



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

**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 Potosí		
Número de Teléfono:	01 444 812 34 01	Número de Fax:	01 444 812 34 01
Dirección de Internet:	www.beceneslp.edu.com.mx		
No(s). de Contrato ZIG:	99103001		
<b>Información del Contacto</b>			
Nombre del Contacto:	Hilda López Oviedo	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 5 de 5		
Fecha de Inicio de la Auditoría:	03 de Octubre de 2013	Fecha de Terminación de la Auditoría:	04 de Octubre de 2013
Fecha de la siguiente Auditoría:	Febrero de 2014	Duración:	Febrero de 2014
<b>Información del Equipo de Auditoría</b>			
Líder del Equipo de Auditoría:	Loridang Castro Vargas (LCV)		
Miembros del Equipo de Auditoría:	Auditor:	NA	
	Auditor:	NA	
	Experto Técnico:	NA	
Turno auditado:	1		
Si esta es una Auditoría de Multisitios, se ha establecido y adjuntado al Reporte de Auditoría un Apéndice que enlista todos sitios relevantes y/o ubicaciones remotas			
Distribución:	Contacto del Cliente		Hilda López Oviedo Representante de la Dirección
	Oficina de BVQI		Frida Itayetzin Reyes López Coordinadora de Certificación
	Equipo de Auditoría		Loridang Castro Vargas (LCV)

Resumen de los Hallazgos de Auditoría				
Número de No Conformidades registradas:	Mayor:	1	Menor:	1
¿Se requiere una Visita de Seguimiento?	SI	Fecha de Inicio de la Auditoría de Seguimiento:	Por definir	Día(s)
Fecha(s) real(es) del Seguimiento:	Inicio:	Por definir	Terminación:	Por definir
Observaciones de la Auditoría de Seguimiento:				
Recomendación del Líder del Equipo de Auditoría				
Norma	Recomendación			
ISO 9001: 2008	Atender las no conformidades documentadas antes de recomendar que se continúe con la certificación			
Líder del Equipo de Auditoría (1)	Miembros del Equipo de Auditoría			
Loridang Castro Vargas (LCV)	Auditor:	NA		
	Auditor:	NA		
	Experto Técnico:	NA		
Alcance de Suministro (se debe verificar la declaración del alcance y debe aparecer en siguiente espacio)				
Prestación de servicios educativos, docencia, investigación educativa, estudios de posgrado, extensión educativa, servicios administrativos y CYCIT.				
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)				
El certificado excluye el requisito aplicable 7.5.4.				

## 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.

Se lleva a cabo la presente auditoría al Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2008 de la Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí de acuerdo a su alcance definido y al plan de la auditoría que fue acordado con el Auditado, el cual fue cubierto de acuerdo a la Sección "Resumen de Auditoría" (Matriz de Auditoría) de este reporte.

### 4. Personas Clave Entrevistadas/ Involucradas.

Nombre	Departamento/ Proceso
Francisco Hernández Ortiz	Director General
Jaime Ramos Leyva	Director de CICYT
Octavio Ernesto de la Rosa Carrillo	Coordinación Tecnológica
Hugo Alberto Martínez Ponce	Encargado de la Plataforma Educativa
María Luisa Reyna Díaz de León	Directora de Docencia
Concepción Ovalle Ríos	Integrante del equipo de instrumentos de evaluación primaria
Susana Moreno Grimaldo	Integrante del equipo de instrumentos de evaluación pre escolar
Iván Pérez Oliva	Director Extensión Educativa
Eva Bibiana Obregón González	Auditorías Internas, Acciones Correctivas y Preventivas

## 5. Hallazgos de la Auditoría:

### 5.1. Adecuación del Manual.

El manual de calidad vigente BECENE-DG-MC-01 tiene la revisión 05 con fecha de Noviembre de 2012. El manual ha sido adecuado a las cláusulas de la norma ISO 9001:2008.

Se cuenta con un diagrama que ejemplifica la interacción de sus procesos, el cual considera:

Control de documentos y registros del Sistema de Gestión de Calidad

Auditorías Internas

Acciones correctivas y preventivas

Satisfacción del cliente

Servicio no conforme

Medición, análisis y mejora

Formación Inicial

Investigación educativa, evaluación y gestión de la calidad

Formación continua

Extensión educativa

CICYT

Servicios Administrativos

Mejora continua

Docencia

Posgrado

Compras

### 5.2. Validación del Alcance y Exclusiones.

El Equipo de Auditoría ha validado el alcance de certificación de la siguiente manera:

La institución adopta los planes de estudio de la SEP, por lo que se concluye que no tiene capacidad de diseño para sus servicios, sin embargo cuenta con actividades de diseño editorial, el cual no se encuentra declarado dentro del alcance.

La institución es capaz de verificar durante el periodo de formación de docentes que éstos han adquirido los conocimientos y habilidades especificados en los programas y planes de estudio de la SEP, por lo que se concluye que no aplica la validación de los procesos.

Durante la auditoría fue posible verificar que la Institución tiene capacidad para brindar los servicios mencionados en su alcance:

Prestación de servicios educativos: Licenciaturas de Primaria, Pre escolar, Educación Secundaria con especialidad en español, matemáticas e inglés, Educación Física y Educación Especial con atención en el área auditiva y del lenguaje.

Docencia: Gestión de las Licenciaturas, Gestión de Instrumentos de Evaluación y Medición

Investigación educativa: Elaboración de documentos recepcionales, Gestión de las investigaciones realizadas dentro de la institución de acuerdo a la DEGESPE.

