

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 1 DE 20

NO. DE AUDITORIA INTERNA	12
AUDITOR LÍDER:	Gema Edith García Macías.

DOCUMENTO DE REFERENCIA:	Norma ISO 9001:2015 y su homóloga Mexicana NMX-CC-9001- IMNC-2015.
---------------------------------	--

OBJETIVO
Verificar que el Sistema Gestión de Calidad de la Presidencia Municipal de León, cumple continuamente con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 y su homóloga Mexicana NMX-CC-9001-IMNC-2015.

ALCANCE
Sistema de Gestión de Calidad de la Presidencia Municipal de León.

GRUPO AUDITOR
NOMBRE
Gema Edith Garcia Macias
Viridiana Pimentel Sanchez
Xochilt Barajas González
Carolina Mogollan Ornelas
Jazmín Paola López Vázquez
Luis Arturo Ruiz Mendoza
Omar Ulises Castillo Camargo
Araceli Piñón Vega
Fatima Lucia Ramirez Cervantes
Ernesto de Jesús Reyes Álvarez
Carolina Valadez Rivera
Adriana Loranca Aleman
Yael Judith Saldaña Hernández
Jorge Armando Arrona Manríquez
Lorena Patricia Solis García
Ernestina González Muñoz
Monica Guadalupe Ponce Durán
Rodolfo Chacón Torresdey
Juan Pablo Alvarado Villalobos
Evelia Martinez Perez
Adriana Montserrat Ortiz Torres
Oscar Gilberto Rojas Brizuela
José Cristian Urrutia Negrete
Juan Martín López Mendoza
Lizette Corporales Jiménez
Aurora Alicia Flores Flores



	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 2 DE 20

NO CONFORMIDADES	
En la revisión del Sistema de Gestión de Calidad se encontraron un total de:	
00	No Conformidades mayores NCM
05	No conformidades menores MCm
15	Recomendación de mejora RM
08	Observación O

NUM.	REQUISITO DE LA NORMA	DOCUMENTO DE REFERENCIA	
		AUDITADO	RESULTADO
4	Contexto de la organización		
4.1	Comprensión de la organización y su contexto	X	1
4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de partes interesadas	X	1
4.3	Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad	X	1
4.4	Sistema de gestión de la calidad y sus procesos	X	1
5	Liderazgo		
5.1	Liderazgo y compromiso	X	1
5.1.1	Generalidades	X	1
5.1.2	Enfoque al cliente	X	1
5.2	Política	X	1
5.2.1	Establecimiento de la política de la calidad	X	1
5.2.2	Comunicación de la política de la calidad	X	1
5.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	X	1
6	Planificación		
6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	X	2
6.2	Objetivos de la calidad y planeación para lograrlos	X	1
6.3	Planeación de cambios	X	1
7	SopORTE		1
7.1	Recursos	X	3
7.1.1	Generalidades	X	1
7.1.2	Gente	X	1
7.1.3	Infraestructura	X	1
7.1.4	Ambiente para la operación de los procesos	X	1
7.1.5	Recursos de seguimiento y medición	X	1
7.1.6	Conocimiento de la organización	X	1
7.2	Competencia	X	1
7.3	Conciencia	X	2
7.4	Comunicación	X	1
7.5	Información documentada	X	2,3
7.5.1	Generalidades	X	1
7.5.2	Creación y actualización	X	1
7.5.3	Control de la información documentada	X	1
8	Operación		
8.1	Planificación y control operacional	X	1
8.2	Requisitos para los productos y servicios	X	2
8.2.1	Comunicación con el cliente	X	1
8.2.2	Determinación de los requisitos para los productos y servicios	X	1
8.2.3	Revisión de los requisitos para los productos y servicios	X	1



	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 3 DE 20

NUM.	REQUISITO DE LA NORMA	DOCUMENTO DE REFERENCIA	
		AUDITADO	RESULTADO
8.2.4	Cambios en los requisitos para productos y servicios	X	1
8.3	Diseño y desarrollo de productos y servicios	No aplica	4
8.3.1	Generalidades	No aplica	4
8.3.2	Planeación del diseño y desarrollo	No aplica	4
8.3.3	Entradas para el diseño y desarrollo	No aplica	4
8.3.4	Controles del diseño y desarrollo	No aplica	4
8.3.5	Salidas del diseño y desarrollo	No aplica	4
8.3.6	Cambios en el diseño y desarrollo	No aplica	4
8.4	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente	X	1
8.4.1	Generalidades	X	1
8.4.2	Tipo y alcance del control	X	1
8.4.3	Información para proveedores externos	X	1
8.5	Producción y prestación del servicio	X	2,3
8.5.1	Control de la producción y prestación del servicio	X	1
8.5.2	Identificación y trazabilidad	X	3
8.5.3	Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos	X	1
8.5.4	Preservación	X	1
8.5.5	Actividades posteriores a la entrega	X	1
8.5.6	Control de los cambios	X	1
8.6	Liberación de productos y servicios	X	1
8.7	Control de salidas no conformes	X	3
9	Evaluación del desempeño		
9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación	X	2,3
9.1.1	Generalidades	X	1
9.1.2	Satisfacción del cliente	X	1
9.1.3	Análisis y evaluación	X	1
9.2	Auditoría interna	X	1
9.3	Revisión por la dirección	X	1
9.3.1	Generalidades	X	1
9.3.2	Entradas para la revisión por la dirección	X	1
9.3.3	Salidas de la revisión por la dirección	X	1
10	Mejora		
10.1	Generalidades	X	1
10.2	No conformidad y acción correctiva	X	1
10.3	Mejora Continua	X	1

