



American Trust Register, S. C.
Organismo Certificador de Sistemas de Gestión

INFORME DE AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN ETAPA 2

del

Sistema de Gestión de Calidad

de

AUDITORÍA SUPERIOR DEL ESTADO DE
JALISCO

Dirección: Av Niños Heroes No 2409 col Moderna
Guadalajara Jalisco.

Teléfono: 36 79 45 00

Fecha: 7-9 DE DICIEMBRE DE 2015

EQUIPO AUDITOR

Auditor Líder:	LIC. JOSÉ ENRIQUE ROMÁN SIERRA
Grupo Auditor:	LIC. JOSÉ ENRIQUE ROMÁN SIERRA
Experto Técnico:	N/A
Auditor en Entrenamiento:	N/A
Auditor Evaluador:	N/A
Observador:	N/A



INFORME DE AUDITORÍA

CLAVE DE AUDITORÍA
C2-01

NÚMERO DE CLIENTE
ASJ-1268

NORMAS DE REFERENCIA	
<input checked="" type="checkbox"/> NMX-CC-9001-IMNC-2008 (ISO 9001:2008)	<input type="checkbox"/> NMX-SAA-14001-IMNC-2004 (ISO 14001:2004)
<input type="checkbox"/> NMX-SAST-001-IMNC-2008 (BSI OHSAS 18001:2007)	<input type="checkbox"/> NMX-F-CC-22000-NORMEX-IMNC-2007 (ISO 22000:2005)
<input type="checkbox"/> NMX-I-27001-NYCE-2009 (ISO 27001:2005)	

CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE AUDITORÍA
<input checked="" type="checkbox"/> Se cumplió de acuerdo a lo establecido en el plan de Auditoría.
<input type="checkbox"/> No se cumplió debido a:

CUMPLIMIENTO DEL ALCANCE DE AUDITORÍA
<input checked="" type="checkbox"/> Se cumplió de acuerdo a lo establecido en el plan de Auditoría.
<input type="checkbox"/> No se cumple debido a:
<input type="checkbox"/> Áreas/Procesos/Sitios o Instalaciones no auditados:

CUMPLIMIENTO DE MARCA Y LOGOTIPO (No Aplica para las Auditorías Iniciales)
<input checked="" type="checkbox"/> Se cumple con lo establecido en la guía de uso de marca y logotipo GDCC-01 del Organismo.
<input type="checkbox"/> No lo utiliza (No aplica sanción)
<input type="checkbox"/> No se cumple debido a:
Sanciones Aplicables por Incumplimiento:



CONFIRMACIÓN RELACIONADA CON LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL CLIENTE (Sólo Aplica para las Auditorías Iniciales, Recertificaciones o de Cambio de Alcance)	
Información Correcta: Si (X) No ()	
Diferencias en la información proporcionada:	
Acciones tomadas derivadas de la diferencia:	

SE CONFIRMA EL ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN	
<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No (ver descripción en la parte inferior).

ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN ACORDADO CON EL CLIENTE (Sólo Aplica para las Auditorías Iniciales, Recertificaciones o de Cambio de Alcance)	
Alcance del Sistema de Gestión	LOS PROCESOS DE REVISIÓN, EXAMEN Y AUDITORÍA DE CUENTAS PÚBLICAS, ASESORÍA TÉCNICA Y CAPACITACIÓN A SUJETOS DE ENTIDADES AUDITABLES Y PROFESIONALIZACIÓN DE LAS Y LOS SERVIDORES PÚBLICOS Y LA TRANSPARENCIA EN LA INFORMACIÓN.
Listado de Procesos que Integran el Sistema de Gestión	AUDITORÍAS A ENTIDADES MUNICIPALES AUDITORÍAS A ORGANISMOS PÚBLICOS AUTÓNOMOS AUDITORÍAS A LA OBRA PÚBLICA ESTATAL Y MUNICIPAL AUDITORÍAS A LOS PODERES DEL ESTADO CAPACITACIÓN A LAS Y LOS SERVIDORES PÚBLICOS DE LAS ENTIDADES AUDITABLES CAPACITACIÓN DE LAS Y LOS SERVIDORES PÚBLICOS INTERNOS ATENCIÓN DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN PÚBLICA VIA TRANSPARENCIA
Listado de productos y/o servicios que se incluyen en el SG	DESARROLLO DE AUDITORÍAS A ENTIDADES MUNICIPALES. DESARROLLO DE AUDITORÍAS A ORGANISMOS PÚBLICOS AUTÓNOMOS. DESARROLLO DE AUDITORÍAS A LA OBRA PÚBLICA ESTATAL Y MUNICIPAL. DESARROLLO DE AUDITORÍAS A LOS PODERES DEL ESTADO. CAPACITACIÓN A LAS Y LOS SERVIDORES PÚBLICOS DE LAS ENTIDADES AUDITABLES. CAPACITACIÓN DE LAS Y LOS SERVIDORES PÚBLICOS INTERNOS. ATENCIÓN A SOLICITUDES DE INFORMACIÓN PÚBLICA VIA TRANSPARENCIA.
INSTALACIONES DENTRO DEL ALCANCE	
Instalación	Proceso(s), Actividad(es), Elemento(s)
ÚNICA	MISMOS
SITIOS MUESTREABLES DENTRO DEL ALCANCE:	
SITIO MUESTREABLE	PROCESO(S), ACTIVIDAD(ES), ELEMENTO(S)
N.A	N.A

EXCLUSIONES DEL SGC		CUMPLE		HALLAZGO
		Si	No	
Exclusión	Justificación			
7.3	NO GENERAN NINGÚN NUEVO DISEÑO YA QUE TODO LO ESTABLECIDO ESTÁ DENTRO DE UN MARCO NORMATIVO. LAS ACTIVIDADES ESTÁN SUJETAS A UNA SERIE DE NORMATIVIDADES Y REGULACIONES.	X		C
7.6	LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLAN NO IMPLICA LA UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS DE CALIBRACIÓN Y/O MEDICIÓN.	X		C



REVISIÓN Y CIERRE DE LOS HALLAZGOS DETECTADOS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR						
Tipo	Criterio	Sistema	Descripción del Hallazgo anterior	Descripción de las Acciones Tomadas por la Organización	Status	
					Cerrada	Abierta

HALLAZGOS DE INCUMPLIMIENTO O MEJORA DETECTADOS EN LA AUDITORÍA					
Tipo	Criterio	Sistema	Descripción del Hallazgo	Descripción del requisito incumplido	Nivel de Críticidad del Hallazgo
NC	---	---	No se detectaron No Conformidades		
O1	PG-PS-GC-06	SGC	Se Detecta una observación, derivado a que en algunas áreas auditadas (Direcciones de auditoría, capacitación, jurídico) no se utiliza el formato definido en el sistema de gestión de calidad para atender las acciones correctivas, y no se llevan a cabo análisis para las no conformidades detectadas.	Se incumple con el anexo 2 del procedimiento de Acciones Correctivas, así como en el párrafo tercero de "ACTIVIDADES" que a la letra diceEn todos los casos las/los responsables de llevar a cabo una acción correctiva deberán realizar un análisis de causa raíz, a fin de eliminar la no conformidad.	O
O2	8.5.2	SGC	Verificación de la eficacia de las acciones correctivas tomadas	Se observa que si bien es cierto que se tiene establecido dentro de procedimiento la forma de dar seguimiento a las acciones correctivas y la misma se considera adecuada, en distintas áreas (Direcciones de auditoría, capacitación) se observa que no existe tal verificación, lo que podría estar ocasionando reiteración en las desviaciones y no conformidades.	O
OM1	Rev x Dirección	SGC	Presentar el avance y desempeño de los procesos tal y como se tienen en los informes y/o registros de cada área, ya que en ocasiones se alcanza la meta global (profesionalización) por que se rebasa en otros rubros, sin embargo se utiliza un criterio distinto para presentar la información, situación que pudiera no estar siendo del conocimiento de la alta dirección para la toma de decisiones.		
OM2	4.2.3	SGC	Se observa en el caso de algunas actualizaciones de documentos que la fecha de actualización que indica el procedimiento no coincide con la fecha de autorización y publicación, situación que podría causar confusión e incumplimientos por parte de las áreas usuarias.		
OM3	4.2.2	SGC	Durante la revisión se observó que existe un procedimiento del área jurídica (PR-JR-JR-03) que no se encuentra dentro ni referenciado en el respectivo Manual de calidad, sin embargo si está declarado dentro de su lista maestra como procedimiento del SGC.		
OM4	8.2.3	SGC	Considerar establecer un mecanismo formal y homogéneo para dar seguimiento al desempeño de los procesos, (indicadores, semaforización etc) ya que cada área lo tiene establecido de manera distinta, y específicamente en el proceso de la Dirección de auditoría de Obra Pública se limitan a controlar los		