Estudios de posgrado: Maestrías en Primaria y Pre escolar y doctorado en Educación.

Extensión educativa: Servicios adicionales a los solicitados por los planes y programas de la SEP, como por ejemplo, servicios médicos básicos no urgentes, actividades culturales, deportivas y diseño gráfico.

Servicios administrativos: Control Escolar, Recursos Humanos, Titulación, Recursos Financieros, Recursos Materiales, Servicios Generales.

CYCIT: Servicios Bibliotecarios y de Tecnología y Administrativos de recursos propios

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

Los objetivos de calidad son coherentes con la política de calidad, y se encuentra claramente definida su relación.

Los colaboradores en todos los niveles tienen claros los objetivos y la política de calidad y cómo contribuyen con su trabajo al logro de los mismos.

#### Política de Calidad:

Quiénes integramos la Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí, tenemos el compromiso y la responsabilidad de cumplir los requerimientos normativos y regulatorios del Sistema Educativo Nacional, para satisfacer las necesidades educativas de nuestros usuarios en la formación docente inicial, continua y superación profesional de los docentes de educación básica, de acuerdo a nuestro modelo de gestión de la calidad y la mejora en su eficacia.

#### Objetivos de calidad:

La Institución ha definido indicadores en cada uno de sus procesos, los cuales se encuentran documentados en los diagramas de proceso anexos al Manual de Calidad en el documento BECENE-DG-MC-01-02, bajo los siguientes propósitos:

##### Sistema de Gestión de Calidad (Mejora continua)

Lograr de manera exitosa la recertificación del sistema de gestión de calidad institucional por el organismo acreditador externo Bureau Veritas y Certificar el modelo de administración y gestión institucional bajo las especificaciones de los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES).

##### Formación Continua y Superación Profesional

Atender las necesidades de formación continua de los profesores de educación básica y formadores de docentes, a través del desarrollo y aplicación de planes y programas de posgrado orientados a la profesionalización de la práctica educativa y a la Investigación.

##### Formación Docente Inicial (Docencia)

Planear y evaluar las actividades académicas de la formación inicial de profesores de Educación Básica; mediante la aplicación de planes y programas de estudio, que permitan una práctica reflexiva, analítica y creativa, sustentada en principios éticos y de compromiso para el desarrollo integral del futuro docente, en el marco de una sociedad del conocimiento y la información.

##### Extensión Educativa.

Favorecer la formación integral de los futuros docentes, a través de actividades cívicas, culturales, deportivas y sociales que contribuyan a su desarrollo profesional, autocuidado y fomento de la salud y capacidad de dar respuesta a las demandas sociales del entorno.

##### Investigación Educativa. (Evaluación y gestión de la calidad)

Implementar y difundir proyectos de evaluación institucional, investigación educativa y gestión estratégica, para asegurar la mejora continua en la calidad contribuyendo al logro de nuestra visión y misión, en un marco de transparencia y apego a las normatividades vigentes.

##### Servicios administrativos.

Proveer a las diversas áreas institucionales, de los recursos humanos, financieros, materiales y servicios generales que contribuyan en la realización de la labor educativa; así como controlar los servicios escolares en forma permanente.

##### Centro de Información científica y tecnológica. (CICYT)

Prestar servicios de información científica y tecnológica, con el propósito de fortalecer las actividades de investigación y enseñanza en la educación superior a través de un servicio administrativo de calidad.

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

### 5.4.1. General.

#### Misión:

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.

#### Visión:

Ser una institución de excelencia académica en la formación inicial, formación continua y superación profesional de los docentes de educación básica con una cultura de mejora permanente a través de la certificación de sus procesos y transparencia en la aplicación de los recursos, contribuyendo a la transformación educativa.

#### Historia:

Evocar el origen de la Escuela Normal de San Luis Potosí , es situarse en una de las etapas más agitadas de la vida independiente del país, aquellas en las que el Estado llega hasta el sacrificio para poner al servicio de la patria sus recursos y sus hombres, recibiendo por ello el título de “ San Luis de la Patria”.

Siendo gobernador en aquella época el Lic. Don Ramón Adame ordenó que en la misma escuela que dirigía el Profesor Pedro Vallejo se estableciera una clase Normal para jóvenes que habiendo terminado estudios necesarios en su instrucción primaria quisieran dedicarse a la noble tarea de enseñar.

Posteriormente influye en el quehacer histórico el sistema Lancasteriano que desde 1822 en la ciudad de México y 1842 en la ciudad de San Luis Potosí tenían bajo su responsabilidad la Enseñanza Popular.

La Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí es la segunda escuela fundada en el país, siendo gobernador provisional del estado el Lic. Don Julián de los Reyes concibe la idea de transformar estos cursos dándoles una mejor organización, elabora un proyecto de Ley poniéndolo a consideración de la 6ª. Legislatura del Estado dándole aprobación y formalidad legal mediante el Decreto No. 41 expedido el 31 de marzo de 1848 y publicado por el ejecutivo el 4 de abril del mismo año. El Decreto 41 en su artículo primero especifica que serán admitidos alumnos de ambos sexos quedando establecido el local en la misma Escuela Principal Lancasteriana, naciendo así la institución que al correr de los años pregonaría su prestigio y haría sentir su influencia en el campo de la Pedagogía.

Creada la Escuela Normal en 1849, su primer director fue Don Pedro Vallejo donde se le guarda un recuerdo que se transforma en un verdadero culto del que participan los viejos maestros y los alumnos a quienes se enseña a honrar a los próceres del plantel.

