

	CODIGO	R1-POP-04
	REVISIÓN	10
	FECHA	14/12/16
	RETENCION	6 AÑOS

REPORTE DE AUDITORIA

Reporte No: INI-1196/477-000	# Referencia del Cliente: MULE-1196/477-000
Fecha: 30 Agosto del 2018	Nombre y Dirección del cliente: Presidencia Municipal de León Plaza Principal S/N, Centro Histórico, León, Guanajuato C.P. 37000
Elaboró: Claudia López Urbina	Representante del Cliente: Lic. Viridiana Pimentel Sánchez Subdirección

Lic. Viridiana Pimentel Sánchez
Subdirección

Estimado/a:

Enviamos un cordial saludo, de la misma manera aprovecho este medio para hacer de su conocimiento, que se anexa en este documento el reporte de Auditoria Fase 1 y 2 llevado a cabo en su organización bajo la Norma: ISO 9001:2015 / NMX-CC- 9001-IMNC-2015.

Agradecemos profundamente a usted y a su organización el apoyo y cooperación mostrados durante las actividades de auditoria.

Atentamente



Claudia López Urbina
Auditor Líder
Interamericas Standards Services S.C.



REPORTE DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN

INDICE

Sección 1.	Detalles y Alcance de la Auditoria.
Sección 2.	Requisitos no aplicables
Sección 3.	No Conformidades resultantes de la visita Anterior.
Sección 4.	Conformidad y Eficacia del Sistema de Gestión para Fase 1 y Fase 2
Sección 4.1	Capacidad del Sistema de Gestión para cumplir los requisitos aplicables y resultados esperados en Fase 1
Sección 4.2.	Capacidad del Sistema de Gestión para cumplir los requisitos aplicables y resultados esperados en Fase 2
Sección 5.	Resumen de No Conformidades Detectadas
Sección 6.	Confirmación y Conclusiones
Sección 7.	Información sobre la próxima Visita

DISTRIBUCION DEL REPORTE

Organización (copia del reporte de Auditoria)	OK
Líder de Equipo Auditor (Copia del Reporte de Auditoria).	OK
Expediente del Cliente (Original).	OK
Otros (copia del reporte de Auditoria)	N/A

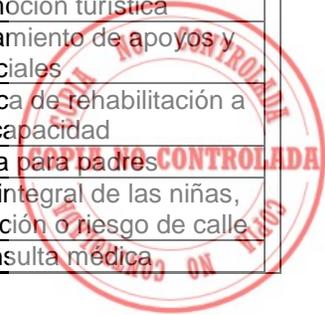
ESTABLECIMIENTO DE CONFIDENCIALIDAD

La información contenida en este reporte es privilegiada y confidencial y es intencionada únicamente para el uso de la organización a la que está dirigida. Si Usted no es el destinatario intencionado, por medio de la presente le notifico que cualquier distribución, copia, revelación o tomar cualquier acción en relación con el contenido de este documento queda estrictamente prohibido y revisar por cualquier otro individuo diferente al intencionado no debe de constituir desistimiento de privilegio. Si Usted ha recibido este reporte por error, por favor notifíquenos inmediatamente y devuélvalo a nosotros.

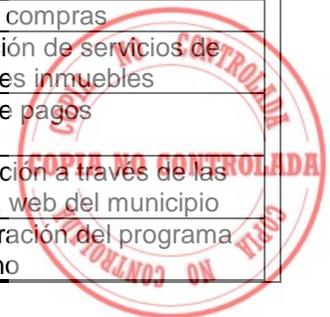
Sección 1: Datos y Alcance de auditoria			
Norma (s) Auditada (equivalencia a la norma mexicana (NMX) en su versión vigente y correspondiente a la acreditación que se otorga)	ISO 9001:2015 / NMX-CC-9001-IMNC-2015	Código NACE	36
Documentación de tipo reglamentario y/o normativo (si aplica)	Requerimientos legales aplicables: El marco normativo de la Presidencia Municipal de León está constituido por: La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Ley Orgánica Municipal para el Estado de Guanajuato Reglamento Interior de la Administración Pública Municipal de León, Guanajuato		
Nombre del Manual	Código	Revisión	Fecha de la Revisión
Manual de Calidad	MC-SGC-01	05	Agosto 2018
Alcance de la certificación (las unidades organizacionales o bien las actividades y los procesos a auditar):			
Servicios públicos de atención al ciudadano en el territorio de competencia del Municipio de León en el Estado de Guanajuato, incluyendo los procesos: Planeación del territorio, Servicios Públicos, Seguridad Pública, Unidades de Enlace, Desarrollo Social, Desarrollo Económico, Medio Ambiente y Espacios Recreativos.			



Proceso	Dependencia	Procedimiento
Planeación del Territorio	Dirección General de Desarrollo Urbano	Procedimiento para el alineamiento y asignación de número oficial
		Procedimiento para permiso de uso de suelo
		Procedimiento para el permiso de construcción
	Instituto Municipal de Vivienda	Procedimiento de escrituración
		Procedimiento de crédito de vivienda
	Tesorería Municipal – Dirección General de Ingresos	Procedimiento de trámite sobre adquisiciones de bienes inmuebles
Servicios Públicos	Dirección General de Movilidad	Procedimiento de aplicación de cuota mínima
		Procedimiento de queja ciudadana
		Procedimiento de diagnóstico preventivo de autobuses de transporte público
	Sistema de Agua Potable y Alcantarillado	Procedimiento de incorporación al sistema de agua potable y alcantarillado a casa habitación
	Fideicomiso de Obras por Cooperación	Procedimiento para la cobranza de la cartera vencida
	Dirección General de Obra Pública	Procedimiento de atención de reportes y quejas ciudadanas de alumbrado público
	Sistema Integral de Aseo Público	Procedimiento para la recolección de residuos del servicios exprés
		Procedimiento para la atención ciudadana
		Procedimiento para la realización de talleres de educación ciudadana
	Seguridad Pública	Dirección General de Sistema de Cómputo, Comando, Comunicaciones y Control C4
Procedimiento de atención pre-hospitalaria vía telefónica		
Procedimiento de atención psicológica vía telefónica		
Dirección General de Protección Civil		Procedimiento de inspección de inmuebles
Dirección General de Tránsito Municipal		Procedimiento de emisión de licencias
Patronato de bomberos de León		Procedimiento de combate a incendios
Unidades de Enlace	Secretaría del H. Ayuntamiento	Procedimiento de solicitudes de mediación
		Procedimiento de expedición de cartas de residencia
	Contraloría Municipal	Procedimiento de atención a quejas y denuncias
	Unidad de transparencia	Procedimiento de solicitud de acceso a la información
		Procedimiento de actualización de la información de los servidores públicos
	Defensoría de oficio	Procedimiento para proporcionar asesoría jurídica
Juzgados Administrativas	Procedimiento de atención al usuario	
Desarrollo Económico	Dirección General de Economía	Procedimiento integración y difusión de bolsa de trabajo
		Procedimiento otorgamiento de apoyos del programa impulso a MIPYMES
	Dirección General de Turismo	Procedimiento de capacitación
		Procedimiento de promoción turística
		Procedimiento para el otorgamiento de apoyos y eventos especiales
Desarrollo Social	DIF León	Procedimiento atención médica de rehabilitación a personas con discapacidad
		Procedimiento escuela para padres
	Dirección General de Salud	Procedimiento de desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes en situación o riesgo de calle
		Procedimiento de consulta médica



	Dirección General de Desarrollo Humano	Procedimiento constitución de comités de colonos
		Procedimiento de atención ciudadana en plazas de la ciudadanía
	Dirección General de Desarrollo Rural	Procedimiento para otorgar apoyos sociales a personas
	Instituto Municipal de las Mujeres	Procedimiento de atención a mujeres en situación de vulnerabilidad
		Procedimiento de talleres y capacitaciones
	Secretaría Particular	Procedimiento de gestión social y apoyos sociales a la población
		Procedimiento de atención ciudadana, personalizada, telefónica y digital
	Instituto Municipal de la Juventud	Procedimiento para el programa lobo
		Procedimiento colectivos juveniles
	Comisión Municipal del Deporte (COMUDE)	Procedimiento desarrollo para escuelas de inicio al deporte
		Procedimiento de participación en el Sistema Nacional de Competencias Deportivas
		Procedimiento Control de uso de instalaciones
	Instituto Cultural de León	Procedimiento de impartición de talleres de educación inicial en las artes
	Dirección General de Educación	Procedimiento de escuela digna
Procedimiento de otorgamiento de becas SUBET León		
Procedimiento de realización de rutas culturales		
Medio Ambiente y Espacios Recreativos	Dirección General de Gestión Ambiental	Procedimiento de inspección
		Procedimiento de mantenimiento de espacios públicos
	Parque Ecológico Metropolitano de León	Procedimiento de atención de visitas en grupo
		Procedimiento de mantenimiento de espacios públicos
Procedimientos de administración del SGC	Dirección General de Desarrollo Institucional	Procedimiento de soporte de software desarrollado internamente
		Procedimiento de soporte de equipo de cómputo
		Procedimiento de evaluación del desempeño
		Procedimiento para la medición y diagnóstico del clima laboral
		Procedimiento de actualización de perfiles y descripciones de puesto
		Procedimiento de capacitación
		Procedimiento de análisis de riesgos
		Procedimiento de comunicación interna
		Procedimiento de percepción ciudadana
		Procedimiento para auditorías internas de calidad
		Revisiones por la dirección
		Procedimiento de acciones correctivas y/o preventivas
		Procedimiento de control de documentos
	Procedimiento de análisis de datos	
	Procedimiento para el producto o servicio no conforme	
	Tesorería Municipal – Dirección General de Servicios Generales y Recursos Materiales	Procedimiento de compras
		Procedimiento de autorización de servicios de mantenimiento a bienes inmuebles
	Tesorería Municipal – Dirección General de Egresos	Procedimiento de pagos
	Comunicación Social	Procedimiento de comunicación a través de las redes sociales en la página web del municipio
Instituto Municipal de Planeación (IMPLAN)	Procedimiento para la elaboración del programa de gobierno	



