



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

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

**Reporte de Auditoría Visita de Vigilancia 4 / 5  
de**

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

<b>Información de la Empresa</b>			
Nombre de la Compañía:	BENEMERITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI		
Dirección:	MADERO No. 100, ZONA CENTRO, C.P. 78000, SAN LUIS POTOSI		
Número de Teléfono:	01 444 812 34 01	Número de Fax:	01 444 812 34 01
Dirección de Internet:	www.beceneslp.com.mx		
No(s). de Contrato ZIG:	264116	----	----
<b>Información del Contacto</b>			
Nombre del Contacto:	MTRA. HILDA LOPEZ	Número de Teléfono:	01 444 812 34 01
Dirección de Correo Electrónico:	hlopez@beceneslp.edu.mx		
<b>Información de la Auditoría</b>			
Norma(s) de Auditoría:	ISO 9001: 2008		
Código(s) del Sector:	37		
Número de Empleados:	220	Número de Turnos:	1
Tipo de Auditoría:	Vigilancia 4 / 5		
Fecha de Inicio de la Auditoría:	Marzo 21, 2012	Fecha de Terminación de la Auditoría:	Marzo 22, 2012
Fecha de la siguiente Auditoría:	Septiembre 2013	Duración:	02 DÍAS
<b>Información del Equipo de Auditoría</b>			
Líder del Equipo de Auditoría:	LUIS PONCE DE LEÓN (LPO)		
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	MTRA. HILDA LOPEZ	
	Oficina de BVQI	FRIDA REYES	
	Equipo de Auditoría	N/A	

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:	-----	Terminación:	-----	
Observaciones de la Auditoría de Seguimiento:					
NA					
Recomendación del Líder del Equipo de Auditoría					
Norma	Recomendación				
ISO 9001: 2008	Se recomienda continuar con la certificación una vez cerradas las no conformidades.				
Líder del Equipo de Auditoría (1)	Miembros del Equipo de Auditoría				
LUIS PONCE DE LEÓN (LPO)	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	----	----	----	----	----
Número de Certificados requeridos	----	----	----	----	----
Idiomas	----	----	----	----	----
Razón para emitir el Certificado	-----				
Instrucciones Adicionales (instrucción adicional del certificado o información para la oficina)					
El certificado indica por error la exclusión del requisito 7.5.4 (el cual en su Manual de Calidad se tiene como aplicable).					

## Resumen de la Auditoría

### 1. Objetivos de la Auditoría:

Los Objetivos de esta Auditoría son:

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

### 2. Resultados de Auditorías Previas:

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

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

Esta revisión ha concluido que:

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

### 3. Entradas Básicas y Planeación Inicial.

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.

### 4. Personas Clave Entrevistadas/ Involucradas.

Nombre	Departamento/ Proceso
Dr. Francisco Hernández Ortiz	Director
Mtro. Eduardo Noyola Guevara	Director de Investigación Educativa
Mtra. Hilda López	Representante de la Dirección
Iván Pérez Oliva	Director Extensión Educativa
María del Socorro Ramírez Vallejo	Dirección Estudios Posgrado
Víctor Vázquez Guerrero	Jefe Departamento Recursos Materiales
Bibiana Obregón González	Auditorías internas
Nayla Ximena Turrubiates Cerino	Jefa Departamento Recursos Humanos

### 5. Hallazgos de la Auditoría:

#### 5.1. Adecuación del Manual.

Se tiene Manual de Gestión de la Calidad BECENE-DG-MC-01 Rev. 05 Autorizado el 8 de Noviembre 2012, el cual considera las directrices del IWA2:2007. Dicho manual incluye entre otros elementos el organigrama y el fundamento legal.

Se indican 12 procesos:

1. Docencia
2. Posgrado
3. Investigación Educativa
4. Extensión Educativa
5. Servicios Administrativos

6. CICyT
7. Satisfacción del cliente
8. Auditorías Internas y externas
9. Análisis medición y mejora
10. Producto o servicio no conforme
11. Acciones correctivas y preventivas
12. Mejora continua

Es conveniente revisar la definición de los procesos pues en algunos casos se indican requisitos de la Norma ISO, así como fortalecer la descripción de la interacción de los procesos con una mayor mención a los procesos que comprenden a áreas como Extensión Educativa.

## **5.2. Validación del Alcance y Exclusiones.**

Se tiene el siguiente alcance definido en el sistema

PRESTACION DE SERVICIOS EDUCATIVOS, DOCENCIA, INVESTIGACION EDUCATIVA, ESTUDIOS DE POSGRADO, EXTENSION EDUCATIVA, SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y CICYT.

Las exclusiones señaladas son:

7.3- Diseño y desarrollo: Esta exclusión se justifica mencionando que el tipo de servicio prestado la organización (servicios educativos) se rige por requisitos legales y normativos aplicables a nivel SEP. Se menciona que los programas de estudios provienen de nivel central de la SEP y DGESPE.

7.5.2- Validación de procesos: Se justifica que no es aplicable debido a que los programas de estudios ya están previamente validados por la SEP.

7.6.- Control de equipos de monitoreo y medición: Se justifica que el servicio proporcionado no es medido a través de equipos, por la naturaleza propia de éstos, y que las mediciones y observaciones se realizan mediante personal capacitado y calificado para realizarlas.

Es conveniente revisar las exclusiones ya que se detectó equipo de monitoreo y medición (7.6) en el consultorio médico y se requiere de un mayor análisis para determinar si les aplicarían las otras cláusulas, debido a que se mencionó que se podrían estar desarrollando programas de estudio (7.3) para nuevas maestrías. Así mismo se observa que parte del servicio se brinda en las aulas donde imparten las clases en tiempo real con los alumnos por lo que no se puede asegurar al 100% la calidad de dichas clases previamente (se aplican evaluaciones a mediados y al final del semestre), de ésta manera aplicaría la Validación de Los procesos de prestación del servicio (7.5.2).

