



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre (Acción Correctiva y/o Preventiva) Anexo 8

PARA SER LLENADO POR QUIEN LEVANTA LA SOLICITUD DE MEJORA

| | | | | | | | |
|------------------|----------------------------------------------------|----------------------|-------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| GENERALES | Folio: 001 | DETECTADO EN: | Auditoría | <input checked="" type="checkbox"/> | TIPO: | Mayor | <input type="checkbox"/> |
| | Requisito Incumplido: 1.1.1.1 | | Indicador | <input type="checkbox"/> | | (NC, requiere Investigación) | <input type="checkbox"/> |
| | Fecha: 10 de diciembre del 2024 | | Queja | <input type="checkbox"/> | | Menor | <input type="checkbox"/> |
| | Responsable: Mtra. Alejandra Adame | | Sugerencia | <input type="checkbox"/> | | (NC, requiere Investigación) | <input type="checkbox"/> |
| | Fecha para Corrección: 10 de diciembre del 2024 | | Encuesta | <input type="checkbox"/> | | Observación | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Auditor(a) o Quien Reporta: Mtro, Fabian Ruiz Cruz | | Otro: _____ | | | (CP, no requiere Investigación) | <input type="checkbox"/> |

DESCRIPCIÓN de la Solicitud de Mejora:

Observación (anexo 1)

Envío de carta al Gobernado haciendo el Compromiso de Cumplir con la Política para la Igualdad.

PARA SER LLENADO POR EL (LA) RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DE MEJORA

ACCIONES CORRECTIVAS

Acuse de Recibido por la Oficialía de Partes de Jefatura del Gobernador
"carta Compromiso del Modelo para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de Zacatecas"

ACCIONES PREVENTIVAS PARA EVITAR LA OCURRENCIA O LA RECURRENCIA

Tener un Expediente ordenado y actualizado

PLAN DE ACCIÓN (describa por pasos las actividades que deben realizarse, los (las) responsables y las fechas de término)

| No. | Actividad | Responsable | Fecha de Término | Cierre de Actividades | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|
| | | | | Acepta | Rechaza |
| 1. | Generación del oficio Carta Compromiso con la Política para la Igualdad | María Amparo Iturriaga Araiza | 22 de noviembre del 2024 | X | |
| 2. | Entrega de correspondencia oficialía de partes | Katty Anahí Rivera Ramírez | 22 de noviembre del 2024 | X | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre
(Acción Correctiva y/o Preventiva)
Anexo 8

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|-------------------|------------------|-------------------|
| CAMBIOS A DOCUMENTOS Y/O FORMATOS | Si <input type="checkbox"/> | ELABORA: | Nombre: <u>NA</u> | AUTORIZA: | Nombre: <u>NA</u> |
| | No <input checked="" type="checkbox"/> | | Firma: _____ | | Firma: _____ |
| <p style="text-align: center;">REVISIÓN de la implementación de Acciones</p> | | | | | |
| <p>Nombre: _____ <u>NA</u> Firma: _____ <u>NA</u> Fecha: _____ <u>NA</u></p> | | | | | |

Fecha de Inicio: / /

Fecha de Término: / /

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| CIERRE de la implementación de Acciones (uso exclusivo del (de la) Auditor(a) o Quien aprueba) | | |
| Nombre: <u>Mtro. Fabian Ruiz Cruz</u> | Firma:  | Fecha: <u>18 de febrero del 2025</u> |

NOTA: Dibujar el diagrama Causa-Efecto, Pareto, Análisis Histórico, Gráfica en el Tiempo, Histograma u otras herramientas usadas para determinar las causas de la No Conformidad o No Conformidad Potencial, en la parte posterior.

Análisis histórico:

Al implementarse el modelo para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de Zacatecas en las dependencias del Gobierno del Estado se solicitó por parte de SEMUJER generar un compromiso del ente Público para trabajar en dicho modelo.

Se entrega el oficio con fecha del 08 de marzo del 2024 en la secretaria de las Mujeres, esto por indicaciones del personal que lleva a cabo la implementación del modelo.

Se realiza auditoria en las instalaciones del Consejo el 21 de noviembre del 2024 en la cual se generó la observación de la falta de entrega en la Oficialía de Partes del Gobernador.

En fecha 22 de noviembre del 2024 se genera y entrega a la oficialía de Partes la Carta Compromiso con la Política para la Igualdad.



