

## REPORTE PARA LA REVISIÓN DE LA DIRECCIÓN

### Información para revisión de la Dirección

#### 1.- Resultado de auditorías previas.

El 28 de octubre de 2011 se obtuvo el refrendo con cero no conformidades, debido al trabajo realizado durante la segunda auditoría interna de 2011. De este proceso se encontró que es necesario reestructurar los procedimientos de servicio no conforme y el de provisión de recursos.

En la primer auditoría interna se revisaron los procedimientos del área académica exclusivamente se encontró que es necesario adecuarlos a las necesidades del modelo educativo. Los procedimientos ya se ha revisado y corregido y serán publicados próximamente.

Los resultados preliminares de la segunda auditoría interna mostraron que excrementaron en 34% con respecto a la segunda auditoría interna de 2011.

También se observa que no se han cumplido los tiempos marcados para las auditorías, solicitando en este caso permiso de desviación, siendo la causa cambios en políticas externas.

Tipo de Auditoría	Fecha realizada	Resultados
2da. Auditoría Externa de Seguimiento 02 - 2011 (Recertificación)	26, 27 y 28 de octubre de 2011	Se cumplen los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 con <b>Cero</b> no conformidades, logrando con ello el refrendo del certificado con fecha de vigencia al 12 de diciembre de 2014.
2da. Auditoría de Servicios Complementarios 2012	25 al 29 de Junio 2012	Se determinó que para esta auditoría de servicios, todos los estudiantes (incluyendo ingeniería) evaluarían el mismo. Se tomaron en cuenta 381 estudiantes para el indicador. El índice de satisfacción obtenido fue de 9.27 superando la meta establecida para este ejercicio 2012 que era de 8.81.
2da. Auditoría Interna 2012	25, 26 y 27 de julio de 2012	En este rubro se presenta resultado preliminar falta realizar reunión del cierre. Durante esta auditoría se detectaron <b>15 No conformidades</b> (TIC (2), AyEP (1), Mecánica (6), Procesos Alimentarios (3), Controlador de Documentos (1), Depto. de Personal (1), Dirección Académica (1) y <b>9 oportunidades de mejora</b>

### 2.- Retroalimentación del cliente

#### 2.1 Análisis de Quejas y sugerencias SGC Mayo - Agosto 2012.

El siguiente cuadro resume el número de quejas y sugerencias turnada a cada área o departamento, asimismo se muestra en el cuadro siguiente:

Área	Estatus			Observaciones
	Concl.	En curso	No Atendida	
Actividades Culturales	2	2	2	Incluir Ajedrez y futbol americano
Admón de Finanzas	-	-	1	Servicio de fotocopias para docentes
DDAyCE	1	-	-	
Cafetería	1	2	-	
Coordinación de Sistemas	1	-	4	Falta de servicios de impresiones Actualización de software en Labs.
Mantenimiento e Instalaciones	-	-	13	Falta de contactos en salones Plaga de moscas

## REPORTE PARA LA REVISIÓN DE LA DIRECCIÓN

				Limpieza del pisos coreal de Tae Kwon DO Arreglar las lámparas del Edif. D. Eliminar Panal, edif. H
Rectoría	19	-	4	
Departamento de Personal	-	-	1	
Servicios Bibliotecarios	-	-	1	
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>26</b>	

En el período de análisis se observa que se tiene alrededor del 50% de quejas no atendidas. De acuerdo a la norma **ISO: 9000:2008** en el cual se basa el Sistema de Gestión de Calidad de la UTVM, la atención al cliente es la parte central por lo que debe darse respuesta y tomar las acciones que aseguren la satisfacción del servicio en los casos que proceda o en su caso fundamentar y contestar cuando no se pueda atender la solicitud.

De acuerdo a la misma norma se deben proveer los recursos necesarios para el funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad.

El servicio de internet y mantenimiento deben ser reforzadas.

### 2.2 Análisis de Auditoría de Servicios Complementarios.

A continuación se muestran los resultados de la auditoria de los servicios de apoyo al proceso educativo y que permiten evaluar el grado de satisfacción al cliente. Se muestran los valores por cada área evaluada.