Tipo de auditoría	INICIAL		SEGUIMIENTO Semestral () Anual ()					RC	TR	OTRO	Conjunta	Combinada	Integrada
	F1	F2	1°	2°	3°	4°	5°	----	----	-----	----	----	----
Duración de auditoría	# de Día (s)		13			Auditor (es)		3					
Fecha(s) y Lugar(es) de Auditoría, (en caso de ser Multisitios favor de indicar todos los sitios auditados, además del sitio principal).	<p>AUDITORIA FASE 1 Fecha: 24 Agosto del 2018.</p> <p>AUDITORIA FASE 2 Fecha: Del 27 al 30 de Agosto del 2018.</p> <p>Sitios auditados: Presidencia Municipal de León Dirección General de Desarrollo Urbano Instituto Municipal de Vivienda Tesorería Municipal Dirección General de Movilidad Sistema de Agua Potable y Alcantarillado Sistema Integral de Aseo Público Dirección General de Cómputo, Comando, Comunicaciones y Control C4 Dirección General de Tránsito Municipal Patronato de Bomberos Secretaría del H. Ayuntamiento Contraloría Municipal Unidad de Transparencia Dirección General de Economía Dirección General de Turismo DIF León Dirección General de Salud Instituto Municipal de las Mujeres Comisión Municipal del Deporte Dirección General de Educación Dirección General de Gestión Ambiental Parque Ecológico Metropolitano de León</p>												

Equipo Auditor	Miembros de auditoría del cliente
Líder de equipo auditor: Claudia López	Adelaida Carolina Megollan Ornelas
Equipo de auditoría: José Ramón Zepeda Elizabeth Carrillo	Xóchitl Barajas González Gema Edith García Macías Viridiana Pimentel Sánchez Carlos Enrique Pimentel Faes
Experto Técnico: Claudia López	
Observadores: -----	
Traductores/Intérpretes: -----	Entre otros de acuerdo con las dependencias auditadas

Propósito y alcance de la Auditoría	Evaluar la conformidad, documentación, implementación y efectividad del Sistema de Gestión de la Organización para cumplir con los requerimientos del estándar auditado.
Cobertura de la Auditoría	Las actividades de la Auditoría cubrieron toda la organización y sus diferentes procesos de acuerdo al plan de auditoría y en base a un proceso de muestreo de la información disponible



Objetivos de Auditoria	<p>La determinación de la conformidad del sistema de gestión o de partes de dicho sistema, con los criterios de auditoría; incluyendo los definidos por el cliente.</p> <p>La evaluación de la capacidad del sistema de gestión para asegurar que se cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables; y cualquier otro al que la organización se encuentre suscrita.</p> <p>La evaluación de la eficacia del sistema de gestión para asegurar que se cumple continuamente sus objetivos especificados; así como la toma de acciones. Cuando corresponda, la identificación de las áreas de mejora potencial del sistema de gestión.</p>
Criterios de Auditoria	Confirmar información de acuerdo al plan de Auditoria

Reunión de Apertura	En la reunión de apertura fue explicado alcance y método para realizar la auditoría, registrando a los asistentes de acuerdo a los requerimientos establecidos por Intera.
Reunión de Cierre	En la reunión de cierre, se dio a conocer el resultado de la auditoria registrando a los asistentes de acuerdo a los requerimientos internos de Intera.

Sección 2: Requisitos no aplicables	
Requisitos no aplicables	Justificación
8.3 Diseño y Desarrollo	Debido a que los servicios de la administración municipal se encuentran definidos en el programa de gobierno vigente y se encuentran reglamentados desde los códigos y normatividades aplicables en cada caso.

Sección 3: Estado de las No conformidades resultantes de la visita anterior. Indicar una breve descripción sobre la evidencia mostrada y su estado:

Hallazgos de Auditoria		
Número y fecha de la no conformidad	Evidencia	Estado
-----	-----	-----

Sección 4.- Conformidad y Eficacia del Sistema de Gestión para Fase 1 y Fase 2

Sección 4.1.- Capacidad del Sistema de Gestión para cumplir los requisitos aplicables y resultados esperados en Fase 1

Documentación del sistema de gestión del cliente
<p><u>Se cuenta con un mapa de procesos en donde se identifican 7 procesos clave y 10 procesos de apoyo; se muestra la secuencia e interrelación así como las entradas y salidas de forma general considerando las necesidades de las partes interesadas.</u></p>
<p><u>La documentación está integrada por un Manual de Calidad, Procesos, Procedimientos, Lineamientos, Instructivos y Formatos.</u></p>
<p><u>Dentro de cada uno de los procedimientos, se cuenta con un anexo en donde se definen los riesgos, indicadores y salidas no conformes.</u></p>
<p>Ubicación y condiciones específicas del sitio del cliente y determinación del estado de preparación para la Auditoria de la etapa 2;</p>



Al ser los sitios del cliente lugares de considerable distancia entre algunos de ellos, será necesario integrar la agenda para etapa 2 siguiendo una secuencia que favorezca los tiempos en sitio y traslado.

Estado y grado de comprensión de los requisitos de la norma, en particular en lo que concierne a la identificación de aspectos clave o significativos del desempeño procesos, objetivos y funcionamiento del sistema de gestión,

Se observa que se cuenta con un adecuado conocimiento, aplicación y comprensión en general de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015.

Se cuenta con un plan de gobierno 2015 – 2018, el que actualmente rige las actividades de la administración que fue integrado a partir de la identificación de las necesidades de las partes interesadas, el análisis FODA y el plan 2040 de Desarrollo.

Se cuenta con un procedimiento para el análisis de riesgos PR-SGC/M-15 Rev. 01 en donde se establece la metodología para llevar a cabo el análisis de riesgos. Dentro del Tablero de seguimiento del Programa de Trabajo de Administración de Riesgos, se establecen los riesgos identificados, las medidas de control y los responsables de su cumplimiento.

De forma general se observa una estructura consistente con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

Información necesaria correspondiente al alcance del sistema de gestión, a los procesos y equipos empleados y a las ubicaciones de la organización cliente, niveles de controles establecidos (incluyendo clientes multisitio) así como a los aspectos legales y reglamentarios relacionados y su cumplimiento (por ejemplo, aspectos de calidad, ambientales, legales del funcionamiento de la organización cliente, los riesgos asociados, etc.);

Se establece como alcance del sistema de gestión de calidad el declarado en la sección 1 de éste reporte, de acuerdo con lo documentado dentro del Manual de Calidad, el alcance incluye 1500 funcionarios.

Dentro del Manual de Calidad se establece la no aplicabilidad del requisito:

8.3 Diseño y Desarrollo de productos y servicios debido a que los servicios de la Administración Municipal se encuentran definidos dentro del programa de gobierno vigente.

En relación con los aspectos normativos de la Presidencia Municipal de León se encuentran :

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Ley Orgánica Municipal para el Estado de Guanajuato

Reglamento Interior de la Administración Pública Municipal de León, Guanajuato

Los riesgos relacionados con los procedimientos, se encuentran relacionados dentro de cada uno de los procedimientos así como las medidas de control para atenderlos, así como los indicadores y mediciones de cada uno.

Asignación de recursos para la Auditoría de la etapa 2 y acordar con el cliente los detalles de la Auditoría de la etapa 2;

Se programa con el cliente la visita para la fase 2 para los días 27, 28, 29 y 30 de Agosto del 2018.

Enfoque de planificación de la Auditoría de la etapa 2, obteniendo una comprensión suficiente del sistema de gestión del cliente y de las operaciones del sitio en el contexto de la norma del sistema de gestión aplicable u otros documentos normativos.

