

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

REPORTE DE AUDITORIA

Reporte No: SEG01-1196/477-000	# Referencia del Cliente: MULE-1196/477-000
Fecha: 22 Agosto del 2019	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 primer Auditoria de Mantenimiento llevada 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	07	24 Julio 2019
Alcance de la certificación (las unidades organizacionales o bien las actividades y los procesos a auditar):			
Se realizó un ajuste en el alcance del sistema relativo a los procedimientos involucrados en el SGC, quedando de la siguiente manera:			



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
Procedimiento de aplicación de cuota mínima		
Servicios Públicos	Dirección General de Movilidad	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		
Seguridad Pública	Dirección General de Sistema de Cómputo, Comando, Comunicaciones y Control C4	Procedimiento recepción, despacho y transmisión de llamadas de emergencia
		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 expedición de licencias y permisos de conducir
	Patronato de bomberos de León	Procedimiento de combate a incendios
Unidades de Enlace	Secretaría del H. Ayuntamiento	Procedimiento de expedición de constancias de residencia
	Contraloría Municipal	Procedimiento de atención a quejas y denuncias
		Procedimiento de solicitud de acceso a la información pública
	Unidad de transparencia	Procedimiento de actualización de la información de los servidores públicos
		Defensoría de oficio
	Juzgados Administrativos	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 León Contigo
	Dirección General de Turismo	Procedimiento de capacitación
		Procedimiento de promoción turística
Desarrollo Social	DIF León	Procedimiento atención médica de rehabilitación física a personas con discapacidad
		Procedimiento escuela para padres
	Dirección General de Salud	Procedimiento de consulta médica
Dirección General de Desarrollo	Procedimiento constitución de comités de colonos	



	Humano	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
	Parque Ecológico Metropolitano de León	Procedimiento de atención de visitas en grupo
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 para acciones correctivas
		Procedimiento de control de documentos
	Procedimiento de análisis de datos	
	Procedimiento para la determinación y control de salidas no conformes	
	Tesorería Municipal – Dirección General de Servicios Generales y Recursos Materiales	Procedimiento de compras
	Tesorería Municipal – Dirección General de Egresos	Procedimiento de mantenimiento a bienes inmuebles de la administración pública municipal
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 auditoria	INICIAL		SEGUIMIENTO Semestral ()					RC	TR	OTRO	Conjunta	Combinada	Integrada
	F1	F2	1°	2°	3°	4°	5°						
			<input checked="" type="checkbox"/>					----	----	-----	----	-----	-----



Duración de auditoría	# de Día (s)	5	Auditor (es)	2
Fecha(s) y Lugar(es) de Auditoría, (en caso de ser Multisitios favor de indicar todos los sitios auditados, además del sitio principal).	AUDITORIA FASE 1 N/A AUDITORIA FASE 2 N/A Sitios auditados: Presidencia Municipal de León Fideicomiso de Obras por Cooperación Dirección General de Protección Civil Dirección General de Desarrollo Social y Humano Dirección General de Desarrollo Rural Dirección General de Obras Públicas Defensoría de Oficio			

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

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 las dependencias establecidas y sus diferentes procesos de acuerdo al plan de auditoría y en base a un proceso de muestreo de la información disponible
Objetivos de Auditoría	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. 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. 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.
Criterios de Auditoría	Confirmar información de acuerdo al plan de Auditoría

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 auditoría 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

Ubicación y condiciones específicas del sitio del cliente y determinación del estado de preparación para la Auditoria de la etapa 2;

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,

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.);

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

Enfoque de planificación de la Auditoria 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.



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 Auditoria de la etapa 2.

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

Contexto de la Organización

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

Se realizó el programa de gobierno de acuerdo al Procedimiento para la elaboración del programa de gobierno PR-SGC-M-11 Rev. 02, el que se actualizó en Octubre del 2018, para lo que se tomaron en cuenta:

Iniciativas de campaña
 Propuestas del sector social y privado (Organismos Civiles)
 Programa de ordenamiento territorial
 COPLADEM (Consulta ciudadana realizada en el 2016)
 Cartera de programas y proyectos (2018-2021)

Se muestra evidencia del programa de gobierno del 2018, que incluye la determinación de NODOS de acción :

NODO LEON:

León Seguro e incluyente
 León Compacto, inteligente y conectado
 León Educado e innovador
 León Atractivo, competitivo y divertido
 León Saludable y sustentable.

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.

Procesos y alcance del Sistema de Gestión:

Alcance del Sistema de Gestión:

De acuerdo con la información de la Revisión por la Dirección del mes de Mayo del 2018, se determinó la baja de los procedimientos del SGC :

Dependencia	Proceso	Procedimiento
DIF	Desarrollo Social	Procedimiento para el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescente en situación o riesgo de calle
Gestión Ambiental	Medio ambiente y espacios recreativos	Mantenimiento de espacios públicos
Parque metropolitano	Medio ambiente y espacios recreativos	Mantenimiento de espacios públicos
Secretaría del H. Ayuntamiento	Unidades de Enlace	Solicitudes de mediación - comparecencias
Sistema Integral de Aseo Público	Servicios Públicos	Procedimiento para la realización de talleres de educación ciudadana

Sin embargo el alcance General del Sistema continúa conforme a lo documentado:

“Servicios públicos de atención al ciudadano en el territorio de competencia del Municipio de León en el Estado de Guanajuato, incluyendo los siguientes procesos: Planeación del Territorio, Servicios Públicos, Seguridad Pública, Unidades de Enlace, Desarrollo Social, Desarrollo Económico, Medio Ambiente y Espacios Recreativos”



Se realizó adecuación al mapa de procesos y 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 07 del 24 de Julio del 2019.

La revisión de la efectividad del Sistema de Gestión, se establece a través del instructivo de revisión por la dirección, IN-DGDI/DMA/SSGC-01-01 Rev. 04.

La rendición de cuentas se realiza 2 veces al año

Se muestra evidencia de que se han realizado revisiones por la dirección en: 17 Mayo del 2019 y el 08 de Julio del 2019.

La política de calidad fue ratificada así como los objetivos de calidad:

“ 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 calidad y la mejora continua en los procesos de la administración pública municipal”

Los objetivos de calidad son:

Satisfacción al ciudadano
Fortalecimiento de competencias del personal
Solución oportuna de quejas de los usuarios
Tiempo de atención a servicios y trámites
Satisfacción laboral del servidor público

La promoción del enfoque basado en procesos así como el pensamiento basado en riesgos, se realiza a través de la comunicación interna. El último comunicado enviado se realizó el 19 de Julio del 2019, en donde se tocan temas relacionados con la identificación, evaluación y resultados del enfoque basado en riesgos.

Se muestra evidencia de correos electrónicos en los que se difunde el pensamiento basado en riesgos y el enfoque de procesos.

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.

Planificación Calidad

Riesgos y oportunidades

Se cuenta con el procedimiento de análisis de riesgos PR-SGC/M-15 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.

Para la atención de los riesgos se integran en cada procedimiento los riesgos asociados con los procesos y el cumplimiento de los objetivos.

Dentro de cada proceso se establece el plan de acción de análisis de riesgos, en donde se describe el plan de acción a llevar a cabo así como la fecha compromiso de ejecución y el responsable del seguimiento.

