

Revisión LX del SGC por la Rectoría

Enero – Abril 2025

04 de julio de 2025



ORDEN DEL DÍA

01

Lista de asistencia y apertura de la reunión.

02

Entradas de la Revisión por la Dirección (requisitos de la Norma ISO 9001:2015)

03

Asuntos generales

04

Clausura de la reunión



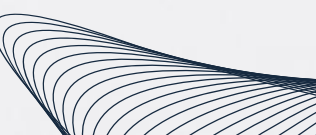
9.3.1 Generalidades



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:

25 de febrero de 2025
10 de junio de 2025
07 de Octubre de 2025



9.3.1 Generalidades



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

Objetivo: Verificar y evaluar el funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad de la UTS, basado en los aspectos establecidos, de manera que se desarrolle el ejercicio con efectividad, eficacia, eficiencia con las proposiciones y recomendaciones para su mejora. RESGC017-C

PROGRAMA ANUAL DEL SGC

Alcance: Desde la Aprobación del Programa Anual de Auditorías Internas, la programación y presentación de informes y seguimientos, hasta la formación de equipo Auditor y responsables de eficacia. Año: 2025

Descripción	Alcance /proceso a auditar	Objetivo	Criterio	Responsable	Fecha	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
						1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Primer Auditoría Interna	Se auditarán los procesos definidos por el equipo Auditor de acuerdo a los resultados de la Auditoría de Certificación.	Verificar implementación del sistema	Norma ISO 9001:2015, Procesos procedimientos internos	Auditor Líder, equipo auditor y Responsables de eficacia	21 y 22 de mayo																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						

FECHA DE ELABORACIÓN :

Sandra Leticia Castañeda Sánchez
Jefa de oficina del SGC
ELABORO:

Adalberto Sánchez Velázquez
Director de Planeación y Evaluación
REVISO:

Alfonso Martínez Delgado
Rector de la UTS
APROBO:



2. Entradas de la revisión por la dirección

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

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:



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.

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;

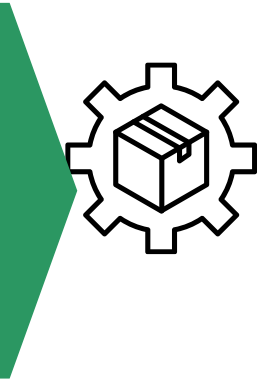
c.5 Los resultados de seguimiento y medición;

c.6 Los resultados de las auditorías; y

c.7 El desempeño de los proveedores externos.

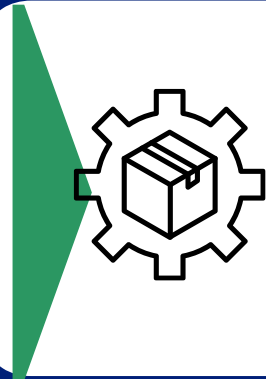
a) El estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas

Participantes: Responsables de eficacia del SGC	Fecha: 025/02/2025	Rev. Núm. 39	Período evaluado: Septiembre-diciembre 2024
---	--------------------	--------------	---



La coordinadora del SGC en conjunto con la jefatura del departamento de Planeación y Evaluación realizarán propuestas tabla de objetivos para el 2025 TODOS Marzo 2025

Se llevaron acabo reuniones con las áreas y se definieron las metas del 2025 que quedaron plasmadas en la EPREC001 publicada en el sito Web del SGC.

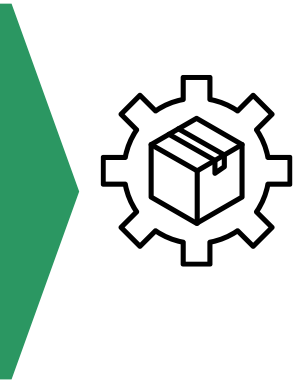


Se verificarán reactivos de evaluación de REDIC088 con las áreas para alinear el instrumento y la técnica de aplicación TODOS Marzo 2025

Se revisó cuestionario de Evaluación de servicios con todas las áreas de evaluación de servicios en el cual se solicitaron preguntas candado de si utilizan o no el servicio de esta manera se aseguro l

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

Participantes: Responsables de eficacia del SGC	Fecha: 025/02/2025	Rev. Núm. 39	Período evaluado: Septiembre-diciembre 2024
---	--------------------	--------------	---



La coordinadora del SGC enviará incumplimiento de indicadores de la revisión Sep-Dic 2024 a las áreas responsables. TODOS 28 de febrero 2025

Se envió correo electrónico a los responsables con incumplimiento de indicadores y se dio seguimiento.

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

Con el objetivo de fortalecer la planificación estratégica institucional y en cumplimiento de los lineamientos establecidos para la elaboración del Plan Institucional de Desarrollo Estratégico (PIDE) 2025–2030, se llevó a cabo un ejercicio participativo orientado a identificar las principales fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que enfrenta nuestra universidad en el contexto actual.

Para ello, se diseñó y aplicó un formulario dirigido al personal académico, administrativo y directivo de la institución. Este instrumento permitió recopilar de manera estructurada las percepciones, propuestas y reflexiones del personal sobre los factores internos y externos que inciden en el desempeño institucional y en la calidad de los servicios educativos.

La información obtenida a través del formulario fue sistematizada y analizada para integrar un diagnóstico FODA institucional, el cual constituye un insumo clave para el análisis de contexto requerido por la norma ISO 9001:2015 y para la definición de estrategias, objetivos y líneas de acción del PIDE 2025–2030.

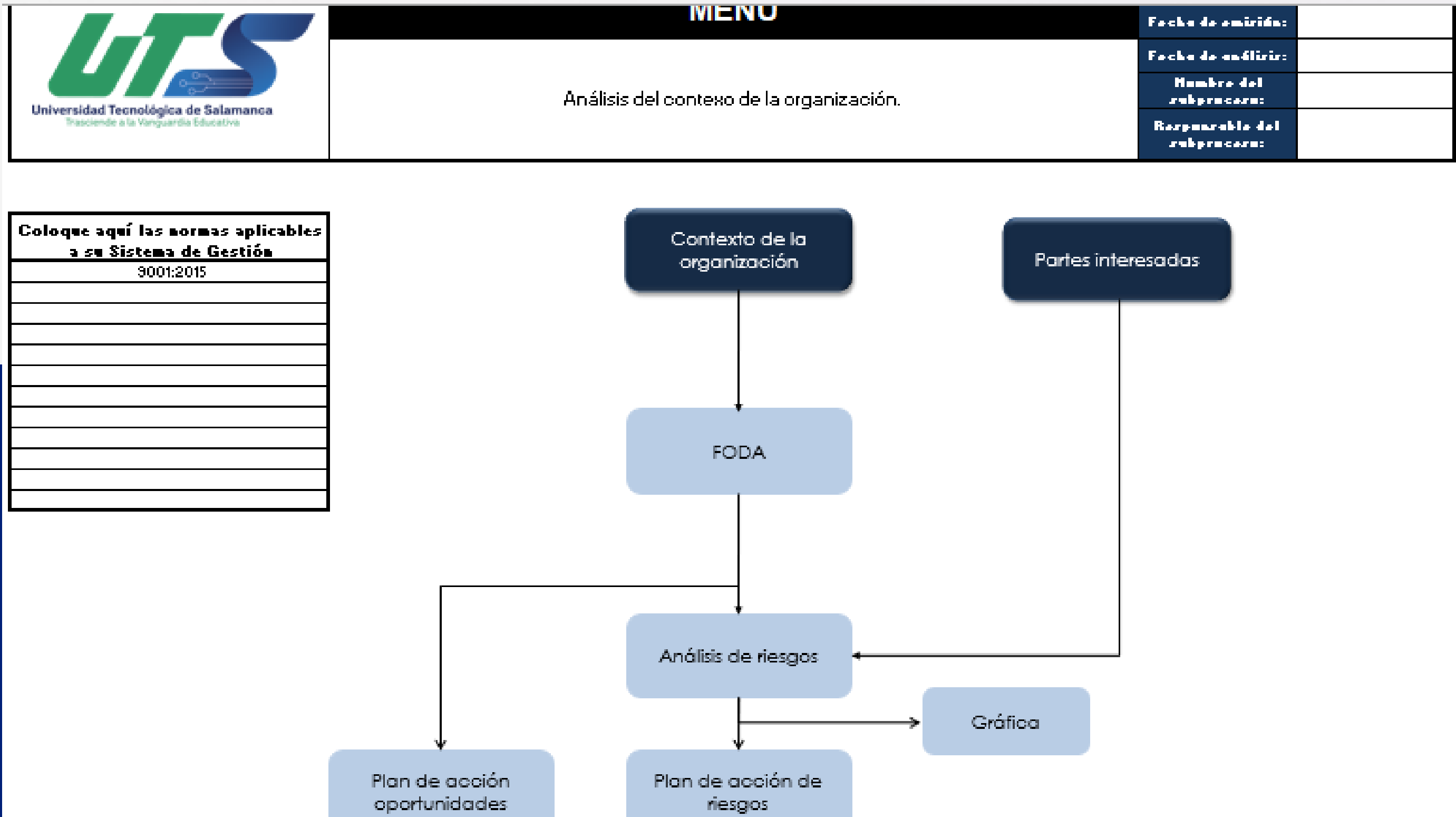
Este enfoque participativo no solo garantiza una visión más amplia y representativa de la realidad institucional, sino que también fortalece el sentido de corresponsabilidad en la construcción del futuro de nuestra universidad.



