



PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN NÚMERO: 1
	FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18
	NO. DE COPIA CONTROLADA:
	PÁGINA: 1 DE 21

### INFORME GENERAL DE AUDITORÍA INTERNA

Fecha de la auditoría: Del 20 al 22 de agosto de 2018 Fecha del informe: 6 septiembre 2018

Auditor Líder: Mtra. Rubí del Recuerdo Rodríguez Robledo

**Auditores:**

Mtro. Ángel Monfil Hernández  
 Mtro. José Máximo Olguín Martínez  
 Mtra. Julia Domínguez Morales  
 Lic. Luis Meráz Ponce  
 Mtra. Magaly Pérez Basulto  
 Lic. María Eva Lara Anteo  
 Lic. María de los Ángeles Vargas Espinoza  
 Ing. Mario Alberto Pérez Lladó  
 Mtro. Roberto Martínez Flores  
 Ing. Roger Jiménez Entar  
 Mtra. Rosa María García Cruz  
 Lic. Rosario Hernández Ronzón  
 Lic. Rubén Martínez Navarro  
 Ing. Carlos Aduato Reyes Morales (Entrenamiento)

**Objetivo de la auditoría:**

Verificar el grado de conocimiento e implementación de los cambios del Sistema de Gestión de la Calidad bajo el nuevo enfoque de la Norma ISO 9001:2015, a través de entrevistas y revisión de evidencias, con la finalidad de atender las áreas de oportunidad resultantes, con miras a la auditoría externa de certificación.

**Alcance:**

Muestra de 35 centros de trabajo (8 planteles, 2 coordinaciones y 25 áreas de oficinas centrales)

**Puntos auditados:**

- a) Política de la calidad (versión 4)
- b) Objetivos de la calidad (versión 7)
- c) Cambios en los procedimientos operativos
- d) Principales cambios en la Norma ISO 9001:2015
- e) Plan de control de riesgos y oportunidades 2018-2019.
- f) Cláusula 5.1 Liderazgo y compromiso
- g) Cambios al SGC con base a la Norma ISO 9001:2015
- h) Normatividad vigente sobre la equidad de género
- i) Seguimiento a los indicadores: Reprobación y Matrícula
- j) Atención al buzón de quejas y sugerencias del estudiante
- k) Procedimientos operativos:
  - Difusión en planteles (versión 4)
  - Selección de estudiantes (versión 3)
  - Impartición de programas de estudio y evaluación del aprendizaje (versión 5)

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORÍA INTERNA	VERSIÓN NÚMERO: 1
	FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18
	NO. DE COPIA CONTROLADA:
	PÁGINA: 2 DE 21

- Supervisiones académicas (versión 6)
- Registro y verificación de calificaciones (versión 3)
- Medición de indicadores educativos (versión 2)
- Seguimiento de egresados (versión 5)
- Mantenimiento a la infraestructura física (versión 3)
- Gestión de recursos financieros (versión 9)}
- Evaluación de proveedores (versión 1)
- Compras (versión 3)
- Programación anual (versión 7)
- Elaboración de la propuesta institucional de la ampliación de la cobertura educativa (versión 1)
- Evaluación del desempeño institucional (versión 1)
- Soporte Técnico (versión 4)
- Desarrollo de sistema de información (versión 2)
- Guía de seguridad en la información (versión 2)
- Compilación y actualización de la normatividad (versión 4)

I) Propuestas de:

- Lineamientos para los convenios institucionales
- Lineamientos institucionales de protección civil
- Reglamento para el seguimiento y control de la información

**Resultados generales:**

**a) Política de la calidad (versión 4)**

Se mostró conocimiento de la política de la calidad vigente y se expresó que la contribución del personal hacía el logro de la política, es a través del cumplimiento de sus actividades y de la mejora continua en su trabajo.

**b) Objetivos de la calidad (versión 7)**

Los siete objetivos son comprendidos por el personal, destacándose el objetivo nuevo referente a la Matrícula y los incrementos en los porcentajes de cumplimiento de los objetivos: Eficiencia terminal, ingreso a Instituciones de Educación Superior, Satisfacción del estudiante, Desempeño del personal directivo y administrativo y Ambiente laboral.

**c) Cambios en los procedimientos operativos**

El personal tiene amplia noción sobre los cambios en la información documentada (documentos actualizados, documentos dados de alta y documentos dados de baja).

**d) Principales cambios en la Norma ISO 9001:2015**

El personal conoce los cambios generales en la Norma, por ejemplo mencionaron que aumentaron de 8 a 10 cláusulas, que ahora en lugar de documentos controlados se les denomina información documentada, ya no existen las acciones preventivas sino que ahora el sistema desde su planeación considera el control de riesgos.

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORÍA INTERNA

VERSIÓN NÚMERO: 1

FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18

NO. DE COPIA CONTROLADA:

PÁGINA: 3 DE 21

### e) Plan de control de riesgos y oportunidades 2018-2019.

Aunque este plan se difundió recientemente, debido a que fue un trabajo colegiado entre oficinas centrales, coordinaciones de zona y planteles, la mayoría de los auditados expresaron que sí participaron en la construcción, por ejemplo en planteles el personal de control escolar, se siente satisfecho que varias de sus acciones propuestas fueron consideradas.

**De estos cinco aspectos auditados de 35 centros de trabajo sólo a 4 se les notificó, mediante Oportunidad de Mejora, la necesidad de reforzar e incrementar las estrategias de difusión del Sistema de Gestión de la Calidad. (Plantel 19 El Higo, Departamento de Recursos Financieros, Departamento de Recursos Materiales y Departamento de Evaluación Institucional).**

### f) Cláusula 5.1 Liderazgo y compromiso

El Director General y Presidente del Comité la Calidad, expresó que el sistema de gestión de la calidad es una herramienta de mucha ayuda a la Institución para poder brindar un servicio de calidad, y la meta es lograr la certificación en la Norma ISO 9001:2015, con el liderazgo y participación de los titulares de los centros de trabajo.

Enfaticó que lo importante es que se conozca el SGC en toda la estructura del Colegio, y la credibilidad de los directores y su compromiso, por lo que realizó una gira prácticamente a todos los planteles para conocer de cerca su contexto y poder determinar las limitantes de cada uno de ellos.

Finalmente, expresó que el "Plan de control de riesgos y oportunidades 2018-2019", fue derivado de la participación de todos los centros de trabajo, reflejando los puntos cruciales que se deben prevenir y controlar; en tal Plan se determinaron las acciones a realizar en base a ejes transversales que parten de los procesos del SGC.

### g) Cambios al SGC con base a la Norma ISO 9001:2015

El Representante de la Dirección en el SGC plantea las directrices del Director General, platicando e instruyendo a su equipo de trabajo sobre objetivos y metas para la mejora, ésta ha sido su función básica. Expresó que el SGC es pilar de cambios, coadyuvando con otras áreas, la Norma ISO 9001:2015 está enfocada a la prevención y control de riesgos; por lo tanto, enfatizó los riesgos referentes a la matrícula, los recursos, la reforma educativa, como factores a considerar en el marco del SGC.