Dentro del procedimiento se establece que se cuenta con 4 meses o hasta 1 año para llevar a cabo la verificación de la eficacia, tomando en cuenta los resultados de los indicadores, encuestas de satisfacción, resultados de auditorías e información adicional.

De acuerdo con la evidencia mostrada, se identifica dentro de los procedimientos auditados que de forma general se ha realizado la evaluación de los riesgos sin embargo no en todos los casos se ha medido el impacto de las acciones (ocurrencia – impacto). (p.e. FO-DGDI/DMA/SSGC-R03, PR-DGDI/DTI-002 , PR-DGDI/DAP-SP-01)

(Área de Oportunidad 1)

Política de Calidad

Se muestra evidencia de la revisión con el referendo 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 calidad y la mejora continua en los procesos de la administración pública municipal”

En entrevista con la Dirección, se muestra matriz de objetivos en donde se establecen los recursos necesarios, los responsables, el que se va a hacer para alcanzarlos y su periodicidad.

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 envía vía correo electrónico. El resultado de la aplicación se plasma en la evaluación de conocimiento de la política de calidad y objetivos.

Objetivos y metas de calidad

Los objetivos de calidad son:

- 1.- 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 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 08 de Julio del 2019 en donde se revisó el cumplimiento de los mismos.

En entrevista con la Dirección, se muestra matriz de objetivos en donde se establecen los recursos necesarios, los responsables, el que se va a hacer para alcanzarlos y su periodicidad.

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 que éstos son administrados desde la revisión por la dirección.

Dentro de la revisión por la dirección, se identificaron los cambios que podrían afectar al SGC.

Los cambios en el Sistema de Gestión de Calidad son autorizados por la Dirección, y se realizan en forma planificada. La Dirección aprueba o no el cambio. Para aprobarlo, se apoya del personal de Planeación para asegurarse de la integridad del Sistema de Gestión de Calidad luego de la aplicación del cambio, dispone los recursos necesarios y, de ser necesario, asigna o reasigna las responsabilidades y autoridades que correspondan.

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

Personas, competencia y toma de conciencia

El reclutamiento y selección se realiza a través el Procedimiento de selección de personal PR-DGDI/DAP/SSCP-01 Rev. 06 de 26 de Julio del 2019.

La revisión del cumplimiento de los requisitos para iniciar el reclutamiento y selección se realiza a través del PR-DGDI/DMA/SE-03 Rev. 02

Se toma como muestrán:

60-39246 A se asigna folio dentro del E-flow, se realiza la validación de la información con fecha 30 de Noviembre del 2018.

6041610 A se registró en E-flow con el folio de fecha 11 Marzo del 2019.



La asignación del folio a Selección fue el 20 de Marzo del 2019, se atendió por especialista en selección Rosa Gabriela González Morales, en la semana 12. Se muestra evidencia de la aplicación de Batería de Preguntas diseñada por la dependencia en la que obtuvo la calificación de 9.

60-42899 A/ 14191 Auxiliar Administrativo dentro del E-flow, se realizó la validación de la vacante, aun cuando no cumplía con los requisitos establecidos en la descripción de puestos 12 Julio 2019.

Lara Martínez Rosa Margarita

29 Julio 2019

(Área de Oportunidad 2)

Se le notificó vía correo electrónico para citarla a entrevista el 16 y el 17 de Julio. Se muestra evidencia del correo enviado programando la entrevista y la aplicación de los psicométricos, por la especialista en selección de personal Cristina Barrientos. El resultado de la entrevista se registra en el Resumen de resultados de selección. En el examen de evaluación obtuvo 8.1.

Se presenta evidencia de la revisión de referencias laborales de fecha 17 de julio del 2019 que al tratarse de un reingreso, consiste en la revisión de las asistencias, demandas contra el municipio. Las que no demuestran incidencia.

Se muestra lista de documentos a presentar y que se integran en el expediente.

Currículo con foto

Copia de acta de nacimiento

Copia de identificación oficial

Comprobante de domicilio

Copia de certificado, título y cédula profesional (ultimo certificado de estudios)

2 Cartas de recomendación

Copia CURP

Afiliación IMSS

Copia de la constancia de inscripción

Constancia de antecedentes disciplinarios

Constancia de Antecedentes no penales

Certificado médico

Dentro de los riesgos identificados se establecen 4 riesgos:

- 1) Errores en la solicitud, para lo que se determinó que se documentará dentro del procedimiento la actuación (envío de correo electrónico).
- 2) Que la dependencia no cubra sus vacantes en los tiempos que tienen previsto, para lo que determinó hacer del conocimiento a las dependencias solicitantes la actualización que se realizó al procedimiento de selección de personal.
- 3) No contar con acceso al sistema de pruebas psicométricas utilizado en selección de personal por concepto de renovación de licencia (Se realizó protocolo de acción en caso de que la licencia caduque).
- 4) No contar con acceso al sistema de pruebas psicométricas utilizado en selección de personal por fallas técnicas).

De los dos primeros se realizó la evaluación de la efectividad y en los dos segundos identificados en el mes de Enero del 2019, la efectividad se evaluará en el mes de Septiembre del 2019.

No es posible mostrar evidencia de la actualización de la evaluación de los riesgos dentro del Anexo C PR-DGDI/DAP-SP-01.

Infraestructura y ambiente

(Correctivos / soporte)

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

Para la realización de mantenimientos correctivos se realiza a través del sistema 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 plataforma de soporte electrónica en donde el usuario ingresa, se registra y redacta la falla.

Se muestrea:

Folio: 7532 de fecha 06 de junio del 2019.

Solicitante: Norma Leticia Ramírez García

Problema: Cambio de contraseña

Atención: Se asignó un nuevo acceso al usuario para poder ingresar al sistema.

Atendido por: Eduardo Mata Veloz.

Fecha de cierre de folio 06 de junio 2019.



Folio: 9016 de fecha del 15 de Agosto del 2019.
Solicitante: Fernando Aranda Regalado
Problema: Solicitud de apoyo con la solicitud 1910/31570
Asignado: Eduardo Mata Veloz
Fecha de cierre de folio: Abierta

Dar seguimiento al cierre de las folios de registro de servicios a fin de disminuir la probabilidad de que ésta situación influya en el indicador de medición.

Folio: 9016 de fecha del 15 de Agosto del 2019.
Fecha de cierre de folio: Abierta

(Área de Oportunidad 3)

(Preventivos)

Se cuenta con proveedores de servicio para la realización del servicio: Consultores Especializados e Ingeniería en Sistemas S.C. y proporciona el plan anual de mantenimiento. La administración de los mantenimientos preventivos se realiza con base en un plan primera y segunda vuelta.

Se muestran evidencias de los servicios realizados en Desarrollo Urbano, del mes de Julio del 2019 y de Marzo del 2019 en donde se relacionan los equipos que fueron atendidos. Se implementó una encuesta de salida para medir el desempeño del proveedor de la que se muestra evidencia del resultado de los meses de marzo y abril del 2019. Es necesario definir la periodicidad de la aplicación de la encuesta.

Se toma como muestra el servicio realizado el 16 de Mayo del 2019 de Sun Verónica Gutiérrez. Se verifica con el enlace de T.I. del H. Ayuntamiento Juan Luis Rios que haya quedado funcionando el equipo.