Nota: El archivo se dará de alta para que lo encuentra disponible en el Sitio WEB del SGC para consulta.

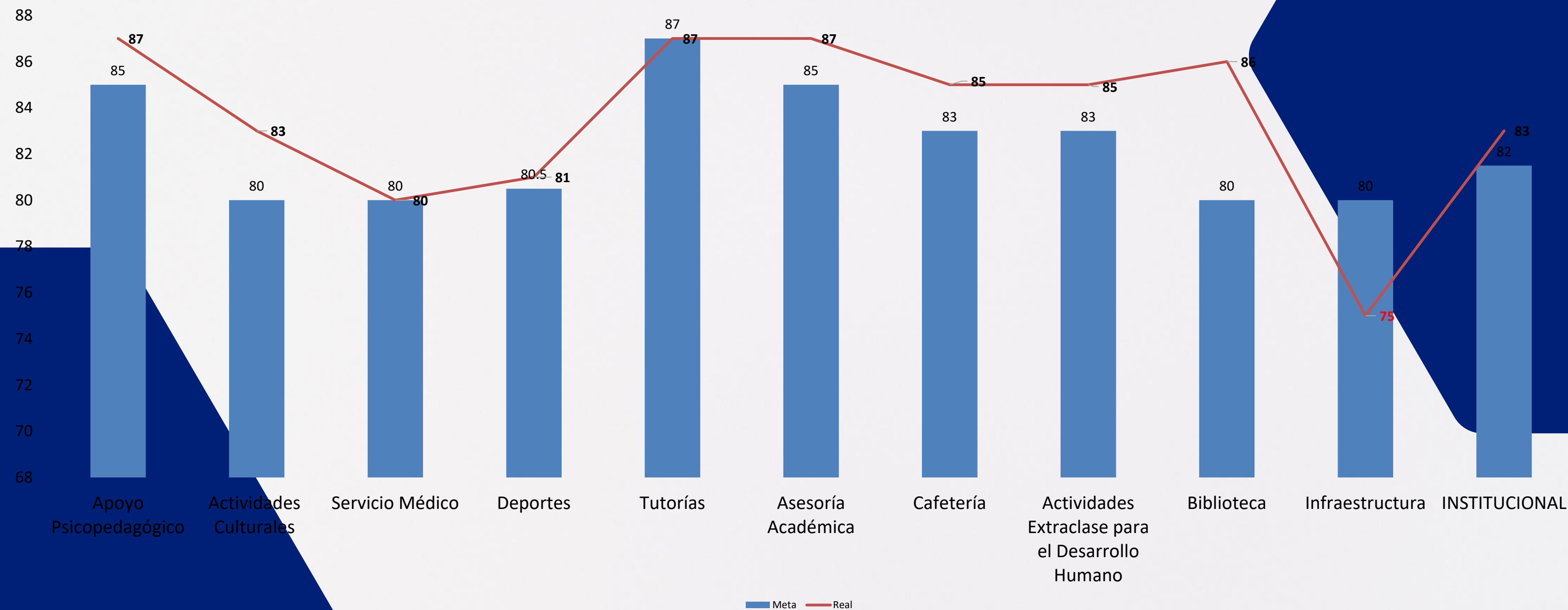
b) Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al Sistema de Gestión de la Calidad

Revisión de la Matriz FODA y se realizó actualización REPLA002.



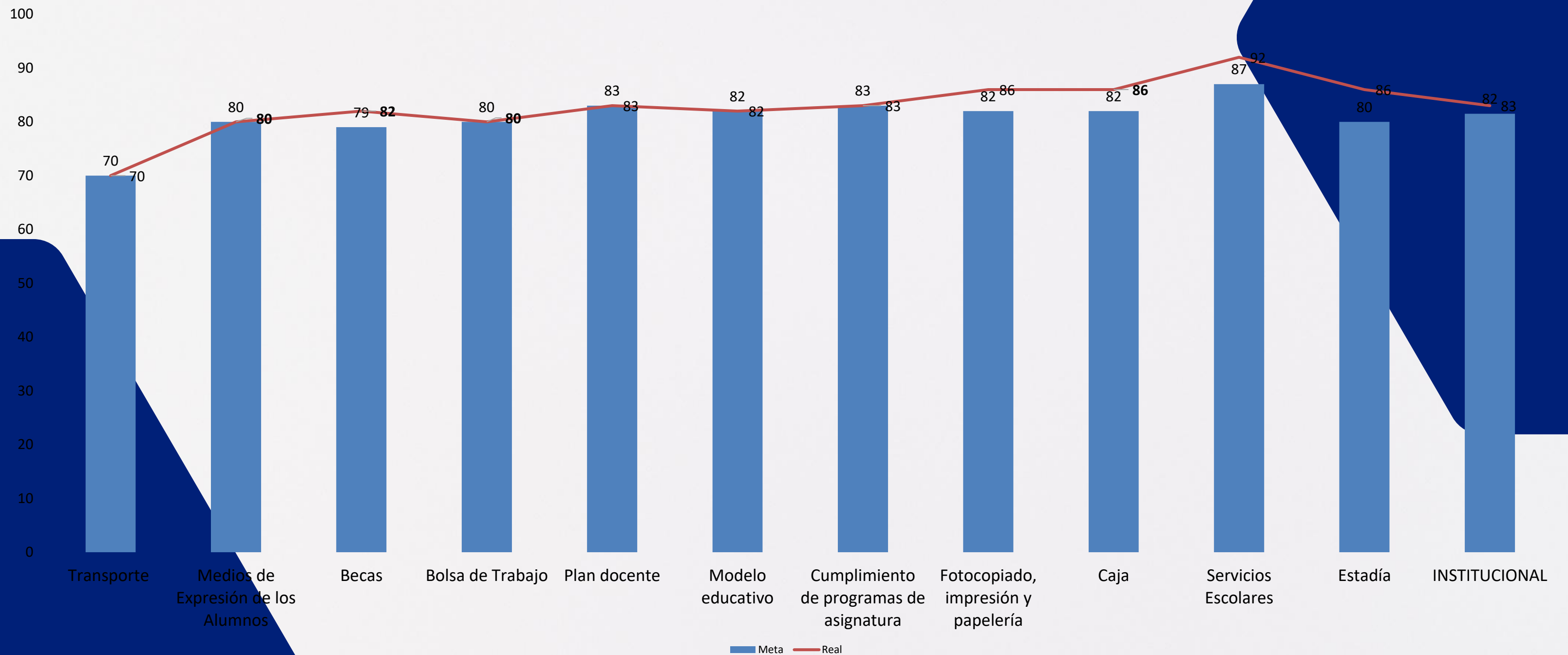
c) La información sobre el desempeño y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad, incluidas las tendencias relativas a:

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



c) 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 las partes interesadas pertinentes

**No se recibieron quejas, Sugerencias o felicitaciones para el cuatrimestre
Enero-Abril 2025**

c.2 El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad

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).

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.

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

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

Desarrollar acciones encaminadas a la mejora continua del desempeño institucional.

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

Los indicadores que se presentan a continuación son los evaluables en el periodo Enero-Abril 2025

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. 1. Tasa de egreso de ING.	Educativo.	94.6%	96.77% (360/372)	Departamento de Servicios Escolares

Programa Educativo de TSU	Meta	Alcanzado
Lic. en Gestión del Capital Humano	95.1%	98% (101/103)
Ingeniería en Energías Renovables	93.8%	100% (16/16)
Ingeniería en Mecatrónica	100.0%	100% (74/73)
Ingeniería en Sistemas Productivos	94.2%	94.3% (49/52)
Ingeniería en Procesos Químicos	93.2%	95.95% (71/74)
Ingeniería en Tecnología Ambiental	90.0%	100% (20/20)
Ingeniería en Desarrollo y Gestión de Software	88.2%	85.29% (29/34)
Institucional	94.6%	96.77% (360/372)

