



Universidad Tecnológica de Salamanca
Trasciende a la Vanguardia Educativa

Universidad Tecnológica de Salamanca



EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

UTP
DIRECCIÓN GENERAL DE UNIVERSIDADES
TECNOLÓGICAS Y POLITÉCNICAS



Secretaría
de Educación
de Guanajuato

Revisión XXXVI del SGC por la Rectoría



Universidad Tecnológica de Salamanca



Revisión del SGC por la Rectoría

Reporte de Resultados Septiembre-Diciembre 2023

Fecha: 28 de febrero de 2024

Orden del día

- 1. Lista de asistencia y apertura de la reunión.**
- 2. Entradas de la Revisión por la Dirección
(requisitos de la Norma ISO 9001:2015)**
- 3. Asuntos generales.**
- 4. Clausura de la reunión**



9.3.1 Generalidades

La Alta Dirección **debe** revisar el Sistema de Gestión de la Calidad a intervalos planificados, para asegurarse de su idoneidad, adecuación, eficacia y alineación con la dirección estratégica de la Universidad Tecnológica de Salamanca.

Reuniones de Revisión del SGC por la Rectoría programadas:

- 28 de febrero de 2024
- 06 de junio de 2024
- 02 de Octubre de 2024



2. Entradas de la revisión por la dirección

a) El estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas.

d) La adecuación de los recursos.

e) La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.

f) Las oportunidades de mejora.

b) Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al Sistema de Gestión de la Calidad.

c) La información sobre el desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad, incluidas las tendencias relativas a:



- c.1 La satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes;**
- c.2 El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad;**
- c.3 El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios;**
- c.4 Las no conformidades y acciones correctivas;**
- c.5 Los resultados de seguimiento y medición;**
- c.6 Los resultados de las auditorías; y**
- c.7 El desempeño de los proveedores externos.**



a) El estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas

**Participantes: Responsables de
eficacia del SGC**

Fecha: 23 /10/2023

Rev. Núm. 35

Período evaluado: Mayo-Agosto 2023

COMPROMISOS DE LA REVISIÓN DE LA RECTORÍA XXXIII			
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA COMPROMISO	CUMPLIMIENTO % DE AVANCE
1. La coordinadora del SGC enviará de acciones correctivas abiertas para el seguimiento por parte de los responsables y el cierre por el equipo Auditor,	SGC	Junio 2023	100%
2. Los responsables de Eficacia revisaran sus procesos para verificar su correcta operación.	TODOS	Julio 2023	100%
3. La coordinadora del SGC en conjunto con la coordinación académica y directores de carrera verificarán en REDIC007 seguimiento a los programas de asignatura. Lo anterior para mejora del instrumento y reporte al SGC.	TODOS	Agosto 2023	50%



a) El estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas

1. Objetivo 3.- Mostrar coherencia entre los programas educativos ofertados y las necesidades reales en el ámbito de influencia de la institución.

Servicio	cuatrimestre	Meta	Alcanzado
Cafetería	Mayo-Agosto	81.5	77



b) Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al Sistema de Gestión de la Calidad



El Sistema de Gestión de la Calidad en agosto del año 2022, documentó y efectuó análisis del contexto que permitió determinar los cambios en las cuestiones externas e internas.

Los resultados de este análisis y factores se pueden visualizar en la Matriz del Contexto Estratégico FODA. Durante esta vigencia se han desarrollado mesas de trabajo a través del Equipo encargado de la elaboración del Plan Institucional de Desarrollo para la vigencia 2020-2024.

Estos se revisan anualmente con el formato electrónico para revisión de FODA (REPLA002), en el mes de diciembre, por lo que se informaran en el periodo septiembre-diciembre.



b) Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al Sistema de Gestión de la Calidad

FORMATO ELECTRÓNICO PARA REVISIÓN DE FODA							
Referencia a la Norma ISO 9001:2015 4.1							REPLA002-A
FODA	Nivel		FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Revisión 2023	SE MANTIENE	CAMBIA	JUSTIFICACIÓN
Fortalezas	Nivel Alto:	100% de los estudiantes de nuevo ingreso participan en el programa de inducción	Anual				
		• En la matrícula escolar se tiene una participación significativa del sexo femenino;	Anual				
		• Índice de retención escolar superior a la media nacional del Subsistema de Universidades Tecnológicas;	Anual				
		• Tasa de egreso por cohorte generacional de TSU y Licenciatura superior a la media nacional del Subsistema de Universidades Tecnológicas;	Anual				
		• El 100% de los alumnos cuentan con seguridad social para el cuidado y prevención de la salud;	Anual				
		• Cuatro Cuerpos Académicos en Formación;	Anual				
		• Profesores de Tiempo Completo con posgrado afín al Programa Educativo de adscripción;	Anual				
		• El 100% de profesores que imparten una lengua extranjera están certificados;	Anual				
		• Utilización del 100% de la infraestructura instalada en el turno matutino y el 71% en el vespertino;	Anual				
		• Alto índice de colocación de los egresados en su área de competencia;	Anual				
		• UTS reconocida por NC Tech, como Centro Certificador Internacional Educativo CSWA;	Anual				
		• Centro de exámenes del British Council México para ofrecer las certificaciones de Cambridge English Language Assessment, IELTS y Aptis;	Anual				
		• UTS avalada por el CONDICER, como Entidad Certificadora y Evaluadora (ECE);	Anual				
		• Consejo de Vinculación y Pertinencia de la UTS instalado;	Anual				
		• Líneas de investigación implementadas;	Anual				
		• Amplia Oferta de Programas Educativos pertinentes a las necesidades del sector productivo, avalados por los AST;	Anual				
		• Programa de lenguas extranjeras impartidas en la institución;	Anual				
		• Servicio de atención psicopedagógica;	Anual				
		• Certificación del Sistema de Gestión de la Calidad en la norma ISO 9001-2015 en los Macroprocesos: Estratégico: Planeación y Calidad; De Soporte: Gestión Administrativa, Vinculación y Extensión Universitaria; y Clave: Educativo.	Anual				
		• Certificación en la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015, de Igualdad Laboral y No Discriminación;	Anual				
		• Tramite de titulación de forma digital;	Anual				
		• Cobertura de la red inalámbrica y conexión a internet para los estudiantes;	Anual				
		• Eficiente aplicación de los Recursos Financieros;	Anual				
		• Personal docente y administrativo habilitado y capacitado;	Anual				
		• Programa de capacitación permanente y enfocado a resultados;	Anual				
		• Equipo de trabajo comprometidos con la mejora continua; y	Anual				
		• Firma de convenios de colaboración con empresas e instituciones, para participar como centros de evaluación de competencias y para desarrollo del modelo dual.	Anual				
	Nivel Medio	• El 100% de los estudiantes reciben tutorías;	Anual				
		• Estudios de trayectorias y egresados realizados;	Anual				
		• Participación en el Encuentro Nacional Deportivo y Cultural de Universidades Tecnológicas, así como en torneos externos e internos;	Anual				
		• Acreditación del 57% de los Programas Educativos de TSU evaluables por parte de los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior, A. C. (CIEES); y	Anual				

La información se trabajará en la Reunión de Planeación Estratégica programada el 13 de marzo del presente



c) La información sobre el desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad, incluidas las tendencias relativas a:

c.1 La satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes.