Resultado:

1 = cumple;

2 = cumple básicamente / Recomendación de mejora ;

3 = no cumple / NO conformidad ;

4 = no aplicable / excluido



	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 4 DE 20

Recomendación de Mejora

7.5	<p>Durante la revisión al Procedimiento de quejas y denuncias PR-CM/DCS-01, dentro de las políticas de operación tienen determinadas las etapas de su procedimiento, con su descripción y generalidades incluyendo los tiempos de atención. En la etapa final de determinación no se tiene determinado el tiempo. Dentro de la entrevista de auditoría se indica que el tiempo para esta etapa final es de 10 días o más depende de la naturaleza del caso. Se recomienda documentarlo.</p> <p>En la misma revisión del Procedimiento de quejas y denuncias PR-CM/DCS-01, en la actividad 2.3 misma que determina: desahoga la pruebas y conduce las diligencias necesarias, determina que se utiliza el formato FO-CM/DCS-05 (oficios de comisión), sin embargo menciona que no siempre se va utilizar este formato ya que depende las evidencias recabadas, y en el expediente de evidencia entregado para realizar la trazabilidad no aplica el formato FO-CM/DCS-05, se recomienda documentarlo correctamente para que flujo de atención quede claro, ya que su procedimiento documentado da a conocer que en todos los casos de quejas y denuncias se utilizará dicho formato.</p> <p><i>Contraloría Municipal</i></p>
8.5	<p>Se realiza la recomendación en el Procedimiento de atención al usuario PR-JAM/ADVO-08, de poder ampliar el procedimiento con partes esenciales de la labor de los Juzgados Administrativos ya que se detecta solo la recepción y consulta de expedientes de manera estructural.</p> <p><i>Juzgados Administrativos Municipales</i></p>
7.5	<p>Durante la revisión del Procedimiento de consulta médica PR-SGC/DAC-01 se identifica en el apartado 4 .Descripción del procedimiento del punto 4.-Tratamiento, donde se describe la actividad no se empieza con 4.1 si no con 5.1.</p> <p><i>Dirección General de Salud</i></p>
7.3	<p>Durante la revisión del Procedimiento para la atención de visitas en grupo PR-PML/GV-001, a la hora de cuestionar a las dueñas del procedimiento sobre el conocimiento de diferentes requisitos de la norma ISO 9001:2015 (partes interesadas, objetivos del SGC, clima laboral, análisis de datos), aun cuando el cuestionario fue contestado, éstas no saben explicar los diferentes conceptos y su desarrollo, así mismo; se percibe el desconocimiento del mismo cuestionario de las responsables, por ende, desconocimiento de la norma ISO 9001:2015.</p> <p>Durante la auditoria interna del procedimiento de atención a visitas en grupo, las dueñas del procedimiento comentan no tener conocimiento del cambio de encuestas de percepción ciudadana 2021, aun cuando por parte de Desarrollo Institucional se envió esta</p>



	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 5 DE 20

Recomendación de Mejora

	información al titular del Parque Metropolitano por medio del oficio DGDI/DAP/0067/2021 el cual fue entregado el día 13 de enero en sus instalaciones <i>Parque Metropolitano de León</i>
8.5	Durante la revisión del Procedimiento de atención a mujeres en situación de vulnerabilidad PR-DS/IMMU-001, se recomienda acotar el alcance del procedimiento ya que se percibe que es muy alto en comparación con los recursos con los que cuenta la Institución. Pudiendo utilizar como parámetro el semáforo que usan. <i>Instituto Municipal de la Mujer.</i>
8.2	Durante la revisión del Procedimiento de talleres de capacitación PR-DS/IMMU-02, se recomienda tener información al público de cuando (con que tiempo de anticipación es necesario hacer la solicitud), quien (ciudadano/empresas), como (requisitos, documentos necesario, si requieren o no un espacio), que solicitar (Si un taller o una capacitación), el tiempo en se le resolverá su solicitud. <i>Instituto Municipal de la Mujer.</i>
7.5	Durante la revisión del Procedimiento de compras PR-TM/DGRMYSG-01, la descripción del procedimiento se hace referencia a varios términos como: Sistema Satélite, Cronograma, Dictamen Técnico Jurídico, Licitación restringida, Licitación pública Cuadro comparativo técnico económico, Comité de Adquisidores, Validación técnica, Daño patrimonial, Sanción, Pena convencional, se recomienda se definan que estos términos sean definidos en el glosario. <i>Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales.</i>
7.5	Durante la revisión del Procedimiento de pagos PR-TM/DGE-01, la descripción del procedimiento se hace referencia a varios términos como: DIOT, Sistema Oracle, Generación de Layout de Pago se recomienda se definan que estos términos sean definidos en el glosario. <i>Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales.</i>
8.2	En la revisión del procedimiento para el otorgamiento de apoyos del programa León Contigo PR-DAMIPYMES-01, Durante la entrevista se cuestionó que se le entrega al ciudadano una vez que se recibe su solicitud, se indicó que nada, que únicamente se le menciona que se le llamara por teléfono cuando se tenga información se recomienda entregar al ciudadano un recibo o un oficio en los caso de negación de su solicitud. <i>Dirección General de Economía.</i>