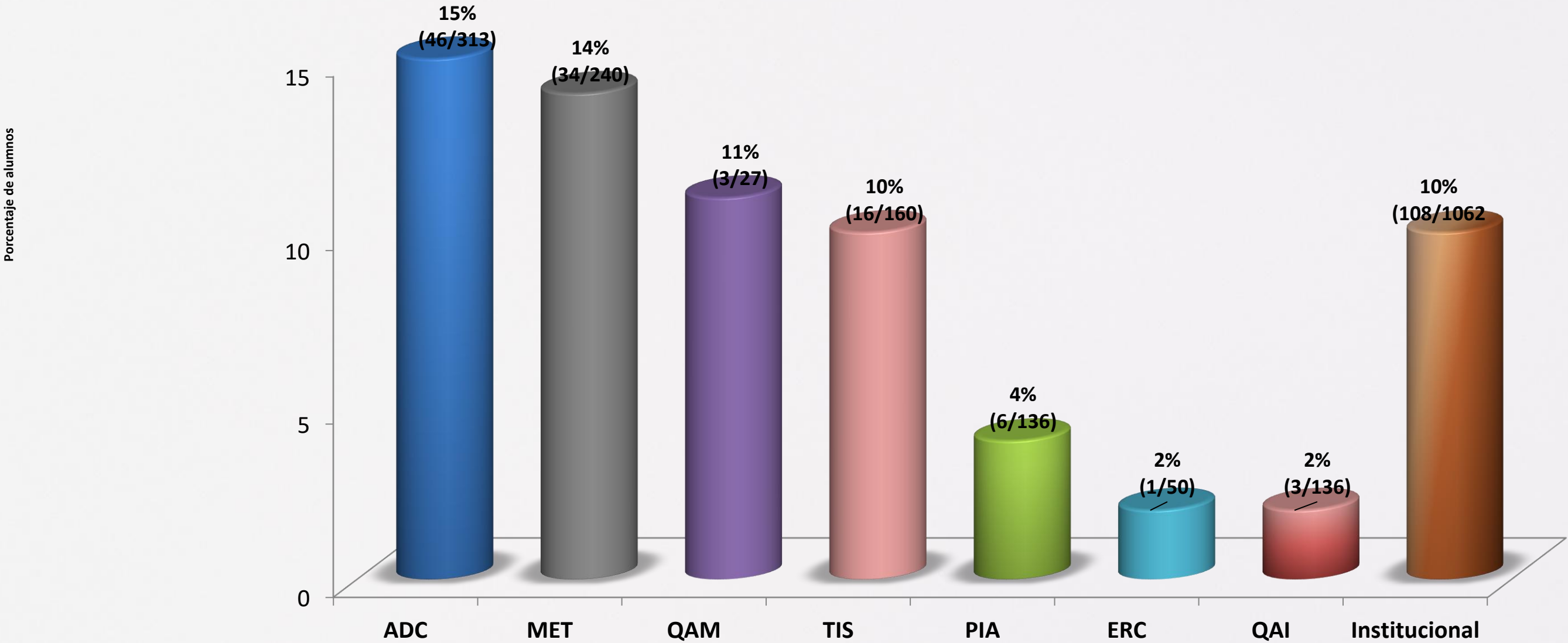
1. Medir la eficacia de la Institución en el logro de sus objetivos y metas sustantivas programadas.

Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
2. Deserción escolar de TSU.	Educativo.	15%	10% (108/1062)	Departamento de Servicios Escolares.

Programa Educativo de TSU	Meta	Alcanzado
Administración área Capital Humano	10.0%	15% (46/313)
Energías Renovables área Calidad y Ahorro de Energía	14.0%	2% (1/50)
Mecatrónica área Automatización	19.0%	14% (34/240)
Procesos Industriales área Automotriz	14.0%	4% (6/136)
Química área Industrial	10.0%	2% (3/136)
Química área Tecnología Ambiental	24.0%	11% (3/27)
Tecnologías de la Información área Desarrollo de Software Multiplataforma	14.0%	10% (16/160)
Institucional	15.0%	10% (108/1062)

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.	15%	10% (108/1062)	Departamento de Servicios Escolares.



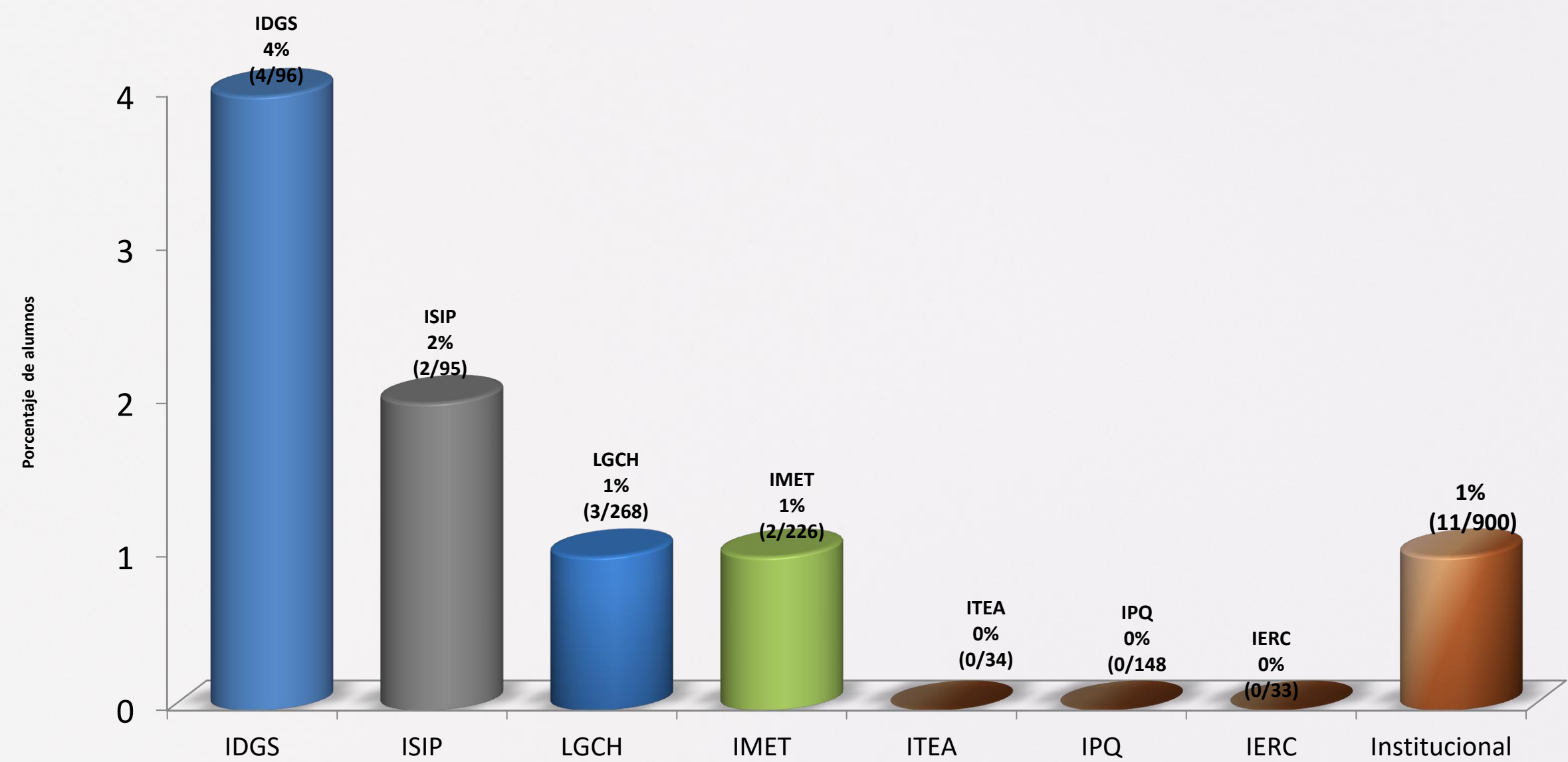
1. Medir la eficacia de la Institución en el logro de sus objetivos y metas sustantivas programadas.

Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
2. Deserción escolar de ING.	Educativo.	5.1%	1% (11/900)	Departamento de Servicios Escolares.

Programa Educativo de TSU	Meta	Alcanzado
Lic. en Gestión del Capital Humano	5.0%	1% (3/268)
Ing. en Energías Renovables área Calidad	5.5%	0% (0/33)
Ing. en Mecatrónica	5.0%	1% (2/226)
Ing. en Sistemas Productivos	5.0%	2% (2/95)
Ing. en Procesos Químicos	5.0%	0% (0/148)
Ing. en Tecnología Ambiental	5.0%	0% (0/34)
Ing. en Desarrollo y Gestión de Software	5.0%	4% (4/96)
Institucional	5.1%	1% (11/900)

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 ING.	Educativo.	5.1%	1% (11/900)	Departamento de Servicios Escolares.