## **5.3. Logro de la Política y Objetivos.**

Se tiene definida una política de calidad la cual está alineada a los requisitos de la norma ISO 9001:2008 y en cumplimiento a las estrategias definidas por la organización.

Se tiene una metodología para la medición del logro de los Objetivos de Calidad por Dirección. Los objetivos se miden a través de actividades planificadas e indicadores establecidos para los procesos. Se recomienda se considere la posibilidad de realizar concentrados de los resultados para identificar, de ser posible, cuantitativamente el cumplimiento de los objetivos.

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

### **5.4.1. General.**

La Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí es la segunda escuela fundada en todo el país, esto el 31 de Marzo de 1848 cuya misión es desarrollar programas de formación inicial, formación continua y superación profesional conforme a los principios filosóficos de la educación mexicana a fin de favorecer el desarrollo de conocimientos, habilidades, actitudes y valores para ejercer la docencia y la investigación que incidan en la mejora de la educación básica de acuerdo a las necesidades sociales, científicas, tecnológicas

y culturales del Estado y del País. Desde su fundación depende del Sistema Educativo Estatal Regular (SEER) de la Secretaría de Educación del Estado (SEGE).

Documentos rectores de la Normatividad Institucional:

1. Decreto 41 de creación de la Escuela, 6 de Abril de 1848, Periódico Oficial.
2. Decreto 160, donde se Declara a la Normal del Estado Benemérita y Centenaria, 7 de marzo de 1974. Periódico Oficial.
3. Decreto 166 donde se concede Plena Personalidad Jurídica a la Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado, 24 de abril de 1977. Periódico Oficial.
4. Acuerdo 261 donde se establecen los criterios y normas de evaluación del aprendizaje de los estudios de licenciatura para la formación de profesores para la educación básica. Diario Oficial de la Federación. 8 de septiembre de 1999.
5. Acuerdo 423 por el que emiten las Reglas de Operación del Programa para el Mejoramiento Institucional de las Escuelas Normales Públicas. DOF. 19 de diciembre de 2007.
6. Acuerdo No. 279 por el que se establecen los trámites y procedimientos relacionados con el reconocimiento oficial de estudios de tipo superior, 16 de junio del año 2000 DOF.

La visión que se tiene es ser una institución de excelencia académica con una cultura de mejora permanente a través de la certificación y transparencia.

#### **5.4.2. Planeación.**

Se ha definido una estructura documental piramidal, considerando el MGC, la Política y Objetivos, Plan de Calidad, Procedimientos de Gestión, Procedimientos Operativos y Registros de Calidad. Se tiene un sistema con una plataforma informática bastante confiable lo que favorece al control y distribución de los documentos del sistema de gestión en sus diferentes proyectos que conforman el sistema integral donde se desarrolla el servicio.

#### **5.4.3. Implementación y Operación.**

El sistema de gestión se encuentra implementado, considerando la estructura documental mencionada, y se observa un cumplimiento de elementos como política de calidad y objetivos de calidad. Se observa que el sistema se ha mantenido con sus diferentes controles establecidos sin embargo es recomendable su revisión para identificar en dónde puede mejorar, procurando una mayor eficiencia y eficacia en los procesos. Así mismo se han identificado ya algunas otras actividades que se podrían incluir en el SGC lo cual sería muy conveniente para asegurar que el SGC se encuentre en el mismo nivel que la operación.

Actualmente se esta asegurando un buen nivel de confiabilidad del producto esto de acuerdo a los elementos establecidos dentro al sistema de gestión de calidad. Sin embargo se deberá revisar la posible aplicación de las cláusulas 7.3 y 7.5.2.

#### **5.4.4. Monitoreo y Medición.**

Se tienen indicadores para la medición de los procesos pero no en todos los casos dichos indicadores miden el proceso de acuerdo a los resultados esperados con lo que la efectividad del proceso no se está demostrando en todos los casos (Por ejemplo: para algunos procesos únicamente se aplica una encuesta de satisfacción del cliente interno).

El sistema definido inicialmente se encuentra maduro y estable y se observa que para la mayoría de las mediciones se tiene un alto cumplimiento, por lo que es conveniente se identifiquen nuevos mecanismos de medición.

Según el resultado de la revisión de los reportes de auditoría se puede definir que el Sistema de Auditorías Internas de la organización tiene un nivel de confiabilidad suficiente pero que está sujeto a mejora.

#### **5.4.5. Mejora.**

Se presenta una revisión al sistema de gestión integral por parte de la alta dirección de acuerdo a los lineamientos establecidos por la norma y por el sistema de gestión de la organización.

Se presenta una aplicación de los procedimientos de acciones correctivas, preventivas de manera consistente, sin embargo se tendrá que trabajar en la metodología de evaluación de la eficacia de las acciones tomadas.

#### 5.5. Fortalezas del Sistema de Gestión.

Las plataformas informáticas donde se administra y opera el sistema de gestión integral y sus servicios y la experiencia demostrada por el personal en el desarrollo de sus actividades.

#### 5.6. No Conformidades.

##### No Conformidad 01:

Área: Recursos Materiales

Clasificación: Menor - 7.4.1

Descripción: El formato de Evaluación a proveedores se encuentra desactualizado desde mediados del año 2012 (Ej. Proveedor de Equipo tecnológico de computación) y no se mostró evidencia de la evaluación a proveedores de equipo deportivo.

##### No Conformidad 02:

Área: Servicio Médico

Clasificación: Menor - 7.6

Descripción: No Conformidad:

Para proporcionar el servicio médico se cuenta con una báscula y equipos como Baumanómetro, de los cuales se requiere confiabilidad de los resultados, sin embargo no se encuentran calibrados y/o verificados. Por tanto no procede la exclusión de dicho requisito.

