



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

**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:	Especial		
Fecha de Inicio de la Auditoría:	04 de Diciembre de 2013	Fecha de Terminación de la Auditoría:	04 de Diciembre 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)	

<b>Resumen de los Hallazgos de Auditoría</b>					
Número de No Conformidades registradas:	Mayor:	0	Menor:	0	
¿Se requiere una Visita de Seguimiento?	SI	Fecha de Inicio de la Auditoría de Seguimiento:		04 de Diciembre de 2014	Día(s)
Fecha(s) real(es) del Seguimiento:	Inicio:	04 de Diciembre de 2014	Terminación:	04 de Diciembre de 2014	
Observaciones de la Auditoría de Seguimiento: De acuerdo a las evidencias mostradas, se consideran cerradas las 2 no conformidades documentadas durante a vigilancia 5 de 5 del 04 de Octubre de 2013..					
<b>Recomendación del Líder del Equipo de Auditoría</b>					
Norma	Recomendación				
ISO 9001: 2008	Mantener la certificación				
Líder del Equipo de Auditoría (1)	Miembros del Equipo de Auditoría				
Loridang Castro Vargas (LCV)	Auditor:	NA			
	Auditor:	NA			
	Experto Técnico:	NA			
<b>Alcance de Suministro</b> (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				
<b>Instrucciones Adicionales</b> (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	1	Menor	1
No. de no conformidades cerradas	Mayor	1	Menor	1
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 Especial 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
Iván Pérez Oliva	Director Extensión Educativa
Eva Bibiana Obregón González	Auditorías Internas, Acciones Correctivas y Preventivas
Jesús Alberto Leyva Ortiz	Director de Servicios Administrativos

### 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:

Quienes 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 el 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 son adecuados:

Durante ésta auditoría se verifica que las acciones correctivas resultado de las no conformidades pendientes han sido adecuadamente atendidas por cada dirección.

Se muestra evidencia del trabajo en la re estructuración de enfoque a proceso e indicadores.

#### **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.**

La alta dirección demostró su compromiso con el sistema de gestión de calidad destinando recursos a la capacitación sobre el capítulo 8 de la norma ISO 9001:2008, lo cual ha ocasionado la reestructuración del enfoque a procesos y a los indicadores específicos y estratégicos

#### **5.6. No Conformidades Cerradas durante ésta auditoría especial.**

##### **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.

**5.7. Oportunidades de Mejora.**

No se presentaron

**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.**

No se presentaron.

**9. Conclusión.**

- La organización ha demostrado la efectiva implementación y mantenimiento de su sistema de gestión;

**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:

- Mantener la certificación

**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							
Líder del Equipo de Auditoría: Loridang Castro Vargas (LCV)			Cumplimiento (S/N) Ver comentarios en Notas del Auditor	CICYT	Extensión Educativa	Servicios Administrativos				T O T A L E S  N C
Exclusiones/ Justificaciones:										
7.3. Diseño y Desarrollo 7.5.2 Validación de procesos										
Turnos auditados: Marque los que apliquen										
Primero	Segundo	Tercero								
X										
Fecha: Diciembre				04	04	04				
Periodo (AM/PM)				AM	AM	PM				
4.1	Requisitos Generales									
4.2	Requisitos de la Documentación									
5.1	Compromiso de la Dirección									
5.2	Enfoque al Cliente									
5.3	Política de la Calidad									
5.4	Planificación									
5.5	Responsabilidad, Autoridad y Comunicación									
5.6	Revisión por la Dirección									
6.1	Provisión de los Recursos									
6.2	Recursos Humanos									
6.3	Infraestructura									
6.4	Ambiente de Trabajo									
7.1	Planificación de la realización del Producto									
7.2	Procesos relacionados con el Cliente									
7.3	Diseño y Desarrollo									
7.4	Compras									
7.5.1	Control de Producción/Prestación de serv.									
7.5.2	Validación de Procesos de Producción/Prestación de servicio.									
7.5.3	Identificación y Trazabilidad									
7.5.4	Propiedad del Cliente									
7.5.5	Preservación del Producto									
7.6	Control de Equipos de Seguimiento y Medición									
8.1	Generalidades									
8.2.1	Satisfacción del Cliente									
8.2.2	Auditoría Interna									
8.2.3	Seguimiento y Medición de los Procesos			X						0
8.2.4	Seguimiento y Medición del Producto									
8.3	Control del Producto No Conforme									
8.4	Análisis de Datos									
8.5.1	Mejora Continua									
8.5.2	Acción Correctiva			X	X	X				0
8.5.3	Acción Preventiva									
	Cumplimiento Legal y Reglamentario									
	Uso de la Marca de Certificación y el Símbolo de Acreditación									
<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:** Loridang Castro Vargas

