
Dirección de Correo Electrónico:	lperez@beceneslp.edu.mx		
Información de la Auditoría			
Norma(s) de Auditoría:	ISO 9001: 2008.		
Código(s) del Sector:	37		
Número de Empleados:	220	Número de Turnos:	Matutino y vespertino
Tipo de Auditoría:	Vigilancia 02		
Fecha de Inicio de la Auditoría:	15/03/12	Fecha de Terminación de la Auditoría:	16/03/12
Fecha de la siguiente Auditoría:	Septiembre 2012	Duración:	Septiembre 2012
Información del Equipo de Auditoría			
Líder del Equipo de Auditoría:	Moises A. López Martínez		
Miembros del Equipo de Auditoría:	Auditor:	NA	
	Auditor:	NA	
	Experto Técnico:	NA	
Turno auditado:	PRIMERO		
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	Dr. León Alejandro Pérez Reyna	
	Oficina de BVQI	Frida Reyes López	
	Equipo de Auditoría	<Insertar Nombre>	

Resumen de los Hallazgos de Auditoría					
Número de No Conformidades registradas:	Mayor:	0	Menor:	2	
¿Se requiere una Visita de Seguimiento?	NA	Fecha de Inicio de la Auditoría de Seguimiento:	NA	Día(s)	
Fecha(s) real(es) del Seguimiento:	Inicio:	NA	Terminación:	NA	
Observaciones de la Auditoría de Seguimiento: NA					
Recomendación del Líder del Equipo de Auditoría					
Norma	Recomendación				
ISO 9001: 2008	Continúa sujeta a un Cierre de Acciones Correctivas a través de una Revisión Documental.				
Líder del Equipo de Auditoría (1)	Miembros del Equipo de Auditoría				
MOISES A LOPEZ MARTINEZ MLM	Auditor:	NA			
	Auditor:	NA			
	Experto Técnico:	NA			
Alcance de Suministro (se debe verificar la declaración del alcance y debe aparecer en siguiente espacio)					
PRESTACION DE SERVICIOS EDUCATIVOS, DOCENCIA, INVESTIGACION EDUCATIVA, ESTUDIOS DE POSGRADO, EXTENSION EDUCATIVA, SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y CICYT					
Acreditación	NA				
Número de Certificados requeridos	NA				
Idiomas	NA				
Razón para emitir el Certificado	NA				
Instrucciones Adicionales (instrucción adicional del certificado o información para la oficina)					
<Especificar los cambios en la Organización (alcance, número de empleados, sitios/ sitios temporales, administración, organización...)>					

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.

Para Fase 1:

- a) Validar el alcance de certificación;
- b) Confirmar que el sistema de gestión cubre adecuadamente todos los requisitos de la norma de auditoría;
- c) Confirmar que los elementos fundamentales del sistema de gestión están implementados, incluyendo al menos un ciclo de auditoría interna y revisión por la dirección;
- d) Confirmar que la organización está lista para una auditoría (Fase 2) completa del sistema de gestión;
- e) Recopilar la información relevante para planear de manera efectiva la auditoría (Fase 2) completa del sistema de gestión.

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.
- El sistema de gestión no ha atendido de manera adecuada la no conformidad identificada durante las actividades de auditorías previas y el tema específico ha sido redefinido en la sección de no conformidades de este reporte. **Borrar según sea apropiado.**

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

[Obligatorio para Auditoría de Recertificación]

La auditoría de recertificación debe considerar el desempeño del sistema de gestión del periodo de certificación a verificar.

- Efectividad de todo el sistema de gestión considerando cambios internos y externos y la relevancia continua del sistema de gestión y la aplicabilidad del alcance de certificación;
- Demostrar el compromiso para mantener la efectividad y mejora del sistema de gestión a fin de realzar el desempeño en general;
- Si la operación del sistema de gestión certificado contribuye al logro de los objetivos y política de la organización.

Comparación con los hallazgos de auditorías previas (según sea aplicable).