##### 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 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 dura (papel), con atención a Frida Reyes y/o Alejandra Mercado;
- Correo electrónico:
  - Frida Reyes ([frida.reyes@mx.bureauveritas.com](mailto:frida.reyes@mx.bureauveritas.com)) y
  - Alejandra Mercado ([alejandra.mercado@mx.bureauveritas.com](mailto:alejandra.mercado@mx.bureauveritas.com)).
- Sitio de Internet:  
[http://www.bureauveritas.com.mx/wps/wcm/connect/bv\\_commx/local/home/action\\_corrective\\_form](http://www.bureauveritas.com.mx/wps/wcm/connect/bv_commx/local/home/action_corrective_form)

#### 5.7. Oportunidades de Mejora.

Se describen en las notas de auditoría de cada proceso.

#### 5.8. Uso de la Marca de Certificación y el Símbolo de Acreditación.

No se tiene en uso de logo de BV.

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

No se presentó

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

No se presentó

**8. Acciones de Seguimiento acordadas.**

La organización realizará un análisis a profundidad de las exclusiones para, ya sea, justificar de mejor manera su exclusión, o bien, para identificar si éstas aplican de alguna manera y que incluso se podría estar cumpliendo con dichos requisitos.

**9. Conclusión.**

La organización cuenta con un sistema de gestión documentado, implementado y mantenido en cumplimiento con la Norma ISO 9001:2008.

**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.

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:

- Continua 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	Dirección de Investigación	Extensión Académica	Post Grado	Compras	Recursos Humanos	Revisión por la dirección	Auditorías internas											
LPO																					
Exclusiones/ Justificaciones:																					
7.3. Diseño y Desarrollo 7.5.2 Validación de procesos																					
Turnos auditados: Marque los que apliquen																					
Primero	Segundo	Tercero																			
X	----	----																			
Fecha: Septiembre 21 y 22, 2013													21	21	21	21	22	22	22		
Periodo (AM/PM)													AM	AM	PM	PM	AM	AM	PM		
Descripción																					
4.1	Requisitos Generales		X							X		0									
4.2	Requisitos de la Documentación		X	X	X	X	X	X	X	X		0									
5.1	Compromiso de la Dirección								X			0									
5.2	Enfoque al Cliente								X			0									
5.3	Política de la Calidad								X			0									
5.4	Planificación								X			0									
5.5	Responsabilidad, Autoridad y Comunicación								X			0									
5.6	Revisión por la Dirección								X			0									
6.1	Provisión de los Recursos				X				X			0									
6.2	Recursos Humanos						X					0									
6.3	Infraestructura											0									
6.4	Ambiente de Trabajo				X							0									
7.1	Planificación de la realización del Producto		X	X	X							0									
7.2	Procesos relacionados con el Cliente		X		X							0									
7.3	Diseño y Desarrollo											N/A									
7.4	Compras					1						1									
7.5.1	Control de Producción/Prestación de serv.		X	X	X							0									
7.5.2	Validación de Procesos de Producción/Prestación de servicio.											N/A									
7.5.3	Identificación y Trazabilidad		X	X	X							0									
7.5.4	Propiedad del Cliente				X							0									
7.5.5	Preservación del Producto		X		X							0									
7.6	Control de Equipos de Seguimiento y Medición			1								1									
8.1	Generalidades											0									
8.2.1	Satisfacción del Cliente		X	X	X							0									
8.2.2	Auditoría Interna								X			0									
8.2.3	Seguimiento y Medición de los Procesos		X	X	X	X	X					0									
8.2.4	Seguimiento y Medición del Producto		X		X							0									
8.3	Control del Producto No Conforme		X									0									
8.4	Análisis de Datos		X	X	X	X	X	X				0									
8.5.1	Mejora Continua								X			0									
8.5.2	Acción Correctiva								X			0									
8.5.3	Acción Preventiva								X			0									
	Cumplimiento Legal y Reglamentario		X	X								0									
	Uso de la Marca de Certificación y el Símbolo de Acreditación								X			0									
<b>Observaciones de la Revisión Documental:</b>																					
<b>Solicitud de Certificación/ Revisión Documental:</b>			NA																		
<b>Cláusula/ Descripción y Comentario</b>			NA																		

**Notas del Auditor/ Pistas Significativas de la Auditoría****Líder del Equipo de Auditoría:** LPO**Auditado:** Mtro. Eduardo Noyola Guevara**Fecha:** 21 Marzo, 2013**Proceso/ Actividad:** Investigación Educativa**Notas:**

Clientes: alumnos y personal docente.

Entradas:

Proyectos de evaluación e investigación de acuerdo a evaluaciones

Necesidades institucionales

Eventos institucionales

Constancias de evaluación

En Octubre salió la convocatoria a los docentes para registrar sus proyectos de investigación. 11 proyectos registrados, de los cuales se evaluó la pertinencia, se tienen fechas definidas

Muestra: Desarrollo curricular y diseño institucional. Maestría en Enseñanza del Inglés.

Expediente:

- Carta de aceptación

- Carta de sesión de derechos

- Síntesis

- Informes de avances de proyectos

Una vez cerrados los proyectos de investigación se pueden emitir publicaciones.

Y como producto final se puede generar finalmente una publicación con registro ISBN.

Se publicó el proyecto y estará en proceso de aceptación por la SEP.

Procedimiento Operativo para regular los proyectos de investigación. BECENE-DIE-PI-PO-01.

Propósito – Establecer las directrices para el registro, validación, dictaminación y emisión de apoyos a los proyectos. Por tal razón no aplica el requisito de diseño.