Los riesgos identificados para el proceso de identifican en el PR-DGDI/DTI-002 Análisis de riesgos se realizó el análisis de 26 Marzo del 2018.

Se muestra evidencia de la evaluación de la eficacia de las acciones – riesgos, sin embargo, dentro el análisis de riesgos PR-DGDI/DTI-002 no se ha realizado la nueva calificación de los riesgos. (Probabilidad de ocurrencia / Clasificación del impacto / Nivel de riesgo / Tipo de control.)

Comunicación

Se cuenta con el procedimiento de comunicación interna y tabla de comunicación, 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.

La promoción del enfoque basado en procesos así como el pensamiento basado en riesgos, se realiza a través de la comunicación interna. El último comunicado enviado se realizó el 19 de Julio del 2019, en donde se tocan temas relacionados con la identificación, evaluación y resultados del enfoque basado en riesgos.

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.

Información documentada

Muestra procedimiento para el control de documentos y registros PR-SGC/M-01, en el que establece la integración que deberá tener la documentación.

Se muestra evidencia de los cambios que se han realizado en la documentación mostrando avance en los niveles de revisión. Se realizó una alineación en la codificación de los documentos y registros a fin de identificarlos por medio de la dependencia que lo genera a fin de facilitar el control general y de cada dependencia.

A lo largo de las evidencias y procedimientos documentados se muestra consistencia tanto en los documentos y registros, de acuerdo a los niveles de revisión.

Control Operacional

Requisitos para los servicios

Los requisitos para los servicios se establecen dentro de los procedimientos para cada servicio, en éstos se establecen las actividades, los controles seguimientos, recursos y medidas de desempeño. Las etapas de los procesos y su liberación.

a) Diseño y Desarrollo

En el alcance se considera excluido el requisito de Diseño y Desarrollo.

Producción y prestación del servicio

Procedimiento para la cobranza de la cartera vencida



Pertenece al proceso de servicios públicos e identificaron como riesgo la información incompleta del área de promoción, así como expedientes incompletos y sin publicación, que les puede afectar en llevar el crédito fiscal dentro del procedimiento de cobranza; como acción para abordar el riesgo generaron políticas internas para evitar recibir información incompleta y si publicación y bitácora de entrega de documentos, muestran análisis de riesgos PR-FIDOC/CC-01 Anexo C y plan de análisis de riesgos FO-SGC-DMA/SSGC-RO2 rev.0; presentan ejemplo con el folio 001/19 #obra 8931163983 (programa 70-30) y # 7531163983 (programa 20-80); Muestra formato de recepción de conocimiento del formato del 26.06.19, además de memorándum del 05.11.18 solicitando se proporcione con la transferencia de calles nuevas: 1ª y 2ª publicación del diario oficial, muestra 1ª del 23.09.16 del Número 153 octava parte, y la 2da. Del 08.09.18 del número 151 segunda parte; y fechas de asambleas de costos (13.11.14), asamblea de contribuyentes (10.10.16) y de aviso al congreso (31.10.17).

Presentan expediente en el que muestra formato 1 de la coordinación de promoción con levantamiento del estado de cuenta general de la obra; muestra datos del cooperador #111 Hernández Gutiérrez Elisa con 8.10 mts. y levantamiento comparado con el sistema AS400, muestran ejemplo de cooperador 113 correspondiente a Lucina López de Estrada. Muestra formato 2 de la coordinación jurídica con revisión de publicaciones y fechas para las dos obras.

Muestra ejemplos de documentos que contiene de acuerdo a la ley de Hacienda para los Municipios del Estado de Guanajuato: Nombre y domicilio Beneficiado, cuenta predial, número de crédito, naturaleza de la obra, contribución y total del crédito.

Ejemplo 1 Calle Corinto número de crédito: 8931863875144 de Enrique Avalos Pio, 8ml

Paso 1 Determinante de crédito del 16.02.18, suerte principal de \$15,164.88; muestra citatorio del 22.02.18; acta circunstanciada de hechos del 22.02.18 citando para el 23.02.18; muestra acta de notificación del 23.02.18 dejando acta circunstanciada de hechos al no tener respuesta del cooperador, dejando por Instructivo de acuerdo a la ley.

Paso 2 Requerimiento de pago, muestra del 18.05.19 con acta circunstanciada de hechos incluye recargos con total de 15,693.54

Paso 3 Mandamiento de ejecución, muestra del 31.07.18 con acta circunstanciada;

Muestra Gravamen con solicitud 3384628 del 07.09.18.

Presenta indicador de medición de porcentaje de recaudación de cartera vencida, presenta resultado del 87.88% logrado en 2018, superior al 80% que tienen como mínimo; muestran 5.19 al mes de julio del 2019 con una tendencia dentro de los parámetros de acuerdo a la meta.

Presenta procedimiento para la cobranza de la cartera vencida PR-FIDOC/CC-01 rev.03

Muestra registro de salidas no conformes FO-DGDI/DMA/SSGC-SNC02 con ejemplo de 6 registros, ejemplo del último de ellos CCO/143/19 Situación jurídica de las cuentas que transfirió CEMEX del 13.08.19 en la que se detectó un error, muestra memorándum con folio CCO/143/19 con cuentas relacionadas solicitando a Jurídico revisión de cuentas transferidas.

Procedimiento de inspección de inmuebles

Identifican tres riesgos; datos de domicilio incorrectos; no se encuentre propietario, representante o encargado del establecimiento; desocupación de inmuebles; y negativa o resistencia a la inspección.

Se rigen bajo el "Reglamento Municipal de Protección Civil" y la NOM-002 de STPS

Muestra plan de acción de análisis de riesgos FO-DGDI/DMA/SSGC-RO2 describiendo realizar visita previa de verificación; preparación del personal mediante capacitación para levantamiento correcto; visita previa de información persuasiva y acta simple de conocimiento de situación.

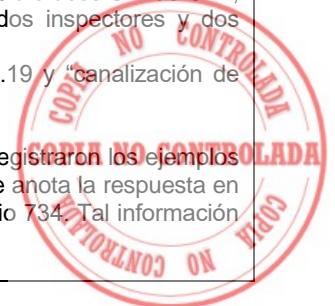
Las visitas de inspección pueden ser derivadas de denuncia ciudadana, iniciativa ciudadana, evento adversos

De acuerdo al procedimiento PR-SSP/DGPC-02 rev.06 describe las siguientes etapas para el ejemplo de la orden de inspección **232/2019**, se describe que el tiempo de atención por normatividad debe ser menor a 10 días

1. Activación de inspección derivada de emergencia por incendio de espectacular dentro del predio de gasolinera.
2. Tratamiento de la petición del interesado, muestra "Orden de inspección" FO-SSP/DGPC-01 del 30.07.19 atendida por Francisca Berenice Rios Aguirre del 06.08.19; realiza por Juan Carlos Ornelas de la Torre y David González Palacios mediante "Acta de inspección" FO-SSP/DGPC-02; muestra "citorios para reprogramar" FO-SSP/DGPC-03 del 05.08.19. Muestra carta credencial de identificación (ejemplo LOGM860206/68 vigencia del 31.12.19), menciona que contaba con folio SSP/DGPC/VB/0340/05/19 el cual muestra del 17.05.19 a favor de Gaso servicio cruces S.A de C.V.; Dictaminado como "no" representa un riesgo inminente, contiene firma de visitado, de los dos inspectores y dos testigos. Muestra "citatorio del artículo 125" FO-SSP/DGPC-04 del 06.08.19 para el 12.08.19.
3. Muestra ejemplo de "acta circunstanciada" FO-SSP/DGPC-07 del expediente **1783** del 08.08.19 y "canalización de oficios" FO-SSP/DGPC-06 derivada de un reporte ciudadano del 05.08.19

Si bien muestra libreta con registro de actividades, que incluye asignaciones de trabajos y en la cual se registraron los ejemplos revisados: 232/2019 y el 1783; de acuerdo al procedimiento PR-SSP/DGPC-02 rev.06, se menciona que anota la respuesta en el registro digital "control de petición de inspección" sin embargo el último registro es del 23.04.19 del folio 734. Tal información contiene los registros de los folios, tiempos de respuesta e inspector asignado.