Las actividades que delimitan el alcance del SGC de la Presidencia Municipal son las desprendidas del programa de gobierno 2015 -2018, el cual cuenta con 5 ejes, 26 objetivos 62 estrategias y 185 programas.

Dentro de los procesos clave se identifican:



Proceso de planeación del territorio, - Servicios de infraestructura urbana
 Proceso de servicios públicos – Servicios que se ofertan a la ciudadanía
 Proceso de seguridad pública- Servicios de seguridad ciudadana
 Proceso de unidades de enlace – Servicios de régimen Interior
 Proceso de desarrollo económico – Servicios de Desarrollo Económico
 Proceso de desarrollo social- Servicios de gestión social
 Proceso de ambiente y espacios recreativos – Servicios de Gestión Ambiental

Para cada uno de esos procesos, se especifican los procedimientos aplicables

El sistema de gestión cuenta con un documento rector: Manual de Calidad así como procedimientos, instrucciones entre otros.

La estructura del Sistema de Gestión de Calidad es de forma general consistente con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015.

Auditorías internas y la revisión por la dirección se planifican y realizan, y si el nivel de implementación del sistema de gestión confirma que la organización cliente está preparada para la Auditoría de la etapa 2.

Se cuenta con un programa anual de auditorias internas FO-SGC-06, en el que se establece la periodicidad en la que se realizarán las mismas (Mayo y Noviembre)

Se realizó la auditoria de Mayo teniendo como resultado 9 No conformidades y 5 oportunidades de mejora

Se generaron 9 Acciones Correctivas para atender las no conformidades.

La última revisión por la dirección se llevó a cabo el 17 de Agosto del 2018 en donde se incluyeron y revisaron todos los elementos de éste requisito.

Nota: En caso de no alcanzarse los objetivos específicos de la Fase 1, se podrá aplazar o cancelar la Auditoria Fase 2 de acuerdo a la conclusión del presente reporte.

Oportunidades de Mejora	
Descripción	Cláusula
-----	-----

Sección 4.2.- Capacidad del Sistema de Gestión para cumplir los requisitos aplicables y resultados esperados en Fase 2

Contexto de la Organización

a) Contexto de la organización / Necesidades y expectativas de partes interesadas:

Se cuenta con procedimiento para la elaboración de programa de gobierno PR-SGC-M-11 Rev. 02, en donde se establecen las actividades para la realización del programa de gobierno con fecha de liberación de 26 de Abril del 2018. Para los planes y programas de la administración 2015 -2018, se tomó como base el análisis de las partes interesadas y se generan el plan municipal de desarrollo el que se encuentra publicado en la página del IMPLAN : https://www.implan.gob.mx/downloads/Programa_de_Gobierno_2015_2018.pdf

Se muestra programa de gobierno 2015-2018 en donde se establece el enfoque hacia 5 líneas estratégicas de gobierno, las que parten de las necesidades identificadas en la consulta ciudadana: Seguridad ciudadana, inclusión al desarrollo, desarrollo económico y competitividad, desarrollo ordenado y sustentable e innovación y buena gobernanza.

Derivado de las necesidades identificadas e información recabada, se desarrolló el plan municipal y los programas y proyectos estratégicos del PMD de corto plazo, que se implementaron en el programa de gobierno 2015-2018. Dentro del programa de gobierno, se establecen las actividades, responsables y temporalidad de



cumplimiento.

El establecimiento de la política y de los objetivos, toma como base el plan municipal de gobierno.

Para la elaboración del programa de gobierno 2018 – 2021, se muestra cronograma de trabajo en donde se establecen las actividades para su desarrollo, entre ellas, integración de proyectos estratégicos, integración de iniciativas de campaña, reuniones con dependencias y entidades, ratificación y complemento y proyectos estratégicos de corto plazo, elaboración de programas de gobierno.

Se muestra evidencia del análisis de las iniciativas de campaña, propuestas del sector social y privado, tales como: Universidades, Observatorios, Cámaras empresariales, ONG's, entre otros.

El análisis de las necesidades de partes interesadas se presenta dentro del Manual de Calidad MC-SGC-01 Rev. 04

b) Procesos y alcance del Sistema de Gestión:

Dentro del Manual de Calidad MC-SGC-01 Rev. 04 se establece el alcance del Sistema de Gestión:

Servicios públicos de atención al ciudadano en el territorio de competencia del Municipio de León en el Estado de Guanajuato, incluyendo los siguientes rubros: Planeación del Territorio, Servicios Públicos, Seguridad Pública, Unidades de Enlace, Desarrollo Social, Desarrollo Económico, Medio Ambiente y Espacios Recreativos. Con el desglose de cada uno de los procedimientos aplicables por dependencia.

Para el sistema de gestión de calidad se han identificado procesos 7 procesos clave y 10 procesos de apoyo.

Dentro del mapa de procesos se muestra la secuencia e interrelación de los procesos así como las entradas y salidas de forma general considerando las necesidades de las partes interesadas con la intención de establecer las acciones que permitan la satisfacción de las mismas.

Se determina como no aplicable el requisito 8.3 Diseño y Desarrollo de productos y/o servicios.

Liderazgo

Las actividades de liderazgo, se documenta dentro del Manual de Calidad Revisión 04 del 19 de Julio del 2018.

La revisión de la efectividad del Sistema de Gestión, se establece a través del instructivo de revisión por la dirección, IN-SGC-01 Rev. 03.

La rendición de cuentas se realiza 2 veces al año

La alta dirección se encuentra representada por Director General de Desarrollo Institucional, C.P. Enrique Rodrigo Sosa Campos.

La asignación de autoridades y responsabilidades se establecen en la Matriz de responsabilidades anexo del Manual de Calidad, en donde se establecen los requisitos del SGC y los responsables del cumplimiento.

Para cada uno de los enlaces se cuenta con asignación por parte de las dependencias, se muestra evidencia de oficio de fecha 11 Enero del 2018 DGDI/DMA/0012/2018, dirigido a J. Jesús Cruz Pérez Páramo Director de Defensoría de Oficio en Materia Administrativa en donde se solicita la asignación de enlace para el Sistema de Gestión para la dependencia. La solicitud está firmada por C.P. Enrique Rodrigo Sosa Campos, Director General de Desarrollo Institucional.

La promoción del enfoque basado en procesos así como el pensamiento basado en riesgos, se realiza a través de la comunicación interna.

Se muestra evidencia de correos electrónicos: 2 de Agosto, Alcance del sistema, Enfoque al cliente 09 de Agosto del 2018, Beneficios del SGC del 21 de Junio, Como contribuir al SGC del 18 de Abril, Requisitos de norma del 21 de Junio, enviados a través del correo institucional: sgcalidad@leon.gob.mx.



Planificación Calidad

a) Riesgos y oportunidades

Se cuenta con el procedimiento de análisis de riesgos PR-SGC/M-15 Rev. 00 en donde se establecen las actividades para llevar a cabo el análisis de riesgos, el cual es realizado por cada una de las dependencias y por cada procedimiento. Dentro del procedimiento se establecen los criterios para la evaluación del riesgo, probabilidad de ocurrencia y el impacto, así como la calificación de riesgos (Riesgos de seguimiento y riesgo controlado / Zona admisible de riesgos) y Riesgo de atención inmediata y riesgo de atención periódica como zona no admisible de riesgos.

Se cuenta con el concentrado Tablero de seguimiento del programa de la administración de riesgos (PTAR) en donde se vacía la información del Anexo C, la clasificación del riesgo (interno, externo) así como la probabilidad de ocurrencia y el impacto. Actualmente se identifican 107 riesgos de los cuales 53 son considerados controlados, 27 de seguimiento, 14 de atención periódica y 13 de atención inmediata.

El análisis de los riesgos para las actividades operativas se realiza por procedimientos por parte de cada dependencia, se muestra evidencia el procedimiento para la recolección de residuos del servicio exprés PR-SIAP/DLRT-001, en donde en el Anexo C se establecen el riesgo de falta de conocimiento del servicio exprés por parte del ciudadano, analizado conforme al procedimiento.

Dentro del Anexo E de cada procedimiento se identifican las oportunidades a través del análisis FODA.

Si bien identifican riesgos y sus acciones, existen otros riesgos no considerados, que aunque realizan acciones para contenerlos, no los tienen registrados. **(VER AREA DE OPORTUNIDAD)**

Ejemplos:

Sapal: No contar con información real del contacto que demore la instalación del servicio.

Desarrollo Económico: Información o evidencias no fidedignas para obtener el recurso.

Parque Metropolitano: Extravío o incidentes de visitantes de los grupos.

Turismo: Comprobación del recurso.

b) Política de Calidad

La política de calidad se presentó en la revisión por la dirección del mes Febrero del 2018 y se refrenda en la revisión por la dirección el 15 de Junio del 2018.