Respecto al enfoque a riesgos, se expresó que es el cambio a pensamiento a riesgos, este pensamiento conlleva a prevenir la operación del COBAEV, es un proceso sistemático por eso se quita acciones preventivas. En este sentido, los primeros trabajos referentes al enfoque a riesgos iniciaron a partir del año 2017, con la solicitud de la detección de riesgos a todos los titulares de los centros de trabajo. Después, se concentró la información por proceso y se solicitó a los responsables de los procesos la realización del análisis para evaluar cada riesgo de acuerdo a su probabilidad de ocurrencia y su impacto. Es importante destacar que el equipo de gestión de la calidad, los coordinadores de enlaces de oficinas centrales y de coordinaciones de zonas, y algunos jefes de

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



departamento, se capacitó sobre "Metodología en Gestión de Riesgos".

Posteriormente, los riesgos evaluados y validados por los responsables, se agruparon en 5 ejes transversales. Esta versión preliminar del "Plan de control de riesgos y oportunidades 2018-2019" fue enviada a los centros de trabajo para su validación y finalmente este Plan fue aprobado por el Comité de la Calidad en la reunión celebrada el día 14 de agosto del presente año.

Respecto a la capacitación del equipo de gestión de la calidad sobre la Norma ISO 9001:2015, se mostraron evidencias sobre los siguientes eventos:

- Plática sobre la Norma ISO 9001:2015, por parte del Mtro. Carlos Alfonso Espinosa Armida, Subdirector de Calidad de la SEDECOM.
- Reunión Estatal de la Calidad "Fortaleciendo la intervención académica para la mejora del servicio educativo", donde se capacitó a los participantes sobre la transición del SGC a la Norma ISO 9001:2015 y el enfoque a riesgos.
- Curso de metodología en gestión de riesgos.
- Reunión extraordinaria del comité de la calidad.
- Capacitación para auditores con el tema "Actualización de auditores internos bajo la norma ISO 9001:2015".
- Sexto congreso de la calidad con el lema "Uniendo esfuerzos hacia la transición en ISO 9001:2015.
- Consejo consultivo el 15 de marzo donde uno de los temas fue "Información sobre la transición del Sistema de gestión de la calidad a la norma ISO 9001:2015"
- Reunión de trabajo convocada por la dirección general hacia todos los titulares de oficinas centrales cuyo objetivo fue la preparación de la Certificación.

Respecto a la información documentada del SGC, se inició el 12 de marzo del presente año, con la revisión de la política, el mapa de procesos, los objetivos; la política se adecua con el término "incluyente", los objetivos se analizan en función de los comportamientos anteriores, incrementando en su mayoría los porcentajes de las metas, y se agregó uno (matrícula), el mapa de procesos se queda igual.

En reunión del Comité de la Calidad (la Alta Dirección), realizada el 17 de mayo, se acordó modificar lo necesario en los procesos y alinear a los requerimientos del PC-SiNEMS.

El 22 de mayo a todas las oficinas centrales (jefes de área), a través de oficio, se les solicitó revisar sus procedimientos operativos, con el objetivo de realizar las actualizaciones correspondientes. Actualmente se cuenta con 43 procedimientos operativos (sin modificar, modificados, y altas) los cuales se reflejan en el listado maestro de información documentada el cual fue actualizado el 16 de agosto. (Conjuntados en la carpeta 2), en la Carpeta 1 se concentra la documentación alineada a la Norma ISO 9001:2015, la cual se encuentra en proceso de construcción. Mientras se termina con la aprobación de esta documentación, se realizó una aprobación de formatos por el Representante de la Dirección, como son: Reporte de No conformidad, Reporte de Oportunidad de mejora, Plan de auditoría, Listado maestro de información documentada, entre otros.

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN NÚMERO: 1
	FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18
	Nº. DE COPIA CONTROLADA:
	PÁGINA: 5 DE 21

**h) Normatividad vigente sobre la equidad de género**

La Normatividad para llevar a cabo las actividades de esta Unidad es la siguiente: El Plan Veracruzano de Desarrollo 2005-2010; Ley de Igualdad de Mujeres y Hombres en el Estado artículo 14, fracción IV y 17 fracción II; Acuerdo por el que se instruye a las dependencias y entidades de la administración pública del Estado de Veracruz, para crear una Unidad Administrativa denominada Unidad de Género; Ley de Protección a la maternidad para el Estado de Veracruz y Políticas Públicas para la igualdad de género.

Respecto a las actividades sustantivas para el fortalecimiento de la concientización de "equidad de género" se mencionaron las siguientes: Cursos de actualización y sensibilización sobre equidad de género, diplomados, difusión en redes sociales, canal de YouTube, microsítio en la página del COBAEV, red estatal de Enlaces de Género, el lactario (4º en todo el Estado).

De acuerdo a la problemática detectada en el tema "equidad de género" las implementadas al respecto fueron las siguientes: Se elaboraron 2 diagnósticos en 2017, para la construcción de la matriz de resultados con perspectiva de género; la creación de Lactario que fue un verdadero triunfo, la realización de un seminario en línea: Igualdad laboral y no discriminación.

Respecto a la actitud del personal del COBAEV con la perspectiva de género, se han observado cambios positivos y una buena aceptación del personal a todos los eventos instituidos por este Unidad, se nota en la participación y asistencia a los mismos. Sin embargo, no se ha elaborado un instrumento para medir el grado de aceptación.

**i) Seguimiento a los indicadores: Reprobación y Matrícula**

El Departamento de Planeación Institucional hace un análisis puntual sobre la matrícula, en la página del COBAEV está publicado el análisis y, además, físicamente, se tiene el concentrado del seguimiento de la matrícula, del ciclo escolar 2013-2014 al 2017-2018, de los 71 planteles del Colegio con matrícula y grupos.

En algunos planteles disminuyó la matrícula en el ciclo escolar actual, aunque la causa es multifactorial, se han tomado las acciones correspondientes. En el caso de algunos planteles incorporados al SiNEMS, se expresó que para cumplir con esta normatividad (40 alumnos como máximo por salón), la disminución de la matrícula será inevitable; por lo tanto, se recomendó que desde oficinas centrales se atienda este tema con oportunidad.

**j) Atención al buzón de quejas y sugerencias del estudiante**

Se atiende con oportunidad las opiniones de los estudiantes expresadas en el buzón, se presentaron las evidencias que lo demuestran; asimismo, por medio de entrevista a los estudiantes se corroboró que se hace difusión permanente. En algunos planteles también se cuenta con el Libro de quejas y sugerencias del estudiante, el cual también se atiende con oportunidad.

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN NÚMERO: 1
	FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18
	NO. DE COPIA CONTROLADA:
	PÁGINA: 6 DE 21

**k) Procedimientos operativos:**

**1.- Procedimiento operativo Difusión en planteles (versión 4)**

El Departamento de Planeación académica, mostró oficio de solicitud del “Plan de trabajo para la difusión en planteles” con límite de cumplimiento el día 7 de febrero, el resultado de esta solicitud indicó que de 71 planteles cumplieron 66 (92.96 %). Una vez que los planteles envían su Plan, este Departamento revisa las actividades de difusión que los planteles proporcionan y seleccionan las más comunes. No se presentaron evidencias de que los planteles 01 Pueblo Viejo, 06 Nogales, 19 El Higo, 32 Coatzintla y 64 Acayucan (muestra seleccionada por el auditor), hayan notificado que recibieron el oficio de solicitud.

Se solicitó el “Plan de trabajo para la difusión en planteles” y el “Informe del plan de trabajo de difusión” de los 5 planteles que se tomaron como muestra y se observó, a través de evidencias en formato impreso y electrónico, que éstos cumplieron con las actividades propuestas. La efectividad de fichas mide la difusión en planteles y la retroalimentación la realiza este Departamento vía electrónica, enfocándose especialmente en la Medición del indicador.