Se conmemora como fecha histórica el 4 de marzo en la cual se llevan a cabo eventos culturales, académicos, deportivos y de festividad para celebrar el onomástico de nuestra Alma Mater el cual cada año vive uno de sus eventos tradicionales más importantes en los educandos, egresados y el Sistema Educativo Estatal Regular.

Una de las encomiendas históricas de los hechos sociales en nuestro país es sin duda la educación, como proceso social de reivindicación de sujetos, de compromiso con los menos favorecidos a través de la educación pública, en la formación de docentes que habrán de tener el destino de niños y jóvenes potosinos, compartiendo la responsabilidad formativa en conjunto con la familia y la sociedad, tarea que recae de manera formal en el futuro docente que forma nuestra institución, el cual deberá responder a las necesidades actuales que la sociedad requiere, por lo que es necesario replantear las características del perfil de egreso que se requiere en la época actual, estableciendo el compromiso de formar docentes con calidad no sólo en la instrucción académica ,sino en el quehacer de reconstrucción social de nuestro estado y el país.

**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.

El marco regulatorio es el siguiente:

Decreto 160, donde se Declara a la Normal del Estado Benemérita y Centenaria, 7 de marzo de 1974. Periódico Oficial.

Decreto 166 donde se concede Plena Personalidad Jurídica a la Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado, 24 de abril de 1977. Periódico Oficial.

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.

Acuerdo 423 por el que emiten las Reglas de Operación del Programa para el Mejoramiento Institucional de las Escuelas Normales Públicas. Diario Oficial de la Federación. 19 de diciembre de 2007.

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. Diario Oficial de la Federación.

Ley sobre los Trabajadores al servicio de las instituciones públicas del Estado de San Luis Potosí, Periódico Oficial, 22 de noviembre de 1995.

Ley de Educación en el Estado de San Luis Potosí, 12 de febrero de 2004.

Reglas de Operación del Programa Beca de Apoyo a la Práctica Intensiva y al Servicio Social para Estudiantes de Séptimo y Octavo Semestres en Escuelas Normales Públicas.

Acuerdo Administrativo de la Creación de la División de Estudios de Posgrado donde se faculta a la Escuela Normal para impartir estudios de maestría, especialidad y doctorados para profesores de educación, fecha 21 de abril de 1998. Periódico Oficial.

Acuerdo Administrativo de la creación de las Maestrías en Educación con Especialidad Preescolar, Primaria o Especial. Fecha jueves 17 de mayo de 2001, Periódico Oficial.

Acuerdo Administrativo de la reformulación con enfoque profesionalizante, de las Maestría en Educación Preescolar y Primaria, 12 de marzo de 2005. Periódico Oficial.

Acuerdo de Especialidad en Análisis y Reflexión de la Práctica Docente, fecha 22 de Abril de 2008. Periódico Oficial.

**5.4.3. Implementación y Operación.**

Durante la auditoría se encuentra cumplimiento en la implementación y operación de los procesos definidos por la Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí de acuerdo a los requisitos de la norma ISO 9001:2008, los procedimientos documentados y las regulaciones aplicables.

**5.4.4. Monitoreo y Medición.**

Los mecanismos de monitoreo y mediciones establecidas no son adecuados:

Documentalmente las desviaciones deben resolverse de acuerdo al procedimiento de Acciones Correctiva y Preventivas, sin embargo durante la auditoría no se mostró evidencia de que esto se lleve a la práctica como es indicado por el incumplimiento de indicadores o por desviaciones en los procesos, de igual modo se observa que no se atienden las no conformidades identificadas durante las auditorías internas por lo cual se documenta una no conformidad mayor.

Algunos indicadores de calidad definidos no son capaces de demostrar el desempeño de los procesos.

**5.4.5. Mejora.**

Actualmente se trabaja en los siguientes proyectos de mejora:

Creación de un banco de reactivos por grado apegados los requerimientos de los planes y programas de la SEP que permitirá evaluar la calidad de los educandos mediante un examen institucional.

**5.5. Fortalezas del Sistema de Gestión.**

Buenos resultados administrativos y operativos.  
Robusto análisis de datos en cada Dirección.  
Robusto enfoque al cliente en la Dirección de Docencia.

**5.6. No Conformidades.****No Conformidad 01:**

Área: CYCIT  
Extensión Educativa  
Servicios Administrativos

Clasificación: Mayor

Descripción: No se muestra evidencia de que se han tomado acciones para eliminar las no conformidades y prevenir que vuelvan a concurrir de acuerdo a lo indicado en el procedimiento BECENE-CA-PG-05 Acciones Correctivas y Preventivas por:  
Falta de medición de indicadores.  
Desviaciones a los procesos documentados  
No conformidades detectadas durante auditorías internas

**No Conformidad 02:**

Área: Extensión Educativa

Clasificación: Menor

Descripción: Los indicadores definidos en el proceso Extensión Educativa no demuestran su capacidad de alcanzar resultados planificados.

**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 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 Mervado ([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.**

Fortalecer el conocimiento y la interpretación de la norma ISO 9001:2008 a los Directivos.

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

No se utiliza

#### **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.**

Verificar que los nuevos indicadores de extensión educativa propuestos durante la Revisión por la Dirección de Agosto del 2013 sean implementados.

#### **9. Conclusión.**

- La organización no ha demostrado la efectiva implementación y mantenimiento de su sistema de gestión; como se indica en las no conformidades de éste reporte.

