

	Nombre del documento:		Código: BECENE-SGC-PG-05-04
	Informe de Auditoría Interna		Revisión: 1
			Página 1 de 13

No. DE AUDITORÍA	ORGANIZACIÓN AUDITADA/ÁREA	FECHA DE REALIZACIÓN DE AUDITORÍA
A1/26	BECENE	25 DE MAYO AL 1ERO DE JUNIO DE 2026
AUDITOR LÍDER RESPONSABLE DE LA AUDITORÍA		
MTRA. EVA BIBIANA OBREGÓN GONZÁLEZ		

EQUIPO DE AUDITORES	
MACROPROCESOS	EQUIPOS
FORMACIÓN INICIAL	Mtro. Aronia Silva José Wilfredo Dr. Saavedra López Julián Mtra. Gallegos Reyna Gladys Priscilla Mtra. Obregón González Eva Bibiana Mtra. Cervantes Tapia Yeminá Dra. Dávalos Avila Elba Edith Mtra. Hernández Cantu Diana Karinna Mtro. Infante Prieto Gustavo Federico Mtro. De la Rosa Leyva Juan Gerardo Mtro. Osteguín Mier Juan Ignacio Mtra. Pérez Lugo Esther Elizabeth Dra. Turrubiarres Cerino Nayla Jimena Mtra. Salas Pontón María Leonora Mtro. Torres Méndez Vicente
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	Mtro. Torres Cepeda Manuel Dra. Martínez García Dafne Eunice Dra. López Oviedo Hilda Margarita Mtro. Aronia Silva José Wilfredo Dr. Saavedra López Julián Mtra. Gallegos Reyna Gladys Priscilla Mtra. Obregón González Eva Bibiana Mtro. De la Rosa Leyva Juan Gerardo Mtro. Osteguín Mier Juan Ignacio
INVESTIGACIÓN EDUCATIVA	Mtra. Torres Moreno Rosangel de Guadalupe
FORMACIÓN PROFESIONAL DE LOS ESTUDIANTES DE MAESTRÍA	Mtra. Pérez Lugo Esther Elizabeth Dra. Turrubiarres Cerino Nayla Jimena Mtra. Díaz Pérez Klaudia Tatiana Dayanira Mtra. Hernández Cantu Diana Karinna Mtra. Salas Pontón María Leonora Mtro. Torres Méndez Vicente Mtro. Torres Cepeda Manuel
SERVICIOS ESTUDIANTILES PARA LA FORMACIÓN INTEGRAL DEL ALUMNO DE LA BECENE	Mtra. Díaz Pérez Klaudia Tatiana Dayanira Mtra. Hernández Cantu Diana Karinna Dra. Martínez García Dafne Eunice Dra. López Oviedo Hilda Margarita Mtra. Torres Moreno Rosangel de Guadalupe Mtro. De la Rosa Leyva Juan Gerardo Mtro. Osteguín Mier Juan Ignacio Mtra. Gallegos Reyna Gladys Priscilla Mtra. Obregón González Eva Bibian
PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN	Mtra. Torres Moreno Rosangel de Guadalupe Mtra. Pérez Lugo Esther Elizabeth Dra. Turrubiarres Cerino Nayla Jimena Mtro. Aronia Silva José Wilfredo Dr. Saavedra López Julián
SERVICIOS DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA	Mtra. Cervantes Tapia Yeminá Dra. Dávalos Avila Elba Edith Mtra. Hernández Cantu Diana Karinna Mtro. Infante Prieto Gustavo Federico Dra. Martínez García Dafne Eunice Dra. Hilda Margarita López Oviedo Mtra. Salas Pontón María Leonora

	Nombre del documento:		Código: BECENE-SGC-PG-05-04
	Informe de Auditoría Interna		Revisión: 1
			Página 2 de 13

	Mtro. Torres Méndez Vicente Mtro. Torres Cepeda Manuel
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Mtra. Hernández Cantú Diana Karina Mtro. Infante Prieto Gustavo Federico Mtra. Cervantes Tapia Yeminá Dra. Dávalos Avila Elba Edith
ALTA DIRECCIÓN	Mtra. Torres Moreno Rosangel de Guadalupe Mtra. Gallegos Reyna Gladys Priscilla

NÚMERO TOTAL DE PROCESOS AUDITADOS:	65
--	-----------

I. RESUMEN DEL INFORME:

Requisito de la norma ISO 9001:2015	Número de no conformidades
4. Contexto de la Organización	1
5. Liderazgo	1
6. Planificación	4
7. Apoyo	5
8. Operación	1
9. Evaluación al Desempeño	2
10. Mejora	3
Total de no conformidades	17

II. RESUMEN DE LA AUDITORÍA:

2.1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA
Verificar el cumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad de la BECENE, con enfoque a procesos asegurando que los procesos estratégicos, operativos y de apoyo se ejecuten según lo planificado, enfocado en la mejora continua y la satisfacción del cliente, gestión de riesgos y de conformidad a lo establecido en la Norma ISO 9001:2015. ESPECÍFICOS Evaluar la eficacia del sistema de gestión en la consecución de los objetivos de la calidad establecidos por la institución. Identificar oportunidades de mejora y no conformidades en los procesos estratégicos, operativos y de apoyo. Verificar la conformidad con los requisitos legales y necesidades de los clientes. Validar el liderazgo y la cultura de calidad, asegurando que la alta dirección comprenda y apliquen los principios de la norma.
2.2 ALCANCE DE LA AUDITORÍA
La auditoría interna realizó 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 auditoría alcanza los macroprocesos y procesos declarados en el sistema, así como la interacción entre ellos. El ejercicio se llevó a cabo de manera presencial.
2.3 CRITERIOS DE LA AUDITORÍA

