

| | | |
|---|--|------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD | CÓDIGO: |
| | DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL | FO-DGDI/DAP/SSGC-AI09 |
| | INFORME DE AUDITORIA INTERNA | PÁGINA 1 DE 19 |

| | |
|---------------------------------|----|
| NO. DE AUDITORIA INTERNA | 14 |
|---------------------------------|----|

| | |
|---------------------------------|--|
| 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. El determinado en la programación de la auditoría. | |

| EQUIPO AUDITOR | |
|-----------------------|------------------------------------|
| Auditor Líder | Gema Edith Garcia Macias |
| Auditor Interno | Viridiana Pimentel Sanchez |
| Auditor Interno | Xochilt Barajas González |
| Auditor Interno | Adelaida Carolina Mogollan Ornelas |
| Auditor Interno | Jazmín Paola López Vázquez |
| Auditor Interno | Luis Arturo Ruiz Mendoza |
| Auditor Interno | Leticia Calderón Vela |
| Auditor Interno | Ana Laura Landeros Frausto |
| Auditor Interno | José Antonio Placencia López |
| Auditor Interno | Fátima Lucia Ramirez Cervantes |
| Auditor Interno | Ernesto de Jesús Reyes Álvarez |
| Auditor Interno | Carolina Valadez Rivera |
| Auditor Interno | Adriana Loranca Alemán |
| Auditor Interno | Yael Judith Saldaña Hernández |
| Auditor Interno | Jorge Armando Arrona Manríquez |
| Auditor Interno | Omar Ulises Castillo Camargo |
| Auditor Interno | Mónica Guadalupe Ponce Durán |
| Auditor Interno | Rodolfo Chacón Torresdey |
| Auditor Interno | Juan Pablo Alvarado Villalobos |
| Auditor Interno | Evelia Martínez Pérez |
| Auditor Interno | Adriana Montserrat Ortiz Torres |
| Auditor Interno | Lizette Corporales Jiménez |
| Auditor Interno | Aurora Alicia Flores Flores |
| Observador | Cynthia Lizbeth Cuellar Cruces |
| Observador | Andrea Gonzalez Ruiz |



**NO CONFORMIDADES**

En la revisión del Sistema de Gestión de Calidad se encontraron un total de:

| | | |
|----|--------------------------|-----|
| 00 | No Conformidades mayores | NCM |
| 03 | No conformidades menores | MCM |
| 13 | Oportunidades de mejora | OM |
| 02 | 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 | ✓ | 1 |
| 4.2 | Comprensión de las necesidades y expectativas de partes interesadas | ✓ | 1 |
| 4.3 | Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad | ✓ | 1 |
| 4.4 | Sistema de gestión de la calidad y sus procesos | ✓ | 1 |
| 5 | Liderazgo | | |
| 5.1 | Liderazgo y compromiso | ✓ | 1 |
| 5.1.1 | Generalidades | ✓ | 1 |
| 5.1.2 | Enfoque al cliente | ✓ | 1 |
| 5.2 | Política | ✓ | 1 |
| 5.2.1 | Establecimiento de la política de la calidad | ✓ | 1 |
| 5.2.2 | Comunicación de la política de la calidad | ✓ | 1 |
| 5.3 | Roles, responsabilidades y autoridades en la organización | ✓ | 1 |
| 6 | Planificación | | |
| 6.1 | Acciones para abordar riesgos y oportunidades | ✓ | 1 |
| 6.2 | Objetivos de la calidad y planeación para lograrlos | ✓ | 1 |
| 6.3 | Planeación de cambios | ✓ | 1 |
| 7 | Soporte | | |
| 7.1 | Recursos | ✓ | 1 |
| 7.1.1 | Generalidades | ✓ | 1 |
| 7.1.2 | Gente | ✓ | 1 |
| 7.1.3 | Infraestructura | ✓ | 1 |
| 7.1.4 | Ambiente para la operación de los procesos | ✓ | 1 |
| 7.1.5 | Recursos de seguimiento y medición | ✓ | 1 |
| 7.1.6 | Conocimiento de la organización | ✓ | 1 |
| 7.2 | Competencia | ✓ | 1 |
| 7.3 | Conciencia | ✓ | 1 |
| 7.4 | Comunicación | ✓ | 1 |
| 7.5 | Información documentada | ✓ | 1 |
| 7.5.1 | Generalidades | ✓ | 1 |
| 7.5.2 | Creación y actualización | ✓ | 1 |
| 7.5.3 | Control de la información documentada | ✓ | 1 |