Ampliar aquellos hallazgos de auditorías previas que han sido tratados por el sistema de gestión.

Ampliar aquellos hallazgos de la auditoría actual que coinciden con los de auditorías previas.

3. Entradas Básicas y Planeación Inicial.

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

4. Personas Clave Entrevistadas/ Involucradas.

Nombre	Departamento/ Proceso
Francisco Hernández Ortíz	Director General
Dr. León Alejandro Pérez Reyna	Representante de la Dirección
Jesus Alberto Leyva Ortiz	Director Administrativo
Belén Wendolín Cervantes García	Servicios Educativos
Jimena Turrubiarres Cerino	Servicios educativos/ titulación
Mtra. María Mayela Leyva Herrera	Directora de docencia
Maestra Dalia Elena Serrano Reyna	Coordinadora de primaria
Maria Luisa Reyna Díaz de León	Coordinador de Licenciatura de Educación Especial
Maestra Marcela de la Concepción Mireles Medina	Coordinadora de la Licenciatura de educación secundaria con especialidad en Español

5. Hallazgos de la Auditoría:

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

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

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

5.1. Adecuación del Manual.

BECENE –DG-MC-01 rev.04

5.2. Validación del Alcance y Exclusiones.

Durante el ejercicio de auditoría se verificaron las exclusiones observando que si aplican como exclusión sin afectar al sistema de gestión de calidad.

7.3. Diseño y Desarrollo

7.5.2 Validación de procesos

7.5.6 equipos de medición

5.3. Logro de la Política y Objetivos.

Es entendida y aplicada

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

El sistema de gestión de calidad es una herramienta, bien implantada y difundida, misma que el personal auditado conoce y maneja sin problema, demostrado conocimiento y uso adecuado

5.4.1. General.

Descripción general de la organización.

SIN CAMBIOS

5.4.2. Planeación.

- Durante el muestreo se observa conformidad en el control documental, registros.

5.4.3. Implementación y Operación.

- El muestreo permite identificar implementación del sistema de gestión de calidad. Eficacia al medir, controlar y alcanzar las metas.
- Se revisaron procedimientos operativos encontrando conformidad y evidencia de uso y vigencia.

5.4.4. Monitoreo y Medición.

- Las auditorías internas es una actividad que se realiza en forma minuciosa y aporta mejora

5.4.5. Mejora.

- Las acciones correctivas se realizan de acuerdo a lo establecido en el sistema.
- Se tiene evidencia de realizar acciones cuando no se alcanza las metas.
- Se determina no conformidad en el punto 8.5.3, debido a que procedimiento no está completo en la forma como se debe determinar un probable incumplimiento, mas bien atiende en forma plena las acciones correctivas.

5.5. Fortalezas del Sistema de Gestión.

- Compromiso demostrado por el personal auditado
- Uso y manejo de sistema de gestión de calidad difundido en forma electrónica, ya que el personal entrevistado lo ubican sin demora, muestran un alto expertis en su manejo y muestran conocimiento en la información incluida en sus procedimientos.
- Actividad Auditorías internas, tener un número de auditores que permite realizar el ejercicio en poco tiempo, y que demuestran congruencia en el ejercicio, unificación de criterios, que realizan la actividad en forma estricta, por lo que aportan información para la mejora.

5.6. No Conformidades.

No Conformidad 01:

Área: Sistema de gestión de calidad

Clasificación: Menor

Descripción: Procedimiento no incluye información para determinar una no conformidad potencial.

Nota:

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

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

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

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

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

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

- Copia electrónica, con atención a Frida Reyes y/o Alejandra Mercado;
- Correo electrónico:
 - Frida Reyes (frida.reyes@mx.bureauveritas.com) y
 - Alejandra Mervado (alejandra.mercado@mx.bureauveritas.com).
- Sitio de Internet:
http://www.bureauveritas.com.mx/wps/wcm/connect/bv_commx/local/footer/contact/action_corrective_for_m

5.7. Observaciones.

No identificadas

5.8. Oportunidades de Mejora.

Identificadas en negritas en el cuerpo de este reporte

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

CONFORME

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

NINGUNO

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

NINGUNO

8. Acciones de Seguimiento acordadas.

Se explicó al cliente:

Atención a no conformidades mediante documentos electrónicos.