**Auditado:** Jaime Ramos Leyva/ Director de CICYT  
Iván Pérez Oliva/ Director Extensión Educativa  
Jesús Alberto Leyva Ortiz/ Director de Servicios Administrativos

**Fecha:** 04 de Diciembre de 2013

**Proceso/ Actividad:** No conformidad mayor

**Notas:**

**No conformidad:**

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

**Evidencia Objetiva:**

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.

**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

**SERVICIOS ADMINISTRATIVOS**

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

**Verificación de la implementación de las acciones:**

Se generan acciones sistemales y específicas para el cierre de ésta NC mayor.

La NC fue atendida sistemalmente, generando las siguientes acciones:

Reunión con el comité de calidad para informar el resultado del a auditoría. 07.10.13

Capacitación a directores sobre el requisitos 8 de ISO 9001:2008 07 y 08.11.13

Se muestra evidencia de oficios de comunicación al curso por dirección

Se muestra lista de asistencia al curso impartido por Bureau Veritas

Se programan juntas de trabajo para la revisión y análisis

## CICYT

## Causa raíz 1:

Se lleva a cabo un análisis mediante una lluvia de ideas y un diagrama de Ishikawa 18.10.13

No se documentan acciones correctivas y preventivas por falta de conocimiento del procedimiento

## Acciones:

Se genera una encuesta de satisfacción en línea para la medición de la satisfacción del usuario. Se muestra evidencia de encuesta de satisfacción en línea.

Se muestra evidencia de medición. Meta 4.5, y el resultado obtenido 4.8

Se realiza una junta de trabajo con el director, el coordinador de bibliotecas y el coordinador tecnológico y administrativo.

Se participa en asesoría interna con Calidad el 11 de Octubre de 2013.

Se comunica a los alumnos que es necesaria su participación para dar contestación a la encuesta 08.09.13

## Causa raíz 2:

Se lleva a cabo un análisis mediante una lluvia de ideas y un diagrama de Ishikawa 18.10.13

Fallas en la energía eléctrica y situaciones climatológicas, sin considerar a renta de un servidor espejo.

## Acciones:

Se muestra evidencia de renta de disco duro de 1tb (hardware) 12.10.13

Se muestra evidencia de definición de un protocolo de seguridad de bases de datos, así como del empleo de un software de respaldo 10.10.13

Se muestra evidencia de inclusión del equipo de cómputo en los mantenimientos preventivos.

## EXTENSION EDUCATIVA

## Causa raíz:

Se lleva a cabo una lluvia de ideas y un análisis de diagrama de pescado, donde se determina la siguiente causa raíz: Se omite el procedimiento por desconocimiento, falta de capacitación.

Adicionalmente se desarrolla un diagrama de pescado para identificar los criterios de conformidad

## Acciones:

Revisión de la norma en el área 03.10.13

Integrar actas de reuniones 04.10.13

Se definen e identifican los criterios de conformidad de los servicios el 07.10.13 en el formato "Criterios para el control del producto y servicio no conforme" BECENE-CA-PG-04

## SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

## Causa raíz:

Se lleva a cabo una lluvia de ideas y un análisis de diagrama de pescado, donde se determina la siguiente causa raíz: Se omite el procedimiento por desconocimiento, falta de capacitación.

## Acciones:

Asesoría sobre el procedimiento de acciones correctivas y preventivas 07 y 08.10.13

Reunión con sus jefes de área 09.10.13, con participación del Director de Servicios Administrativos, Jefe de departamento de titulación, Jefe de Departamento de Control Escolar, Jefa de departamento de Recursos Humanos, Jefe de departamento de recursos Materiales, Jefa de departamento de recursos financieros y Apoyo Tecnológico.

Capacitación interna por parte del mismo equipo de trabajo 17.10.13, sobre el producto y/o servicio no conforme.

Se muestra evidencia de definición de criterios para el control del producto y servicio no conformes BECENE-CA-PG-04-02, donde se identifican acciones correctivas, preventivas y correcciones de la dirección administrativa que incluye Recursos humanos, Servicios Generales, Recursos Financieros, Servicios escolares, Titulación, Recursos Materiales. 18.10.13.