Se muestra evidencia de la revisión con el refrendo de la política y los objetivos de calidad, en el apartado de acuerdos, quedando:

“ Mejorar los servicios que recibe la ciudadanía mediante la planeación integral, multidisciplinaria y transversal, en miras de transformar a nuestra entidad en una ciudad abierta integradora y participativa fomentando la cultura de localidad y la mejora continua en los procesos de la administración pública municipal”

Se mantiene como información documentada desde el Manual del SGC.

La comunicación de la política de calidad y objetivos, se realiza a través de correos y ayudas visuales, se aplica cuestionario de evaluación de conocimiento de la política y objetivos de calidad la que se envió vía correo electrónico. El resultado de la aplicación se plasma en la evaluación de conocimiento de la política de calidad y objetivos del SGC FO-SGC-DGDI/DMA-SSGC-10.

c) Objetivos y metas de calidad

Los objetivos de calidad son:

- 1.- Aumenta la satisfacción al ciudadano
- 2.- Fortalecimiento de competencias del personal
- 3.- Solución oportuna de quejas de los usuarios
- 4.- Tiempo de atención a servicios y trámites
- 5.- Satisfacción laboral del servidor público

La medición de los objetivos se realiza con base en el procedimiento de análisis de datos PR-SGC/M-12 Rev. 03. La medición de los objetivos se realiza de forma anual con tres cortes periódicos, reportado el cumplimiento en la revisión por la dirección.



Se muestra evidencia de la revisión por la dirección del 17 de Agosto del 2018 en donde se revisó el cumplimiento de los mismos.

Las mediciones del cumplimiento del plan de gobierno y de los objetivos del Sistema de Gestión podría facilitar el seguimiento si se alinean y unifican. **(VER AREA DE OPORTUNIDAD)**

d) Planificación de cambios y acciones para el logro de objetivos y programas de calidad

Para los cambios dentro del sistema de gestión se establece dentro del Manual de Calidad MC-SGC-01 Rev. 04 de 19 de Julio del 2018 que éstos son administrados desde la revisión por la dirección.

La Alta Dirección se asegura de que la integridad del Sistema de Gestión de Calidad se conserve cuando se planeen e implementen cambios. En caso que se requiera hacer cambios al Sistema de Gestión de Calidad, que pudieran afectar la integridad del mismo, se genera un Plan de Acción antes de implementarlos.

Los cambios en el Sistema de Gestión de Calidad deben ser autorizados por la Dirección, y deben realizarse en forma planificada. La Dirección aprobará o no el cambio. Para aprobarlo, deberá asegurarse de la integridad del Sistema de Gestión de Calidad luego de la aplicación del cambio, dispondrá los recursos necesarios y, de ser necesario, asignará o reasignará las responsabilidades y autoridades que correspondan.

Aun cuando se establecen los objetivos de calidad y se realiza la medición de los mismos, no se cuenta con la planificación de las acciones a realizar, los recursos necesarios, el responsable ni el tiempo de finalización tal como lo establece el estándar. **(VER NO CONFORMIDAD)**

Para los cambios dentro del sistema de gestión se establece dentro del Manual de Calidad MC-SGC-01 Rev. 04 de 19 de Julio del 2018 que éstos son administrados desde la revisión por la dirección, podría fortalecerse el proceso de la implementación de cambios al sistema de gestión, si se estableciera un mecanismo más específico para la administración de los mismos. **(VER AREA DE OPORTUNIDAD)**

Planificación Ambiental

- a) Riesgos y oportunidades
- b) Política Ambiental
- c) Aspectos ambientales
- d) Objetivos y Metas ambientales
- e) Cumplimiento de programas ambientales
- f) Preparación y respuesta ante emergencias
- g) Requisitos legales y otros requisitos (cumplimiento legal)

Apoyo

a) Personas, competencia y toma de conciencia

Se cuenta con procedimiento de actualización de perfiles y descripciones de puestos PR-DGDI/DMA-SE-01 Rev. 0 en el que se establecen los pasos para la actualización de perfiles

Se toma como muestra 1:

El perfil y descripción de puesto de psicólogo de la dependencia de seguridad pública:

Edgardo Ortega Granados empleado 19197 atención telefónica de apoyo psicológico

Dentro del perfil de puestos marca que las competencias institucionales son :

Vocación de servicio
Eficiencia
Honradez
Respeto
Compromiso
Honestidad
Servicio Público Municipal

Se muestra evidencia de la aplicación de baterías psicométricas aplicadas



Muestra 2:

Perfil : Telefonista pre hospitalario:

Erick Domingo Moreno Salazar empleado 23433 atención telefónica pre hospitalario

Se muestra evidencia de la autorización de los perfiles por parte del Director General del C4

Para la selección se establecen las actividades de reclutamiento y selección en el Procedimiento de selección de personal PR-DGDI/DAP-SP-01 Rev. 03 de fecha 15 de Agosto del 2018.

Se genera el folio para la solicitud por medio de la dependencia, se genera el primer contacto con el candidato a través de forma telefónica.

Se define el tipo de movimiento a realizar: nuevo ingreso, reingreso, ascenso o cambio de adscripción.

Muestra 3:

Analista Técnico / Analista administrativo

Perfil de ingreso: Nivel medio superior o superior: Se muestra evidencia de certificado de preparatoria 1993 / Evidencia de técnico en urgencias médicas nivel básico de fecha 18 Febrero 2018.

Software : Office:

Experiencia: 1 año de actividades en atención de emergencias: Se muestra evidencia de carta de Cruz Roja avalando su trabajo como paramédico desde Mayo del 2018 a Julio del 2018.

Software Office: Se muestra evaluación general de conocimientos en office, con calificación de 87.50

Se muestra evidencia de correo con invitación a curso de inducción de fecha 27 de Agosto del 2018, se les envía a los coordinadores administrativos a realizarse el 31 de Agosto del 2018, dentro de la convocatoria se incluye a Bambila Banda Georgina No. empleado 25433.

Se muestra perfil de psicólogo, en donde se establecen las habilidades en organización en el trabajo, expresión oral y escrita, elaboración de reportes y como conductas discreción, sin que pueda mostrarse evidencia de su cumplimiento ni de las acciones tomadas para cumplir con la competencia.

Aun cuando llevan a cabo actividades de selección, inducción y capacitación y evaluación del desempeño, no es posible mostrar evidencia de que las competencias técnicas ni específicas definidas dentro del perfil de puestos **(VER NO CONFORMIDAD)**.

b) Infraestructura y ambiente

Para las actividades de soporte de equipo de cómputo se realizan con el procedimiento para soporte de equipo de cómputo PR-DGDI/DT-002 Rev. 02 de Abril del 2017.

Las actividades de soporte, incluye la configuración de impresoras, computadoras.

Para la realización de mantenimientos correctivos, a través del sistema de integral de soporte, a través de folios registrando el número de empleado, nombre, dependencia, dirección, teléfono y extensión así como la descripción de la petición.

Se muestra evidencia del 16 de Julio del 2018:

Folio 1428

16 de Julio del 2018

Usuario: Mario Alberto Tavares Delgado

Horario: 13.27 hrs.

Reporte: Configuración del sistema Oracle

Atención: Jorge Moreno

Solución: Apoyo a la modificación el nombre del lote de facturas.

Finalizado el 20 de Julio del 2018

Para las actividades de mantenimiento de software, se cuenta con procedimiento para soporte de software desarrollado internamente PR-DGDI/DTI-001 Rev. 02

Los mantenimientos preventivos del hardware se realiza a través de un tercero: Consultores Especializados e



Ingeniería en Sistemas S.C. y proporciona el plan anual de mantenimiento, se realizan dos mantenimientos preventivos por equipo al año.

Se muestra planeación de mantenimiento preventivo de equipos por dependencia, generado por el proveedor. Se encuentra programado para el mes de Abril el mantenimiento del equipo de cómputo de Dirección General de Policía Municipal Delegación Poniente y se muestra evidencia de su ejecución:

Formato de reporte servicio preventivo de fecha 02 al 06 de Abril del 2018, en donde se establece el área, tipo de equipo, marca, modelo, serie, no. de control de inventario, observaciones y nombre del empleado de verificación por cada equipo. El reporte general es firmado por José Israel Navarro y sellado por la dependencia.

Se programó para el mes de Junio el Instituto de la Juventud y se muestra evidencia de Formato de reporte de fecha 26 de junio del 2018. Como encargado de dependencia firma de conformidad Lic. Ian Osuna.

El procedimiento para la administración de los mantenimiento de los inmuebles se realiza a través del Procedimiento de autorización de servicios de mantenimiento a bienes inmuebles a varias dependencias municipales PR-TM/DGRMYSG-02 Rev. 02.

Los mantenimientos preventivos se registran a través de folios, dentro del formulario de google docs vinculado a presidencia.