9. Conclusión.

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

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

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

- Continúa sujeta a un Cierre de Acciones Correctivas a través de una Revisión Documental;

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

REPORTE/RESUMEN DE AUDITORÍA PARA ISO 9001: 2008												
Sitio/ Sitio Temporal:			Proceso/ Actividad/ Departamento									
BECENE			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	Revisión Directiva	Auditorías internas	Satisfacción del cliente y seguimiento a quejas	Formación inicial (Licenciatura en educación primaria, secundaria	Educación especial	Servicios educativos	Proceso 10		
Moises A. López Martínez												
Exclusiones/ Justificaciones:												
7.3. Diseño y Desarrollo 7.5.2 Validación de procesos 7.5.6 equipos de medición												
Turnos auditados: Marque los que apliquen												
Primero	Segundo	Tercero										
XX												
Fecha: 15-16/MARZO 2012				15	15	15	16	16	16			
Periodo (AM/PM)				am	pm	pm	am	pm	pm			
Descripción												
4.1	Requisitos Generales											
4.2	Requisitos de la Documentación			/	/	/	/	/	/		0	
5.1	Compromiso de la Dirección											
5.2	Enfoque al Cliente											
5.3	Política de la Calidad			/	/	/	/	/	/		0	
5.4	Planificación					/	/	/	/		0	
5.5	Responsabilidad, Autoridad y Comunicación											
5.6	Revisión por la Dirección			/							0	
6.1	Provisión de los Recursos											
6.2	Recursos Humanos											
6.3	Infraestructura											
6.4	Ambiente de Trabajo											
7.1	Planificación de la realización del Producto					/	/	/	/		0	
7.2	Procesos relacionados con el Cliente				/	/	/	/	/		0	
7.3	Diseño y Desarrollo			NA								
7.4	Compras											
7.5.1	Control de Producción/Prestación de serv.					/	/	/	/		0	
7.5.2	Validación de Procesos de Producción/Prestación de servicio.			NA								
7.5.3	Identificación y Trazabilidad											
7.5.4	Propiedad del Cliente							/			0	
7.5.5	Preservación del Producto											
7.6	Control de Dispositivos de Seguimiento y Medición			NA								
8.1	Generalidades											
8.2.1	Satisfacción del Cliente				/						0	
8.2.2	Auditoría Interna				/						0	
8.2.3	Seguimiento y Medición de los Procesos			/	/	/	/	/	/		0	
8.2.4	Seguimiento y Medición del Producto			/	/	/	/	/	/		0	
8.3	Control del Producto No Conforme				/						0	
8.4	Análisis de Datos			/	/						0	
8.5.1	Mejora Continua			/	/						0	
8.5.2	Acción Correctiva			1	/	/					1	
8.5.3	Acción Preventiva				1						1	
Cumplimiento Legal y Reglamentario												
Uso de la Marca de Certificación y el Símbolo de Acreditación												
Observaciones de la Revisión Documental:												
Solicitud de Certificación/ Revisión Documental:			<Insertar Texto>									
Cláusula/ Descripción y Comentario			<Insertar Texto>									