Retroalimentación de los Estudiantes

La información correspondiente a este indicador para el cuatrimestre septiembre-diciembre 2023 presento inconsistencia y fallos por lo que se revisó en conjunto con el área de TI y el sistema arroja resultados que afecta el cumplimiento de cada indicador.

Por lo que se documentó una acción correctiva al SGC/TI, la cual tiene un plan de acción aplicarse para el cuatrimestre Enero-Abril 2024.





Universidad Tecnológica de Salamanca

Organismo Público Descentralizado del Gobierno del Estado de Guanajuato

Atención de acción Correctiva y de Mejora

RESGC021-A

Fecha (1): Febrero 2024 Folio de Requisición: (2)

La No Conformidad proviene de: (3)

<input type="checkbox"/>	Auditoría externa	<input type="checkbox"/>	Revisión del SGC por la Rectoría	<input type="checkbox"/>	Auditoría de Calidad	<input type="checkbox"/>	Servicio No Conforme	<input type="checkbox"/>	Evaluación de riesgos y oportunidades	<input type="checkbox"/>	Servicio No Conforme	<input type="checkbox"/>	Evaluación de riesgos y oportunidades	<input type="checkbox"/>	Requisitos legales	<input type="checkbox"/>	Gestión del cambio
--------------------------	-------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	---------------------------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	---------------------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------

SOLICITUD :

Descripción (4) Fallo en sistema de aplicación de encuestas para REDIC010 Evaluación a Docentes por educandos y REDIC088 Evaluación de servicios por educandos

Responsable de definir la(s) acción(es) correctiva y/o correcciones para eliminar la No Conformidad y/o PNC identificado.

Sandra Leticia Castañeda Sánchez/Luis Alberto Torres Castro

Responsable de verificar el cumplimiento de las acciones de mejora definidas en el plan:

Sandra Leticia Castañeda Sánchez

REPORTE:

Requiere Acción Correctiva (5) ☐ si ☒ no

Requiere Corrección ☒ si ☐ no

ANÁLISIS DE DATOS:



Acción Correctiva o corrección a realizar: (7)

Cambio de sistema informático para la recolección de resultados de la aplicación de las encuestas de REDIC010 Evaluación a Docentes por educandos y REDIC088 Evaluación de servicios por educandos.

PLAN:

Acciones (8)	Responsable (9)	Fecha programada (10)
Revisión de resultados en SITO	Sandra Leticia Castañeda Sánchez	1 de febrero
Envío de fallas encontrado en base de datos de resultado de aplicación	Sandra Leticia Castañeda Sánchez	14 de febrero
Revisión de Funcionamiento de Sistema informático	Luis Alberto Torres Castro	22 de febrero
Migración de encuestas a nuevo sistema informático	Luis Alberto Torres Castro	29 de marzo
Prueba piloto de nuevo Sistema informático	Luis Alberto Torres Castro	3 abril

Retroalimentación de las partes interesadas pertinentes

No se recibieron quejas para el cuatrimestre Septiembre-diciembre 2023



El Sistema de Gestión de la Calidad considera 5 Objetivos de Calidad para el cumplimiento de su Política de Calidad, éstos se encuentran en el documento Objetivos e Indicadores de Calidad (EPREC001).

1. Medir la eficacia de la Institución en el logro de sus objetivos y metas sustantivas programadas.
2. Medir el grado de aplicación de los recursos económicos destinados a la institución, con la finalidad de proporcionar a los alumnos las herramientas necesarias para su mejor desarrollo académico.
3. Mostrar coherencia entre los programas educativos ofertados y las necesidades reales en el ámbito de influencia de la institución.
4. Desarrollar y consolidar acciones estratégicas para fortalecer la relación con los sectores productivos, con el propósito de satisfacer las necesidades de éstos.
5. Desarrollar acciones encaminadas a la mejora continua del desempeño institucional.

Los indicadores que se presentan a continuación son los evaluables en el periodo septiembre-diciembre 2023



1. Medir la eficacia de la Institución en el logro de sus objetivos y metas sustantivas programadas.

Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
A. 1. Tasa de egreso de TSU.	Educativo.	61.3%	60.24%	Departamento de Servicios Escolares

Programa Educativo de TSU	Meta	Alcanzado
Mecatrónica Área Automatización	50.3%	50.3% (75/149)
Procesos Industriales Área Automotriz	50.5%	52.38% (55/105)
Energías Renovables Área Calidad y Ahorro De Energía	53.6%	53.57% (15/28)
Tecnologías de la Información Área Desarrollo de Software Multiplataforma	59.4%	56.25% (36/64)
Administración Área Capital Humano	67.1%	64.70% (110/170)
Química Área Industrial	78.8%	72.47% (79/119)
Química Área Tecnología Ambiental	69.0%	72.41% (21/29)
Institucional	61.2%	60.24% (391/649)



1. Medir la eficacia de la Institución en el logro de sus objetivos y metas sustantivas programadas.



Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
B. Tasa de egreso de licenciatura.	Educativo.	94.7		Departamento de Servicios Escolares

Los indicadores para este objetivo son evaluables en el Mayo-Agosto



1. Medir la eficacia de la Institución en el logro de sus objetivos y metas sustantivas programadas.

Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
2. Deserción escolar de TSU.	Educativo.	8.3%	9%	Departamento de Servicios Escolares.

Programa Educativo de TSU	Meta	Alcanzado
Mecatrónica Área Automatización	15.2%	11% (38/332)
Procesos Industriales Área Automotriz	9%	7% (10/143)
Energías Renovables Área Calidad y Ahorro De Energía	12%	10% (5/52)
Tecnologías de la Información Área Desarrollo de Software Multiplataforma	9%	3% (5/156)
Administración Área Capital Humano	8%	5% (16/347)
Química Área Industrial	8.7%	9% (18/192)
Química Área Tecnología Ambiental	10%	5% (2/42)
Institucional	8.3%	7% (94/1262)

1. Medir la eficacia de la Institución en el logro de sus objetivos y metas sustantivas programadas.

Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
B. Deserción escolar de licenciatura.	Educativo.	1.1%	1.4.%	Departamento de Servicios Escolares.

Programa Educativo de Licenciatura	Meta	Alcanzado
Ingeniería en Energías Renovables	3.0%	0% (0/35)
Ingeniería en Mecatrónica	1.0%	1% (193)
Ingeniería en Procesos Químicos	1.0%	1% (2/136)
Ingeniería en Sistemas Productivos	3.0%	0% (0/101)
Ingeniería en Tecnología Ambiental	2.1%	3% (1/30)
Licenciatura en Gestión del Capital Humano	1.0%	1% (3/268)
Ingeniería en Desarrollo y Gestión de Software	4.0%	0% (0/36)
Institucional	1.1%	1.4% (7/508)

1. Medir la eficacia de la Institución en el logro de sus objetivos y metas sustantivas programadas.



Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
3. Egresados de TSU en el mercado laboral.	Educativo.	8.6%	16.83%	Departamento de Vinculación.