(Área de Oportunidad 4)



Procedimiento para la constitución de comités de colonos

Presenta protocolo de actuación con las actividades de mediar, suspender o enviar a improcedencia y solicitar apoyo.

Se rigen por el reglamento para la integración de organizaciones de participación ciudadana de la zona urbana del Municipio de León, Guanajuato.

Muestra procedimiento para la constitución de comités de colonos PR-DGDSH/DDPC-001 rev.03 con las siguientes etapas:

1. Viabilidad, menciona políticas de operación solicitud escrita, lista de interesados, localización, muestra solicitud del ciudadano Nicolasa Quiroz Martínez del 01.08.18; Identificación de solicitante, comprobante de domicilio, lista de interesados "Diagnóstico social" FO-SGC-DGDSH/DDPC-01 de la **colonia Palomares NTE-2/208** 1sin fecha, muestra "Diagnóstico jurídico" memorándum del 05.02.19
2. Muestra 1ª Convocatoria a asamblea FO-SGC-DGDSH/DDPC-03 para el 15.02.19 con fecha. Hora, domicilio y orden del día; muestra registro de participantes FO-SGC-DGDSH/DDPC-04 del 15.02.19, presenta acta de improcedencia.
3. Muestra segunda convocatoria para el 26.02.19, muestra registro de participantes FO-SGC-DGDSH/DDPC-04 del 26.02.19.
4. Muestra acta de asamblea constitutiva de comité de colonos del 26.02.19 FO-SGC-DGDSH/DDPC-06 con las respectivas firmas.
5. Muestra ejemplo de **Colonia Industrial NTE-1/2018** de 3ra convocatoria FO-SGC-DGDSH/DDPC-03.

Identifican como salidas no conformes el llenado incorrecto del acta y que no se lleve adecuadamente la convocatoria, hasta la fecha no se han presentado.

Indicador de satisfacción ciudadana, muestra enero-abril con una calificación de 9.2 arriba de la meta que es de 8.0

Procedimiento para otorgar apoyos sociales a personas

Muestra oficio de seguimiento del 06.06.19 a petición de folio **4504** de solicitud ingresada el 31.05.19 por medicamento a través del agente de cambio **Daniel Hernández Arriaga**. Mismo que aparece en lista de capacitación del 10.07.19.

Muestra capacitación para reforzamiento del llenado de formatos derivado de auditoría interna.

Muestra Análisis OTIDA del procedimiento, anexo B, donde concluyen el tiempo promedio de 29 días y muestran registro de los tiempos por mes en el archivo "Base 2019 Mensual", sin embargo mencionan que comenzarán a medir los tiempos y a dar seguimiento puntual a las solicitudes pendientes.

Presenta evaluación de la eficacia de las acciones-riesgos del 08.03.19 menciona 100% personal mejor orientado (Promotores, Delegados y Ciudadanía).

Menciona que la revisión de riesgos se tiene que realizar en estas fechas y esperan que la probabilidad de ocurrencia del riesgo disminuya.

Se rigen por el Reglamento Interior de la Administración Pública Municipal de León Guanajuato y el Manual de lineamientos para el otorgamiento de apoyos sociales a la población vulnerable y situación de emergencia y para el fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil y Lineamientos Generales en materia de racionalidad austeridad y disciplina presupuestal de León Guanajuato.

Mencionan que cuentan con certificación de promotores en la que fueron evaluados los agentes de cambio en aptitudes y comportamientos sociales.

Muestran expediente del folio **3668** de Alejandra López Hernández de Puerta del Cerro por salud apoyo por gastos hospitalarios para su hija.

1. Ingreso solicitud del 22.04.19
2. Revisión de solicitud (dentro del catálogo de servicios del manual del 10.04.19 en el apartado VII Salud que comprende "hospitalización", monto aprobado \$10,000.00, no se ha otorgado ayudas previas en el año en curso de acuerdo a "Base 2019"), sellada por Delegada Dora Cárdenas.
3. Muestra estudio socioeconómico FO-SGC-DGDR/DPGC-03 del 02.05.19 realizado por Liliana Berenice Caudillo Ortega
4. Entrevista y solicitud de requisitos muestra credencial, curp, comprobante de domicilio, control del paciente, curp de la hija, acta de nacimiento, presupuesto.
5. Trámite con proveedor, muestra factura 8057 del 30.05.19 de Policlínica de Especialidades Médicas S,A de C.V.
6. Solicitud de pago FO-SGC-DGDR/DPGC-02 del 11.06.19 con firmas de Director de área y Director General y sello de ingreso del 26.06.19 para pago.
7. Muestra FO-SGC-DGDR/DPGC-01 Recibo del 03.06.19

Muestra indicador de apoyos sociales entregados, meta 90 apoyos trimestrales. Muestra calificación de 10 de 18.01.19
Muestra resultados de encuesta de satisfacción ciudadana con una calificación de 10.

Juana Edith Moreno Sánchez, puesto Jefatura de Control de Gestión Ciudadana, menciona participación en la política de calidad mejora del servicio de atención a los ciudadanos, muestra impresa una difusión de la misma.



Procedimiento de atención de reportes y quejas ciudadanas de alumbrado público

Cuentan con un reporte "Reporte mensual Pulso" para el monitoreo de reportes por colonia, presentan el reporte al 19.08.19 ejemplo Fraccionamiento Paseo de las Torres con 34 reportes el año, Colonia Periodistas Mexicanos con 25 y Lomas del Mirador con 23; muestra ejemplo de Fraccionamiento Villas de San Juan con 11 reportes, identificaron situación de vandalismo y realizaron modificación de alimentación eléctrica. Muestra oficio del 05.07.18 al proveedor Industrias Sola Basic S.A de C.V. para la intervención en colonias en la que aparece Villas de San Juan.

Basados en la NOM001:2012, cumplimiento como conector continuo; Instalaciones eléctricas, NOM-013-ENER-2013, cumplimiento de iluminancia mínima; y la NOM-031-ENER-2012 cumplimiento de la eficacia lumínica.

Muestran evaluación de la eficacia de las acciones del 29.04.19 en el FO-DGDI/DMA/SSGC-R03 en donde describen mejores calificaciones en el reporte FO-DGDI/DMA/SSGC-PC06, muestra evolución de calificación de 9.1 de abril a 9.7 a julio 2019. Reconocimiento como una de las dependencias mejor calificadas en las encuestas de percepción ciudadana.