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre (Acción Correctiva y/o Preventiva) Anexo 8

PARA SER LLENADO POR QUIEN LEVANTA LA SOLICITUD DE MEJORA

| | | | | | | | |
|------------------|----------------------------------------------------|----------------------|-------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| GENERALES | Folio: 002 | DETECTADO EN: | Auditoría | <input checked="" type="checkbox"/> | TIPO: | Mayor | <input type="checkbox"/> |
| | Requisito Incumplido: 1.1.1.3 | | Indicador | <input type="checkbox"/> | | (NC, requiere Investigación) | <input type="checkbox"/> |
| | Fecha: 10 de diciembre del 2024 | | Queja | <input type="checkbox"/> | | Menor | <input type="checkbox"/> |
| | Responsable: Mtra. Alejandra Adame | | Sugerencia | <input type="checkbox"/> | | (NC, requiere Investigación) | <input type="checkbox"/> |
| | Fecha para Corrección: 10 de diciembre del 2024 | | Encuesta | <input type="checkbox"/> | | Observación | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Auditor(a) o Quien Reporta: Mtro, Fabian Ruiz Cruz | | Otro: _____ | | | (CP, no requiere Investigación) | |

DESCRIPCIÓN de la Solicitud de Mejora:

Observación (anexo 2)

Evaluar periódicamente el conocimiento, comprensión y aplicación eficaz de la política al interior del ente público

PARA SER LLENADO POR EL (LA) RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DE MEJORA

ACCIONES CORRECTIVAS

Se dará un curso al personal para que puedan conocer la Política del Modelo para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de Zacatecas, y estar en condiciones de efectuar su evaluación.

ACCIONES PREVENTIVAS PARA EVITAR LA OCURRENCIA O LA RECURRENCIA

Tener un taller preventivo cada semestre para poder conocer la Política del Modelo para la Igualdad entre Mujeres y hombres del Estado de Zacatecas, por el Comité de Igualdad.

PLAN DE ACCIÓN (describa por pasos las actividades que deben realizarse, los (las) responsables y las fechas de término)

| No. | Actividad | Responsable | Fecha de Término | Cierre de Actividades | |
|-----|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|
| | | | | Acepta | Rechaza |
| 1. | Taller de Sensibilización | María Amparo Iturriaga Araiza | 06 de diciembre del 2024 | X | |
| 2. | Aplicar la Encuesta (anexo 2) | Bertha Alejandra Adame Rodríguez | 10 de diciembre del 2024 | X | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre
(Acción Correctiva y/o Preventiva)
Anexo 8

| | | | | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|------------------|-------------------|
| CAMBIOS A DOCUMENTOS Y/O FORMATOS | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | ELABORA: | Nombre: <u>NA</u> | AUTORIZA: | Nombre: <u>NA</u> |
| | Nombre: <u>NA</u> | | Firma: _____ | | Firma: _____ |
| REVISIÓN de la implementación de Acciones | | | | | |
| Nombre: _____ | | Firma: _____ | | Fecha: _____ | |

Fecha de Inicio: / /

Fecha de Término: / /

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| CIERRE de la implementación de Acciones (uso exclusivo del (de la) Auditor(a) o Quien aprueba) | | |
| Nombre: _____ | Mtro. Fabian Ruiz Cruz | Firma: _____ |
| | | Fecha: 18 de febrero del 2025 |

NOTA: Dibujar el diagrama Causa-Efecto, Pareto, Análisis Histórico, Gráfica en el Tiempo, Histograma u otras herramientas usadas para determinar las causas de la No Conformidad o No Conformidad Potencial, en la parte posterior.

Análisis Histórico:

La Licenciada María Amparo Iturriaga Araiza integrante del Comité de Igualdad, implemento dentro de la institución la columna para la igualdad; en la cual expuso el contenido del compromiso del Consejo Estatal del Desarrollo Económico con la Igualdad, así como de la Política para la Igualdad, destacando de cada uno de ellos los puntos mas relevantes y con esto se presentó al personal del CEDEZ.

Con la información obtenida el personal posteriormente se le aplico el anexo 2 "Encuesta sobre la Política para la Igualdad"



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre (Acción Correctiva y/o Preventiva) Anexo 8

PARA SER LLENADO POR QUIEN LEVANTA LA SOLICITUD DE MEJORA

| | | | | | | | |
|------------------|---------------------------------------------------|----------------------|-------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| GENERALES | Folio: 003 | DETECTADO EN: | Auditoría | <input checked="" type="checkbox"/> | TIPO: | Mayor | <input type="checkbox"/> |
| | Requisito Incumplido: 1.1.2.1 | | Indicador | <input type="checkbox"/> | | (NC, requiere Investigación) | |
| | Fecha: 10 de diciembre del 2024 | | Queja | <input type="checkbox"/> | | Menor | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Responsable: Mtra Alejandra Adame | | Sugerencia | <input type="checkbox"/> | | (NC, requiere Investigación) | |
| | Fecha para Corrección: 03 de diciembre del 2024 | | Encuesta | <input type="checkbox"/> | | Observación | <input type="checkbox"/> |
| | Auditor(a) o Quien Reporta: Mtro Fabian Ruiz Cruz | | Otro: _____ | | | (CP, no requiere Investigación) | |

DESCRIPCIÓN de la Solicitud de Mejora:

Diseñar un compromiso propio del ente público que integra la Política para la Igualdad.

PARA SER LLENADO POR EL (LA) RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DE MEJORA

ACCIONES CORRECTIVAS

Se diseño el compromiso para la autorización del Titular del Organismo; y realizar la publicación del mismo.