	Nombre del documento: Informe de Auditoría Interna	 BECENE Sistema de Gestión de la Calidad	Código: BECENE-SGC-PG-05-04
			Revisión: 1
			Página 3 de 13

Norma **ISO 9001:2015**, verificar el cumplimiento de la norma y de sus requisitos internos y que las actividades cumplan con lo establecido.
Eficacia en la consecución de los objetivos: evaluar si se están logrando los resultados planificados.
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)

La auditoría A1/2026, no se llevado a cabo en la fecha programada en el plan anual de trabajo, por la dinámica institucional se reprogramo en tres ocasiones, hasta realizarse en las fechas mencionadas previamente, realizando una adecuación para la reunión de apertura, a pesar de los cambios se cumplió con los principios de gestión de la calidad (enfoque al cliente, liderazgo, participación de las persona, enfoque basado en procesos, mejora, toma de decisiones basada en la evidencia, gestión de las relaciones) Los métodos utilizados para determinar la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad fueron: entrevistas con los dueños de proceso 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, si bien existen puestos acéfalos, se evidencia el liderazgo de los equipos de trabajo de los macroprocesos.

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

El equipo auditado se asumió responsable de sus labores y dio respuesta, tuvieron flexibilidad y disposición para poderse llevar a cabo el proceso de auditoría, de igual manera en varias áreas se identifica el liderazgo, la visión hacia la mejora continua de las acciones que realizan y las declaran en sus informes de análisis de datos.

Con respecto a la infraestructura se identifica que hay espacios que no han sido asignados a los operarios, y los equipos tecnológicos no en todos los lugares se encuentran en las condiciones para dar respuesta al trabajo realizado. En ciertas áreas los documentos con los que trabajan no son los declarados en los procedimientos.

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 A1/2026, esto con fundamento en lo siguiente:

El equipo auditor destaca:

- La transición en los puestos estratégicos, tácticos y operativos en algunas áreas se demuestra compromiso y conciencia de las acciones que realizan para ofrecer un servicio para satisfacer las necesidades e intereses de las partes interesadas, con enfoque a la mejora continua, al igual que a los riesgos y oportunidades enunciándolos.

La curva de aprendizaje se evidencia como área prioritaria para atender, a partir de las asignaciones y la operatividad declarada.

Se mostro análisis FODA y matriz de riesgos y oportunidad, al igual que la rendición del informe de análisis de datos, en casi la totalidad de las direcciones de área, queda como oportunidad los mandos tácticos y operativos por hacerlos conscientes de su desempeño (**ACADÉMICA**)

En varias áreas muestran que muchos de los operarios identifican y declaran la mejora continua, que en su momento de la actualización de las interacciones de procesos podrán realizar los cambios que han identificado como necesarios, para atender a la mejora continua.

	Nombre del documento: Informe de Auditoría Interna	 BECENE Sistema de Gestión de la Calidad	Código: BECENE-SGC-PG-05-04
			Revisión: 1
			Página 4 de 13

Buenas prácticas de **POSGRADO**; Excelente la evidencia sobre el análisis de causa raíz ante el rezago de titulación o fallas de competencias en los alumnos. La implementación de cursos de inglés, el software ATLAS.ti y la modificación del proceso de ingreso (ensayo/rúbricas) demuestran un verdadero enfoque de actuar y mejora continua ante las desviaciones detectadas. Se evidencia una Dirección presente que utiliza las reuniones colegiadas y minutas como su principal mecanismo de despliegue estratégico y control operacional.

Mi reconocimiento al equipo auditor, que con tiempo rindieron sus listas de verificación, acudieron con el personal al que se le iba a auditar para concertar fecha y hora de la realización siempre con la buena disposición y flexibilidad para los horarios atendiendo a la dinámica institucional, con la entrega oportuna de la evidencia de la información recabada.

Oportunidades de mejora. (Riesgos, observaciones).

Capacitar a los tres niveles de mando acerca del impacto que tiene el enfoque basado en riesgos, al mismo tiempo, les permitirá gestionar la incertidumbre en lo que hacen, buscando dar certeza a los procesos declarados, aunado al cumplimiento de los indicadores.

En todas las áreas aun se encuentra pendiente la actualización de anexos que son el marco regulatorio de los procesos al interior de las direcciones, se hace una recomendación que al momento de documentarlos alinear al Manual de Organización y Procedimientos 2021, de igual forma considerar marcos normativos y regulatorios, que le den sentido de cumplimiento a las acciones declaradas en sus procedimientos.

Respecto al manual de calidad, los documentos anexos [BECENE-DG-MC-01-04](#) "Definición e interacción de procesos", [BECENE-DG-MC-01-05](#) "mapa del macroproceso", en la totalidad de los macroprocesos no se encuentran actualizados, incluso deben alinearse al documento BECENE-DG-OQ-01 "objetivos de calidad".