	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 6 DE 20

Recomendación de Mejora

7.5	<p>Durante la revisión del Procedimiento para la atención médica de rehabilitación física a personas con discapacidad PR-DIF-DAPDYR-01, hace referencia a un términos CEEMS, se recomienda hacer la definición en el glosario.</p> <p><i>DIF León.</i></p>
8.5	<p>Durante la revisión del Procedimiento de escrituración PR-IMVI/DAJ-01, se recomienda indicar desde un inicio cuando se genera la etiqueta y el número de expediente para su identificación y en la redacción de la descripción del procedimiento establecer también donde se generan los registros.</p> <p><i>Instituto Municipal de Vivienda</i></p>
9.1	<p>Durante la revisión del procedimiento para la Elaboración del Programa de Gobierno PR-SGC-M-11, se recomienda analizar las encuestas que se realizan de satisfacción del ciudadano ya que no hacen referencia al procedimiento que se lleva a cabo.</p> <p><i>IMPLAN</i></p>
9.1	<p>En la revisión del Procedimiento de actualización de perfiles y descripción de puesto PR-DGDI/DMA-SE-01, derivado que en el indicador del procedimiento es entregar el perfil de puesto validado en un plazo no mayor a 5 días, y en el procedimiento especifica que en caso de existir un error en el perfil de puesto se le envía a la dependencia solicitante para subsanarlo, se le cuestiono al auditado si dan un plazo para subsanarlo, lo que indicaron que no; Lo cual podría afectar los tiempos en el indicador, se recomienda determinar estas situaciones.</p> <p><i>Dirección General de Desarrollo Institucional</i></p>
6.1	<p>En el procedimiento de Alineamiento y asignación de número oficial PR-DGDU/DZ-01 se hace referencia a un tiempo de respuesta de 5 días hábiles sin embargo en la realidad no se está llevando a cabo el cumplimiento de este tiempo. Se tiene documentado en la matriz de riesgos se tiene documentado que reciben información complementaria tardía y por este motivo no cumplen con el tiempo estipulado.</p> <p>Las acciones determinadas en la matriz de riesgos no abonan a bajar el tiempo de respuesta, ya que solo avisan al ciudadano por medio de un oficio solicitándole más tiempo de respuesta.</p> <p><i>Dirección General de Desarrollo Urbano</i></p>
6.1	<p>Durante la revisión del procedimiento para el otorgamiento de apoyos del programa León Contigo PR-DAMIPYMES-01, no se identifica el seguimiento posterior a la entrega del servicio esto con el fin de garantizar que el equipo o producto entregado se use para los fines solicitados y realmente asegurarse que el programa León Contigo abona al desarrollo económico de los negocios. Se identifica que existe este riesgo (no se</p>



	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 7 DE 20

Recomendación de Mejora	
	encuentra definido) de que los equipos entregados se vendan, empeñen o se usen para otros fines distintos a los manifestados en la solicitud del ciudadano <i>Dirección General de Economía</i>