Debido a que algunas de las evidencias solicitadas por el auditor, no se presentaron con oportunidad se sugirió a este Departamento, a través del Reporte de **Oportunidad de Mejora**, mejor organización de las evidencias del procedimiento “Difusión en planteles”, con la finalidad de tener un control de las evidencias y utilizarlas de manera oportuna en los casos que se requiera.

En los planteles auditados, se mostraron evidencias sobre el envío en tiempo y forma del “Plan de trabajo para la difusión en planteles” al Departamento de Planeación Académica, se revisaron las actividades y éstas fueron realizadas con éxito; asimismo, se cumplió con el “Informe del plan de trabajo de difusión” el cual es coherente con las actividades planeadas, de este informe se hizo el análisis sobre las actividades que mejor impacto tuvieron y cuáles de ellas convendría omitir para el próximo ciclo, por ejemplo en el plantel 32 Coatzintla, está analizando el costo-beneficio de la “Organización de encuentros deportivos con alumnos de 3er grado en diversas secundarias del municipio”.

En la Coordinación de Zona III, el Coordinador de Zona mostró el cronograma de actividades de seguimiento a la difusión en planteles, se mencionó que vía correo electrónico dan seguimiento a su cumplimiento; sin embargo no se mostraron evidencias.

En la Coordinación de Zona VII, se demostró con evidencias que se realiza el seguimiento a la difusión que realizan los planteles (Ejemplo: Planteles 64 Acayucan y 53 Zaragoza, Informe del plan de difusión el cual consta de fotografías y firmas de los oficios de las visitas a las escuelas secundarias de la región).

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



## 2.- Procedimiento operativo Selección de estudiantes (versión 3)

En el Departamento de Planeación Académica, se mostró evidencia del envío oportuno, a todos los planteles, del Cronograma de Actividades del Examen de Selección y Admisión al COBAEV, así como del Manual del aplicador. Asimismo, el titular monitorea el avance de la venta de solicitudes de admisión por plantel. Este procedimiento se cumple.

El personal del Departamento de Planeación Académica, mostró dominio de los conceptos generales y de los cambios del Sistema de Gestión de la Calidad; además, de apertura y disposición durante la auditoría.

## 3.- Procedimiento operativo Impartición de programas de estudio y evaluación del aprendizaje (versión 5)

En el Departamento de Servicios Docentes, no se mostró evidencia de que se hayan enviado con oportunidad los programas de estudio vigentes de cada asignatura del semestre 2018B, a los siguientes planteles: 01 Pueblo Viejo, 06 Nogales, 19 El Higo, 32 Coatzintla y 64 Acayucan (muestra seleccionada por el auditor); por lo tanto, se levantó una **No conformidad** haciendo referencia específicamente en la actividad 6, de este procedimiento, que a la letra dice "*Envía vía electrónica mediante circular los programas de estudio a los directores de planteles y coordinadores de zona*".

Respecto a la última Academia Estatal, se mostró evidencia del envío de los productos, vía valija y vía electrónica (circular CBV/097/2018 con fecha 2 de agosto). Asimismo, considerando la importancia de lo estipulado en dichos productos se cumpla, se mencionó que las medidas de control que se implementan al respecto, son a través de la difusión en las academias locales; Sin embargo, al solicitar evidencias de los planteles seleccionados como muestra, sólo en tres de cinco (01 Pueblo Viejo, 32 Coatzintla y 64 Acayucan) se evidenciaron los productos de la Academia Estatal firmados por los docentes participantes.

En lo referente a la elaboración, en tiempo y forma, de la documentación académica por parte de los docentes, el Departamento de Servicios Docentes establece fechas por periodo parcial y los planteles concentran de cumplimiento, posteriormente se les solicita a los planteles, una muestra aleatoria de la documentación académica, para su análisis y retroalimentación por parte del Departamento (esta medida de control se está piloteando).

Respecto a la revisión que deben hacer los Subdirectores Académicos de los exámenes del primero y segundo parcial, se comentó que el Departamento de Supervisiones Académicas se encarga de este seguimiento, precisando que el Departamento de Servicios Docentes sólo se encarga de realizar observaciones técnico-pedagógicas al examen del tercer parcial que realiza las jefaturas de materia, y finalmente da el visto bueno para su elaboración.

En lo que corresponde al examen del tercer parcial, se cuestionó sobre cómo se asegura el Departamento de Servicios Docentes de que se cumpla la normatividad vigente y que éste examen tenga relación y continuidad al primero y segundo parcial, por lo que el titular de este Departamento

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN NÚMERO: 1
	FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18
	NO. DE COPIA CONTROLADA:
	PÁGINA: 8 DE 21

expresó que el examen del tercer parcial lo realiza la jefatura de materia, sustentándose en la dosificación de contenidos y sugiere metodología tipo PISA, PLANEA y Enfoque Educativo para la Educación obligatoria. (Las evidencias presentadas fueron Física 3, matemáticas 1, Taller de Lectura y Redacción, las cuales tenían observaciones por parte del jefe del Departamento de Servicios Docentes).

Derivado de los puntos auditados en el Departamento de Servicios Docentes, se observó dificultad en la localización de las evidencias y en la organización de los archivos de forma impresa o electrónica; por lo tanto, se sugirió, a través del Reporte de **Oportunidad de Mejora**, mejor organización de las evidencias del procedimiento "Impartición de programas de estudio y evaluación del aprendizaje", con la finalidad de localizarlas de manera ágil y utilizarlas oportunamente en los casos que se requiera.

El personal del Departamento de Supervisiones Académicas mostró dominio en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, así como en los aspectos generales bajo el enfoque de la Norma ISO 9001:2015 y su participación activa en, Plan de control de riesgos y oportunidades 2018-2019.

En los planteles auditados, se verificó que los Subdirectores o Responsables Académicos hayan entregado con oportunidad los programas de estudios vigentes por asignatura para el semestre 2018B, dando como resultado que la mayoría los envía a sus docentes vía correo electrónico, y en algunos casos, en las reuniones de planeaciones didácticas y/o mediante circular (donde se informa el link de internet en donde pueden descargar). Cabe mencionar que cuando el envío de los programas se hace a través del correo electrónico, en la mayoría de los casos, no se cuenta con las evidencias que todos los docentes del plantel hayan recibido dicha información.

Para difundir a los docentes los productos resultantes de la última Academia Estatal, los planteles utilizan diversos medios como son: Reuniones de trabajo, por correo electrónico y mediante circular. Asimismo, se presentaron evidencias de la realización de las Academias Locales a principios de agosto, en las cuales se dieron a conocer los acuerdos de la Academia Estatal, los lineamientos académicos para tercero y quinto semestre, y las orientaciones académicas para primer semestre.

A través de la revisión de la documentación académica de algunos docentes, se evidenció que en general se está cumpliendo con la Normatividad vigente y con lo estipulado en las Academias Estatal y Local; sólo en tres de ocho planteles auditados hubo docentes que presentaron la documentación académica incompleta, correspondiente al primer parcial del semestre 2018B, derivando esta situación en **No Conformidad** (Planteles: 01 Pueblo Viejo, 19 El Higo y 32 Coatzintla).