Guía para elaboración – Describe la documentación relacionada con el proyecto.

Se desarrolló un Modelo educativo por parte del Consejo académico, a raíz de la petición por parte de los comités interinstitucionales de evaluación de educación superior. CIEES

Se realizan evaluaciones a los docentes por semestre. Personal docente: 130 licenciatura y 4 postgrado, incluye Encuesta de opinión del usuario.

Evaluación de satisfacción personal docente: Encuesta de seis reactivos, se mostró el Reporte de análisis de datos de Agosto – Octubre. Resultado 4.61 sobre 5.

Resultados segundo semestre:

- Calidad en la docencia, por encima de la meta, por mejorar el portafolio, elaboración de reactivos, y uso de plataformas. Se genera un total de los indicadores y el puntaje obtenido en aspectos como planeación de cátedra, asesoría a alumnos e informe. Resultado 156.
- Investigación y difusión. Se cuantifica el número de maestros participantes. Tiempo completo 41.6%. Resultado 45 (bajo de 155).
- Dedicación a la docencia. Resultado 85.
- Permanencia en la docencia (incluye Grado académico) de 341 (bajo de 466).

Se realiza conforme el procedimiento operativo para evaluación del personal docente BECENE-DEDD-PO-01. Rev. 4

Indicadores de medición de producto. Se mide el cumplimiento de las etapas.

**Salida:**

Cédula de evaluación

Colección de libros

Cuerpos académicos

Seguimiento de egresados. De 263 alumnos se evaluaron a 140. Se está diseñando el programa de seguimiento.

Se aplican encuestas electrónicas de opinión Memoria Escolar, resultado favorable.

Buzón de quejas, sugerencias y felicitaciones, usado mayormente por alumnos y personal docente.

- 1 queja de Dirección general de Agosto 2012
- 14 quejas en CICIYT en Septiembre 2012, 7 para administración y 2 docencia.
- 12 quejas para administración en octubre 2012, 3 para CICYT, 2 para docencia y 2 para extensión educativa.

**Oportunidades de mejora:**

- Establecer metas mínimas para los indicadores de evaluación.
- Fortalecer el análisis de datos de las Encuestas de opinión de usuario.
- Incluir en el SGC la metodología establecida y la documentación relacionada con el seguimiento a los egresados.

**Líder del Equipo de Auditoría:** LPO**Auditado:** Iván Pérez Oliva (Director Extensión Educativa)**Fecha:** 21 Marzo, 2013**Proceso/ Actividad:** Extensión Educativa**Notas:**

Se buscar promover la formación integral del alumnado.

Requerimiento institucional (marco normativo institucional), hace referencia al marco legal aplicable:

Constitución Política (Contribuir y acrecentar la cultura)

Ley General de Educación

Ley General de Salud (contribución a la salud mental)

Ley General de Cultura física y deporte (promover el adecuado ejercicio).

Ley de Escudo bandera e Himno nacionales.

Todos los alumnos deberán inscribirse en al menos un taller, de elección libre.

Desarrollo deportivo

Actividades deportivas, 13 disciplinas deportivas cada uno con profesores responsables.

Se tienen equipos representativos.

Procedimiento formentar el deporte a través de diferentes disciplinas deportivas.

Existe un registro de supervisión de las actividades deportivas.

Cultura

Ceremonias cívicas, concursos de oratoria y declamación. Se buscan fomentar valores y cultura.

11 talleristas, música, coro, teatro, oratoria, rondalla etc.

Se tienen grupos representativos.

Se mostró el documento de planeación anual en materia de cultura, con 35 actividades y 4 concursos. Incluye guía para la realización de honores a la bandera así como las convocatorias de los concursos.

Procedimientos relacionados con las ceremonias y para concursos.

Salud

Se medirá personas atendidas vs servicios requeridos.

Diseño editorial (comunicación interna e impresa)

Servicio a todas las áreas y comunidad, mayormente personal docente. Ej. Cartel publicitario.

Indicadores, se tienen propuestas de medición de:

Satisfacción del cliente 95%

Proceso (número de productos o servicios que cumplen con los criterios de aceptación). 95%. Están en proceso de definición dichos criterios de realización.

Resultados. Realización de concursos y eventos cívicos (Actividades realizadas vs proyectadas. Número de deportistas que avanzan en competiciones estatales.

Encuesta de satisfacción del cliente. Se aplican por evento. Se mostró el relacionado con con actividades deportivas con resultado favorable.

Por mejorar. Espacio de trabajo, limpieza, materiales necesarios para la práctica deportiva. Requisición para provisión de recursos.

**Oportunidades de mejora:**

- Incluir como parte de la documentación del SGC las actividades relacionadas con eventos deportivos y actividades culturales, así como de la impartición de talleres culturales.
- Revisar la metodología de medición de satisfacción del cliente par que permita obtener información de mayor utilidad.

**Líder del Equipo de Auditoría:** LPO

**Auditado:** María del Socorro Ramírez Vallejo (Dirección Estudios Posgrado)

**Fecha:** 21 Marzo, 2013

**Proceso/ Actividad:** Formación continua en superación profesional (Estudios Posgrado)

**Notas:**

Programas de Maestría:

Educación Prescolar y Educación Primaria

Se está considerando una nueva maestría en Educación Especial y en Secundaria.

Procedimientos:

- Selección e inscripción

7.5.4 Propiedad del cliente: Expediente del alumno (acta de nacimiento original con copia notarial – resguardo temporal para posterior regreso al alumno), Certificado de Licenciatura, Certificado Bachilletaro originales y copias, Cédula original. Todos se regresan al alumno posterior al a inscripción y solo se mantienen copias.

- Diseño, aplicación y evaluación de programas

Es la parte académica. Se elaboran los programas de estudios, los cuales se entregan a los profesores quienes pueden realizar algunos cambios para estar actualizados.