#### **10. Recomendación.**

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

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

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

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

- 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: 2008																					
Sitio/ Sitio Temporal:			Proceso/ Actividad/ Departamento																		
Madero No. 100, Zona Centro, C.P. 78000, San Luis Potosí			Rev Doc									T O T A L E S  N C									
Líder del Equipo de Auditoría: Loridang Castro Vargas (LCV)			Cumplimiento (S/N) Ver comentarios en Notas del Auditor	CICYT	Docencia	Extensión Educativa	Auditorías Internas, Acciones Correctivas, Preventivas	Revisión por la dirección													
Exclusiones/ Justificaciones:  7.3. Diseño y Desarrollo 7.5.2 Validación de procesos																					
Turnos auditados: Marque los que apliquen																					
Primero	Segundo	Tercero																			
X																					
Fecha: Octubre																					
Periodo (AM/PM)																					
	03 AM	03 PM											04 AM	04 PM	04 PM						
4.1	Requisitos Generales																				
4.2	Requisitos de la Documentación											X	X	X	X	X					0
5.1	Compromiso de la Dirección						X					0									
5.2	Enfoque al Cliente		X	X			X					0									
5.3	Política de la Calidad		X	X		X	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	X		X					0									
6.2	Recursos Humanos																				
6.3	Infraestructura		X	X	X							0									
6.4	Ambiente de Trabajo																				
7.1	Planificación de la realización del Producto			X	X							0									
7.2	Procesos relacionados con el Cliente		X	X	X							0									
7.3	Diseño y Desarrollo																				
7.4	Compras																				
7.5.1	Control de Producción/Prestación de serv.		X	X	X							0									
7.5.2	Validación de Procesos de Producción/Prestación de servicio.																				
7.5.3	Identificación y Trazabilidad			X								0									
7.5.4	Propiedad del Cliente			X								0									
7.5.5	Preservación del Producto			X								0									
7.6	Control de Equipos de Seguimiento y Medición																				
8.1	Generalidades		X	X	X	X	X					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	1							1									
8.2.4	Seguimiento y Medición del Producto			X	X							0									
8.3	Control del Producto No Conforme		X	X	X							0									
8.4	Análisis de Datos		X	X								0									
8.5.1	Mejora Continua		X	X			X					0									
8.5.2	Acción Correctiva		1	X	1	1	X					1									
8.5.3	Acción Preventiva		X	X	X	X	X					0									
	Cumplimiento Legal y Reglamentario			X	X							0									
	Uso de la Marca de Certificación y el Símbolo de Acreditación					X						0									

**Observaciones de la Revisión Documental:**

Solicitud de Certificación/ Revisión Documental: NA  
 Cláusula/ Descripción y Comentario: NA

## Notas del Auditor/ Pistas Significativas de la Auditoría

**Líder del Equipo de Auditoría:** Loridang Castro Vargas

**Auditado:** Jaime Ramos Leyva/ Director de CICYT  
Octavio Ernesto de la Rosa Carrillo/ Coordinación Tecnológica  
Hugo Alberto Martínez Ponce/ Encargado de la Plataforma Educativa  
**Fecha:** 03 de Octubre de 2013

**Proceso/ Actividad:**

**Notas:**

**Entradas:**  
Recepción de volúmenes  
Solicitud de servicios de préstamos y de mantenimientos

**Salidas:**  
Prestación de servicios bibliotecarios 40%  
Prestación de servicios tecnológicos 40%  
Resguardo de acervo bibliográfico 20%

**Indicadores:**

**Alcanzar:**

Servicios bibliotecarios 40% Resultado 25%

Causa: Cambios en los programas federales de adquisición de libros lo cual aumentó la carga de trabajo.

Satisfacción del usuario con meta 4.5, no se aplicó la encuesta por problemas en el servidor; daño en el disco duro. La causa fue daño desde el hosting.

No se muestra evidencia del seguimiento y medición de la satisfacción del usuario en el trimestre de Abril a Junio.

Servicios tecnológicos 40% Resultado 38.5%

Satisfacción del cliente meta 4.5, resultado 5

Conectividad con meta del 99%, resultado 99%

Mantenimiento preventivo y correctivo 100%, mantenimiento 90%, debido a la llegada de nuevos equipos.

Servicios administrativos 20% Resultado 20%

Atención de auditorías internas al 100%. Resultado 100%

**Documentos relacionados:**

BECENE-DSB-PO-01 Organización de la información

BECENE-DSC-PO-01 Realización de servicios tecnológicos

BECENE-DSA-PO-01 Control de ingresos y egresos

Coordinación Administrativa

Coordinación Académica

Coordinación Tecnológica

**Mejoras:**

Adquisición de equipo nuevo de seguridad de software

Amplitud en el ancho de banda a servicios de 60 y 20 megas

Administración de biblioteca electrónico con el software Pinacles

Se observa un excelente trabajo con las quejas

Trazabilidad de Reporte de Falla "No funciona FTP" con fecha del 13 de Septiembre de 2013.

La causa fue debido a falla en el sistema de Triara, (Hostdime es un proveedor adicional)

Se muestra evidencia de que la falla fue solucionada.

Trazabilidad del mantenimiento preventivo al equipo de biblioteca.

Se muestra evidencia de que el mantenimiento es programado del 12 a 17 de Agosto.

Trazabilidad de solicitud de plataforma educativa:  
Curso solicitado: Panorama actual de la educación básica en México  
Año 2013  
Solicitado el 12 de Agosto de 2013  
Profesora: María de Lourdes García Zarate  
Pre escolar 1er semestre  
Grupo A

Acción correctiva en proceso:  
Se contratará u servidor espejo para evitar pérdidas.  
Generar respaldos externos.