En el proceso de revisión por la dirección, (Académica, Servicios Administrativos) al mostrar los resultados se identificaron que los indicadores de sus áreas no fueron alcanzados dando por consecuencia que deba trabajarse el procedimiento gobernador de acciones correctivas. Incluso las que se identifican en la cotidianidad de sus actividades para integrar la información que, de sustento y validez al plan de acción para erradicar el no cumplimiento, invitación a la jefatura de evaluación institucional.

Se identifica como actividad necesaria que la comunicación al interior de sus áreas se considere en la totalidad de los equipos para compartir las actividades que como área les toca realizar, aspectos a revisar en la dirección académica y la dirección de planeación y evaluación. Esta acción contribuiría a mejorar el ambiente laboral, especialmente en aquellas áreas donde el personal percibe una exclusión, y la intención es generar un entorno más colaborativo y equilibrado.

Se identifica como área de oportunidad trabajar la interacción de procesos y como otras áreas nutren al desarrollo y desempeño de **EXTENSIÓN EDUCATIVA**.

Por parte de las direcciones de área den cumplimiento en las fechas establecidas en la revisión de los informes y en caso de que no alcancen un indicador establezcan comunicación con el auditor líder para gobernador de las acciones correctivas para la documentación de las RAC identificadas a partir del incumplimiento del indicador (**ACADÉMICA, SERVICIOS ADMINISTRATIVOS**)

En el **MACROPROCESO DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS**, la experiencia de ciertos integrantes del área podrá ayudar a asimilar la finalidad de la norma ISO 9001:2015 y su implementación en dicha dirección, la disposición del equipo a aprender y mejorar es evidente. Recomendación para recursos materiales hay espacios que no se han entregado por falta de mantenimiento y adecuación de estos.

En el **MACROPROCESO DE FORMACIÓN INICIAL**, una de las más grandes oportunidades es considerar a todos los integrantes de su equipo, invitarlos, informarles, involucrarlos e implicarlos, se identificó que no a todas las áreas que comprenden esta dirección no han sido convocados a las reuniones de organización, es importante mencionar que al llevar a cabo la auditoria, aquellos compañeros que no son visualizados tuvieron la mejor disposición de dar cuenta de sus acciones, sin embargo se identifica que el liderazgo de esta dirección aun debe trabajarse para poder integrar a su equipo, debido a que es la columna vertebral del sistema; también considerar una capacitación a los operadores desde las jefaturas hasta las coordinaciones respecto a los entregables para documentar a cabalidad la información que se compartirá con la alta dirección y que la toma de decisiones como equipo de trabajo se documenten y puedan evidenciarse, esta

	Nombre del documento: Informe de Auditoría Interna	 BECENE Sistema de Gestión de la Calidad	Código: BECENE-SGC-PG-05-04 Revisión: 1 Página 5 de 13
--	--	--	--

información se identifico a partir de una asesoría a los jefes de departamento para rendir el análisis de datos, comentaron como debería hacerse, mas no esta escrito y no lo hicieron todas las jefaturas. Existen tres Rac's que no se han cerrado debido a que la dirección no ha hecho los cambios en los indicadores (tutoría), y de seguimiento curricular falta compartir las actividades realizadas para solventar sus acciones de cumplimiento.

Respetar lo establecido en el plan anual de trabajo en los periodos de realización de la auditoría interna. Debe existir eficacia en los canales de comunicación con la alta dirección y los operativos de las áreas deben ser más efectiva, debido a que, si esta declarado en el PAT deben respetarse los, y por correo institucional se les aviso deben bajar la información.

Para todas las áreas como se aseguran de que los cambios en sus procesos o actualización de anexos han sido informados a la comunidad que los utiliza

Desde el liderazgo de los macroprocesos con el personal estratégico es importante que en ciertas áreas se asuman responsables y lidereen a sus equipos, se comprometan a los cambios que se requieren de sus áreas y las necesidades que se han declarado, y al no logro del cumplimiento una propuesta de plan de acción para alcanzarlos.

Desde el liderazgo del auditor líder una capacitación a los auditores para que identifiquen los documentos que deben revisarse por procedimiento, aunado al ciclo PHVA, la igual entender los procedimientos desde la parte estratégica, operativa y de apoyo.

En caso de que las áreas detecten no conformidades las documenten con el procedimiento gobernador de acciones correctivas y al interior de sus direcciones documenten sus bitácoras.

Los perfiles de puesto deben revisarse de nueva cuenta para identificar si en sus procedimientos se realiza lo que se manifiesta y poder alinear su actuar a lo establecido de forma normativa.

Al revisar el mapa de Macroprocesos vigente de la institución, se constató que la Dirección de Planeación y Evaluación Institucional no se encuentra integrada formalmente en el flujo de procesos estratégicos, clave o de apoyo. El Macroproceso general del área se encuentra inconcluso, sin determinación de sus entradas, salidas ni secuencias de interacción con otros departamentos.

Para la **DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN**; Operación en "silos". Que el área encargada de la planeación estratégica no esté en el macroproceso genera un aislamiento operativo. Implica que la organización está ejecutando un SGC incompleto y vulnerable a la improvisación.

Se observa la conveniencia de revisar y optimizar los mecanismos de comunicación interna, rendición de cuentas y retroalimentación entre la Dirección de Planeación y la Jefatura del Departamento de Planeación.

