No. DE AUDITORÍA	ORGANIZACIÓN AUDITADA/ÁREA	FECHA DE REALIZACIÓN DE AUDITORÍA
A1/2025	Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí	Del 8 al 14 de mayo 2025
AUDITOR LÍDER RESPONSABLE DE LA AUDITORÍA		
Mtra. Eunice Cruz Díaz de León		

EQUIPO DE AUDITORES	
MACROPROCESO DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS **Dr. Jesús Alberto Leyva Ortiz**	**Mtra. Cruz Díaz de León Eunice** Mtro. Torres Cepeda Manuel Mtra. Gómez Aranda Claudia Mtro. González García J. Carmen Fernando
MACROPROCESO DE FORMACIÓN INICIAL **Mtra. Marcela de la Concepción Mireles Medina**	**Mtra. Sánchez Pérez Alejandra** Dra. García Zárate Ma. De Lourdes Mtra. Salas Pontón María Leonora
MACROPROCESO DE EXTENSIÓN EDUCATIVA **Mtra. Sybil González Treviño**	**Mtro. Infante Prieto Gustavo Federico** Mtra. Cervantes Tapia Yeminá Mtro. Torres Gómez Edgar Virgilio
MACROPROCESO SERVICIOS DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA **Mtra. Yolanda Huelga Herrera**	**Dr. Saavedra López Julián** Mtro. Torres Méndez Vicente Mtra. Gallegos Reyna Gladys Priscilla
MACROPROCESO INVESTIGACIÓN EDUCATIVA **Dra. Gisela de la Cruz Torres Méndez**	**Mtro. Aronia Silva José Wilfredo** Mtra. Díaz Pérez Klaudia Tatiana Dayanira Mtro. González García J. Carmen Fernando
MACROPROCESO PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN Dra. Dora Lilia Mendoza Partida	**Mtro. Rostro Contreras Carlos Adrián** Mtra. Martínez García Dafne Eunice Mtra. Hernández Castañon Michell
MACROPROCESO ESTUDIOS DE POSGRADO Dra. María Guadalupe Escalante Bravo	**Mtra. Torres Moreno Rosangel de Guadalupe** Mtro. García Pérez Andrés Mtra. Gómez Aranda Claudia
ALTA DIRECCIÓN Director General **Dr. Francisco Hernández Ortiz** Representante del SGC **Mtro. Juan Gerardo de la Rosa Leyva**	**Dra. Davalos Ávila Elba Edith** Mtra. Luqueño Castro María Claudia Mtro. Guel Cabrera Gerardo Javier Mtra. Ramos Turrubiartes Mariana Monserrat
PROCEDIMIENTO GOBERNADOR PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS, PROCEDIMIENTO GOBERNADOR PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS FÍSICOS, PROCEDIMIENTO GOBERNADOR PARA EL CONTROL DE REGISTROS DE CALIDAD **Mtra. Esther Elizabeth Pérez Lugo**	**Dra. Davalos Ávila Elba Edith** Mtra. Luqueño Castro María Claudia
PROCESO DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD PROCEDIMIENTO GOBERNADOR PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD **Mtra. Eunice Cruz Díaz de León**	**Mtra. Ramos Turrubiartes Mariana Monserrat** Mtro. Guel Cabrera Gerardo Javier
NÚMERO TOTAL DE PROCESOS AUDITADOS:	33

Documento No Controlado Solo para Información

I. RESUMEN DEL INFORME:

Requisito de la norma ISO 9001:2015	Número de no conformidades
7.2 Competencia. La organización debe: a) determinar la competencia necesaria de las personas que realizan bajo su control un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad.	**1**
7.3. Conciencia La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización son conscientes de: b) los objetivos de la calidad pertinentes; d) las implicaciones de no cumplir los requisitos del sistema de gestión de la calidad.	**1**
8.1 Planificación y control operacional La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la producción de productos y servicios, y para implementar las acciones determinadas mediante: d) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios; e) la determinación, mantenimiento y la conservación de la información documentada en la medida necesaria: 1) para confiar en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado; 2) para demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos.	**1**
8.5.1 Control de la producción y prestación del servicio. La organización debe implementar la producción y prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable: c) La implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o las salidas, y los criterios de aceptación para los productos y servicios.	**1**
9.1.3. Análisis y evaluación La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados originados por el seguimiento y la medición. Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar: a) la conformidad de los productos y servicios; b) el grado de satisfacción del cliente; c) el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad; d) si lo planificado se ha implementado de forma eficaz; e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades; f) el desempeño de los proveedores externos; g) la necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad.	**1**
Total de no conformidades	**5**