ACCIONES PREVENTIVAS PARA EVITAR LA OCURRENCIA O LA RECURRENCIA

Mantenerla Publicada y en lugares visibles del Organismo

PLAN DE ACCIÓN (describa por pasos las actividades que deben realizarse, los (las) responsables y las fechas de término)

| No. | Actividad | Responsable | Fecha de Término | Cierre de Actividades | |
|-----|-------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|
| | | | | Acepta | Rechaza |
| 1. | Diseñar el compromiso de la Política para la Igualdad | María Amparo Iturriaga Araiza | 03 de diciembre del 2024 | X | |
| 2. | Lectura y aprobación por el Comité | María Amparo Iturriaga Araiza | 05 de diciembre del 2024 | X | |
| 3. | Difusión Interna en la Columna de la Igualdad | María Amparo Iturriaga Araiza | 11 de diciembre del 2024 | X | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre
(Acción Correctiva y/o Preventiva)
Anexo 8

| | | | | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|------------|------------------|------------|
| CAMBIOS A DOCUMENTOS Y/O FORMATOS | Si <input type="checkbox"/> | ELABORA: | Nombre: NA | AUTORIZA: | Nombre: NA |
| | No <input checked="" type="checkbox"/> | | Firma: NA | | Firma: NA |
| Nombre: NA | | | | | |
| REVISIÓN de la implementación de Acciones | | | | | |
| Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____ | | | | | |

Fecha de Inicio: / /

Fecha de Término: / /

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| CIERRE de la implementación de Acciones (uso exclusivo del (de la) Auditor(a) o Quien aprueba) | | |
| Nombre: Mtro Fabian Ruiz Cruz | Firma:  | Fecha: 18 de febrero del 2025 |

NOTA: Dibujar el diagrama Causa-Efecto, Pareto, Análisis Histórico, Gráfica en el Tiempo, Histograma u otras herramientas usadas para determinar las causas de la No Conformidad o No Conformidad Potencial, en la parte posterior.

Análisis Histórico:

Se diseño la Política para la Igualdad

Al celebrarse la 2da sesión del Comité de Igualdad en el orden del día en el punto 3, se le dio lectura y aprobación de dicho documento celebrado en fecha del 05 de diciembre del 2024.



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre (Acción Correctiva y/o Preventiva) Anexo 8

PARA SER LLENADO POR QUIEN LEVANTA LA SOLICITUD DE MEJORA

| | | | | | | | |
|------------------|----------------------------------------------------|----------------------|-------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| GENERALES | Folio: 004 | DETECTADO EN: | Auditoría | <input checked="" type="checkbox"/> | TIPO: | Mayor | <input type="checkbox"/> |
| | Requisito Incumplido: 1.1.2.3 | | Indicador | <input type="checkbox"/> | | (NC, requiere Investigación) | |
| | Fecha: 10 de diciembre del 2024 | | Queja | <input type="checkbox"/> | | Menor | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Responsable: Mtra. Alejandra Adame | | Sugerencia | <input type="checkbox"/> | | (NC, requiere Investigación) | |
| | Fecha para Corrección: 10 de diciembre del 2024 | | Encuesta | <input type="checkbox"/> | | Observación | <input type="checkbox"/> |
| | Auditor(a) o Quien Reporta: Mtro, Fabian Ruiz Cruz | | Otro: _____ | | | (NCP, no requiere Investigación) | |

DESCRIPCIÓN de la Solicitud de Mejora:

Observación (anexo 4) Encuesta sobre el Compromiso para la Igualdad

Evaluación periódica al personal del ente público sobre el conocimiento, comprensión y aplicación del Compromiso para la Igualdad Del Consejo.

PARA SER LLENADO POR EL (LA) RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DE MEJORA

ACCIONES CORRECTIVAS

Se dará el curso al personal para dar a conocer el Compromiso para la Igualdad y evaluar.

ACCIONES PREVENTIVAS PARA EVITAR LA OCURRENCIA O LA RECURRENCIA

Tener un taller preventivo cada semestre para poder difundir el Compromiso para la Igualdad.

PLAN DE ACCIÓN (describa por pasos las actividades que deben realizarse, los (las) responsables y las fechas de término)

| No. | Actividad | Responsable | Fecha de Término | Cierre de Actividades | |
|-----|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|
| | | | | Acepta | Rechaza |
| 1. | Taller de Sensibilización | María Amparo Iturriaga Araiza | 06 de diciembre del 2024 | X | |
| 2. | Aplicar anexo 4 "Encuesta sobre el Compromiso para la Igualdad" | Bertha Alejandra Adame Rodríguez | 10 de diciembre del 2024 | X | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre
(Acción Correctiva y/o Preventiva)
Anexo 8

| | | | | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|--------------|------------------|--------------|
| CAMBIO A DOCUMENTOS Y/O FORMATOS | Si <input type="checkbox"/> | ELABORA: | Nombre: NA | AUTORIZA: | Nombre: NA |
| | No <input checked="" type="checkbox"/> | | Firma: _____ | | Firma: _____ |
| Nombre: NA | | | | | |