Existen lineamientos de parte de la DEGESPE para la Elaboración de programas. Una vez que se tiene la propuesta, se proporciona a la instancia estatal (SEGE), quien autoriza el programa y posteriormente se envía a la DEGESPE para autorización definitiva.

Ya están definidos los elementos que requiere el programa.

Se aplican los programas semestralmente y en dos periodos se evalúa su desarrollo, a mediados y finales del semestre, en dichos momentos es cuanto se puede saber la calidad del servicio.

Al inicio del semestre se tiene una planeación donde se asegura el enfoque metodológico.

Se tienen competencias a desarrollar por curso, que son rasgos del perfil de egresos.

- Titulación y obtención del grado

Usuario Alumnos.

Producto: Certificados de materias (Certificados por SEER) y Título.

**Oportunidades de mejora.**

- Revisar la aplicación del requisito 7.3 Diseño y desarrollo, para los nuevos programas de maestría.
- Considerar la integración al SGC de los diplomados.
- Revisar la posible aplicación del requisito 7.5.2.

**Líder del Equipo de Auditoría:** LPO

**Auditado:** Víctor Vázquez Guerrero (Jefe Departamento Recursos Materiales)

**Fecha:** 21 Marzo, 2013

**Proceso/ Actividad:** Recursos Materiales (Compras)

Criterios de Selección, Evaluación y Reevaluación de proveedores.

4 aspectos:

- Cumplimiento en el tiempo de entrega acordado
- Cumplimiento de las características indicadas en la solicitud de compra
- Precio y condiciones de pago (a partir de 5 mil pesos se realizan 3 cotizaciones)
- Calidad en el servicio.

Se recibe la requisición con las características requeridas para generar la orden de compra. Se recibe el producto comprado, lo cual se verifica en el almacén para su posterior pago.

Se presentó el rango de evaluación a proveedores de papelería y material de oficina, tóner, agua y productos de limpieza, todos están al 100% en la evaluación de febrero.

Procedimiento de Compras. BECENE-DRM-PO-01 Rev.2.

**No Conformidad**

Formato de Evaluación a proveedores desactualizado desde mediados del año 2012, no se mostró evidencia de la evaluación a proveedores de equipo deportivo.

**Líder del Equipo de Auditoría:** LPO

**Auditado:** Nayla Ximena Turrubiates Cerino (Jefa Departamento Recursos Humanos)

**Fecha:** 22 Marzo, 2013

**Proceso/ Actividad:** Recursos Humanos

**Notas:**

No aplica directamente a RH la contratación del personal lo cual es realizado por la bolsa de trabajo del Sindicato Nacional de los trabajadores de la educación Sec 52, el Sistema Educativo Estatal Regular y la Oficialía Mayor del Gobierno de SLP, por lo que solamente se sugiere al personal requerido a la representación sindical.

De acuerdo al manual de calidad se tiene definido que por medio de los perfiles depuesto están las competencias.

Se tiene perfil profesiográfico, de acuerdo a los planes y programas de cada licenciatura.

Personal docente 274, se tiene personal Catedrático de asignatura.

Muestra:

Licenciatura en Educación Primaria – Materia Educación Artística  
Profesor: Asnar Martínez Alfonso

**Perfil de Asignatura:**

Educación: Lic. en Educación primaria = ok (Lic. en Música)

Experiencia: Docente en cualquier área de educación artística = OK (historial académico)

Habilidades: Impartición de la clase (no especificado) = OK 17 años en primaria

Formación: Áreas de conocimiento relacionadas con manifestaciones artísticas = OK  
(constancias relacionadas con formación docente).

Se tiene expediente de forma digital, el cual incluye el perfil y experiencia: Sistema Recursos Humanos.

La capacitación lo tiene el proceso de docencia de acuerdo a los planes y las necesidades del personal docente, más se tiene un procedimiento específico para evaluar la efectividad de la capacitación BECENE-DD-PO-06.

En el área se actualiza el expediente con las evidencias correspondientes.

Se tiene los siguientes indicadores, los cuales son cuantificados mediante Encuesta de opinión de los usuarios:

Dinámica en la entrega de horarios y de carga horaria.

Meta 90%, R- 95%

Notificación de cambios oportuna

Meta: 90%

Real: 95% promedio

Control de incidencias (permisos), relativo a la información que se proporciona

Meta: 70 % mínimo

Real: 93 % promedio

Relativo el servicio brindado - mensual

Meta: 70 % mínimo

Real: 95 % promedio

Aunado a ello se identifican las inasistencias injustificadas

Se tiene análisis de datos trimestral por medio del BECEDE CA PG 09 02 Rev. 02

Se tiene acción preventiva (RAP 09) documentada desde Octubre 2011 la cual está dividida en 3 fases, se está en la tercer fase, es importante el reporte se actualice con las nuevas fechas.

**Oportunidades de Mejora:**

- Clarificar o especificar en los Perfiles Profesiográficos la determinación de las competencias en lo relativo a Habilidades y Formación.
- Incluir una medición interna que sea de utilidad para el proceso.

**Líder del Equipo de Auditoría:** LPO

**Auditado:** Dr. Francisco Hernández Ortiz – Director

**Fecha:** 22 Marzo, 2013

**Proceso/ Actividad:** Revisión de la dirección

**Notas:**

Procedimiento gobernador para revisión por la dirección BECENE-CA-PG-11, estableciendo dos revisiones al año, se tiene programa de revisiones por la dirección al SGC de la BECENE.

La última fue llevada a cabo 21 y 22 Febrero, 2013 que cubre el segundo semestre del 2012. Próxima para Agosto 2013.

Se realizan reuniones con cada dirección y tiene como registro de los resultados de la revisión de la dirección.