II. RESUMEN DE LA AUDITORÍA:

2.1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA
Verificar la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad de la BECENE, así como de las acciones correctivas que se han implementado en las no conformidades detectadas, considerando un enfoque a procesos, gestión de riesgos y oportunidades, las necesidades y expectativas de las partes interesadas, la política de calidad y el cumplimiento a los objetivos de calidad de acuerdo a lo establecido en la Norma ISO 9001:2015.

Documento No Controlado
Solo para Información
S G C

2.2 ALCANCE DE LA AUDITORÍA

La auditoría interna realizará un ejercicio de seguimiento del Sistema de Gestión de Calidad, en cumplimiento a lo establecido en las políticas de operación para Auditorías Internas de Calidad de la BECENE. Por consiguiente, el presente ejercicio de auditoria alcanza los macroprocesos y procesos declarados en el sistema, así como la interacción entre ellos. Lo anterior en cumplimiento del punto 4.4.1 de la Norma ISO 9001:2015. El ejercicio se llevará acabo de manera presencial. Este ejercicio se enfocará en los siguientes puntos de la Norma ISO 9001:2015; **4.1, 4.2, 6.1, 6.2, 6.3, 7.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.4, 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3. 8.5. 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6, 8.7, 9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.2, 9.3, 9.3.1, 9.3.2, 9.3.3, 10.1, 10.2, 10.3**.A los cuales se sumará a los responsables de macroprocesos y Alta Dirección los puntos 5.1, 5.1.1, 5.1.2, 5.2, 5.2.1, 5.2.2, 5.3. 9.3.3.

2.3 CRITERIOS DE LA AUDITORÍA

Se procederá conforme la Norma Internacional ISO 9001:2015 para verificar el cumplimiento en lo que se refiere a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad; atendiendo a las exclusiones marcadas por el manual de calidad de la institución en los puntos 7.1.5, 7.1.5.1., 7.1.5.2., 8.3, 8.3.1, 8.3.2, 8.3.3, 8.3.4, 8.3.5, 8.3.6

2.4 HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

Fortalezas del Sistema de Gestión de Calidad. (Implementación eficaz)

Se realizó la auditoría **A1/2025** en la fecha programada basada en los principios de la gestión de la calidad (enfoque al cliente, liderazgo, participación de las personas, enfoque basado en procesos, mejora, toma de decisiones basada en la evidencia, gestión de relaciones). Los métodos utilizados para determinar la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad fueron: entrevistas con los dueños de proceso y/o partes interesadas, revisión documental a través del muestreo y/o información declarada.

Validación del alcances y exclusiones:

Se validó el alcance del Sistema de Gestión de Calidad; al confirmar que los procesos establecidos en el presente ejercicio de auditoría se encuentran declarados dentro del SGC (algunos aún se encuentran en proceso producto de la restructuración institucional debido al Manual de Organización y Procedimientos 2021) y operan bajo la Norma Internacional ISO 9001:2015.

La organización es conforme con la planificación, los requisitos de la Norma Internacional ISO 9001:2015 y con los determinados por el propio Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

Durante la auditoría se percibió en la mayoría de los operadores de macroprocesos y procesos responsabilidad en la realización de lo declarado y mejora continua.

Se verificó que en la mayoría de los procesos cuentan con el recurso humano, la infraestructura institucional disponible, los procedimientos e información operativa y el personal capacitado para cumplir con lo mencionado en el alcance, de acuerdo con el manual de funciones del periodo revisado y manual de calidad de la BECENE, con excepción de las dos no conformidades abiertas del área de seguimiento curricular.