**Líder del Equipo de Auditoría:** Loridang Castro Vargas

**Auditado:** Maria Luisa Reyna Díaz de León/ Directora de Docencia  
Concepción Ovalle Ríos/ Integrante del equipo de instrumentos de evaluación primaria  
Susana Moreno Grimaldo/ Integrante del equipo de instrumentos de evaluación pre escolar

**Fecha:** 03 de Octubre de 2013

**Proceso/ Actividad:** Docencia

**Notas:**

Entradas:

Alumnos de nuevo ingresa  
Planes y Programas educativos  
Calendario escolar  
Plan de desarrollo institucional

Salida:

Formación de docentes titulados  
Cumplimiento del programa educativo

Con participación en:

Determinación de necesidades de capacitación de docentes  
Evaluaciones de los docentes

Indicadores:

Se cuenta con una meta global, constituida por 17 indicadores.  
La meta global es de 83.9%  
Los resultados obtenidos son del 100%

A continuación se muestran los 17 indicadores:

Documentos aplicables:

Valoración y seguimiento de la planeación de la asignatura  
Meta 90%

Seguimiento de la planeación. Meta 90%

Asistencia a reunión de colegiado. Meta 95%

Cumplimiento de la propuesta de trabajo colegial. Meta 70%

Función del asesor. Meta: 90%

Visitas a la jornada de práctica. Meta 60%

Informe de jornada de práctica. Meta 90%

Bitácora de la puesta en común. Meta 90%

Función del asesor. Meta 95%

Talleres de capacitación y análisis con tutores. Meta 90%

Cumplimiento del programa de capacitación y actualización. Meta 40%

Evaluación de actividades de capacitación y actualización. 100%

Integración de expedientes. Meta 80%

Seguimiento del trabajo terapéutico. Meta 80%

Tabla de validez de contenidos. Meta 75%  
Elaboración de reactivos de opción múltiple. Meta 60%  
Diarios de trabajo colegiado Meta 100%

Actualmente se trabaja en la reestructuración de los indicadores está enfocada a la búsqueda de la eficiencia de la educación y no solo a la eficacia.

Normas aplicables:  
Artículo 3º constitucional  
Planes y programas de estudio de la SEP

Fortaleza:  
Análisis mediante un examen institucional del nivel de los educandos, para verificar la calidad en la educación.

Documentos aplicables:  
Es responsable el coordinador de cada licenciatura:  
Valoración y seguimiento de la planeación de asignatura  
Trabajo colegiado  
Asesoría de grupo  
Actividades de acercamiento a la práctica docente  
Trabajo académico del 7º y 8º semestre

Es responsable el director de docencia  
Capacitación Docente

Es responsable el jefe de psicopedagogía  
Atención psicopedagógica de los alumnos

Es responsable del equipo de valoración de instrumentos de evaluación.  
Elaboración y valoración de instrumentos de evaluación

Trazabilidad de Elaboración y valoración de instrumentos de evaluación  
Se muestra evidencia de la propuesta de calendarización DD-PO-08-01 con 3 periodos de evaluación programados.  
Se muestra evidencia de calendarización aprobada.  
Se muestra evidencia de acuses de recibo de difusión.  
Se muestra evidencia de los seguimientos de entregas de reactivos a tiempo, y del seguimiento personalizado en caso de que no se entreguen a tiempo.  
La evaluación considera: Congruencia de los reactivos con el nivel y la complejidad  
Conocimientos de los elementos de la ficha técnica  
Que corresponda al contenido del programa  
Concordancia gramatical con la base homogéneas y pertenecen al mismo campo semántico.  
Se lleva a cabo una validez de la tabla de los niveles de complejidad de acuerdo a los programas.  
Se muestra evidencia del examen institucional para cada grado.

Semestre impar con evaluaciones en octubre, Noviembre y Enero  
Semestre par con Marzo, Mayo y Junio

Las carreras que se ofrecen son:  
Primaria  
Preescolar  
Especial en el área de audición y lenguaje  
Física  
Secundaria con especialidad en español  
Secundaria con especialidad en matemáticas  
Secundaria con especialidad en inglés

**Líder del Equipo de Auditoría:** Loridang Castro Vargas (LCV)

**Auditado:** Iván Pérez Oliva/ Director Extensión Educativa

**Fecha:** 04 de Octubre de 2013

**Proceso/ Actividad:** Extensión Educativa

**Notas:**

Se buscar promover la formación integral del alumnado.

Entradas:

Calendarios escolares

Informes de los departamentos

Convocatorias de participaciones de eventos

Salidas:

Oferta cultural y deportiva para fortalecer valores, disciplina, tolerancia a la frustración, trabajo en equipo, etc. Como actividades complementarias a los programas de la SEP.

Atención médica no urgente

Pláticas sobre tópicos de salud.

Informes del departamento

Memorias de los eventos

Material didáctico

Indicadores:

Evaluación de los eventos culturales y concursos.

Frecuencia por evento

Meta 80%

Se observan resultados por arriba de la meta.

Desarrollo y deportivo:

La frecuencia de éstos indicadores es de Febrero a Mayo.

Mantener la propuesta de 8 disciplinas deportivas meta 100%

Resultados, se observa la participación en 9 disciplinas.

Participar en la fase regional de la institución con 2 equipos en disciplinas de conjunto y 4 competidores individuales meta 100%.