De la gráfica se observa que a pesar de que el grado de satisfacción se encuentra por encima de la meta establecida, teniendo valores superiores a nueve se tienen algunas observaciones en el buzón de quejas y sugerencias. Es de mencionarse que en las reuniones de análisis con las áreas que conforman los servicios complementarios señalan que se requieren recursos financieros y humanos para atender peticiones del buzón de quejas y sugerencias y de acuerdo al instructivo de trabajo vigente cada área lo gestionaría. Por lo que es necesario la cooperación y coordinación entre las áreas para cubrir los requerimientos necesarios que permitan garantizar la satisfacción al cliente.

**REPORTE PARA LA REVISIÓN DE LA DIRECCIÓN**

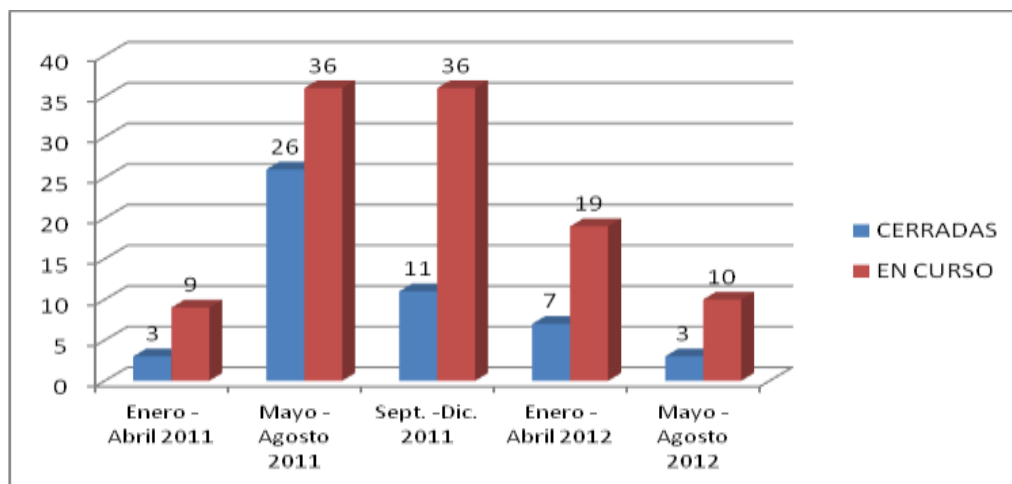
**3.- Estado de las Acciones Correctivas y Preventivas**

**3.1 Acciones Correctivas.**

Como puede observarse en el siguiente cuadro se 160 acciones correctivas, que constituyen un gran número sin atender. Aunque algunas áreas han hecho esfuerzos importantes por atenderlas, en términos generales se tiene un gran rezago que pudiera afectar en la realización de la auditoría externa del mes de noviembre. Por lo que se requiere su atención prontamente.

- **Comparativo cuatrimestral.**

CUATRI.	CERR.	%	EN CURSO	%	TOTAL	FOLIOS EN CURSO (Que ya deben cerrarse, ya pasaron fecha vencimiento)
Enero - Abril 2011	3	25	9	75	12	AyEP (787, 796; Finanzas (792); Dir. Acad. (793); Vinc. (791); TIC (795, 788); Prof. Turismo (786); Planeación (794).
Mayo - Agosto 2011	26	41,94	36	58,06	62	Idiomas (803); Educ. Cont. (836); AyEP (850, 843, 837, 823, 802); Dir. Acad. (858); EEI (853); MEC. (845, 806); TAL (832, 807); TIC (856, 855, 854, 852, 849, 848, 846, 841, 826, 804, 798); Mantto. (825, 797); Prof. MEC (814), Prof. TIC (813, 812, 811, 810, 809, 799); Rectoría (828, 815).
Sept. -Dic. 2011	11	23,4	36	76,6	47	<b>R. Hum.</b> (887, 886, 885, 884); <b>AyEP</b> (889); <b>TAL</b> (894, 893); <b>TIC</b> (859, 896, 895, 865, 864, 863, 872, 871); <b>Prof. MEC</b> (862); <b>Mecatró</b> (891, 890, 881, 880, 870, 869); <b>TUR</b> (879); <b>Prof. TAL.</b> (905), <b>Rectoría</b> (868, 866). <b>Representante de Rec.</b> (867); <b>Serv. Technol.</b> (873)
Enero - Abril 2012	7	26,92	19	73,08	26	<b>Idiomas</b> (925); <b>Prof. Mecatró.</b> (929, 928, 913); <b>AyEP</b> (918); <b>Mecatró.</b> (919); <b>TIC</b> (921); <b>Escolares</b> (924, 920); <b>Energ. Reno</b> (915, 922).
Mayo - Agosto 2012	3	23,08	10	76,92	13	<b>Representante de Rectoría</b> (944); <b>Procesos Alimentarios</b> (936, 935); <b>Acuicultura</b> (934) <b>Coordinación de Idiomas</b> (933).
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>31,25</b>	<b>110</b>	<b>68,75</b>	<b>160</b>	