	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 8 DE 20

Observación	
7.5	<p>Se observa que en la revisión del Procedimiento de créditos de vivienda PR-IMUVI/DFA-01, en el apartado 9 Anexos, se da cuenta del formato denominado “Entrevista Socio Económica” mismo que no se encuentra enlistado como tal en el apartado 7 de Registros, así como, precisar el rubro “Expediente de crédito” por el formato “Chack List de Expediente de crédito” que se exhibió como evidencia en el desarrollo de la auditoria y por consiguiente, incluir este último en calidad de anexo en el apartado correspondiente.</p> <p><i>IMUVI</i></p>
8.4	<p>Durante la revisión del Procedimiento de Promoción Turística PR-DGHT/DPP-01, , al cuestionar el dueño del procedimiento sobre la satisfacción los servicios suministrados externamente comenta que el procedimiento termina cuando se concreta el pago, se observa el poder contar con una evaluación o un check list acerca de los servicios suministrados externamente con base a lo establecido en la cotización.</p> <p><i>Dirección de Hospitalidad y Turismo</i></p>
4.3	<p>Durante la revisión del procedimiento para Sistematización de padrones Programa de Vivienda para todos PR-DGDSH/PE-03, al reconocer las entradas y salidas se notan diferencias con lo plasmado en el requisito 4 y 5 formato FO-DGDI/DAP/SSGC-AP01 Alineación Programa de Gobierno. Adicional por las entradas y salidas del procedimiento y la forma en la que describen las actividades y el diagrama, el resultado que se obtiene no genera ningún bien o servicio al cliente, pues su salida es un padrón de beneficiarios, útil para la dependencia pero que no aporta lo plasmado en requisito 8.</p> <p><i>Dirección General de Desarrollo Social y Humano</i></p>
7.5	<p>En la revisión del Procedimiento para otorgar apoyos sociales a la población y para el fortalecimiento PE-DGDSH/SA-01, en los expedientes que muestran con Folio 2020-04169 y con Folio 2021-00188, se encuentran la Solicitud de Pago con la factura, que se enlista en el 4.3 de la descripción del Procedimiento y el Diagrama de Flujo, sin embargo se observa que en los registros y en los anexos no se documenta la existencia de estos formatos.</p> <p><i>Dirección General de Desarrollo Social y Humano</i></p>
7.3	<p>Durante la revisión del Procedimiento para el Mejoramiento de Vivienda PR-DGDR/DIR-04, se cuestionó al dueño del procedimiento conoce su indicador de eficacia, sin embargo no identifica claramente donde se establecen los resultados de este, y se identifica que no comprende claramente cómo es que se realiza el análisis y evaluación del SGC de la PML.</p> <p><i>Dirección General de Desarrollo Rural</i></p>
8.5	<p>En la revisión del Procedimiento expedición de licencias y permisos de conducir PR-SSP/DGTM-01, al hacer referencia de las actividades posteriores a la entrega, señalan que no existen ninguna, sin embargo se observa, que las encuestas de percepción ciudadana</p>



	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 9 DE 20

Observación	
	<p>constituyen una actividad posterior a la entrega, que permite obtener una valoración respecto al servicio o trámite, permitiendo, además, obtener una retroalimentación importante sobre nuestra labor.</p> <p><i>Dirección General de Tránsito Municipal</i></p>
7.5	<p>En la revisión del Procedimiento de atención ciudadana PR-SIAP/CJE-002, se observa que se puede unificar el nombre de los formatos o registros por ejemplo;</p> <p>Apartado 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO, Actividad 4.1 se menciona como; “solicitudes de atención ciudadana (FO-SIAP-34)”, y en el apartado 7. REGISTROS, se menciona como “Atención Ciudadana (FO-SIAP-34)” y en el apartado 9. ANEXOS se menciona igual que el apartado 7. REGISTROS. No obstante, en el apartado aparece el título del formato y se adjunta la imagen de impresión de pantalla de otro registro “FO-SIAP-08 Libro de registro de reportes de atención ciudadana” y en seguida aparece la impresión de pantalla del formato correcto (ver página 16 de 20 y 17 de 20).</p> <p>Apartado 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO, Actividad 4.2 se menciona como; “Libro de Reportes del área de atención ciudadana (FO-SIAP-08)”, en el apartado 7. REGISTROS, se menciona como “Libro de Registro de Reportes de Atención Ciudadana (FO-SIAP-08)”.</p> <p>Apartado 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO, Actividad 6.14 se menciona como; “sanción de cortesía (FO-SIAP-32)”, y en el apartado 7. REGISTROS, se menciona como “Sanción Cortesía (FO-SIAP-32)”.</p> <p>Apartado 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO, Actividad 6.19 se menciona como; “seguimiento de limpieza (FO-DIAP-24) y en el apartado 7. REGISTROS, se menciona como “Solicitud de seguimiento de limpieza de lote baldío (FO-SIAP-24), en el apartado 9. ANEXOS en la impresión de pantalla del documento aparece con el nombre “Solicitud de seguimiento de limpieza (FO-SIAP-24)”.</p> <p><i>SIAP</i></p>
7.3	<p>Durante la revisión del Procedimiento de uso de instalaciones PD/DI/03 y el Procedimiento de Atención a Deportistas y Entrenadores en Competencias Deportivas Nacionales e internacionales PD/DSAR/01, se observa que los dueños de los procedimientos no dan respuestas claras a los cuestionamientos y al conocimiento de la norma y sus implicaciones con su procedimiento y con ello al SGC.</p> <p><i>COMUDE León</i></p>