La organización determina a través del Manual de Calidad las siguientes excepciones: 7.1.5 (Recursos de seguimiento y medición), y 8.3 (Diseño y desarrollo de los productos y servicios). Los puntos de la norma mencionados anteriormente se establecen como excepciones por que la organización no necesita equipo o maquinaria especial de medición, y por qué los programas de estudio que implementa la institución son proporcionados por una organización externa (DEGESuM) y se participa en codiseño para el plan de estudios 2022. Se mantiene como fortaleza la disposición de la mayoría de los dueños de Macroprocesos y procesos para la ejecución y atención del ejercicio de auditoría interna A1/2025, esto con fundamento en lo siguiente: El equipo auditor destaca:

• Se demuestra en la mayoría de las áreas de la institución compromiso y conciencia de las acciones que realizan para ofrecer un servicio para satisfacer las necesidades e intereses de las partes interesadas aún y cuando algunos de los operadores de procesos y macroprocesos continúan adaptándose al puesto que desempeñan, además de que han influido situaciones del contexto como el hecho de la inestabilidad laboral por las políticas actuales del gobierno desde el 2021, la participación en los procesos de evaluación de instancias externas como CIEES y SEAES.

• La curva de aprendizaje es evidente se encuentra que en algunos de los macroprocesos continúan en

Documento No Controlado solo para Información S G C

proceso de adaptación a las funciones de los nuevos responsables debido a la restructuración del organigrama que se generó por la entada en vigencia del Manual de Organización y Procedimientos 2021 y por cambios debido a situaciones generadas por la salida o reingreso de la institución de algunos operarios.
• Se identifica el avance de la alineación de los procedimientos al Manual de Organización y Procedimientos, pero aún no ha concluido.
•Implementar alguna estrategia extra para proteger la información y la propiedad intelectual de los trabajos de los investigadores, cuentan con algunas herramientas pero que puede haber más acciones para dar certeza de la protección de la información en la dirección de investigación educativa.
• No se contaba en algunas áreas con anexo análisis de datos disponible para análisis previo a realizar la auditoría.
•Se identificó en el departamento de recursos materiales como una necesidad prioritaria el establecimiento de canales de comunicación eficaces que faciliten la interacción y el flujo de información entre todas las partes interesadas respecto al uso adecuado de las instalaciones. Estos canales deben permitir también la difusión de los elementos necesarios para la correcta prestación de los servicios, promoviendo una mayor conciencia ecológica entre el personal. Esta acción contribuiría a mejorar el ambiente laboral, especialmente en aquellas áreas donde el personal percibe una carga excesiva de trabajo y responsabilidad, generando un entorno más colaborativo y equilibrado.
• Las situaciones de afectación del contexto laboral siguen manifestándose e impactando en el desarrollo de los procedimientos establecidos en la institución.

Oportunidades de mejora. (Riesgos, observaciones).