**REPORTE PARA LA REVISIÓN DE LA DIRECCIÓN**

**3.2 Acciones Preventivas.**

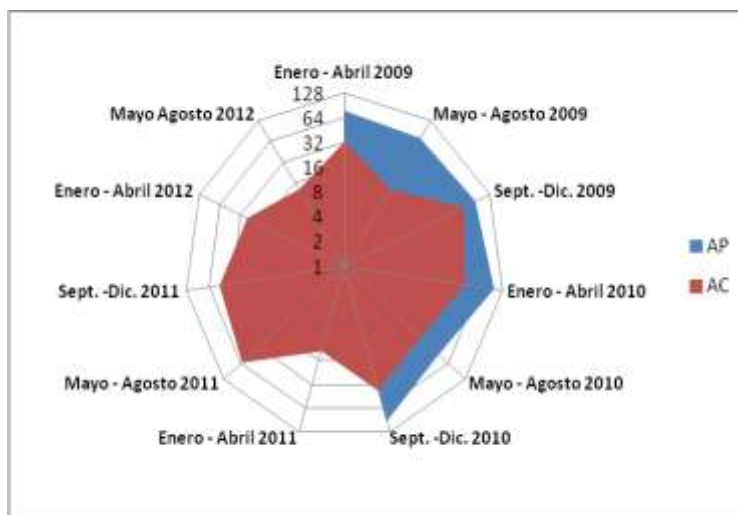
- **Comparativo por año durante el cuatrimestre Enero – Abril (tres años anteriores)**

Acciones Preventivas 2009 - 2011							
PE	Enero - Abril 2009	Mayo - Agosto 2009	Sept. -Dic. 2009	Enero - Abril 2010	Mayo - Agosto 2010	Sept. -Dic. 2010	Enero - Abril 2011
AyEP	0	8	3	4	1	0	0
EEl	17	7	9	13	0	0	0
MEC	12	9	12	13	11	15	0
TAL	16	7	0	14	0	0	0
TIC	28	30	45	40	31	63	0
TUR	0	11	11	16	2	0	0
ER	0	0	0	0	0	6	0
MECATRÓ.	0	0	0	0	0	13	0
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>72</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>97</b>	<b>0</b>
<b>OBSERVACIONES</b>	Todas cerradas	Todas cerradas	Todas cerradas	<b>Folio en curso: 920</b>	Todas cerradas	<b>Folios en curso: 1148, 1151, 1154</b>	----

En este cuadro se observa como a través del tiempo se ha decrementado el número de acciones preventivas. La norma ISO 9001:2008 establece que es necesario detectar oportunamente el momento en que puede ocurrir potencialmente una acción correctiva. Por lo que es importante utilizar el recurso de la acción preventiva para que no permita incurrir en el establecimiento de acciones correctivas. Durante el año 2011 prácticamente no se establecieron acciones preventivas. Recientemente el cuatrimestre mayo agosto se registraron 13 acciones preventivas en dos programas educativos.

- **Comparativo Acciones Correctivas y Acciones preventivas 2009-2012.**

CUATRIMESTRE	AP	AC
Enero - Abril 2009	79	33
Mayo - Agosto 2009	72	13
Sept. -Dic. 2009	80	54
Enero - Abril 2010	100	40
Mayo - Agosto 2010	45	21
Sept. -Dic. 2010	97	38
Enero - Abril 2011	0	12
Mayo - Agosto 2011	0	62
Sept. -Dic. 2011	0	47
Enero - Abril 2012	0	26
Mayo Agosto 2012	0	13
<b>Total</b>	<b>473</b>	<b>359</b>