Muestra:

- Dirección de Servicios administrativos. Relatoría de la revisión de la dirección. Se revisó el cumplimiento del objetivo de calidad a través de los indicadores.
- Dirección de Posgrado. Objetivo a cumplir a través de 6 indicadores.

Desde Agosto del 2012 se estableció mecanismo de seguimiento semanal a acuerdos, generando Actas de reunión del comité de calidad.

Se menciona que la organización está en constante cambio y que el SGC ha contribuido a proporcionar un servicio de calidad, siendo útiles mecanismos como las auditorías internas. Actualmente se tienen todos los programas de posgrado en el nivel uno en CIEES. Actualmente se está haciendo énfasis en la superación profesional para el personal ya en servicio, lo cual se establece en el reciente Modelo Educativo, alineado al Plan de Desarrollo Institucional 2010-2015.

#### **Oportunidades de Mejora**

- Fortalecer la medición de procesos internos, orientado al cumplimiento de la misión y visión de la organización.
- Fortalecer el seguimiento a los acuerdos de revisiones previas.

**Líder del Equipo de Auditoría:** LPO

**Auditado:** Bibiana Obregón González

**Fecha:** 22 Marzo, 2013

**Proceso/ Actividad:** Auditorías internas

**Notas:**

Procedimiento para Auditorías Internas de Calidad BECENE-CA-PG-08

Se tiene un staff de 20 auditores calificados de acuerdo al procedimiento de Criterios para la Calificación de Auditores Internos - BECENE-CA-PG-08-03, donde se genera un documento de calificación por auditor. Se tiene en proceso de interpretación el instrumento de evaluación de habilidades de los auditores internos aplicado, así mismo se aplica una Encuesta de servicio para los auditados. Hasta el momento solo se tuvieron 3 resultados, por lo que se tiene en revisión el mecanismo de aplicación.

Se tiene programa de auditorías 2013 donde se establecen las áreas y procesos a auditar, considerando al menos una auditoría por año, en dos eventos (Junio y Noviembre). En el cual se tiene programados los procesos del sistema (se debe fortalecer su consistencia contra los Procesos identificados en el documento Interacción de procesos).

Muestra:

Auditoría A2/2012 12 y 13 Noviembre, no al 100% de los procesos. Se presentó agenda de auditoría, lista de verificación e Informe de auditoría.

Resultado 4 NC (sección 8) para los cuales se generaron las RAC correspondientes.

Se atendieron y actualmente todas se encuentran cerradas.

Agenda en al cual se tiene horarios y equipo auditor

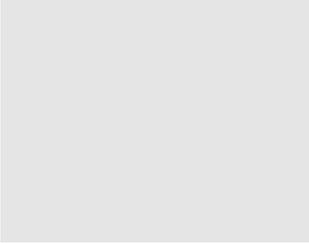
Se tiene listas de verificación como evidencia de la evaluación al sistema de gestión

Se tiene informe de auditoría - BECENE CA PG 08 04

En el cual se reportan 3 no conformidades

Se reporta que de manera genérica cumple con los lineamientos de la norma.

Se validaron las 2 no conformidades internas (ver Desempeño a la fecha)



**Oportunidades de Mejora**

- Fortalecer la Programación de auditorías tomando en consideración el Estado y la importancia de procesos o áreas a auditar así como el enfoque de procesos en las auditorías.
- Incluir como parte de los criterios de auditoria los aspectos legales y reglamentarios.
- Fortalecer las conclusiones o resultados de la verificación de la efectividad de las acciones correctivas o preventivas.

Reporte de No Conformidad													
A ser completado por BVQI	<b>Fecha</b>	<b>Organización</b>	<b>Ref. Expediente</b>	<b>Reporte No.</b>									
	Marzo 22, 2013	<b>BECENE</b>	264116	1 / 2									
	<b>No Conformidad observada durante</b>		Vigilancia 4 / 5										
	<b>Norma y Cláusula:</b>		ISO 9001: 2008 – Cláusula <7.4.1>										
	<b>No Conformidad observada en Proceso: Recursos Materiales</b>												
	La organización debe evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización. Deben establecerse los criterios para la selección, la evaluación y la reevaluación. Deben mantenerse los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria que se derive de las mismas.												
	<b>No Conformidad – Descripción de la Evidencia Objetiva:</b>												
	No Conformidad: El formato de Evaluación a proveedores se encuentra desactualizado desde mediados del año 2012 (Ej. Proveedor de Equipo tecnológico de computación) y no se mostró evidencia de la evaluación a proveedores de equipo deportivo.												
	Evidencia Objetiva: Procedimiento de Compras. BECENE-DRM-PO-01 Rev.2.												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Categoría</b></th> <th><b>Líder del Equipo de Auditoría</b></th> <th><b>Auditor</b></th> <th><b>Representante de la Organización</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Menor</td> <td rowspan="3">Luis Ponce de León (LPO)</td> <td rowspan="3">-----</td> <td rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td><b>A completar antes</b></td> </tr> <tr> <td>22 Mayo 2013</td> </tr> </tbody> </table>				<b>Categoría</b>	<b>Líder del Equipo de Auditoría</b>	<b>Auditor</b>	<b>Representante de la Organización</b>	Menor	Luis Ponce de León (LPO)	-----		<b>A completar antes</b>
<b>Categoría</b>	<b>Líder del Equipo de Auditoría</b>	<b>Auditor</b>	<b>Representante de la Organización</b>										
Menor	Luis Ponce de León (LPO)	-----											
<b>A completar antes</b>													
22 Mayo 2013													
A ser completado por la Organización	<b>Análisis de la Causa Raíz</b> (¿Qué falló en el sistema para permitir que ocurra esta NC?)												
	<b>Corrección y Acción Correctiva</b> (Que se hizo para resolver este problema y prevenir la recurrencia)												
	<b>Verificación de las Acciones Correctivas</b>		<b>Fecha de Terminación</b>										
		<b>Representante de la Organización</b>											
A ser completado por BVQI	<b>Verificación de las Acciones Correctivas</b>		<b>Fecha</b>	<b>Estado</b>									
<b>Comentarios del Auditor</b>													