Existen trabajos de mantenimiento preventivo que se realiza a través de terceros. Se muestra evidencia de los folios generados para el mes de Julio del 2018 un total de 215 de los cuales se atendió el 100 %. Se utiliza un semáforo que marca los días transcurrido desde que se levanta el folio hasta su atención siendo 3 el número máximo de días.

Se muestra folio 522 levantado por Dirección de Ingresos en donde se solicita la reparación del porta teclado del módulo en cajas de Centro Max solicitado el 03 de Julio del 2018 a las 12:42 hrs.

Se realizó la asignación al proveedor Ignacio Alberto Ramírez Acevedo.

Dentro del procedimiento de autorización de servicios de mantenimiento a bienes inmuebles a varias dependencias municipales, se establece que la asignación de solicitudes de servicio, se realiza a través de invitación a cotizar a los proveedores, la elaboración de expediente y la elaboración de un cuadro comparativo, sin embargo para el folio 522 asignado al proveedor Alberto Ramírez Acevedo, no es posible mostrar evidencia de que se hayan llevado a cabo éstas actividades. **(VER NO CONFORMIDAD)**

Se aplica el procedimiento para la medición y diagnóstico de clima laboral PR-DGDI/DMA-SEI-02 Rev. 02 del 12 de Julio del 2018, en donde se establecen las actividades de la evaluación se aplica de manera anual aplicándose en Julio del 2018 3600 encuestas.

Los factores que se evalúan son: Liderazgo, creatividad, innovación y mejora, satisfacción del cliente, comunicación organizacional, trabajo colaborativo, liderazgos, energía para el cambio, delegación y empowerment, condiciones de seguridad y salud, entorno laboral, procesos organizacionales y calidad, toma de decisiones y asertividad, conocimiento de la organización, enfoque sistémico, autoobservación y cambio interior, capacitación y desarrollo, evaluación del desempeño, compensaciones, efectividad de estímulos y recompensas, identidad y pertenencia y plan de vida y carrera.

Se muestra programa de trabajo 2018 de la subdirección de evaluación institucional en donde se establecen los periodos de aplicación en los meses de Julio y Agosto, el periodo de elaboración y entrega de diagnósticos de Agosto a segunda semana de Noviembre y la solicitud de planes de acción de mejora en el mes de Noviembre.

Dependencias descentralizadas

Se realiza a través del Instructivo para realizar el clima laboral IN-SGC-02 Rev. 01 de fecha 06 de Agosto del 2018.

De acuerdo a los resultados observados, se muestra:

Dependencias que aplican el instrumento de medición proporcionado por Dirección de Desarrollo Institucional:

Sistema Integral de Aseo Público 8.70

Fideicomiso de Obras por Cooperación: 8.80

Instituto Municipal de las Mujeres: 8.70



Instituto Municipal de la Juventud: 8.10
Parque Metropolitano de León: 7.3

De las dependencias que aplican su propio instrumento:

Patronato de Bomberos: 7.67

IMPLAN: 9.3

COMUDE: 8.8

SAPAL: 7.10

DIF: 8.10

De acuerdo al procedimiento les es solicitada a las dependencias el plan de acción en caso de que la calificación sea menor a 8.

Los ítems considerados para evaluación son:

Claridad de los objetivos

Nivel de comunicación interna

Calidad del trabajo en equipo

Eficacia del estilo de liderazgo

Condiciones generales y particulares del trabajo

Oportunidades de carrera o de promoción interna

Políticas de compensación y retribución.

Se muestra que los ítems aplicados por Bomberos son :

Organización

Mando Inmediato

Compañerismo

Orgullo y Lealtad

Trato digno

Áreas

Se muestra evidencia de la aplicación de encuestas de clima organizacional para dependencias descentralizadas (Bomberos, IMPLAN, SAPAL, COMUDE, DIF) , sin embargo, aun cuando se realiza el análisis de los resultados, los ítems evaluados no coinciden

El análisis del clima laboral así como las acciones podrían mejorarse si se unificara la aplicación de la evaluación de los mismos ITEMS en todas las dependencias. **(VER AREA DE OPORTUNIDAD)**

c) Comunicación

Se cuenta con el procedimiento de comunicación interna PR-SGC/M-13 Rev. 07, dentro del que se establece la comunicación de la Administración del SGC,

Se muestra Tabla de comunicación FO-SGC-DMA/SSGC-11, en donde se plasma el cómo y que se va a comunicar quien lo comunica, que se va a comunicar y cuando se va a comunicar.

Se muestra evidencia de la comunicación vía correo electrónico a los enlaces sobre los resultados de la evaluación de percepción ciudadana de fecha el 24 de Agosto del 2018, de acuerdo con lo establecido en la tabla de comunicación.

Se muestra evidencia de la difusión de información del sistema de gestión de calidad a través de correos electrónicos: Beneficios de una mejora en el desempeño, enfoque al cliente, alcance del sistema de gestión, aportación a los objetivos de calidad, pensamiento basado en riesgos, enfoque basado en procesos del mes de Agosto.

Enviados todos por Luz Elena García Martínez a todo el personal del IMPLAN.

COMUNICACIÓN SOCIAL

Se muestra procedimiento de comunicación a través de las redes sociales y en la página WEB del municipio. PR-DGCS/DAI-07 Rev. 2



Se muestra evidencia del envío de texto de mensaje para líderes de opinión de Enrique Contreras Director de información y prensa del municipio, para su evaluación vía Whatsapp lunes 27 de Agosto del 2018.

Se realizó la edición y se envió el documento modificado vía whatsapp a la Dirección de imagen en atención a Francisco Baeza para que se realizara el documento del diseño de documentos. Se muestra evidencia de las diferentes propuestas presentadas y el documento final sobre el tema de Compra de Botas Tácticas enviadas por correo electrónico.

Se muestra evidencia del envío del boletín de líderes de opinión el día 27 de Agosto del 2018 a través correo electrónico, WhatsApp, la publicación en redes sociales del boletín

Se envió de la misma forma al boletín informativo entérate enviado a todos los empleados del municipio con la misma información.

d) Información documentada

Muestra procedimiento para el control de documentos y registros PR-SGC/M-01 rev 03, en el que establece:

- a) Propósito (sección 1);
- b) Alcance (sección 2);
- c) Políticas de operación (sección 3) como el sellado con la leyenda "documento controlado" de los documentos originales; resguardo de originales y en la web; documentos de origen externo por nombre, ejemplo: Norma ISO 9001:2015; Listas maestras de control de registros y documentos internos y externos FO-SGC-03; resguardo ordenado y evitar tachaduras; Codificación, ejemplo PR- Procedimiento, SGC pertenece al sistema de gestión de Calidad / M documento maestro , 01- Consecutivo, muestran "Lineamientos para la elaboración y actualización de manuales de procesos y procedimientos de la administración pública" LI-DGDI-DMA-01 rev 02; solicitud de control de cambios FO-SGC-DGDI/DMA-01, ejemplo del 23.01.2018 del PR-SGC/M-01 rev 02 y del PR-SSP/DGC4-03 del 25.06.18 rev 3 e identificación de obsoletos respectivos; Sello de documento original en los procedimientos mencionados y sellado como copia controlada, ejemplo: anexo C PR-DGDI-DMA-SE-01.
- d) Descripción del procedimiento (sección 4) en la que menciona el el envío de la solicitud de control de cambios, ejemplo correo del 18.07.18 de Sría. del H. Ayuntamiento, del procedimiento de expedición de constancias de referencia PR-SHA-01 "Procedimiento de expedición de constancias de residencia" solicitando cambio a revisión 3; así como firma de entrega de documento en "bitácora de control" FO-SGC-04 identificando la firma del ejemplo: PR-SHA-01 del 25.07.18 rev. 3; sello y registro en "Listas maestras de control de registros y documentos internos y externos" FO-SGC-03 rev 02; difusión en página web; registro en "bitácora de control" de copia controlada FO-SGC-04, ejemplo anexo a del PR-DGDI/DMA-SE-01 en su versión 1 del 19.04.18.
- e) Diagrama de flujo (sección 5)
- f) Documentos de referencia (sección 6) ejemplo Manual de Calidad y Norma ISO 9001:2015 para el PR-SGC/M-01
- g) Registros (sección 6) ejemplo: Lista maestra FO-SGC-03, Control de cambios FO-SGC-DGDI/DMA-01 y Bitácora de control FO-SGC-04.
- h) Glosario (sección 8) ejemplo definición de documento controlado, documento externo y documento obsoleto.
- i) Anexos (sección 9) ejemplo PR-SGC/M-01 muestra los tres registros: Lista maestra FO-SGC-03, Control de cambios FO-SGC-DGDI/DMA-01 y Bitácora de control FO-SGC-04.
- j) Cambios de versión (sección 10) Ejemplo: Describe el cambio de las revisiones del PR-SGC/M-01 desde la 0 hasta la 3.
- k) Control de emisión con firmas de elaboró, revisó y autorizó con nombres, puestos, firmas y fechas.