En la Coordinación de Zona III, recibe vía correo electrónico, por parte del Departamento de Servicios Docentes, los programas de estudio vigentes, lineamientos y las orientaciones académicas; posteriormente, se reenvía esta información a los planteles, para que éstos los distribuyan a los docentes. (Correo recibido de Servicios Docentes el 8 de agosto de 2018 y enviado por la Coordinación de Zona a los Planteles el 9 de agosto de 2018, asunto: comparativos de programas de 1er semestre. Correo electrónico recibido de Servicios docentes 01/08/2018 y enviado por la Coordinación de Zona a

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ





PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORÍA INTERNA

VERSIÓN NÚMERO: 1

FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18

NO. DE COPIA CONTROLADA:

PÁGINA: 9 DE 21

los Planteles el 02/08/2018, asunto: Lineamientos y orientaciones educativas para 5to semestre).

No se mostró evidencia que la Coordinación realice seguimiento sobre que los Planteles reciban por correo electrónico dicha información académica; sin embargo, se comentó que los Planteles envían las actas de academia locales en donde les dan a conocer a los docentes dicha información.

En la Coordinación de Zona VII, se verificó que se recibe del Departamento de Servicios Docentes los programas de estudios vigentes; posteriormente, la Coordinación los reenvía a los Planteles, a través de una circular y; a través de supervisiones en los planteles verifican que los docentes sigan el procedimiento "Impartición de programas de estudio y evaluación del aprendizaje", por ejemplo para el semestre 2018. se utilizó una lista de cotejo, para validar el cumplimiento respecto a la siguiente documentación académica: Programas de estudio vigentes, lineamientos, acta de academia estatal, actas de academia local, dosificación de contenidos, y la guía para la planeación didáctica y evaluación del aprendizaje. En lo que respecta al semestre 2018B, se está realizando el calendario de visitas a los Planteles de la Zona.

#### 4.-Procedimiento operativo Supervisiones académicas (versión 6)

En el Departamento de Supervisiones Académicas, se revisó información del "Formato de Supervisión Integral" de los tres parciales del semestre 2018A, el cumplimiento de los docentes correspondiente a los planteles seleccionados como muestra es el siguiente: Plantel 01 Pueblo Viejo (primer parcial 100%, segundo parcial 96.49%, tercer parcial 97.37%), plantel 19 El Higo (primer parcial 100%, segundo parcial 100 %, tercer parcial 100%); plantel 32 Coatzintla (primer parcial 91.72%, segundo parcial 84.14%, tercer parcial 94.48%), plantel 06 Nogales (primer parcial 100%, segundo parcial 100%, tercer parcial 100%) y plantel 64 (primer parcial 98.08%, segundo parcial 100%, tercer parcial 100%).

Derivado de dicha información, se hallaron planteles que no cumplieron al 100%, por ejemplo el Plantel 32 Coatzintla, en el primer parcial del semestre 2018A **el docente Alfonso Arroyo Azuara no cumplió con la documentación normativa de 5 asignaturas** (Informática II, Solución de problemas de servicios a computadoras, Aplicar programas de audio y video, Utiliza herramientas de animación e Instalar redes en la pequeña empresa) y el docente Roberto Ramírez Pérez que imparte 7 asignaturas (Danza II, Danza IV, Química II, Física II, TSQ II, TSF II y TSCS II).

Sin embargo, el Departamento de Supervisiones Académicas no mostró evidencias del seguimiento a tal incumplimiento del Plantel 32 Coatzintla. Esta situación, derivó en el registro de una **Oportunidad de Mejora** ya que potencia un riesgo en el procedimiento sustantivo Impartición de programas de estudio y Evaluación del Aprendizaje, quedando de la siguiente manera: *Se sugiere dar seguimiento, mediante bitácoras de control, oficios, circulares, documentos impresos o archivos en electrónico, en los casos que los docentes no cumplan al 100% con la entrega de los documentos académicos registrados en el "formato supervisión integral", con la finalidad de contribuir en el cumplimiento de esta responsabilidad por parte de los docentes y, además, de tener un mejor control de las evidencias.*

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORÍA INTERNA

VERSIÓN NUMERO: 1

FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18

NO. DE COPIA CONTROLADA:

PÁGINA: 10 DE 21

**Esta Oportunidad de Mejora retoma importancia, debido a que el incumplimiento del docente Alfonso Arroyo Azuara, del Plantel 32 Coatzintla, se detectó desde el semestre 2018A, y según lo demuestran las evidencias de esta auditoría interna, el incumplimiento en la entrega de la documentación académica continuó durante el primer parcial del semestre vigente (2018B).**

Respecto al Cronograma interno de supervisiones académicas en plantel, según las evidencias revisadas, los planteles enviaron en tiempo y forma dicho documento; el seguimiento al cumplimiento de este cronograma es a través de información proporcionada por los planteles vía correo electrónico.

Las supervisiones académicas realizadas por el Departamento de Supervisiones Académicas, debido a la falta de disponibilidad presupuestal, solo han visitado planteles cercanos como el plantel 35 Xalapa, 66 Xalapa II y 48 Jalcomulco, mostrando evidencias fotográficas.

Entre la áreas de oportunidad que se han atendido en este Departamento, destaca el seguimiento a la supervisión presencial, las acciones que se han tomado son la retroalimentación, el diseño del curso de capacitación "Diseño de instrumentos y herramientas de evaluación según las necesidades de los planteles", apoyando al plantel 48 Jalcomulco con este curso.

El personal del Departamento de Supervisiones Académicas, mostró dominio sobre los cambios del Sistema de Gestión de la Calidad, se observó el trabajo en equipo y una actitud positiva.

En los planteles se verificó que durante el semestre 2018A se hayan realizado las supervisiones académicas por parte de los Subdirectores o Responsables Académicos, tomando como base el Cronograma interno de supervisiones académicas en plantel y solicitando como evidencias las Guías de observación del desempeño docente. El resultado según la muestra revisada es que en la mayoría de los planteles sí se realizaron las supervisiones, excepto en el caso del Plantel 01 Pueblo Viejo, que de una muestra de tres docentes reportados como supervisados, durante el primer parcial del semestre 2018B, en el "Formato de supervisión integral", no se encontró evidencia que sustentara la realización de dicha supervisión, derivándose este hallazgo en una **No Conformidad**.

La Coordinación de Zona III realiza las visitas de fortalecimiento académico y cuentan con una guía de observación académica; sin embargo, no solicitan a los Subdirectores Académicos que envíen a la coordinación algún registro y/o evidencia de las supervisiones realizadas a los docentes de su plantel. Se mostró la "Guía de observación al desempeño del Subdirector o Responsable Académico", de la cual se revisó la carpeta concentradora que contenía: El formato de supervisión, guía complementaria de observaciones al desempeño docente, constancia de evaluación individual, listado de docentes evaluados, seguimiento de observaciones y atención al servicio no conforme; sin embargo, dicha Guía no se encontraba firmada por cada uno de los Subdirectores Académicos supervisados ni por la Coordinación.

La Coordinación de Zona VII, mostró evidencia de realizar el seguimiento de las supervisiones académicas de sus Planteles, cuentan con el Cronograma interno del semestre 2018A, como parte del

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORIA INTERNA

VERSIÓN NÚMERO: 1  
 FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18  
 NO. DE COPIA CONTROLADA:  
 PÁGINA: 11 DE 21

seguimiento solicitan los formatos por docente verificando información y tomando acciones al respecto, por ejemplo en el caso del Plantel 42 Minatitlán que no se había realizado la supervisión presencial en tiempo, la Coordinación estableció como fecha límite para el cumplimiento de esta actividad el 15 de junio, atendiendo el Plantel en el mes de Mayo. Este ejemplo y demás evidencias mostradas, reflejaron el seguimiento puntual que realiza la Coordinación.

