INFORME DE REVISIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN.

No. IRAD-UPIICSA-2019/2.

M. en C. Sergio Fuenlabrada Velázquez
Director

LAI. Diana Del Valle García
Representante del SGC

LIC. Lucrecia Flores Rosete
Subdirectora Académica

Subdirector de Servicios Educativos e Integración Social

LAI. Carlos Aarón Fuentes Ambriz
Subdirector Administrativo

M. en G. F.I. Hugo David Rodríguez Alarcón
Coordinador Técnico del SGC

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 3

2. OBJETIVO DE LA REVISIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN 4

3. ALCANCE DE LA REVISIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN 4

4. ENTRADAS DE REVISIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN 6

4.1 Estado de las Acciones de Revisiones por la Alta Dirección Anteriores 6

4.2 Cambios en las Cuestiones Internas y Externas Pertinentes 8

4.3 Desempeño y Eficacia del SGC 19

4.3.1 Preferencias en la Comunicación Interna y Externa del SGC 19

4.3.2 Satisfacción del Cliente 22

4.3.3 Grado de Cumplimiento de los Objetivos de Calidad 29

4.3.4 Desempeño de Procesos y Conformidad de Productos o Servicios 31

4.3.5 No Conformidades y Acciones 31

4.4 Desempeño de Proveedores Externos de Bienes y Servicios 37

4.5 Capacidad Operativa (Recursos) 38

4.6 Eficacia de Acciones para Riesgos y Oportunidades 39

5. SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN 42

5.1 Proyecto de Mejora (Oportunidades, Cambios y Recursos) 42

1. INTRODUCCIÓN

La Revisión por la Alta Dirección busca ante todo, dar un panorama global de la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad (**SGC**), respecto a su desempeño, desde su implementación, operación, mantenimiento, mejora y proceso de transición; y alineado con los objetivos (ejes estratégicos) institucionales del Programa de Desarrollo Institucional (**PDI**) a fin de lograr la formación integral de personas, con programas académicos pertinentes, para el desarrollo de las competencias que aseguren una contribución sustentable en el desarrollo social y económico del país.

Por tanto, el presente informe contiene una descripción general resultante de la información obtenida con las diferentes herramientas determinadas para el **SGC**, y que son aplicables a la **Unidad Profesional Interdisciplinaria de Ingeniería y Ciencias Sociales y Administrativas** (UPIICSA) que después de ser revisados a partir de la planificación, operación, control y aseguramiento de la calidad, de manera conveniente de acuerdo con lo estipulado en el requisito 9.3 de la norma ISO 9001:2015. De esta manera han sido considerandos aspectos tales como acciones de seguimiento a Revisiones por la Alta Dirección previas, resultados de auditorías del **SGC**, evaluación de la comunicación interna y externa, evaluación de la satisfacción del cliente, desempeño de procesos, estado de acciones correctivas y/o proyectos de mejora, cambios que podrían afectar al **SGC,** así como recomendaciones para la mejora, que permitan tomar decisiones en torno a la eficacia del Sistema.

Los puntos que estructuran a este informe son los requeridos de acuerdo al requisito 9.3.2 de la norma antes citada, entradas de la Revisión por la Alta Dirección. Es importante destacar el valor que guarda el compromiso y esfuerzo que realiza la Unidad Profesional Interdisciplinaria de Ingeniería y Ciencias Sociales y Administrativas en conjunto con las demás Unidades Académicas de Nivel Superior del Instituto Politécnico Nacional (**IPN**), evidenciado así la entera disposición y participación de todos los involucrados, desde la Alta Dirección hasta el personal operativo, por fortalecer y mantener el **SGC**.

Antecedentes de la Auditoría anterior.

1. Proceso de transición del **SGC** de acuerdo a ISO-9001:2015.
2. Comunicación del contenido del programa a las partes interesadas pertinentes.
3. Definición clara del objetivo, alcance y criterios de la auditoría.

4. Disponibilidad y competencia del grupo auditor designado para realizar la auditoría.
5. Provisión asegurada de los recursos necesarios para llevar a cabo la auditoría.
6. Coordinación conjunta del programa de auditoría y otras actividades relevantes.
7. Participación puntual de los auditados para cumplimiento del tiempo de auditoría.
8. Aseguramiento del manejo y mantenimiento de registros de actividades de auditoría.
9. Asegurar la eficacia del proceso de auditoría.

Bajo este contexto y después de haber cubierto este protocolo, el Jefe(a) del Departamento de Proceso de Acreditación y Certificación (**DPAyC**) de la Dirección de Educación Superior (**DES**), realizó, el día 14 de Enero del año dos mil diecinueve, el comunicado al Director y/o Representante del **SGC** de la Unidad Académica (**UA**) de Nivel Superior UPIICSA para presentar y validar el Programa de Revisiones por la Alta Dirección No. **PRAD-SGC-001-2019**, que describe las fechas, alcance, actividades e información documentada para el desarrollo de la Revisión por la Alta Dirección.

2. OBJETIVO DE LA REVISIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN.

Es importante referir que el objetivo de la Revisión por la Alta Dirección determinado, definido y aplicado corresponde al siguiente:

☑ La Alta Dirección de **UPIICSA**, deberá revisar el **SGC** en cada periodo del ciclo académico, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continuas respecto a la dirección estratégica de la **DES** y del **IPN**.

3. ALCANCE DE LA REVISIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN.

Asimismo, el alcance de la Revisión por la Alta Dirección determinado, definido y validado incluye los siguientes elementos del **SGC**.

Selección del Alcance de la Revisión por la Alta Dirección del SGC			
	Procesos Estratégicos		**Subprocesos Estratégicos**
☑	GESTIÓN DE LA ALTA DIRECCIÓN	☑	Planificación estratégica
		☑	Comunicación interna y externa
		☑	Revisión por la alta dirección
☑	GESTIÓN DE LA CALIDAD	☑	Control de información documentada
		☑	Auditoría interna
		☑	Riesgos y oportunidades
		☑	Evaluación del desempeño y mejora
	Procesos Sustantivos		**Subprocesos Sustantivos**
☑	INNOVACIÓN ACADÉMICA Y EDUCATIVA	☒	Expedición de copia certificada del mapa curricular
		☑	Gestión del diseño y rediseño de planes y programas de estudio de programas académicos
		☑	Acreditación de programas académicos
		☑	Actualización y capacitación de docentes
☒	VALIDACIÓN DE ACCIONES FORMATIVAS Y TRAYECTORIA DE DOCENTES	☒	Validación de documentos y/o materiales didácticos
		☒	Evaluación al desempeño docente
		☒	Asignación de registro académico, réplica o renovación de vigencia para servicios educativos complementarios (cursos, talleres, seminarios o diplomados)
		☒	Registro, coordinación y supervisión de redes académicas
☒	DIFUSIÓN DE LA OFERTA EDUCATIVA DE LAS UA´s	☒	Difusión externa de la oferta educativa
		☒	Organización de la Expo-profesiográfica
☒	VALIDACIÓN DE ACCIONES PARA LA ADMISIÓN	☒	Coordinación de comités
		☒	Elaboración de la guía de preparación para el examen de admisión al nivel superior
		☒	Estructuración, elaboración y aplicación del examen piloto de nivel superior
		☒	Estructuración y elaboración del examen de admisión al nivel superior
☑	GESTIÓN Y VALIDACIÓN DE LA TRAYECTORIA ESCOLAR DEL ALUMNO	☑	Inscripción
		☑	Reinscripción
		☑	Trámite de documentos de gestión escolar
		☑	Elaboración de dictámenes de la COSIE del CTCE
		☒	Reconsideración de situación escolar ante la COSIE del Consejo General Consultivo
☑	ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	☑	Planeación didáctica del proceso de enseñanza-aprendizaje
		☑	Gestión para las prácticas y/o visitas escolares
		☑	Tutorías y asesorías
		☑	Funcionamiento de laboratorios y talleres
		☑	Evaluación del proceso de enseñanza-aprendizaje
☑	INTEGRACIÓN DE COMPETENCIAS PARA LA TITULACIÓN	☑	Prácticas profesionales
		☑	Servicio social
		☑	Gestión de la titulación profesional
		☑	Seguimiento a egresados

Selección del Alcance de la Revisión por la Alta Dirección del SGC			
Procesos De Apoyo		**Subprocesos de Apoyo**	
☑	**SERVICIOS DE APOYO EDUCATIVO**	☑	Servicios Bibliotecarios
		☑	Préstamo de equipo informático
		☑	Gestión de becas
		☑	Movilidad académica
		☒	Emisión del dictamen técnico-académico por acción de movilidad académica
		☑	Actividades culturales y deportivas
		☑	Emprendimiento
		☒	Coordinación y otorgamiento de premios de nivel superior
☑	**RECURSOS HUMANOS Y COMPETENCIA**	☑	Acciones de formación y competencia para PAAE, directivos y docentes adscritos en la DES
☑	**RECURSOS FINANCIEROS**	☑	Gestión, control y ejercicio del presupuesto federal
		☑	Control y ejercicio de recursos excedentes
☑	**RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES**	☑	Adjudicación directa de materiales y/o servicios
		☑	Registro y control de bienes muebles del activo fijo
		☑	Mantenimiento de infraestructura física

4. ENTRADAS DE REVISIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN.

Para llevar a cabo la Revisión por la Alta Dirección, se hace referencia a las siguientes consideraciones que describen el panorama para planificar el seguimiento, operación y mantenimiento del **SGC**, bajo la norma ISO 9001:2015.

4.1 Estado de las Acciones de Revisiones por la Alta Dirección Anteriores.

El estado de las acciones identificadas durante la Revisión por la Alta Dirección debería incluirse como una entrada para la siguiente actividad de Revisión por la Alta Dirección, y hacer el seguimiento ayuda a garantizar que las acciones se toman de manera oportuna.

Conforme al seguimiento de revisión de la información pertinente de las acciones revisadas, se describe la condición final de los hallazgos.

Tabla: Resumen del estado de las acciones de Revisiones por la Dirección anteriores.