REVISIÓN de la implementación de Acciones

| | | | | | |
|---------------|----|--------------|----|--------------|----|
| Nombre: _____ | NA | Firma: _____ | NA | Fecha: _____ | NA |
|---------------|----|--------------|----|--------------|----|

Fecha de Inicio: / /

Fecha de Término: / /

CIERRE de la implementación de Acciones (uso exclusivo del (de la) Auditor(a) o Quien aprueba)

| | | |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre: Mtro. Fabian Ruiz Cruz | Firma:  | Fecha: 18 de febrero del 2025 |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|

NOTA: Dibujar el diagrama Causa-Efecto, Pareto, Análisis Histórico, Gráfica en el Tiempo, Histograma u otras herramientas usadas para determinar las causas de la No Conformidad o No Conformidad Potencial, en la parte posterior.

Análisis Histórico:

La Licenciada María Amparo Iturriaga Araiza integrante del Comité de Igualdad, implemento dentro de la institución la columna para la igualdad; en la cual expuso el contenido del Compromiso para la igualdad, destacando los puntos más relevantes, presentándose al personal del CEDEZ.

Con la información obtenida el personal posteriormente se le aplico el anexo 4 "Encuesta sobre el Compromiso para la Igualdad"



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre (Acción Correctiva y/o Preventiva) Anexo 8

PARA SER LLENADO POR QUIEN LEVANTA LA SOLICITUD DE MEJORA

| | | | | | | | |
|------------------|----------------------------------------------------|----------------------|-------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| GENERALES | Folio: 005 | DETECTADO EN: | Auditoría | <input checked="" type="checkbox"/> | TIPO: | Mayor | <input type="checkbox"/> |
| | Requisito Incumplido: 1.1.2.4 | | Indicador | <input type="checkbox"/> | | (NC, requiere Investigación) | |
| | Fecha: 10 de diciembre del 2024 | | Queja | <input type="checkbox"/> | | Menor | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Responsable: Mtra. Alejandra Adame | | Sugerencia | <input type="checkbox"/> | | (NC, requiere Investigación) | |
| | Fecha para Corrección: 10 de diciembre del 2024 | | Encuesta | <input type="checkbox"/> | | Observación | <input type="checkbox"/> |
| | Auditor(a) o Quien Reporta: Mtro, Fabian Ruiz Cruz | | Otro: _____ | | | (CP, no requiere Investigación) | |

DESCRIPCIÓN de la Solicitud de Mejora:

Observación (anexo 6) Plan de Trabajo

Proponer acciones afirmativas

PARA SER LLENADO POR EL (LA) RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DE MEJORA

ACCIONES CORRECTIVAS

Se integrarán acciones afirmativas al Plan de Trabajo del 2024

ACCIONES PREVENTIVAS PARA EVITAR LA OCURRENCIA O LA RECURRENCIA

Dar seguimiento a las acciones afirmativas en el Plan de Trabajo y programarlas en cada ejercicio

PLAN DE ACCIÓN (describa por pasos las actividades que deben realizarse, los (las) responsables y las fechas de término)

| No. | Actividad | Responsable | Fecha de Término | Cierre de Actividades | |
|-----|-------------------------------------|----------------------------|--------------------|-----------------------|---------|
| | | | | Acepta | Rechaza |
| 1. | Elaboración el Plan de Trabajo 2024 | José Jesús Villela Varela | Diciembre del 2024 | X | |
| 2. | Aprobación del Plan de Trabajo 2024 | Juan Carlos Medina Mazzoco | Diciembre del 2024 | X | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre
(Acción Correctiva y/o Preventiva)
Anexo 8

| | | | | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|------------------------------|------------------|------------------------------------|
| CAMBIO A DOCUMENTOS Y/O FORMATOS | Si <input checked="" type="checkbox"/> | ELABORA: | Nombre: Jesús Villela Varela | AUTORIZA: | Nombre: Juan Carlos Medina Mazzoco |
| | No <input type="checkbox"/> | | Firma: _____ | | Firma: _____ |
| Nombre: _____ | | Plan de Trabajo 2024 | | | |

REVISIÓN de la implementación de Acciones

| | | | | |
|---------------|-----------------------|--------------|--------------|-------|
| Nombre: _____ | Mtro Fabian Ruiz Cruz | Firma: _____ | Fecha: _____ | Marzo |
|---------------|-----------------------|--------------|--------------|-------|

Fecha de Inicio: / /

Fecha de Término: / /

CIERRE de la implementación de Acciones (uso exclusivo del (de la) Auditor(a) o Quien aprueba)

| | | | | |
|---------------|------------------------|--------------|--------------|------------------------|
| Nombre: _____ | Mtro. Fabian Ruiz Cruz | Firma: _____ | Fecha: _____ | 18 de febrero del 2025 |
|---------------|------------------------|--------------|--------------|------------------------|

NOTA: Dibujar el diagrama Causa-Efecto, Pareto, Análisis Histórico, Gráfica en el Tiempo, Histograma u otras herramientas usadas para determinar las causas de la No Conformidad o No Conformidad Potencial, en la parte posterior.