Programa Educativo de TSU	Meta	Alcanzado
Mecatrónica Área Automatización	15%	17.33 % (13/75)
Procesos Industriales Área Automotriz	15%	27.27%(15/55)
Energías Renovables Área Calidad y Ahorro De Energía	3%	26.66% (4/15)
Tecnologías de la Información Área Desarrollo de Software Multiplataforma	6%	19.44%(7/36)
Administración Área Capital Humano	9%	13.63%(15/110)
Química Área Industrial	6%	12.65% (10/79)
Química Área Tecnología Ambiental	6%	9% (2/22)
Institucional	8.3%	16.83% (66/392)



1. Medir la eficacia de la Institución en el logro de sus objetivos y metas sustantivas programadas.



Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
3. B. Egresados de licenciatura en el mercado laboral.	Educativo.	22.6%	39%	Departamento de Vinculación.

Programa Educativo de Licenciatura	Meta	Alcanzado
Ingeniería en Energías Renovables	25%	31.25%(5/16)
Ingeniería en Mecatrónica	35%	36.71% (47/128)
Ingeniería en Procesos Químicos	12%	32.46% (25/77)
Ingeniería en Sistemas Productivos	32%	61.81% (34/55)
Ingeniería en Tecnología Ambiental	15%	23.81% (5/21)
Licenciatura en Gestión del Capital Humano	34%	38.75%(31/80)
Ingeniería en Desarrollo y Gestión de Software	5%	36.36%(8/22)
Institucional	22.6%	39%(155/399)

1. Medir la eficacia de la Institución en el logro de sus objetivos y metas sustantivas programadas.

Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
4. Tasa de empleadores de TSU satisfechos.	Educativo.	96%	96%	Departamento de Vinculación.

Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
B. Tasa de empleadores de licenciatura satisfechos.	Educativo.	94%	96%	Departamento de Vinculación.



1. Medir la eficacia de la Institución en el logro de sus objetivos y metas sustantivas programadas.

Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
5. Tasa de egresados de TSU satisfechos	Educativo.	84%	86%	Departamento de Vinculación.

Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
B. Tasa de egresados de licenciatura satisfechos.	Educativo.	83%	84%	Departamento de Vinculación.



2.- Medir el grado de aplicación de los recursos económicos destinados a la institución, con la finalidad de proporcionar a los alumnos las herramientas necesarias para su mejor desarrollo académico



Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
6.Utilización de espacios	Educativo.	195.5%	195.5%	Departamento de Programación y Evaluación.

Incluye turno matutino y vespertino

Indicador obtenido del MECASUT que corresponde a los 1100 espacios (de acuerdo con los edificios y capacidad marcada por el MECASUT)/2094 Matricula Inicial de septiembre-diciembre 2023



3.- Mostrar coherencia entre los programas educativos ofertados y las necesidades reales en el ámbito de influencia de la institución.

Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
7. Programas centrados en el estudiante.	Educativo.	84.1%		Direcciones de Carrera y Departamento de Programación y Evaluación.
8. Planta académica: Profesores de tiempo completo con perfil deseable.	Educativo.	18.5%	22%	Coordinación Académica

Núm.	PROFESOR	CARRERA	ÁREA DEL CONOCIMIENTO
1	Cárdenas Galindo Luis Edilberto	QAI	Ingeniería, Manufactura y Construcción
2	López Robles José Luis	PIA	Ingeniería, Manufactura y Construcción
3	Gallegos Arellano Eloisa	MET	Ingeniería, Manufactura y Construcción
4	Almanza Robles Francisco Javier	PIA	Ingeniería, Manufactura y Construcción
5	Luna Puente Rafael	PIA	Ingeniería, Manufactura y Construcción



4.- Desarrollar y consolidar acciones estratégicas para fortalecer la relación con los sectores productivos, con el propósito de satisfacer las necesidades de éstos

Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
9. Ingresos propios por servicios y estudios tecnológicos prestados	Gestión Administrativa, Vinculación y Extensión Universitaria.	1.36		Departamento de Recursos Financieros



Los indicadores para este objetivo son evaluables en Enero-abril

Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
10. Cursos de educación continua	Gestión Administrativa, Vinculación y Extensión Universitaria .	92.5%	94%	Direcciones de Carrera y Departamento de Programación y Evaluación.



5.- Desarrollar acciones encaminadas a la mejora continua del desempeño institucional..



Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
11. Seguimiento de Programas de asignatura del Plan de estudios.	Educativo.	98%	100%	Direcciones de carrera

CARRERA	CUMPLIMIENTO DEL % AVANCE PROGRAMADO EN LA SEMANA 6	CUMPLIMIENTO DEL % AVANCE PROGRAMADO EN LA SEMANA 13	ACCIONES REALIZADAS EN CASO DE INCUMPLIMIENTO
ADM	100%	100%	
LGCH	100%	100%	
TIS	100%	100%	
IDGS	100%	100%	
PIA	100%	100%	
MET	100%	100%	
ISIP	100%	100%	
IMET	100%	100%	
ITEA	100%	100%	
QAM	100%	100%	
QAI	100%	100%	
IPQ	100%	100%	
ERC	100%	100%	
IERC	100%	100%	

5.- Desarrollar acciones encaminadas a la mejora continua del desempeño institucional.



Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
12. Evaluación de docentes.	Educativo.	80%		Direcciones de carrera

La información correspondiente a este indicador para el cuatrimestre septiembre-diciembre 2023 presento inconsistencia y fallos por lo que se revisó en conjunto con el área de TI y el sistema arroja resultados que afecta el cumplimiento de cada indicador.

Por lo que se documento una accion correctiva al SGC/TI, la cual tiene un plan de acción aplicarse para el cuatrimestre Enero-Abril 2024.



5.- Desarrollar acciones encaminadas a la mejora continua del desempeño institucional..



Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
13. Medición de la satisfacción de la estadía en tres rubros: alumno, proyecto y asesor académico.	Gestión Administrativa, Vinculación y Extensión Universitaria.	93%	94.0%	Departamento de Vinculación Académica

PE	Promedio
ADC	9.55
MET	9.26
QAI	9.23
PIA	10
IMET	9.67
ISIP	8.67
INST	9.40

Para el cuatrimestre que se informa se tuvieron 2 grupos de Ingeniería en Estadías



5.- Desarrollar acciones encaminadas a la mejora continua del desempeño institucional.

Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
14. Medición del SGC.	Planeación y Calidad	Meta sin definir	15/18	Departamento de Planeación



5.- Desarrollar acciones encaminadas a la mejora continua del desempeño institucional.

Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
16. Capacitación del personal.	Gestión Administrativa,	70%	100% (44/44)	Departamento de Recursos Humanos
17. Perfil idóneo del personal docente	Gestión Administrativa,	90%	100% (4/4)	Departamento de Recursos Humanos
18. Perfil idóneo del personal administrativo	Gestión Administrativa	90%	100% (2/2)	Departamento de Recursos Humanos



5.- Desarrollar acciones encaminadas a la mejora continua del desempeño institucional.



Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
19. Evaluación de proveedores	Gestión Administrativa,	90%	8	Coordinación de compras

Proveedor	periodo Evaluado	Calificación
SISTEMAS DE IMPRESION DIGITAL SA DE CV	septiembre-diciembre 2023	7
SONIA ROBLES PEREZ		8
PERLA JETZABEL SORIANO GONZALEZ		8
LISSETTE FERNANDA VALADEZ DAVALOS		8
FESTO PNEUMATIC SA		8
FRANCISCA MEDINA HORTELANO		9
ENRIQUE ROBLES DIAZ		8
GRYPSA SEÑALIZACION INDUSTRIAL SA DE CV		8
COMPUT ARTE PAPELERIA SA DE CV		8
ARACELI ESQUIVEL DOMINGUEZ		9
BERENICE FLORES MEDOZA		8
RS DISTRIBUCIONES SA DE CV		8
COMERCIALIZADORA FARMACEUTICA SANCHEZ SA DE CV		8
COSMETICOS SAQQARA SA DE CV		8
EQUIPOS QUIMICOS DEL BAJIO		8
OSCAR OSVALDO JIMENEZ GRANADOS		8
GUANAJUATO MATERIAL ELECTRICO		9
MAPEQ MAYORISTAS EN PAPELERIA SA DE CV		9
PROVEEDURIA DE PRODUCTOS Y SERVIICO DE MEXICO		8
LR MARKETING Y PUBLICIDAD SC		9
ALICIA LANGO FLORES		9
PRODUCTOS, REACTIVOS E INSUMOS PARA LABORATORIOS SA DE CV		8
PROMEDIO		8.22

Proveedor	periodo Evaluado	Calificación	Observaciones
Manavil (Servicio de vigilancia)	Septiembre-Diciembre 2023	8	Es necesario reforzar las prácticas de vigilancia y utilizar nuevos métodos de control.
Promali (Servicio de limpieza)		8	Falta de personal
Cafetería		indicador de Encuesta	SIN DATOS
Papelería		indicador de Encuesta	SIN DATOS
Promedio		8.00	



c.3 El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios

RESP	CLAVE	Indicador	VALOR		POSIBLES CAUSAS
	PC – PR – PD		META	REAL	
DAF	PDDAF001-B Gestión de Recursos.	Presupuesto autorizado /presupuesto ejercido	95% (Final del año)	90.5%	Asignación de recurso el 18 de dic. De 2023
	PDRHS001 Reclutamiento y selección de personal docente.	Número de vacantes /Número de veces que se aplicó el procedimiento = %	95%	100% (2/2)	
	PDRHS002 Reclutamiento y selección de personal administrativo.	Número de vacantes /Número de veces que se aplicó el procedimiento = %	95%	100% (2/2)	
	PDRHS004 Capacitación.	Total de capacitaciones impartidas en un año /Total de capacitaciones propuestas en un año = %	95% (Final del año)	100% (44/44)	
	PDRMS002 Adquisición de bienes, de servicios, selección y evaluación de proveedores.	Total de solicitudes atendidas /Total de solicitudes recibidas = %	Meta sin definir	89% (75/84)	No había presupuesto.



c.3 El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios

RESP	CLAVE	Indicador	VALOR		POSIBLES CAUSAS
	PC – PR – PD		META	REAL	
DAF	PDRMS003 Mantenimiento preventivo y/o correctivo de la infraestructura y equipo mobiliario.	Total de solicitudes atendidas /Total de solicitudes recibidas = %	90%	100% (52/52)	
	INSAE003 A Becas	Total de solicitudes recibidas en el cuatrimestre/Total de solicitudes atendidas en el cuatrimestre = %	95%	100% (148/148)	
	PDMED001 Atención Médica General.	Pacientes satisfechos con los servicios/muestra representativa de pacientes atendidos = %	86%	Indicador de Encuesta	
	INMED001 Afiliación al Seguro Facultativo.	solicitudes de alta o baja recibidas/ solicitudes atendidas = %	95%	100% (642/642)	
	INMED002 Justificantes Médicos.	recetas médicas recibidas que cumplen con los requisitos/justificantes emitidos = %	95%	100% (58/58)	
	INMED003 Citas Médicas.	canalizaciones recibidas/REMEDI 002 emitidos = %	95%	100% (5/15)	



c.3 El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios

RESP	CLAVE	Indicador	VALOR		Observaciones
	PC – PR – PD		META	REAL	
PSC	INSAE002-B Atención Psicopedagógica.	Canalizaciones atendidas en el Área de Atención Psicopedagógica de 1ra vez = 44/Canalizaciones agendadas en APS=47	92%	93% (44/47)	Se agendaron todas las canalizaciones recibidas en APS
		Total de sesiones de seguimiento atendidas en el Área de Atención Psicopedagógica = 287 /Total de sesiones de seguimiento programadas en el cuatrimestre= 80	100%	371.25% (297/80)	Se atendieron más sesiones de seguimiento debido a las nuevas canalizaciones recibidas durante el cuatrimestre
		Aplicación de Psicométricos a alumnos (as) de 1ro y 7mo cuatrimestre respectivamente	N/A	N/A	La aplicación de psicométricos se lleva a cabo en los cuatrimestres: enero - abril y septiembre –diciembre.

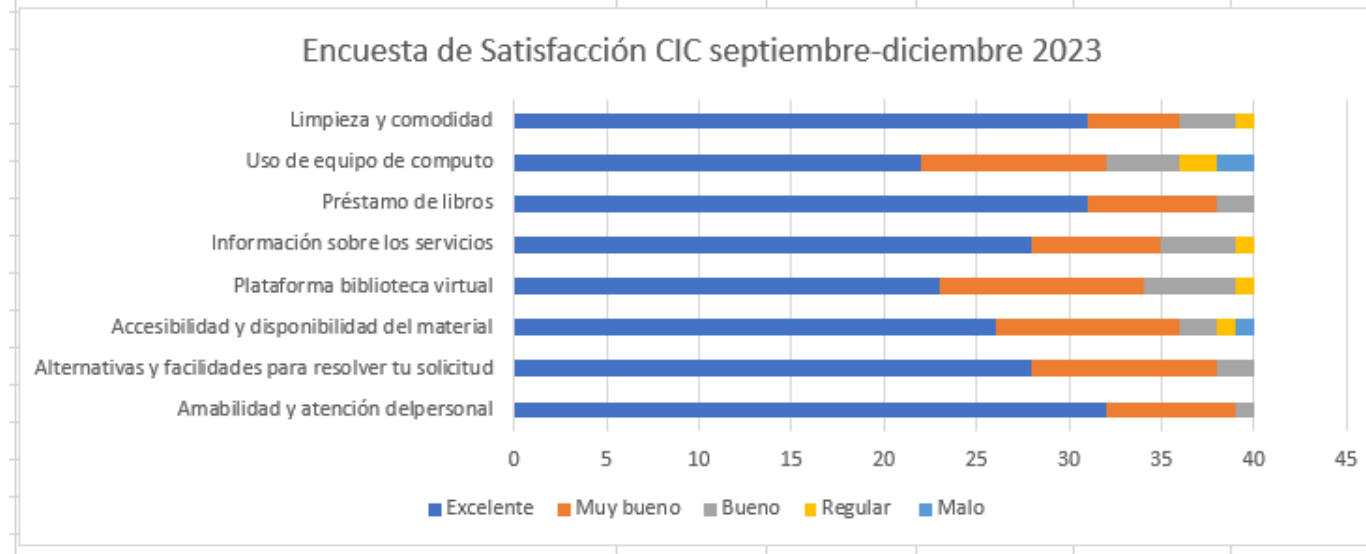


c.3 El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios



RESP	CLAVE	Indicador	VALOR		Observaciones
	PC – PR – PD		META	REAL	
CIC	INSAE001 Biblioteca	Ver gráfica posterior			40/40 encuestas aplicadas