| | | |
|---|--|------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD | CÓDIGO: |
| | DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL | FO-DGDI/DAP/SSGC-AI09 |
| | INFORME DE AUDITORIA INTERNA | PÁGINA 3 DE 19 |

| NUM. | REQUISITO DE LA NORMA | DOCUMENTO DE REFERENCIA | |
|----------|---|-------------------------|-----------|
| | | AUDITADO | RESULTADO |
| 8 | Operación | | |
| 8.1 | Planificación y control operacional | ✓ | 1 |
| 8.2 | Requisitos para los productos y servicios | ✓ | 1 |
| 8.2.1 | Comunicación con el cliente | ✓ | 1 |
| 8.2.2 | Determinación de los requisitos para los productos y servicios | ✓ | 1 |
| 8.2.3 | Revisión de los requisitos para los productos y servicios | ✓ | 1 |
| 8.2.4 | Cambios en los requisitos para productos y servicios | ✓ | 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 | ✓ | 1 |
| 8.4.1 | Generalidades | ✓ | 1 |
| 8.4.2 | Tipo y alcance del control | ✓ | 1 |
| 8.4.3 | Información para proveedores externos | ✓ | 1 |
| 8.5 | Producción y prestación del servicio | ✓ | 1 |
| 8.5.1 | Control de la producción y prestación del servicio | ✓ | 1 |
| 8.5.2 | Identificación y trazabilidad | ✓ | 3 |
| 8.5.3 | Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos | ✓ | 1 |
| 8.5.4 | Preservación | ✓ | 1 |
| 8.5.5 | Actividades posteriores a la entrega | ✓ | 1 |
| 8.5.6 | Control de los cambios | ✓ | 1 |
| 8.6 | Liberación de productos y servicios | ✓ | 1 |
| 8.7 | Control de salidas no conformes | ✓ | 1 |
| 9 | Evaluación del desempeño | | |
| 9.1 | Seguimiento, medición, análisis y evaluación | ✓ | 1 |
| 9.1.1 | Generalidades | ✓ | 1 |
| 9.1.2 | Satisfacción del cliente | ✓ | |
| 9.1.3 | Análisis y evaluación | ✓ | |
| 9.2 | Auditoría interna | ✓ | |
| 9.3 | Revisión por la dirección | ✓ | |
| 9.3.1 | Generalidades | ✓ | |
| 9.3.2 | Entradas para la revisión por la dirección | ✓ | |
| 9.3.3 | Salidas de la revisión por la dirección | ✓ | 1 |



NB



PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO:

FO-DGDI/DAP/SSGC-AI09

PÁGINA 4 DE 19

| NUM. | REQUISITO DE LA NORMA | DOCUMENTO DE REFERENCIA | |
|-----------|------------------------------------|-------------------------|-----------|
| | | AUDITADO | RESULTADO |
| 10 | Mejora | | |
| 10.1 | Generalidades | ✓ | 1 |
| 10.2 | No conformidad y acción correctiva | ✓ | 1 |
| 10.3 | Mejora Continua | ✓ | 1 |

Resultado:

1 = cumple;

2 = cumple básicamente / Recomendación de mejora;

3 = no cumple / NO conformidad mayor o menor;

4 = no aplicable / excluido



Handwritten signature

| | | |
|---|--|------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD | CÓDIGO: |
| | DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL | FO-DGDI/DAP/SSGC-AI09 |
| | INFORME DE AUDITORIA INTERNA | PÁGINA 5 DE 19 |