## REPORTE PARA LA REVISIÓN DE LA DIRECCIÓN

En el cuatrimestre Mayo - agosto de 2012 se establecieron trece preventivas. Anteriormente esta característica situación afectaba en el cumplimiento de la meta del porcentaje de aprobación en las materias. En los cuadros anteriores se observa como se ha incrementado el número de acciones correctivas, siendo una de las causas el no establecer acciones preventivas. Entre las causas de no realizar acciones preventivas se encontró lo siguiente:

- Falta de seguimiento al cumplimiento del indicador.
- Requerimiento de ajustes por cambio de modelo educativo.
- Cambio de plan de estudios en los programas educativos de turismo, mecánica, procesos alimentarios que fueron entregados por la CGUT en fechas posteriores a los periodos de recontractación de docentes así como en la planeación didáctica no permitiendo el cumplimiento de procedimientos. Esta situación propició que se establecieran varios permisos de desviación.
- Cambio de plataforma del Sistema de integral de información. Bajo este esquema se están realizando los módulos de acuerdo a las prioridades de los programas educativos
- Falta de reportes en el sistema integral de información para dar seguimiento a los indicadores de desempeño académico.
- Desconocimiento o falta de estudio de los procedimientos.
- Falta de sensibilización en el personal para aplicar los procedimientos del SGC.

#### 4.- Seguimiento de acuerdos y compromisos de revisiones previas. (Reporta cada responsable de acuerdo).

Aunque se han realizado varias de las acciones y actividades de los compromisos establecidos en las reuniones anteriores, no se cuentan con las evidencias en el archivo de control de documentos, por lo que es necesario cumplir con este requisito.

ACUERDOS GENERALES					
Acuerdo No.	Descripción del acuerdo	Resultados	Evidencias	Observaciones	Estatus
<b>Área: Todos los programas Educativos.</b>					
PE 03-11/02	El programa educativo de Tecnologías de la información, enviará copia del diagnóstico del estado de la plataforma informática a la Dirección de Administración y Finanzas.				
PE 03-11/01	Los Directores de Programa Educativo realizarán una reunión para la revisión de los procedimientos P-DA-01, P-DA-05 y P-DA-08, para esta reunión participará también la Dirección Académica, el Departamento de Personal, Servicios Escolares, así como el Representante de la Dirección ante el SGC. Así mismo, será revisado el Indicador Institucional de Porcentaje de Regularización publicado en la Intranet, con el fin de establecer la fecha corte en el cual será generado dicho indicador y sea publicado en tiempo en la Intranet.	Se realizó reunión con los directores, servicios escolares y estadías, educación continua, servicios tecnológicos y representante de la dirección.			Aún no se liberan los procedimientos
DA 01-11/01	Los Programas Educativos en conjunto con el Departamento de Documentación Técnico Científico y Social revisarán el procedimiento de estadías para mejorar su operatividad.				

**REPORTE PARA LA REVISIÓN  
DE LA DIRECCIÓN**

Acuerdo No.	Descripción del acuerdo	Resultados	Evidencias	Observación	Estatus
AF 03-11/09	El Departamento de Personal dará a conocer por medio de la Intranet en Plan de Capacitación Anual, una vez autorizado.	No se ha publicado	Memorandum UTVM/DAF/DP/007/2012	Se realizaran reuniones con los directores	En proceso
AF 02-11/01	Se dió atención al acuerdo anterior, respecto a colocar conectores y sillas en los pasillos para que puedan ser usadas por los alumnos. El PE de mecánica apoyó en la reparación de algunas sillas. Se colocarán más conectores con apoyo del Mtro. Juan Pablo Cabrera, en conjunto con el Depto. de Mantenimiento.	Se solicitó al PE de TIC indicara los requerimientos	Memorandum DAF/MEI/010/2012	No se obtuvo respuesta.	En proceso
AF 03-11/10	El Departamento de Personal informará a los directores, el nombre de los cursos autorizados de acuerdo al presupuesto asignado, esto con el fin de cotejar que el curso autorizado sea pertinente.	No se ha publicado	Memorandum UTVM/DAF/DP/007/2012	Se realizaran reuniones con los directores de los PE del 19 al 21 de Junio	En proceso
AF 03-11/12	Dar seguimiento con el Departamento de Personal la realización de cursos de capacitación conforme al inventario de habilidades que elaboran los programas educativos. De los cursos reportados en la reunión de la dirección, cotejar con el inventario de habilidades de las solicitudes realizadas.	Se ha dado seguimiento a las solicitudes que las áreas han requerido.	Memorandum UTVM/DAF/DP/007/2012		En proceso
<b>Acuerdo No.</b>	<b>Acuerdo No.</b>	<b>Acuerdo No.</b>	<b>Acuerdo No.</b>	<b>Acuerdo No.</b>	<b>Acuerdo No.</b>
<b>Área: Vinculación</b>					
VI 02-11/01	El Departamento de Documentación Tecno-científico y Social en conjunto con los Programas Educativos elaborará una propuesta de mecanismo para visitas de asesores académicos a estudiantes de estadía para culminar exitosamente este proceso desde el punto de vista del aprendizaje.				Concluido. Se elaboró el mecanismo de acuerdo al programa de visitas y requerimientos de los PE.