Criterios a calificar	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
Amabilidad y atención del personal	32	7	1	0	0
Alternativas y facilidades para resolver tu solicitud	28	10	2	0	0
Accesibilidad y disponibilidad del material	26	10	2	1	1
Plataforma biblioteca virtual	23	11	5	1	0
Información sobre los servicios	28	7	4	1	0
Préstamo de libros	31	7	2	0	0
Uso de equipo de computo	22	10	4	2	2
Limpieza y comodidad	31	5	3	1	0

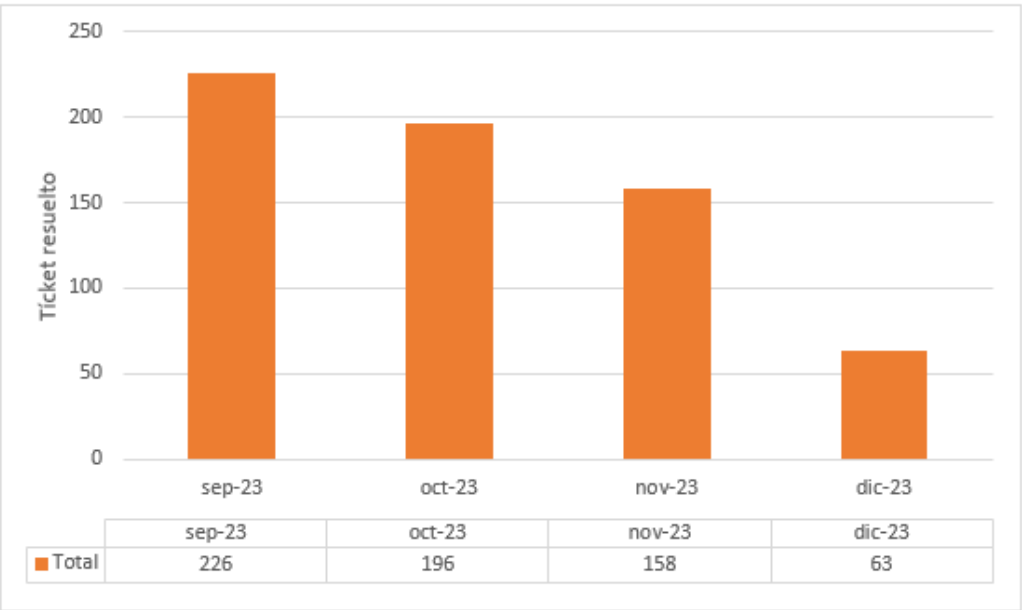


c.3 El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios

RESP	CLAVE	Indicador	VALOR		Observación
	PC – PR – PD		META	REAL	
	INDIC001 Laboratorio de Química	Solicitud de laboratorio atendidas / Solicitud de laboratorio recibidas	95%	98% (643/653)	
	INDIC002 Laboratorio de Energías	Solicitud de laboratorio atendidas / Solicitud de laboratorio recibidas	95%	100% 56/56	

2023-09-01 - 2023-12-22

MES	NUEVOS TICKETS	ABIERTO	RESUELTO	TIEMPO DEDICADO
Septiembre 2023	226	0	226	47:44:54
Octubre 2023	197	1	196	27:27:00
Noviembre 2023	163	5	158	27:48:36
Diciembre 2023	67	4	63	41:21:46
Totales	653	10	643	144:22:16



“Si eludes la responsabilidad, no prosperarás.”

c.3 El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios



Salamanca
Tecnológica

RESP	CLAVE	Indicador	VALOR		Observación
	PC – PR – PD		META	REAL	
	INDIC003 Taller de Manufactura	Solicitud de laboratorio atendidas / Solicitud de laboratorio recibidas	95%	(2/2)	
	INDIC004 Laboratorio de Neumatica	Solicitud de laboratorio atendidas / Solicitud de laboratorio recibidas	95%	(8/8)	
	INDIC005 Taller de Máquinas y Herramientas	Solicitud de laboratorio atendidas / Solicitud de laboratorio recibidas	95%	(14/4)	
	INDIC006 Laboratorio de Robótica	Solicitud de laboratorio atendidas / Solicitud de laboratorio recibidas	95%	(8/8)	
	INDIC007 Laboratorio de Electricidad y Electrónica	Solicitud de laboratorio atendidas / Solicitud de laboratorio recibidas	95%	19/19	

CATEGORÍA	TICKETS	ABIERTO	RESUELTO
INDIC003-A Taller de Manufactura Flexible.	2	0	2
INDIC004-A Laboratorio de Neumática Hidráulica.	8	0	8
INDIC005-A Taller de Máquinas y Herramientas.	14	0	14
INDIC006-A Laboratorio de Robótica.	8	0	8
INDIC007-A Laboratorio de Electricidad y Electrónica.	19	0	19
TOTAL	51	0	51



“Si eludes la responsabilidad, no prosperarás.”

c.3 El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios

RESP	CLAVE	Indicador	VALOR		POSIBLES CAUSAS
	PC – PR – PD		META	REAL	
ESC	PDESC001 Admisión e Inscripción.	Aspirantes con EXANI II / Total de aspirantes = % de sustentantes con aplicación del EXANI II	Meta no definida	96.56% (727/702)	Total de aspirantes 727, con un total de 702 aspirantes con EXANI II, teniendo un 96.56% de aspirantes con examen, para el periodo septiembre-diciembre 2023.
	INESC001 Preparación y Aplicación del EXANI II.	Total de sustentantes que aplicaron examen por generación / Total de sustentantes registrados por generación = % de sustentantes con aplicación del EXANI II	Meta no definida	100% (702/702)	Total de aspirantes 702, con un total de 702 aspirantes con EXANI II, teniendo un 100% de aspirantes con EXANI I
	INESC003 Titulación.	Total de alumnos egresados por generación / titulados por generación = % de titulación por generación	95%	100% (66/66)	Para nivel TSU de los 66 egresados se titularon 66, teniendo un 100%.
	INESC004 Solicitud de Baja.	Total de solicitudes registradas / Total de solicitudes de baja = % de bajas mensuales por carrera	100%	100% (101/101)	De un total de 101 bajas para ambos niveles, se registraron el 100% en el informe mensual.
	INESC005-B Reinscripción.	Total de Total de matrícula de reinscripción por cuatrimestre / Total de alumnos regulares por cuatrimestre = % de alumnos reinscritos TSU e ING por cuatrimestre	100%	100%	de un total de 1125 de matrícula reinscripción para septiembre-diciembre 23, el 98% se reinscribió regular teniendo un total de 167 estudiantes con prorroga de pago.
	INESC006-A Admisión para la Continuidad de Estudios.	Total de matrícula de reinscripción por generación / Total de solicitudes de egresados titulados = % de inscritos en la continuidad de estudios	100%	100%	De un total de 391 egresados de nivel TSU, realizaron la inscripción a continuidad de estudios un total de 372 estudiantes, cumpliendo con un 95% de estudiantes inscritos a la continuidad de estudios.