OPORTUNIDADES DE MEJORA

| | |
|---|---|
| 1 | <p><u>Oportunidad de mejora:</u></p> <p>Durante la revisión del Procedimiento para el alineamiento y asignación de número oficial, en la entrevista se mencionaron 2 tipos de modalidades para liberar el servicio de alineamiento y asignación de número oficial: Vial y Simple, se recomienda hacer mención en las políticas de operación.</p> <p>En la revisión del mismo procedimiento en el punto 6 de documentos de referencia, se mencionan 2 papeletas con los códigos FO-SGC-DGDU-07 y FO-SGC-DGDU-08 modalidad simple y modalidad vial respectivamente; se sugiere modificar la denominación a papeleta de requisitos, para claridad de su contenido.</p> <p>Dirección General de Desarrollo Urbano</p> |
| 2 | <p><u>Oportunidad de mejora:</u></p> <p>Durante la revisión del Procedimiento para permiso de uso de suelo, en la hoja número 3 del documento, se redacta los siguiente:</p> <p>- La Dirección podrá autorizar mayor densidad y COS con un límite a la densidad inmediata superior...</p> <p>Al buscar el significado de la palabra COS para un mejor entendimiento de lo redactado en el párrafo, no se encontró en el glosario, se hace la recomendación de incluir su definición.</p> <p>En el punto 7 de registros; se encuentra descrito el formato de ingresos y egresos con código FO-SGC-DGDU-44; sin embargo, no se encuentra su imagen en los anexos; se recomienda actualizar información en su procedimiento.</p> <p>Dirección General de Desarrollo Urbano</p> |
| 3 | <p><u>Oportunidad de mejora:</u></p> <p>Durante la revisión del Procedimiento para la cobranza de la cartera vencida, en el apartado de los términos y definiciones señalados en el "Glosario" no se incluyen otros que se mencionan en las políticas y descripción, tales como: Acta de notificación, acta circunstanciada, crédito fiscal, contribuyente, contribución, citatorio, gravamen, inmueble, mandato de ejecución, se recomienda hacer referencia.</p> <p>Fideicomisos de Obra por Cooperación</p> |
| 4 | <p><u>Oportunidad de mejora:</u></p> <p>En la revisión del Procedimiento de quejas y denuncias, el apartado de "Registros En el punto 4. Descripción del procedimiento. Etapa 3. Determinación. En las actividades 3.6 y 3.9, la nomenclatura de los códigos de registro difiere a la estructura de los registros indicados en el apartado de dicho nombre. La diferencia se encuentra en los signos ortográficos, al usar sólo guiones (-) y omitir la diagonal (/).</p> |



[Handwritten signatures and initials in blue ink]



OPORTUNIDADES DE MEJORA

| | |
|---|--|
| | <p><u>Oportunidad de mejora:</u></p> <p>En el apartado 7. Registros, la denominación de los mismo difiere, en algunos, respecto a cómo se nombran en los anexos integrados en el procedimiento.</p> <p>Base de investigación, se lee como “Base de expedientes” en el nombre del archivo.</p> <p>Oficio de admisión de la queja/denuncia, se lee, en asunto, “Oficio inicio de la investigación”.</p> <p>Oficio de requerimiento de información, se lee como “Oficio de requerimiento”.</p> <p>Acuerdo de archivo, se lee, en el título de anexo como “Acuerdo de determinación” y en la imagen del documento como “Acuerdo de conclusión y archivo”.</p> <p>Acuerdo de archivo con recomendación, se lee como “Acuerdo de conclusión y archivo con recomendación”.</p> <p>Contraloría Municipal</p> |
| 5 | <p><u>Oportunidad de mejora:</u></p> <p>En la revisión del Procedimiento de consulta médica, se analiza el resigo documentado donde se cuestiona por qué se determina un riesgo de abastecimiento de medicamentos cuando no es una obligación de la Dirección abastecer el medicamento. Se recomienda se haga un re planteamiento del riesgo más enfocado a los alcances de su procedimiento y que pueda significar un problema mayor en un futuro.</p> <p>Dirección General de Salud</p> |
| 6 | <p><u>Oportunidad de mejora:</u></p> <p>En la revisión del Procedimiento de inspección ambiental, no se tiene claro en el documento cuál es el producto final, si es la atención a los reportes del ciudadano; o los procedimientos instaurados en materia ambiental.</p> <p>Se cuestionó que se describieran las entradas y las salidas esperadas de tu procedimiento, indicando que las salidas son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acuerdo de conclusión.• Encuesta de percepción ciudadana.• Medición del indicador. <p>Pero atendiendo la parte del propósito del procedimiento: si insistió en que se informara que entregable se da al ciudadano que reporta.</p> <p>Presento matriz de riesgos de la Dependencia documento FO-DGDI/DAP/SSGC-R01 se estableció como riesgo “Retraso en el desahogo de las primeras visitas de inspección”.</p> <p>En entrevista se indica que el ciudadano que solicita el servicio no presenta la información veraz, lo que provoca que se lleve a cabo un servicio de forma incompleta por no dar con el domicilio correcto.</p> |



| | | |
|---|--|------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD | CÓDIGO: |
| | DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL | FO-DGDI/DAP/SSGC-AI09 |
| | INFORME DE AUDITORIA INTERNA | PÁGINA 7 DE 19 |