**REPORTE PARA LA REVISIÓN  
 DE LA DIRECCIÓN**

- **Minutas Sistema de Gestión de la Calidad**

**Mejoras en el servicio proporcionado al cliente**

Área Responsable	Acuerdo	Resultados	Evidencias	Estatus
VI 03-11/02	Se deberá realizar un diagnóstico de la pertinencia de los talleres que se ofrecen a los alumnos, por parte del Depto. de Actividades Culturales.			

**Visita a las instalaciones**

Área Responsable	Acuerdo	Resultados	Evidencias	Estatus
Todas las direcciones de área y programa educativo.	El recorrido que se realiza en todas las áreas para identificar el estado que guarda la infraestructura, equipamiento y condiciones de seguridad e higiene se reportará a través del Programa Oficinas de Calidad y los resultados derivados de las revisiones serán reportados al Representante de Rectoría para integrar al informe de Revisión de la Dirección			En Proceso

**5.- Desempeño de procesos**

<b>EVOLUCIÓN EN LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>			
Documento del SGC	2002 - 2004	2004-2010	Mayo – Agosto 2012
Proceso	40	20	17
Procedimientos	41	18	16
Instrucciones de Trabajo	23	18	23
Formatos	95	79	86
Documentos	18	16	91

En el cuadro anterior se observa la evolución del sistema. Es notorio que se han simplificado el SGC, ya que se han reducido el número de procedimientos. Sin embargo se están revisando formatos y documentos para establecer la conveniencia de mantenerlos. Es necesario liberar los procedimientos que se han adecuado a la operación del área académica. También es necesaria la revisión del procedimiento de provisión de recursos. También es necesario la revisión del mapa de procesos con base a las recomendaciones de mejora, realizada en las auditorías internas.