RESP	CLAVE	Indicador	VALOR		POSIBLES CAUSAS
	PC – PR – PD		META	REAL	
DTI	PDDTI001-A Publicación y actualización del Sitio Web.	# de solicitudes o actualizaciones en el sitio Web /# de publicaciones o actualizaciones en el Sitio Web	Meta no definida	100% (66/66)	
	PDDTI002-A Mantenimiento de infraestructura, equipos y software de TI.	/# de publicaciones o actualizaciones en el Sitio Web	Meta no definida	99% (382/385)	

Resumen Mtto. Preventivo	
Hechos	90
No quiso	2
% de eficiencia	97%

Mtto. Preventivo Labs.		Observaciones
Laboratorio 1	30	
Laboratorio 2	30	
Laboratorio 4	31	
Laboratorio 5	30	
Laboratorio 6	30	
Idiomas 1	30	
Idiomas 2	25	
Biblioteca Digital	29	
Robotica	10	
Administrativos	87	
Total	377	
Hechos	374	
Faltantes	3	
% de Eficiencia	99%	



c.3 El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios



RESP					Observaciones
	PC – PR – PD	Indicador	META	REAL	
REC	PRREC001 Revisión por la Rectoría	Revisiones realizadas /Revisiones programadas	100%	100% (3/3)	Indicador corresponde a las Revisiones por la Rectoría las cuales se ejecutan 3 en el año.
SGC	PDSGC001 PDSGC004 Control de documentos	cambios realizados/ Solicitud de cambio	100%	100% (9/9)	
	PDSGC002 PDSGC003 Auditorías, acciones correctivas	Auditorías realizadas /Auditorias programadas	100%	100%	3 auditorias de 3 (anual)
PLA	INPLA001-C Planeación Estratégica	Metas del año del PIDE cumplidas / Metas del año del PIDE programadas = % de metas cumplidas en el PIDE		(43/47) *100 = 91.48%	Se consideraron las metas vigentes conforme a los Programas Operativos Anuales.
	INPLA002-C Programa Operativo Anual (POA)	Metas del POA Federal cumplidas / Metas del POA Federal programadas = % de metas cumplidas en el POA Federal		(61/68)*100 = 89.70%	
		Metas del POA Estatal cumplidas / Metas del POA Estatal programadas = % de metas cumplidas en el POA Estatal		(76/84)*100 =90.47%	
	INPLA003-C Sesiones del H. Consejo Directivo de la UTS	Sesiones del H. Consejo Directivo realizadas en el año / Sesiones del H. Consejo Directivo programadas en el año = % de sesiones realizadas	4	(6/4)*100 =150%	Para cumplir con la normatividad y con los tiempos establecidos, para la correcta operación de la Universidad, se tuvo la necesidad de realizar 2 Sesiones Extraordinarias (adicionales) en 2023. En la 7a. Sesión Extraordinaria se solicitó la autorización del Anteproyecto de Ingresos Propios 2024, así como Anteproyecto de Ingresos y Egresos para el Ejercicio de Recursos 2024. En la 8a. Sesión Extraordinaria se solicitó la aprobación para realizar las gestiones con el propósito de llevar a cabo la contratación de personal de Honorarios Asimilables a Salarios.
	INPLA004-C Obligaciones de Transparencia	Obligaciones de Transparencia publicadas / Obligaciones de Transparencia programadas = % de OT publicadas	48	(48/48)*100 = 100%	

c.3 El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios



RESP	CLAVE	Indicador	VALOR		POSIBLES CAUSAS
	PC – PR – PD		META	REAL	
VIN	PDVIN002 Estadías.	alumnos registrados en el proceso de estadía / alumnos atendidos = %	100%	100 % (72/72)	
	PDVIN003 Seguimiento a Egresados.	Egresados del ciclo escolar anterior trabajando a seis meses de egreso/ total de egresados del ciclo anterior	100%	100 % (71/71)	
	INVIN001 Actividades Culturales y Deportivas.	Número de alumnos inscritos en las actividades ofertadas cada cuatrimestre / número de alumnos atendidos en las actividades cada cuatrimestre = %	Meta no definida	100% 1140/1140	
	INVIN002 Complemento a la Enseñanza Práctica.	número de solicitudes recibidas / número de solicitudes atendidas = %	Meta no definida	100% (14/14)	
	INVIN004 Movilidad Nacional e Internacional.	alumnos registrados en movilidad / alumnos atendidos = %	100%	100% (3/3)	
	PDVIN005 Difusión de Servicios Educativos y Tecnológicos de la UTS.	Número de diseños que requieran validación de imagen / Número de diseños validados por comunicación social = %	Meta no definida	100% 5/5	
	INVIN003 Diseño Gráfico.	Número de solicitudes de diseño recibidas / Número de Solicitudes de diseño atendidas = %	No se recibió Información	100% 53/53	
	PDVIN006 Servicios Tecnológicos y Educación Continua.	número de servicios brindados / en número de atendidos = %	Meta no definida	6/6 100%	
	PDVIN007 Identificación de Proyectos Susceptibles de Incubar.	Número de proyectos en el Gimnasio de Emprendedor /número de proyectos integradores = %	Meta no definida	14/14 100%	
	PDVIN008 Gimnasio de Emprendedores.	Números de proyectos técnicos transformados en modelos/Número de proyectos técnicos = %	Meta no definida	3/3 100%	
	PDVIN010 CELE	número de servicios brindados / en número de atendidos = %	Meta no definida	19/19 100%	

c.4 Las no conformidades y acciones correctivas;



Universidad Tecnológica de Salamanca
Organismo Público Descentralizado del Gobierno del Estado de Guanajuato

RESGC006-B

NO. De
AUDITORÍA:

16

“INFORME DE RESULTADOS DE AUDITORÍA INTERNA”

FECHA EMISIÓN: 23 de octubre de 2023

OBJETIVO DE AUDITORÍA: Determinar el grado de conformidad con la norma ISO 9001:2015 y con lo establecido en los procedimientos institucionales del Sistema de Gestión de la Calidad.

ALCANCE: Procesos definidos en el Sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad Tecnológica de Salamanca.

CRITERIOS DE REFERENCIA:

- NORMA ISO 9001:2015.
- Manual de Calidad.
- Manual de procedimientos del SGC.