Hallazgo					Proceso y/o Subproceso Responsable	Tipo de Acción	Condición Final
Registro No.	Plan y Seguimiento No. (solo aplica para las no conformidades y oportunidades de mejora que no impliquen un Proyecto de mejora)	Proyecto de Mejora No.	Origen	Tipo			
IRAD-UPIICSA-2019/1-1	Integrar la información correspondiente de los egresados con relación a un cohorte generacional.		Revisión por la Alta Dirección	NCm	Enseñanza-Aprendizaje	Correctiva	Abierta
IRAD-UPIICSA-2019/1-2	Solicitar a la Unidad Tecnológica y Campus Virtual el dato de los docentes con calificación 8.5.		Revisión por la Alta Dirección	NCm	Enseñanza-Aprendizaje	Correctiva	Abierta
IRAD-UPIICSA-2019/1-3	Reportar indicador de eficiencia terminal del periodo 2019-1.		Revisión por la Alta Dirección	NCm	Enseñanza-Aprendizaje	Correctiva	Abierta
IRAD-UPIICSA-2019/1-4	Reportar indicador de Alcanzar el 75% de titulación de pasantes en cada generación, hasta 2.5 años después de haber egresado.		Revisión por la Alta Dirección	NCm	Integración de competencias para la Titulación.	Correctiva	Abierta
IRAD-UPIICSA-2018/1-2	Propuesta de modificación a la ficha técnica del indicador en eficacia en procesos.		Revisión por la Alta Dirección.	NCm	Integración de competencias para la Titulación.	Correctiva	Seguimiento

Hallazgo					Proceso y/o Subproceso Responsable	Tipo de Acción	Condición Final
Registro No.	Plan y Seguimiento No. (solo aplica para las no conformidades y oportunidades de mejora que no impliquen un Proyecto de mejora)	Proyecto de Mejora No.	Origen	Tipo			
IRAD-UPIICSA-2018/2-2	Análisis de la causa raíz que determinó que el indicador fue		Revisión por la Alta Dirección	NCm	Recursos humanos y competencia.	Correctiva	Cerrado
IRAD-UPIICSA-2018/2-3	Analizar ficha técnica de indicador de eficacia para		Revisión por la Alta Dirección	NCm	Recursos Financieros	Correctiva	Cerrado
IRAD-UPIICSA-2018/2-4	Analizar la ficha técnica de Indicador de Eficacia (NSEMS)		Revisión por la Alta Dirección	NCm	Recursos Financieros	Correctiva	Cerrado
IRAD-UPIICSA-2018/2-5	Analizar la ficha técnica de indicador de eficacia (NSEMS)		Revisión por la Alta Dirección.	NCm	Recursos Materiales y Servicios	Correctiva	Cerrado

4.2 Cambios en las Cuestiones Internas y Externas Pertinentes.

Determinado en el **SGC**, las herramientas implementadas y aplicadas para la actualización de las cuestiones internas y externas pertinentes, corresponden a la matriz de análisis FODA y Partes Interesadas Pertinentes cuyo grado de impacto en el **SGC**, procesos y subprocesos se considera variable con respecto al tiempo transcurrido en los periodos de revisión.

Por tal motivo y tomando como referencia la información documentada en el **SGC**, las siguientes tablas describen la actualización en la matriz del análisis FODA y en las Partes Interesadas Pertinentes; como ajuste para las posibles mejoras o cambios al **SGC**, proceso y subprocesos; por lo que el seguimiento a las estrategias establecidas en la matriz del análisis FODA, será mediante la matriz de riesgos (**MSE-RO-024-F01**) o con el formato de Hallazgos y Acciones (**MSE-HA-023-F01**).

ANÁLISIS FODA	FORTALEZAS (Internas)	DEBILIDADES (Internas)
	F1. El 60% de los programas académicos a nivel licenciatura acreditados por los organismos externos. F2. Operación de programas académicos interdisciplinarios en modalidad escolarizada. F3. Oferta de actividades artísticas, culturales y deportivas como un elemento para la formación integral de la comunidad de UPIICSA. F4. Programa de intercambio académico que fomenta la movilidad académica nacional e internacional. F5. Programa académico a nivel licenciatura en red. F6. Sistema de Gestión de Calidad implementado en la unidad académica certificado. F7. Personal con amplia experiencia en su área o proceso.	D1. El 40% de los programas académicos de nivel licenciatura que han vencido su periodo de acreditación y requieren de actualizarse. D2. Bajo índice de eficiencia terminal y titulación de los programas académicos de la Unidad. D3. Programas académicos a nivel licenciatura que no se han actualizado en más de 5 años. D4. Baja participación de docentes de nivel superior adscritos a la Unidad en redes de investigación. D5. Equipamiento obsoleto o en mal estado en aulas, talleres y laboratorios. D6. Insuficiente vinculación con el sector productivo. D7. Desconocimiento generalizado del modelo educativo institucional. D8. Infraestructura insuficiente para dar atención a alumnos y personal de la unidad.
OPORTUNIDADES (Externas)	**ESTRATEGIAS "FO"**	**ESTRATEGIAS "DO"**
O1. El avance científico y tecnológico promueve la adaptabilidad, actualización y capacitación hacia nuevas tecnologías. O2. Incremento de programas académicos a nivel licenciatura en función de las necesidades de los sectores público y privado. O3. Posicionamiento a nivel nacional. O4. Modificación del alcance de la certificación incluyendo las normas ISO 14001:2015 e ISO 21000:2018. O5. Programas académicos de otras unidades académicas del Instituto Politécnico Nacional o de otras instituciones de nivel superior que representan una competencia para la UPIICSA.	FO1. Mantener el posicionamiento a nivel nacional y recuperar el posicionamiento a nivel internacional mediante el rediseño de los programas académicos a nivel licenciatura. FO2. Actualizar los programas académicos a nivel licenciatura en respuesta a los referentes externos e internos que señala el modelo educativo institucional. FO3. Promover una mayor vinculación con el sector productivo mediante el apoyo de las instituciones gubernamentales y empresas, e involucrando al personal docente, alumnos. FO4. Optimizar la infraestructura de la unidad académica y darle un mantenimiento constante.	DO1. Considerar en el rediseño de los programas académicos aspectos relacionados con la vinculación con el sector productivo. DO2. Sistematizar el proceso de rediseño de programas académicos a nivel licenciatura. DO3. Generar programas de investigación donde puedan participar los docentes que deseen incursionar como investigadores, sean o no de tiempo completo. DO4. Ofertar acciones de formación de tipo transversal, donde puedan registrarse tanto personal de apoyo y asistencia a la educación como docentes y directivos. DO5. Mejorar los procesos donde se refleja la eficiencia terminal de los estudiantes para lograr incrementar lo que el indicador establece. DO6. Gestionar cursos y talleres relacionados con el MEI.

ANÁLISIS FODA	FORTALEZAS (Internas)	DEBILIDADES (Internas)
	F1. El 60% de los programas académicos a nivel licenciatura acreditados por los organismos externos. F2. Operación de programas académicos interdisciplinarios en modalidad escolarizada. F3. Oferta de actividades artísticas, culturales y deportivas como un elemento para la formación integral de la comunidad de UPIICSA. F4. Programa de intercambio académico que fomenta la movilidad académica nacional e internacional. F5. Programa académico a nivel licenciatura en.red. F6. Sistema de Gestión de Calidad implementado en la unidad académica certificado. F7. Personal con amplia experiencia en su área o proceso.	D1. El 40% de los programas académicos de nivel licenciatura que han vencido su periodo de acreditación y requieren de actualizarse. D2. Bajo índice de eficiencia terminal y titulación de los programas académicos de la Unidad. D3. Programas académicos a nivel licenciatura que no se han actualizado en más de 5 años. D4. Baja participación de docentes de nivel superior adscritos a la Unidad en redes de investigación. D5. Equipamiento obsoleto o en mal estado en aulas, talleres y laboratorios. D6. Insuficiente vinculación con el sector productivo. D7. Desconocimiento generalizado del modelo educativo institucional. D8. Infraestructura insuficiente para dar atención a alumnos y personal de la unidad.
AMENAZAS (Externas)	**ESTRATEGIAS "FA"**	**ESTRATEGIAS "DA"**
A1. Restricciones en la legislación federal en la educación superior. A2. Inseguridad en el entorno de la unidad. A3. Procesos de crecimiento profesional para docentes y personal de apoyo y asistencia a la educación. A4. La matrícula de alumnos de licenciatura no es cubierta por todas las instalaciones en cuanto a su atención.	FA1. Considerar en el rediseño de programas de nivel licenciatura los cambios en el entorno actual y los requisitos de los referentes internos y externos. FA2. Analizar la conveniencia y viabilidad de los programas académicos a nivel licenciatura que oferta la unidad académica y en su caso realizar las mejoras respectivas. FA3.	DA1. Fortalecer las gestiones correspondientes ante las autoridades respectivas para la mejora del equipamiento en laboratorios y talleres. DA2. Atender las observaciones de los organismos acreditadores en tiempo y forma. DA3. Formar un grupo de facilitadores internos que proporcionen acciones de formación para el personal de la unidad académica. DA4. Diseñar mecanismos que permitan reducir el rezago escolar. DA5. Aprovechar los proyectos del diplomado en Competencias Tutoriales para disminuir el rezago y la deserción escolar en la unidad académica. DA6. Reactivar el centro de información de CONOCER para fomentar la certificación por competencias laborales para el personal de la unidad académica.

Nota 1: Incluir la versión actualizada de la matriz FODA.

INFORME DE REVISIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN

Partes Interesadas Pertinentes	Necesidad o Expectativa	Áreas Responsables del Seguimiento y Revisión	Obligación	Impacto (+)	Impacto (-)
Internas o Externas					
Innovación Académica y Educativa.					
Docentes, Investigadoras e Investigadores	Necesidad: Calidad y pertinencia de los planes educativos.	Dirección de Educación Superior Dirección de la Unidad Académica Subdirección Académica	Contribuir a la formación integral de los alumnos y participar en el diseño, rediseño y actualización de programas académicos, así como de investigación científica y/o tecnológica, mediante los procesos y subprocesos y cumpliendo la normativa aplicable vigente.	Actualización de planes y programas académicos de acuerdo al contexto nacional e internacional. Profesionalización del servicio educativo.	Poca o nula participación en los procesos de revisión y actualización de los planes y programas de estudio y en procesos de evaluación docente, de promoción, de becas, entre otros.
Docentes, Investigadoras e Investigadores	Necesidad: Formación y actualización docente.	Dirección de la Unidad Académica Dirección de Educación Superior CGFIE Subdirección Académica	Participar en acciones de formación y actualización capacitación requeridas.	Docentes con competencias pertinentes.	Carencias en la formación educativa de los alumnos.