**REPORTE PARA LA REVISIÓN DE LA DIRECCIÓN**

**Desempeño de los procesos administrativos y conformidad con el Servicio**

Área Responsable	Indicador	Actualización	Estándar Institucional	Comparativo de Resultados			Observaciones	
				Dic. 10	Julio 10	Dic. 11		
Vinculación	<b>Seguimiento de Egresados y Bolsa de Trabajo</b>							
	Porcentaje de egresados contactados.	Semestral	90%	95.8	N/A	96.1	Hasta 2011, se tenían dos fechas de corte: Julio y Diciembre, ahora es sólo con corte a Diciembre.	
	Servicios Tecnológicos E – A 10 E – A 11							
					96%	96%		
	Índice de pertinencia	Cuatrimestral	75%	E – A 11 82.5%	M – A 11 98%	M – A 12 98.6%	Nuevo indicador	
	<b>Educación Continua</b>							
	Pertinencia	Cuatrimestral	<b>Anual</b>	<b>M – A 10</b>	<b>M – A 11</b>	<b>M – A 12</b>	La meta es anual	
	80%		100%	100%	90.47%			
Eficacia	80%		86.44%	81.17%	85.78%			
Eficiencia	80%		87.50%	88.46%	80.95%			
Efectividad		60%	68.65%	70.52%	78.93%			
Administración y Finanzas	<b>Adquisición de recursos</b>							
	Contratación de personal	Cuatrimestral	100%	---	E – A 12 100%	M – A 12 100%	Se generarán no conformidad	
Área Responsable	Indicador	Actualización	Estándar Institucional	Comparativo de Resultados			Observaciones	
				Dic. 10	Julio 10	Dic. 11		
Vinculación	<b>Seguimiento de Egresados y Bolsa de Trabajo</b>							
	Atención de requisiciones	Cuatrimestral	90%	---	93%	98%	Este indicador cambió de nombre por: Atención a requisiciones	
<b>Formación, Capacitación y Actualización del Personal</b>								
	Porcentaje de cursos recibidos por personal	Cuatrimestral	<b>Anual</b> 100%	<b>E – A 10</b> 39.75%	<b>E – A 11</b> 25.1%	<b>M – A 12</b> 52%	La meta es anual	
	Cumplimiento a los programas de mantenimiento de instalaciones.	Cuatrimestral	<b>Anual</b> 95%	<b>2009</b> 33%	<b>2010</b> 33%	<b>2011</b> 33%	Reporta mantenimiento	
<b>Puntualidad</b>								
	Personal Administrativo	Cuatrimestral	<b>Área</b>	<b>E – A 11</b>	<b>S – D 11</b>	<b>E – A 12</b>	<b>M – A 12</b>	Se generarán no conformidades en caso de que no haya N.C en curso.
		*SGC (95%)						
			Rectoría	77%	73%	67%	92%	
			DDACE	91%	82%	85%	95%	
			Planeación	95%	87%	79%	91%	
			Finanzas	98%	86%	83%	86%	
			Vinculación	90%	87%	81%	85%	
			TIC	85%	81%	71%	85%	
			TAL	90%	97%	92%	97%	
			MECAT.	-	-	70%	82%	
			AyEP	93%	88%	91%	93%	
			TUR	95%	95%	75%	94%	
			Mec. y ER	77%	75%	98%		
			Metal-Mecánica	99%	98%	91%	99%	
			Idiomas	98%	96%	98%	99%	



**REPORTE PARA LA REVISIÓN DE LA DIRECCIÓN**

<b>Dirección Académica</b>	Personal Docente	Cuatrimestral	<b>Área</b>	<b>E – A 11</b>	<b>S – D 11</b>	<b>E – A 12</b>	<b>M – A 12</b>	Se generarán no conformidades en caso de que no haya N.C en curso.	
	TIC		*SGC (95%)	PE de TIC	76%	74%	76%		90%
	Procesos bioalimentarios		PE de EEI	88%	-	-	97%		
	Metal-mecánica		PE de Met-Mec.	94%	97%	93%	100%		
	AyEP		PE de TUR	91%	86%	87%	96%		
	Mecatrónica		PE de AyEP	91%	89%	92%	97%		
	Turismo		PE de Alim.	98%	92%	93%	N/A		
	Idiomas		Idiomas	99%	98%	96%	96%		
	Idiomas		Mecatró	-	74%	93%	90%		
<b>Coordinación de Sistemas y Tele - comunicaciones</b>	<b>Cumplimiento al Programas de Mantenimiento de equipos de Cómputo, periféricos y red de datos.</b>								
	Laboratorios de informática	Cuatrimestral	Anual	E – A 10	S – D- 11	M – A 12	La planeación se tiene para generar en dos cuatrimestres y determinar alcanzar la meta en Lab. de Inform.		
	Equipo personal	Cuatrimestral	100%	N/A	100%	28.96%			
	Periféricos	Cuatrimestral		N/A	N/A	100%			
	<b>Mantenimiento Preventivo de la red de datos Institucional</b>								
	Mantenimiento preventivo de la red de datos institucional	Cuatrimestral	Anual	E – A 11	S – D 11	M – A 12			
			100%	100%	100%	100%			
	<b>Mantenimiento correctivo y soporte técnico de equipo de cómputo, periféricos y red de datos</b>								
	Mantenimiento correctivo y soporte técnico de equipo de cómputo, periféricos y red de datos	Cuatrimestral	Anual	E – A 11	M – A 11	M – A 12	El logro de la meta es anual		
			90%	95.9%	91.22%	100%			
<b>Servicios Escolares</b>	<b>Ingreso</b>								
	Atención a la demanda de ingreso	Cuatrimestre en el que haya ingreso	70%	E – A 12	M – A 12	S – D 12			
				N/A	N/A	78%			
	<b>Validación del servicio</b>								
Titulados	Dos cuatrimestres después de que exista generación con egreso	95%	E – A 12	M – A 12	S – D 12	Indicador actual			
			N/A	95%	100%				
<b>Servicios Complementarios</b>	<b>Servicios Complementarios</b>								
	Satisfacción de los servicios complementarios	Anual	<b>Periodo</b>	<b>S – D 11</b>	<b>E – A 12</b>	<b>M – A 12</b>			
			Programada	8.66	8.81	8.81			
		Alcanzada	9.23	9.36	9.27				
<b>Programación y Presupuesto</b>	<b>Provisión de Recursos</b>								
	Porcentaje de presupuesto erogado	Anual		Diciem.11	Marzo 12	Junio 12			
		Anual <b>90%</b>	93.09%	22.87%	41.17%				