**5.-Procedimiento operativo Registro y verificación de calificaciones (versión 3)**

En el Departamento de Servicios Escolares, se mostró la circular SE012/2018 de la solicitud de Reporte de Captura de calificaciones con fecha 5 de Julio/2018 enviada a los planteles, además, de enfatizar que los planteles que no entreguen en tiempo y forma se hacen acreedores a un Reporte de incumplimiento. Mostraron las carpetas de Informe de verificación donde se encuentran evidencias de que los planteles seleccionados como muestra durante esta auditoría (P01 Pueblo Viejo, P06 Nogales, P19 Nogales, P32 Coatzintla y P64 Acayucan) enviaron en tiempo y forma los Reportes de Captura de calificaciones y concentrado de competencias del tercer parcial 2018 A.

Durante el semestre 2018A, de los 71 planteles sólo el Plantel 28 Tlapacoyan tuvo error, al cual se le solicitaron las correcciones, mediante el informe de Verificación, éste solventó satisfactoriamente.

El éxito de este proceso de trabajo, tiene que ver en gran medida con las recomendaciones que se han hecho a los planteles (circular de recomendaciones SE/004/2018 con fecha 21 de marzo/ 2018) y con el procedimiento de emitir primero las boletas para que el alumno perciba el error antes de cerrar la plataforma.

Es importante destacar el trabajo colaborativo que se evidenció en el Departamento de Servicios Escolares, a través de la excelente organización de sus archivos, lo cual permitió la localización y el manejo ágil de las evidencias que sustentaron el cumplimiento, en tiempo y forma, de este procedimiento.

En los planteles auditados, se verificó a través de las evidencias mostradas por los Responsables de Control Escolar, que el procedimiento Registro y verificación de calificaciones se domina y se implementa de manera efectiva.

**6.-Procedimiento operativo Medición de indicadores educativos (versión 2)**

En el Departamento de Evaluación Educativa, se solicitó los Reportes de indicadores educativos del semestre 2017B de los planteles seleccionados como muestra (P01 Pueblo Viejo, P06 Nogales, P19 Nogales, P32 Coatzintla y P64 Acayucan), presentándose los Reportes de tres planteles: P01 Pueblo Viejo: deserción 3.68 %, aprobación 74.77 % y reprobación 25.23 %; P19 El Higo: deserción 2.39 %, aprobación 84.56% y reprobación 15.44 %; P64 Acayucan: deserción 3.06 %, aprobación 77.88 % y reprobación 22.2 %. De los otros dos planteles no se pudieron observar los resultados, ya que el registro se encontraba en la plataforma y estaba demasiado lento el acceso.

En dicho Reportes, el apartado IV Estrategias a implementar, se encontró debidamente requisitado, las

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORÍA INTERNA	VERSIÓN NÚMERO: 1
	FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18
	NO. DE COPIA CONTROLADA:
	PÁGINA: 12 DE 21

evidencias de la implementación de estas estrategias se mostraron del correo electrónico (P01 Pueblo: actas de academia; P19 El Higo: reunión con padres de familia y del P32 fotografías de identificación de alumnos con problemas socioemocionales con riesgo escolar).

Se solicitó, de la misma muestra de planteles, los Reportes de indicadores educativos del semestre 2017A, con la finalidad de comparar si los planteles, de un semestre a otro, propusieron estrategias nuevas o estrategias que tuvieron mayor impacto. El resultado fue el siguiente: Se presentaron los Reportes de los planteles 01Pueblo Viejo, 19 El Higo y 64 Acayucan, y se constató que las estrategias propuestas fueron las mismas de un semestre al otro.

El seguimiento que realiza el Departamento de Evaluación Educativa, respecto al cumplimiento de las estrategias propuestas por los planteles, es a través de la información que éstos envían; sin embargo, la identificación y localización de estas evidencias, en formato impreso o electrónico, en algunos casos no fue ágil ni oportuna. Derivándose de este tema, una **Oportunidad de Mejora**.

El personal del Departamento de Evaluación Educativa, mostró claro dominio de los conceptos en los aspectos generales y cambios del Sistema de Gestión de la Calidad, además de disposición durante la auditoría.

En la Coordinación de zona III no se presentaron los resultados de los indicadores del semestre 2017B, sólo del semestre 2016B, en los cuales sus resultados fueron favorables 26.90% en el indicador de reprobación con respecto a su semestre anterior que fue de 28.90%.

Aunque la Coordinación de Zona III, expresó que lleva a cabo actividades de seguimiento de sus planteles, no hubo evidencias, en la mayoría de los procedimientos auditados, que demostraran tal cumplimiento. Por lo tanto, se levantó una **No Conformidad Mayor**.

En la Coordinación VII, se hace seguimiento de los resultados de los indicadores educativos de sus Planteles, por ejemplo: en el 31 Sayula de Alemán y en el 69 Juan Rodríguez Clara, el indicador de reprobación reflejó resultados; por lo tanto, la Coordinación pidió un Plan de trabajo para revertir dichos resultados; quedando como responsables el Titular de la UAC, el Tutor grupal, el Tutor escolar, los Orientadores educativos, el Director de plantel y el Subdirector académico.

### 7.- Procedimiento operativo Seguimiento de egresados (versión 5)

En la Subdirección Académica se presentó evidencia que la solicitud de la Forma 7d seguimiento de egresados, se hace a través de las Coordinaciones de Zona. Se solicitaron estos formatos de los planteles seleccionados como muestra (P01 Pueblo Viejo, P06 Nogales, P19 El Higo, P32 Coatzintla y P64 Acayucan), encontrándose debidamente requisitados. Al recibir los formatos, la Subdirección Académica, revisa y valida con los datos que aparecen en la plataforma en listados de la Universidad Veracruzana; posteriormente, se emite una circular a los planteles para obtener el porcentaje de seguimiento a egresados. En este año, la fecha límite de cumplimiento del informe de seguimiento de egresados es en la tercera semana de septiembre.

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORÍA INTERNA	VERSIÓN NÚMERO: 1
	FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18
	NO. DE COPIA CONTROLADA:
	PÁGINA: 13 DE 21

El Concentrado estadístico del seguimiento de egresados 2017, se reportó a la Dirección académica con fecha 12 de diciembre de 2017, en el cual se informó que 9,551 alumnos solicitaron examen de admisión para ingreso a Instituciones de Educación Superior, siendo aceptados 7,618, logrando el 80 % de ingreso a IES.

Se mostraron los datos estadísticos del número de alumnos que se incorporaron al campo laboral y los inactivos, sin embargo, comenta la subdirectora académica que apenas se están haciendo los ajustes en los nuevos procedimientos operativos, para las actividades que tienen que ver con el seguimiento de estos datos.

En esta Subdirección, se proporcionaron los datos de forma atenta y colaborativa, se observó un equipo de trabajo con disponibilidad.

### 8.- Mantenimiento a la infraestructura física (versión 3)

El personal del Departamento de Desarrollo Patrimonial, mostró el Programa Anual de Mantenimiento 2018, del cual no se han realizado todas las visitas a los planteles, por falta de recurso económico; por lo tanto, para conocer cuáles son las necesidades de mantenimiento se guían con los informes trimestrales que envían los planteles a través del formato "Verificación de la infraestructura física del plantel". Se atendieron algunas necesidades de construcción y/o mantenimiento prioritarias.