Se observa que en la mayoría de los macroprocesos identifican que el enfoque basado en riesgos les permite gestionar la incertidumbre en todos los procesos, para identificar los efectos no deseados en los riesgos y se potencialice las oportunidades para lograr los resultados previstos. Se identificó durante la revisión documental que aún está pendiente de actualizar documentación para que cumpla estar alineada al Manual de Organización y Procedimientos 2021. En algunos macroprocesos al identificar producto no conforme se levantaron no conformidades que están atendiendo.
En el macroproceso de **Servicios Administrativos** como en auditorías anteriores el liderazgo del director del área, dominio de la Norma Internacional ISO 9001:2015, comprende la relevancia de sus acciones como un área de apoyo al servicio educativo que se ofrece en la Institución, pues el abordar riesgos y oportunidades le ha permitido proponer cambios para lograr la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios. Reconoce que se siguen planteando acciones para que, el mantenimiento y limpieza de la institución, así como el número de incidencias del personal docente, de apoyo y de mantenimiento logren mejorar. Se logró el cumplimento de los objetivos en un 96.10%.
En el macroproceso de **Formación inicial** no se muestra evidencia de acciones para verificar que se cumple con los criterios de aceptación del servicio, se encuentran abiertas dos no conformidades y se detectaron inconsistencias en los datos presentados en tutoría y en seguimiento curricular.
En el macroproceso de **Investigación Educativa** tiene establecido fortalecer la investigación educativa en la institución impulsando el desarrollo de proyectos de investigación y la difusión del conocimiento generado a través del logro del 90% de los indicadores anuales y logró en el periodo revisado el 100% y cerró las no conformidades levantadas en la auditoría anterior.
En el macroproceso de **Extensión Educativa** en su objetivo de calidad señala contribuir al desarrollo armónico de los estudiantes normalistas, mediante el logro anual de las metas determinadas para la formación complementaria, expresadas en los indicadores de calidad de los procesos del área y en este periodo obtuvo un incremento con respecto al periodo anterior de 8.6% obteniendo un 92.6%, se señala como observación que se puede establecer mayor claridad en lo que respecta al desempeño de los proveedores para que este aspecto logren los requisitos establecidos y lograron cerrar las no conformidades de la auditoría anterior, que como acción de mejora los llevó a la modificación de uno de sus procedimientos al hacer el análisis de causa raíz, fue en el Procedimiento Operativo para las Actividades Físicas y Deportivas. Están pendientes de dar de alta los tres procedimientos que pertenecen al Departamento de vinculación.
En el macroproceso del **Centro de Información Científica y Tecnológica** (CICyT) tiene establecido como objetivo de calidad garantizar en un 85% el cumplimiento de la prestación de servicios de información científica y tecnológica para fortalecer los procesos académicos y de investigación educativa por semestre y

Documento No Controlado Solo para Información SGC

declara un 96.67% de grado de logro, logró cerrar las no conformidades de la auditoría anterior con precisión y en breve tiempo, demuestra que toma acciones correctivas como preventivas.

El macroproceso de **Planeación y Evaluación Institucional** tiene como objetivo de calidad contribuir de manera efectiva al fortalecimiento de los procesos de planeación y evaluación institucional para la mejora del servicio educativo a través del cumpliendo de un 80% de los indicadores específicos, de manera semestral. Se dieron de alta dos nuevos procedimientos que son Coordinación de logística y eventos especiales y planeación institucional y obtuvo 90.54% en el periodo evaluado. Durante la auditoría se evidenció que el procedimiento operativo continua en proceso de consolidación y eso implica un desfase en el desarrollo de las actividades de las coordinaciones a su cargo, se tiene declarado el Procedimiento Operativo para la Evaluación al Personal Administrativo y de apoyo, pero no está siendo operado.

El macroproceso de **Estudios de Posgrado** tiene establecido como objetivo de calidad apoyar la formación continua de profesionales de la educación con el logro del 80% de las metas establecidas en los procesos de aplicación de los programas, obtención de grado y seguimiento de egresados.

La **Alta Dirección** tiene como objetivo de calidad garantizar la calidad del servicio educativo que brinda la institución, a través de la estrategia operativa y auditorias del Sistema de Gestión de la Calidad bajo la norma ISO 9001 vigente, de forma semestral. Durante la entrevista se identifica que su liderazgo ha permitido que la institución esté logrando avances que se habían visto debilitados por situaciones del contexto laboral y muestra evidencias contundentes de ello. **Auditorías Internas de Calidad** tiene como objetivo de calidad implementar auditorías internas de calidad de manera efectiva, oportuna y objetiva que permitan la identificación de áreas de oportunidad y la mejora continua en el servicio educativo que se ofrece, logrando un 90% en los indicadores establecidos y se ha cumplido con la meta anual.