Partes Interesadas Pertinentes	Necesidad o Expectativa	Áreas Responsables del Seguimiento y Revisión	Obligación	Impacto (+)	Impacto (-)
Gestión y Validación de la Trayectoria Escolar del Alumno.					
Alumna o A'umno	Necesidad: Servicio adecuado para un buen desempeño escolar	Dirección de Educación Superior (DES) Subdirección Académica (SAc) Subdirección de Servicios Educativos e Integración Social (SSEIS)	Cumplir con los requisitos normativos institucionales.	Brindar servicios educativos de calidad para un buen desempeño escolar de los alumnos.	Servicios educativos que no cubren las necesidades de los alumnos para su buen desempeño escolar.
Alumna o Alumno	Necesidad: Tiempo de respuesta adecuados a cada trámite.	DES SAc SSEIS SA	Cumplir con los requisitos normativos institucionales de cada trámite solicitado.	Mantener la eficacia de los procesos para la atención oportuna en los trámites gestionados por el alumnado.	Incumplimiento en los periodos establecidos para cada trámite, afectando la eficacia del proceso.
Enseñanza-Aprendizaje.					

Partes Interesadas Pertinentes	Necesidad o Expectativa	Áreas Responsables del Seguimiento y Revisión	Obligación	Impacto (+)	Impacto (-)
Alumna o Alumno	Necesidad: Recibir una formación integral de competencia, de acuerdo al área de conocimiento seleccionada	Dirección de Educación Superior (DES) Subdirección Académica (SAc) Subdirección de Servicios Educativos e Integración Social (SSEIS).	Cumplir con los requisitos normativos institucionales y con las actividades académicas propuestas para su formación; actualizadas conforme a su demanda y pertinencia.	Contribuir con la misión institucional de poner la técnica al servicio de la patria e integrarse al desarrollo económico y social del país para alcanzar una mejor calidad de vida e incidir en mantener el prestigio del IPN.	Disminuir el impacto y la eficiencia del servicio educativo por Actividades académicas que limitan el mejoramiento de la organización y su aportación en la sociedad.
Alumna o Alumno	Necesidad: Obtener un trato equitativo e imparcial.	DES	Conocer y cumplir con la normatividad Institucional aplicable.	Trato imparcial y equitativo al alumnado y apegado a la normatividad Institucional vigente y aplicable.	Incurrir en casos de discriminación, derivado de la incorrecta aplicación de la normatividad institucional.

Partes Interesadas Pertinentes	Necesidad o Expectativa	Áreas Responsables del Seguimiento y Revisión	Obligación	Impacto (+)	Impacto (-)
Integración de Competencias para la Titulación.					
Alumna o Alumno	Necesidad: Comunicación clara y oportuna en los diferentes trámites escolares.	DES SAc SSEIS SA	Utilizar correctamente los medios de comunicación definidos para cada trámite.	Brindar de forma clara y oportuna la información para llevar a cabo los diferentes trámites escolares; a través de los medios disponibles y pertinentes.	Confusiones y errores en los trámites y requerimientos institucionales.
Alumna o Alumno	Necesidad: Tiempo de respuesta adecuados a cada trámite.	DES SAc SSEIS SA	Cumplir con los requisitos normativos institucionales de cada trámite solicitado.	Mantener la eficacia de los procesos para la atención oportuna en los trámites gestionados por el alumnado.	Incumplimiento en los periodos establecidos para cada trámite, afectando la eficacia de proceso y la atención del alumnado.

Partes Interesadas Pertinentes	Necesidad o Expectativa	Áreas Responsables del Seguimiento y Revisión	Obligación	Impacto (+)	Impacto (-)
Servicios de Apoyo Educativo.					
Alumna o Alumno	Necesidad: Servicio adecuado para un buen desempeño escolar.	DES SEIS Subdirección Administrativa (SA)	Cumplir con los requisitos normativos institucionales.	Brindar servicios educativos de calidad para un buen desempeño escolar de los alumnos.	Servicios educativos que no cubren las necesidades de los alumnos para su buen desempeño escolar.
Alumna o Alumno	Necesidad: Utilizar y mantener las instalaciones en buen estado.	DES SAc SSEIS SA	Conocer y cumplir con la normatividad Institucional aplicable, así como cuidar las instalaciones y mobiliario del Instituto.	Mantener las instalaciones en buen estado para el desarrollo de las actividades Académico-Administrativas.	Mal uso de las instalaciones, lo que ocasiona mayor inversión de recursos para el mantenimiento de éstas.

Partes Interesadas Pertinentes	Necesidad o Expectativa	Áreas Responsables del Seguimiento y Revisión	Obligación	Impacto (+)	Impacto (-)
Recursos Humanos y competencia					
Docentes, Investigadoras e Investigadores	Necesidad: Tiempos de respuesta adecuados a cada trámite.	Servicios Administrativos Subdirección Académica Departamentos Académicos. Sindicatos	Cumplir con los requisitos normativos institucionales de cada trámite solicitado.	Eficacia en los procesos, que permita a los docentes e investigadores realizar su quehacer académico sin distraerse de su función principal por cuestiones administrativas.	No cumplir los periodos establecidos para cada trámite, lo que genera que los académicos inviertan más tiempo en la gestión administrativa.
Personal de Apoyo y Asistencia a la Educación	Necesidad: Tiempos de respuesta adecuados a cada trámite.	Servicios Administrativos de la DES Sindicatos	Cumplir con los requisitos normativos institucionales de cada trámite solicitado.	Eficacia en los procesos, que permita al PAAE realizar sus trámites en tiempos moderados, sin distraerse de sus actividades laborales.	Procesos ineficaces que afecten las actividades laborales del PAAE.

Partes Interesadas Pertinentes	Necesidad o Expectativa	Áreas Responsables del Seguimiento y Revisión	Obligación	Impacto (+)	Impacto (-)
Recursos Financieros.					
Personal de Apoyo y Asistencia a la Educación	Necesidad: Disponer de Herramientas, mobiliario, equipo e instalaciones en buen estado.	Servicios Administrativos de la DES Subdirección Académica Sindicatos	Uso eficiente y adecuado de las herramientas, mobiliario, equipo e instalaciones disponibles.	Contar con herramientas, equipo e instalaciones útiles para el desarrollo de las actividades laborales.	Falta de recursos materiales e Infraestructura para el desarrollo de las actividades administrativas.
Personal de Apoyo y Asistencia a la Educación	Expectativa: Demostrar que el personal de apoyo y asistencia a la educación son un miembro importante dentro de la comunidad.	Servicios Administrativos de la DES Subdirección Académica Sindicatos.	Conocer y cumplir la normatividad institucional y sus funciones.	Fomentar en el Personal de Apoyo y Asistencia a la Educación la identidad y orgullo politécnico.	No fomentar en el Personal de Apoyo y Asistencia a la Educación la identidad y orgullo politécnico.

Partes Interesadas Pertinentes	Necesidad o Expectativa	Áreas Responsables del Seguimiento y Revisión	Obligación	Impacto (+)	Impacto (-)
Recursos Materiales y Servicios Generales.					
Alumna o Alumno	Necesidad: Mantener un ambiente seguro dentro de las instalaciones.	Dirección de Educación Superior Subdirección Académica SEIS Subdirección Administrativa	Conocer y cumplir con la normatividad Institucional aplicable.	Mantener un ambiente de seguridad en las instalaciones del Instituto.	Inseguridad en las instalaciones que derive en afectaciones para la comunidad del Instituto.
Docentes, Investigadoras e Investigadores	Necesidad: Contar con instalaciones en buen estado.	Dirección de Educación Superior Subdirección Académica SEPI	Conocer y cumplir el reglamento institucional.	Mantener las instalaciones en buen estado para el desarrollo de las actividades académico-administrativas.	Mal uso de las instalaciones, lo que ocasiona mayor inversión de recursos para el mantenimiento de éstas.

Nota 1: Corresponde a las actualizaciones identificadas en la revisión por la alta dirección, respecto a las partes interesadas declaradas en el S@cdoc.

4.3 Desempeño y Eficacia del SGC.

Asimismo, se han implementado y adoptado encuestas, indicadores y resultados para realizar la medición, evaluación y mejora del **SGC**, procesos y subprocesos; los cuales están diseñados con el fin de obtener información relacionada con el nivel o índice de desempeño que guardan; y con el grado de satisfacción percibida por los clientes y partes interesadas a lo largo del tiempo que interactúan con el **SGC**, los procesos y los subprocesos; por tanto, a continuación se describe el desempeño y eficacia a partir de la satisfacción del cliente y del grado de cumplimiento de los objetivos de calidad establecidos.

También, está implantado el proceso de auditoría interna para identificar posibles desviaciones, consideradas hallazgos, que proyectan en mayor o menor medida un impacto positivo o negativo, en el desempeño y eficacia del **SGC**, procesos y subprocesos; que se describe con las no conformidades y oportunidades de mejora.

4.3.1 Preferencias en la Comunicación Interna y Externa del SGC.

Como medio de operación del **SGC**, se encuentra la Comunicación Interna y Externa de toda aquella información pertinente que permite tener conocimiento de la organización, política de calidad, objetivos, alcance, procesos, responsables, roles, etc.; siendo diversos medios las herramientas para llevarla a cabo eficientemente respecto a la preferencia percibida por los usuarios.