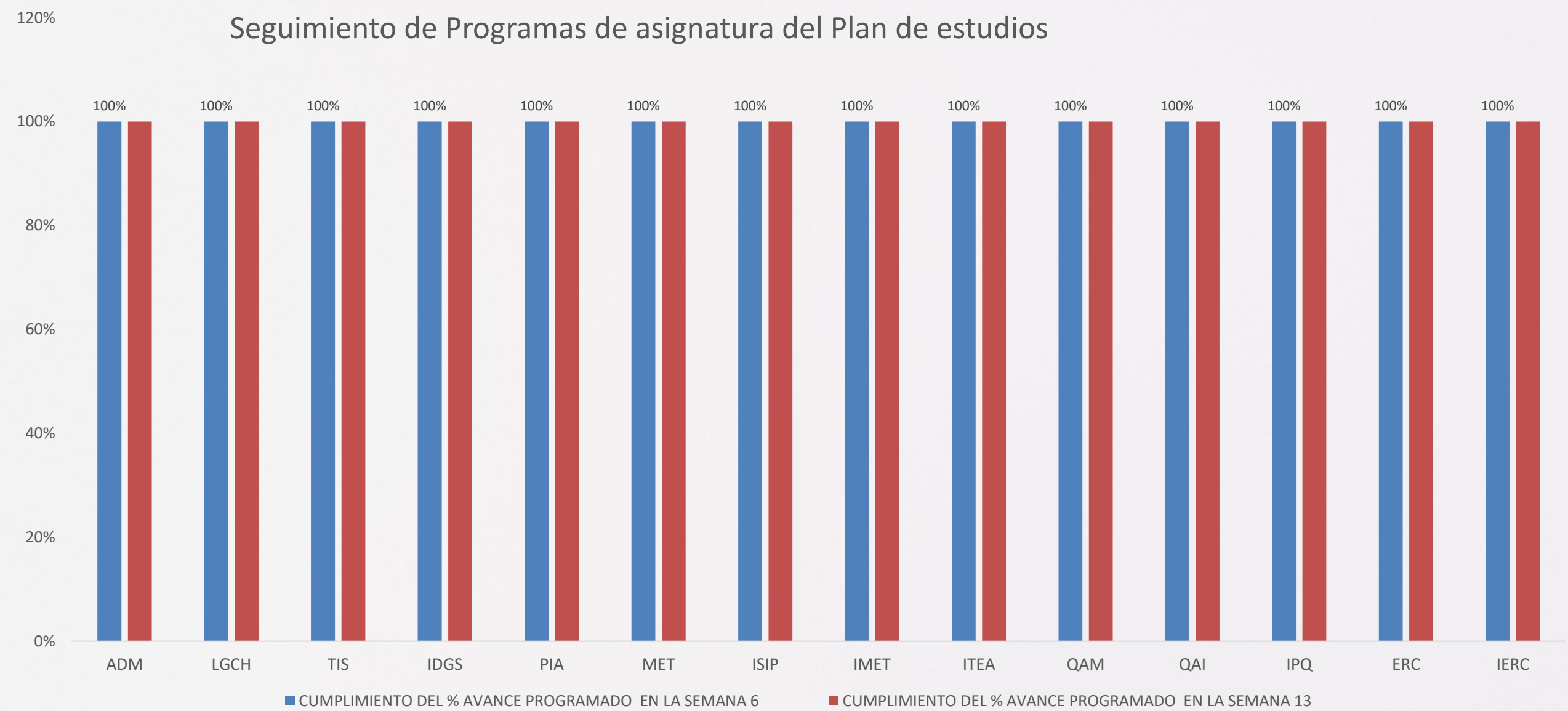
3.- Mostrar coherencia entre los programas educativos ofertados y las necesidades reales en el ámbito de influencia de la institución.

Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
7. Programas centrados en el estudiante.	Educativo.	81.5%	83%	Direcciones de Carrera y Departamento de Programación y Evaluación.

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%	2% (1049429.00/49586534)	Departamento de Recursos Financieros


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



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



Universidad Tecnológica de Salamanca

Organismo Público Descentralizado del Gobierno del Estado de Guanajuato

CONTROL DE AVANCES DE LA PROGRAMACIÓN CUATRIMESTRAL DE ASIGNATURA

REDIC007-C

CUATRIMESTRE:

Enero-Abril 2025

GRUPO:

QAM 5A

FECHA SEMANA 6:

12/02/2025

FECHA SEMANA 13:

04/04/2025

PROFESOR	ASIGNATURA	TEMA PROGR. SEMANA 6	TEMA IMP. SEMANA 6	% AVANCE		TEMA PROGR. SEMANA 13	TEMA IMP. SEMANA 13	% AVANCE		OBSERVACIONES
				PROG.	REALIZADO			PROG.	REALIZADO	
Brenda Ivette Ramírez Soto	Contaminación del aire por fuentes fijas	Gases de combustión	SOx y NOx en fuentes fijas	40	40	Retención de partículas	Control de emisiones de partículas contaminantes	100	100	
Leonardo Daniel Hernández Martínez	Seguridad laboral II	Seguridad y salud en el trabajo	Seguridad en el trabajo.	40	40	Programa de prevención de accidentes	Prevención de accidentes en los centros de trabajo	100	100	
Perla Jazmín Campos Díaz	Manejo integral de residuos II	Tratamiento de Residuos peligrosos	Tratamiento físico	40	40	Plan de manejo de Residuos peligrosos	Plan de manejo de Residuos peligrosos	100	100	
María Guadalupe Gálvez Servín	Operaciones unitarias II	Fluidos incompresibles	Características de fluidos incompresibles	40	40	Separación líquido-líquido	Extracción líquido-líquido	100	100	
Oscar Joel Vargas Hernández	Integradora II	Diagnóstico de seguridad y salud	Cumplimiento en materia de seguridad	40	40	Higiene laboral de la organización	Higiene en la empresa	100	100	
Zaira Mabel Rodríguez Ramírez	Tratamiento de agua II	Sistemas de flotación	Grasas y aceite en aguas residuales	40	40	Proceso biológico anaerobio	Mantenimiento preventivo de tratamiento anaeróbico	100	100	
Miriam Granados Vallejo	Sistemas de gestión ambiental y de calidad	Sistema de calidad ISO 9000	ISO 9000	40	40	ISO 14000	Sistema de gestión ambiental ISO 14000	100	100	
Lizeth Alexandra Morales Flores	Inglés V	Estructuras gramaticales del pasado	Would y could	40	40	predicting, skimming, scanning e intensive reading	intensive reading	100	100	

Los registros se encuentran disponibles en cada una de la dirección de Carrera

UTS
Universidad Tecnológica de Salamanca

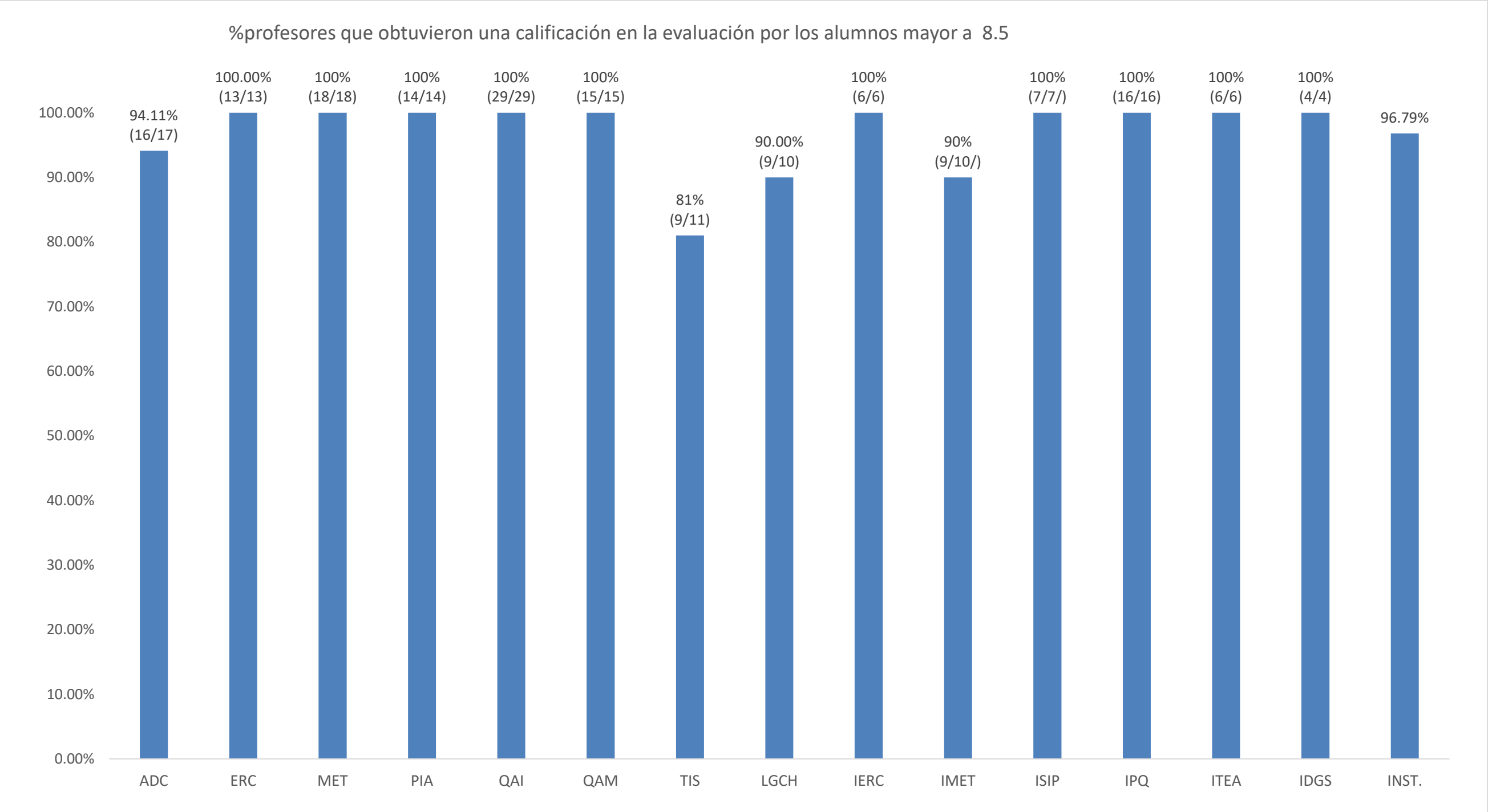
UT Salamanca
PROGRAMA REDIC007-A, REVISIÓN DE AVANCES POR GRUPO
ENCARGADO DE DIRECCIÓN DE CARRERA DE QAM QAM ERE ERE ITSAUQ