			resultados, sin embargo no cuentan con un mecanismo para la identificación de incumplimientos durante el periodo anual, el área de Capacitación a Servidores Públicos de entidades auditables no está definido.
OM5	4.2.4	SGC	Específicamente en el área de capacitación a servidores públicos auditables, existe un problema importante en la identificación de los registros que generan de los cursos que otorgan Se muestra desconocimiento de las herramientas y métodos establecidos dentro del SGC. En términos generales existe falta de utilización de las herramientas establecidas dentro del SGC.

APELACIONES DE LOS HALLAZGOS DE AUDITORIA POR PARTE DEL AUDITADO	
¿Existen apelaciones sobre la clasificación de hallazgos de incumplimiento?	<input type="checkbox"/> Si Se aplicará el Procedimiento de Apelaciones vigente del Organismo de Certificación <input checked="" type="checkbox"/> No
Descripción de la Información que soporta la apelación (puede ser proporcionada al término o fecha posterior de la Auditoría):	

ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN, MANTENIMIENTO Y MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN	
Aspecto	Nivel
Estado de Implementación del Sistema de Gestión	3
Evidencia de Auditoría analizada que describe el cumplimiento de los Controles Operacionales Aplicados para el SG	3
Resultado de la Evaluación de las Competencias del Personal necesarias para lograr la conformidad del SG	3
Resultado de la Evaluación de las mejoras aplicadas al SG	3

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA AUDITORÍA REALIZADA
Lugares visitados durante la presente auditoría
EDIFICIO UBICADO EN Av Niños Heroes No 2409 col Moderna Guadalajara Jalisco.
Identificación de los principales documentos Normativos, Requisitos Legales y Otros Aplicables
Ley orgánica del Poder legislativo del estado de Jalisco, Ley de ingreso del Gobierno del estado de Jalisco, Ley de Hacienda del estado de Jalisco, Ley de Obra Pública del estado de Jalisco, Ley de Responsabilidades de los servidores público del estado de Jalisco, Ley de Fiscalización Superior y Auditoría Pública del Estado de Jalisco y sus municipios, Reglamento Interno de la Auditoría Superior del Estado de Jalisco, Ley de Transparencia y acceso a la información pública del Estado de Jalisco y sus municipios.
Información Resumida de la Muestra Tomada
ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS EN APEGO A PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS. Se revisaron aleatoriamente documentos que se incluyeron o actualizaron y se pudo verificar apego a Procedimiento.



NUM DE ASUNTO Y/O Documento	ESTATUS DE ASUNTO	FECHA DE DOCUMENTO	ATENCIÓN DE ASUNTO	FECHA DE RESPUESTA	REGISTRO REVISADO	STATUS
pg-ps-gc-02 010/2015 SOLICITUD	REVISADO ACTUALIZADO	Y 04 DE SEP 2015	EN APEGO A PROPIO PROCEDIMIENTO	NO SE ESPECIFICA FECHA DE PUBLICACIÓN	010/2015	CUMPLE
042/2015 7 PROC. GRALES PARA SEGURIDAD DE INF.	PROCEDIMIENTOS NUEVOS	17 DE NOV 2015	EN APEGO A PROCEDIMIENTO	NO SE ESPECIFICA FECHA DE PUBLICACIÓN	042/2015	CUMPLE
055/2015 PROCEDIMIENTO GENRAL DE D. TÉCNICA	REVISADO ACTUALIZADO	Y 30 DE NOV 2015	EN APEGO A PROCEDIMIENTO	NO SE ESPECIFICA FECHA DE PUBLICACIÓN	055/2015	O.M.
035/2015 PROCEDIMIENTOS AUDITORÍA A PODERES	REVISADO ACTUALIZADO	Y 30 DE NOV 2015	EN APEGO A PROCEDIMIENTO	NO SE ESPECIFICA FECHA DE PUBLICACIÓN	035/2015	CUMPLE