El área de Comunicación Digital y Control de Documentos, tiene a su cargo los siguientes procedimientos: Procedimiento Gobernador para Elaborar Procedimientos su objetivo es establecer las directrices para la elaboración de procedimientos en la Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado de San Luis Potosí (BECENE), **Procedimiento Gobernador para el Control de Documentos Electrónicos** tiene como objetivo asegurar la disponibilidad de documentos electrónicos vigentes en la página electrónica de la institución, para cuando así lo requieran las partes interesadas; así como establecer los mecanismos necesarios que garanticen la autenticidad, integridad y disponibilidad de los documentos electrónicos identificados en el contexto de las actividades de la organización y que estén definidos en el sistema, **Procedimiento Gobernador para el Control de Documentos Físicos** establece como objetivo asegurar la disponibilidad de documentos físicos actualizados donde sean requeridos y establecer los mecanismos necesarios para mantener el control de todos los documentos físicos que estén definidos en el Sistema de Gestión de la Calidad y que impacten en la calidad de los productos y/o servicios. Como acción de mejora se continua con el agregado del marco de agua de “Documento No Controlado solo para Información” que se encuentra en el sitio del SGC, se participó en la charla de la reunión general con el Análisis del Buzón de QSF y su Rediseño: Un Paso Más Hacia la Mejora Continua.

Documento No Controlado solo para información SGC

III. DESCRIPCIÓN DE LA (S) NO CONFORMIDAD (ES)

REQUISITO DE LA NORMA	DECLARACIÓN DE NO CONFORMIDAD	EVIDENCIA OBJETIVA RELACIONADA

7.2 Competencia. La organización debe: a) determinar la competencia necesaria de las personas que realizan bajo su control un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad.	El desconocimiento del procedimiento operativo de Seguimiento Curricular por parte de la operadora afecta al desempeño y la eficacia del SGC.	La operadora del procedimiento declara que la muestra estratificada se determina por la dueña del macroproceso. Sin embargo, las muestras no son representativas ya que solo se toman dos planeaciones por cada una de las ocho licenciaturas, proporcionadas por los coordinadores de carrera. Demuestra una falta de comprensión de su procedimiento operativo. Dada la no conciencia respecto a quién es el cliente, no existe seguimiento a la satisfacción del mismo y no hay datos que analizar. Siguen abiertas las dos NC de la auditoría anterior.
7.3. Conciencia La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización son conscientes de: b) los objetivos de la calidad pertinentes; d) las implicaciones de no cumplir los requisitos del sistema de gestión de la calidad.	Durante la entrevista de auditoria se identifica que la operadora del Macroproceso de la división de estudios de posgrado no es consciente de las implicaciones de no cumplir los requisitos del sistema de gestión de la calidad 1.- al no mostrar evidencia objetiva de la causa de dar de baja el procedimiento operativo de Selección e inscripción de los aspirantes a los programas de maestría, 2.- presentar datos sobre la medición de indicadores de procedimientos no vigentes 3.- presenta la medición del indicador “El 80 % en el cumplimiento de los objetivos del programa cursado de doctorado” en 0%, declarando que el procedimiento no se ha operado.	La información documentada presenta muchas discrepancias. 1.- No muestra una evidencia objetiva de la causa de eliminación de procedimiento operativo, selección e inscripción de los aspirantes a los programas de maestría 2.- En el informe de revisión por la dirección en el apartado medición de la satisfacción del cliente, muestra resultados de un procedimiento operativo eliminado con antelación 3.- En el documento Cumplimiento de Objetivos de Calidad, muestra la medición de un indicador en cero, sin justificar la razón de esa falta de medición. Solo documenta que no se considera en el procedimiento final del doctorado.

Documento No Controlado solo para Información SGC

8.1 Planificación y control operacional La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la producción de productos y servicios, y para implementar las acciones determinadas mediante: d) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios; e) la determinación, mantenimiento y la conservación de la información documentada en la medida necesaria: 1) para confiar en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado; 2) para demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos.	La operadora del Procedimiento Operativo de Tutoría no muestra evidencia de que el procedimiento se opera y controla como se tiene declarado para demostrar la conformidad del servicio.	Desconoce el número de alumnos que se atiende en tutoría. Desconoce el número de alumnos que solicitaron los servicios de tutoría. La información que se declara en el informe de revisión por la dirección es inconsistente respecto del indicador. Declara haber realizado un cambio sin mostrar evidencia de la solicitud de cambio en el SGC en el procedimiento operativo declarado.
8.5.1 Control de la producción y prestación del servicio. La organización debe implementar la producción y prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable: c) La implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o las salidas, y los criterios de aceptación para los productos	La dueña del macroproceso de Formación Inicial no muestra evidencia de acciones para verificar que se cumplen los criterios de aceptación del servicio.	No se presenta evidencia objetiva