Aunque existen herramientas de comunicación formal (como el correo electrónico), se percibe una brecha en la efectividad de la recepción y atención de las solicitudes. Robustecer estos canales mediante reuniones de alineación periódicas, tableros de seguimiento de tareas o minutas de acuerdos asegurará que la comunicación sea verdaderamente bidireccional, mitigando el riesgo de desatención de solicitudes institucionales y mejorando la percepción de escucha activa en el equipo de trabajo.

Se observa la conveniencia de fortalecer los mecanismos de gobernanza, mediación y alineación estratégica entre la Dirección de Planeación y Evaluación Institucional y la Jefatura del Departamento de Planeación. Aunque existen competencias técnicas individuales, la dinámica de interacción actual genera un riesgo latente para la cohesión del SGC. Existe una falta de condiciones organizacionales propicias, lo cual genera bloqueos operativos, resistencia al intercambio de información estratégica y un clima de tensión que compromete el desempeño del SGC. Lo cual puede ser un riesgo institucional para la toma de decisiones, a la vez que anula el enfoque de procesos. Implementar mesas de trabajo formales, definir con claridad los límites de autoridad y evaluar el clima organizacional bajo los parámetros del requisito 7.1.4 permitirá asegurar un entorno laboral "no confrontacional" que facilite el logro de las metas institucionales.

Institucionalizar la Unidad de Protección Civil: Diseñar con carácter de urgencia el proyecto de la Unidad de para la dirección de planeación y evaluación, se recomienda: Protección Civil propuesto en las notas. Esto debe estructurarse bajo tres ejes: Promoción de la cultura del cuidado, Layout de población/áreas (actas y relatorías de legalidad), y asignación formal de brigadas para evitar el overbooking de los directivos en comisiones.

	Nombre del documento:		Código: BECENE-SGC-PG-05-04
	Informe de Auditoría Interna		Revisión: 1
			Página 6 de 13

Garantizar la Trazabilidad del PAT: Automatizar o restringir de forma procedimental la inclusión de eventos masivos. Cualquier actividad fuera del PAT debe someterse a una evaluación de viabilidad de recursos (7.1) y gestión de cambios (6.3) antes de su aprobación.

Rediseño de Encuestas de Satisfacción: Atender el área de oportunidad sobre la "saturación de encuestas" migrando hacia cuestionarios personalizados, ágiles y consolidados mediante herramientas digitales institucionales. Esto asegurará que la Dirección de Planeación y el CICYT procesen y entreguen datos analíticos reales al departamento.

Capacitación Tecnológica y Administrativa: Como se señala en el diagnóstico, el departamento requiere urgentemente un operador capacitado formalmente en el ámbito tecnológico y administrativo para liderar la actualización del macroproceso y reestablecer la comunicación estratégica.

MACROPROCESO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE LOS ESTUDIANTES DE MAESTRÍA; Las anotaciones indican textualmente: "CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS NO ALINEADO AL MACROPROCESO". Además, se menciona que el objetivo está terminado por la Dirección de Posgrado, pero está "pendiente de aparecer" porque el SGC está esperando a otras direcciones para actualizar la información.

Los objetivos de calidad estén documentados y alineados. Que una limitante externa (atraso de otras áreas) detenga la actualización formal es una No Conformidad (NC) latente respecto a la planificación y actualización del SGC.

Se menciona que tienen datos de Doctorado de alta, pero que en el SGC "aún está pendiente o en proceso".

Si el macroproceso auditado formalmente solo cubre "Maestría", pero operativamente ya se están mezclando actividades de Doctorado (como las rúbricas de ingreso compartidas o menciones en informes), existe un riesgo de control y una falta de claridad en los límites del alcance del SGC.

Se declara que existe la necesidad de buscar la estrategia para proteger la información y la propiedad intelectual de los trabajos de los investigadores, de debe dar certeza de la protección de la información, al igual que los operarios de los procedimientos declarados en estas áreas se asuman responsables de su asignación; debido a su condición laboral uno de ellos no se presenta a trabajar, y otro operador de procedimiento por su estatus laboral en proceso de jubilación; en el **MACRO PROCESO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA**.

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

REQUISITO DE LA NORMA	DECLARACIÓN DE NO CONFORMIDAD	EVIDENCIA OBJETIVA RELACIONADA
4.4.1 (Sistema de gestión de la calidad y sus procesos)	El sistema de gestión de la calidad de la institución no tiene definidos, mapeados ni integrados todos los procesos necesarios para su operación, omitiendo de forma crítica las funciones, interacciones y alcances de la Dirección de Planeación y Evaluación Institucional dentro de la arquitectura de macroprocesos de la organización.	Al revisar el mapa de macroprocesos vigente de la institución, se constató que la Dirección de planeación y Evaluación Institucional no se encuentra integrada formalmente en el flujo de procesos estratégicos, clave o de apoyo. El macroproceso general del área se encuentra inconcluso, sin determinación de sus entradas, salidas ni secuencias de interacción con otros departamentos.