PROFESIONALIZACIÓN (CAPACITACIÓN)

Se hace revisión de este proceso en el área de Profesionalización, se revisaron los 5 distintos programas que tienen de capacitación y su cumplimiento., obteniendo las siguientes evidencias.

NUM DE ASUNTO Y/O REGISTRO	FECHA DE DOCUMENTO	ACTIVIDAD	Unidad de medida	Meta	RESULTADO	STATUS FINAL
INFORME TRIMESTRAL	15/OCTUBRE DE 2015	1.- DIPLOMADOS	No diplomados impartidos	3	3	100%
INFORME TRIMESTRAL	15/OCTUBRE DE 2016	2.- MAESTRÍAS	No de Materias de maestría	6	4	67%
INFORME TRIMESTRAL	15/OCTUBRE DE 2017	4.- Programa de auditorías a recursos federales	No Cursos impartidos	20	17	85%
INFORME TRIMESTRAL		3.- Programa para el sistema de gestión de calidad	No Cursos impartidos	20	31	155%
INFORME TRIMESTRAL		5.- Programa de capacitación interna	No Cursos impartidos	12	31	258%
TOTALES				61	86	141%

RECURSOS HUMANOS (COMPETENCIA DETERMINADA) Se revisaron los perfiles de puesto, así como los expedientes de 4 personas pudiéndose confirmar que las 4 cumplen con las competencias requeridas para sus puestos respectivos. También se les ha dado formación (capacitación) en ramos apegados a los propios perfiles, es decir en competencias necesarias.

No empleado	Nombre	puesto	cta con perfil	Competencias y formación	AREA
9610	Candor Sánchez Ivan	AUDITOR	CUMPLE	cumple, se verifica título de licenciado en Administración Pública, y diversos cursos	DIRECCIÓN DE PODERES
12165	Luis Felipe García Iópez	Supervisor	CUMPLE	CUMPLE CON LAS COMPETENCIAS Y FORMACIÓN NECESARIAS EN LIC. EN DERECHO Y HA TOMADO	DIRECCIÓN DE CUMPLIMIENTO FINANCIERO
12161	Minerva Asencio Ramírez	Auditor	CUMPLE	CUMPLE CON LAS COMPETENCIAS PARA CUBRIR EL PUESTO, ASÍ COMO LA FORMACIÓN COMO	DIRECCIÓN DE PROGR, EVALUACIÓN Y
11013	José de Jesús Trejo Juárez	DIRECTOR GRAL DE ADMON	CUMPLE	CUMPLE CON LAS COMPETENCIAS Y FORMACIÓN NECESARIA, SE MUESTRA TÍTULO EN CONTADURÍA	DIRECCIÓN GRAL DE ADMINISTRACIÓN

AUDITORÍA A MUNICIPIOS.

Se hace revisión de este proceso en la Dirección de Auditorías a Municipio, se revisaron los 5 procedimientos y el apego a los mismos en 4 casos de manera aleatoria. En todos los casos se observa apego estricto a procedimiento. Obteniendo la siguiente evidencia.



NUM DE ASUNTO	MUNICIPIO	FECHA DE PLANEACIÓN	FECHA ATENCIÓN DE ASUNTO	TIEMPO DE ACUERDO A	FECHA DE NOTIFICACIÓN	STATUS
1 EJERCICIO 2013	AHUALCO	17-ene-14	09 AL 20 DE FEBRERO 2015	30 DÍAS	20 DE MARZO	CUMPLE
35 EJERCICIO 2014	EL SALTO	N.A.	N.A.	N.A	N.A	N.A
30 EJERCICIO 2014	DEGOLLADO	23-ene-15	06 AL 17 ABRIL 2015	30 DÍAS	15 DE MAYO	CUMPLE
31 EJERCICIO 2014	EJUTLA	23/01/2015	22 AL JUNIO AL 03 JULIO	30 DÍAS	30 DE JULIO	CUMPLE

AUDITORÍA A OBRA PÚBLICA.