OPORTUNIDADES DE MEJORA

| | |
|---|--|
| | <p>Pero finalmente si realizan el servicio, más bien debían establecer un riesgo el cual represente una limitante para no llevar acabo el servicio.</p> <p>Se recomienda indicar en este riesgo, que una mala calidad en la información que proporciona el ciudadano representa un desperdicio de recursos y tiempo que se pudiera aprovecharse en reportes que, si cuentan con la información veraz, pudiendo tener teniendo como acciones establecer políticas y criterios específicos sobre la información debe cumplir el ciudadano al momento de querer solicitar un servicio.</p> <p>Dirección General de Medio Ambiente</p> |
| 7 | <p><u>Oportunidad de mejora:</u></p> <p>En la revisión de Procedimiento de pagos, se recomienda identificar requisitos generales en las políticas de operación, en el apartado de registros determinar cómo se identifica cada registro, eje, no. de solicitud, folio etc. Y en el apartado de anexos la protección de datos personales y actualización de logos</p> <p>Dirección General de Egresos.</p> |
| 8 | <p><u>Oportunidad de mejora:</u></p> <p>En la revisión de Procedimiento de comunicación a través de las redes sociales y en la página web del municipio, el indicador que se tiene documentado no representa información para medir si el servicio está llevándose de forma eficaz.</p> <p>De acuerdo con el auditado lo que miden es Número de personas alcanzadas en promedio al mes. Pero no hay un mecanismo que evalué el desempeño y la eficacia del procedimiento, se recomienda realizar un análisis de su indicador.</p> <p>Dirección General de Comunicación Social</p> |
| 9 | <p><u>Oportunidad de mejora:</u></p> <p>Se refiere que "En IMPLAN se tiene un Procedimiento de Gestión del conocimiento en que se describe cómo se tiene disponible la información estratégica que se genera en el IMPLAN, derivado tanto de las actividades diarias de la institución, como de los estudios coordinados por la misma".</p> <p>Procedimiento de Gestión del conocimiento en que se describe cómo se tiene disponible la información estratégica que se genera en el IMPLAN, derivado tanto de las actividades diarias de la institución, como de los estudios coordinados por la misma", se comenta la posibilidad de la revisión de la pertinencia de incorporación en los documentos de referencia.</p> <p>Instituto Municipal de Planeación</p> |



Handwritten blue ink signatures and initials.



OPORTUNIDADES DE MEJORA

10

Oportunidad de mejora:

En la revisión del Procedimiento para el otorgamiento de apoyos sociales a personas, se observa en su Matriz de Riesgos y Oportunidades, la posibilidad de incurrir en un riesgo en donde no se cuente con todos los datos para identificación y trazabilidad de la entrega de los apoyos. Así mismo, se observa en su Planificación y Control Operacional, una serie de requisitos para los diferentes apoyos; sin embargo, no se observa un orden que permita su revisión de forma sencilla.

De tal forma, que se hace la Recomendación de Mejora, de integrar un “Cuadro Comparativo” o su equivalente, en donde se vayan llenando los requisitos, dentro de cada una de sus etapas, para cada uno de los diferentes apoyos, de tal forma que se observe claramente su avance y trazabilidad del usuario, para un mejor control operativo.

Durante la revisión del procedimiento para el Mejoramiento de Vivienda, Se observa en su Matriz de Riesgos y Oportunidades, la posibilidad de incurrir en un riesgo en donde falte el Padrón de posibles beneficiarios validado y verificado por el área correspondiente, en donde no se cuente con todos los datos para identificación y trazabilidad de los beneficiarios de vivienda. Se recomienda integrar un “Cuadro Comparativo” o su equivalente, en donde se vayan llenando los requisitos, dentro de cada una de sus etapas, de tal forma que se observe claramente su avance y trazabilidad del usuario, para un mejor control operativo.

Dirección General de Desarrollo Rural

11

En la revisión del Procedimiento para proporcionar asesoría jurídica, específicamente en la actividad 3.5 Elabora proyecto de acta, se recomienda agregar un paso, en caso de que al ciudadano se le pida más información complementaria para el proyecto, agregar una hoja complementaria.

Defensoría de Oficio en Materia Administrativa

12

En la revisión del Procedimiento de Atención al Usuario, se recomienda analizar las salidas no conformes, a fin de detectar una mejor propuesta de impacto.


Juzgados Administrativos Municipales

13

Durante la revisión del Procedimiento de aplicación de cuota mínima, en la verificación de las acciones implementadas en la Matriz de Riesgos y Oportunidades, se llevó a cabo la capacitación del procedimiento con el personal que lo opera y lleva a cabo el trámite. Una vez llevada a cabo la capacitación se aplicó evaluación al personal para asegurar los conocimientos aprendidos, de lo cual se obtuvo una calificación promedio del 75%, lo que muestra que existen aún algunas áreas de oportunidad que hay que atender a fin de lograr



Handwritten signature

| | | |
|---|--|------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD | CÓDIGO: |
| | DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL | FO-DGDI/DAP/SSGC-AI09 |
| | INFORME DE AUDITORIA INTERNA | PÁGINA 9 DE 19 |

OPORTUNIDADES DE MEJORA

el aseguramiento de los conocimientos para la operación correcta del procedimiento. Se tomarán acciones de mejora para lograr el objetivo, reprogramando una segunda capacitación en el mes de octubre.