	Nombre del documento: Informe de Auditoría Interna		Código: BECENE-SGC-PG-05-04
			Revisión: 1
			Página 7 de 13

5.1 (Liderazgo y compromiso)	El responsable de la dirección de extensión educativa manifestó que no existe interacción entre el proceso bajo su responsabilidad y los demás procesos que integran el sistema de gestión de la calidad. La declaración realizada contrasta con la información documentada del sistema de gestión de la calidad, donde se encuentran definidas las interacciones entre procesos necesarios para la operación eficaz del sistema y el cumplimiento de sus objetivos. Lo anterior evidencia la falta de conocimiento y comprensión respecto a la interacción de los procesos del sistema de gestión de la calidad, lo que puede afectar la gestión coordinada de las actividades, el seguimiento de las entradas y salidas de los procesos, así como la eficacia del sistema en su conjunto.	Definición e interacción de proceso BECENE-DG-MC-01-04
6.1.1 (Acciones para abordar los riesgos y oportunidades)	No se evidenció el análisis del contexto interno y externo, ni las necesidades, requisitos y/o expectativas de las partes interesadas, como lo señala el procedimiento gobernador para la gestión de riesgos y oportunidades BECENE-SGC-PG-12. Departamento de idiomas.	Durante la entrevista al jefe del departamento de idiomas y operador del procedimiento para la implementación de los programas educativos de inglés (BECENE-ACA-DI-PO-01), expresó que no contaba con el anexo "Descripción. Contexto Interno y Externo. Necesidades, requisitos y/o expectativas de las partes interesadas internas y externas" BECENE-SGC-PG-12-01, por lo que no evidencio el proceso de análisis de partes interesadas internas y externas.
6.1.1 (Acciones para abordar los riesgos y oportunidades)	No se evidenció, por parte de las operadoras de los procedimientos operativos; para Titulares de Departamento de las diferentes Licenciaturas BECENE-ACA-DC-PO-01 (en el departamento de lengua y literatura) y del de apoyo a la Generación de Proyectos de Investigación de Carrera (BECENE-ACA-DC-CPI-PO-01, el análisis del contexto interno y externo, ni las necesidades, requisitos y/o expectativas de las partes interesadas (BECENE-SGC-PG-12-01), ni el anexo "Matriz de Riesgos y Oportunidades" (BECENE-SGC-PG-12-02), como lo señala el procedimiento gobernador para la gestión de riesgos y oportunidades BECENE-SGC-PG-12. Departamento de Lengua y Literatura.	Durante la entrevista a operadoras de los procedimientos operativos; para Titulares de Departamento de las diferentes Licenciaturas BECENE-ACA-DC-PO-01 (en el departamento de lengua y literatura) y del de apoyo a la Generación de Proyectos de Investigación de Carrera (BECENE-ACA-DC-CPI-PO-01) expresaron no contar con los anexos, "Descripción. Contexto Interno y Externo. Necesidades, requisitos y/o expectativas de las partes interesadas internas y externas" (BECENE-SGC-PG-12-01) y "Matriz de Riesgos y Oportunidades" (BECENE-SGC-PG-12-02), por lo que no mostraron evidencia de que el procedimiento gobernador para la gestión de riesgos y oportunidades BECENE-SGC-PG-12 lo lleven a cabo conforme a lo establecido en el SGC.

	Nombre del documento:		Código: BECENE-SGC-PG-05-04
	Informe de Auditoría Interna		Revisión: 1
			Página 8 de 13

6.2.1 (Objetivos de calidad y planificación para lograrlos)	La Dirección de la División de Estudios de Posgrado manifestó que sus objetivos y métricas correspondientes ya fueron concluidos y definidos de manera interna; sin embargo el SGC aún no actualiza, debido a que se encuentra a la espera de la información de otras direcciones para proceder con la actualización global.	Durante la revisión documental de los informes de análisis y evaluación del desempeño, se constató de manera explícita la ausencia absoluta de datos e indicadores correspondientes a la dirección de planeación y evaluación; asimismo, no presentaron registros, matrices ni fichas técnicas que definan los objetivos de calidad del área para el ciclo auditado. Se encuentra únicamente en una fase inicial de propuesta o borrador interno ("avance") pendiente de revisión, valoración y aprobación por parte del equipo de dirección.
6.2.1 (Objetivos de calidad y planificación para lograrlos)	Durante la auditoría se identificó inconsistencia entre los objetivos de calidad establecidos en el manual de calidad y los definidos en el plan de calidad del área auditada, encontrándose diferente cantidad y contenido de objetivos sin evidencia documentada de aprobación, actualización o control de cambios. La dirección del área manifestó operar conforme a indicaciones verbales emitidas por responsables del sistema de gestión de la calidad, sin contar con información documentada vigente que sustente las modificaciones realizadas. Dirección de extensión educativa.	Los formatos correspondientes al plan de calidad del área BEECENE-DEEE-PC-01 no se encuentran alineados a los objetivos de calidad establecidos en el formato BECENE-DG-OQ-01 que son los que el área opera.
7.4 (Comunicación)	No se implementan las comunicaciones internas pertinentes para la operación de los procesos declarados en el sistema de gestión de la calidad. Departamento de idiomas.	Durante la entrevista al jefe del departamento de idiomas y operador del procedimiento para la implementación de los programas educativos de inglés (BECENE-ACA-DI-PO-01), expresó que existe una falta de comunicación con su inmediato superior, al ser notificado en repetidas ocasiones de manera "accidental" o "fuera de tiempo" de actividades que impactan el desarrollo de su proceso.
7.5.1 (Información documentada)	Se solicitó la evidencia de los informes periódicos correspondientes al proceso auditado, identificándose que dichos documentos no se encontraban disponibles en la plataforma institucional conforme a las temporalidades establecidas. Posteriormente, se presentó un informe que carecía de las firmas de autorización y validación correspondientes. Asimismo, no se localizaron los informes correspondientes al mes de junio del año anterior ni al mes de enero del presente año. El responsable del proceso manifestó desconocer las temporalidades de entrega de los informes, aun cuando estas se encuentran definidas y documentadas en el sistema institucional. Lo anterior evidencia que no se asegura el control, conservación, disponibilidad y resguardo de la información documentada requerida para la operación, seguimiento y evaluación del proceso, incumpliendo los mecanismos establecidos para la gestión de la información documentada.	Informe de la Revisión por la Dirección: BECENE-SGC-PG-08-02
7.5.2 (Creación y actualización)	El sistema de gestión a través del representante ante la dirección manifiesta que no se han actualizado "Definición e interacción de procesos" BECENE-DG-MC-01-04, y el "mapa del Macroproceso" BECENE-DG-MC-01-05, de todas las direcciones de la institución, y que estos se encuentren a la par de lo declarado en los objetivos de calidad.	En la página del sistema de gestión de la calidad se muestran los anexos no actualizados y no compatibles con lo declarado en los objetivos de calidad.