Cuentan con un indicador de atención a quejas y reportes ciudadanos de alumbrado público, con el rango de cumplir como mínimo con 80%, muestran resultados de mayo 94%, junio 92% y julio 85%.

Mencionan que les afecta la temporada de lluvias para la atención de reportes, una acción para mitigar es la tercera etapa de modernización de alumbrado público, migración de instalaciones subterráneas a aéreas.

Seguimiento de reportes, mantenimientos preventivos como riesgos
Materiales (grúas, herramientas)
Adquisición de equipo nuevo (grúas)

Mencionan debilidad de maquinaria con antigüedad
Rutinas de inspección a equipos hidráulicos

Equipo de seguridad (casco, lentes, guantes y ropa de trabajo) y encargado de cuadrilla que revisa el ambiente de los procesos, mencionan **bajo índice de accidentes** mediante uso de tecnología (Grúas con sistema de autoprotección, gatos hidráulicos de soporte) disminución de uso de cinta de aislar por el uso de mangas termocontractil y revisión de uso de equipo de protección.

Muestra lista de asistencia de cursos de capacitación para personal de campo "taller de mantenimiento a luminarios tipo LED marca construlita".

Ejemplo Folio **112204** vía atención interna de Fraccionamiento Saucillo de la Joya del 15.07.19

1. Registro (atención directa, SAC, Vía Directa) e impresión
2. Atención por Gerardo García como reclamo el 07.08.19 atendido 10.08.19, se cambió fotocontrol, se probó ok. Muestra reporte de trabajo de alumbrado del 10.08.19, muestra resguardo de material fotocontrol código 2460100273. Muestra resguardo de herramienta Folio #24959 describe arnés, guantes como EPP y conos.

Muestra folios de Villa de San Juan I y II en SAC con 21 reportes del mes de julio. Ejemplo folio **111959** reportado el 12.07.19, fecha de atención 15.07.19 reportado por AM Línea Directa. Asignado a Gerardo Morado

Folios **113431** y **113209** sin atención en sistema.

Procedimiento para proporcionar asesoría jurídica

Identifican como riesgo el que no prospere el juicio de nulidad, muestra plan de acción el análisis exhaustivo del asunto planteado e informar al particular el riesgo existente que no prospere con fecha del 27.04.18. Muestra minuta como ejemplo del 21.03.19 "solicitud de suspensión en demandas de tránsito". Muestra minuta del 10.01.19 para evaluar las acciones establecidas para minimizar los riesgos, en la que mencionan que han sido efectiva ya que todos los casos han sido nulidad total con beneficio para el ciudadano.

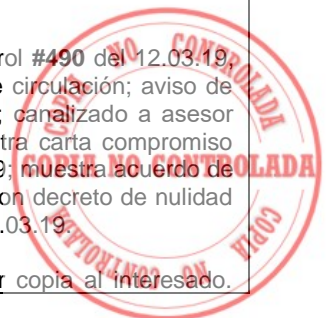
Muestra "resoluciones 2019" en los que se identifican 33 asuntos determinados con nulidad total hasta lo que va de agosto.

Reglamentación aplicable para los actos de las dependencias de acuerdo a los casos y Código de procedimiento y justicia administrativa para el Estado y los Municipios de Guanajuato.

Presenta procedimiento PR-SGC/DOMA-01 rev 02

Ejemplo: Expediente del ciudadano **Abelardo Antonio Hernández Hernández**, muestra ficha de control #490 del 12.03.19, muestra documentos solicitados dependiendo del caso: acta de infracción, recibo de pago y tarjeta de circulación; aviso de privacidad #345 firmado por el ciudadano; captura en Excel "asesorías" del sentido de la resolución; canalizado a asesor jurídico Lic. Ricardo González Barrietos; Caso de tránsito por estacionarse en lugar prohibido; muestra carta compromiso ficha de control #490; muestra proyecto de demanda con sello de Juzgados Administrativos del 01.04.19; muestra acuerdo de admisión de demanda del 04.04.19; copia de contestación 03.05.19; muestra resolución del 13.08.19 con decreto de nulidad total. Muestra cita para el 29.03.19 a las 14:30 hrs. y documento con fecha y firma del ciudadano del 29.03.19.

Consideran como propiedad del cliente sus expedientes los cuales protegen y sólo pueden entregar copia al interesado.



Muestra constancia del 20.08.19 de **Odilia Duarte Duarte** de recepción de documento original Tarjeta de Circulación a su nombre, cuentan con aviso de privacidad.

Identifica como salidas no conformes: número, fecha o datos personales establecidos incorrectamente en ficha de control y no tener la demanda en el tiempo establecido.

Muestra indicador de porcentaje de juicios de nulidad en tiempo (100% en menos de 15 días). En los meses de mayo, junio, julio y lo que va de agosto no se han excedido los 15 días.

Muestra ficha 1827 citado para el 14.08.19 y se presentó el 20.08.19 registrando comentario de retraso.

Procedimiento de pagos

Se cuenta con procedimiento de pagos PR-TM/DGE-01 en donde se establecen las actividades a ejecutar.

Para el procedimiento de pagos dentro del análisis de riesgos PR-TM/DGE-01, se identificó en Marzo del 2018: No realizar los pagos por información incompleta el que es calificado como serio a nivel estratégico.

Se muestra plan de acción de análisis de riesgos FO-DGDI/DMA/SSGC-R02 en donde se establece la acción: Enviar correos en tiempo y forma a las dependencias que presenten alguna inconsistencia o rechazo en sus solicitudes, para que éstas puedan dar atención oportuna y corrijan los errores.

Se muestra evidencia de la evaluación de la eficacia de las acciones – riegos FO-DGDI/DMA/SSGC-R03, dentro de la evaluación, se establece que la acción fue efectiva, sin embargo “se tuvo un cambio de sistema y esto propició el incremento nuevamente de los rechazos. El plan de acción que es documentar este escenario, nos dá la directriz que se debe seguir para solucionar ésta situación en caso de que se presente”.

Aun cuando dentro del mismo documento se establece: “Se va a realizar el cambio del plan de acción con la finalidad de realizar nuevas acciones de mejora para mitigar nuestro riesgo”, no es posible mostrar evidencia de ésta actualización. La revisión de la efectividad de las acciones para reducir el riesgo, se realizó el 06 de Marzo del 2019.

(Área de Oportunidad 5)

Dentro del Anexo A del PR-TM/DGE-01, se establece como indicador de cumplimiento mensual el pago y como objetivo: realizar los pagos programados de acuerdo a las solicitudes ingresadas por las dependencias centralizadas y descentralizadas.

En el manual de procedimientos de la Dirección General de Egresos, se establece en :

2 Dirección de presupuesto

2.1 Procedimientos generales de la ventanilla de recepción de solicitudes de pago

2.1.2 Todo y trámite de pago deberá entregarse de acuerdo a los formatos que emite el Sistema OPERGOB y la documentación deberá enviarse en original y copia a la ventanilla de egresos todos los días lunes a viernes, en un horario de 9:00 am a 10:00 am, el pago de dicho trámite se realizará a 7 días hábiles, contando a partir de un día después de su ingreso.

Aun cuando se establece que la medición del indicador se realiza de forma mensual, no es posible mostrar evidencia de su medición ni de su cumplimiento. **(Área de Oportunidad 6)**

Se toman como muestra las solicitudes de pago del mes de Marzo:

1315/0103/OEMP FIN 18 YAÑE

La solicitud es tramitada por la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales.