Se les recomienda darle continuidad a la capacitación que está pendiente desde octubre, para asegurarse que el personal cuenta con los conocimientos para la operación correcta del procedimiento

Dirección General de Ingresos.





OBSERVACIONES

| | |
|---|---|
| 1 | <p><u>Observación:</u></p> <p>Derivado de la revisión documental de Procedimiento de capacitación al ciudadano, en la entrevista con los auditados, se observó lo siguiente, y se sugiere como una oportunidad de mejora para la redacción del procedimiento:</p> <p>En el apartado 3. Políticas de operación, en el punto 1, 10 y 13 se hace referencia a la normatividad vigente y a las disposiciones administrativas del H. Ayuntamiento de León, Gto. No obstante, en el apartado 6. Documentos de Referencia y durante la entrevista, no se hace mención a toda la normatividad aplicable para este procedimiento, como es el caso de los mencionados en entrevista; las NOMs:</p> <ul style="list-style-type: none">- 002 Condiciones de seguridad-prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, establece las obligaciones de patrones y trabajadores para evitar que un accidente provoque fuego en sus diferentes clasificaciones (A, B, C, D y K),- 018 Sistema para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo,- 005 Condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo para el manejo, transporte y almacenamiento de sustancias químicas peligrosas,- 016 Condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo, referente a ventilación y- 027 Establecer condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo para prevenir riesgos de trabajo durante las actividades de soldadura y corte. de la Secretaría del Trabajo.- Políticas de cobro de cursos, así como la Ley de Ingresos del Municipio de León,- Reglamento del Heroico Cuerpo de Bomberos de León, Guanajuato,- Reglamento interior,- Ley del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guanajuato. <p>Se sugiere agregar al punto 3. Políticas de Operación los requisitos que deberán cubrir los asistentes para participar en la capacitación; como lo es la vestimenta.</p> <p>Se recomienda incluir en el punto 3. Políticas de Operación, los datos para realizar el pago, toda vez que el entrevistado hace mención que el pago sólo se recibe a través de un deposito.</p> <p>En la entrevista se hace mención que se entregan constancias de participación y que puede ser;</p> <ol style="list-style-type: none">1) que se entreguen al término de la capacitación o2) que se entreguen 2 días hábiles después. |
|---|---|





OBSERVACIONES

Esta información no está incluida dentro del procedimiento, por lo que se recomienda agregar un párrafo donde se especifique está política.

El entrevistado menciona que existe una Política de Protección de Datos Personales para proteger la información propiedad del solicitante, sin embargo, no se menciona en el procedimiento. Se recomienda incluirlo en el documento.

En el punto 4. Descripción del Procedimiento, en la etapa 4. Realización de capacitación, Actividad 4.4, se menciona la realización de una "evaluación de satisfacción del cliente, mediante el formato FO/DGDI/DMA/SSGCPC02", se observan dos situaciones, en el 7. Registros; aparece con el nombre Encuesta de Percepción Ciudadana con el código FO-DGDI/DMA/SSGCPC01, se sugiere revisar y homologar los nombres y códigos de los formatos.

En el punto 7. Registros, se menciona la "Agenda de Programación de Cursos" y en el Punto 9. Anexos, así como en las evidencias presentadas el formato se llama; "Agenda de programación semanal de cursos", se recomienda homologar los nombres de los registros.

Durante la revisión de Procedimiento de combate de incendios en la entrevista con los auditados, se observó lo siguiente, y se sugiere como una oportunidad de mejora para la redacción del procedimiento:

En el apartado 3. Políticas de operación, se menciona la clasificación de emergencias; mayores y menores. Sin embargo, no se define, ni en el apartado 8. Glosario, se incluye la definición de las emergencias conforme a lo establecido en el FO-PBL/CO-005 Resumen de novedades. Se recomienda agregarlo en el procedimiento.

Se sugiere agregar al punto 3. Políticas de Operación los requisitos que deberán cubrir los solicitantes para que se les pueda brindar el servicio a tiempo, como es el caso del nombre del reportante, calle, número, entre calles, colonia, teléfono, y la emergencia. Conforme al FO-PBL/CO-001 Registro de emergencia.