	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 10 DE 20

NO CONFORMIDADES		
No.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	REQUISITO
1	<p><u>No conformidad menor:</u> No se mostró evidencia del seguimiento a la medición de clima laboral.</p> <p>En la revisión del Procedimiento expedición de licencias y permisos de conducir PR-SSP/DGTM-01, al cuestionar sobre la medición del clima laboral, se identifica una calificación obtenida, para la dependencia en el año 2020 fue de 7.64, por lo que amerita derivar e implementar un plan de acción, sin embargo no se presenta evidencia del plan de acción, al referir el dueño del procedimiento, que, al tratarse de una calificación de la dependencia, no tiene la información disponible.</p> <p><u>Requisito:</u> 7.1.4. Ambiente para la operación de los procesos La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.</p> <p>NOTA Un ambiente adecuado puede ser una combinación de factores humanos y físicos, tales como: a) sociales (por ejemplo, no discriminatorio, calmado, libre de conflictos); b) psicológicos (por ejemplo, reductor del estrés, de prevención del agotamiento, protector emocionalmente); c) físicos (por ejemplo, temperatura, calor, humedad, luz, circulación del aire, higiene, ruido). Estos factores pueden diferir sustancialmente dependiendo de los productos y servicios proporcionados.</p> <p><u>Evidencias encontradas en:</u> Dirección General de Tránsito Municipal</p>	7.1
2	<p><u>No conformidad menor:</u> No se mostró evidencia de un adecuado control documental.</p> <p>Durante la revisión del Procedimiento de trámite sobre adquisición de bienes inmuebles PR-TM/DGI-01, en el apartado "4. Descripción de procedimiento" desde la actividad 3.1 y subsecuentes se describe la función e importancia para el procedimiento del sistema "Plataforma WEB E-traslado", se evidencia la existencia de un manual de la plataforma y de capacitación al personal en el</p>	7.5



	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 11 DE 20

NO CONFORMIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	REQUISITO
	<p>sistema, y es en el mismo que se conservan los expedientes digitales y folios correspondientes, que constituyen una de las salidas del procedimiento, se observa que este documento no se encuentra en el apartados 6 del procedimiento, de igual manera hace falta mencionar como registro la Plataforma WEB E-traslado ya que en ella se puede encontrar la rastreabilidad de los folios.</p> <p>Durante la auditoria interna del Procedimiento para la atención de visitas en grupo PR-PML/GV-001, se detectó la falta de actualización documental ya que, en el procedimiento documentado de atención de visitas en grupo, en el punto 7 Registros y 9 Anexos; se mantiene la encuesta de percepción ciudadana 2020, así mismo, la carta de agradecimiento que aparece en el punto 9 Anexos del procedimiento, mantiene la leyenda del año del año 2020.</p> <p>En la revisión del Procedimiento de Alineamiento y asignación de número oficial PR-DGDU/DZ-01, Se detecta que los registros no están actualizados en su listado en la parte final del procedimiento, ya que hacen referencia al formato Registro de canalización de expedientes FO-SGC-DGDU-02. Sin embargo, en los anexos dicho registro no aparece y hacen referencia en esta sección al FO-SGC-DGDU-05, el cual comentan que fue sustituido por el 02.</p> <p>Durante la revisión del Procedimiento de participación en el sistema nacional de competencias deportivas ahora denominado “Atención a Deportistas y Entrenadores en Competencias Deportivas Nacionales e internacionales”, se determinan inconsistencia con la información proporcionada, se entregó información correspondiente a la revisión 1, cuando actualmente se encuentra en la revisión 3, realizada un día antes de la entrega de esta información (18 de febrero de 2021).</p> <p>Al revisar procedimiento de aplicación de la cuota mínima PR-TM/DGI-02, y el cuestionario de auditoria y entrevista con dueño de procedimiento, se mencionan roles y responsabilidades que no están documentados en el procedimiento, tales perfiles son: Coordinador de área, quien valida la procedencia del beneficio en el caso del inciso A) servicio de educación y B)</p>	





NO CONFORMIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	REQUISITO
	<p>servicio público gratuito, así como el de Superior de predial. No mencionan responsabilidades</p> <p>Durante la revisión al Procedimiento de Combate de Incendio PR-PBL/CO-01 se cuestiona sobre los roles y responsabilidades, a lo que responde en base a su cuestionario que Dentro del procedimiento participan el cabinero en 911: Quien Recibe la llamada de emergencia, canaliza la estación más cercana. Sin embargo, haciendo la revisión del procedimiento y perfiles de puesto no existe el perfil de Cabinero, por lo cual se solicita muestre el perfil de puesto en mención, a lo que responde existe un error en el procedimiento al hacer responsable a un perfil inexistente ya que quien recibe las llamadas de emergencias son los mismos bomberos especializados. Muestra evidencia del perfil en mención, sin embargo este documento no cuenta con firmas de autorización.</p> <p>En la revisión del Procedimiento de Capacitación al ciudadano PR-PBL/CAP-01, se cuestiona sobre los roles y responsabilidades, a lo que responde en base a su cuestionario que: El coordinador de capacitación tiene la responsabilidad de cumplir con la agenda programada de las capacitaciones, así como garantizar que se cumplan una vez que el ciudadano ya agendo y programo el pago, así como garantizar que los instructores se apeguen al temario. El auxiliar administrativo tiene la responsabilidad de documentar la programación de los cursos, así como de generar la constancia de participación, El instructor tiene la responsabilidad de brinda la correcta capacitación solicitada. Sin embargo, haciendo la revisión de los perfiles de puesto contra el procedimiento, no se hace mención ni del coordinador de capacitación ni del instructor como actores dentro de éste. Muestra la evidencia de que los perfiles de puestos en mención existen, de tal manera que se le recomienda al homologar sus perfiles con las partes actoras dentro del procedimiento, de tal manera que queden debidamente definidos los roles y responsabilidades en cada etapa del mismo.</p> <p>En la revisión del Procedimiento de Vo.Bo a inmuebles de parte de bomberos PR-PBL/PRE-01 se cuestiona sobre los roles y responsabilidades, a lo que responde en base a su cuestionario que Dentro del procedimiento participan: El coordinador del área de prevención tiene la responsabilidad de validar el</p>	