Se observan resultados por arriba de la meta

Avanzar a la fase nacional mínimo con 1 equipo y un competidor individual, meta 100%.

Se observan resultados por arriba de la meta.

Diseño editorial:

Encuesta de satisfacción meta 80%

Frecuencia: Por producto solicitado.

Se muestran resultados por arriba del indicador.

Tramitar la cobertura del seguro social a la población estudiantil aplicable (aquellos que no están asegurados por sus padres) meta 100%

Se observa cumplimiento.

Documentos relacionados:

Diseño gráfico comunicación impresa

Organización de conmemoraciones cívicas y tradicionales

Organización de Concurso

Procedimiento operativo para fomentar el deporte

Prestación del servicio médico

Seguro facultativo estudiantil

Trazabilidad:

Atención al usuario en consulta médica no urgente, meta al 95%.

No se muestra evidencia de que se mida éste indicador.

No se muestra evidencia de que haya implementado la actividad "se medirá personas atendidas vs servicios requeridos"

No se han incluido en el SGC las actividades relacionadas con la impartición de talleres culturales", lo cual es una oportunidad de mejora observada en la auditoría anterior.

Se muestra evidencia del cierre de la no conformidad documentada durante la auditoría anterior.

Actividad de seguimiento:

Seguimiento a la implementación de los indicadores de extensión educativa propuestos durante la Revisión por la Dirección de Agosto del 2013

Oportunidad de mejora:

Complementar las salidas de los procesos, enfocándolas al impacto en los educandos y no solo al desempeño del personal administrativo.

Se observan buenos resultados operativos.

Se tienen muchas propuestas de mejora, pero no se documenta como acciones preventivas y no se concretan.

Se cuenta con indicadores que no tiene sentido ser medidos, como por ejemplo:

Atención del servicio médico

Los afiliados al seguro facultativo.

**Líder del Equipo de Auditoría:** Loidang Castro Vargas (LCV)

**Auditado:** Eva Bibiana Obregón González/ Auditorías Internas, Acciones Correctivas y Preventivas

**Fecha:** 04 de Octubre de 2013

**Proceso/ Actividad:** Auditorías Internas, Acciones Correctivas y Preventivas

**Notas:**

Las auditorías se llevan a cabo en Junio y Octubre de acuerdo al calendario escolar.

Los planes de auditoría se llevan a cabo considerando el estado y la importancia de los procesos.

Documentos relacionados:

Durante la auditoría de julio de 2013 se documentaron 6 NC.

Se observa que existe un hallazgo en la cláusula 8.5.2 que indica lo siguiente:

Según el informe de auditoría de noviembre de 2012 se tiene registrado hallazgos como no conformidades con números RAC 111 de la cual no se presentó análisis ni acciones, debido a esto se genera la RAC 121.

Se muestra evidencia de que el equipo de calidad elaboró un plan de acciones para mejorar el desempeño de los auditores que incluye capacitaciones al sistema, la cuales fueron evaluados en Abril del 2013.

La competencia de los auditores se determina en el documento BECENE-CA-PG-08-03 Criterios para la calificación de auditores internos.

Para la NC 117 A identificada durante la auditoría interna de Julio de 2013

"No se identifican criterios para el producto no conforme en Extensión Educativa para el área médica"

No se ha documentado ni integrado la acción correctiva de acuerdo al procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas BECENE-CA-PG-05 en el formato "Reporte de Acción Correctiva/ Acción Preventiva" BECENE-CA-PG-05-01

Para la NC 117 identificada durante la auditoría interna de Julio de 2013  
"No se identifican criterios para el producto no conforme en Servicios Administrativos"  
No se ha documentado ni integrado la acción correctiva de acuerdo al procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas BECENE-CA-PG-05 en el formato "Reporte de Acción Correctiva/ Acción Preventiva" BECENE-CA-PG-05-01

**Acciones Preventivas:**

No se muestra evidencia de la implementación de acciones preventivas desde el 27 de Octubre del 2011; lo cual demuestra una falta total de incumplimiento del requisito en todo lo que va del ciclo de certificación 2011-2014.

**Líder del Equipo de Auditoría:** Loridang Castro Vargas (LCV)

**Auditado:** Francisco Hernández Ortiz/ Director General

**Fecha:** 04 de Octubre de 2013

**Proceso/ Actividad:** Revisión por la Dirección

**Notas:**

Se lleva a cabo cada 6 meses, en Febrero y Agosto con seguimientos en Abril y Noviembre.  
La revisión de Agosto

Se muestra evidencia de la convocatoria.

Se muestra evidencia de la Revisión por la Dirección por cada Área.

La Revisión por la Dirección cumple con los requisitos de transparencia aplicables a la organización.

Se muestra evidencia de cumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2008.

**Cambios que pudieran afectar al Sistema de Gestión de Calidad:**

Con las nuevas reformas educativas y exigencias en la gestión de la calidad en las instituciones educativas pueden generarse cambios que pudieran afectar al Sistema de Gestión de Calidad, sin embargo en este momento aún no se definen cuáles serán las nuevas estrategias.

**Mejoras relacionadas al Sistema de Gestión de Calidad:**

Documenta tareas

Estandarizar datos

Tomar decisiones sobre la base de datos,

Se observa un cambio cultural

**Mejoras para el servicio y la satisfacción de los clientes.**

Para sostener el mismo sistema se han obtenido recursos federales para la capacitación, auditorías y certificaciones.