En el punto 3. Políticas de Operación, se menciona la utilización de un lenguaje con "Claves actuales" y una "Sectorización de estaciones"; dado que el procedimiento tiene alcance al área operativa del PBL, se recomienda incluir ambos documentos en el punto 6. Documentos de Referencia.

En el punto 4. Descripción del Procedimiento, en la etapa 3. Atención de la Emergencia, actividad 3.1, se hace mención de los protocolos para la atención de emergencias, se repite en 2 ocasiones el mismo documento; IT-PBL/CO-002 Protocolo de Actuación a Incendios Estructurales, cuando según el entrevistado deberían ser sólo 2 protocolos y el segundo



Firma manuscrita en azul.



OBSERVACIONES

denominarse IT-PBL/CO-002 Protocolo de Actuación a Incendios Forestales. La versión que se presenta, tiene una tachadura sobre el texto. Se recomienda realizar la corrección del texto y cambiar la versión del documento.

Durante la entrevista la auditada, menciona que el indicador del procedimiento está en función del tiempo de respuesta en atención a incendios mayores y menores: Incendios mayores en promedio de 10 minutos. Incendios menores en promedio de 30 minutos. Los resultados del indicador están dentro de los parámetros aceptables, sin embargo, se sugiere que en el punto 3. Políticas de Operación se haga de conocimiento que el tiempo de atención de la emergencia comienza a contar a partir de la salida del cuerpo de bomberos de la estación.

El auditado comenta que todas las llamadas deben ser atendidas, sin embargo, también comenta que se tiene un alto número de llamadas falsas o de broma, por lo que, cuando van en el trayecto para atender la emergencia se ratifica la llamada con la cabina central y con el 911. No obstante, esta actividad no está documentada en el apartado 4. Descripción del procedimiento.

En la entrevista se cuestiona sobre los riesgos del procedimiento, se presenta la Matriz de Riesgos y Oportunidades, donde se describe el riesgo: "Información incompleta en la recepción de los datos de la emergencia". Se cumple con las evidencias de cumplimiento, sin embargo, al tratarse de un servicio de emergencia, donde además de lo determinado, están en riesgo los solicitantes del servicio e inclusive el propio personal, por lo que se sugiere que se consideren otro tipo de riesgos; como lo que provocaría no seguir los protocolos de actuación.

Patronato de Bomberos de León

2 Observación:
En el procedimiento auditado, de Impartición de Talleres de Educación inicial en las artes, se observa que es necesario una mejor claridad en el tema de la selección de los docentes, ya que no se menciona en el documento los pasos y las condiciones que se siguen para la selección de los mismos, se muestra evidencia de esto en un ANEXO 11 sin embargo en su procedimiento no hacen referencia a que se lleva esta metodología.

Instituto Cultural de León





NO CONFORMIDADES

| No. | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | REQUISITO |
|-----|---|-----------|
| 1 | <p><u>Hallazgo:</u></p> <p>Al revisar la información documentada correspondiente a cada procedimiento, se detecta que no se han realizado los cambios correspondientes con forme a la reestructura por el cambio de administración.</p> <p><u>Requisito:</u></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) el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y sus medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico); c) la revisión y aprobación con respecto a la idoneidad y adecuación.</p> <p><u>Dependencias:</u></p> <p>Dirección General de Desarrollo Urbano</p> <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento para el alineamiento y asignación de número oficial- Procedimiento para el permiso de construcción- Procedimiento para permiso de uso de suelo <p>Instituto Municipal de Vivienda</p> <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento de escrituración- Procedimiento de créditos de vivienda <p>Tesorería Municipal / Dirección General de Ingresos</p> <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento de trámite sobre adquisición de bienes inmuebles- Procedimiento de aplicación de cuota mínima <p>Dirección General de Movilidad</p> <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento de diagnóstico preventivo de autobuses del transporte público <p>Fideicomiso de Obras por Cooperación</p> <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento para la cobranza de la cartera vencida <p>Dirección General de Obra Pública</p> <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento de atención de reportes y quejas ciudadanas de alumbrado público | 7.5.2 |



[Firma manuscrita]