Muestra Anexo A "Ficha de medición" ejemplo clave 001-DGDI/SGC.

Muestra Anexo C "Análisis de riesgos" ejemplo de los identificados en el PR-SGC/M-01: documentos con otra versión diferente a la vigente.

Muestra Anexo E Análisis FODA Describe:

- 1. entradas para el desarrollo del procedimiento como reglamento interior de la administración pública municipal de León, Gto., Programa de Gobierno
- 2. salidas como Bitácora de control de documentos, medición del indicador y lista maestra de documentos.

Se identifica control de cambios rev 04 del Procedimiento de atención psicológica vía telefónica PR-SSP/DGC4-



03, describen justificación de que se agregan documentos de referencia, ajuste en el flujo y modificación de anexos.

Control Operacional

a) Requisitos para los servicios

Cuenta con un procedimiento PR-DGDU/DZ-02 "permiso de construcción" que indica la solicitud del trámite mediante los requisitos definidos en el R-09.

Muestra trámite: Permiso de construcción de nave industrial de la zona norte con cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Llenado del "formato único de solicitud" FO-SGC-DGDU-01 modalidad para uso no habitacional firmado por solicitante María Eugenia Pineda, del 18.05.18.0
2. Permiso de uso de suelo 44-8550 incluye información de escritura #7961 y para otorgarse se requirió identificación oficial por lo que no se vuelve a solicitar.
3. Cuenta predial 02G023357001, clave catastral 08-020-023-019-000
4. Normativa vigente de acuerdo al código reglamentario de Desarrollo Urbano para el municipio de León los cuales se muestran en el permiso de uso de suelo como número de cajones de estacionamiento, coeficiente de ocupación, número de niveles permitidos, etc.
5. Dictamen y autorización de impacto dentro del permiso de uso de suelo
6. Planos firmados por propietario, DRO (Director responsable de obra) y corresponsable arquitectónico, registro 1-323D-A, codificado por el ciudadano como ARQ-01, ARQ-02 y ARQ-03
7. Memoria arquitectónica firmada por DRO.
8. 13 Planos estructurales denominados por el ciudadano ES-01 al ES-013.
9. Memoria de cálculo estructural firmada por DRO registro 2-545 y estructurista registro 1-268D-E.

Muestra rubrica de revisión por parte del "profesionista" Hugo Alejandro García Canales para asegurar la información, registro de asignación en bitácora zona norte.

Muestran los requisitos al alcance del ciudadano en su página: www.imuvileon.gob.mx/jm/index.php/2013-11-01-00-36-23

b) Diseño y Desarrollo

En el alcance contemplan procedimientos para proporcionar productos y servicios municipales de atención al ciudadano, en los cuales no realizan actividades de diseño y desarrollo ya que lo servicios están definidos en el programa de gobierno.

c) Producción y prestación del servicio

Controlan las operaciones de acuerdo a procedimientos; ejemplo: procedimiento para la recolección de residuos del servicio exprés PR-SIAP/DLRT-001 rev 03 en el que reciben la "solicitud de servicio express" FO-SIAP-15, muestran los ejemplos clasificados por sector, capturada en base de datos FO-SIAP-03, registrada en "bitácora de servicio" FO-SIAP-02 y firmadas de aceptación :

1. Muestran identificación y trazabilidad mediante folio de rastreo muestra 1 # 2438 del 01.06.18 de Lorena Martínez, sector express 2 (perro muerto).
2. Muestra 2 # 3652 del 05.07.18 del de Ma. Dolores, sector (perro muerto)
3. Muestra 3 # 4638 del 27.08.18 de Israel / Maria del Socorro sector express 3 (perro muerto).

Muestra boleta de báscula Folio A961226 del 27.08.18 y captura en FO-SIAP-04 "control de boletas de báscula" y archiva en FO-SIAP-28.

Muestran propiedad del cliente mediante resguardo de expediente perteneciente al procedimiento PR-DGDU/DZ-02 "permiso de construcción" clave 41-B del folio **44-10194**, muestra "vale de préstamo" FO-SGC-CCSC-001 de archivo #18-612 del 27.08.18; muestra aviso de privacidad referente a la protección de datos de acuerdo a la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el estado de Guanajuato.

Dentro del procedimiento consulta médica PR-DGS/DAC-01 rev 1, hacen referencia a documentos de referencia, entre ellos: Ley General de Salud, Ley de Salud del Estado de Guanajuato.

En relación al ambiente de trabajo en el procedimiento de desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes en situación o riesgo de calle PR-DIF/DOF ANNA-02 rev 2, hacen referencia a reuniones semanales con los promotores, para compartir experiencias, estrategias, contención y expresión de emociones. Muestra lista de asistencia del 03.08.18.



COMPRAS

Para las actividades de compras se cuenta con el Procedimiento de Compras "PR-TM/DGRMYSG-01 Rev. 02.

Se muestra consolidado de la licitación pública nacional presencial No. DGRMYSG-LPN-009/2018, en donde se muestra la referencia y descripción de los artículos a adquirir para la partida de referencia.

Para la publicación de las bases, se solicita a Comunicación la autorización de la publicación, a través de oficio TE/DGRMYSG/2038/2018 de fecha 23 de Abril del 2018.

Se muestran las bases de la licitación autorizadas del 23 a Abril del 2018, la publicación de la convocatoria se llevó a cabo el día 24 de Abril del 2018, se muestra evidencia de factura emitida por el Universal compañía periodística nacional S.A. de C.V. por un importe de \$26,448.00 para llevar a cabo la publicación de la licitación.

Se muestra evidencia de los recibos de pago por la venta de bases por un importe de \$2,500.00 de Constructora Eléctrica del Bajío S.A. de C.V., Celec Instalaciones S.A. de C.V. y Tecnología Eléctrica Integral S.A. de C.V.

Se llevó a cabo el registro y apertura de ofertas técnicas y económicas, se muestra evidencia de lista de asistencia de acta de apertura del 09 de Mayo del 2018. Se muestra emisión de fallo de fecha 21 de Mayo del 2018.

El fallo se dictaminó al proveedor Elektrón del Bajío S.A. de C.V, Constructora Eléctrica del Bajío S.A. de C.V. , Tecnología Eléctrica Integral S.A. de C.V. y Luis Díaz Infante Rodríguez Leal .por un valor total de \$2,029,559.10. de 23 de Mayo del 2018, sin embargo el dictamen no se encuentra firmado conforme a lo establecido dentro del procedimiento.

Se muestra minuta de 31 de Mayo del 2018 del comité de adjudicaciones, enajenaciones, arrendamientos comodatos y contratación de servicios para el municipio de León Gto. en donde se aprueba por mayoría de votos, dos en contra y una abstención.

No se puede mostrar evidencia de la firma del contrato, se muestra evidencia oficio de que se ingresan a Jurídico para validación de contrato de fecha 20 de Junio del 2018 con oficio TE/ADGRMYSG/3565/2018 en atención a José Torres González Director de atención Jurídica, signado por el Lic. Genaro Villalpando Hernández solicitando la revisión jurídica de los contratos. **(VER NO CONFORMIDAD)**

Podría fortalecer el proceso de las compras si dentro del procedimiento se incluyen las actividades de recepción de solicitudes, investigación de mercados y vinculación con las dependencias que actualmente no están incluidas y que son ejecutadas **(VER OPORTUNIDAD DE MEJORA)**

d) Liberación de servicios

De acuerdo al procedimiento de "otorgamiento de apoyos del programa impulso a MIPYMES" presenta la liberación del servicio con los siguientes ejemplos:

Muestra 1

Francisco Javier Árcega Rivera con folio P41 solicitando un roto martillo inalámbrico, muestra fotografía de entrega, oficio de contestación del 30.04.18 y acta de entrega-recepción del 11.05.18.

Muestra 2

Ma. Emma Castillo Barajas con folio P50 solicitud de máquina de coser collareja del 06.02.18 y entrega el 11.05.18.

e) Salidas no conformes

Dentro del procedimiento de solicitud de acceso a la información PR-UT/JSI-01 rev.03; cuentan con FO-SGC-05 "bitácora de salidas no conformes" en el que identifican información incompleta, inconformidad procedente del ciudadano, información incorrecta, información a destiempo con acciones de control (corrección, contención, informe al cliente aceptación-previo acuerdo con el usuario, rechazo total y desecho) y responsables de verificación; No tiene identificadas salidas no conformes.

Si bien cuentan con una bitácora de control de salida no conforme con los diferentes tipos de ellas y sus tratamientos; no todas las identificadas son salidas no conformes con respecto a sus requisitos, que tengan



efecto sobre la conformidad de los servicios. **(VER NO CONFORMIDAD)**

Ejemplos de ello en la "Bitácora de control de salida no conforme" FO-SGC-05 rev.03, para los siguientes procedimientos:

IMUVI: Demora en trámite de escrituración en proceso de expedición de decretos expropiatorios de asentamientos humanos de origen irregular por parte de gobierno del estado y tiempo por envío de escrituras al notario.