Se ha generado un cuerpo académico de investigación para el estudio de Sistemas de Gestión de la Calidad

<b>Reporte de No Conformidad</b>			
Fecha	Organización	Ref. Expediente	Reporte No.
04 de Octubre de 2013	BENEMERITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI	99103001	1 de 2
<b>No Conformidad observada durante</b>		Vigilancia 5 de 5	
<b>Norma y Cláusula:</b>		ISO 9001: 2008 – Cláusula 8.5.2, 8.2.2	
<b>No Conformidad observada en Proceso: CICYT, Extensión Educativa y Servicios Administrativos</b>			
<b>8.5.2 Acción correctiva</b>			
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes),</li> <li>b) determinar las causas de las no conformidades,</li> <li>c) evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir,</li> <li>d) determinar e implementar las acciones necesarias,</li> <li>e) registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4), y</li> <li>f) revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.</li> </ul>			
<b>8.2.2 Auditoría interna</b>			
<p>La dirección responsable del área que esté siendo auditada debe asegurarse de que se realizan las correcciones y se toman las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas. Las actividades de seguimiento deben incluir la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación (véase 8.5.2).</p>			
<b>No Conformidad – Descripción de la Evidencia Objetiva:</b>			
<p>No Conformidad:</p> <p>No se muestra evidencia de que se han tomado acciones para eliminar las no conformidades y prevenir que vuelvan a concurrir de acuerdo a lo indicado en el procedimiento BECENE-CA-PG-05 Acciones Correctivas y Preventivas por:</p> <p>Falta de medición de indicadores. Desviaciones a los procesos documentados No conformidades detectadas durante auditorías internas</p>			
<p>Evidencia Objetiva:</p> <p>CICYT No se han documentado acciones correctivas de acuerdo al procedimiento correspondiente por la falta de medición del indicador "Satisfacción del Usuario" correspondiente a servicios bibliotecarios en el trimestre de Abril a Junio del 2013.</p> <p>No se han documentado acciones correctivas de acuerdo al procedimiento correspondiente debido a la interrupción de la disponibilidad de la plataforma educativa.</p> <p>EXTENSION EDUCATIVA Para la NC 117 A identificada durante la auditoría interna de Julio de 2013 "No se identifican criterios para el producto no conforme en Extensión Educativa para el área médica" No se ha documentado ni integrado la acción correctiva de acuerdo al procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas BECENE-CA-PG-05 en el formato "Reporte de Acción Correctiva/ Acción Preventiva" BECENE-CA-PG-05-01</p> <p>SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</p>			

A ser completado por BVQI

	Para la NC 117 identificada durante la auditoría interna de Julio de 2013 "No se identifican criterios para el producto no conforme en Servicios Administrativos en Atención a Dirección" No se ha documentado ni integrado la acción correctiva de acuerdo al procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas BECENE-CA-PG-05 en el formato "Reporte de Acción Correctiva/ Acción Preventiva" BECENE-CA-PG-05-01			
	<b>Categoría</b>	<b>Líder del Equipo de Auditoría</b>	<b>Auditor</b>	<b>Representante de la Organización</b>
	Mayor	Loridang Castro Vargas (LCV)	NA	Hilda López Oviedo
	<b>A completar antes</b>			
04 de Noviembre de 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>Auditor</b>
	<b>Comentarios del Auditor</b>			

Reporte de No Conformidad			
Fecha	Organización	Ref. Expediente	Reporte No.
04 de Octubre de 2013	BENEMERITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI	99103001	2 de 2
<b>No Conformidad observada durante</b>		Vigilancia 5 de 5	
<b>Norma y Cláusula:</b>		ISO 9001: 2008 – Cláusula 8.2.3	
<b>No Conformidad observada en Proceso: Extensión Educativa</b>			
<b>8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos</b>			
La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados. Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente.			
NOTA Al determinar los métodos apropiados, es aconsejable que la organización considere el tipo y el grado de seguimiento o medición apropiado para cada uno de sus procesos en relación con su impacto sobre la conformidad con los requisitos del producto y sobre la eficacia del sistema de gestión de la calidad.			
<b>No Conformidad – Descripción de la Evidencia Objetiva:</b>			

<p>No Conformidad:</p> <p>Los indicadores definidos en el procedo Extensión Educativa no demuestran su capacidad de alcanzar resultados planificados.</p>					
<p>Evidencia Objetiva:</p> <p>No se muestra evidencia de que se mida el indicador: Atención al usuario en consulta médica no urgente, meta al 95%.</p> <p>El indicador "Afiliados al seguro facultativo" siempre se reporta al 100%, no cuenta con un criterio que permita medir un desempeño.</p>					
<b>Categoría</b>		<b>Líder del Equipo de Auditoría</b>	<b>Auditor</b>	<b>Representante de la Organización</b>	
Menor		Loridang Castro Vargas (LCV)	NA	Hilda López Oviedo	
<b>A completar antes</b>					
04 de Diciembre de 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>Auditor</b>
<b>Comentarios del Auditor</b>					

<b>Desempeño a la Fecha</b>
-----------------------------

Ref. Reporte Visita	Categoría	Estado	Resumen del Hallazgo	Sector/ División/ Sitio	Fecha	Norma	Cláusula
Srv.02	menor	Cerrada		docencia	16/03	9001	8.5.2

<b>Detalles del Hallazgo:</b>
-------------------------------

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
--------	-------	---------	----------	------------------	--------	------	-------

<b>Detalles del Hallazgo:</b>
-------------------------------

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

VIGILANCI A 3 / 5	Menor	Cerrada	Detalles	Formación inicial Inglés	Septiembre 13, 2012	ISO 9001: 2008	7.5.1
-------------------	-------	---------	----------	--------------------------	---------------------	----------------	-------