Se muestra evidencia de bitácora de producto no conforme, donde se definen descripciones y actualizaciones.

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

**Auditado:** Jaime Ramos Leyva/ Director de CICYT

Iván Pérez Oliva/ Director Extensión Educativa

Jesús Alberto Leyva Ortiz/ Director de Servicios Administrativos

**Fecha:** 04 de Diciembre de 2013

**Proceso/ Actividad:** No conformidad mayor

**Notas:**

**No conformidad:**

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

**Evidencia Objetiva:**

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.

**Verificación de la implementación de las acciones:**

Se lleva a cabo la re estructuración de indicadores a partir del 10 de Octubre de 2013.

El indicador de servicio médico "Número de personas atendidas en consulta médica no urgente" se mide considerando el total de personas atendidas entre el total de personas solicitantes, con una meta del 90%. La frecuencia es trimestral y se está en espera de obtener la primera medición. Se muestra evidencia de seguimientos desde el 10 de Octubre a la fecha mediante el formato "Registro de usuarios del departamento médico"

El indicador del seguro facultativo "Número de alumnos incorporados al seguro facultativo del IMSS" se calcula dividiendo el número de alumnos afiliados entre el total de alumnos de la institución. Se hizo una medición y se estima que los alumnos que pueden aplicar al seguro son alrededor del 60%, por lo cual este porcentaje se establece como meta.

Se muestra evidencia de trabajo en la modificación los procedimientos operativos y planes de calidad:

Se modifica el procedimiento de Promoción Social adicionando con una aplicación en línea para agilizar la afiliación.

Se fusionan 2 procedimientos para generar el programa anual de actividades cívicas, culturales y concursos, anteriormente se contaba con e un procedimiento para ceremonias, y otro para concursos.

<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. 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>			

A ser completado por BVQI

A ser completado por la Organización	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS 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				
<b>Análisis de la Causa Raíz</b> (¿Qué falló en el sistema para permitir que ocurra esta NC?)				
Personal nuevo en las direcciones. Falta de conocimiento en las direcciones en la operación de procedimientos de gestión para las acciones correctivas y preventivas.				
<b>Corrección y Acción Correctiva</b> (Que se hizo para resolver este problema y prevenir la recurrencia)				
Correcciones Sistemales: Reunión con el comité de calidad para informar el resultado del a auditoría. 07.10.13 Capacitación a directores sobre el requisitos 8 de ISO 9001:2008 07 y 08.11.13 Se programan juntas de trabajo para la revisión y análisis  CICYT Se genera una encuesta de satisfacción en línea para la medición de la satisfacción del usuario. Se participa en asesoría interna con Calidad Se comunica a los alumnos que es necesaria su participación para dar contestación a la encuesta Renta de disco duro de 1tb (hardware) Desarrollo de un protocolo de seguridad de bases de datos, así como del empleo de un software de respaldo Se Inclusión del equipo de cómputo en los mantenimientos preventivos.  EXTENSION EDUCATIVA Revisión de la norma en el área Integrar actas de reuniones Se definen e identifican los criterios de conformidad de los servicios  SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Asesoría sobre el procedimiento de acciones correctivas y preventivas Reunión con sus jefes de área con participación del Director de Servicios Administrativos, Jefe de departamento de titulación, Jefe de Departamento de Control Escolar, Jefa de departamento de Recursos Humanos, Jefe de departamento de recursos Materiales, Jefa de departamento de recursos financieros y Apoyo Tecnológico. Capacitación interna sobre el producto y/o servicio no conforme. Se definen criterios para el control del producto y servicio no conformes BECENE-CA-PG-04-02, donde se identifican acciones correctivas, preventivas y correcciones de la dirección administrativa que incluye Recursos humanos, Servicios Generales, Recursos Financieros, Servicios escolares, Titulación, Recursos Materiales.				
<b>Verificación de las Acciones Correctivas</b>		<b>Fecha de Terminación</b>	20 de Octubre de 2013	
		<b>Representante de la Organización</b>	Hilda López Oviedo	
<b>Verificación de las</b>	<b>Fecha</b>	<b>Estado</b>	<b>Auditor</b>	

<b>Acciones Correctivas</b>	04 de Diciembre de 2013	San Luis Potosí	Loridang Castro Vargas
<b>Comentarios del Auditor</b>	<p>Se muestra evidencia de análisis mediante lluvia de ideas y diagrama de Ishikawa para cada dirección.</p> <p>Se muestra evidencia de la efectiva implementación de las acciones definidas para cada Reporte de Acción Correctiva generado.</p> <p>De acuerdo a las evidencias mostradas descritas en las notas de auditoría, ésta en conformidad se considera cerrada.</p>		