SAPAL: Cliente no indica donde se instalará la toma para ejecutar el trabajo.

Aseo Público: Falta de equipo de comunicación.

Parque Metropolitano: Cancelación de eventos y condiciones climatológicas.

Evaluación del desempeño

a) Satisfacción del cliente

Se cuenta con el Procedimiento de Percepción Ciudadana PR-SGC/M-14, donde se establecen las actividades para medir la satisfacción ciudadana en materia de servicios públicos, seguridad ciudadana, régimen interior, acciones en materia de desarrollo social, desarrollo económico, y medio ambiente.

El resultado de las encuestas de satisfacción obteniendo en global 9.2

b) Auditoría Interna

Se cuenta con procedimiento de auditorías internas PR-SGC/M-05 de revisión 03, en donde se establecen las actividades para llevar a cabo la auditoría.

La última auditoría realizada fue de fecha 29 y 30 de Mayo del 2018. De acuerdo con el programa de auditorías FO-SGC-06 se encuentra programada en ésta fecha y una segunda auditoría en el mes de Noviembre del 2018.

De acuerdo con la programación de auditorías internas del SGC FO-SGC-17, se llevó a cabo la programación específica del evento que tuvo como alcance la verificación que el sistema de gestión de calidad de la presidencia municipal de León, se encuentra implementado y cumple continuamente con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

Se muestra evidencia de las guías de apoyo para auditorías internas FO-SGC-18 Rev. 2 en el que se registran los hallazgos de cada auditoría.

Se muestra lista maestra de registro de auditores internos FO-SGC-16 Rev. 01 en donde se muestran los auditores calificados para llevar a cabo actividades de auditoría. Dentro del procedimiento de auditorías internas, se establece la competencia a cumplir para ser auditor interno:

Auditor interno

- Formación educativa
- Curso de formación de auditores internos (certificado de acreditación)
- Mínimo 6 meses de trabajo en administración pública

Auditor líder

- Formación educativa
- Curso de formación de auditores internos (certificado de acreditación)
- Mínimo 1 año de trabajo en administración pública

Se cuenta con registro de calificación de auditores internos FO-SGC-07.

Se muestra evidencia para Gabriela Nayely Vázquez Caldera auditor interno, se muestra como evidencia de la competencia:

1. Curso de auditor interno de fecha 26 de Abril del 2018
2. Formación educativa licenciatura a través de la cédula profesional nivel licenciatura.



3. Experiencia en la administración pública: se muestra concentrado de plazas con fecha de ingreso del 28 de Marzo del 2018.

Se muestra evidencia de oficio de información del resultado de auditoría Folio DGDI/DMA/0603/2018 de fecha 07 de Mayo del 2018 para la auditoría realizada el 29 y 30 de Mayo del 2018.

Dentro del formato de Informe de Auditoría FO-SGC-22 se establece en el apartado (de calificación) de resultado:

- 1=cumple
- 2=cumple básicamente / oportunidad de mejora
- 3=no cumple / No conformidad
- 4=no aplicable / excluido

El resultado de la auditoria interna fue 9 No conformidades menores, 5 oportunidades de mejora y 5 observaciones.

Se muestra evidencia de reunión de cierre en lista de asistencia FO-SGC-21 de fecha 30 de Mayo del 2018

- c) Revisión por la Dirección

Para la realización de la revisión por la dirección se cuenta con el instructivo para la revisión por la dirección IN-SGC-01 Rev. 03 de 16 de Agosto del 2018.

De acuerdo con lo establecido dentro del procedimiento se establece que se realiza por menos 2 veces al año.

La última revisión por la dirección se realizó el 17 a Agosto del 2018, en donde se revisaron:

- 1) El estado de las acciones de revisiones por la dirección previas

De los acuerdos generados (8), se cumplieron 7, quedando pendiente la integración de informe de resultados del SGC que tiene como fecha de conclusión Septiembre. Se muestra evidencia de los cumplimientos

- 2) Cambios pertinentes al SGC:

- a) Se propone un cambio en las encuestas de la percepción ciudadana de acuerdo con las propuestas de las dependencias. Estos cambios se realizaron el 06 de Agosto del 2018.
- b) De acuerdo con la modificación del programa de gobierno que se presente en el mes de Diciembre del 2018 (Administración 2018 -2020) posiblemente sea necesario realizar cambios al SGC y o al alcance del mismo.

Información referente al desempeño del Sistema:

1. Satisfacción del cliente

- a. Se revisaron los resultados de las encuestas de percepción ciudadana del periodo abril – junio con un resultado de la calificación de 9.6, siendo objetivo 9.

La única dependencia que se quedó por debajo el objetivo únicamente fue Ingresos para la que se genera una acción preventiva para los rubros de imagen y solución oportuna de quejas.

2. Grado de cumplimiento de los objetivos:

Los periodos de evaluación que se presentan los dos primeros trimestres del año

- a) Satisfacción del ciudadano 9.5
- b) Solución oportuna de queja de los usuarios 9.1
- c) Tiempos de atención a servicios y trámites 9.3
- d) Fortalecimiento de competencias del personal 7.9
- e) Satisfacción laboral del servidor público 8.3

Para el objetivo de fortaleciendo de competencias del personal, no se han tomado acciones dado que el periodo de evaluación es anual y se considera el avance como dentro de los parámetros aceptables.

3. Desempeño de los procesos y conformidad con los productos:



El desempeño de los procesos se evalúa a través del FO-SGC-11 Tablero de medición del SGC, obteniéndose un resultado global de 9.1 siendo el nivel de cumplimiento considerado aceptable es del 9.

4. No conformidades y acciones correctivas

Desde el 2016 a la fecha se han registrado 186 acciones 111 correctivas y 75 preventivas.

Para el 2018 se han generado 87, actualmente se encuentran abiertas 9 de las 4 se encontraban vencidas y 14 en proceso de verificación.

5. Resultados de seguimiento y medición

Los resultados de seguimiento y medición se registran dentro del mismo tablero de medición.

6. Resultados de auditorías internas

Se realizó la Auditoría Interna en el Mes de Mayo en la que se generaron 9 conformidades para las que se generaron 44 acciones correctivas al momento de la revisión por la dirección todas se encontraban cerradas y 5 áreas de oportunidad; se auditaron 34 dependencias en 2 días de auditoría.

7. Desempeño de los proveedores externos:

Se cuenta con una base de 6793 registrados solo se encuentran activos 197, dado que éstos cumplen con los requisitos del capítulo 4 del padrón de proveedores.

8. Adecuación de recursos

Se determina que los recursos solicitados para el presupuesto 2018, han sido adecuados para la operación de los procesos.

9. Eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades

Se han identificado un total de 114 riesgos de los cuales se considera que el 50% son riesgos controlados, es decir, de bajo impacto y solo el 11 % de atención inmediata, es de alta prioridad.

El 72% de los planes de acción han sido evidenciados y ejecutados por las dependencias, solo el 4% de los planes de acción están vencidos y sin evidencia, falta de seguimiento al riesgo reportado.

10. Oportunidades de mejora

Las dependencias del alcance del Sistema de Gestión de Calidad han determinado las oportunidades de mejora de sus procedimientos, así como las acciones que ayudan a que éstas oportunidades se concreten.

Salidas de la revisión:

1. Oportunidades de mejora

- a) El recibir la auditoría externa generará oportunidades para el sistema de gestión
- b) Convocar a la participación de los enlaces para su participación como observadores a la auditoría interna.
- c) Mantenimiento y actualización de la página WEB del Sistema de Gestión de Calidad

Necesidades de cambios

- a) Cambio en las encuestas de percepción ciudadana
- b) Incluir el formato para el registro de auditores internos
- c) Con el cierre de la administración se tendrá un cambio de imagen, lo que obligará en algún momento a modificar la documentación del SGC

Necesidades de recursos

- a) Recursos para auditorías de mantenimiento del SSGC
- b) Recursos para capacitación del personal

La siguiente revisión por la dirección se considera programarla en el mes de Diciembre del 2018.



Mejora

Se establecen actividades para mejorar continuamente la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad, a través

de la implementación y seguimiento del cumplimiento de la política de calidad y los objetivos del sistema de gestión de calidad, análisis de resultados de auditorías, análisis de datos, análisis de producto y servicio no conforme, seguimiento de acciones correctivas y preventivas, revisiones por la dirección, seguimiento de riesgos y oportunidades.