Documento No Controlado solo para Información S G C

9.1.3. Análisis y evaluación La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados originados por el seguimiento y la medición. Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar: a) la conformidad de los productos y servicios; c) el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad; d) si lo planificado se ha implementado de forma eficaz;	La operadora de macroproceso de la división de estudios de posgrado no presenta evidencia objetiva del análisis, evaluación e información apropiados, originados por el seguimiento y la medición de los datos que demuestran la conformidad del servicio que ofrece, del indicador "El 80 % en el cumplimiento de los objetivos del programa cursado de doctorado". Documenta la obtención de un 0 % de resultado y que La operadora del macroproceso no realizó el análisis y la evaluación de los datos y la información apropiados originados por el seguimiento y la medición, del indicador "El 80 % en el cumplimiento de los objetivos del programa cursado de doctorado". Aunque señala que "Este indicador no se consideró en el procedimiento final de doctorado", no plantea un análisis de la causa de presentarlo en un 0% de logro, este dato al ser integrado en el cálculo del porcentaje del cumplimiento del objetivo de la calidad da como resultado 71.75% es decir no representa el resultado declarado del 95%.	El objetivo de la calidad declarado es: Apoyar la formación continua de profesionales de la educación con el logro del 80% de las metas establecidas en los procesos de aplicación de los programas, obtención de grado y seguimiento de egresados. Reporta que el nivel de logro obtenido en el periodo de agosto 2024 a enero 2025 fue de 95 %. Sin embargo, este cálculo no integra al 0% obtenido y al realizar el cálculo se obtiene el siguiente dato: Métodos de cálculo (95%+97%+95%+0%) /4=71.75%

Documento No Controlado solo para Información SGC

3.1. CONCLUSIONES DE AUDITORÍA
El Sistema de Gestión de la BECENE se establece, implementa, mantiene y mejora de acuerdo con lo que establece la Norma 9001:2015, cumple con el alcance declarado, de acuerdo con la política y objetivos de calidad. Se encuentra en proceso de consolidación de la Norma; al llevar a los dueños de proceso al análisis reflexivo, y proactivo hacia la mejora continua y en atención del contexto actual. Lo que demanda la integración óptima de la organización, sus procesos y constante apertura al cambio. Se advierte la necesidad de fortalecer y asegurarse el dominio generalizado de los procesos que se operan y la interacción con otros, con especial atención al proceso de reingeniería que la organización está implementando, los Macroprocesos de Formación Inicial y Estudios de Posgrado lograrán fortalecer estas áreas de oportunidad detectadas con los integrantes de su equipo. Concluir la alineación de la documentación con el Manual de Organización y Procedimientos 2021 que es el vigente en todos los macroprocesos. La actitud de los entrevistados permitió que la auditoría fuera fluida, se pudo identificar que hay acciones para la mejora identificando los riegos y oportunidades.