En el Departamento, se cuenta con un concentrado trimestral de los Informes de verificación de la infraestructura física de los planteles, enviados en formato electrónico e impresos. Se les notifica a los planteles de recibido a través del correo electrónico.

La información se encontró organizada, toda vez que las evidencias se presentaron de manera oportuna. Asimismo, el personal mostró disposición y apertura durante la auditoría.

En los planteles, se observó que envían oportunamente los formatos de "Verificación de la Infraestructura física del plantel", de acuerdo a lo que se detecta mediante este formato, se le da seguimiento a las necesidades con mayor prioridad, y éstas se atienden con los recursos, principalmente, de la Sociedad de Padres de Familia.

Se realizó un recorrido por las instalaciones de los planteles para constatar que las necesidades de mantenimiento observadas por los auditores, se hubieran contemplado en los registros de verificación del último trimestre, por parte de los Subdirectores Administrativos, siendo el resultado fue congruente.

En la Coordinación de Zona III se da seguimiento por medio del Reporte de Verificación física a los Planteles (Supervisiones: P03 Martínez de la Torre el 29 de mayo de 2018, P24 Cazonas el 20 de junio de 2018, P27 Espinal el 17 de abril de 2018, P28 Tlapacoyan el 29 de mayo de 2018, P32 Coatzintla el 11 de mayo de 2018 y P37 Mecatepec el 06 de mayo de 2018). Como resultado a esta información se explicó que se realizan observaciones y se solicitan realizarlas; y que además, envían la información de las visita a planteles al Enlace Interinstitucional de Coordinadores; sin embargo, no se mostró evidencia.

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORÍA INTERNA	VERSIÓN NÚMERO: 1
	FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18
	NO. DE COPIA CONTROLADA:
	PÁGINA: 14 DE 21

En la Coordinación de Zona VII, se corroboró a través de evidencias que se da seguimiento a las necesidades de mantenimiento de la infraestructura física de los Planteles (ejemplos de formatos de verificación del trimestre abril-junio 2018). Asimismo, a través de los informes trimestrales los planteles dan a conocer los avances en la atención de sus necesidades.

**9.-Gestión de recursos financieros (versión 9)**

En la Dirección de Planeación, Programación y Presupuesto, se verificó que los Reportes de ministración de recursos se elaboran conforme lo marcan los tiempos que marcan las Dependencias Gubernamentales, y éstos se envían a la Dirección General para su autorización.

Las afectaciones presupuestales enviadas por los centros de trabajo, se turnan al Departamento de Control Presupuestal para su atención, se resguarda copia para su control. Los criterios establecidos para la revisión y aprobación de las afectaciones, se encuentra la disponibilidad presupuestal y la prioridad de la necesidad que se solicita, esta acción corresponde a la atención de políticas gubernamentales, cuyo esquema basado en resultados exige contar con evidencias del buen uso de los recursos asignados.

En ocasiones la procedencia o no de una afectación, radica en el requisitado de la documentación, cuando es así, se notifica al centro de trabajo correspondiente para su modificación. De igual manera, de llegar a resultar improcedente alguna afectación, se notifica vía oficio el motivo.

El procedimiento operativo de gestión de recursos financieros forma parte fundamental del trabajo inherente en el área auditada. Consideran como aspecto positivo del SGC, la alineación de los trabajos por medio de procesos y procedimientos que son obligatorios para el buen funcionamiento del COBAEV.

En el Departamento de Control Presupuestal, se tomaron como muestra las Afectaciones Presupuestales 2191 con fecha 23 de mayo y 2535 con fecha 31 de mayo, con la finalidad de verificar que la atención y seguimiento a las mismas haya sido con oportunidad, los resultados arrojaron que dichas afectaciones fueron autorizadas y se notificó de manera oportuna a cada Plantel. Se informó que en los casos en que alguna afectación no proceda, se cancela el folio.

Los informes presupuestales se elaboran conforme lo marca las Dependencias Gubernamentales, estos informes se envían con oportunidad a la Dirección General para su autorización.

Conforme a las evidencias mostradas, se comprueba que el procedimiento "Gestión de recursos financieros" se cumple satisfactoriamente. El personal expresó que un beneficio del SGC en el COBAEV, ha sido contar con documentos normativos que permiten saber qué hacer y quién es el responsable de cada acción, y como área de oportunidad se destacó la falta de involucramiento algunos trabajadores.

Durante la auditoría el personal de este Departamento, mostró excelente disposición y conocimiento

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORÍA INTERNA

VERSIÓN NÚMERO: 1

FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18

NO. DE COPIA CONTROLADA:

PÁGINA: 15 DE 21

de información general del SGC y de los cambios en la Norma ISO 9001:2015, mostrando que las estrategias de difusión implementadas han sido efectivas.

En el Departamento de Recursos Financieros se continuó con el seguimiento de la información relacionada a las afectaciones presupuestales (2191 con fecha de 23 de mayo y la 2535 con fecha de 31 de mayo), con el objetivo de seguir la ruta de atención y seguimiento a las mismas; de acuerdo a la evidencias e información mostrada por este Departamento, se constató que éstas siguieron su curso hasta su pago, tal como lo marca el procedimiento.

Se realizó la difusión de la información general del Sistema de Gestión de la Calidad en el Departamento; sin embargo, durante las entrevistas al personal, se sugirió mediante el reporte de **Oportunidad de Mejora**, reforzar las estrategias de difusión, para garantizar que todo el personal conozca de forma clara y precisa los cambios del Sistema, respecto a la Norma ISO 9001:2015.

Es importante mencionar que el personal de este Departamento mostró disposición durante el desarrollo de la auditoría y se evidenció un buen ambiente de trabajo.

En el Departamento de Contabilidad se verificó el estado de las afectaciones presupuestales (2191 con fecha de 23 de mayo y 2535 con fecha de 31 de mayo), dando como resultado que una de ellas se encontraba en proceso de revisión por parte de Contraloría Interna; sin embargo, en los dos se sigue el procedimiento tal y como está estipulado.

El personal de este Departamento, mostró dominio y una visión clara y concreta de los cambios del Sistema de Gestión de la Calidad, en base a la Norma ISO 9001:2015; asimismo, se evidenció disposición y actitud positiva con el SGC, porque derivado de los resultados de las encuestas de ambiente laboral, específicamente de las condiciones del mobiliario, se han realizado las acciones correspondientes, lo que repercutirá de manera favorable en su ambiente de trabajo.

**10.- Procedimientos Operativos: Evaluación de proveedores (versión 1) y Compras (versión 7)**

El Departamento de Recursos Materiales y Servicios Generales, mostró las evidencias correspondientes a la conformidad de estos procedimientos, como sigue: Se presentó el Padrón de proveedores en soporte físico, en dicho documento no se detectan proveedores no aptos o en desarrollo; asimismo, se mostró un registro de evaluación inicial de proveedores, del cual se explicó detalladamente su objetivo y forma de uso; finalmente, se evidenció que las compras se realizan sólo a los proveedores calificados como aptos, se cuenta con un expediente de compras el cual contiene los Formatos únicos de requisición y se expresó que no se ha sido necesario realizar la reevaluación a algún proveedor, porque no se han presentado incidencias, en los casos que ha existido alguna demora se da solución hablando vía telefónica con el proveedor.