	Nombre del documento: Informe de Auditoría Interna		Código: BECENE-SGC-PG-05-04
			Revisión: 1
			Página 9 de 13

7.5.3.1 (Control de información documentada)	Durante la entrevista se solicita la evidencia de información documentada sin embargo no muestra el informe del análisis de datos de lo que se realizó durante el periodo auditado, ni formatos de la gestión de riesgos y oportunidades.	Durante la entrevista se solicita la evidencia de información documentada sin embargo no muestra el informe del análisis de datos de lo que se realizó durante el periodo auditado, ni formatos de la gestión de riesgos y oportunidades.
7.5.3.2 (Control de información documentada)	No se usan los anexos actualizados del procedimiento operativo de las actividades físicas y deportivas BECENE-EE-DDD-PO-01, el cual, en la descripción del procedimiento y de los registros, señala el uso de los anexos "Planeación del programa de formación complementaria" BECENE-EE-DDD-PO-01-05 y "Seguimiento al Trabajo de las Selecciones Deportivas" BECENE-EE-DDD-PO-01-06.	Durante la entrevista al operador del procedimiento operativo de las actividades físicas y deportivas BECENE-EE-DDD-PO-01 se identificó el uso desactualizado de los anexos "Planeación del Programa de Formación Complementaria" BECENE-EE-DDD-PO-01-05 y el anexo "Seguimiento al Trabajo de las Selecciones Deportivas" BECENE-EE-DDD-PO-01-06, al mostrar los registros del periodo a revisarse bajo la Revisión: 1.
8.5.1. (Control de la producción y provisión del servicio)	No se usa el anexo establecido en el procedimiento operativo de limpieza, el cual, en la descripción del procedimiento (numeral 2.0) y de los registros, señala el uso del anexo "Solicitud y/o Queja de Limpieza" BECENE-SA-DRM-RMM-PO-01-01.	Durante la entrevista al Jefe del departamento de Recursos Materiales, Responsable de Mantenimiento Menor y Limpieza y Responsable de Compras y Suministro de Productos y Servicios, el operador del procedimiento operativo de limpieza BECENE-SA-DRM-RMM-PO-01 señaló que las solicitudes se recuperan en tarjetones, no en el anexo establecido "Solicitud y/o queja de limpieza" BECENE-SA-DRM-RMM-PO-01-01.
9.1.3 (Análisis y evaluación)	No se evalúa el procedimiento operativo para la implementación de los programas educativos de inglés BECENE-ACA-DI-PO-01, de conformidad con el objetivo de calidad de la dirección académica declarado en el Sistema de Gestión de la Calidad de la BECENE. Departamento de idiomas	Durante la entrevista al jefe del departamento de idiomas y operador del procedimiento para la implementación de los programas educativos de inglés (BECENE-ACA-DI-PO-01), expresó que no mide las actividades realizadas conforme al indicador señalado en el SGC de la BECENE; presentó resultados de medición con características de otros procesos del área académica.
9.1.3. (Análisis y evaluación)	No se evalúa el procedimiento operativo para Titulares de Departamento de las diferentes Licenciaturas BECENE-ACA-DC-PO-01 de conformidad con el objetivo de calidad de la dirección académica declarado en el Sistema de Gestión de la Calidad de la BECENE.	Durante la entrevista al operador del procedimiento para Titulares de Departamento de las diferentes Licenciaturas BECENE-ACA-DC-PO-01, expresó que no mide las actividades realizadas conforme al indicador señalado en el SGC de la BECENE; presentó evidencia de la comunicación de los otros procesos a su cargo.

	Nombre del documento:		Código: BECENE-SGC-PG-05-04
	Informe de Auditoría Interna		Revisión: 1
			Página 10 de 13

