

¿QUE ASPECTOS DE LA GESTIÓN DE SU ORGANIZACIÓN REQUIEREN CAMBIOS O MEJORAS?

PARA USO EXCLUSIVO

• COSTOS	• PRODUCCIÓN	• TIEMPOS DE RESPUESTA	• ARTICULACION DE PROCESOS	Folio:	
• PRODUCTIVIDAD	• COMPETITIVIDAD	• FUGA DE RECURSOS	• CLIMA LABORAL	Fecha de recepción:	
• VENTAS O PARTICIPACIÓN MERCADO	• COMPETENCIAS	• CONTROL DE OPERACIONES	• GESTION DE LOS RECURSOS	Rama:	

Datos Generales

Razón Social: _____ **R. F. C.** _____
Ejecutivo de más alto rango: _____ **Cargo:** _____
Rep. gestión institucional _____ **Cargo:** _____
 Rama: Industria Comercio Servicios **Giro:** _____
Años de operación del giro actual: _____ **N° de instalaciones en el País:** _____ **Plantilla de personal:** _____
Dirección: _____
C. P. _____ **Municipio:** _____ **Estado:** _____
Clave Larga distancia: _____ **55 Teléfono (s)** _____ **Fax:** _____
E-mail: _____ **Página en Internet:** _____

REQUERIMIENTOS DEL CLIENTE
NECESIDADES Y OPORTUNIDADES PARA DESPLEGAR MEJORAS MEDIANTE PROCESOS DE CAMBIO PLANEADO

1. ¿Están definidas las responsabilidades, son claras para el personal y se reflejan en los resultados?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2. ¿El personal conoce el negocio y los puntos críticos de su control, reflejado en resultados?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
3. ¿Son claros los deberes, obligaciones y oportunidades en la organización para su crecimiento?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se conoce, aplica y comparte el ciclo de control interno operacional?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
5. ¿Se conoce, comparte y aplica el desarrollo de competencias y la formación del personal?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
6. ¿Se cuenta con un proceso efectivo para atender y resolver las necesidades de los clientes?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se tienen sistemas integrados de gestión que facilite la efectividad en las operaciones?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se cuenta con programas de financiamiento para atender los cambios tecnológicos?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
9. ¿Se practica el involucramiento y participación del personal para la solución de problemas?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se tiene un programa de actualización del personal para incorporar las mejores prácticas del mercado?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
11. ¿Cuenta con prácticas administrativas que le permitan la jerarquización de necesidades y despliegue presupuestal?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
12. ¿Cuenta con indicadores de Gestión ?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

1		4	
2		5	
3		6	

PRINCIPALES CLIENTES O USUARIOS DE LOS SERVICIOS

1	
2	
3	

PRINCIPALES PROVEEDORES

1	
2	
3	

Indique (X) si cuenta con la siguiente información documentada como evidencia de cumplimiento de los resultados del Proceso de Planeación de la Organización alineada al Sistema de la Gestión de la Calidad

1.	Contexto externo del negocio	9.	Análisis FODA Identificación de riesgo de gestión
2.	Contexto interno de la organización	10.	Matriz Análisis de riesgos de gestión
3.	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	11.	Objetivos, metas e infraestructura de Gestión
4.	Visión, Misión	12.	Planificación de los Cambios de Gestión
5.	Principios y Valores / Código de Conducta	13.	Evaluación del Desempeño de Gestión - Cuadro De Mando
6.	Compromiso de la dirección		
7.	Enfoque al Cliente		
8.	Establecimiento de la política integral de gestión		

Describa sus principales Productos/Servicios e Indique el o los procesos utilizados.

PRODUCTO/ SERVICIOS		Procesos
1		
2		
3		

OFICINAS, UNIDADES Y PERSONAL CON EL QUE CUENTA LA ORGANIZACIÓN

NUM. DE OFICINAS, UNIDADES O SUCURSALES DE LA ORGANIZACIÓN: _____

TOTAL de Personal		Especialistas:		Operativos:		Administrativos:				
HORARIO GENERAL	Lun. A Vier,	DE		A		Sábados	DE		A	

INFORMACION COMPLEMENTARIA (Describa su necesidad en términos de la problemática a solucionar)

AUTORIZACIONES	ELABORÓ	REVISÓ	APROBO
FIRMA			
NOMBRE Y PUESTO			