Joseph
Joseph Gpe. Rodríguez González

GRUPO	QAM 5A	FECHA	12-02-25	HORA INICIO	13:00	HORA FINAL	13:50																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															</
-------	--------	-------	----------	-------------	-------	------------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

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%	96.79%	Direcciones de carrera



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.	90%	94.65%	Departamento de Vinculación Académica

Indicador	Meta Esperada	Alcanzado
Licenciatura en Gestión del Capital Humano	90.00%	94.65%
Ing. en Mecatrónica	90.00%	95.85%
Ing. en Sistemas Productivos	90.00%	95.54%
Ing. en Tecnología Ambiental	90.00%	93.69%
Ing. en Procesos Químicos	90.00%	96.73%
Ing. en Energías Renovables	90.00%	93.08%
Ing. en Desarrollo y Gestión de Software	90.00%	90.61%
	90.00%	94.65%

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

Indicador	Proceso	Meta	Alcanzado	Área responsable de la información
17. Perfil idóneo del personal docente	Gestión Administrativa,	100%	100% (13/13)	Departamento de Recursos Humanos
18. Perfil idóneo del personal administrativo	Gestión Administrativa	100%	100% (1/1)	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,	82%	90%	Coordinación de compras

Proveedor	periodo Evaluado	Calificación	Observaciones
PERLA JETZABEL SORIANO GONZÁLEZ	Enero-abril 2025	8	
JESUS OMAR JURADO ORTIZ	Enero-abril 2025	10	
ARACELI ESQUIVEL DOMINGUEZ	Enero-abril 2025	9	
MARCO ANTONIO VAZQUEZ LEÓN	Enero-abril 2025	9	
PAOLA RAMOS VERA	Enero-abril 2025	9	
MARIA DELIA GARCIA RODRÍGUEZ	Enero-abril 2025	10	
MARIA DE LOURDES CONTRERAS GONZÁLEZ	Enero-abril 2025	10	
EXPERTOS EN CONSUMIBLES	Enero-abril 2025	9	
SAFETY CELAYA MS	Enero-abril 2025	9	
PROMEDIO		9.22	

Proveedor	periodo Evaluado	Calificación	Observaciones
Manavil (Servicio de vigilancia)	Enero-abril 2025	90	
Promali (Servicio de limpieza)		90	
Cafetería		85	
Papelería		86	
Promedio		87.75	

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

Dirección	Indicador	Forma general de cálculo	Fuente/ formato	Proceso/ Instrucción	Meta Anual 2025	Meta Ene- Abr/2025	Alcanzado Ene- Abr/2025
DAF	% de atención a solicitudes Compras a través del Portal de Adquisiciones de la SFIA	Total, de solicitudes atendidas/Total de solicitudes recibidas *100	Compras a través del Portal de Adquisiciones de la SFIA	INDAF001	90%	90% (6)	91% (21/23)
	% de atención a solicitudes Fondo Revolvente	Total, de solicitudes atendidas/Total de solicitudes recibidas *100	Fondo Revolvente	INDAF002	100%	100%	100% (16/16)
	Aplicación de Recursos Financieros	Presupuesto Ejercido / Presupuesto Autorizado X 100	Gestión de Recursos	PDDAF001	91%		31.51%
	Solicitudes de compra atendidas	Total, de solicitudes atendidas/Total, de solicitudes recibidas	Adquisiciones	PDDAF002	80%	80%	93% (67/72)
	Capacitaciones realizadas	Total, de capacitaciones impartidas en un año / Total de capacitaciones propuesta en un año	Capacitación	PDRHS004	100% (6)	33% (2)	35% (2)
	Porcentaje de atención a solicitudes de mantenimiento	Total de solicitudes atendidas/Total de solicitudes recibidas *100	Mantenimiento Preventivo y/o Correctivo de la Infraestructura y Equipo Mobiliario	PDRMS003	100% (100)	100% (20)	100% (108/108)

Análisis

✓ Fortalezas

- Los procesos de la Dirección de Administración y Finanzas muestran un alto nivel de eficiencia en la atención de solicitudes tanto en compras como en fondos revolventes, superando o cumpliendo las metas establecidas.
- El indicador de solicitudes de compra atendidas destaca con un 93%, reflejando una gestión ágil y efectiva.
- Las capacitaciones programadas para el primer cuatrimestre fueron cumplidas conforme a lo planeado.

⚠ Áreas de atención

- El indicador de aplicación de recursos financieros presenta un avance del 31.51%, lo cual podría ser bajo si se considera una distribución uniforme del presupuesto a lo largo del año. Es necesario evaluar si este comportamiento responde a la naturaleza del gasto (por ejemplo, concentrado en el segundo semestre) o a retrasos en la ejecución presupuestal.



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

Dirección	Indicador	Forma general de cálculo	Fuente/ formato	Proceso/ Instrucción	Meta Anual 2025	Meta Ene-Abr/2025	Alcanzado Ene-Abr/2025
VIN	Visitas realizadas durante el cuatrimestre	número de solicitudes de visitas recibidas / número de solicitudes visitas atendidas	Complemento a la Enseñanza Práctica	INVIN002	25	17	19
	Porcentaje de solicitudes de diseño atendidas	número de solicitudes de diseño atendidas/ número de solicitudes de diseño recibidas	Diseño Gráfico	INVIN003	90%	90%	100% (54/54)
	Alumnos con movilidad nacional	número de solicitudes recibidas / número de solicitudes atendidas	Movilidad Nacional	INVIN004	38		N/A
	Alumnos y docentes con movilidad Internacional	número de solicitudes recibidas / número de solicitudes atendidas	Movilidad Internacional	PDVIN011	10		N/A
	Egresados liberan estadías	Total, de egresados que liberan la estadía / Total de egresados titulados	Seguimiento de Egresados	PDVIN003	84%		N/A

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

Dirección	Indicador	Forma general de cálculo	Fuente/ formato	Proceso/ Instrucción	Meta Anual 2025	Meta Ene-Abr/2025	Alcanzado Ene-Abr/2025
VIN	Fichas vendidas	fichas vendidas/fichas proyectadas X 100	Captación de aspirantes de nuevo ingreso	PDVIN005	900	450	322
	Cursos Vendidos	*Cursos realizados/cursos ofertados	Servicios Tecnológicos y Educación Continua	PDVIN006	15	5	6
	% de alumnos atendidos en acciones para el fortalecimiento de competencias emprendedoras	Número de alumnos atendidos en acciones de Emprendedurismo/ Número de alumnos inscritos	Identificación de Proyectos Susceptibles de Desarrollo y Mejora de Modelo de Negocios	PDVIN007	100% 2100		N/A
	Proyectos técnicos perfeccionados y aplicables a convocatorias	Número de proyectos técnicos perfeccionados y aplicables a convocatorias vigentes / Número de proyectos técnicos	Emprendedurismo	PDVIN008	5		N/A
	Cursos Vendidos	*Cursos realizados/cursos ofertados	Centro de Lenguas Extranjeras	PDVIN010	75	30	36

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

-  Indicadores con buen desempeño: Visitas realizadas, diseño gráfico, cursos vendidos .
-  Indicador con bajo cumplimiento: Fichas vendidas (nuevo ingreso), requiere atención prioritaria.

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

Dirección	Indicador	Forma general de cálculo	Fuente/ formato	Proceso/ Instrucción	Meta Anual 2025	Meta Ene- Abr/2025	Alcanzado Ene- Abr72025
DIC	Porcentaje de atención de Laboratorio de Química	Número de solicitudes atendidas en mesa de ayuda / Número de solicitudes realizadas a la mesa de ayuda (Ticket)	Laboratorio de Química	INDIC001	90%	90%	100% (303/303)
DIC	Porcentaje de atención de Laboratorio de Energías Renovables	Número de solicitudes atendidas en mesa de ayuda / Número de solicitudes realizadas a la mesa de ayuda (Ticket)	Laboratorio de Energías Renovables	INDIC002	90%	90%	100% (10/10)
DIC	Porcentaje de atención de Laboratorio	Número de solicitudes atendidas en mesa de ayuda / Número de solicitudes realizadas a la mesa de ayuda (Ticket)	Taller de Manufactura Flexible	INDIC003	90%	90%	No hubo ocupación de ese espacio ya que las materias del cuatrimestre no lo ameritaban
DIC	Porcentaje de atención de Laboratorio	Número de solicitudes atendidas en mesa de ayuda / Número de solicitudes realizadas a la mesa de ayuda (Ticket)	Laboratorio de Neumática Hidráulica	INDIC004	90%	90%	<p>100% 1/1</p> <p>Solamente se requirió el ingreso por medio de ticket una vez</p> <p>Se hizo uso de manera informal sin que se hiciera uso de la plataforma de tickets, por ello no se encuentra registrado</p>

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

Dirección	Indicador	Forma general de cálculo	Fuente/ formato	Proceso/ Instrucción	Meta Anual 2025	Meta Ene- Abr/2025	Alcanzado Ene- Abr72025
DIC	Porcentaje de atención de Laboratorio	Número de solicitudes atendidas en mesa de ayuda / Número de solicitudes realizadas a la mesa de ayuda (Ticket)	Taller de Máquinas y Herramientas	INDIC005	90%	90%	100% 11/11
DIC	Porcentaje de atención de Laboratorio	Número de solicitudes atendidas en mesa de ayuda / Número de solicitudes realizadas a la mesa de ayuda (Ticket)	Laboratorio de Robótica	INDIC006	90%	90%	100% 30/30
DIC	Porcentaje de atención de Laboratorio	Número de solicitudes atendidas en mesa de ayuda / Número de solicitudes realizadas a la mesa de ayuda (Ticket)	Laboratorio de Electricidad y Electrónica	INDIC007	90%	90%	100% 19/9