10.2 (No conformidad y acción correctiva)	El operador del proceso para la implementación de los Programas educativos BECENE-ACA-DC-CC-PO-01 (en el departamento de lenguas y literatura) tomó acciones para atender el no logro de un indicador; estas acciones no se implementaron conforme a lo señalado en el procedimiento de gestión para la atención de acciones correctivas BECENE-SGC-PG-06. Departamento de Lengua y Literatura	Durante la entrevista a la operadora del procedimiento para la implementación de los Programas educativos BECENE-ACA-DC-CC-PO-01 (en el departamento de lenguas y literatura) expreso haber identificado un incumplimiento durante la integración de su análisis de datos, señalo que tomo acción en coordinación con las áreas del departamento. Al solicitar la evidencia conforme a lo señalado en el procedimiento de gestión para acciones correctivas BECENE-SGC-PG-06, la operadora manifestó no contar con ella.
10.2 (No conformidad y acción correctiva)	Revisión de la evaluación al sistema de gestión de la calidad y la revisión por la alta dirección; cuando presenta los resultados de los indicadores la dirección de servicios administrativos se le identifico el incumplimiento, dando por consecuencia una no conformidad, desde el auditor líder se les envió un correo institucional, donde se les abría el espacio para poder atender la Rac.	Durante la entrevista, la directora de esta área hace referencia que en efecto no alcanzó los indicadores establecidos, y que, en la revisión por la alta dirección, se le hizo el comentario que debería documentar en una RAC, pero que no ha tenido tiempo de realizarlo.
10.2 (No conformidad y acción correctiva)	El departamento de evaluación institucional que cuentan con 5 RACS abiertas por ellos mismos. Muestran evidencia para solventarlas ante el SGC, mas no en los formatos establecidos por el sistema.	No muestra la redacción de las RAC identificadas en su área en el anexo BEENE-SGC-PG-06-01

3.1. CONCLUSIONES DE AUDITORÍA

El Sistema de Gestión de la BECENE se establece, implementa, mantiene y mejora de conformidad con los requisitos de la Norma 9001:2015, cumpliendo con el alcance declarado, la política y los objetivos de calidad. Actualmente el sistema de gestión de la calidad se encuentra en proceso de consolidación impulsando a los líderes de proceso hacia un análisis reflexivo, y proactivo orientado a la mejora continua y a las exigencias del contexto educativo actual.

Esto representa una integración óptima de la organización, sus procesos y constante apertura al cambio. No obstante, se advierte la necesidad de fortalecer y asegurar el dominio generalizado de los procesos operativos y su interrelación, brindando especial atención al proceso de reestructuración que la institución esta implementando.

IV. PERSONAL CONTACTADO.

NOMBRE	ÁREA	PUESTO
Dr. Juan Manuel Guel Rodríguez	Dirección general	Director general
Mtro. Juan Gerardo de la Rosa Leyva	Dirección general	Responsable del Sistema Gestión de la Calidad
Mtra. Esther Elizabeth Pérez Lugo	Dirección general	Responsable de comunicación digital y Control de documentos
Mtra. Eva Bibiana Obregón González	Dirección general	Auditor líder
Mtra. Vianey Covarrubias Cervantes	Dirección Académica	Directora de área
Dra. Dafne Eunice Martínez García	Dirección académica	Departamento de estudios de la Infancia
Mtra. María del Socorro Rincón Hernández	Dirección académica	Coordinadora de Carrera de Licenciatura en Educación Preescolar

	Nombre del documento: Informe de Auditoría Interna		Código: BECENE-SGC-PG-05-04
			Revisión: 1
			Página 11 de 13

ACÉFALO	Dirección académica	Coordinadora de Investigación de Licenciatura en educación preescolar
Mtra. Nubia Marisa Colunga Trejo	Dirección académica	Departamento de pedagogía y educación
Mtro. Manuel Torres Cepeda	Dirección académica	Coordinador de Carrera de Licenciatura educación Primaria
No se le audito	Dirección académica	Coordinador de Investigación de Licenciatura en educación primaria
No se le audito	Dirección académica	Departamento de ciencias del deporte y de la educación física.
Mtra. María Claudia Luqueño Castro	Dirección académica	Coordinador de Carrera de Licenciatura Educación Física
Mtro. Jorge Humberto De Loera Silva	Dirección académica	Coordinador de Investigación de Licenciatura en educación física
Mtra. Alma Rosa Cañedo Gamboa	Dirección académica	Departamento de Lengua y Literatura
Mtra. Sandra Luz Briones Álvarez	Dirección académica	Coordinador de Carrera de Licenciatura en enseñanza y aprendizaje del español
Mtra. María Azareel Vaca Morales	Dirección académica	Coordinador de Investigación de Licenciatura en enseñanza y aprendizaje del español
Mtro. Gilberto Chávez Sánchez	Dirección académica	Departamento de estudios de la inclusión educativa.
Dra. Claudia Isabel Obregón Nieto	Dirección académica	Coordinador de Carrera de Licenciatura en Inclusión Educativa
Mtra. Lorena Reyes Rangel	Dirección académica	Coordinador de Investigación de Licenciatura en Inclusión Educativa
Mtra. Michelle Hernández Castaño	Dirección académica	Departamento de Lenguas extranjeras
Mtra. Xiomara Carrillo Olvera	Dirección académica	Coordinador de Carrera de Licenciatura en enseñanza y aprendizaje del Inglés
No se le audito	Dirección académica	Coordinador de Investigación de Licenciatura en enseñanza y aprendizaje del Inglés
Mtro. Héctor Alberto Turrubiarres Cerino	Dirección académica	Departamento de Matemáticas
Mtro. René Javier Oros Ramírez	Dirección académica	Coordinador de Carrera de Licenciatura en enseñanza y aprendizaje de las matemáticas
Mtro. Jaime Ávalos Pardo	Dirección académica	Coordinador de Investigación de Licenciatura en enseñanza y aprendizaje de las matemáticas
Mtro. Juan José Chávez Reyes	Dirección académica	Departamento de historia
Mtro. Edgar Virgilio Torres Gómez	Dirección académica	Coordinador de Carrera de Licenciatura en enseñanza y aprendizaje de la historia