PERSONAL QUE PARTICIPÓ

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Es necesario hacer una revisión documental con el objetivo de actualizar, homologar información y simplificar formatos.

COMENTARIOS

MACROPROCESO	PROCESO, PROCEDIMIENTO, INSTRUCTIVO	ÁREA	NO CONFORMIDADES	OBSERVACIÓN
SOPORTE: GESTIÓN ADMINISTRATIVA, VINCULACIÓN Y EXT. UNIV.	PDVIN002, PDVIN003, PDVIN005, INVIN001, INVIN003, INVIN004	VIN	3	5
SOPORTE: GESTIÓN ADMINISTRATIVA, VINCULACIÓN Y EXT. UNIV.	PDDTI001, PDDTI002	TI	0	
CLAVE: EDUCATIVO	INDIC001, INDIC002 INDIC003,	DIC		1
SOPORTE: SERVICIO APOYO AL ESTUDIANTE	INSAE001, INSAE003	BECAS	1	
SOPORTE: SERVICIO APOYO AL ESTUDIANTE	PDMED001	Servicio Médico	0	
ESTRATÉGICO: PLANEACIÓN Y CALIDAD	INESC004, INESC001	BSC	0	
ESTRATÉGICO: PLANEACIÓN Y CALIDAD	PDSG001, INSGC004	SGC		2
ESTRATÉGICO: PLANEACIÓN Y CALIDAD	PRREC001	RBC		4
TOTAL			5	13

Se requiere el involucramiento de las personas que operan los procesos, procedimientos e instrucciones en el SGC, atendiendo las auditorías y conociendo el impacto de sus actividades, en los indicadores y demás procesos en los que intervienen.



c.4 Las no conformidades y acciones correctivas;



c.5 Los resultados de seguimiento y medición.

NO.	ORIGEN	ÁREA	RESPONSABLE DE ÁREA	FECHA DE HALLAZGO	RESP. DEL SEGMTO	EDO. A* C*	DESCRIPCIÓN DE NO CONFORMIDAD	Folio de RESGC021
94	Auditoria Interna 15	CELE	TJCS/LATC	30 de junio 2023	Karla Zavala	a	En el PDVIN010 revisión A, incluye en entradas, Autorización de contratación y pago de instructores, al Departamento Jurídico y el Departamento de Recurso Humanos. Actualmente, y conforme a la evidencia presentada la función sólo se realiza a través del Departamento de Recursos Humanos. Incumplimiento al requisito 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio. e) la designación de personas competentes, incluyendo cualquier calificación requerida	93
95	Auditoria Interna 15	Jefatura de Visitas	LGS/SLCS	30 de junio 2023	Ixchel Divivani	a	Se mostró Matriz de visitas académicas y el Catálogo de Apoyo Visual, sin embargo, no se tiene evidencia de la operación de estos instrumentos de trabajo.K110	94
96	Auditoria Interna 15	Jefatura de Visitas	LGS/SLCS	30 de junio 2023	Ixchel Divivani	a	Se verificó el REVIN 007 Programa de Visitas, mismo que se encuentra desactualizado y no es enviado a las Direcciones de Carrera.	95
97	Auditoria Interna 15	Dirección de Administración	LGS/SLCS	30 de junio 2023	Dante Castor Rendón Ulloa	a	Se mostró evidencia de la Planeación cuatrimestral para el cuatrimestre Ene-Abr/2023 con fecha 30 de noviembre/2022, no coincide con la temporalidad de entrega estipulada en el Plan de Calidad, ni registro vigente en el SGC.	96
98	Auditoria Interna 15	Dirección de Administración	LGS/SLCS	30 de junio 2023	Dante Castor Rendón Ulloa	a	No se presentó evidencia del avance de la programación cuatrimestral (REDIC007) del cuatrimestre Ene-Abr/23 y May-Ago/2023.	97
99	Auditoria Interna 15	Dirección de Administración	LGS/SLCS	30 de junio 2023	Vicente Cisneros	a	El avance de la programación cuatrimestral (REDIC007) presentado no corresponde al registro vigente en el SGC.	98
100	Auditoria Interna 15	Laboratorio y talleres	IFR/BPAJ	30 de junio 2023	Luis Miguel Tierrablanca	a	En la revisión de la instrucción de trabajo correspondiente a los laboratorios y talleres, se mostró la evidencia correspondiente al uso de los mismos, si bien se tiene realizan las practicas, en base al propósito institucional de los programas educativos basado en un 70 % practico y 30% teórico, no se cumple lo establecido.	99
101	Auditoria Interna 15	SGC	TCR	30 de junio 2023	Sandra Leticia Castañeda Sánchez	a	En el numeral 12 del PDSGC003, hace mención de la evaluación de acciones correctivas y de mejora RESGC022, revisando en los documentos publicados en la página web, se encontró que el mencionado registro no coincide con la actividad, y el que se encuentra cargado hace mención a las "Habilidades y atributos del Auditor", verificando con el área auditada, el documento referenciado "Evaluación de Acciones Correctivas y de Mejora" no existe	100
102	Auditoria Interna 15	SGC	TCR	30 de junio 2023	Sandra Leticia Castañeda Sánchez	a	En el numeral 1 del PDSCG009, la actividad hace referencia al registro RESGC021, mismo que no corresponde con la actividad descrita.En los numerales 3, 4 y 5 no se llevan a cabo las actividades señaladas en el proceso, y se encontró duplicidad de estas con relación a las actividades del PDSGC003.	101
103	Auditoria Interna 15	SGC	ASV	30 de junio 2023	Claudia Nuñez	a	No se encuentran los documentos actualizados de acuerdo con las actividades que se realizan actualmente. Aunque esta declarado la evaluación de proveedores, no se realiza con el apoyo de las áreas solicitantes. No se tiene un indicador para medir la satisfacción de los usuarios del área de Adquisiciones.	102
104	Auditoria Interna 15	SGC	DAT	30 de junio 2023	Yaneli Hernández Leso	a	PDRHS004 Capacitación Documento RERHS001- D en la página de la UTS está obsoleto con información y datos del año 2021 Documento RERHS002-C tiene registro de DNC del 2021 Documento RERHS003-C tiene registro esta desactualizado Documento RERHS006- B tiene registro del cuatrimestre Septiembre - Diciembre 2019	103



c.6 Los resultados de las auditorías.