Análisis Histórico:

En el mes de diciembre del 2024, se plasma en el formato (anexo 6) Plan de trabajo, todas las Acciones Afirmativas que el CEDEZ realiza en favor de las mujeres empresarias Zacatecanas.



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre (Acción Correctiva y/o Preventiva) Anexo 8

PARA SER LLENADO POR QUIEN LEVANTA LA SOLICITUD DE MEJORA

| | | | | | | | |
|------------------|----------------------------------------------------|----------------------|-------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|
| GENERALES | Folio: 006 | DETECTADO EN: | Auditoría | <input checked="" type="checkbox"/> | TIPO: | | |
| | Requisito Incumplido: 1.2.2 | | Indicador | <input type="checkbox"/> | | Mayor (NC, requiere Investigación) | <input type="checkbox"/> |
| | Fecha: 10 de diciembre del 2024 | | Queja | <input type="checkbox"/> | | Menor (NC, requiere Investigación) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Responsable: Mtra. Alejandra Adame | | Sugerencia | <input type="checkbox"/> | | Observación (CP, no requiere Investigación) | <input type="checkbox"/> |
| | Fecha para Corrección: 10 de diciembre del 2024 | | Encuesta | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Auditor(a) o Quien Reporta: Mtro, Fabian Ruiz Cruz | | Otro: _____ | | | | |

DESCRIPCIÓN de la Solicitud de Mejora:

Observación

Integrar el Comité para la Igualdad que coordine, de seguimiento y cumplimiento a lo establecido en el modelo

PARA SER LLENADO POR EL (LA) RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DE MEJORA

ACCIONES CORRECTIVAS

Integrar el Comité a través de nombramientos internos y acta de instalación

ACCIONES PREVENTIVAS PARA EVITAR LA OCURRENCIA O LA RECURRENCIA

Calendarizar las Sesiones del Comité

PLAN DE ACCIÓN (describa por pasos las actividades que deben realizarse, los (las) responsables y las fechas de término)

| No. | Actividad | Responsable | Fecha de Término | Cierre de Actividades | |
|-----|-----------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|
| | | | | Acepta | Rechaza |
| 1. | Entrega de nombramientos internos del Comité de Igualdad | Juan Carlos Medina Mazzoco | 03 de diciembre del 2024 | X | |
| 2. | Elaboración de acta de instalación del Comité de Igualdad | María Amparo Iturriaga Araiza | 03 de diciembre del 2024 | X | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre
(Acción Correctiva y/o Preventiva)
Anexo 8

| | | | | | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|---------------|------------------|---------------|
| CAMBIO A DOCUMENTOS Y/O FORMATOS | Si <input type="checkbox"/> | ELABORA: | Nombre: _____ | AUTORIZA: | Nombre: _____ |
| | No X <input checked="" type="checkbox"/> | | Firma: _____ | | Firma: _____ |
| REVISIÓN de la implementación de Acciones | | | | | |
| Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____ | | | | | |

Fecha de Inicio: / /

Fecha de Término: / /

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| CIERRE de la implementación de Acciones (uso exclusivo del (de la) Auditor(a) o Quien aprueba) | | |
| Nombre: _____ | Firma: _____ | Fecha: _____ |
| e: Mtro. Fabian Ruiz Cruz | a:  | 18 de febrero del 2025 |

NOTA: Dibujar el diagrama Causa-Efecto, Pareto, Análisis Histórico, Gráfica en el Tiempo, Histograma u otras herramientas usadas para determinar las causas de la No Conformidad o No Conformidad Potencial, en la parte posterior.

Análisis Histórico:

Se otorgo a los integrantes del Comité sus nombramientos internos emitidos por el presidente del Comité, Lic. Juan Carlos Medina Mazzoco.

Al celebrarse la 1era sesión del Comité de Igualdad en el orden del día en el punto 3.1, se le dio lectura y aprobación de dicho documento celebrado en fecha del 03 de diciembre del 2024.



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre (Acción Correctiva y/o Preventiva) Anexo 8

PARA SER LLENADO POR QUIEN LEVANTA LA SOLICITUD DE MEJORA

| | | | | | | | |
|------------------|----------------------------------------------------|----------------------|-------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| GENERALES | Folio: 007 | DETECTADO EN: | Auditoría | <input checked="" type="checkbox"/> | TIPO: | Mayor | <input type="checkbox"/> |
| | Requisito Incumplido: 1.2.3.5 | | Indicador | <input type="checkbox"/> | | (NC, requiere Investigación) | |
| | Fecha: 10 de diciembre del 2024 | | Queja | <input type="checkbox"/> | | Menor | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Responsable: Mtra. Alejandra Adame | | Sugerencia | <input type="checkbox"/> | | (NC, requiere Investigación) | |
| | Fecha para Corrección: 10 de diciembre del 2024 | | Encuesta | <input type="checkbox"/> | | Observación | <input type="checkbox"/> |
| | Auditor(a) o Quien Reporta: Mtro, Fabian Ruiz Cruz | | Otro: _____ | | | (CP, no requiere Investigación) | |

DESCRIPCIÓN de la Solicitud de Mejora:

Observación (Anexo 3) Minuta de Acuerdos

Convocatoria a reuniones de Seguimiento y revisiones directivas a las y los integrantes del Comité.