**Nota:** Se establecerán acciones correctivas para los indicadores no cumplidos.

**REPORTE PARA LA REVISIÓN  
DE LA DIRECCIÓN**

**6.- Cambios que podrían afectar al SGC.**

<b>Cambios que podrían afectar al Sistema</b>	<b>Acciones a tomar</b>
Cambio de administración de Rectoría	Está pendiente reunión con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditores internos</li> <li>• Responsables de Servicios Complementarios.</li> </ul>
A partir del 10 de Septiembre, la Dirección Académica cambia de administración	Queda pendiente plática de inducción.
Cambio de director de Vinculación a partir del 3 de Septiembre 2012	Se le brindó una breve explicación del contenido de la información en la Intranet, respecto al SGC, se platicó con director sobre las responsabilidades descritas en el procedimiento de Revisión de la dirección y se reunió con el personal que participa en las actividades para la entrega del informe para la Reunión de la Dirección con rectoría.
Creación del Departamento de Investigación	Modificación de la estructura orgánica, creación de perfil.
Incorporación de nuevos profesores a la plantilla docente.	Se les impartió curso de inducción al sistema de gestión de la calidad para el personal de nuevo ingreso, así como la explicación de temas relacionados al Departamento de Personal (derechos y obligaciones, horario, firma de contrato, calendario escolar, etc..).
Ampliación del alcance del sistema de calidad (Incorporación de Ingenierías).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar plan de acción</li> <li>2. Realizar inducción al sistema</li> <li>3. Asignar los recursos necesarios.</li> </ol>
Rotación de personal (Jefes de departamentos, asistentes)	Planificar curso de inducción al sistema de gestión de la calidad para el personal.

**7.- Recomendaciones para la mejora.**

Se han realizado reuniones con Directores de Programa Educativo y responsables de proceso para adecuar los procedimientos del área académica a las necesidades y cambios derivados de la operación del modelo educativo basado en competencias profesionales, Sin embargo estos aún no han sido liberados.

## REPORTE PARA LA REVISIÓN DE LA DIRECCIÓN

### CONCLUSIONES.

En el SGC se están incrementando el número de acciones correctivas siendo una causa principal la falta de establecimiento de acciones preventivas.

En la tabla de acciones correctivas observamos como han ido disminuyendo las acciones preventivas y que así mismo, las acciones correctivas están tomando el mismo rubro, ya que de 62 acciones correctivas que se levantaron en el cuatrimestre mayo – agosto 2011, para el cuatrimestre mayo – agosto 2012, sólo se registraron 13.

Asimismo se tiene un número significativo de acciones correctivas que no se han cerrado de acuerdo a su fecha de atención. Se requiere que el personal directivo sensibilice al personal en la correcta aplicación de los procedimientos del SGC. Se requiere cooperación coordinada de todas las áreas para el correcto funcionamiento del SGC.

No se ha podido cumplir de acuerdo a lo programado las auditorías internas. Así mismo el programa de formación de auditores internos no ha iniciado. Es necesario reorganizar la agenda institucional para dicho fin.

De acuerdo a la norma ISO 9001:2008 el representante de la Dirección debe asegurarse del correcto funcionamiento del SGC a través del diseño de procesos eficaces relacionados entre sí. Lo anterior requiere el compromiso de todas las áreas para cumplir con las fechas establecidas en procedimientos y en la revisión de la dirección.

La auditoría externa revela un diagnóstico del funcionamiento del sistema por lo que hay que atender observaciones y no conformidades detectadas.