**11.- Procedimiento operativo Programación anual (versión 7)**

En el Departamento de Control presupuestal, se mostraron suficientes evidencias de que este procedimiento se cumple, por ejemplo: Se constató que el Manual de criterios internos y techos

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORÍA INTERNA	VERSIÓN NÚMERO: 1
	FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18
	NO. DE COPIA CONTROLADA:
	PÁGINA: 16 DE 21

presupuestales, está en la etapa final de elaboración, sólo en espera de unos datos de actualización por parte del ORFIS, los cuales es necesario incluir.

Respecto al Proyecto de Presupuesto de Egresos, se expresó la importancia de contar con un presupuesto acorde a cada plantel y, que la acción que ha contribuido al cumplimiento con éxito de las actividades del presente procedimiento, es la comunicación cercana con los planteles.

En el Departamento de Programación y Seguimiento, se señaló que se está alineando al procedimiento del POA, y que se seguirá llevando el POA como seguimiento a los 6 proyectos, se trabaja en conjunto con los Departamentos de Planeación Institucional y Control Presupuestal. Respecto a la transición al Programa de Metas Anuales (PMA), ya hubo un primer ajuste en el ciclo 2017-2018, el objetivo es optimizar los recursos para mejorar la operatividad de los programas, se dará una matriz de indicadores y cada una tiene una meta, ver trabajo colegiado y ligar al plan de control de riesgo.

Se recalcó que la transición del POA al PMA tiene como finalidad optimizar los recursos y utilizarlos de manera más eficaz, establecer metas sobre una base, para garantizar una mayor probabilidad de cumplimiento. Por lo tanto, el trabajar en conjunto con los Departamentos de Planeación Institucional y Control Presupuestal ha permitido mejorar el proceso de trabajo. Para dar a conocer el PMA, se emitirán circulares, se realizarán reuniones de trabajo y se brindará capacitación.

Se evidenció trabajo colaborativo y actitud positiva del personal del Departamento de Control Presupuestal.

**12.- Procedimiento operativo Elaboración de la propuesta institucional de la ampliación de la cobertura educativa (versión 1)**

En el Departamento de Planeación Institucional, se mencionó que para el ciclo escolar 2018B-2019A, algunos planteles que hicieron solicitudes de ampliación de grupos fueron los siguientes: Plantel 47 Amatlán de los Reyes solicitó un nuevo grupo, pero después del análisis a esta petición la respuesta fue negativa. (Solicitud del plantel mediante el oficio No. CBV/DIR/210/18 con fecha 3 de julio - respuesta enviada mediante el oficio No. CBV.DG/0651/2018 con fecha 11 de julio de 2018). En el caso del Plantel 36 Zempoala solicitó un grupo de quinto semestre, por seguimiento de matrícula y por cuestiones de capacitación, después del análisis a esta petición (considerando que existían docentes con descarga y cubrían el perfil, se acomodaron en dichas horas no ocasionando problema financiero), la respuesta a tal solicitud fue positiva (Solicitud del plantel mediante el oficio No. DIR-P/092/2018-A con fecha 5 de julio - respuesta enviada mediante el oficio No. CBV.DG/0664/2018 con fecha 16 de julio).

Para realizar la Proyección de grupos este Departamento se reúne con la Dirección Académica y el Departamento de Recursos Humanos para trabajar en conjunto, la proyección del ciclo 2018-2019 consideró la matrícula de cada plantel y el nivel de incorporación de los planteles en el Padrón de Calidad del SiNEMS. Esta propuesta es enviada a la Dirección General, quien después de autorizarla la turna al Departamento de Recursos Humanos.

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ





PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORÍA INTERNA

VERSIÓN NÚMERO: 1

FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18

NO. DE COPIA CONTROLADA:

PÁGINA: 17 DE 21

Durante la auditoría el personal mostró actitud positiva y se reflejó la difusión del SGC realizada al interior del Departamento.

### 13. Procedimiento operativo Evaluación del desempeño institucional (versión 1)

Este procedimiento es de reciente creación, cuya implementación será el próximo año, se mencionó que para su elaboración participó todo el personal del Departamento, se trabajó en el programa de metas con enfoque a resultados enfocado a seis proyectos: Atención a la demanda educativa; Desarrollo profesional del personal docente y administrativo; Vinculación educativa; Fomento a la salud, arte, cultura y educación física; Mejora de la infraestructura educativa; y Gestión directiva y administrativa. Para poder aplicar el nuevo procedimiento se necesita la información que se recaba de los Departamentos de Programación y Seguimiento y de Control presupuestal.

Durante la auditoría se evidenció, a través de entrevistas realizadas, que se requiere reforzar la capacitación al personal respecto a los conocimientos generales del Sistema de Gestión de la Calidad; esta situación, derivó en una **Oportunidad de Mejora** para este Departamento. Sin embargo, también es importante destacar el trabajo en equipo y la disponibilidad del personal.

### 14. Procedimiento operativo Soporte Técnico (versión 4)

En el área de Soporte Técnico del Departamento de Tecnologías de la Información, se solicitaron evidencias respecto a las solicitudes de soporte o mantenimiento correctivo que han realizado los planteles, al respecto se mostraron sólo algunas solicitudes vía correo electrónico, mediante llamadas telefónicas y oficio; sin embargo, éstas en su mayoría, por falta de recursos económicos, no fueron atendidas, por lo que se les recomendó a los solicitantes la gestión de recursos a través del programa 50-50, impulsado por el COBAEV.

La identificación y localización de las evidencias no fue ágil; por lo tanto, se sugirió, a través de **Oportunidad de Mejora**, una mejor organización de la información que denote el cumplimiento, en tiempo y forma, de este procedimiento.

### 15. Procedimiento operativo Desarrollo de sistemas de información (versión 2)

En el área de Sistemas del Departamento de Tecnologías de la Información, según la entrevista al personal y las evidencias mostradas, este procedimiento se desarrolla conforme a lo estipulado. Es importante destacar la labor que hace esta Área en el desarrollo de los módulos del SIGAA y, sobre todo, los beneficios en el Colegio, respecto a la rapidez con que se consulta y se aprovecha la información.

### 16. Guía de seguridad en la información (versión 2)

En el Departamento de Tecnologías de la Información, se entrevistó al personal involucrado con la elaboración e implementación de esta Guía, dando como resultado la apropiación y el conocimiento en su implementación, realizando los respaldos programados de la información.

Sin embargo, considerando que el objetivo de esta Guía es establecer los lineamientos de seguridad

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORIA INTERNA

VERSIÓN NÚMERO: 1

FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18

NO. DE COPIA CONTROLADA:

PÁGINA: 18 DE 21

elementales para al uso de la infraestructura tecnológica en general, el manejo de datos, el acceso a centros de información, y el uso de red, tanto en planteles como en oficinas centrales; es de vital importancia que todo el personal conozca e implemente, de acuerdo a su competencia, lo estipulado en esta Guía. Por lo tanto, se sugirió a través del Reporte de **Oportunidad de Mejora**, mayor difusión tanto en planteles como en oficinas centrales.

El personal del Departamento de Tecnologías de la Información mostró, en su gran mayoría, conocimiento de la información general del Sistema de Gestión de la Calidad y de los cambios bajo el enfoque de la Norma ISO 9001:2015; asimismo, se evidenció disponibilidad y apertura durante las entrevistas.