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



ÁREA	Indicador	Forma general de cálculo	Fuente/ formato	Proceso/ Instrucción	Meta Anual 2025	Meta Ene- Abr/2025	Alcanzado Ene- Abr72025
SAE	Porcentaje de atención a solicitudes de afiliación o baja al seguro	Solicitudes de alta o baja atendidas/Solicitudes de alta o baja recibidas	Afiliación al seguro social Seguro facultativo	INMED001	95%	95%	100% (394/394)
	Porcentaje de atención a justificantes	Total de justificantes emitidos Total, de recetas médicas recibidas que cumplen con los requisitos =% de atención de justificantes	Justificantes de salud	INMED002	100%	100%	100% (33/33)
	Porcentaje de atención a canalizaciones	Canalizaciones recibidas REMED 002 emitidos	Seguimiento de salud	INMED003	95%	95%	100% (1/1)
	Atención a solicitudes de becas	Total de solicitudes recibidas en el cuatrimestre/ total, de solicitudes atendidas en el cuatrimestre	Becas	INSAE003	450/600	150	163

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

Dirección	Indicador	Forma general de cálculo	Fuente/ formato	Proceso/ Instrucción	Meta Anual 2025	Meta Ene-Abr/2025	Alcanzado Ene-Abr72025
ESC	Porcentaje de aspirantes aceptados con EXANI II.	Aspirante con EXANI II/ Total de aspirantes	Admisión e Inscripción.	PDESC001	90% (810/900)	90% (405/450)	77% (346/450)
	Porcentaje de sustentantes con aplicación del EXANI II	Total de sustentantes que aplicaron examen por generación/ Total de sustentantes registrados por generación	Preparación y Aplicación del EXANI II	INESC001	90%	90%	100% (70/70)
	Porcentaje de alumnos titulados por generación	Total de alumnos egresados titulados por generación/ Total de Alumnos egresados por generación	Titulación.	INESC003	90%	90%	100% (59/59)

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

Dirección	Indicador	Forma general de cálculo	Fuente/ formato	Proceso/ Instrucción	Meta Anual 2025	Meta Ene- Abr/2025	Alcanzado Ene- Abr72025
ESC	Porcentaje de bajas mensuales	Total de solicitudes registradas/Total de solicitudes de baja	Solicitud de Baja.	INESC004	90%	90%	TSU 100% (132/132) ING 100% 5/5
	Porcentaje de alumnos reinscritos TSU e ING por cuatrimestre	Total de matrícula de reinscripción por cuatrimestre/Total de alumnos regulares por cuatrimestre	Reinscripción.	INESC005	90%	90%	TSU 96% (1014/1062) ING 99% (835/840)
	Porcentaje de inscritos en la continuidad de estudios	Total de matrícula de reinscripción por generación/Total de solicitudes de egresados titulados	Admisión para la Continuidad de Estudios.	INESC006	90%	90%	100% (60/60)

-  Indicadores con desempeño sobresaliente: Aplicación del EXANI II, titulación, bajas atendidas, reinscripción, y continuidad de estudios.
-  Indicador con área de mejora: Aceptación con EXANI II, único por debajo de la meta.



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

Dirección	Indicador	Forma general de cálculo	Fuente/ formato	Proceso/ Instrucción	Meta Anual 2025	Meta Ene-Abr/2025	Alcanzado Ene-Abr/2025
PLA	Porcentaje de metas cumplidas en el PIDE	Metas del año del PIDE cumplidas / Metas del año del PIDE programadas *100	Planeación Estratégica	INPLA001	85%		N/A
	Porcentaje de metas cumplidas en el POA Federal	Metas del POA Federal cumplidas / Metas del POA Federal programadas *100	Programa Operativo Anual (POA)	INPLA002	85%	85%	85.7% (12/14)
	Porcentaje de metas cumplidas en el POA Estatal	Metas del POA Estatal cumplidas / Metas del POA Estatal programadas *100	Programa Operativo Anual (POA)	INPLA002	85%	85%	89.4% (17/19)

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

Dirección	Indicador	Forma general de cálculo	Fuente/ formato	Proceso/ Instrucción	Meta Anual 2025	Meta Ene-Abr/2025	Alcanzado Ene-Abr/2025
PLA	Porcentaje de sesiones realizadas	Sesiones del H. Consejo Directivo realizadas en el año / Sesiones del H. Consejo Directivo realizadas en el año *100	Sesiones del H. Consejo Directivo de la UTS	INPLA003	100% (4)	25% (1/4)	50% (2/4) Se realizó una Sesión Extraordinaria el 27 de marzo/2025. con la finalidad de obtener el Visto Bueno del Proyecto para la Construcción de una unidad de docencia de dos niveles en la UTS, con base en la Convocatoria para la presentación de solicitudes y proyectos institucionales o académicos, en el marco del Programa presupuestario U079 Expansión de la Educación Media Superior y Superior (Tipo Superior) Ejercicio Fiscal 2025.
	Porcentaje de Obligaciones de Transparencia publicadas	Obligaciones de Transparencia publicadas / Sesiones Obligaciones de Transparencia publicadas *100	Obligaciones de Transparencia	INPLA004	100% (48)	100% (48)	100% (48)

-  Indicadores con cumplimiento : POA Federal, POA Estatal, sesiones del Consejo Directivo, y transparencia.

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

Dirección	Indicador	Forma general de cálculo	Fuente/ formato	Proceso/ Instrucción	Meta Anual 2025	Meta Ene- Abr/2025	Alcanzado Ene- Abr/2025
JUR	Porcentaje de convenios de Estadía firmados	Total, de alumnos que finalizan estadía/ Total, de alumnos que inician Estadía	Convenios - Acuerdos	INJUR001	97%	97%	97% (67/69)
	Porcentaje de procesos de trabajo administrativo terminados	Total, de procesos iniciados/ procesos calificados como faltas	Instrucción de trabajo Administrativo	INJUR002	85%		N/A
	Porcentaje de procesos de apersonamiento en materia penal logrados	Total de carpetas iniciadas/Total procesos logrados	Apersonamiento materia Penal	INJUR003	95%		N/A
	Porcentaje de Procesos iniciados de demandas laborales	Procesos iniciados de demandas laborales /procesos concluidos de demandas laborales.	Laborales	INJUR004	65%		N/A
REC	% solicitudes de comunicación atendidas Total de solicitudes atendidas /total de solicitudes recibidas *100	% solicitudes de comunicación atendidas Total de solicitudes atendidas /total de solicitudes recibidas *100	Procedimiento de Comunicación	PDREC001	95%	95%	95%

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

Dirección	Indicador	Forma general de cálculo	Fuente/ formato	Proceso/ Instrucción	Meta Anual 2025	Meta Ene- Abr/2025	Alcanzado Ene- Abr/2025
DTI	Porcentaje de atención de solicitudes de publicidad o actualizaciones del Sitio Web	Número de solicitudes o actualizaciones atendidas para Sitio Web/ Número de publicaciones o actualizaciones totales registradas	Publicación y actualización del Sitio Web.	PDDTI001	95%	95%	100% (25/25)
	Porcentaje de mantenimientos de infraestructura, equipos y software de TI	Número de equipos atendidos/ Número de equipos totales esixtentes	Mantenimiento de infraestructura, equipos y software de TI.	PDDTI002	80%	80%	98% (366/373)
	Porcentaje de atención de Sitio Web	Número de solicitudes atendidas en mesa de ayuda/ Número de solicitudes realizadas a la mesa de ayuda (Ticket)	Sitio Web	INDTI001	95%	95%	92% (80/87)
	Porcentaje de atención de Mantenimiento Correctivo a Equipo y/o Infraestructura Tecnológica.	Número de solicitudes atendidas en mesa de ayuda / Número de solicitudes realizadas a la mesa de ayuda (Ticket)	Mantenimiento Correctivo a Equipo y/o Infraestructura Tecnológica.	INDTI003	70%	70%	100% (2/2)