Número de factura 105

Fecha de ingreso 02/ Abril/2019

Pago a Yañez Álvarez Rodrigo Cuauthonalli

Importe de \$63,000.00

Concepto: Pago único y finiquito de arrendamiento.

Se muestra evidencia de la revisión de control presupuestal de fecha 02 de Abril del 2019.

Se muestra evidencia de la entrega a contabilidad con el Reporte de Lotes Ventanilla con fecha 03 de Abril del 2019.

Dentro del DIOT 2019 Abril, se muestra la captura de la información de los comprobantes para la Declaración Informativa de Operaciones con Terceros DIOT.

Se muestra evidencia de las pólizas contables aplicables a la factura 105 relativa al pago. En el Reporte de Lotes Ventanilla, se registra la solicitud de transferencia de fecha 08 Abril 2019. Se muestra transferencia electrónica para pago de factura 105 de fecha 09 de Abril del 2019, validaciones, revisiones y autorizaciones.

Se muestra evidencia de la relación de entrega al archivo de los pagos realizados.



Dentro del procedimiento se establece que la información generalidades recopilada y entregada al encargado de archivo. Se establece dentro del contrato OC 375 con un tercero, el resguardo de la información y servicios de almacenamiento con una vigencia de 1 año.

Liberación de servicios

De acuerdo a los procedimientos se presenta la liberación del servicio:

“Procedimiento de atención de reportes y quejas ciudadanas de alumbrado público”

Folio **112204** vía atención interna de Fraccionamiento Saucillo de la Joya del 15.07.19

3. Registro (atención directa, SAC , Vía Directa) e impresión
4. Atención por Gerardo García como reclamo el 07.08.19 atendido 10.08.19, se cambió foto control, se probó ok. Muestra reporte de trabajo de alumbrado del 10.08.19, muestra resguardo de material foto control código 2460100273. Muestra resguardo de herramienta Folio #24959 describe arnés, guantes como EPP y conos.

Muestra folios de Villa de San Juan I y II en SAC con 21 reportes del mes de julio. Ejemplo folio **111959** reportado el 12.07.19, fecha de atención 15.07.19 reportado por AM Línea Directa. Asignado a Gerardo Morado

“Procedimiento de pagos”

Se toman como muestra las solicitudes de pago del mes de Marzo:

1315/0103/OEMP FIN 18 YAÑE

La solicitud es tramitada por la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales.

Número de factura 105

Fecha de ingreso 02/ Abril/2019

Pago a Yañez Alvarez Rodrigo Cuauthonalli

Importe de \$63,000.00

Concepto: Pago único y finiquito de arrendamiento.

Se muestra evidencia de la revisión de control presupuestal de fecha 02 de Abril del 2019., entrega a contabilidad con el Reporte de Lotes Ventanilla con fecha 03 de Abril del 2019; Dentro del DIOT 2019 Abril, y captura de la información de los comprobantes para la Declaración Informativa de Operaciones con Terceros DIOT.

Pólizas contables aplicables a la factura 105 relativa al pago. En el Reporte de Lotes Ventanilla, se registra la solicitud de transferencia de fecha 08 Abril 2019. Se muestra transferencia electrónica para pago de factura 105 de fecha 09 de Abril del 2019, validaciones, revisiones y autorizaciones.

Salidas no conformes

En los procedimientos auditados, se observa que existe una adecuada identificación y registro de las Salidas No conformes:

Procedimiento para la cobranza de la cartera vencida

Muestra registro de salidas no conformes FO-DGDI/DMA/SSGC-SNC02 con ejemplo de 6 registros, ejemplo del último de ellos CCO/143/19 Situación jurídica de las cuentas que transfirió CEMEX del 13.08.19 en la que se detectó un error, muestra memorándum con folio CCO/143/19 con cuentas relacionadas solicitando a Jurídico revisión de cuentas transferidas

Procedimiento de inspección de inmuebles

Identifican tres salidas no conformes: Documentación incompleta del acta circunstanciada, asignación desfasada de la orden de inspección y falta de material y equipo para realizar inspección; sin embargo no se han presentado a la fecha, muestra bitácora FO-DGDI/DMA/SSGC-SNC01 y registro de salidas no conformes mencionando que no se han presentado en los meses de enero a julio.

Procedimiento para la constitución de comités de colonos

Identifican como salidas no conformes el llenado incorrecto del acta y que no se lleve adecuadamente la convocatoria, hasta la fecha no se han presentado.

Evaluación del desempeño

Satisfacción del cliente

La evaluación de la satisfacción ciudadana en materia de servicios públicos, seguridad ciudadana, régimen interior, acciones en materia de desarrollo social, desarrollo económico, y medio ambiente, se realiza a través de la evaluación de percepción. Los resultados fueron del 9.6

La retroalimentación de las partes interesadas:

H. Ayuntamiento: se realizó presentación de resultados y se apoya la continuidad del SGC.

Sector privado, ciudadanía, sector social: Se evalúa a través de la encuesta de percepción ciudadana también



Análisis y Evaluación

El seguimiento con el cumplimiento del plan de gobierno se realiza por Políticas Públicas y dentro del Plan 2018 – 2021, se establece que la evaluación, seguimiento y gestión de resultados se llevará a cabo de manera coordinada al interior de la Administración Pública Municipal. El seguimiento del cumplimiento de los indicadores estratégicos y de impacto asociado a cada uno de los programas estratégicos, se realizará con el IMPLAN tomando como base los indicadores, asociados a la meta trianual, la unidad de medida y la tendencia deseable.

La alimentación de la información por parte de las dependencias se realiza de forma mensual en la plataforma SISPB (Sistema de Presupuesto Basado en Resultados)

Esta información se toma como base para el Reporte de avance de programa de gobierno en donde se incluye la información : eje, objetivo, estrategia, nombre de la Unidad responsable, clave del programa, nombre del programa, indicador, acción vinculada, meta trianual y unidad de expresión de medida, programado para el año en curso, alcanzado mensual y el cumplimiento total.

Esta información se integra de forma anual para la elaboración del informe de gobierno.

Se cuenta con el avance de metas en donde se realiza el avance mensual de los compromisos de las metas de las dependencias.

Se muestra seguimiento los acuerdos y los resultados del mismo, al programa de gobierno con la mesa de trabajo asignada: Desarrollo de una cultura de Paz.

Resultados de mesas de trabajo: 10 al 14 de Junio

El resultado fue del 20.18% y desarrollo de una cultura de la paz del 25.65%.

Los resultados acumulados al mes de Julio del Nodo León Seguro el incluyente es del 24.04%, la estrategia del desarrollo de la cultura de la paz fue del 17.97%.

En el caso de incumplimiento, se realiza la reprogramación siempre analizando las causas de ésta y su replanteamiento se registra en las tarjetas de cada programa.

Auditoría Interna

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

La ultima auditoría realizada fue con fecha 24 al 28 de junio del 2019 de acuerdo a la programación anual de auditorías internas debió realizarse en el mes de Mayo y se ejecutó en el mes de Junio; el cambio se documentó en la revisión por la dirección

De acuerdo al programa de auditorías internas de SGC, se programaron todos los procesos y requisitos del sistema de gestión DGI/SSGC-AI04 de acuerdo con el alcance del Sistema de Gestión.