**17. Procedimiento operativo Compilación y actualización de la normatividad (versión 4)**

En la Dirección de Asuntos Jurídicos se revisó lo correspondiente al cumplimiento de este procedimiento operativo, del cual se hizo referencia sobre la Leyes enfocadas al marco legal, la manera en las que son revisadas para hacer las actualizaciones correspondientes; respecto al control de la información y de los cambios, se mostró el archivo mediante el cual se señalaron los documentos y el manejo de ellos, en algunos puntos se relacionó con el Micro-sitio y se explicó el contenido.

Asimismo, se hizo mención sobre el proceso de actualización del Micro-sitio y se mostró el expediente donde se localizan los documentos correspondientes. Existe un calendario para llevar a cabo las actividades de revisión.

El personal de esta Dirección demostró conocer los cambios del Sistema de Gestión de la Calidad, bajo la Norma ISO 9001:2015, fue evidente el trabajo de difusión que se realizó. Asimismo, se observó comunicación eficiente, orden, participación activa y trabajo en equipo.

**I) Propuestas de:**

**1. Lineamientos para los convenios institucionales**

Esta propuesta de Lineamientos se verificó en el Departamento de Vinculación, los resultados de esta auditoría arrojaron que un avance del 70% para actualizar el Compendio de Convenios 2018 que incluye los lineamientos. El porcentaje faltante corresponde a que los planteles aún no envían el Directorio de Instituciones y/o empresas. Se constató que la información que maneja el Departamento está organizada.

El personal conoce y describe los cambios sustanciales del Sistema de Gestión de la Calidad con el nuevo enfoque de la Norma ISO 9001:2015, toda vez que durante la entrevista manifestaron sus conocimientos y presentaron evidencias documentadas. Asimismo, el personal mostró disposición y apertura a la mecánica del trabajo realizado.

**2. Lineamientos institucionales de protección civil**

Esta propuesta de Lineamientos, se auditó en el área de Protección civil de la Dirección de Operación Regional, manifestando por el Responsable, lo siguiente: El Programa interno de Protección Civil se

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORIA INTERNA

VERSIÓN NÚMERO: 1

FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18

NÓ. DE COPIA CONTROLADA:

PÁGINA: 19 DE 21

rige bajo el marco jurídico de la Constitución Política de los Estados Unidos, la Ley Federal del Trabajo, la Ley Protección Civil publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 junio de 2012, la Ley 856 de Protección Civil y la Reducción del Riesgo de Desastres para el estado de Veracruz. Con estos antecedentes se están elaborando los lineamientos institucionales, teniendo un avance a la fecha del 50%.

Respecto a la capacitación sobre este tema, se expresó que se imparte a las unidades internas de protección civil a través de instructores de la Secretaría de Protección Civil sobre los siguientes temas: "Integración de la Unidad Interna de Protección Civil", "Elaboración del Programa Interno de Protección Civil" y "Plan Familiar de Protección Civil" (Circular: CBV/DG/DOR/PC/0017/2018).

Se comentó que todos los planteles cuentan con el equipo básico de protección civil, se entregó por zona a todos los planteles: Extintores, botiquín con medicamentos, chaleco identificador, brazalete identificador, detector de humo, alarma de contingencia, batería de respaldo y fuente de poder. (Evidencia: Formato de distribución de equipamiento básico de las unidades internas de protección civil en planteles y cartel sobre entrega de material).

El personal conoce y describe los cambios sustanciales que tiene el Sistema de Gestión de la Calidad con el nuevo enfoque de la Norma ISO 9001:2015, toda vez que durante las entrevistas mostraron respondieron asertivamente. Asimismo, se mostró disposición y apertura.

### 3. Reglamento para el seguimiento y control de la información

La propuesta de este Reglamento se auditó en la Unidad de Comunicación Educativa, el cual presentó un avance del 60%, toda vez que falta incluir el apartado para uso de redes sociales: Facebook, WhatsApp y YouTube. (Evidencia: Formato de solicitud de modificación a documentos generales controlados, de fecha 5 de julio de 2018, enviado al Representante de la Dirección en el SGC).

Se expresó que las principales problemáticas que ha detectado respecto al tema de la comunicación en el COBAEV, es la falta de herramientas de trabajo, equipo de cómputo, fotográfico, de video, lámparas, memorias, celulares y banda ancha, ha limitado la comunicación al 100% ya que en ocasiones para realizar las labores utilizan equipo personal.

Finalmente, respecto a los conocimientos generales del Sistema de Gestión de la Calidad bajo el enfoque de la Norma ISO 9001:2015, la gran mayoría del personal contestó adecuadamente, mostrando disposición y apertura durante la auditoría.

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



PROCEDIMIENTO DE CONTROL: AUDITORÍA INTERNA

VERSIÓN NÚMERO: 1

FECHA DE APROBACIÓN: 17/08/18

NO. DE COPIA CONTROLADA:

PÁGINA: 20 DE 21

**Resumen de hallazgos:**

CENTROS DE TRABAJO	NO CONFORMIDADES (NC)	OPORTUNIDADES DE MEJORA (OM)
Plantel 01 Pueblo viejo	2	
Plantel 19 El Higo	1	1
Plantel 32 Coatzintla	1	
Coordinación de Zona III	1	1
Departamento de Servicios Docentes	1	1
Departamento de Planeación Académica		1
Departamento de Supervisiones Académicas		1
Departamento de Evaluación Educativa		1
Departamento de Recursos Financieros		1
Departamento de Recursos Materiales		1
Departamento de Evaluación Institucional		1
Departamento de Tecnologías de la Información		2
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>11</b>

**Conclusión: (respecto al objetivo de la auditoría)**

De acuerdo a los hallazgos resultantes de los aspectos auditados, en los 35 Centros de Trabajo, se concluye que el grado de cumplimiento e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad es del **83%** (considerando el 100% como óptimo). Por lo tanto, para lograr el éxito en la Auditoría Externa de Certificación en ISO 9001:2015, programada del 24 al 28 de septiembre de 2018, se enlistan a continuación, de acuerdo al nivel de prioridad, las actividades que es necesario llevar a cabo:

- a) Implementar estrategias, institucionales y por plantel, respecto al cumplimiento de los procedimientos operativos "Impartición de programas de estudio y evaluación del aprendizaje" y "Supervisiones académicas". (sustento: 6 No Conformidades).
- b) Mejorar la organización de la documentación referente al desarrollo de los procedimientos, para la localización oportuna y el manejo ágil de las evidencias. (sustento: 7 Oportunidades de Mejora).
- c) Reforzar la difusión del Sistema de Gestión de la Calidad, respecto a los cambios y al nuevo enfoque de la Norma ISO 9001:2015. (sustento: 4 Oportunidades de Mejora).

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ



**Puntos fuertes:**

- a) El liderazgo y presencia de los titulares de oficinas centrales, coordinaciones de zona y planteles.
- b) La participación activa y la disposición del personal de los centros de trabajo.
- c) El compromiso y la responsabilidad de los Coordinadores de Enlaces de la Calidad.
- d) El trabajo de los Enlaces de la Calidad en la difusión y el seguimiento.
- e) La detección de los aspectos en los cuales se debe mejorar.

Elaboró

Mtra. Rubí del Recuerdo Rodríguez Robledo  
Auditor Líder

Aprobó

L.C. Onésimo Pérez Peralta  
Representante de la Dirección en el SGC

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN EN EL SGC	DIRECTOR GENERAL Y PRESIDENTE DEL COMITÉ DE LA CALIDAD
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