A QIMA COMPANY

FORCSG-P12.29.8



RESUMEN DE LA EVALUACIÓN

Durante la ejecución de la auditoria se revisaron los requisitos del Esquema Aplicable:

A continuación, se muestran los resultados de la evaluación, la nomenclatura utilizada es:

C: Conforme | TP: Tema de Preocupación | OB: Observación | NC: No Conforme

Proceso / Servicio:	Área	Referencias normativas asociadas	Resultado
Planeación estratégica	Planeación	4.1, 4.2, 6, 9.3	Ob
Auditorías internas	SGC	9.2, 9.1.2, 10.2	Ob
Vinculación y extensión universitaria	Vinculación	8.2, 4.4.1, 9.1.1	Ob
Asesoría jurídica	Asesoría jurídica	8.5.1, 4.4.1, 9.1.1	Ob
Recursos financieros	Recursos financieros	7.1.1, 4.4.1, 9.1.1	Ob
Enseñanza - aprendizaje	Enseñanza - aprendizaje	8.1, 8.5, 8.6, 8.7, 4.4.1, 9.1.1	Ob
Recursos Humano, Comunicación institucional	Recursos Humanos	8.2, 4.4.1, 9.3	Ob
Recursos materiales	Recursos materiales	8.4, 4.4.1, 9.1.1	Ob
Tecnología de información	Tecnologías de información	7.1.3, 4.4.1, 9.1.1	Ob
SGC y sus procesos	SGC y sus procesos	10.2	NC menor

CONCLUSIONES	
Fortalezas	Personal con experiencia y disposición para llevar el SGC
Áreas de mejora	No se identificaron áreas de mejora en este ejercicio
Quejas	La institución cuenta con un mecanismo para atender las quejas. No se han presentado en este periodo
Uso de marca	No se identificó el uso de marca IQNET, NYCE- SIGE
Información para la próxima evaluación	<p>Indicar fecha o mes de su próxima auditoría, marzo-2024</p> <p>El número de personal de la organización es de: 73.</p> <p>Cuando aplique:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se requieren más días en próximas evaluaciones y su justificación. - No se requieren expertos técnicos o cambio de miembros de grupo auditor en próximas auditorías, asociados a temas de imparcialidad o competencia. - No se requiere de auditorías especiales como auditorías de seguimiento o a corto plazo. - Existen condiciones adecuadas para realizar auditorías vía remota considerando la disponibilidad de información, la posibilidad de realizar recorridos virtuales entre otros, o indicar la justificación de requerir la auditoría presencial en la siguiente evaluación. - Información respecto a la logística, ninguna.
Requisitos necesarios	<p>No se identificaron alguna solicitud o requisitos de la organización auditada al organismo</p> <p>No quedo documentación pendiente de la organización auditada</p>
Información técnica de los Sistemas de Gestión Evaluados	<p>Alcance: El alcance del Sistema de Gestión se considera adecuado</p> <p>Código IAF(s) y NACE(s) Se confirmó que el código IAF y sector económico es adecuado</p> <p>Objetivos Se cumplieron los objetivos de esta evaluación. En caso de ser auditoría remota especifique si fue posible cumplir los objetivos en modalidad remota</p> <p>Aplicabilidad de requisitos y/o controles Se tiene excluido el requisito 8.3 Diseño y desarrollo, y se encuentra justificado en que la universidad no diseña los servicios, los programas educativos, los recibe del Tecnológico Nacional.</p> <p>Se deja observación ya que en los cursos de extensión universitaria aplican en algunos casos diseño del curso.</p>
Revisión de requisitos legales e incidentes graves para SGSST	No aplica esta sección
Grado de eficacia mostrado	<p>Sistema de Gestión: Medio.</p> <p>Auditoría interna: Medio</p> <p>Revisión por la dirección: Medio</p>
Comentarios del equipo auditor	<p>No se registró algún punto no resuelto, o diferencias de opinión relacionados a la no conformidad levantada</p> <p>La organización debe cerrar las no conformidades en este informe para proceder con la dictaminación de esta evaluación.</p> <p>RECOMENDACIÓN</p> <p>De acuerdo al análisis mostrado en este informe, el equipo auditor recomienda, que la organización atienda la no conformidad con acciones correctivas y si estas son satisfactorias MANTENER la certificación del Sistema de Gestión de CALIDAD de UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE SALAMANCA. evaluado bajo las norma NMX-CC-9001-IMNC-2015 / ISO</p>



Indicador
19. Evaluación de proveedores



d) La adecuación de los recursos

ÁREA /proceso	¿CUENTA CON LOS RECURSOS NECESARIOS PARA SU GESTIÓN?	OBSERVACIONES	¿Cómo lo ha solucionado?
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	SI	Este proceso cuenta con los recursos físicos, humanos, tecnológicos para su desarrollo.	Se hacen acompañamientos a las diferentes áreas para garantizar la continuidad de los procedimientos.
PLANEACIÓN	SI	Desde la Dirección de Planeación, se considera que la planta de personal administrativo se puede mantener con el número actual y seguir funcionando de marea optima en cada uno de los procesos adscritos a esta dirección.	
RECTORÍA	SI	Cuenta con todos los recursos necesarios.	
VINCULACIÓN Académica	SI	Este proceso cuenta con los recursos físicos, humanos, tecnológicos para su desarrollo.	
CULTURA Y DEPORTE	SI	Cuenta con todos los recursos necesarios.	
SERVICIOS MÉDICOS	SI	Cuenta con todos los recursos necesarios.	
BECAS	SI	Cuenta con todos los recursos necesarios.	
APOYO PSICOPEDAGÓGICO	SI	Cuenta con todos los recursos necesarios.	
TÉCNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	SI	Cuenta con todos los recursos necesarios.	
SERVICIOS ESCOLARES	SI	Cuenta con todos los recursos necesarios.	
RECURSOS MATERIALES	SI	Cuenta con todos los recursos necesarios.	
DIRECCIÓN ACADÉMICA	SI	Cuenta con todos los recursos necesarios.	
RECURSOS HUMANOS	SI	Cuenta con todos los recursos necesarios.	

e) La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades

El Comité de Control Interno a través de sus dos Comisiones Docencia y Administración realizó el seguimiento a los Riesgo por Proceso del cuatrimestre Enero –Abril 2023. En el cual no se detectó ninguna desviación de manera Institucional.



f) Las oportunidades de mejora

Propuesta de acciones de mejora

Fortalecer los cursos de educación continua con el propósito de incrementar los ingresos propios de la Institución.

Verificar a través de estudios en el sector productivo de la región la pertinencia de los Programas Educativos existentes y la apertura de nuevos Programas.

Fortalecer la formación integral de los estudiantes y su participación en encuentros culturales y deportivos a nivel regional y nacional.

Lograr el posicionamiento de la Universidad en la sociedad con base en la calidad de los servicios que ofrece.

Evaluar y dar seguimiento al cumplimiento de los convenios firmados con otras instancias.

Fortalecer los Cuerpos Académicos y lograr su consolidación.

Incrementar el número de Profesores de Tiempo Completo con Perfil PRODEP.

Lograr que el 100% de los Programas Educativos Evaluables estén acreditados por Organismos reconocidos por el COPAES.

Operar programas de capacitación para todo el personal docente y administrativo a partir de una Detección de Necesidades de Capacitación eficaz.

Implementar la Evaluación del Desempeño al personal docente y administrativo.

Implementar un Programa de Estímulo al Desempeño.

Informar el presupuesto asignado a las áreas sustantivas y adjetivas según proceso.

Implementar y dar seguimiento a una Agenda Estratégica Institucional.

Sentar las bases para la certificación en la Norma ISO 21000:2018.

Continuar el proceso de documentación digital del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

Incluir en el SGC del Área Jurídica y Archivo.



GRACIAS