Reporte de No Conformidad																
A ser completado por BVQI	<b>Fecha</b>	<b>Organización</b>	<b>Ref. Expediente</b>	<b>Reporte No.</b>												
	Marzo 22, 2013	<b>BECENE</b>	264116	2 / 2												
	<b>No Conformidad observada durante</b>		Vigilancia 4 / 5													
	<b>Norma y Cláusula:</b>		ISO 9001: 2008 – Cláusula <7.6>													
	<b>No Conformidad observada en Proceso: Servicio Médico</b>															
	Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe: a) calibrarse o verificarse, o ambos, a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; cuando no existan tales patrones debe registrarse la base utilizada para la calibración o la verificación															
	<b>No Conformidad – Descripción de la Evidencia Objetiva:</b>															
	No Conformidad: Para proporcionar el servicio médico se cuenta con una báscula y equipos como Baumanómetro, de los cuales se requiere confiabilidad de los resultados, sin embargo no se encuentran calibrados y/o verificados. Por tanto no procede la exclusión de dicho requisito.															
	Evidencia Objetiva:  Báscula y Baumanómetro de la enfermería															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Categoría</b></th> <th><b>Líder del Equipo de Auditoría</b></th> <th><b>Auditor</b></th> <th colspan="2"><b>Representante de la Organización</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Menor</td> <td rowspan="3">Luis Ponce de León (LPO)</td> <td rowspan="3">-----</td> <td colspan="2" rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td><b>A completar antes</b></td> </tr> <tr> <td>22 Mayo 2013</td> </tr> </tbody> </table>					<b>Categoría</b>	<b>Líder del Equipo de Auditoría</b>	<b>Auditor</b>	<b>Representante de la Organización</b>		Menor	Luis Ponce de León (LPO)	-----			<b>A completar antes</b>
<b>Categoría</b>	<b>Líder del Equipo de Auditoría</b>	<b>Auditor</b>	<b>Representante de la Organización</b>													
Menor	Luis Ponce de León (LPO)	-----														
<b>A completar antes</b>																
22 Mayo 2013																
A ser completado por la Organización	<b>Análisis de la Causa Raíz</b> (¿Qué falló en el sistema para permitir que ocurra esta NC?)															
	<b>Corrección y Acción Correctiva</b> (Que se hizo para resolver este problema y prevenir la recurrencia)															
A ser completado por BVQI	<b>Verificación de las Acciones Correctivas</b>	<b>Fecha de Terminación</b>														
		<b>Representante de la Organización</b>														
	<b>Verificación de las Acciones Correctivas</b>	<b>Fecha</b>	<b>Estado</b>	<b>Auditor</b>												
<b>Comentarios del Auditor</b>																

**Desempeño a la Fecha**

Ref. Reporte Visita	Categoría	Estado	Resumen del Hallazgo	Sector/ División/ Sitio	Fecha	Norma	Cláusula
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.

Srv.03	menor	Cerrada	Detalles	Form Inic Inglés	Sep 12	9001	7.5.1
--------	-------	---------	----------	------------------	--------	------	-------

**Detalles del Hallazgo:**

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

Ref. Reporte Visita	Categoría	Estado	Resumen del Hallazgo	Proceso	Fecha	Norma	Cláusula
VIGILANCI A 3 / 5	Menor	Cerrada	Detalles	Formación inicial Inglés	Septiembre 13, 2012	ISO 9001: 2008	7.5.1

**Detalles del Hallazgo:****No Conformidad:**

No se mostró evidencia de registros que demuestren que las siguientes actividades descritas en el Procedimiento BECENE DD PO 03, llamado Procedimiento operativo para realizar la función de asesor de grupo / Rev. 03 de Febrero 2011, se hayan desarrollado para el semestre 2011- 2012.

**Evidencia Objetiva:**

Punto 1 – No se mostró la evidencia de la propuesta de grupo de asesores,

Punto 4 – No se mostró evidencia sobre la junta con maestros asesores donde se toman la decisión de 7 puntos descritos en el procedimiento esto es de forma semestral,

Punto 8- No se mostró evidencia del seguimiento al grupo asesor por parte de el coordinador de carrera de acuerdo a los siguientes momentos descritos en el procedimiento.-

Primer momento: Seguimiento a la integración del expediente

Segundo momento: seguimiento de las funciones de asesoría

Tercer momento: Evaluar la entrega del informe de asesoría

Punto – 9 – No se mostró evidencia de cómo se valoran las evidencias entregadas.

**Seguimiento de Acciones Correctivas y Correcciones:**

Se implementó un programa de actividades para revisar los PO y elaboración y organización de información en carpeta del PO de la licenciatura en inglés. Reuniones de trabajo, modificación Procedimiento operativo PO-03.

**Líder del Equipo de Auditoría/ Auditor:**

LPO

Ref. Reporte Visita	Categoría	Estado	Resumen del Hallazgo	Proceso	Fecha	Norma	Cláusula
VIGILANCI A 3 / 5	Menor	Abierta	Detalles	CICYT	Septiembre 14, 2012	ISO 9001: 2008	7.1

**Detalles del Hallazgo:****No Conformidad:**

Se tiene el Procedimiento gobernador para el control del producto y/o servicio no conforme - BECENE-CA-PG-04 Rev. 2 En donde se indica que se debe de llenar formato BECENE CA PG 04 02, en el cual se tiene definido las características que se revisaran en los servicios prestados por la organización. Sin embargo no se mostró evidencia de la aplicación del formato BECENE CA PG 04 02.