PARA SER LLENADO POR EL (LA) RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DE MEJORA

ACCIONES CORRECTIVAS

Memorándum de convocatorias y levantamiento de Minuta de Acuerdos de las Sesiones Ordinarias del Comité.

ACCIONES PREVENTIVAS PARA EVITAR LA OCURRENCIA O LA RECURRENCIA

Generación de calendario de Sesiones Ordinarias del Comité anual.

PLAN DE ACCIÓN (describa por pasos las actividades que deben realizarse, los (las) responsables y las fechas de término)

| No. | Actividad | Responsable | Fecha de Término | Cierre de Actividades | |
|-----|------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|
| | | | | Acepta | Rechaza |
| 1. | Memorándum de Convocatoria a la Sesión Ordinaria | Bertha Alejandra Adame Rodríguez | 25 de noviembre del 2024 | X | |
| 2. | Elaboración de minuta de acuerdos (Anexo 3) "Minuta de Acuerdos" | Amparo Iturriaga | 03 de Diciembre del 2024 | X | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre
(Acción Correctiva y/o Preventiva)
Anexo 8

| | | | | | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|---------------|------------------|---------------|
| CAMBIO A DOCUMENTOS Y/O FORMATOS | Si <input type="checkbox"/> | ELABORA: | Nombre: _____ | AUTORIZA: | Nombre: _____ |
| | No X <input checked="" type="checkbox"/> | | Firma: _____ | | Firma: _____ |
| Nombre: _____ | | | | | |
| REVISIÓN de la implementación de Acciones | | | | | |
| Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____ | | | | | |

Fecha de Inicio: / /

Fecha de Término: / /

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| CIERRE de la implementación de Acciones (uso exclusivo del (de la) Auditor(a) o Quien aprueba) | | |
| Nombre: _____ | Mtro. Fabian Ruiz Cruz | Firma: _____ |
| | | Fecha: 18 de febrero del 2025 |

NOTA: Dibujar el diagrama Causa-Efecto, Pareto, Análisis Histórico, Gráfica en el Tiempo, Histograma u otras herramientas usadas para determinar las causas de la No Conformidad o No Conformidad Potencial, en la parte posterior.

Análisis Histórico:

Lunes 25 de noviembre se convoca a la Primera Sesión Ordinaria del Comité.
El 03 de diciembre en la Sesión Ordinaria, se aprueba el organigrama del Comité y se toma protesta del mismo por parte del Director General el LAE Juan Carlos Medina Mazzoco, MCA.
Se genera Acta de Instalación y se firma por los miembros al calce y al margen.



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre (Acción Correctiva y/o Preventiva) Anexo 8

PARA SER LLENADO POR QUIEN LEVANTA LA SOLICITUD DE MEJORA

| | | | | | | | |
|------------------|----------------------------------------------------|----------------------|-------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| GENERALES | Folio: 008 | DETECTADO EN: | Auditoría | <input checked="" type="checkbox"/> | TIPO: | Mayor | <input type="checkbox"/> |
| | Requisito Incumplido: 1.2.4.4 | | Indicador | <input type="checkbox"/> | | (NC, requiere Investigación) | <input type="checkbox"/> |
| | Fecha: 10 de diciembre del 2024 | | Queja | <input type="checkbox"/> | | Menor | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Responsable: Mtra. Alejandra Adame | | Sugerencia | <input type="checkbox"/> | | (NC, requiere Investigación) | <input type="checkbox"/> |
| | Fecha para Corrección: 10 de diciembre del 2024 | | Encuesta | <input type="checkbox"/> | | Observación | <input type="checkbox"/> |
| | Auditor(a) o Quien Reporta: Mtro, Fabian Ruiz Cruz | | Otro: _____ | | | (CP, no requiere Investigación) | <input type="checkbox"/> |

DESCRIPCIÓN de la Solicitud de Mejora:

Observación (Anexo 6 y 7) Plan de Trabajo y Formato de Indicador

Elaboración del Programa de trabajo Anual y Programa presupuestario con perspectiva de Genero para el año 2025.