IV. **PERSONAL CONTACTADO**

Documento No Controlado solo para Información S G C

NOMBRE	ÁREA	PUESTO
Dr. Francisco Hernández Ortiz	Dirección General	Director General
Mtro. Juan Gerardo de la Rosa Leyva	Dirección General	Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad
Mtra. Esther Elizabeth Pérez Lugo	Dirección General	Control de Documentos
Mtra. Eunice Cruz Díaz de León	Dirección General	Auditor Líder
Mtra. Marcela de la Concepción Mireles Medina	Dirección Académica	Directora de área
Mtro. Rene Javier Oros Ramírez	Dirección Académica	Coordinador de la licenciatura en Enseñanza y Aprendizaje de las matemáticas
Mtro. Edgar Virgilio Torres Gómez	Dirección Académica	Coordinador de la licenciatura en Enseñanza y Aprendizaje de la historia
Mtra. Fátima Guadalupe Fabián Vanegas	Dirección Académica	Coordinadora de la licenciatura en Enseñanza y Aprendizaje del inglés
Mtra. Martínez García Dafne Eunice	Dirección Académica	Coordinación de Tutorías
Mtra. Luz Elena Cervantes Saucedo	Dirección Académica	Coordinación de Seguimiento Curricular
Mtra. María Yolanda Herrera Huelga	Dirección de Servicios De Información Científica Y Tecnológica	Directora de área
Ing. Juan José Marentes Zapata	Dirección de Servicios De Información Científica Y Tecnológica	Procedimiento Operativo para la Administración de la Información de la Página Web Institucional
Mtro. José Wilfredo Aronia Silva	Dirección de Servicios De Información Científica Y Tecnológica	Procedimiento Operativo para la Administración de la Plataforma Educativa
Mtra. Patricia Valdez Rosales	Dirección de Servicios De Información Científica Y Tecnológica	Procedimiento Operativo para la Organización de la Información Procedimiento Operativo para el Préstamo del Acervo
Genaro Israel Casas Pruneda	Dirección de Servicios De Información Científica Y Tecnológica	Procedimiento Operativo para realizar Servicios Tecnológicos de Mantenimiento e Internet de la Institución
Mtra. Sybil González Treviño	Dirección de Extensión Educativa	Directora de área
Mtro. Gustavo Alejandro Guerrero Sánchez	Dirección de Extensión Educativa	Departamento Desarrollo Cultural
Mtro. Aaron David González Sandoval	Dirección de Extensión Educativa	Departamento de Desarrollo Deportivo
Dra. Larisa Martínez Escobar	Dirección de Extensión	Proceso Servicios de Salud

Documento No Controlado solo para Información S G C

	Educativa	
Dra. Gisela de la Cruz Torres Méndez	Investigación Educativa	Directora de área
Dra. Olga Leticia Álvarez Cooper	Investigación Educativa	Coordinación de Proyectos de Investigación
Dra. María Esther Pérez Herrera	Investigación Educativa	Coordinación de Cuerpos Académicos
Dra. Dora Lilia Mendoza Partida	Planeación y Evaluación Institucional	Directora de área
Mtra. Alejandra Sánchez Pérez	Planeación y Evaluación Institucional	Departamento de Evaluación Institucional
Mtra. Martha Ibáñez Cruz	Planeación y Evaluación Institucional	Departamento de Planeación
Mtra. Diana Karina Hernández Cantú	Planeación y Evaluación Institucional	Evaluación al Desempeño Docente
Dra. María Guadalupe Escalante Bravo	Dirección de Estudios de Posgrado	Directora de área
Dra. Ma. De Lourdes García Zárate	Dirección de Estudios de Posgrado	Coordinación de Investigación
Dra. Elida Godina Belmares	Dirección de Estudios de Posgrado	Seguimiento de Egresados de los Programas de Posgrado
Dr. Jesús Alberto Leyva Ortiz	Servicios Administrativos	Director de área
Mtra. Leticia Camacho Zavala	Servicios Administrativos	Control Escolar
Mtro. Gustavo Federico Infante Prieto	Servicios Administrativos	Departamento de Recursos Materiales
Mtra. Erika Lizeth Contreras Verástegui	Servicios Administrativos	Departamento de Recursos Humanos

ELABORADO	REVISADO
Mtra. Eunice Cruz Díaz de León	Mtro. Juan Gerardo de la Rosa Leyva
AUDITOR LÍDER	REPRESENTANTE ANTE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Mtra. Eunice Cruz Díaz de León	Mtro. Juan Gerardo de la Rosa Leyva	Dr. Francisco Hernández Ortiz
Firma			
Fecha	22 de febrero de 2023	23 de febrero de 2023	24 de febrero de 2023

Documento No Controlado S G C Solo para Información