Notas del Auditor/ Pistas Significativas de la Auditoría

Líder del Equipo de Auditoría:	Moisés A. López Martínez
Auditado:	Director General Francisco Hernández Ortiz
Fecha:	15/03/12
Proceso/ Actividad:	Revisión Directiva
Notas:	Revisión de Dirección. Programada en agosto y febrero. Ultima realizada el 12 de marzo de 2012. Las áreas presentan los resultados de los procesos en una reunión en pleno. La carreras están certificadas desde 2009. Auditorías internas, información de ultima 27 de noviembre de 2011. Conclusiones: cumple de manera general con ISO 9001 Las áreas auditadas muestran seriedad y disponibilidad para el ejercicio de auditoría. El proceso de medición tiene áreas de mejora Y se detectan 8 no conformidades. Como resultado de esta revisión se toman acciones en área administrativa, servicios Generales, Recursos Humanos. Retroalimentación del cliente, alumnos y profesores Opinión de alumnos de atención, evaluación al desempeño docente SE observa como fortaleza el análisis de datos seguimiento a la satisfacción del cliente Reporte de análisis de datos BECENE-CA-PG-09-02 en División de estudios de postgrado, Centro de Información Científica y Tecnológica Dirección de investigación Educativa, entre otros. Desempeño de los procesos: Mediante seguimiento a los objetivos de calidad. Educación física y español ingles no alcanzan los resultados planeados. Estado de acciones correctivas y preventivas, en Bitácora de Rac's/Raps del 2012-03-15 Seguimiento a revisión previa, se da seguimiento a 3 puntos Cambios que pueden afectar: incorporación de nuevo personal y presupuesto para auditorías de vigilancia. Revisión directiva, no cierre de no conformidad de CICYT que superan los 90días NCR02 SALIDA DE REVISIÓN DE DIRECCIÓN: da respuesta las tres salidas.

Líder del Equipo de Auditoría:	Moisés A. López Martínez
Auditado:	Dr. Leon Alejandro Pérez Reyna
Fecha:	15/03/12
Proceso/ Actividad:	Auditorías internas/actividad
Notas:	Ultima auditoría interna 28 de noviembre 2011, participan 25 auditores La capacitación es impartida por el auditor líder Programa de auditorías toma en cuenta buzón de quejas, resultados de las auditorías y todas las áreas se deben auditar al menos una vez Los auditores no auditan su misma área, se están planeando acuerdos con universidades para hacer auditorías cruzadas. Registros: Reporte Informe de auditoría interna, lista de verificación, informe de no conformidades. La actividad se realiza en forma completa, es una actividad bien realizada, minuciosa y apoyan a la mejora, por lo que es una oportunidad de mejora revisar los nuevos instrumentos e integrarlos al sistema para que se mantenga el estándar. Hallazgos de incumplimiento 8, 6 cerradas y 2 abiertas Muestra: NC 094, en el área de servicios escolares, el procedimiento operativo para la acreditación de alumnos, no está vigente, las firmas no corresponden y se opera de manera diferente a lo declarado en el SGC. Herramientas: Lluvia de ideas. 23 de enero 2012. Acción correctiva no.94, identifica causa, no aplican correcciones, acciones son efectivas que evitan que se repita el incumplimiento.

Nc 98. En área de docencia no se tiene definida estandarizada la metodología para medir el proceso ejem. Visitas y jornadas de práctica escolar.

Es atendido por Reporte de acción correctiva/acción preventiva 98, cerrado y es efectivo. Acciones preventivas te tienen 12 acciones preventivas desde el inicio del periodo de certificación.

**En las políticas indicadas en el procedimiento en el punto 3.1 indica
Acciones preventivas derivado de quejas, de no conformidades entre otros.
NCR01**

Auditor:

Moisés A. López Martínez

Auditado:

Jesus Alberto Leyba Ortiz/Dirección de servicios Administrativos.

Fecha:

15-16/03/2012

Proceso/ Actividad:

Satisfacción del cliente y seguimiento a quejas

Notas:

Procedimiento gobernador para auditorias de servicio BECENE-CA-PG-07 REV.02
herramientas ocupadas encuesta visitas e internet Resumen escrito incluyendo:
muestreo en base NMX-Z-12-2 1987

al menos una vez al año

Se ha dado capacitación en 2010 de técnicas estadísticas.

Quejas

Se reciben quejas se integran a base de datos, se envían a depto. responsable

7 diciembre

10 nov

Sep2

Oct 9

De acuerdo a frecuencia y magnitud se debe realizar la acción correctiva,

Evidencia: información de buzón, 9 y 11 de marzo, 22 de febrero, queja por baños.