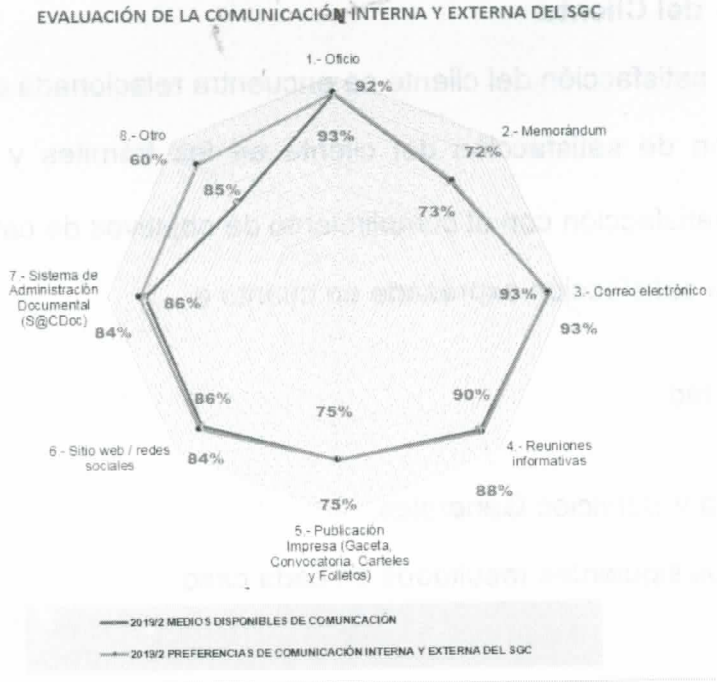
La gráfica representa la disponibilidad y preferencia sobre el medio de comunicación identificado y aplicado de manera eficaz, correcta y clara por percepción, uso y facilidad de acceso a ellos por los usuarios.

1. Oficio.
2. Memorándum.
3. Correo Electrónico.
4. Reuniones Informativas.
5. Sitio Web / Redes Sociales.
6. Publicación Impresa (Gaceta, Convocatoria, Carteles y Folletos).
7. Sistema de Administración Documental (S@CDOc).
8. Otro.

Periodo Escolar:	2019/2	
AFIRMACIÓN	MEDIOS DISPONIBLES DE COMUNICACIÓN	PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA DEL SGC
1.- Oficio	92%	93%
2.- Memorándum	72%	73%
3.- Correo electrónico	93%	93%
4.- Reuniones informativas	88%	90%
5.- Publicación Impresa (Gaceta, Convocatoria, Carteles y Folletos)	75%	75%
6.- Sitio web / redes sociales	84%	86%
7.- Sistema de Administración Documental (S@CDoc)	84%	86%
8.- Otro	60%	85%

Periodo Escolar:	2019/2
AFIRMACIÓN	PERCEPCIÓN DE LA EFICACIA DEL MEDIO DE COMUNICACIÓN
17.- Estoy oportunamente comunicado sobre los objetivos, cambios, logros, y/o actividades del SGC.	85%
18.- En la DES y las UA's se fomenta la comunicación interna a través de medios formales.	86%
19.- Considero que los medios de comunicación de la DES y las UA's son efectivos.	84%
20.- La comunicación existente con mi jefe inmediato es efectiva.	94%
21.- Recibo retroalimentación clara por parte de mis jefes acerca del trabajo realizado.	90%
22.- Mis jefes y demás superiores escuchan mis ideas y comentarios.	87%
23.- La comunicación con mis compañeros de trabajo es buena.	88%
24.- Me informaron apropiadamente las responsabilidades y actividades a desarrollar en mi puesto.	87%
25.- Mi jefe inmediato conoce mis problemas de trabajo.	91%

EVALUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA DEL SGC



PERCEPCIÓN DE LA EFICACIA DEL MEDIO DE COMUNICACIÓN

4.3.2 Satisfacción del Cliente.

En esta cuestión, la satisfacción del cliente se encuentra relacionada en dos vertientes,

a) La percepción de satisfacción del cliente en los trámites y servicios solicitados o recibidos.
b) El grado de satisfacción con el cumplimiento de objetivos de calidad.

Siendo la primera, la satisfacción expresada en cuanto a:

1. Confiabilidad.
2. Responsabilidad.
3. Seguridad.
4. Empatía.
5. Infraestructura y Servicios Generales.

Representada con los siguientes resultados en cada caso.

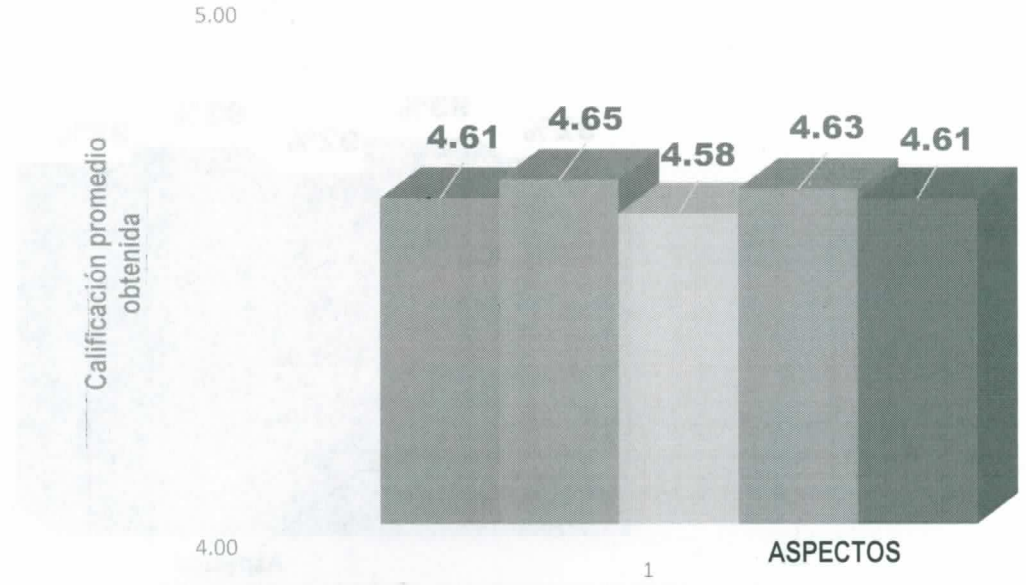
Satisfacción del cliente Integración de Competencias Para la Titulación.

ASPECTO	PROMEDIO	% de satisfacción
CONFIABILIDAD	4.61	92%
RESPONSABILIDAD	4.65	93%
SEGURIDAD Y EMPATÍA	4.58	92%
INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS GENERALES	4.63	93%
SATISFACCIÓN DEL CLIENTE=	**4.61**	**92%**

Satisfacción del Cliente del Proceso:

Integración de Competencias Para la Titulación.

4.61

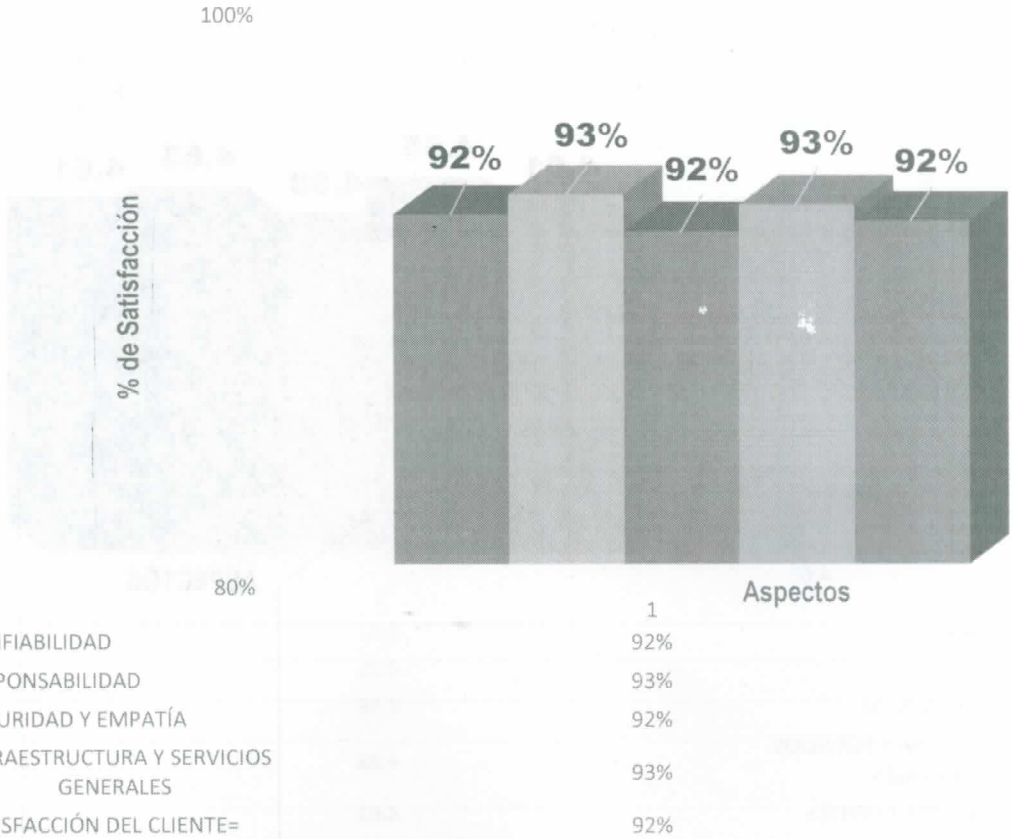


CONFIABILIDAD	4.61
RESPONSABILIDAD	4.65
SEGURIDAD Y EMPATÍA	4.58
INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS GENERALES	4.63
SATISFACCIÓN DEL CLIENTE=	4.61

Satisfacción del Cliente del Proceso:

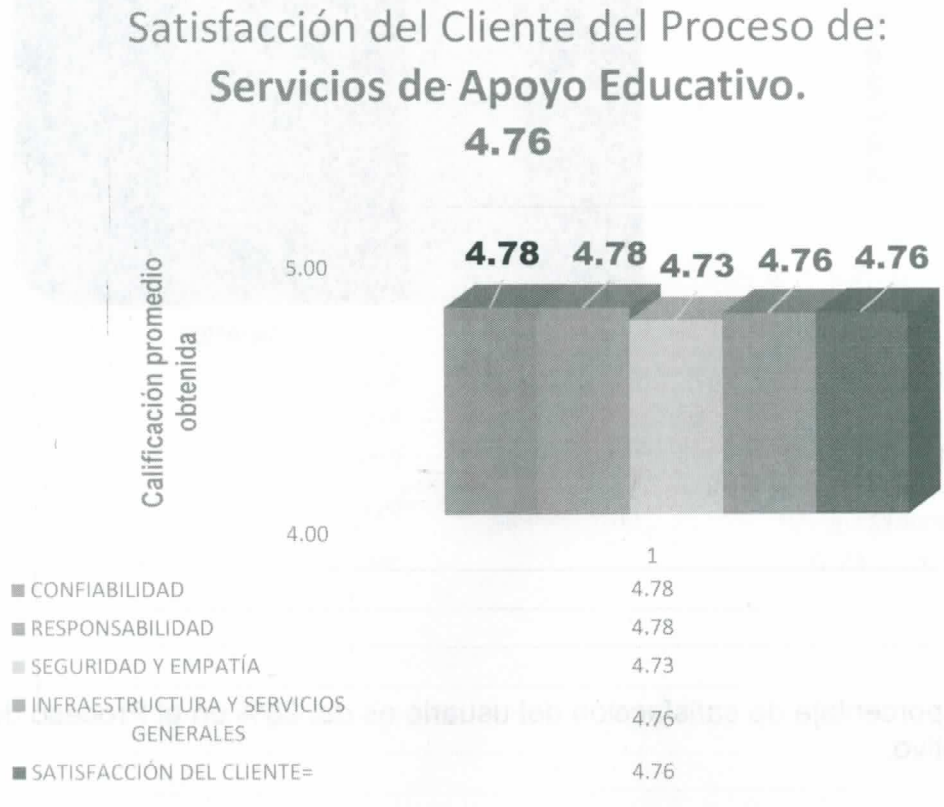
Integración de Competencias Para la Titulación.