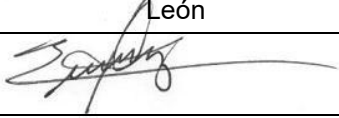
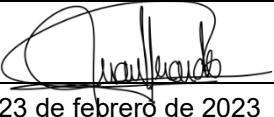
	Nombre del documento: Informe de Auditoría Interna		Código: BECENE-SGC-PG-05-04
			Revisión: 1
			Página 12 de 13

No se le audito	Dirección académica	Coordinador de Investigación de Licenciatura en enseñanza y aprendizaje de la historia
Mtro. Fabian Andrés Pereda García	Dirección académica	Departamento de idiomas
ACÉFALO	Dirección académica	Coordinador de idiomas
Dra. Hilda Margarita López Oviedo	Dirección académica	Departamento de desarrollo curricular
Acéfalo	Dirección académica	Coordinador de tutorías
Mtra. Luz Elena Cervantes Tapia	Dirección académica	Coordinador de seguimiento curricular
Mtra. Fátima Guadalupe Fabián Vanegas	Dirección de servicios administrativos	Directora de área
Dra. Nayla Jimena Turrubiarres Cerino	Dirección de servicios administrativos	Servicios escolares
Belen Wendolin Cervantes García	Dirección de servicios administrativos	Inscripción, acreditación, regularización, certificación
No se le audito	Dirección de servicios administrativos	Titulación
Dra. Hilda Margarita López Oviedo	Dirección de servicios administrativos	Jefa de Departamento de Recursos Humanos
Karla Emilia Medellín Matamoros	Dirección de servicios administrativos	Jefa de Departamento de Recursos financieros
Gloria Jacobo López	Dirección de servicios administrativos	Responsable de contabilidad
Pablo Flores Corpus	Dirección de servicios administrativos	Jefa de Departamento de Recursos financieros
Rodrigo Vargas Torres	Dirección de servicios administrativos	Responsable de mantenimiento menor y limpieza
Agustin Mendoza Vega	Dirección de servicios administrativos	Responsable de compras y suministros de productos y servicios
Mtro. Iván Pérez Oliva	Dirección de Extensión Educativa	Director de área
Dra. Larissa Martínez Escobar	Dirección de Extensión Educativa	Jefa del departamento de servicios de salud.
Dra. Elba Edith Dávalos Ávila	Dirección de Extensión Educativa	Representante institucional ante el IMSS
Dr. Aaron David González Sandoval	Dirección de Extensión Educativa	Jefe del departamento de desarrollo deportivo
Mtro. Gustavo Alejandro Guerrero Sánchez	Dirección de Extensión Educativa	Jefe del departamento de desarrollo cultural
Mtro. Jonathan Enrique Borges Huerta	Dirección de Extensión Educativa	Responsable del programa institucional de seguimiento de egresados.
Mtra. María Yolanda Huelga Herrera	Dirección del CICyT	Directora de área
Ing. Genaro Isareal Casas Pruneda	Dirección del CICyT	Coordinador de servicios tecnológicos
Mtra. Patricia Valdés Rosales	Dirección del CICyT	Coordinador de servicios bibliotecarios
Mtro. Juan José Marentes Zapata	Dirección del CICyT	Responsable de servicio web

	Nombre del documento: Informe de Auditoría Interna		Código: BECENE-SGC-PG-05-04
			Revisión: 1
			Página 13 de 13

Ing. José Wilfredo Aronia Silva	Dirección del CICyT	Responsable de Tecnología Educativa
Dr. Francisco Hernández Ortiz	Dirección de la División de Estudios de Posgrado	Director de área
Dra. Dinora Alicia Garza Calva	Dirección de la División de Estudios de Posgrado	Coordinadora doctorado y responsable de maestría
Dra. Karla Irene Martínez Méndez	Dirección de la División de Estudios de Posgrado	Responsable de seguimiento de egresados (ACEFALO) responde coordinadora de vinculación y extensión educativa
Dra. Carolina Limón Sánchez	Dirección de la División de Estudios de Posgrado	Coordinadora administrativa
Dra. Ma. de Lourdes García Zárate	Dirección de Planeación y Evaluación Institucional	Directora de área
Mtra. Martha Ibañez Cruz	Dirección de Planeación y Evaluación Institucional	Jefa de departamento de planeación institucional
No se le audito	Dirección de Planeación y Evaluación Institucional	Coordinación de logística y eventos especiales
Mtra. Silvia Fernández Aguilar	Dirección de Planeación y Evaluación Institucional	Coordinación de planeación institucional
Dr. Juan Carlos Rangel Romero	Dirección de Planeación y Evaluación Institucional	Jefe departamento de evaluación institucional
Dr. Carlos Adrián Rostro Contreras	Dirección de Planeación y Evaluación Institucional	Coordinación de evaluación al seguimiento institucional
No se le audito	Dirección de Planeación y Evaluación Institucional	Coordinación de evaluación al desempeño
Mtra. María Esther Pérez Herrera	Dirección de Investigación Educativa	Directora de área. Solvento la auditoría de los procedimientos de su área Proyectos de investigación, cuerpos académicos.

ELABORADO	REVISADO
Eva Bibiana Obregón González	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