<b>Reporte de No Conformidad</b>			
<b>Fecha</b>	<b>Organización</b>	<b>Ref. Expediente</b>	<b>Reporte No.</b>
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>			
<p>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.</p> <p>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.</p>			
<b>No Conformidad – Descripción de la Evidencia Objetiva:</b>			
<p>No Conformidad:</p> <p>Los indicadores definidos en el proceso Extensión Educativa no demuestran su capacidad de alcanzar resultados planificados.</p>			
<b>Evidencia Objetiva:</b>			
<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			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Análisis de la Causa Raíz</b> (¿Qué falló en el sistema para permitir que ocurra esta NC?)			

A ser completado por BVQI

	Pobre revisión de los procedimientos. Mal ponderación inicial de los indicadores de los procesos Carencia de revisión de los indicadores Falta de seguimiento a los procedimientos			
	<b>Corrección y Acción Correctiva</b> (Que se hizo para resolver este problema y prevenir la recurrencia)			
	Revisión de la norma Re estructuración de indicadores Modificación a los procedimientos operativos y planes de calidad			
	<b>Verificación de las Acciones Correctivas</b>	<b>Fecha de Terminación</b>	18 de Octubre de 2013	
		<b>Representante de la Organización</b>	Hilda López Oviedo	
<b>Verificación de las Acciones Correctivas</b>	<b>Fecha</b>	<b>Estado</b>	<b>Auditor</b>	
	04 de Diciembre de 2013	San Luis Potosí	Loridang Castro Vargas	
<b>Comentarios del Auditor</b>	Se muestra evidencia de análisis mediante lluvia de ideas y diagrama de Ishikawa para cada dirección. Se muestra evidencia de la efectiva implementación de las acciones definidas para el Reporte de Acción Correctiva correspondiente. De acuerdo a las evidencias mostradas descritas en las notas de auditoría, ésta no conformidad se considera cerrada.			
A ser completado por BVQI				

<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
---

VIGILANCIA 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
-----

VIGILANCIA 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	Cerrada	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	CYCYT Extensión Educativa Servicios Administrativos	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>							

Se muestran las siguientes evidencias:

**Correcciones Sistemales:**

Reunión con el comité de calidad para informar el resultado del a auditoría. 07.10.13

Capacitación a directores sobre el requisitos 8 de ISO 9001:2008 07 y 08.11.13

Se programan juntas de trabajo para la revisión y análisis

**CICYT**

Se genera una encuesta de satisfacción en línea para la medición de la satisfacción del usuario.

Se participa en asesoría interna con Calidad

Se comunica a los alumnos que es necesaria su participación para dar contestación a la encuesta

Renta de disco duro de 1tb (hardware)

Desarrollo de un protocolo de seguridad de bases de datos, así como del empleo de un software de respaldo Se

Inclusión del equipo de cómputo en los mantenimientos preventivos.

**EXTENSION EDUCATIVA**

Revisión de la norma en el área

Integrar actas de reuniones

Se definen e identifican los criterios de conformidad de los servicios

**SERVICIOS ADMINISTRATIVOS**

Asesoría sobre el procedimiento de acciones correctivas y preventivas

Reunión con sus jefes de área con participación del Director de Servicios Administrativos, Jefe de departamento de titulación, Jefe de Departamento de Control Escolar, Jefa de departamento de Recursos Humanos, Jefe de departamento de recursos Materiales, Jefa de departamento de recursos financieros y Apoyo Tecnológico.

Capacitación interna sobre el producto y/o servicio no conforme.

Se definen criterios para el control del producto y servicio no conformes BECENE-CA-PG-04-02, donde se identifican acciones correctivas, preventivas y correcciones de la dirección administrativa que incluye Recursos humanos, Servicios Generales, Recursos Financieros, Servicios escolares, Titulación, Recursos Materiales.

Líder del Equipo de Auditoría/ Auditor:

Loridang Castro Vargas

Vigilancia 5 de 5	Mayor	Cerrada	Los indicadores definidos en el procedo Extensión Educativa no demuestran su capacidad de alcanzar resultados planificados.	Extensión Educativa	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:

Se muestra evidencia de:

Revisión de la norma

Re estructuración de indicadores

Modificación a los procedimientos operativos y planes de calidad

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>OFICINA CENTRAL</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>	