92%



En promedio, el porcentaje de satisfacción de los usuarios en el proceso de Integración de Competencias para la Titulación es del 92%.

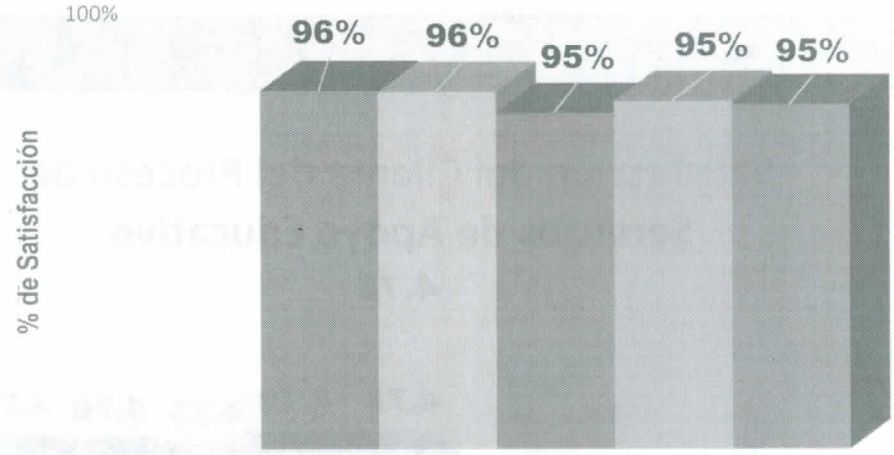
Satisfacción del cliente Servicios de Apoyo Educativo.		
ASPECTO	**PROMEDIO**	**% de satisfacción**
CONFIABILIDAD	4.78	96%
RESPONSABILIDAD	4.78	96%
SEGURIDAD Y EMPATÍA	4.73	95%
INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS GENERALES	4.76	95%
SATISFACCIÓN DEL CLIENTE=	**4.76**	**95%**



Satisfacción del Cliente del Proceso de:

Servicios de Apoyo Educativo.

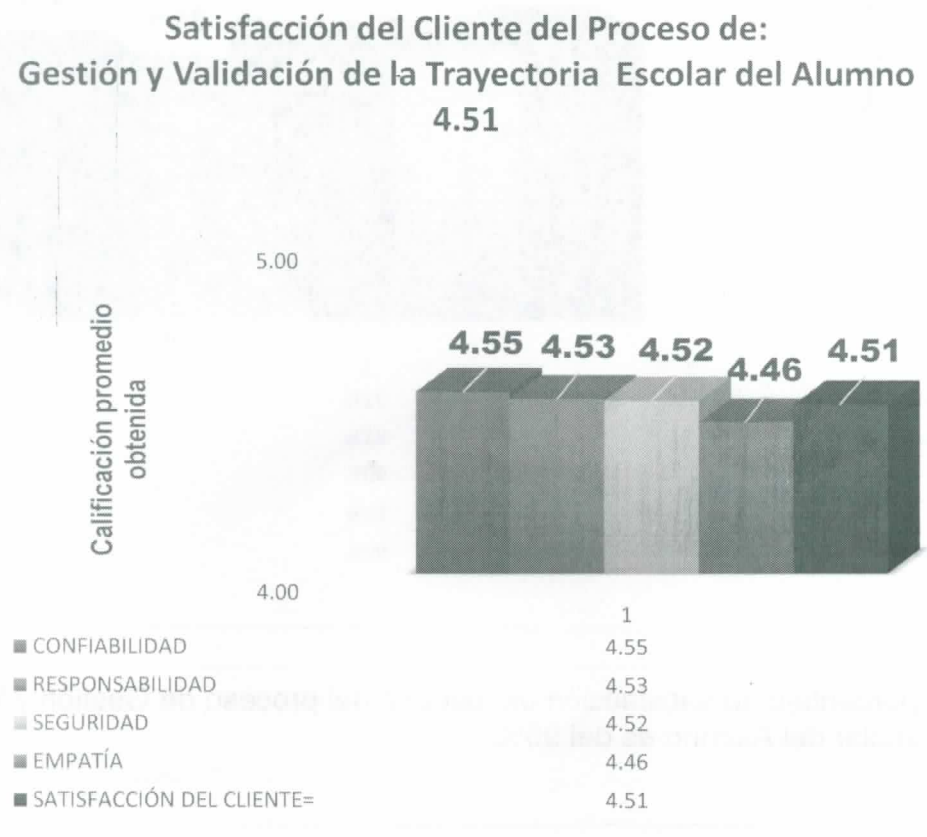
95%



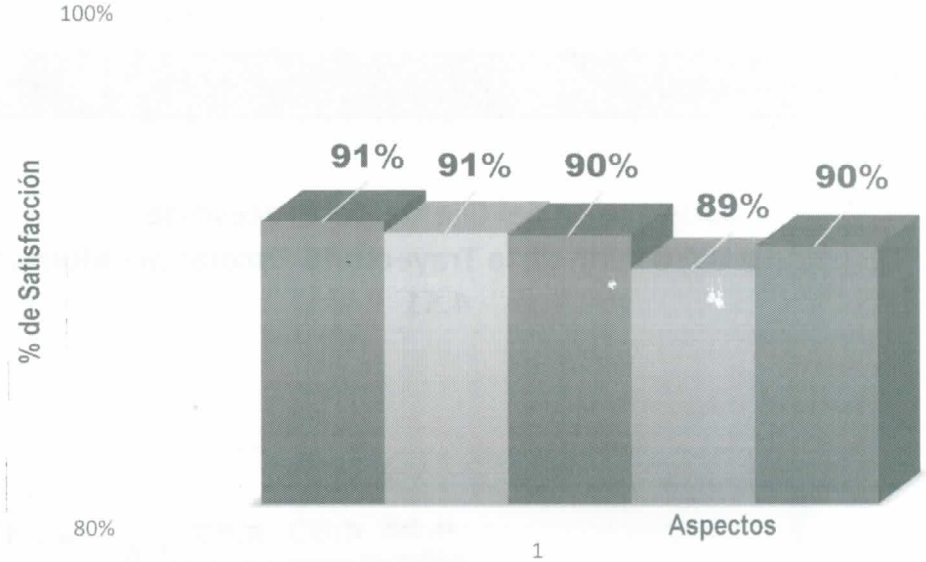
CONFIABILIDAD	96%
RESPONSABILIDAD	96%
SEGURIDAD Y EMPATÍA	95%
INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS GENERALES	95%
SATISFACCIÓN DEL CLIENTE=	95%

En promedio, el porcentaje de satisfacción del usuario es del 95% en el Proceso de Servicios de Apoyo Educativo.

Satisfacción del cliente: Gestión y Validación de la Trayectoria Escolar del Alumno		
ASPECTO	**PROMEDIO**	**% de satisfacción**
CONFIABILIDAD	4.55	91%
RESPONSABILIDAD	4.53	91%
SEGURIDAD	4.52	90%
EMPATÍA	4.46	89%
SATISFACCIÓN DEL CLIENTE=	**4.51**	**90%**



Satisfacción del Cliente del Proceso de:
Gestión y Validación de la Trayectoria Escolar del Alumno
90 %



CONFIABILIDAD	91%
RESPONSABILIDAD	91%
SEGURIDAD	90%
EMPATÍA	89%
SATISFACCIÓN DEL CLIENTE=	90%

En promedio el porcentaje de satisfacción del usuario del proceso de Gestión y Validación de la Trayectoria Escolar del Alumno es del 90%.

En el caso de la segunda, el grado determinado por los indicadores aplicados que tienen como referencia la exigencia de los objetivos de calidad establecidos y que están representados con los siguientes datos.