Procedimiento Gobernador para aclaración y atención de quejas emitidas por los usuarios
BECENE CA PG 10 REV 2 . se tiene tabla de buzón de quejas

Medición: 70 % de calificación, que apoya al indicador: objetivo de calidad: proveer de recursos financieros materiales, humanos a las diferentes áreas para la tarea educativa, 80% se obtiene en mes de noviembre de 2011.

Se cuenta con medición de la efectividad de los trabajos realizados por el área de limpieza que indican un alto cumplimiento, sin embargo las quejas continúan y se puede constatar mediante recorrido que hay baños en condiciones inadecuadas muestra baño hombres segundo piso , tarja rota, sin papel en 3 baños, sucios y mal olor.

La acción correctiva identificada desde 2011, no demuestra eficacia NCR02

Auditor:

Moises A. López Martínez

Auditado:

Belén Wendolín Cervantes García, Jimena Turrubiarres Cerino/ Depto. de Titulación

Fecha:

16/03/2012

Proceso/ Actividad:

Servicios educativos.

Notas:

Política de calidad, la conoce y entiende como la aplica.

Revisión de efectividad de no conformidad detectada en auditoria interna.

Procedimientos Procedimiento de acreditación 02, procedimiento de regularización 03.

Constancias de calificaciones, es una oportunidad de mejora incluir registros usados que evidencian la entrega de constancias de calificación.

Medición: encuesta aplicada al termino de exámenes extraordinarios, para identificar nivel de servicio, existen felicitación al departamento "Que sigan así de excelentes y amables en el servicio, muy bien la información cubren sus expectativas"

Docentes sugieren que tengan actualizados los datos de alumnos y tengan mas personal para atender a maestros y alumnos.

Departamento de titulación

Propuesta respecto al plan anual de actividades

Muestra alumno área Física M. Cervantes , Registros: Registro de tema de estudio.

Asignación de lectores 10 de mayo REG. BECENE DSA-DT-01-03.

Medición: Plan de calidad, Integración de información para realización de exámenes. Esté a

tiempo, y forma la organización de exámenes profesionales, meta 90%
Se observa cumplimiento.

Requiere ser revisado, indica Departamento de titulación Satisfacción de los servicios proporcionados en cuanto aseo y mantenimiento.

Auditor:
Auditado:

Moises A. López Martínez
Maestra. Maria Mayela Leyva Herrera/ Directora de docencia, Dalia Elena Serrano Reyna/
Coordinadora de primaria, María Luisa Reyna Días de León / Coordinadora de licenciatura
de educación especial.

Fecha:

16/03/2012

Proceso/ Actividad:

Proceso

Notas:

Se espera que los indicadores se cumplan, cada licenciatura debe de cumplir con 7 procedimientos. Cada uno con sus indicadores lleguen a la meta.
Se hace una solicitud de información en 3 momentos al semestre asociado.
Los indicadores se acuerdan.
Muestra: educación especial.
Asistencia tercer momento 74%, ciclo escolar 2011-2012 semestre impar.
Bitácora de producto y/o servicio no conforme
24/10/11, Procedimiento operativo trabajo colegiado: Las licenciaturas de educación primaria física, español y matemáticas no logran la meta de indicador de desempeño de asistencia 90%.
Educación Física incluir en siguiente auditoria.
Responsabilidades, lograr el objetivo de formación inicial de normalistas, cumplimiento de planes de estudio.
Se tienen 8 procedimientos
Valoración de programas
Trabajo colegiado
Función de asesor de grupo
Visitas y jornadas de práctica
Procedimiento operativo para el desarrollo del Trabajo académico de 7° y 8° semestres.
BECENE-DD-PO-05, rev. 04.
Registros: elaboración de propuesta de asesores.
Cumple con política deberán contar con experiencia en asignatura, reunión con asesores 26 de agosto 2011, 3 profesores asisten,
Oficio DEE308/2011, escuela para desarrollo de trabajo docente.
Medición de efectividad: evaluar actividades la función del asesor. Rubrica por aspecto a evaluar 90%.
Resultado 100% indicador: talleres de capacitación, análisis y evaluación de tutores.
Procedimiento operativo para la capacitación docente BECENE-DD-PO-06 rev.03
Promover la capacitación del personal docente, programar y organizar la formación, capacitación.