	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 13 DE 20

NO CONFORMIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	REQUISITO
	<p>correcto sellado de los planos electrónicos que presenta el ciudadano, y validar que lo que el asesor recomienda como medidas sea las que realmente sean suficientes para mitigar los riesgos de incendios de acuerdo al giro presentado por el ciudadano. El asesor tiene la responsabilidad de sellar de acuerdo a lo que determine la Norma 2 de STPS y de realizar las inspecciones para validar las recomendaciones. El auxiliar administrativo tiene la responsabilidad de administrar los expedientes para el plan de trabajo diarios de los asesores. Se solicita muestre los perfiles de puesto en mención, muestra evidencia de los documentos, sin embargo, haciendo la revisión del procedimiento contra los perfiles de puesto, los actores que intervienen no están completos, ya que el coordinador no aparece en ningún momento, por el contrario aparece el Director general, mismo caso para el auxiliar administrativo; se le cuestiona sobre este hecho, a lo que responde existe un error en el procedimiento al hacer falta responsables dentro del documento y que son actores del mismo.</p> <p><u>Requisito:</u></p> <p>7.5. Información documentada</p> <p>7.5.1. Generalidades</p> <p>El sistema de gestión de la calidad de la organización debe incluir:</p> <p>a) la información documentada requerida por esta Norma Internacional;</p> <p>b) la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.</p> <p>7.5.2. Creación y actualización</p> <p>Cuando se crea y actualiza información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado:</p> <p>a) la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia);</p> <p>b) b) el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y sus medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico);</p> <p>c) c) la revisión y aprobación con respecto a la idoneidad y adecuación.</p> <p>d) 7.5.3. Control de la información documentada</p> <p>e) 7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que:</p>	



	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 14 DE 20

NO CONFORMIDADES		
No.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	REQUISITO
	<p>f) a) esté disponible y adecuada para su uso, dónde y cuándo se necesite;</p> <p>g) b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).</p> <p>h) 7.5.3.2 Para el control de la información documentada, la organización debe tratar las siguientes actividades, según corresponda:</p> <p>i) a) distribución, acceso, recuperación y uso;</p> <p>j) b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad;</p> <p>k) c) control de cambios (por ejemplo, control de versión);</p> <p>l) d) retención y disposición.</p> <p>m) La información documentada de origen externo, que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del sistema de gestión de la calidad se debe identificar según sea adecuado y controlar.</p> <p>n) La información documentada conservada como evidencia de la conformidad debe protegerse contra las modificaciones no intencionadas.</p> <p><u>Evidencias encontradas en:</u> <i>Dirección General de Ingresos</i> <i>Parque Metropolitano de León</i> <i>Dirección General de Desarrollo Urbano</i> <i>Patronato de Bomberos</i></p>	
3	<p><u>No conformidad menor:</u> No se mostró evidencia de una adecuada implementación de condiciones controladas de los procesos</p> <p>Durante la revisión del Procedimiento de atención a mujeres en situación de vulnerabilidad PR-DS/IMMU-001, no se tiene información clara sobre los requisitos, donde, como, y que servicios puede recibir la ciudadanía, se visitó la página de internet https://www.leon.gob.mx/mujeres/index.php/servicios/asesoria-legal y no se localizó la información de donde, como, requisitos para obtener el servicio. No se mostró una clara evidencia de la entrega del servicio proporcionado, así como del seguimiento para verificar casos pendientes o en pausa, y no se identificó o mostro documentos de los registros o expediente.</p>	8.5