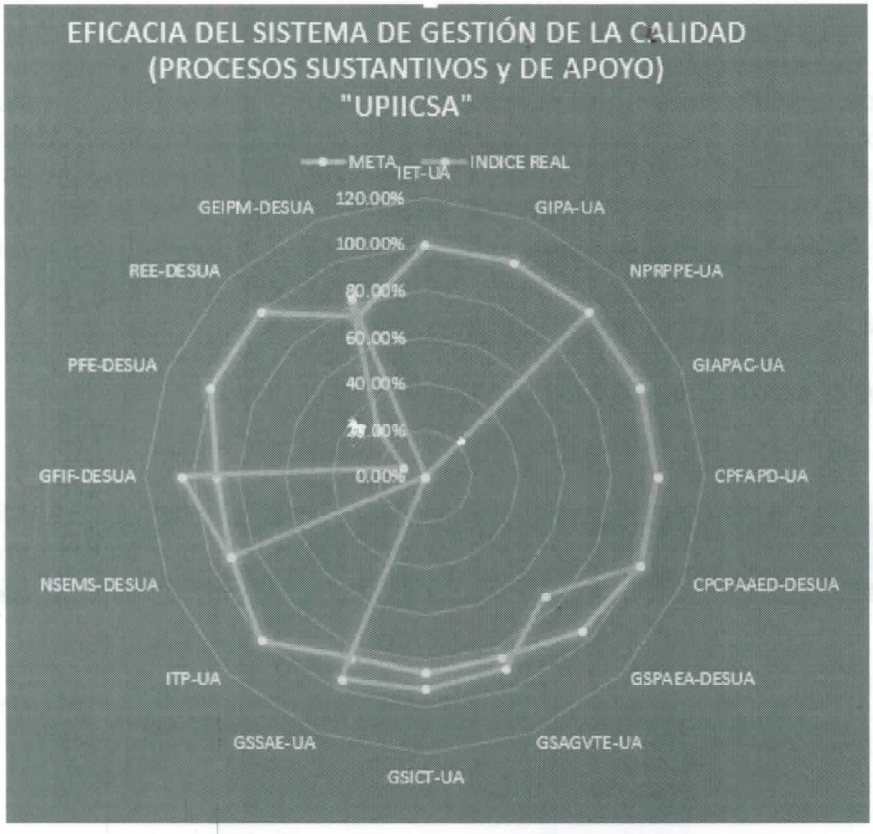
Objetivo de Calidad	Indicador	Proceso	Grado de Cumplimiento alcanzado del periodo
Lograr una satisfacción percibida por los alumnos o usuarios del 85% en el acompañamiento escolar y extracurricular recibido por ciclo escolar.	**GSAGVTE-UA**	Gestión y Validación de la Trayectoria Escolar del Alumno	90 %
	GSICT-UA	Integración de Competencias para la Titulación	92 %
	GSSAE-UA	Servicios de Apoyo Educativo	95 %
	GSAE-DES		N/A
	GSPEP-DES	Difusión de la Oferta Educativa de las Unidades Académicas	N/A

4.3.3 Grado de Cumplimiento de los Objetivos de Calidad.

En el caso de cumplimiento de objetivos de calidad, se determinaron los indicadores correspondientes para medir, evaluar y mejorar con acciones pertinentes en el **SGC**, procesos y subprocesos que permitan alcanzar y lograr el grado de cumplimiento respecto al valor definido en los objetivos de calidad; por tanto, la siguiente información (datos de las fichas técnicas de indicadores y gráfica) describen esta condición obtenida en el periodo evaluado con dicho fin.

Objetivo de Calidad	Indicador	META	ÍNDICE REAL
Mantener el 60% de eficiencia terminal al finalizar cada ciclo escolar.	IET-UA	100.00%	No se cuenta con la información por cohorte generacional
Mantener el grado de innovación educativa con el 100% de evaluación curricular de los programas académicos programados en un año.	GIPA-UA	100.00%	0%
Actualizar el nivel de pertinencia con el rediseño del 100% de planes y programas de estudio de los programas académicos, programados en un año.	NPRPPE-UA	100.00%	0%

Objetivo de Calidad	Indicador	META	ÍNDICE REAL
Alcanzar el 85% de alumnos inscritos en programas académicos de calidad en cada periodo escolar.	GIAPAC-UA	100.00%	100%
Cumplir al 100% el Programa de Formación y Actualización del Personal Docente, en cada ciclo escolar.	CPFAPD-UA	100.00%	100%
Cubrir al 100% el Programa Anual de Capacitación del Personal de Apoyo y Asistencia a la Educación y Directivos.	CPCPAAED-DESUA	100.00%	**Indicador anual** **1er**. semestre **100%** 2do. semestre
Lograr que el 95% de los docentes obtengan una calificación mínima de 8.5 en la evaluación del desempeño docente, realizada por las y los alumnos, semestralmente.	GSPAEA-DESUA	95.00%	73%
Alcanzar el 75% de titulación de pasantes en cada generación, hasta 2.5 años después de haber egresado.	ITP-UA	100.00%	No se cuenta con la información por cohorte generacional
Alcanzar el 90% de satisfacción en la entrega de materiales y servicios requeridos, en cada ciclo escolar.	NSEMS-DESUA	90.00%	91 %
Sustentar el 90% de seguimiento trimestral al programa (POA u otro) de mantenimiento a instalaciones y servicios para el funcionamiento de la infraestructura fisica.	GFIF-DESUA	90.00%	**1er.** trimestre **50%** **2do.** trimestre **55%** **3er.** trimestre **4to.** trimestre
Lograr el 100% en el control y ejercicio presupuestal anual, cumpliendo con la normatividad aplicable en cada ciclo escolar.	PFE-DESUA	100.00%	**Indicador Anual** **1er.** semestre **0%** 2do. semestre
	REE-DESUA	100.00%	**Indicador Anual** **1er.** semestre **28%** 2do. semestre
Alcanzar el 75% de eficacia semestral en la implementación de proyectos de mejora pertinentes en el SGC, procesos y subprocesos.	GEIPM-DESUA	75.00%	83%



Indicador	META	INDICE REAL
IET-UA	100.00%	0.00%
GIPA-UA	100.00%	0.00%
NPRPPE-UA	100.00%	100.00%
GIAPAC-UA	100.00%	100.00%
CPFAPD-UA	100.00%	100.00%
CPCPAAED-DESUA	100.00%	100.00%
GSPAEA-DESUA	95.00%	73.00%
GSAGVTE-UA	85.00%	90.00%
GSICT-UA	85.00%	92.00%
GSSAE-UA	85.00%	95.00%
ITP-UA	100.00%	0.00%
NSEMS-DESUA	90.00%	91.00%
GFIF-DESUA	90.00%	105.00%
PFE-DESUA	100.00%	10.00%
REE-DESUA	100.00%	28.00%
GEIPM-DESUA	75.00%	83.00%

4.3.4 Desempeño de Procesos y Conformidad de Productos o Servicios.

Concluidos los ciclos operativos de los procesos, subprocesos y del **SGC**, se encuentran integrados aquellos hallazgos que cuestionan el desempeño del **SGC** y la conformidad de productos y/o servicios respecto a la satisfacción de los clientes y la eficacia operativa, con el fin de implementar acciones de corrección y correctivas, cuando su origen es de auditorías (interna o externa), Quejas y/o Sugerencias, Resultados de Encuestas de Satisfacción de los Clientes, entre otros; siendo necesaria su atención, seguimiento y cierre, desde su descripción, análisis de causa-raíz, evaluación, determinación de acciones, planificación, seguimiento y condición final; mediante el formato de Registro de Hallazgos y Acciones (**MSE-HA-023-F01**) para controlar sus efectos e identificar oportunidades que representen proyectos de mejora.

4.3.5 Hallazgos y Acciones.

De tal manera que los hallazgos identificados en el periodo evaluado 2019/1 y 2019-2, están registrados de acuerdo a su origen y podrán ser clasificados como: No Conformidad Mayor (**NCM**), No Conformidad Menor (**NCm**) y Oportunidad de Mejora (**OM**); y su descripción está referida en el Registro de Hallazgos y Acciones (**MSE-HA-023-F01**), análisis de causa-raíz, evaluación, determinación de acciones, planificación, seguimiento y condición final, para asegurar un buen desempeño del **SGC**, la satisfacción de los clientes con la conformidad de productos y servicios, y la eficacia operativa en los procesos y subprocesos.

En la siguiente tabla se refieren dichos hallazgos y su condición final.

Tabla: Hallazgos y Acciones.

Hallazgo			Proceso y/o Subproceso Responsable	Tipo de Acción	Condición Final
Registro No.	Origen	Tipo			
No Conformidad 1. Requiere difusión y capacitación en la documentación vigente aplicable a la ISO 9001:2015.	Auditoría Interna	NCm	Todos los procesos	Acción Correctiva	Cerrado
No Conformidad 2. El personal conoce la matriz de riesgos, pero no se maneja a nivel de subproceso.	Auditoría Interna	NCm	Todos los procesos.	Acción Correctiva	Cerrado
No Conformidad 3. El personal muestra mejoras propuestas en sus subprocesos, pero requiere documentar las actividades.	Auditoría Interna	NCm	Todos los procesos	Acción Correctiva	Cerrado

Hallazgo			Proceso y/o Subproceso Responsable	Tipo de Acción	Condición Final
Registro No.	Origen	Tipo			
No conformidad 4. Se aplican las encuestas de satisfacción del cliente, solo no se presenta evidencia de seguimiento o retroalimentación.	Auditoría interna	NCm	Servicios de Apoyo Educativo/Servicios Bibliotecarios	Acción Correctiva	Cerrado
No conformidad 5. Aún no se han implementado al 100% los perfiles de puesto.	Auditoría interna	NCm	RH/Acciones de Formación y Competencias para PAAE, Directivos y Docentes adscritos en la DES.	Acción Correctiva	Cerrado
No conformidad 6. El personal que no fue auditado el año pasado desconoce los resultados	Auditoría interna	NCm	Todos los procesos	Acción Correctiva	Cerrado
No conformidad 7. No se presenta evidencia objetiva del cierre de las acciones correctivas	Auditoría interna	NCm	Recursos Materiales y Servicios Generales/Mantenimiento a la Infraestructura Física.	Acción Correctiva	Cerrado
SGC-AI-NCAC-001. No se demostró que el personal conoce la política de calidad y los objetivos de calidad en las diferentes unidades académicas y en la DES.	Global de auditoría Interna	NCm	Gestión de la Alta Dirección/Comunicación interna y externa.	Acción Correctiva	Cerrado

Hallazgo			Proceso y/o Subproceso Responsable	Tipo de Acción	Condición Final
Registro No.	Origen	Tipo			
SGC-AI-NCAC-002. El control de la información documentada es conforme al criterio de cada área y no conforme a los criterios de CADIDO.	Global de auditoría interna	NCm	Gestión de la Calidad/Control de información documentada.	Acción correctiva	En seguimiento
SGC-AI-NCAC-003. La planificación para la información para la redacción de hallazgos y generación de acciones correctivas considera como elementos de entrada resultados de auditoría, incumplimiento de objetivos y quejas del cliente y revisiones por la dirección, sin embargo omiten o desconocen otras circunstancias que dan origen a una acción correctiva, concientización, comunicación, control de información, interacción de procesos y planificación	Global de auditoría interna	NCm	Acción correctiva.	Acción correctiva	Cerrado
SAC-AI-NCAC-004 y 007. Falta la evidencia de la competencia del personal de base además de tener definido por reglamento la realización de actividades de evaluación de competencia.	Global de auditoría interna	NCm	Recursos Humanos y Competencia/ Acciones de formación y competencias para el personal de apoyo y asistencia a la educación y directivos y docentes adscritos en la DES.	Acción Correctiva.	Cerrado
SGC-AI-NCAC-005. Se cuenta con matrices de riesgos y oportunidades con acciones para la mitigación o atención de riesgos y oportunidades, sin embargo, dichas acciones no se han desarrollado e implementado de manera adecuada.	Global de Auditoría Interna	NCm	Gestión de la Calidad/Riesgos y Oportunidades de Mejora.	Acción Correctiva	Seguimiento de las acciones.