<b>Detalles del Hallazgo:</b>
-------------------------------

<b>No Conformidad:</b>
------------------------

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.
--

<b>Evidencia Objetiva:</b>
----------------------------

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.
--

<b>Seguimiento de Acciones Correctivas y Correcciones:</b>
--

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.
--

<b>Líder del Equipo de Auditoría/ Auditor:</b>
--

LPO
-----

VIGILANCI A 3 / 5	Menor	Cerrada	Detalles	CICYT	Septiembre 14, 2012	ISO 9001: 2008	7.1
-------------------	-------	---------	----------	-------	---------------------	----------------	-----

<b>Detalles del Hallazgo:</b>
-------------------------------

<b>No Conformidad:</b>
------------------------

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.
--

<b>Evidencia Objetiva:</b>
----------------------------

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

<b>Seguimiento de Acciones Correctivas y Correcciones:</b>
--

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
---

<b>Líder del Equipo de Auditoría/ Auditor:</b>
--

LPO
-----

VIGILANCIA 4 / 5	Menor	Cerrada	Detalles	Rec Mat	Mar 13	9001	7.4.1
<b>Detalles del Hallazgo:</b>							
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.							
<b>Seguimiento de Acciones Correctivas y Correcciones:</b>							
Se actualiza la cartera de proveedores. Se muestra evidencia que todos han sido evaluados. Se muestra evidencia de juntas para la actualización e implementación de las políticas de adquisiciones y de evaluación de proveedores.							
<b>Líder del Equipo de Auditoría/ Auditor:</b>							
Loridang Castro Vargas							

VIGILANCIA 4 / 5	Menor	Cerrada	Detalles	Servicio Medico	Mar 13	9001	7.6
<b>Detalles del Hallazgo:</b>							
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.							
<b>Seguimiento de Acciones Correctivas y Correcciones:</b>							
Se verifica que se han adquirido equipos nuevos:  3 baumanómetros y una báscula. Se muestra evidencia de programa de verificación.							
<b>Líder del Equipo de Auditoría/ Auditor:</b>							
Loridang Castro Vargas							

Vigilancia 5 de 5	Mayor	Abierta	No se muestra evidencia de que se han tomado acciones para eliminar las no conformidades y prevenir que vuelvan a concurrir de acuerdo a lo indicado en el procedimiento BECENE-CA-PG-05 Acciones Correctivas y Preventivas por: Falta de medición de indicadores. Desviaciones a los procesos documentados No conformidades detectadas durante auditorías internas		04.10.13	ISO 9001:2008	8.5.2 8.2.2
<b>Detalles del Hallazgo:</b>							
CICYT No se han documentado acciones correctivas de acuerdo al procedimiento correspondiente por la falta de medición del indicador "Satisfacción del Usuario" correspondiente a servicios bibliotecarios en el trimestre de Abril a Junio del 2013.  No se han documentado acciones correctivas de acuerdo al procedimiento correspondiente debido a la interrupción de la disponibilidad de la plataforma educativa.							
<b>EXTENSION EDUCATIVA</b> Para la NC 117 A identificada durante la auditoría interna de Julio de 2013 "No se identifican criterios para el producto no conforme en Extensión Educativa para el área médica" No se ha documentado ni integrado la acción correctiva de acuerdo al procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas BECENE-CA-PG-05 en el formato "Reporte de Acción Correctiva/ Acción Preventiva" BECENE-CA-PG-05-01							
<b>SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b> Para la NC 117 identificada durante la auditoría interna de Julio de 2013 "No se identifican criterios para el producto no conforme en Servicios Administrativos en Atención a Dirección" No se ha documentado ni integrado la acción correctiva de acuerdo al procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas BECENE-CA-PG-05 en el formato "Reporte de Acción Correctiva/ Acción Preventiva" BECENE-CA-PG-05-01							
<b>Seguimiento de Acciones Correctivas y Correcciones:</b>							

Líder del Equipo de Auditoría/ Auditor:
Loridang Castro Vargas

Vigilancia 5 de 5	Menor	Abierta	Los indicadores definidos en el proceso Extensión Educativa no demuestran su capacidad de alcanzar resultados planificados.		04.10.13	ISO 9001:2008	8.2.3
----------------------	-------	---------	--	--	----------	------------------	-------

**Detalles del Hallazgo:**

No se muestra evidencia de que se mida el indicador: Atención al usuario en consulta médica no urgente, meta al 95%.

El indicador "Afiliados al seguro facultativo" siempre se reporta al 100%, no cuenta con un criterio que permita medir un desempeño.

**Seguimiento de Acciones Correctivas y Correcciones:**

Líder del Equipo de Auditoría/ Auditor:
Loridang Castro Vargas



 <p><b>BUREAU VERITAS</b></p>	<p><b>Sitios/ Sitios Temporales</b> (incluidos dentro del Alcance de la Auditoría)</p>	<p><b>Apéndice</b></p>
<p><b>Empresa – Número ZIG: BENEMERITA Y CENTENARIA ESCUELA NORMAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI -- 264116</b></p>		
<p><b>Nombre del Sitio</b></p>	<p><b>OFICINA CENTRAL</b></p>	<p>SP</p>
<p><b>Dirección:</b> <b>Ciudad:</b> <b>Código Postal:</b> <b>Estado:</b> <b>País:</b> <b>Alcance:</b></p>	<p>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</p>	