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

Dirección	Indicador	Forma general de cálculo	Fuente/ formato	Proceso/ Instrucción	Meta Anual 2025	Meta Ene- Abr/2025	Alcanzado Ene-Abr/2025
DTI	Porcentaje de Conectividad.	Número de solicitudes atendidas en mesa de ayuda / Número de solicitudes realizadas a la mesa de ayuda (Ticket)	Conectividad.	INDTI005	80%	80%	100% (52/52)
	Porcentaje de atención de Mantenimiento de Software	Número de solicitudes atendidas en mesa de ayuda / Número de solicitudes realizadas a la mesa de ayuda (Ticket)	Mantenimiento de Software.	INDTI006	80%	80%	Para este periodo no se presentaron solicitudes
	Porcentaje de atención de Laboratorio de Informática	Número de solicitudes atendidas en mesa de ayuda / Número de solicitudes realizadas a la mesa de ayuda (Ticket)	Laboratorio de Informática.	INDTI008	90%	90%	100% (85/85)
	Porcentaje de Servicios Informáticos.	Total de solicitudes atendidas mesa de ayuda /total de solicitudes recibidas mesa de ayuda	Plataformas institucionales	INDTI009	90%	90%	100% (333/333)
	Porcentaje de atención de Plataformas Institucionales	Número de solicitudes atendidas en mesa de ayuda / Número de solicitudes realizadas a la mesa de ayuda (Ticket)	Plataformas institucionales	INDTI010	90%	90%	100% (151/151)
	Porcentaje de atención de Asignación De Cuenta Institucional	Solicitudes Atendidas de correo institucional al cuatrimestre / Matrícula recibida para alta de correo	Asignación de cuenta institucional.	INDTI011	80%	80%	100% (114/114)

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

Dirección	Indicador	Forma general de cálculo	Fuente/ formato	Proceso/ Instrucción	Meta Anual 2025	Meta Ene-Abr/2025	Alcanzado Ene-Abr/2025
SGC	Porcentaje atención de solicitudes de actualización, cambio o baja de documentos	Solicitudes de Ticket atendidas/Solicitudes de ticket recibidas	Elaboración de Documentos del SGC	INSGC001	98%	98%	100% (15/15)
	Evaluación de Auditores Internos	Total, de Auditores Internos evaluados /Total de Auditores	Criterios para Calificación de Auditores	INSGC003	95%	95%	98% (14/14)
	Porcentaje je de Atención a Quejas y Sugerencias	Solicitudes atendidas que procedan /Solicitudes en el recibidas que procedan	Atención a Quejas y Sugerencias	INSGC004	95%	95%	No se recibieron quejas en este periodo
	Porcentaje de atención de solicitudes de cambios	Total, solicitudes atendidas /Total de solicitudes de cambio	Control de Documentos	PDSGC001	98%	98%	100% (15/15)

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

Dirección	Indicador	Forma general de cálculo	Fuente/ formato	Proceso/ Instrucción	Meta Anual 2025	Meta Ene-Abr/2025	Alcanzado Ene-Abr/2025
SGC	Porcentaje Auditorías realizadas	Informes de Auditorías presentados en un año / Total de Informes de Auditoría presentados	Auditorías Internas	PDSGC002	100%	50%	100% (1/2)
SGC	Porcentaje Acciones correctivas atendidas	Total, de acciones correctivas atendidas en el cuatrimestre / Total de acciones correctivas detectadas en el cuatrimestre	Acciones Correctivas y de Mejora	PDSGC003	90%	90%	

c.4 Las no conformidades y acciones correctivas;



"INFORME DE RESULTADOS DE AUDITORÍA INTERNA" RESGC006-D

No. De AUDITORIA: 19

FECHA EMISIÓN: 02/06/2025

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

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

PCDIC001 Plan de calidad,PRDIC008 Asesorías y Tutorías,INDIC001-B Laboratorio de Química y Fisicoquímica, INDIC002-B Laboratorio de Energías Renovables, INDIC003 Taller de Manufactura, INDIC004 Laboratorio de neumática, PDRHS001 Reclutamiento y selección personal docente,PDRHS002 Reclutamiento y selección de personal administrativo, PDRHS004 Capacitación, PDDAF001 Adquisiciones, PDESC001 Admisión e Inscripción, INESC003 Titulación, INSAE002 Atención Psicopedagógica, INSAE003 Becas , INMED001 Seguro Facultativo, INSAE001 Biblioteca, INSGC001 Elaboración de Documentos del SGC, INSGC004 Atención a Quejas y Sugerencias, INSGC003 Criterios para Calificación de Auditores, PDSGC002 Auditorías Internas, INJUR001 Convenios – Acuerdos NJUR002 Instrucción de trabajo Administrativo, INJUR003 Apersonamiento materia Penal, INJUR004 Laborales,PDVIN002, Estadías, PDVIN003 Seguimiento de Egresados, PDVIN005 Captación de aspirantes de nuevo ingreso, INVIN001 Actividades Culturales y Deportivas, INVIN002 Complemento a la Enseñanza Práctica, PDDTI002 Mantenimiento preventivo de infraestructura, equipos y software de tecnologías de la información, PRREC001 Comunicación y Correspondencia, PDREC001 Revisión del SGC por la Rectoría, PDDAF001 Gestión de Recursos, PDRMS003 Mantenimiento Preventivo y/o Correctivo de la Infraestructura y Equipo Mobiliario

¿SE CUMPLIERON LOS OBJETIVOS DE LA AUDITORIA? Se dió cumplimiento a las funciones, actividades, responsabilidades y procesos que se ha establecido en el alcance.

EQUIPO AUDITOR

Resultados de Auditoría Interna 19

14
Observaciones

18 No
Conformidades
Menore

14
Recomendaciones
de mejora

•Se registraron 18 no conformidades menores durante la Auditoria Interna 19, relacionadas con:

- Control documental.
- Procesos incompletos.
- Se pretende que las no conformidades sean atendidas con acciones correctivas en un plazo no mayor a 60 días.

c.5 Los resultados de seguimiento y medición;

- Se monitorearon todos los indicadores estratégicos y operativos corresponden al periodo Enero-Abril 2025.
- El 90% de los indicadores muestran tendencia positiva o estable.
- Se fortaleció el formato de insumos para la revisión para dar el seguimiento cuatrimestral de metas institucionales.

c.6 Los resultados de las auditorías.



"INFORME DE RESULTADOS DE AUDITORÍA INTERNA" RESGC006-D

No. De AUDITORIA: 19

FECHA EMISIÓN: 02/05/2025

Se identificó una No Conformidad Mayor (NCM), relacionada con la presencia de mapeos de procesos desactualizados en un área clave del SGC25, lo cual contraviene los principios de operación y enfoque al cliente según la norma [8.2.1, 4.4] y representa una debilidad significativa en el control de la información documentada esencial.

Asimismo, se documentaron numerosas No Conformidades Menores (NCm) a lo largo de varios procesos y cláusulas de la norma. Estas incluyeron hallazgos recurrentes relacionados con el control de la información documentada [7.5, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3.2], como la falta de firmas de autorización, alteración de nomenclatura, ausencia o control inadecuado de registros, uso de versiones desactualizadas de documentos y problemas en el control de cambios de la documentación.

También se encontraron NCm en aspectos de la operación, evidenciadas por la falta de ejecución planificada de actividades como exámenes psicométricos y capacitación de tutores, el incumplimiento en la gestión de proveedores externos y el control de la información comunicada a ellos, demoras en la entrega de requisitos entre procesos, y falta de evidencia de cumplimiento de requisitos específicos del servicio, como la labor social de becarios o el envío de comunicaciones a usuarios. Adicionalmente, se detectaron NCm en la planificación al no coincidir la aplicación de un instrumento con la programación declarada.

En relación con la evaluación del desempeño, se observaron NCm en la gestión del programa de auditoría interna, específicamente en la necesidad de actualizar la base de datos de auditores y demostrar su competencia, y en la atención tardía a acciones correctivas pendientes de auditorías previas. También se identificaron NCm en la revisión por la dirección [9.3] por registros de reuniones sin firmas y versiones incorrectas de la información documentada de soporte.

Además de las no conformidades, se registraron numerosas Observaciones y se formularon Múltiples Recomendaciones para la Mejora (RM). Las Observaciones señalan áreas de riesgo potencial o discrepancias como la falta de evidencia verificable para ciertas actividades, inconsistencias entre los documentos y la práctica real, o la necesidad de considerar e integrar información relevante para el SGC (como quejas recibidas por otras vías). Las Recomendaciones de Mejora proponen acciones para fortalecer el sistema, incluyendo mejorar la difusión de la información documentada, revisar y ajustar indicadores para mejorar su precisión, clarificar o actualizar la redacción y referencias en procedimientos e instrucciones, documentar criterios de operación y seguimiento, e implementar mejoras en la gestión de registros.

Considerando la identificación de una No Conformidad Mayor y la alta cantidad y diversidad de No Conformidades Menores encontradas en diferentes procesos y cláusulas de la norma (particularmente en el control de información documentada y la operación), así como el número de Observaciones y Recomendaciones, se concluye que el sistema de gestión de la calidad está implementado, pero no demuestra plena conformidad ni opera con la eficacia necesaria en múltiples áreas clave en el momento de la auditoría.

Para asegurar la mejora continua y el cumplimiento efectivo de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, es fundamental que la organización aborde de manera prioritaria y oportuna todas las no conformidades identificadas, implementando acciones correctivas adecuadas y verificando su eficacia [10.2]. Las Observaciones y Recomendaciones de Mejora deben ser evaluadas e incorporadas en los planes de mejora del SGC [10.3].

ELABORÓ: SGC02	REVISÓ: SGC01	Vo. Bo. RECTOR
Sandra Leticia Castañeda Sánchez Auditor Líder	Sandra Leticia Castañeda Sánchez Coordinación de SGC	Alfonso Delgado Martínez Encargado del Despacho de Rectoría
	Vo. Bo. Adalberto Sánchez Velázquez Director de Planeación	

c.7 El desempeño de los proveedores externos.