Hallazgo			Proceso y/o Subproceso Responsable	Tipo de Acción	Condición Final
Registro No.	Origen	Tipo			
SGC-AI-NCAC-006. No se cuenta con evidencia de seguimiento y atención a quejas del cliente, aun cuando existen diferentes métodos para obtener información como son las encuestas de satisfacción del cliente, registro de quejas y sistemas de monitoreo de cada UA.	Global de Auditoría Interna	NCm	Gestión de la calidad/Medición, Evaluación y Mejora.	Acción Correctiva	Seguimiento
SGC-AI-NCAC-008. No se informa al personal en general y no se da seguimiento a los resultados de satisfacción de los clientes en los diversos procesos donde se realiza la evaluación.	Global de Auditoría Interna	NCm	Gestión de la Calidad/Medición, Evaluación y Mejora	Acción Correctiva	Seguimiento
SGC-AI-NCAC-009. No presenta evidencia de la determinación de los criterios para la evaluación, selección, seguimiento y reevaluación de proveedores.	Global de Auditoría Interna	NCm	Recursos Materiales y Servicios Generales	Acción Correctiva	Cerrado.
NC-m-01. Confusión de la comprensión de la matriz de riesgos y la metodología para su valoración, no se presenta evidencia de su seguimiento de las acciones establecidas, responsible y fecha de compromiso.	Auditoría Externa	NCm	Gestión de la Calidad/Control de la información documentada.	Acción correctiva	Cerrado
NCm-02. Se observa que en el apartado de la información documentada de control y seguimiento no se incluye ningún registro con respecto a las evidencias de la correcta operación de los subprocesos ni de las salidas. Se tiene establecido el CADIDO, sin embargo la información no contiene los lineamientos para su distribución, acceso.	Auditoría Externa	NCm	Gestión de la Calidad/Control de la información documentada.	Acción correctiva	Seguimiento

Hallazgo			Proceso y/o Subproceso Responsable	Tipo de Acción	Condición Final
Registro No.	Origen	Tipo			
NC-m-03. En el subproceso de reinscripción se indica que se debe archivar el acuse de recibido y firmado en carpeta del expediente del alumno, en el mapa del subproceso de inscripción se indica que se genera una solicitud de la información documentada, validada por la DAE y una lista de verificación de la información, sin embargo esta actividad no se está llevando a cabo.	Auditoría Externa	NCm	Gestión y validación de la Trayectoria Escolar del Alumno	Acción correctiva	
NC-m-04. La organización no ha definido la competencia en los términos de formación de los perfiles de puestos. En los nuevos perfiles de puesto no hace referencia a formación especifica inherente a las actividades del puesto.	Auditoría Externa	NCm	Recursos Humanos y Competencia	Acción Correctiva	Cerrado
NC-m-05. La organización debe determinar los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. Estos conocimientos se deben mantener y ponerse a disposición en la medida en que sea necesario.	Auditoría Externa	NCm	Todos los procesos y subprocesos	Acción correctiva	Cerrado
NC-m-06. Durante la revisión del subproceso de servicio social, no se presenta evidencia de un expediente, de acuerdo a lo establecido en el mapa del proceso de servicios social y resguardar la información documentada propiedad del alumno.	Auditoría Externa	NCm	Integración de competencias para la Titulación/Servicio Social	Acción Correctiva	Cerrado

En el caso del resultado obtenido con las acciones para la atención, seguimiento y/o cierre de Hallazgos, aplicará lo siguiente:

Eficiente: Cuando los resultados de las acciones realizadas para la atención, seguimiento y/o cierre sean los esperados para eliminar las no conformidades detectadas, eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir, o cuando las oportunidades resulten con un beneficio positivo de mejora al **SGC**

No Eficiente: Cuando los resultados de las acciones realizadas para la atención, seguimiento y/o cierre no sean los esperados. En este caso será necesario establecer nuevas acciones que aseguren el efecto deseado; por lo que es recomendable utilizar las herramientas disponibles para realizar un nuevo análisis y determinar las acciones que deberán ser implementadas para su atención, seguimiento y/o cierre.

4.4 Desempeño de Proveedores Externos de Bienes y Servicios.

En cuanto al control aplicado para determinar el desempeño y eficacia de proveedores externos de bienes y servicios, el proceso de apoyo de Recursos Materiales y Servicios Generales describe en el Mapa de Subproceso Adjudicación Directa de Materiales y Servicios, el instrumento aplicado a los proveedores de bienes y servicios, que consiste en una evaluación de la capacidad de servicio y la calidad en el suministro (registro de evaluación de proveedores de bienes y servicios **MSA-ADMS-041-F02**), para determinar, durante el periodo evaluado, si es un Proveedor Confiable (**PC**), un Proveedor No Confiable (**PNC**) o un Proveedor Descartado (**PD**); como se describe en la siguiente tabla.

Tabla: Evaluación del Desempeño de Proveedores de Bienes y Servicios.

Parámetro	Proveedores de Bienes y Servicios (cantidad)			
	Evaluados en el Periodo de Revisión	Resultado de la Evaluación		
		Confiable	No Confiable	Descartado
Proveedores de Bienes y Servicios Evaluados en el Periodo	3	3	0	0

En este caso la Evaluación del Desempeño de Proveedores de Bienes y Servicios se encuentra soportada por el Método de Trabajo correspondiente (**DESUA-ADMS-MT-001**) que describe los parámetros y criterios aplicados para determinar el grado de confiabilidad en el suministro

de productos y/o prestación de servicios, específicamente para la operación de los procesos y subprocesos del **SGC** en la **UA** o **DES**.

4.4 Capacidad Operativa (Recursos).

También, está determinado en la revisión, la evaluación de la capacidad operativa del **SGC** que implica todos los recursos necesarios para mantener y aumentar la tendencia en el desempeño del **SGC** y en la eficacia operativa de los procesos y subprocesos para lograr los objetivos de calidad, del alcance y estratégicos; por tanto, en la siguiente tabla se describe el resultado de la evaluación a los recursos existentes, y en casos específicos adicionales, para establecer, implementar y mejorar de manera continua nuestra capacidad operativa.

Cabe señalar que en el **SGC** se ha determinado que los requisitos 7.1.5.2 y 8.3.2 de la norma ISO-9001:2015 son "no aplicables", por tanto, no se necesitan recursos para cumplirlos.

Tabla: Evaluación de Recursos para el Desempeño y Eficacia Operativa de los Procesos del SGC.

Proceso	Recursos					
	Intangibles (A o IA)	Personas (C o NCC)	Infraestructura (F o DF)	Ambiente Operativo (O o DF)	Seguimiento (A o IA)	Conocimiento (S o IS)
Gestión de la alta dirección	A	C	F	O	A	S
Gestión de la calidad	A	C	F	O	A	S
Innovación académica y educativa	A	C	F	O	A	S
Gestión y validación de la trayectoria escolar del alumno	A	C	DF	DF	A	S
Enseñanza-aprendizaje	A	C	F	O	A	S
Integración de competencias para la titulación	IA	C	DF	O	A	A
Servicios de apoyo educativo	A	C	DF	O	A	S
Recursos humanos y competencia	A	C	F	O	A	S
Recursos financieros	A	C	F	O	A	S
Recursos materiales y servicios generales	A	NC	F	O	A	S

Nota 1: La escala utilizada corresponde a: A=Adecuado, IA=Inadecuado, C=Competente, NCC=Necesita Complementar Competencias, F=Funcional, DF=Deficiente, O=Optimo, S=Suficiente e IS=Insuficiente.

Normalmente la capacidad operativa se ajusta y planifica respecto a los recursos existentes y asignados para el periodo correspondiente; sin embargo, pueden tenerse recursos adicionales, dependientes de los recursos excedentes disponibles.

4.5 Eficacia de Acciones para Riesgos y Oportunidades.

Como un elemento nuevo en el **SGC**, los riesgos y oportunidades que se deriven, deben gestionarse mediante la Matriz de Valoración de Riesgos y Oportunidades (**MSE-RO-024-F01**) y la Ficha Técnica para Métodos de Trabajo (**MSE-CID-021-F04**) Método Número **DESUA-RO-MT-001;** por tanto, dada la incertidumbre y cambios del entorno que rodea la operatividad del **SGC**, está referenciado en la Tabla de Gestión de Riesgos y Oportunidades el resumen de las acciones implementadas para abordar los riesgos y/o oportunidades; con el fin de mantener su control respecto al grado de impacto que pueda tener en el **SGC**, procesos o subprocesos.

Tabla: Gestión de Riesgos y Oportunidades (Resumen).

Riesgos				
Descripción del riesgo	**Proceso o subproceso**	**Abordar el riesgo como: Amenaza (A) u Oportunidad (O)**	**Acciones de tratamiento implementadas**	**Efectividad del tratamiento del riesgo**
Tipo de hallazgo no identificado de forma correcta.	Gestión de la Calidad. Auditoría Interna.	Oportunidad	Revisión de la guía de auditoría y del mapa del subprocesos de auditoría	Llenado del formato de hallazgos y acciones.
Formato de hallazgos y acciones requisitado sin tomar en cuenta el análisis de causa-raíz.	Gestión de la Calidad. Riesgos y Oportunidades de mejora.	Oportunidad	Capacitar al personal de los procesos en materia de análisis de las causas-raíz y las técnicas para determinar las causas raíz.	Llenado del formato de hallazgos y acciones.
Acción para tratar la no conformidad clasificada de forma incorrecta.	Gestión de la Calidad. No conformidad y acción correctiva.	Oportunidad	Capacitar al personal en lo relativo a la identificación de acciones correctivas y su diferencia con una corrección.	Llenado del formato de hallazgos y acciones.
Documentos del SACDOC identificados como no aplicables a un proceso o subproceso de una unidad académica y en los cuales no se propuso la mejora al área central.	Gestión de la Calidad. Control de la Información documentada.	Oportunidad	Revisión del mapa de subproceso de control de la información documentada del SACDOC. Cuando un documento no sea aplicable a las características del proceso o subproceso de la unidad académica, requisitar el formato de cambios al sistema de gestión de la calidad.	Llenar el formato de hallazgos y acciones.