	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 15 DE 20

NO CONFORMIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	REQUISITO
	<p>Durante la revisión del Procedimiento de talleres de capacitación PR-DS/IMMU-02, no se tiene información clara sobre los requisitos, donde, como, y que servicios puede recibir la ciudadanía, se visitó la página de internet https://www.leon.gob.mx/mujeres/index.php/servicios/asesoria-legal y no se localizó la información de donde, como, requisitos para obtener el servicio.</p> <p>En la revisión del Procedimiento para la integración y difusión de la bolsa de trabajo PR-DGE/DCE-01, a pesar de que en la descripción del procedimiento en el punto 5.5 se menciona un reporte de contratados mensualmente, en la entrevista no se evidencia de un caso real, (expediente). De algún ciudadano que haya culminado el servicio, es decir el proceso de solicitud de los servicios, procesos de contratación en su caso y depuración del sistema.</p> <p>Durante la revisión del Procedimiento de mantenimiento a bienes inmuebles de la administración pública municipal PR-TM/DGRMYSG-02, no se identifica la trazabilidad del servicio desde que inicia hasta que se libera con la CARTA ENTREGA - RECEPCIÓN. Se entregan como evidencia en la carpeta correspondiente al cumplimiento de la trazabilidad una solicitud que fue asignada a un folio de mantenimiento (SG-511----10-Mant-OTRoS) y el cliente se entera de esta asignación. Sin embargo, no se identifica que la carta entrega - recepción corresponda a este servicio ya que no tiene fecha, ni folio de identificación.</p> <p><u>Requisito:</u></p> <p>8.5. Producción y prestación del servicio</p> <p>8.5.1. Control de la producción y prestación del servicio</p> <p>La organización debe implementar la producción y prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando se aplicable:</p> <p>a) la disponibilidad de información documentada que defina:</p> <p>1) las características de los productos a producir, los servicios a prestar, o las actividades a desempeñar; 2) los resultados a alcanzar;</p> <p>b) la disponibilidad y el uso de los recursos de seguimiento y medición adecuados;</p>	



	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 16 DE 20

NO CONFORMIDADES		
No.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	REQUISITO
	<p>c) la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o las salidas, y los criterios de aceptación para los productos y servicios;</p> <p>d) el uso de la infraestructura y el ambiente adecuados para la operación de los procesos;</p> <p>e) la designación de personas competentes, incluyendo cualquier calificación requerida;</p> <p>f) la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados de los procesos de producción y de prestación del servicio, donde la salida resultante no pueda verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores;</p> <p>g) la implementación de acciones para prevenir los errores humanos;</p> <p>h) la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.</p> <p>8.5.2. Identificación y trazabilidad</p> <p>La organización debe utilizar los medios adecuados para identificar las salidas cuando sea necesario para asegurar la conformidad de los productos y servicios. La organización debe identificar el estado de las salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la producción y prestación del servicio.</p> <p><u>Evidencias encontradas en:</u></p> <p><i>Instituto Municipal de las Mujeres</i></p> <p><i>Dirección General de Economía</i></p> <p><i>Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales</i></p>	
4	<p><u>No conformidad menor:</u></p> <p>No se mostró evidencia de una adecuada implementación de la determinación y registro de salidas no conformes.</p> <p>Durante la auditoria del procedimiento de aplicación de la cuota mínima PR-TM/DGI-02, se identifica no tener conocimiento del procedimiento de control de salidas no conformes al no registrar sus salidas no conformes en el formato correspondiente FO-DGDI/DAP/SSGC-SNC02 Registro de Salidas No Conformes, sin embargo solo muestran un oficio donde se notifica al área</p>	<p>8.7</p> <p>COPIA NO CONTROLADA</p>

	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 17 DE 20

NO CONFORMIDADES		
No.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	REQUISITO
	<p>correspondiente sobre la modificación de datos mal capturados en sistema para su correcto tratamiento.</p> <p>En la revisión del Procedimiento para otorgar subsidios a productores agropecuarios para el equipamiento a unidades de negocio y servicios en zona rural PR-DGDR/DEIA-05, se detecta que el dueño del procedimiento no identifica claramente su salida no conforme ni el mecanismo para su control.</p> <p>Durante la auditoria interna del Procedimiento para la atención de visitas en grupo PR-PML/GV-001, al preguntar a las dueñas del procedimiento sobre si tienen determinadas salidas no conformes y como se da su seguimiento, éstas comentan no tener ninguna salida no conforme, aun cuando en el cuestionario identifican formato para dar cumplimiento a este punto; así mismo; se percibe el desconocimiento de salidas no conformes por parte de las dueñas del procedimiento al no identificar el concepto y su desarrollo aun cuando a ellas les corresponde su determinación y seguimiento</p> <p>En el procedimiento de Alineamiento y asignación de número oficial PR-DGDU/DZ-01, se identifica que en el formato de salidas no conformes CODIGO: FO-DGDI/DMA/SSGC-SNC02 se describen las cantidad de correcciones que se realizan, por lo que se les comenta que han realizado para disminuir dichos errores y se recibe respuesta negativa por parte del auditado ya que comenta que son errores humanos. Por lo que se les pide que es necesario realicen acciones específicas para disminuir estos errores ya que eso impacta directamente en la satisfacción del usuario.</p> <p>Durante la revisión del Procedimiento de mantenimiento a bienes inmuebles de la administración pública municipal PR-TM/DGRMYSG-02, se hacen llegar vía correo electrónico una Bitácora de Control de Salidas No conformes con código FO-DGDI/DMA/SSGC-SNC01, donde se definen tres SNC con fecha de actualización del diciembre del 2020, con información que no corresponden a las dos SNC que se tienen registradas en el Sistema de Gestión de calidad con fecha de actualización del 29 enero del 2021. Adicional en el correo no se hace llegar el formato FO-DGDI/DAP/SSGC-SNC02 Registro de Salidas No Conformes, indicando mediante otro correo que éste último documento es donde los registran electrónicamente y se imprime al finalizar los trimestres.</p>	