Se muestra evidencia de FO-SGC-DGDI/DMA-05 Plan de acciones de mejora basado en los resultados del estudio de clima laboral 2017 de la Dirección General de Desarrollo Social y humanos en donde se establecen los ítems evaluados: Comunicación organizacional, trabajo colaborativo, condiciones de seguridad y salud, toma de decisiones y asertividad, evaluación del desempeño, identidad y pertenencia y las acciones a tomar para aumentar el resultado, con fechas de ejecución propuestas así como las evidencias de cumplimiento.

NO CONFORMIDAD Y ACCION CORRECTIVA

De acuerdo con lo establecido dentro del procedimiento de Acciones Correctivas y/o preventivas PR-SGC/M-09, Rev. 4. De fecha 6 de Agosto del 2018.

Los resultados de percepción ciudadana, los servicios de apoyo, resultado de auditorías internas, las acciones correctivas no cerradas o sin evidencia, resultados de tablero de medición pueden desprender una acción correctiva.

Para realizar el análisis de causa raíz se establece dentro del procedimiento que pueden ser utilizadas las técnicas de diagrama de Ishikawa, 5 Porqués?, Pareto, Lluvia de ideas, Histogramas.

La últimas acciones correctivas generadas se derivaron de la auditoria interna del Mayo del 2018.

ACCIONES CORRECTIVAS DERIVADAS DE AUDITORIA

Derivado de los resultados de auditoria se tomaron las acciones correctivas para atender las no conformidades, éstas se generan en las dependencias involucradas por lo que para atender las 10 No conformidades se generaron 22 Acciones correctivas y 12 preventivas.

Se muestra evidencia de acción correctiva No. 210 de fecha 05 de Junio del 2018

Desviación en el plan de auditoria y su justificación	No se presentaron desviaciones en el plan de auditoria
Modificación en el programa de auditoria	No se modificó el programa de auditoria.
Cambios significativos, que afecten el sistema de gestión del cliente desde la última auditoria;	No se presentaron cambios que afecten el Sistema de Gestión de Calidad del cliente.
Cuestiones no resueltas si aplica	N/A



Uso de marca y logotipo	
<p>Favor de verificar si se está utilizando la marca o logotipo de INTERA en algún medio electrónico o impreso.</p> <p>Ejemplo: Medios Electrónicos (Ejemplo pagina Web)</p> <p>Papelería o medios publicitarios escritos.</p> <p>Otros (Lonas, Mantas, artículos promocionales como tasas, plumas etc.)</p> <p>En el caso de estarlo utilizando, favor de verificar que se utilice de manera correcta, esto quiere decir que no se presenten ambigüedades relacionadas al uso de marca con respecto al alcance de certificación.</p>	-----
<p>Favor de verificar que el cliente no utiliza el logo o leyendas de certificación en el producto/servicio que se puede interpretar como una indicación de conformidad de producto.</p>	-----

Oportunidades de Mejora
<p>1.- Abordar los riesgos Si bien identifican riesgos y sus acciones, existen otros riesgos no considerados, que aunque realizan acciones para contenerlos, no los tienen registrados.</p> <p>2.- Planificación Las mediciones del cumplimiento del plan de gobierno y de los objetivos del Sistema de Gestión podría facilitar el seguimiento si se alinean y unifican.</p> <p>3.- Planeación de cambios Para los cambios dentro del sistema de gestión se establece dentro del Manual de Calidad MC-SGC-01 Rev. 04 de 19 de Julio del 2018 que éstos son administrados desde la revisión por la dirección, podría fortalecerse el proceso de la implementación de cambios al sistema de gestión, si se estableciera un mecanismo más específico para la administración de los mismos.</p> <p>4.- Ambiente para los procesos Se muestra evidencia de la aplicación de encuestas de clima organizacional para dependencias descentralizadas, sin embargo, aun cuando se realiza el análisis de los resultados, los ítems evaluados no coinciden; el análisis del clima laboral así como las acciones podrían mejorarse si se unifica la aplicación de la evaluación de los mismos ITEMS en todas las dependencias.</p> <p>5.- Control de los procesos contratados externamente Podría fortalecer el proceso de las compras si dentro del procedimiento se incluyen las actividades de recepción de solicitudes, investigación de mercados y vinculación con las dependencias que actualmente no están incluidas y que son ejecutadas</p>

Sección 5.- Resumen de No conformidades detectadas			
No conformidades menores	4	No conformidades mayores	0
Área o Documento	NCR Ref. Iniciales Auditor	Descripción	Cláusula
Planificación para el logro de los objetivos	CGLU-NCm-01 Agosto 2018 menor	<p>Requisito: 6.2.2. Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar: a) qué se va a hacer; b) qué recursos se requerirán; c) quién será responsable; d) cuándo se finalizará; e) cómo se evaluarán los resultados.</p> <p>No conformidad: Aun cuando se establecen los objetivos de calidad y se realiza la medición de los mismos, no se cuenta con la planificación de las acciones a realizar, los recursos necesarios, el responsable ni el tiempo de finalización tal</p>	6.2.2



		<p>como lo establece el estándar.</p> <p>Evidencia: No es posible mostrar evidencia de acuerdo con los requisitos, de que se lleve a cabo la planeación para el cumplimiento del mismo.</p>	
<p>Infraestructura edificios y espacios de trabajo / Compras</p>	<p>CGLU-NCm-02 Agosto 2018 menor</p>	<p>Requisito: 8.4.1 Generalidades.</p> <p>La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos.</p> <p>La organización debe determinar los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente cuando:</p> <p>c) un proceso, o una parte de un proceso, es proporcionado por un proveedor externo como resultado de una decisión de la organización.</p> <p>La organización debe determinar y aplicar criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y servicios de acuerdo con los requisitos. La organización debe conservar la información documentada adecuada de estas actividades y de cualquier acción necesaria que surja de las evaluaciones.</p> <p>No conformidad: No es posible mostrar evidencia de que las actividades establecidas para la asignación de solicitudes de servicio al proveedor, ni las actividades de compras se lleven a cabo de acuerdo con el procedimiento documentado</p> <p>Evidencia: Dentro del procedimiento de autorización de servicios de mantenimiento a bienes inmuebles a varias dependencias municipales, se establece que la asignación de solicitudes de servicio, se realiza a través de invitación a cotizar a los proveedores, la elaboración de expediente y la elaboración de un cuadro comparativo, sin embargo para el folio 522 asignado al proveedor Alberto Ramírez Acevedo, no es posible mostrar evidencia de que se hayan llevado a cabo éstas actividades.</p> <p>Se toma como muestra la partida 24601 Material eléctrico y electrónico del primer periodo de compras del 2018 (Marzo – Mayo)</p> <p>No se puede mostrar evidencia de la firma fallo, del contrato, aun cuando el mismo se realizó desde el mes de Mayo.</p> <p>De acuerdo con lo establecido dentro del procedimiento de compras, las evidencias no muestran que no sean ejecutadas las actividades conforme a lo documentado.</p>	<p>8.4.1</p>



<p>7.2 Competencia</p>	<p>CGLU-NCm-03 Agosto 2018 menor</p>	<p>Requisito: 7.2. Competencia La organización debe: b) asegurarse de que estas personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia adecuadas; c) cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas; d) conservar la información documentada apropiada, como evidencia de la competencia.</p> <p>No conformidad: Aun cuando llevan a cabo actividades de selección, inducción y capacitación y evaluación del desempeño, no es posible mostrar evidencia de que las competencias definidas dentro del perfil de puestos</p> <p>Evidencia: Se muestra perfil de psicólogo quien realiza funciones de atención psicológica vía telefónica, en donde se establecen las habilidades en organización en el trabajo, expresión oral y escrita, elaboración de reportes y como conductas discreción, sin que pueda mostrarse evidencia de su cumplimiento ni de las acciones tomadas para cumplir con la competencia.</p>	<p>7.2</p>
<p>Salidas no conformes</p>	<p>JRZG-NCm-04 Agosto 2018 menor</p>	<p>Requisito: 8.7. Control de salidas no conformes 8.7.1 La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencional.</p> <p>La organización debe tomar las acciones adecuadas basándose en la naturaleza de la no conformidad y en su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios.</p> <p>Esto se debe aplicar también a los productos y servicios no conformes detectados después de la entrega de los productos, durante o después de la provisión de los servicios.</p> <p>La organización debe tratar las salidas no conformes de una o más de las siguientes maneras: a) corrección; b) separación, contención, devolución o suspensión, de la provisión de productos y servicios; c) informar al cliente; d) obtener autorización para su aceptación bajo concesión.</p> <p>Debe verificarse la conformidad con los requisitos cuando las salidas no conformes se corrigen.</p> <p>8.7.2. La organización debe mantener la información documentada que: a) describa la no conformidad; b) describa las acciones tomadas; c) describa cualquier concesión obtenida; d) identifique la autoridad que ha decidido la acción con respecto a la no conformidad.</p> <p>No conformidad: Si bien cuentan con una bitácora de control de salida no</p>	<p>8.7</p>