Se muestra evidencia de guía de apoyo para auditoría FO-DGDI/DMA/SSGC-AI13 / AI05. Para toda la auditoria, se muestra evidencia de las listas de FO-DGDI/DMA/SSGC-AI08

El concentrado de las no conformidades se realiza en el informe de auditoría FO-DGDI/DMA/SSGC-AI09 Se identificaron 6 No conformidades menores, 27 comentarios y 8 oportunidades de mejora.

Dentro del reporte de hallazgos se define la calificación de los hallazgos; No conformidad mayor, no conformidad menor, recomendaciones de mejora y observación.

Se muestra evidencia de los oficios enviados para notificar los resultados de la auditoria. p.e. 05 de julio del 2019 Lic. Gloria Magaly Cano de la Fuente, directora de hospitalidad y turismo se identificaron 2 hallazgos (comentarios).

Para atender los hallazgos de la auditoria se generaron 6 acciones correctivas las que se encuentran cerradas.

Se muestra evidencia de la evaluación del trabajo de auditoría por parte de los auditados en donde se evalúa la forma en que se notifica la auditoria, La metodología utilizada para la realización de la auditoria, organización de la auditoria, auditoria en general a través del FO-DGDI/DMA/SSGC-AI11.

La competencia de los auditores se determina en el procedimiento de auditorías internas:

Calificación de la competencia:

Capacitación en formación de auditores internos

Experiencia: Equipo auditor debe tener como mínimo 6 meses trabajando en la administración pública. Líder 1 año



trabajando en la administración pública.

Revisión por la Dirección

La revisión de la efectividad del Sistema de Gestión, se establece a través del instructivo de revisión por la dirección, IN-DGDI/DMA/SSGC-01-01 Rev. 04.

La rendición de cuentas se realiza 2 veces al año

Se han realizado revisiones por la dirección en: 17 Mayo del 2019 y el 08 de Julio del 2019.

Dentro de la revisión por la dirección se evaluaron todos los elementos de entrada de lo que destaca:

Cambios en cuestiones internas y externas:

- Se sumarán al SGC los procesos de Dirección General de Gestión Ambiental, Seguridad Privada y Desarrollo Rural, aún se evalúan los procedimientos que se integrarán para alinearlos a los requisitos, ésta integración iniciará en el mes de Septiembre 2019.
- Se dieron de dentro del Sistema de Gestión :

Dependencia	Proceso	Procedimiento	Fecha de Baja
DIF	Desarrollo Social	Procedimiento para el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescente en situación o riesgo de calle	05 Marzo 2019
Gestión Ambiental	Medio ambiente y espacios recreativos	Mantenimiento de espacios públicos	29 Marzo 2019
Parque metropolitano	Medio ambiente y espacios recreativos	Mantenimiento de espacios públicos	17 Enero 2019
Secretaria del H. Ayuntamiento	Unidades de Enlace	Solicitudes de mediación - comparecencias	09 Noviembre 2018
Sistema Integral de Aseo Público	Servicios Públicos	Procedimiento para la realización de talleres de educación ciudadana	20 Noviembre del 2018

Con el proyecto de certificación de auditores del SGC se aumentó la plantilla a 45.

a) Desempeño y eficacia del SGC:

c.1) Satisfacción del cliente y retroalimentación: Los resultados de percepción ciudadana fueron del 9.6 comunicado el resultado en Junio del 2019.

La retroalimentación de las partes interesadas:

H. Ayuntamiento: se realizó presentación de resultados y se apoya la continuidad del SGC.

Sector privado, ciudadanía, sector social: Se evalúa a través de la encuesta de percepción ciudadana; los resultados obtenidos fueron 9.6.

c.2) Grado de cumplimiento de objetivos de calidad:

- 1) Satisfacción del ciudadano, se cumplió con un 9.5 de calificación
- 2) Solución oportuna de quejas a los usuarios : 9.2
- 3) Tiempos de atención a servicios y trámites: 9.3
- 4) Fortalecimiento de competencias del personal: 9.7
- 5) Satisfacción laboral del servidor público: 8.3

Se determina que el cumplimiento de los objetivos fue satisfactorio.

c.3) Desempeño de los procesos y conformidad de los servicios: Se muestra tablero de medición del sistema de gestión de calidad FO-SGC-11, se muestra que los indicadores cumplen.

c.4) No conformidades y acciones correctivas:

Se han generado 202 acciones correctivas, 104 preventivas, de las cuales 196 correctivas se encuentran cerradas y 6 abiertas. Todas las preventivas cerradas.

c.5) Resultados de seguimiento y medición: Del resultado del tablero FO-SGC-11, se genera un promedio general de 9.4 de desempeño.

c.6) Resultados de auditorías: Se llevó a cabo la auditoría interna del 24 al 28 de Junio del 2019, en donde se identificaron 6



no conformidades menores 8 oportunidades de mejora y 27 comentarios. Se auditaron 32 dependencias. Se generaron 6 acciones correctivas.

c.7) Desempeño de los proveedores externos: Se realizó la evaluación de desempeño en el cuatrimestre Marzo – Junio no existió ningún proveedor penalizado.

b) *Adecuación de los recursos:*

Se determinó que los recursos asignados fueron adecuados, se proyecta que en el mes de Septiembre, “Los dueños de cada proceso determinarán los recursos necesarios, para la implementación de los procesos del SGC”

c) Eficacia de las acciones tomadas para bordar riesgos y oportunidades:

Se identificaron 128 riesgos, de los cuales 121 se verificó su eficacia y 7 se encuentran sin verificación, por lo que el 95% de los riesgos se han evaluado en si eficacia, éstas verificaciones se realizan a través de reuniones, las que se llevaron a cabo en Noviembre del 2018, Marzo del 2019 y Julio 2019. Se determina que para atender éstos riesgos que 115 acciones fueron eficaces y 6 no eficaces.

Para las acciones no eficaces se establecieron nuevos planes de acción para atender los riesgos.

Eficacia para abordar oportunidades: se identificaron 179 oportunidades detectadas para abordarlas se establecieron 182 acciones de las cuales se han realizado 141 lo que representa un 77% de acciones implementadas. Las acciones se han determinado como eficaces.

d) Oportunidades de Mejora:

- Auditorías internas se lleven a cabo en sitio para obtenerla mayor información y evidencia posible. (Se llevan a cabo de ésta manera)
- Mayor participación de directivos y dueños de procedimientos en el seguimiento del SGC (Se llevan a cabo reuniones, entrega de información en comunicados, oficios etc.)
- Capacitaciones para la formación de los enlaces del SGC (Se proporcionó capacitación de AI)
- Verificación y evaluación de los riesgos (Se llevan a cabo reuniones cada 4 meses en un formato estándar)

Salida de la revisión:

a) Oportunidades de mejora:

- Continuar con el aumento de la participación
- Invitar a mas colaboradores a formar parte de la plantilla de auditores del sistema de gestión de calidad
- Continuar con las capacitaciones
- Continuar con auditorías en sitio.

b) Necesidades de cambio del SGC:

Cambio en fechas de Auditoría de mantenimiento en el mes de Agosto.

c) Necesidades de recursos: Se actualiza política de recursos, se solicitan recursos para capacitaciones.