Registro: Propuesta de necesidades de capacitación, realiza en forma anual en agosto de 2011, programa Actividades de capacitación 2011-2012, indica 20 cursos o conferencias y talleres.
Es conveniente revisar procedimiento para incluir donde se identifica la efectividad de las acciones tomadas.

Reporte de No Conformidad

A ser completado por BVQI	Fecha	Organización	Ref. Expediente	Reporte No.
	15/03/2012	BENEMERITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI	10 - 6734	01
	No Conformidad observada durante		SRV.02	
	Norma y Cláusula:		ISO 9001: 2008 – Cláusula 8.5.3	
	No Conformidad observada en Proceso: SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD			
	La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales. Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para: a) determinar las no conformidades potenciales y sus causas, b) evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades, c) determinar e implementar las acciones necesarias, d) registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4), y e) revisar la eficacia de las acciones preventivas tomadas.			
	Licensed			
	No Conformidad – Descripción de la Evidencia Objetiva:			
	No Conformidad: El procedimiento Acciones correctivas y/o Preventivas BECENE-CA-PG-05 rev. 4, no incluye como determinar no conformidades potenciales.			
	Evidencia Objetiva: Procedimiento en el punto 3.1 Políticas, indica que se determinan acciones preventivas derivado de quejas y no conformidades, lo que es incorrecto, ya que lo anterior es atendido por acciones correctivas. El uso de la herramienta es mínimo, en un periodo de certificación y el avance del presente solo hay 12 acciones preventivas documentadas, y no se clarifica la orientación a prevenir la no conformidad potencial.			
A ser completado por la Organización	Categoría	Líder del Equipo de Auditoría	Auditor	Representante de la Organización
	Menor	Moises A. López Martínez	NA	Dr. León Alejandro Pérez Reyna
	A completar antes			
	16 mayo 2012			
	Análisis de la Causa Raíz (¿Qué falló en el sistema para permitir que ocurra esta NC?)			
Corrección y Acción Correctiva (Que se hizo para resolver este problema y prevenir la recurrencia)				
Verificación de las Acciones Correctivas		Fecha de Terminación		
		Representante de la		

A ser completado por BVQI		Organización		
	Verificación de las Acciones Correctivas	Fecha	Estado	Auditor
	Comentarios del Auditor			

Reporte de No Conformidad				
Fecha	Organización	Ref. Expediente	Reporte No.	
15/03/2012	BENEMERITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI	10 - 6734	02	
No Conformidad observada durante		SRV.02		
Norma y Cláusula:		ISO 9001: 2008 – Cláusula 8.5.2		
No Conformidad observada en Proceso: Servicios Generales, Docencia, CICYT				
8.5.2 Acción correctiva				
La organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas. Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para: f) revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.				
No Conformidad – Descripción de la Evidencia Objetiva:				
No Conformidad:				
El procedimiento Acciones correctivas y/o Preventivas BECENE-CA-PG-05 rev. 4, No se cumple con revisar la eficacia de las acciones tomadas, así mismo la dirección responsable del área que esté siendo auditada debe asegurarse de que se realizan las correcciones y se tomen las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas.				
Evidencia Objetiva:				
- Derivado de quejas se generan acciones correctivas, mismas que no han demostrado eficacia, Servicios Generales, debido a limpieza de baños. - Derivado de no alcanzar metas o indicadores (Educación física, Inglés , Español) se realizan acciones correctivas, en Docencia mismas que no se registran en el sistema por medio de l procedimiento para documentar y tratar las acciones correctivas y no demuestran eficacia. - Revisión directiva, no cierre de no conformidad de CICYT que superan los 90días.				
Categoría		Líder del Equipo de Auditoría	Auditor	Representante de la Organización
Menor		Moises A. López Martínez	NA	Dr. León Alejandro Pérez Reyna
A completar antes				
16 mayo 2012				
A ser completado por la Organización	Análisis de la Causa Raíz (¿Qué falló en el sistema para permitir que ocurra esta NC?)			
	Corrección y Acción Correctiva (Que se hizo para resolver este problema y prevenir la recurrencia)			
	Verificación de las Acciones Correctivas		Fecha de Terminación	
		Representante de la Organización		
pletado	Verificación de las Acciones Correctivas	Fecha	Estado	Auditor