NO CONFORMIDADES

| No. | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | REQUISITO |
|-----|---|-----------|
| | <p>Patronato de Bomberos de León</p> <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento de capacitación al ciudadano- Procedimiento de combate de incendios <p>Contraloría Municipal</p> <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento de quejas y denuncias <p>Unidad de Transparencia</p> <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento de solicitud de acceso a la información pública- Procedimiento de publicación de la información pública de oficio <p>Secretaría de Reactivación Económica de León / Dirección General de Economía</p> <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento para la integración y difusión de la bolsa de trabajo- Procedimiento para el otorgamiento de apoyos del Programa Suma tu Negocio <p>DIF León</p> <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento para la atención médica de rehabilitación física a personas con discapacidad <p>Dirección General de Salud</p> <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento de consulta médica <p>Secretaría de Fortalecimiento Social de León / Dirección General de Desarrollo Social y Humano</p> <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento de sistematización de padrones programa de Vivienda para Todos- Procedimiento para otorgar apoyos sociales a la población y para el fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil <p>Secretaría de Fortalecimiento Social de León / Dirección General de Desarrollo Rural</p> <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento para otorgar subsidios a productores agropecuarios, para el equipamiento a unidades de negocio y servicios en zona rural- Procedimiento para el mejoramiento de vivienda- Procedimiento para otorgar apoyos sociales a personas <p>Secretaría de Vinculación y Atención de los Leoneses</p> <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento de atención ciudadana, personalizada, telefónica y digital | |





NO CONFORMIDADES

| No. | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | REQUISITO |
|-----|---|-----------|
| | <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento de gestión social, apoyos sociales a la población Comisión Municipal del Deporte <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento de atención a deportistas y entrenadores en competencias deportivas nacionales e internacionales- Procedimiento de control de uso de instalaciones. Instituto Cultural de León <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento de impartición de talleres de educación inicial en las artes. Dirección General de Medio Ambiente <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento de inspección ambiental Dirección General de Desarrollo Institucional <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento para soporte de software desarrollado internamente- Procedimiento soporte a la gestión de incidentes de un usuario- Procedimiento mantenimiento preventivo- Procedimiento de selección de personal- Procedimiento de actualización de perfiles y descripciones de puesto- Procedimiento de capacitación- Procedimiento para la evaluación del desempeño individual de los servidores públicos- Procedimiento para la medición y diagnóstico del clima laboral Tesorería Municipal / Dirección General de Servicios Generales y Recursos Materiales <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento de compras- Procedimiento de mantenimiento a bienes inmuebles de la administración pública municipal Tesorería Municipal / Dirección General de Egresos <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento de pagos Dirección General de Comunicación Social <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento de comunicación a través de las redes sociales y en la página web del municipio Instituto Municipal de Planeación <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento para la elaboración del programa de gobierno. | |





NO CONFORMIDADES

| No. | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | REQUISITO |
|-----|--|-----------|
| 2 | <p><u>Hallazgo:</u></p> <p>Durante las entrevistas se detecta que el personal tiene poco conocimiento de la política y objetivos del Sistema de Gestión de Calidad, y además se identifica que no tienen bien clara su contribución a la eficacia del SGC y sus beneficios.</p> <p><u>Requisito:</u></p> <p>7.3. Conciencia</p> <p>c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluyendo los beneficios de una mejora del desempeño;</p> <p>d) las implicaciones de no cumplir los requisitos del sistema de gestión de la calidad.</p> <p><u>Dependencias:</u></p> <p>Dirección General de Movilidad</p> <p>Secretaría de Reactivación Económica de León / Dirección General de Economía</p> <p>Dirección General de Desarrollo Urbano</p> <p>Instituto Municipal de las Mujeres</p> <p>Comisión Municipal del Deporte</p> <p>Dirección General de Desarrollo Institucional / Subdirección de Estructuras</p> <p>Sistema Integral de Aseo Público</p> <p>Dirección General de Educación</p> | |



[Firma manuscrita]