	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 18 DE 20

NO CONFORMIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	REQUISITO
	<p>Basado en lo anterior se percibe un desconocimiento actual de las SNC y una falta de seguimientos a las mismas.</p> <p>Durante la revisión del Procedimiento de compras PR-TM/DGRMYSG-01, en la entrevista se pregunta ¿Cómo y dónde se da seguimiento a las salidas no conformes en su procedimiento? Los auditado identifican sus salidas no conformes, pero en su momento no presentan evidencia de sus registros, se envía evidencia vía correo presentando información sobre el control de las revisiones de sus contratos regresando al personal correspondiente aquellos que no pueden considerarse como válidos. Sin embargo, en el conjunto de evidencias que presenta no se incluye el registro de esos contratos como salidas no conformes en el formato FO-DGDI/DAP/SSGC-SNC02 Registro de Salidas No Conformes.</p> <p><u>Requisito:</u></p> <p>8.7. Control de salidas no conformes</p> <p>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. 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>Debe verificarse la conformidad con los requisitos cuando las salidas no conformes se corrigen.</p>	



	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 19 DE 20

NO CONFORMIDADES		
No.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	REQUISITO
	<p><u>Evidencias encontradas en:</u></p> <p><i>Dirección General de Ingresos</i></p> <p><i>Dirección General de Desarrollo Rural</i></p> <p><i>Parque Metropolitano de León</i></p> <p><i>Dirección General de Desarrollo Urbano</i></p> <p><i>Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales.</i></p>	
5	<p><u>No conformidad menor:</u></p> <p>No se mostró evidencia de una adecuada implementación del seguimiento a mediciones.</p> <p>En la revisión del Procedimiento para otorgar subsidios a productores agropecuarios para el equipamiento a unidades de negocio y servicios en zona rural PR-DGDR/DEIA-05 se detecta que el dueño del procedimiento no comprende claramente cómo se mide la eficiencia de su procedimiento.</p> <p>Durante la revisión del Procedimiento de mantenimiento a bienes inmuebles de la administración pública municipal PR-TM/DGRMYSG-02 no se muestra evidencia del análisis y evaluación ya que, se solicita a los auditados que explique cómo se realiza el análisis y evaluación del SGC de la Presidencia Municipal de León, hacen mención solo de las encuestas de apoyo y se cuestiona a los auditados, de alguna otra forma de evaluación, a lo que indican que de esa forma los evalúan, no indican ni mencionan nada respecto al Tablero de Medición, ni que mediciones lo componen, pareciendo desconocer sobre de forma completa el análisis y evaluación que lleva a cabo el SGC.</p> <p><u>Requisito:</u></p> <p>9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación</p> <p>9.1.1. Generalidades</p> <p>La organización debe determinar:</p> <p>a) a qué es necesario hacer seguimiento y qué es necesario medir;</p> <p>b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos;</p> <p>c) cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición;</p> <p>d) cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición.</p>	9.1



	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	CÓDIGO: FO-
	DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	DGDI/DAP/SSGC-AI09
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	PÁGINA 20 DE 20

NO CONFORMIDADES		
No.	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	REQUISITO
	<p>La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad. La organización debe mantener la información documentada como evidencia de los resultados.</p> <p><u>Evidencias encontradas en:</u></p> <p><i>Dirección General de Desarrollo Rural</i></p> <p><i>Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales</i></p>	

CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA
<p>Se llevó a cabo la auditoria interna, programada del 22 al 26 de febrero del 2021, contando con la participación de 32 dependencias y 28 auditores.</p> <p>Esta auditoria se llevó a cabo de manera remota, debido a la contingencia y por cuestiones de salud y propiciando en todo momento cuidados necesarios y que no representen riesgo alguno a nuestros colaboradores.</p> <p>Las auditorias se llevaron a cabo mediante reuniones virtuales, y utilizando los medios al alcance de cada dependencia que permitieron seguir este proceso que gracias a la tecnología no se detuvo.</p> <p>La convocatoria se llevó a cabo el 11 de febrero del 2021 por correo a Enlaces se dio a conocer mediante oficio a todos los titulares, posterior a esto se envió también la dinámica que detalla la actividad.</p> <p>El soporte de Sitio web del Sistema de Gestión de Calidad fue de gran importancia por contar con la disponibilidad de la información en tiempo y de gran apoyo para consulta por parte de los auditores. Se destaca el compromiso y participación de las dependencias y auditores por recibimiento y participación hacia este ejercicio a pesar de las dificultades que se pudieran presentar, cumpliendo con esto la totalidad de la programación.</p>

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	9 de marzo del 2021
-------------------------------------	---------------------