	Comentarios del Auditor	
--	--------------------------------	--

Desempeño a la Fecha

Ref. Reporte Visita	Categoría	Estado	Resumen del Hallazgo	Sector/ División/ Sitio	Fecha	Norma	Cláusula
Srv.02	menor	Abierta	Detalles	calidad	16/03	9001	8.5.3

Detalles del Hallazgo:

Procedimiento acciones correctivas y preventivas no incluye información para la determinación de no conformidades potenciales

Srv.02	menor	abierta		docencia	16/03	9001	8.5.2
--------	-------	---------	--	----------	-------	------	-------

Detalles del Hallazgo:

Derivado de quejas se generan acciones correctivas, mismas que no han demostrado eficacia, Servicios Generales
No se cumple con cierre de no conformidades en 90 días.

Acción Correctiva:

Plan de la Siguiente Visita

Miembro(s) del Equipo:	Tipo de Auditoría: Srv.03
Líder del Equipo de Auditoría:	Fecha de Inicio: Sep 2012
Por definir	Fecha de Terminación: Sep 2012
Auditor(es):	Auditoría a ser conducida contra la(s) siguiente(s) norma(s):
Texto.	1. ISO 9001:2008
Experto(s) Técnico:	2.
Texto.	3.
Auditor en Entrenamiento:	4.
Texto.	5.

Nombre de la Empresa:	No. ZIG:
BENEMERITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI	10 - 6734
Objetivo:	Alcance de la Auditoría:
Texto.	Texto.
Lugar/Sitios/ Sitios Temporales:	Representante del Auditado:
Texto.	Maestro Francisco Hernández
Idioma del Reporte de Auditoría:	Acceso a las Instalaciones:
Español	Favor de informar a BVQI Mexicana, S.A. de C.V. sobre algún requisito de específico para el acceso/traslado a las Instalaciones/ Sitios del Auditado.

Fecha	Tiempo	Actividad	Proceso	Auditor (Iniciales)				
Dia 1								
	09:00	Reunión de Apertura						
	0930	Recorrido						
	10:00	Entrevista	Proceso de formación inicial Educación física					
		Entrevista	Proceso de formación inicial Ingles					
		Entrevista	Proceso de formación inicial preescolar.					
		Entrevista	Recursos Humanos					
		Entrevista	CICYT					
Dia 2								
	8:00	Entrevista	Servicios Generales					
	9:30	Entrevista	Auditorias internas					
	11:00	Entrevista	Acciones correctivas y preventivas					
	12:00	Entrevista	Revisión por la dirección					
	13:00	Elaboración de informe						
	14:00	Reunión de cierre						



Apéndice

[illegible]

 BUREAU VERITAS	Sitios/ Sitios Temporales (incluidos dentro del Alcance de la Auditoría)	Apéndice
Empresa – Número ZIG: BENEMERITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI 10 - 6734		
Nombre del Sitio		SP
Dirección: Ciudad: Código Postal: Estado: País: Alcance:	Nicolás Zapata No.200, zona centro San Luis Potosí 78000 San Luis Potosí Mexico. PRESTACION DE SERVICIOS EDUCATIVOS, DOCENCIA, INVESTIGACION EDUCATIVA, ESTUDIOS DE POSGRADO, EXTENSION EDUCATIVA, SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y CICYT	