**Evidencia Objetiva:**

Esto es aplicable para los 2 servicio determinados para el CICYT (préstamo de libros de forma interna y externa)

**Seguimiento de Acciones Correctivas y Correcciones:**

Se actualizaron los criterios para el control del producto, se monitoreo la información y valoró su pertinencia y se incorporó la información a la página del SGC

**Líder del Equipo de Auditoría/ Auditor:**

LPO

Ref. Reporte Visita	Categoría	Estado	Resumen del Hallazgo	Sector/ División/ Sitio	Fecha	Norma	Cláusula
VIGILANCIA 4 / 5	menor	abierta	Detalles	Rec Mat	Mar 13	9001	7.4.1

## Detalles del Hallazgo:

El formato de Evaluación a proveedores se encuentra desactualizado desde mediados del año 2012 (Ej. Proveedor de Equipo tecnológico de computación) y no se mostró evidencia de la evaluación a proveedores de equipo deportivo.

VIGILANCIA 4 / 5	menor	abierta	Detalles	Servicio Medico	Mar 13	9001	7.6
---------------------	-------	---------	----------	-----------------	--------	------	-----

## Detalles del Hallazgo:

Para proporcionar el servicio médico se cuenta con una báscula y equipos como Baumanómetro, de los cuales se requiere confiabilidad de los resultados, sin embargo no se encuentran calibrados y/o verificados. Por tanto no procede la exclusión de dicho requisito.

**Plan de la Siguiete Visita**

<b>Miembro(s) del Equipo:</b> <b>Líder del Equipo de Auditoría:</b> Por definir	<b>Tipo de Auditoría:</b> Vigilancia 5 / 5 <b>Fecha de Inicio:</b> Septiembre 2013 <b>Fecha de Terminación:</b>
<b>Auditor(es):</b> Por definir	<b>Auditoría a ser conducida contra la(s) siguiente(s) norma(s):</b> 1. ISO 9001 : 2008 2. 3. 4. 5.
<b>Experto(s) Técnico:</b> Por definir	
<b>Auditor en Entrenamiento:</b> Por definir	

<b>Nombre de la Empresa:</b> <b>BENEMERITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI</b>	<b>No. ZIG:</b> 264116
<b>Objetivo:</b> 1- Confirmar que el sistema de gestión cumple con los requisitos de la norma de auditoría; 2- Confirmar que la Organización ha implementado efectivamente sus actividades planeadas; 3- Confirmar que el sistema de gestión es capaz de lograr los objetivos y políticas de la Organización	<b>Alcance de la Auditoría:</b> PRESTACION DE SERVICIOS EDUCATIVOS, DOCENCIA, INVESTIGACION EDUCATIVA, ESTUDIOS DE POSGRADO, EXTENSION EDUCATIVA, SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y CICYT
<b>Lugar/Sitios/ Sitios Temporales:</b> OFICINA CENTRAL	<b>Representante del Auditado:</b> MTRA. HILDA LOPEZ
<b>Idioma del Reporte de Auditoría:</b> ESPAÑOL	<b>Acceso a las Instalaciones:</b> 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	09:15	Reunión de apertura						
	09:30	Entrevista	Auditorías Internas, Acciones Correctivas, Preventivas	X				
	11: 30	Entrevista	Docencia	X				
	15: 00	Fin de día						
DIA 2	09: 00	Entrevista	CICYT	X				
	11: 00	Entrevista	Mantenimiento	X				
	12:00	Entrevista	Revisión por la Dirección	X				
	13: 00	Comida		X				
	14: 15	Elaboración de reporte		X				
	15: 30	Reunión de Cierre		X				



 <b>BUREAU VERITAS</b>	<b>Sitios/ Sitios Temporales</b> <b>(incluidos dentro del Alcance de la Auditoría)</b>	<b>Apéndice</b>
<b>Empresa – Número ZIG: BENEMERITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI -- 264116</b>		
<b>Nombre del Sitio</b>	<b>OFICINA CENTRAL</b>	<b>SP</b>
<b>Dirección:</b> <b>Ciudad:</b> <b>Código Postal:</b> <b>Estado:</b> <b>País:</b> <b>Alcance:</b>	Madero No.100 , zona centro San Luis Potosí 78000 San Luis Potosí México PRESTACION DE SERVICIOS EDUCATIVOS, DOCENCIA, INVESTIGACION EDUCATIVA, ESTUDIOS DE POSGRADO, EXTENSION EDUCATIVA, SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y CICYT	
<b>Nombre del Sitio</b>		<b>S1</b>
<b>Dirección:</b> <b>Ciudad:</b> <b>Código Postal:</b> <b>Estado:</b> <b>País:</b> <b>Alcance:</b>		
<b>Nombre del Sitio</b>		<b>S2</b>
<b>Dirección:</b> <b>Ciudad:</b> <b>Código Postal:</b> <b>Estado:</b> <b>País:</b> <b>Alcance:</b>		
<b>Nombre del Sitio</b>		<b>S3</b>
<b>Dirección:</b> <b>Ciudad:</b> <b>Código Postal:</b> <b>Estado:</b> <b>País:</b> <b>Alcance:</b>		
<b>Nombre del Sitio</b>		<b>S4</b>
<b>Dirección:</b> <b>Ciudad:</b> <b>Código Postal:</b> <b>Estado:</b> <b>País:</b> <b>Alcance:</b>		
<b>Nombre del Sitio</b>		<b>S5</b>
<b>Dirección:</b> <b>Ciudad:</b> <b>Código Postal:</b> <b>Estado:</b> <b>País:</b> <b>Alcance:</b>		