NO CONFORMIDADES

| No. | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | REQUISITO |
|-----|---|-----------|
| 3 | <p><u>Hallazgo:</u></p> <p>No se determina la trazabilidad de la información al revisar un expediente. Durante la Auditoría del Procedimiento de Incorporación al Sistema de Agua Potable y alcantarillado a casa habitación, se detectó que los registros presentados no corresponden al periodo de auditoria: informe mensual es del mes de enero del 2021, conexiones domiciliarias oct-2020, plan de acción marzo-dic-2020, solicitud para ejecutar obra en vía pública 2019. Sin embargo, se solicitó los registros actualizados y correctos para dar por cerrada la observación, los cuales fueron enviados en el transcurso del mismo día con fecha del 16 de febrero del 2022.</p> <p>Durante la revisión del Procedimiento para la Realización de Rutas Culturales de la administración pública municipal, no se identifica la trazabilidad del servicio desde que inicia hasta que se libera el servicio con la encuesta de satisfacción ciudadana.</p> <p>Entregan como evidencia en la carpeta correspondiente al cumplimiento de la trazabilidad se incluye un Informe del mes de diciembre del 2021 (FO DGED-09) el cual presenta un listado de las escuelas a las cuales se le otorgó un servicio de Rutas Culturales, sin embargo este listado solo incluye la trazabilidad mediante el nombre de la Escuela sin poder identificar a qué solicitud corresponde, habiendo en el informe servicios otorgados para la misma escuela (Vicente Riva Palacio), además en la carpeta de evidencias se incluye un formato de Encuesta de percepción ciudadana servicio (FO/DGDI/DPC02) el cual no identifica la Escuela que está evaluando el servicio solicitado y no se tiene fecha de evaluación.</p> <p>El auditado presenta como evidencia de trazabilidad Informe del mes de diciembre del 2021 (FO DGED-09) el cual presenta un listado de las escuelas a las cuales se le otorgó un servicio de Rutas Culturales y que concluye con una Encuesta de percepción ciudadana servicio (FO/DGDI/DPC02), sin embargo, se aprecia que en ambos formatos no se encuentran los datos necesarios para la ligar la trazabilidad a la solicitud del servicio, pues ambos formatos no contiene un dato clave como un No. de solicitud y en el caso de la Encuesta el nombre de la Escuela y la fecha en que se está evaluado la percepción ciudadana del servicio.</p> | |



[Firma manuscrita]

| | | |
|--|--|------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD | CÓDIGO: |
| | DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO INSTITUCIONAL | FO-DGDI/DAP/SSGC-AI09 |
| | INFORME DE AUDITORIA INTERNA | PÁGINA 18 DE 19 |

| NO CONFORMIDADES | | |
|-------------------------|---|------------------|
| No. | DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | REQUISITO |
| | <p>Al auditado se le hace saber que se requiere y es necesario que el documento inicial llamado SOLICITUD DE SERVICIOS DEL PROGRAMA DE RUTAS CULTURALES (FO-DGED-06) contenga por un Folio o No. de Solicitud que se vea reflejado en el Informe mensual y en cada una de las encuestas de percepción ciudadana para asegurar la trazabilidad del servicio (información documentada).</p> <p><u>Requisito</u></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.</p> <p>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>La organización debe controlar la identificación única de las salidas cuando la trazabilidad sea un requisito, y debe conservar la información documentada necesaria para permitir la trazabilidad.</p> <p><u>Dependencias</u></p> <p>Sapal</p> <p>Dirección General de Educación</p> | |



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

CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA

Se realizó la programación de la primera auditoría interna del 2022 del 14 al 18 de febrero, sin embargo, se vio la necesidad de ocupar un día más y se establece del 14 al 21 de febrero, lo anterior debido a que en el municipio se registraron mayores contagios de COVID-19, y algunos auditores manifestaron sus resultados positivos ante esta enfermedad, por ende, se mantuvo en todo momento comunicación con los enlaces para dar seguimiento a las reprogramaciones.

La convocatoria se realizó mediante oficio el 2 de febrero del 2022.

Se revisó la totalidad del Alcance del Sistema de Gestión de Calidad: 7 procesos claves, que comprenden 49 procedimientos, 1 Proceso de apoyo, con 13 procedimientos, 1 de proceso que da seguimiento a la Administración del SGC, que incluye 10 procedimientos, Un total de 72 procedimientos.

Esté ejercicio se llevó de manera remota, organizado y vigilado por la Subdirección de Sistemas de Gestión de Calidad.

Las auditorias se llevaron a cabo mediante el apoyo de los enlaces que proporcionaron en todo momento la información necesaria para su revisión.

Se identifica el compromiso y participación de las dependencias y auditores por recibimiento y participación hacia este ejercicio cumpliendo con esto la totalidad de la programación.

CONTROL DE EMISIÓN

| | Elaboró : | Revisó : | Autorizó: |
|---------------|---|---|---|
| Nombre | Ing. Gema Edith García Macías | Lic. Margarita Alférez Rodríguez | Lic. Verónica Teresa Gutiérrez Campos |
| Puesto | Auditora Líder Profesionista Jefe de Área | Directora de Administración de Personal | Directora General de Desarrollo Institucional |
| Firma |  |  |  |
| Nombre | | Lic. Viridiana Pimentel Sánchez | |
| Puesto | | Subdirectora de Sistemas de Gestión de Calidad | |
| Firma | |  | |
| Fecha | 23 de febrero del 2022 | 28 de febrero del 2022 | 28 de febrero del 2022 |