PARA SER LLENADO POR EL (LA) RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DE MEJORA

ACCIONES CORRECTIVAS

Generación del Anexo 6 y 7 del Modelo para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de Zacatecas

ACCIONES PREVENTIVAS PARA EVITAR LA OCURRENCIA O LA RECURRENCIA

Generar los anexos en el mes de noviembre en el año inmediato anterior

PLAN DE ACCIÓN (describa por pasos las actividades que deben realizarse, los (las) responsables y las fechas de término)

| No. | Actividad | Responsable | Fecha de Término | Cierre de Actividades | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|
| | | | | Acepta | Rechaza |
| 1. | Llenado de Anexo 6. "Plan de Trabajo" Comisión de Mujeres | José de Jesús Villela Varela | 03 de Diciembre del 2024 | X | |
| 2. | Llenado de Anexo 7. "Formato de Indicador" Comisión de Mujeres | José de Jesús Villela Varela | 03 de Diciembre del 2024 | X | |
| 3. | Llenado de Anexo 6. "Plan de Trabajo" Comisión de Juventudes y emprendedores | Lino García Escobedo | 03 de Diciembre del 2024 | X | |
| 4. | Llenado de Anexo 7. "Formato de Indicador" Comisión de Juventudes y emprendedores | Lino García Escobedo | 03 de Diciembre del 2024 | X | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre
(Acción Correctiva y/o Preventiva)
Anexo 8

| | | | | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|---------------|------------------|---------------|
| CAMBIOS A DOCUMENTOS Y/O FORMATOS | Si <input type="checkbox"/> | ELABORA: | Nombre: _____ | AUTORIZA: | Nombre: _____ |
| | No <input checked="" type="checkbox"/> | | Firma: _____ | | Firma: _____ |
| Nombre: _____ | | | | | |
| REVISIÓN de la implementación de Acciones | | | | | |
| Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____ | | | | | |

Fecha de Inicio: / /

Fecha de Término: / /

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| CIERRE de la implementación de Acciones (uso exclusivo del (de la) Auditor(a) o Quien aprueba) | | |
| Nombre: _____ | Mtro. Fabian Ruiz Cruz | Firma: _____ |
| | | Fecha: 18 de febrero del 2025 |

NOTA: Dibujar el diagrama Causa-Efecto, Pareto, Análisis Histórico, Gráfica en el Tiempo, Histograma u otras herramientas usadas para determinar las causas de la No Conformidad o No Conformidad Potencial, en la parte posterior.

Análisis Histórico:

Derivada de la auditoria se señalaron áreas de oportunidad en cuanto a políticas de genero en las actividades del Consejo, resultado de lo anterior se crearon estrategias para medir la participación de la población objetivo contabilizándola por sexo.

Con la visión de que el 2025 sea el año base en nuestras estadísticas para en el mediano plazo establecer estrategias acorde a los resultados.



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre (Acción Correctiva y/o Preventiva) Anexo 8

PARA SER LLENADO POR QUIEN LEVANTA LA SOLICITUD DE MEJORA

| | | | | | | | |
|------------------|----------------------------------------------------|----------------------|-------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|
| GENERALES | Folio: 009 | DETECTADO EN: | Auditoría | <input checked="" type="checkbox"/> | TIPO: | | |
| | Requisito Incumplido: 1.4.2. | | Indicador | <input type="checkbox"/> | | Mayor (NC, requiere Investigación) | <input type="checkbox"/> |
| | Fecha: 10 de diciembre del 2024 | | Queja | <input type="checkbox"/> | | Menor (NC, requiere Investigación) | <input type="checkbox"/> |
| | Responsable: Mtra. Alejandra Adame | | Sugerencia | <input type="checkbox"/> | | Observación (CP, no requiere Investigación) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Fecha para Corrección: 10 de diciembre del 2024 | | Encuesta | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Auditor(a) o Quien Reporta: Mtro, Fabian Ruiz Cruz | | Otro: _____ | | | | |

DESCRIPCIÓN de la Solicitud de Mejora:

Observación: documentación con el logotipo

Utilizar el logotipo del Modelo para la Igualdad en todos los documentos que se generen para la implementación del mismo.

PARA SER LLENADO POR EL (LA) RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DE MEJORA

ACCIONES CORRECTIVAS

Integrar en los documentos generados el logotipo distintivo de igualdad.

ACCIONES PREVENTIVAS PARA EVITAR LA OCURRENCIA O LA RECURRENCIA

Generar paquete de imagen institucional de igualdad.

PLAN DE ACCIÓN (describa por pasos las actividades que deben realizarse, los (las) responsables y las fechas de término)

| No. | Actividad | Responsable | Fecha de Término | Cierre de Actividades | |
|-----|------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|
| | | | | Acepta | Rechaza |
| 1. | Entrega en formato digital del logotipo de Igualdad. | Lino García Escobedo | 22 de noviembre del 2024 | X | |
| 2. | Reimpresión de documentos con el logotipo | Katty Anahí Rivera Ramírez | 22 de noviembre del 2024 | X | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre
(Acción Correctiva y/o Preventiva)
Anexo 8

| | | | | | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|---------------|------------------|---------------|
| CAMBIOS A DOCUMENTOS Y/O FORMATOS | Si <input type="checkbox"/> | ELABORA: | Nombre: _____ | AUTORIZA: | Nombre: _____ |
| | No X <input checked="" type="checkbox"/> | | Firma: _____ | | Firma: _____ |
| REVISIÓN de la implementación de Acciones | | | | | |
| Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____ | | | | | |

Fecha de Inicio: / /

Fecha de Término: / /

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| CIERRE de la implementación de Acciones (uso exclusivo del (de la) Auditor(a) o Quien aprueba) | | |
| Nombre: _____ | Mtro. Fabian Ruiz Cruz | Firma: _____ |
| | | Fecha: 18 de febrero del 2025 |

NOTA: Dibujar el diagrama Causa-Efecto, Pareto, Análisis Histórico, Gráfica en el Tiempo, Histograma u otras herramientas usadas para determinar las causas de la No Conformidad o No Conformidad Potencial, en la parte posterior.