La promoción del enfoque basado en procesos así como el pensamiento basado en riesgos, se realiza a través de la comunicación interna. El último comunicado enviado se realizó el 19 de Julio del 2019, en donde se tocan temas relacionados con la identificación, evaluación y resultados del enfoque basado en riesgos.

Mejora

Mejora

Para la elaboración del programa de gobierno 2018 – 2021, se muestra una mejora en el enfoque del análisis y estructuración del mismo lo que facilita la interacción e integración transversal al determinar programas que están interrelacionados y no como programas individuales por dependencia. El programa tiene un enfoque de sistema.

NODOS:

León Seguro e incluyente
León Compacto, inteligente y conectado
León Educado e innovador
León Atractivo, competitivo y divertido
León Saludable y sustentable.

No conformidad y acción correctiva

De acuerdo con lo establecido dentro del procedimiento de Acciones Correctivas PR-SGC/M-09, Rev. 6. De fecha 25 de Enero del 2019 se llevan a cabo las acciones correctivas.

Los elementos detonantes de una acción correctiva pueden ser: 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 utilizan Diagrama de se establece diagrama de Ishikawa, Pareto, Histogramas a partir del cambio del procedimiento Rev. 05 del 10 de Septiembre del 2018. Se realizó capacitación de los métodos y en mesas de trabajo de asesoré en el uso.

Las últimas acciones correctivas generadas se derivaron de la auditoria interna del Junio del 2019. De ésta auditoria se generaron 6. (Folios del 298 al 303) Estas acciones se encuentran cerradas.

VERIFICACION DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS DERIVADAS DE AUDITORIA DE CERTIFICACION

Para atender las no conformidades derivadas de la auditoria de certificación, se generaron 4 acciones correctivas de las que se verifica su efectividad:

AE01-2018

Hallazgo:

Aun cuando se llevan a cabo las actividades de selección inducción, capacitación y evaluación del desempeño no es posible mostrar evidencia delas competencias definidas dentro del perfil de puestos.

Verificación de la efectividad:

Revisión de expedientes con competencias de acuerdo al perfil.

AE02-2018

Hallazgo:

Aún 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.

Verificación de la efectividad:

Dentro de la revisión por la dirección se MC-SGC-01 Rev.06 en el requisito 6.2.2 Planificación de los objetivos, se mostró el cuadro de planificación de objetivos en donde se establece el Objetivo, que se va a hacer, recursos, responsable, cuando finalizará, como se evaluará.

AE03-2018

Hallazgo:

Si bien cuentan con la bitácora de salidas no conformes con los diferentes tipos de ellas y su tratamiento, no todas las identificadas son salidas no conformes con respecto a los requisitos que tenga efecto sobre la conformidad de los servicios.

Verificación de la efectividad:

De acuerdo con lo revisado durante la auditoría, se observa que la identificación, seguimiento y registro de las salidas no conformes es más claro.

AE04-2018

Hallazgo:

No es posible mostrar evidencia de que las acciones 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.

Verificación de la efectividad:

Dentro de la auditoria interna del 24 al 28 de Junio del 2019, no se identificaron nuevamente éstos hallazgos.

Desviación en el plan de auditoria y su justificación	No se presentaron desviaciones en el plan de auditoría
Modificación en el programa de auditoria	No se modificó el programa de auditoría.
Cambios significativos, que afecten el sistema de gestión del cliente desde la última auditoría;	El mayor cambio identificado es el ajuste en el alcance de los procedimientos correspondientes a cada proceso por dependencia. Tienen considerado incorporar algunos adicionales antes de la próxima auditoría de mantenimiento.
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 style="text-align: center;">Ejemplo: Medios Electrónicos (Ejemplo pagina Web)</p> <p style="text-align: center;">Papelería o medios publicitarios escritos.</p> <p style="text-align: center;">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

1	Se identifica dentro de los procedimientos auditados que de forma general se ha realizado la evaluación de los riesgos sin embargo no en todos los casos se ha medido el impacto de las acciones (ocurrencia – impacto).
2	De acuerdo PR-DGDI/DMA/SE-03 Rev. 02 Rev. 02 debe realizarse una revisión del cumplimiento de los requisitos para iniciar el reclutamiento y selección. Dentro del E flow se identifica el folio de solicitud 60-42899 A/ 14191 Auxiliar Administrativo, al que se validó la vacante, aun cuando no cumplía con los requisitos establecidos en la descripción de puestos 12 Julio 2019. Contratación 29 Julio 2019.
3	La administración de los folios para las solicitudes de mantenimiento correctivo deben ser atendidas y cerrarse en un plazo no mayor a 3 días de su registro. Sin embargo se identifican folios de registro de servicios atendido y que no han sido cerrados por lo que existe la probabilidad de que el indicador de medición de desempeño se vea mermado en su resultado. Folio: 9016 de fecha del 15 de Agosto del 2019. Fecha de cierre de folio: Abierta
4	Protección civil (Inspección de inmuebles): Si bien muestra libreta con registro de actividades que incluye asignaciones de trabajos, en la cual se identifican los ejemplos revisados 232/2019 y el 1783, de acuerdo al procedimiento PR-SSP/DGPC-02 rev.06 menciona que anota la respuesta en el registro digital “control de petición de inspección” sin embargo el último registro es del 23.04.19 del folio 734. Tal información contiene los registro de los folios, tiempos de respuesta e inspector asignado. Procedimiento de pagos:
5	Se establece para la medición del indicador “Realizar pagos programados de acuerdo a las solicitudes ingresadas por las dependencias centralizadas y descentralizadas” con periodicidad de medición mensual, sin embargo, no es posible mostrar evidencia de su medición ni de su cumplimiento.
6	Aun cuando dentro del Formato de Plan de Acción para atender los riesgos, se establece “Se va a realizar el cambio del plan de acción con la finalidad de realizar nuevas acciones de mejora para mitigar nuestro riesgo”, no es posible mostrar evidencia de ésta actualización. La revisión de la efectividad de las acciones para reducir el riesgo, se realizó el 06 de Marzo del 2019.

Sección 5.- Resumen de No conformidades detectadas

No conformidades menores	0	No conformidades mayores	0
Área o Documento	NCR Ref. Iniciales Auditor	Descripción	Cláusula
---	---	----	

Sección 6.- Confirmación y Conclusiones

6.1 Indicar si se han cumplido los objetivos de auditoria de acuerdo a la Sección 1 del presente Reporte, en caso de ser negativo indicar las razones	
---	--



(X) Si () No Por qué: _____

6.2 Las actividades de auditoria cubrieron el alcance de certificación definido por el cliente en la Sección 1 del presente Reporte, en caso de ser negativo indicar las razones

(X) Si () No Por qué: _____

6.3 Basados en la revisión de la documentación del Sistema de Gestión de la compañía y en los resultados de la Auditoria en sitio, se hace la siguiente recomendación.

RE	Recomendación para la certificación	----	N/A
MA	Recomendación para mantener la certificación	X	
AB	Abierto	----	
VE	Recomendación para llevar a cabo una visita especial	----	
NI	Recomendación para una nueva visita inicial	----	

Sección 7.- Fecha tentativa para la próxima visita

Agosto 2020

Líder de equipo auditor	Claudia López
Fecha	22 Agosto del 2019
Firma	