Indicador
19. Evaluación de proveedores

d) La adecuación de los recursos

Según la norma ISO 9001:2015 establece en su numeral 7.1.1: “La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua de sistema de gestión de calidad”

Requerimientos de Recursos (ISO 9001:2015 - Cláusula 7.1)

ÁREA	Tipo de Recurso	Descripción de la Necesidad	Justificación / Impacto en el SGC	Prioridad (Alta / Media / Baja)
Vinculación	Humanos	Contratación dos docentes de actividad cultural	Incremento en la matrícula	Media
	Infraestructura	Mantenimiento cancha de futbol asociación	Mejora en la calidad del aprendizaje	Media
Recursos Humano	Tecnológicos	Software evaluación pruebas psicométricas	Identificar las competencias requeridas de acuerdo con el perfil del puesto	ALTA
Dirección de MET/PIA				
	Infraestructura	Aulas climatizadas	Facilitar el ambiente de aprendizaje	Alta
	Tecnológicos	PLC´s	Apoyar el proceso de aprendizaje	Alta
	Materiales / Equipamiento	Cambio de equipos de computo a Docentes y directivo	Los equipos están cumpliendo su vida util y se requieren actualizaciones para los software	Alta
	Otros	Cubículos individualizados para docentes	Se requiere de cubículos individualizados, ya que hay temas de tutoría y asesoría que deben de ser tratados con mucha discrecionalidad	Alta
Área Psicopedagógica	Humanos	Estudiantes de Psicología de los últimos semestres de la carrera para realizar sus prácticas curricular - profesionales o de servicio social en la UTS	Atender a los estudiantes de las carreras del turno matutino/ vespertino de la UTS	Alta
Área Biblioteca	Humanos	Contratación de la vacante de turno vespertino	Servicio para estudiantes de ingeniería. Mejora el indicador.	Media
	Tecnológicos	Equipo de cómputo	Apoyo a actividades de los estudiantes	Media
	Materiales / Equipamiento	Soporta libros de escuadra, adquisición de acervo bibliográfico basado en los nuevos programas educativos	Mejora en la calidad del aprendizaje	Alta
Servicios Médicos	Materiales / Equipamiento	Mobiliario del lactario	Promover un espacio adecuado para la lactancia materna.	Alta

d) La adecuación de los recursos

Según la norma ISO 9001:2015 establece en su numeral 7.1.1: “La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua de sistema de gestión de calidad”

Requerimientos de Recursos (ISO 9001:2015 - Cláusula 7.1)

ÁREA	Tipo de Recurso	Descripción de la Necesidad	Justificación / Impacto en el SGC	Prioridad (Alta / Media / Baja)
Departamento de Tecnologías de la Información	Infraestructura	Equipo de telefonía	Cubrir Areas sin conexion	Media
		Equipo de red	Permite conexiones estables libre de interferencias	Media
		Sistema UPS para cada edificio	Preteccion electrica para equipamiento	Media
		Acondicionamiento de aire acondicionado	Protección térmica que evita el calentamiento y fallos del equipamiento	Media
	Tecnológicos	Renta de Servicios Dedicados	Permite conexiones estables y mejora la velocidad en las conexiones, así como la disponibilidad	Alta
		Ancho de banda servicios dedicados Mb	Permite conexiones estables libre de interferencias	Alta

d) La adecuación de los recursos

Según la norma ISO 9001:2015 establece en su numeral 7.1.1: “La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua de sistema de gestión de calidad”

Requerimientos de Capacitación (ISO 9001:2015 - Cláusula 7.2)

Área / Persona	Tema de Capacitación	Objetivo de la Capacitación	Tipo (Interna/Externa)	Fecha Sugerida	Responsable de Gestión
Coordinadora de Educación continua y certificaciones laborales	Auditorías internas	Preparación para auditorías del SGC	Interna	ago-25	
Coordinadora de Educación continua y certificaciones laborales	Relaciones Publicas y Ventas	me ralaciono mucho con empresas	Externa	oct-25	
AUT/ATM/IMET/ISIP	IA en la Investigación y generación de recursos de aprendizaje	Fortalecer las competencias tecnicas de los docentes	Externa	Agosto	
Área de Ateción Psicopedagógica	Curso de Evaluaciones Psicométricas	Ampliar el conocimiento en nuevas pruebas psicométricas y su aplicación	Externa	Abierta	
Biblioteca/Teresa Cano Ramírez	Capacitación para la catalogación y clasificación de colecciones	Asegurar el buen control del área	Externa	Abierta	
Docentes y administrativos	Primeros auxilios	Asegurar la manera rapida de actuar en emergencias en el entorno escolar	Externa	diciembre	
DTI	Certificaciones: + CISCO CCNA + ITIL + CyberSecurity	Mejora la confianza de toda la comunidad educativa. Presencia, Notoriedad y Fortalecimiento de la Universidad. Usabilidad. Visibilidad. Disponibilidad. Mejor comunicación con usuarios. Reducción de Gastos. Reducción de tiempo de actividades y procesos	Externa	Dic	PLA

d) La adecuación de los recursos

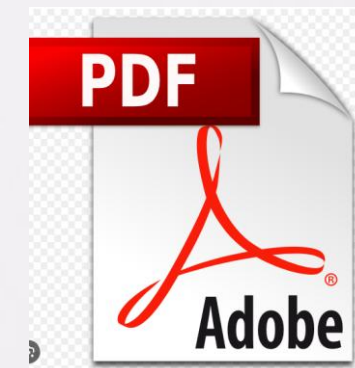
Según la norma ISO 9001:2015 establece en su numeral 7.1.1: “La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua de sistema de gestión de calidad”

Requerimientos de Capacitación (ISO 9001:2015 - Cláusula 7.2)

Área / Persona	Tema de Capacitación	Objetivo de la Capacitación	Tipo (Interna/Externa)	Fecha Sugerida	Responsable de Gestión
DTI	Certificaciones: + CISCO CCNA + ITIL + CyberSecurity	Mejora la confianza de toda la comunidad educativa. Presencia, Notoriedad y Fortalecimiento de la Universidad. Usabilidad. Visibilidad. Disponibilidad. Mejor comunicación con usuarios. Reducción de Gastos. Reducción de tiempo de actividades y procesos. Garantía de calidad. Mejorar la eficiencia y agrega valor a las estrategias de la Universidad.	Externa	Dic	
	Scrum: metodología para desarrollo ágil de proyectos	Apoyar en grandes proyectos de Gestion de Calidad	Externa	Abr	

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

La gestión de riesgos ha mostrado un porcentaje de ejecución muy positivo del durante el periodo comprendido de Sep-diciembre de 2024 con el cumplimiento de la atención a los 21 riesgos. Este resultado refleja el fortalecimiento de los controles y la mejora en la gestión de riesgos de la Universidad, con el objetivo de prevenir la materialización de los riesgos



Nota: El Informe se puede ver el sitio Web del SGC.

Conclusiones

Conveniencia, adecuación y eficacia del Sistema de Gestión de calidad

La alta dirección mediante la presente revisión del Sistema de Gestión de la Calidad asegura que el mismo es idóneo y conveniente, adecuado y eficaz en alineación continua con el direccionamiento estratégico institucional:

ÍDONEO Y CONVENIENTE: Porque permite controlar las actividades de los procesos establecidos para lograr el adecuado desempeño del sistema, en cumplimiento de la misión institucional alineada con el PIDE, los requisitos legales, reglamentarios.

ADECUADO: Porque se establece con el fin de satisfacer las necesidades de las partes interesadas pertinentes, conforme a lo establecido en la Política del SGC, contando con elementos que interactúan de manera unificada y armonizada para establecer la orientación del estudiante y el modelo operativo que garantiza el logro de los objetivos.

EFICAZ: Puesto que facilita la formulación de metas y el monitoreo del cumplimiento de estas. Los resultados a la fecha en los componentes individuales de cada modelo demuestran mejora en la eficacia para el cumplimiento de lo planeado. El Sistema de Gestión, conforme al resultado consolidado de los Objetivos.

Alineación continua con la dirección estratégica: El SGC apalanca transversalmente la generación de servicios mediante el cumplimiento de los requisitos establecidos, lo que permite orientar el desarrollo de sus actividades bajo un modelo desde el plan estratégico de la Institución, gestionado a través de los procesos definidos para la generación de valor conforme a las necesidades de las partes interesadas en desarrollo de las políticas y estrategias establecidas.

Salidas de la Revisión:



OPORTUNIDADES DE MEJORA

Realizar según corresponda la documentación y gestión de las oportunidades de mejora identificadas para el SGC , para el mantenimiento y mejoras de los mismos .

NECESIDADES DE CAMBIO

Gestionar las acciones para implementar los cambios al SGC identificados en la presente revisión por la dirección.

Revisión del contexto estratégico organizacional para asegurar cumplimiento enmienda ISO Cambio Climático.

Alineación de contexto con la actualización de PIDE.

NECESIDADES DE RECURSOS

Continuar con la ejecución efectiva del presupuesto asignado a cada dirección.



CONTACTO

Sandra Leticia Castañeda Sánchez



Teléfono

+123 456 7890



Email

Jo.sgc@utsalamanca.edu.mx



Web

www.reallygreatsite.com



Dirección

Av. Universidad Tecnológica 200