Análisis Histórico:

Generación por el área de Informática de membretes y logotipo de la Igualdad.

Reimpresión de Documentos



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre (Acción Correctiva y/o Preventiva) Anexo 8

PARA SER LLENADO POR QUIEN LEVANTA LA SOLICITUD DE MEJORA

| | | | | | | | |
|------------------|----------------------------------------------------|----------------------|-------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| GENERALES | Folio: 010 | DETECTADO EN: | Auditoría | <input checked="" type="checkbox"/> | TIPO: | Mayor | <input type="checkbox"/> |
| | Requisito Incumplido: 1.2.2.2 | | Indicador | <input type="checkbox"/> | | (NC, requiere Investigación) | <input type="checkbox"/> |
| | Fecha: 10 de diciembre del 2024 | | Queja | <input type="checkbox"/> | | Menor | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Responsable: Mtra. Alejandra Adame | | Sugerencia | <input type="checkbox"/> | | (NC, requiere Investigación) | <input type="checkbox"/> |
| | Fecha para Corrección: 10 de diciembre del 2024 | | Encuesta | <input type="checkbox"/> | | Observación | <input type="checkbox"/> |
| | Auditor(a) o Quien Reporta: Mtro, Fabian Ruiz Cruz | | Otro: _____ | | | (CP, no requiere Investigación) | <input type="checkbox"/> |

DESCRIPCIÓN de la Solicitud de Mejora:

Observación Manual del Ente Publico

Generar Manual del Ente Publico donde se señala y establece como se va a dar cumplimiento a cada uno de los requisitos que integra el Modelo, validado por el titular y el Comité.

PARA SER LLENADO POR EL (LA) RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DE MEJORA

ACCIONES CORRECTIVAS

Adecuación del modelo, de acuerdo a las misión, visión y objetivos del CEDEZ.

ACCIONES PREVENTIVAS PARA EVITAR LA OCURRENCIA O LA RECURRENCIA

Estar atentos a las posibles modificaciones y actualizaciones acorde a los lineamiento que emita la Secretaria de las Mujeres, publicados en el periódico oficial de Gobierno del Estado de Zacatecas.

| PLAN DE ACCIÓN (describa por pasos las actividades que deben realizarse, los (las) responsables y las fechas de término) | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|
| No. | Actividad | Responsable | Fecha de Término | Cierre de Actividades | |
| | | | | Acepta | Rechaza |
| 1. | Adecuación al diseño prediseñado del Manual para la implementación del Modelo para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de Zacatecas. | María Amparo Iturriaga Araiza | 03 de Diciembre del 2024 | X | |
| 2. | Lectura y Aprobación en la 2da Sesión de Comité | María Amparo Iturriaga Araiza | 03 de Diciembre del 2024 | X | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |



CONSEJO ESTATAL DE
DESARROLLO
ECONÓMICO DEL
ESTADO DE ZACATECAS



Solicitud de Mejora y Cierre
(Acción Correctiva y/o Preventiva)
Anexo 8

| | | | | | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|---------------|------------------|---------------|
| CAMBIO A DOCUMENTOS Y/O FORMATOS | Si <input type="checkbox"/> | ELABORA: | Nombre: _____ | AUTORIZA: | Nombre: _____ |
| | No X <input checked="" type="checkbox"/> | | Firma: _____ | | Firma: _____ |
| REVISIÓN de la implementación de Acciones | | | | | |
| Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____ | | | | | |

Fecha de Inicio: / /

Fecha de Término: / /

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| CIERRE de la implementación de Acciones (uso exclusivo del (de la) Auditor(a), o Quien aprueba) | | |
| Nombre: _____ | Mtro. Fabian Ruiz Cruz | Firma: _____ |
| | | Fecha: 18 de febrero del 2025 |

NOTA: Dibujar el diagrama Causa-Efecto, Pareto, Análisis Histórico, Gráfica en el Tiempo, Histograma u otras herramientas usadas para determinar las causas de la No Conformidad o No Conformidad Potencial, en la parte posterior.

Análisis Histórico:

Una vez proporcionado el documento digital sobre dicho manual por parte de la Secretaria de las Mujeres, se trabajó en la adecuación e implementación de acuerdo a las funciones del CEDEZ.

Lectura y aprobación del Manual para la implementación del Modelo para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de Zacatecas al celebrarse la 2da sesión ordinaria del Comité en fecha 05 de diciembre del 2024.