Riesgos				
Descripción del riesgo	**Proceso o subproceso**	**Abordar el riesgo como: Amenaza (A) u Oportunidad (O)**	**Acciones de tratamiento implementadas**	**Efectividad del tratamiento del riesgo**
Información documentada registrada en los procesos y subprocesos que no se encuentre conforme al CADIDO.	Gestión de la Calidad. Control de la Información Documentada.	Amenaza	Capacitación al comité de calidad con relación al CADIDO.	Llenar el formato de hallazgos y acciones.
Formato del SGC llenado de forma incorrecta.	Gestión de la Calidad. Control de la Información documentada.	Oportunidad	Capacitación sobre el llenado de formatos del SGC. Revisión del llenado de los formatos del SGC.	Llenado del formato de hallazgos y acciones.
Líder auditor seleccionado sin cumplir con la competencia adecuada.	Gestión de la Calidad. Auditoría Interna.	Amenaza	Revisar el perfil de los candidatos a perfil del auditor. Seleccionar a aquel que cumpla con las competencias adecuadas.	Llenado del formato de hallazgos y acciones.
Programa de auditorías desarrollado sin contar con todos los elementos de la norma.	Gestión de la Calidad Auditoría Interna.	Amenaza	Revisar antes de presentar el programa de auditoría a las áreas auditadas que se consideren los siguientes elementos: Alcance, riesgos, criterios.	Llenado del formato de hallazgos y acciones.
Hallazgos redactados sin contar con el soporte de la evidencia objetiva.	Gestión de la Calidad. Auditoría Interna.	Amenaza	Capacitar al personal auditor en lo que corresponda a redacción de hallazgos.	Llenado del formato de hallazgos y acciones.
Etapa *PLANEAR* del Ciclo Deming desarrollada sin considerar alguno de los siguientes elementos: Partes interesadas, Procesos y subprocesos, Objetivos de la calidad, indicadores del sistema.	Gestión de la Alta Dirección. Planificación Estratégica.	Oportunidad	Revisión del mapa de subproceso de Planeación Estratégica del SACDOC. Integración de los elementos de la planeación de acuerdo con el ciclo Deming aplicado a las unidades académicas de nivel superior y la Dirección de Educación Superior.	Llenado del formato de hallazgos y acciones.

Riesgos				
Descripción del riesgo	**Proceso o subproceso**	**Abordar el riesgo como: Amenaza (A) u Oportunidad (O)**	**Acciones de tratamiento implementadas**	**Efectividad del tratamiento del riesgo**
Etapa *HACER* del Ciclo Deming desarrollada sin considerar a alguno de los siguientes elementos: Actividades planificadas, Recursos, Procesos, Subprocesos, Cambios en el sistema de gestión de calidad.	Gestión de la Alta Dirección. Planificación Estratégica.	Amenaza	Revisión del mapa de subproceso de Planeación Estratégica del SACDOC. Integración de los elementos de la ejecución de acuerdo con el ciclo Deming aplicado a las unidades académicas de nivel superior y la Dirección de Educación Superior.	Llenado del formato de hallazgos y acciones.
Etapa *VERIFICAR* del Ciclo Deming desarrollada sin considerar a alguno de los siguientes elementos: Resultados de la Revisión por la Dirección, Auditorías Internas.	Gestión de la Alta Dirección. Planificación Estratégica.	Amenazas	Revisión del mapa de subproceso de Planeación Estratégica del SACDOC. Integración de los elementos de la verificación de acuerdo con el ciclo Deming aplicado a las unidades académicas de nivel superior y la Dirección de Educación Superior.	Llenado del formato de hallazgos y acciones.
Etapa *ACTUAR* del Ciclo Deming desarrollada sin considerar a alguno de los siguientes elementos: Resultados de la Revisión por la Dirección, Auditorías Interna.	Gestión de la Alta Dirección. Planificación Estratégica.	Amenaza	Revisión del mapa de subproceso de Planeación Estratégica del SACDOC. Integración de los elementos de la mejora de acuerdo con el ciclo Deming aplicado a las unidades académicas de nivel superior y la Dirección de Educación Superior.	Llenado del formato de hallazgos y acciones.
Robo y pérdida de equipo.	Recursos Materiales y Servicios Generales. Registro y control de bienes muebles del Activo Fijo.	Amenaza	Se le está entregando los vales de resguardo a cada usuario para que se responsabilicen de los equipos que tienen para su uso.	A través del portal de UPIICSA.
Cambio del lugar del mobiliario y equipo.	Recursos Materiales y Servicios Generales. Registro y control de bienes muebles del Activo Fijo.	Amenaza	Se ha elaborado un tríptico en el cual se les informa las acciones que tienen que realizar, los usuarios en cuanto a robo, perdida o cambio de adscripción de los equipos.	En el portal de UPIICSA.

Riesgos				
Descripción del riesgo	**Proceso o subproceso**	**Abordar el riesgo como: Amenaza (A) u Oportunidad (O)**	**Acciones de tratamiento implementadas**	**Efectividad del tratamiento del riesgo**
Retiran equipos de la Unidad sin avisar a la Oficina de Activo Fijo	Recursos Materiales y Servicios Generales. Registro y Control de bienes del Activo Fijo.	Amenaza	Se le está entregando los vales de resguardo a cada usuario para que se responsabilicen de los equipos que tienen para su uso.	En el portal de UPIICSA.
Deficiencias y fallas técnicas en la plataforma (SISAE-Siboltra).	Integración de competencias para la Titulación. Seguimiento a egresados.	Amenaza	Infraestructura en mal estado que obstaculice el adecuado funcionamiento de la plataforma.	En la plataforma de SISAE-Siboltra.
Información incompleta y/o desactualizada de egresados.	Integración de competencias para la Titulación. Seguimiento a egresados.	Oportunidad	Campañas y visitas a las empresas que cuente con un mayor número de egresados laborando.	Mediante oficios de solicitud a empresas.
Apatía y falta de interés por parte de los encuestados.	Integración de competencias para la titulación.	Amenaza	Sistemas dinámicos que inviten a los encuestados a contestar los cuestionarios.	

Solo serán considerados los riesgos u oportunidades con acciones de tratamientos implementadas y evaluadas dentro del periodo de revisión; estos riesgos u oportunidades, pudieron ser priorizados en la Matriz de Valoración de Riesgos y Oportunidades (**MSE-RO-024-F01**), para su viabilidad de tratamiento por los responsables en el **SGC**, procesos y subprocesos.

5. SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN.

La Revisión por la Alta Dirección nos proporciona salidas e información sobre el desempeño y eficacia del **SGC**, ya que éstas incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades para la mejora, cambios y recursos necesarios en el **SGC.**

5.1 Proyecto de Mejora (Oportunidades, Cambios y Recursos).

Determinado dentro del **SGC** y con respaldo de toda la información revisada para describir el grado de desempeño del **SGC**, nivel de satisfacción de los clientes con productos y servicios

conformes, y la eficacia operativa de los procesos y subprocesos, alcanzados durante el periodo 2019/1, se describe a continuación (Tabla: Proyectos de Mejora) la referencia de aquellos hallazgos registrados en el formato **MSE-HA-023-F01**, que al ser evaluados, se determinó pertinente su atención, seguimiento y cierre como Proyectos de Mejora, apoyados por la Alta Dirección y que tendrá un costo-beneficio importante en el desempeño del **SGC** y conformidad en los procesos y subprocesos, respecto a la normatividad aplicable.

Las acciones de mejora pueden implementarse en procesos, productos y servicios, así como en el **SGC**, siempre y cuando estas acciones sean efectivas y resulten con un beneficio positivo de mejora al **SGC.**

Tabla: Proyectos de Mejora (Resumen).

Registro No.	Proceso y/o Subproceso Responsable	Condición Esperada del PM	Condición Final
RHA-UPIICSA-04. Se realizó una reunión de trabajo relacionada a la sensibilización de los elementos del SACDOC.	Recursos Materiales y Servicios Generales. Mantenimiento a la infraestructura física.	Implementado	Se implementó como lo establece la minuta de trabajo de la reunión encabezada por el Jefe del Departamento de Mantenimiento.
RHA-UPIICSA-012. Se propuso una plataforma digital para tramitar las órdenes de servicio de mantenimiento. Se capacitó al personal del área secretarial para el uso del nuevo Sistema.	Recursos Materiales y Servicios Generales. Mantenimiento a la infraestructura física.	Implementado	Se implementó como lo establece la minuta de trabajo de la reunión encabezada por el Jefe de Departamento de Mantenimiento.

RHA-UPIICSA-001. Mejora al instrumento de conocimientos organizativos.	Gestión de la Calidad. Riesgos y oportunidades de mejora.	Implementado	Se implementó una mejora en lo relativo al tema de conocimientos organizativos, se propuso una mejora al instrumento para sustentar el hallazgo de la auditoria relacionado con esa temática.
RHA-UPIICSA-002. Mejora al cuestionario de capacidad operativa.	Gestión de la calidad. Riesgos y Oportunidades de Mejora.	Implementado	Se implementó una mejora en el instrumento de capacidad operativa, para dar seguimiento al hallazgo de auditoria detectado con relación a ese tema.
RHA-UPIICSA-012. Plataforma para egresados.	Integración de competencias para la Titulación.	Implementado	Se generó una plataforma para registrar los datos de los egresados de la unidad académica.
RHA-UPIICSA-012. Plataforma digital para las órdenes de servicio.	Recursos Materiales y Servicios Generales.	Implementado	Se diseñó una plataforma digital para el tratamiento de órdenes de servicio.

La información correspondiente, deberá ser obtenida del formato Registro de Hallazgos y Acciones (formato **MSE-HA-023-F01**) y corresponderá a los hallazgos que conlleven mejora tangible y que se llevaron a cabo durante el periodo 2019/1 de evaluación al **SGC**.