Se hace revisión de este proceso en la Dirección de Auditorías a OBRA PÚBLICA, se revisaron los 5 procedimientos y el apego a los mismos en 3 casos de manera aleatoria. En todos los casos se observa apego estricto a procedimiento. Obteniendo la siguiente evidencia.

NUM DE ASUNTO	MUNICIPIO	FECHA DE PREPARACIÓN	FECHA ATENCIÓN DE ASUNTO	TIEMPO DE ACUERDO A	FECHA DE NOTIFICACIÓN	STATUS
14 14	AYOTLAN	31/AGOSTO - 4/SEP 15	07-18 SEP 2015	30 DÍAS	N.A	CUMPLE
15 51	JOCOTEPEC	11-15 MAYO	18 -22 MAYO DE 2015	30 DÍAS	19-jun	CUMPLE
46 47	JALOSTOTITLAN	24-28 AGOSTO	31 AGOSTO - 4 SEPT 2015	30 DÍAS	02-oct-15	CUMPLE

AUDITORÍA A LOS PODERES DEL ESTADO Y ORGANISMOS PÚBLICOS AUTÓNOMOS.

Se hace revisión de este proceso en la Dirección de Auditorías a PODERES DEL ESTADO Y ORGANISMOS PÚBLICOS AUTÓNOMOS, se revisaron los 5 procedimientos y el apego a los mismos en 3 casos de manera aleatoria. En todos los casos se observa apego estricto a procedimiento. Obteniendo la siguiente evidencia.

NUM DE ASUNTO/RE	MUNICIPIO	FECHA DE TRABAJOS PREVIOS	FECHA ATENCIÓN DE ASUNTO (AUDITORÍA)	TIEMPO DE ACUERDO A	FECHA DE NOTIFICACIÓN	CONTESTACIÓN	STATUS
04 2013	IPEJAL	02-06 FEB 2015	03-FEB 2015 - 07-SEPT-2015	30 DÍAS	22-29 SEPTIEMBRE DE	22-23 DE COTUBRE	CUMPLE
07 2013	PATRONATO DE LAS FIESTAS DE OCTUBRE	07-14 DE OCTUBRE 2014	03-NOVIEMBRE- 24 ABRIL 2015	30 DÍAS	20-21 DE MAYO	10 DE JUNIO 2015	CUMPLE
08 2013	HOGAR JUAN CRUZ RUÍZ	41913	16/10/2014- 20 MARZO DE 2015	30 DÍAS	14 DE ABRIL DE 2015	28 ABRIL-08 MAYO	CUMPLE

CAPACITACIÓN A SERVIDORES PÚBLICOS DE ENTIDADES AUDITABLES

Se verifica cumplimiento contra lo programado, así como apego al respectivo procedimiento obteniendo los siguientes resultados.

ASUNTO Y/O REGISTRO	A QUIEN VA DIRIGIDO	CURSO	# CURSOS PROGRAMADOS	# CURSOS REALIZADOS	STATUS
1	SIAE	SISTEMA INFORMÁTICO	6	7	117%
2	SIAE	SISTEMA INFORMÁTICO PARA ENTRANTES	6	5	83%
10	AUTORIDADES ESTATALES	OBLIGACIONES DE LOS ENTES	4	2	50%
14	GOBIERNO DEL ESTADO	NORMATIVIDAD PLANEACIÓN, GASTO PÚBLICO	6	3	50%

No obstante los resultados globales se alcanzan ya que llevan 74 cursos realizados de 77 programados para finales de 2015.

COMPRAS. Se verificó apego a respectivo procedimiento y norma de manera aleatoria en 4 registros obteniendo los siguientes resultados. Se han atendido al 100% de solicitudes recibidas.



No solicitud	area solicitante	fecha de solicitud	fecha de atención	se verifica apego a procedimiento
133	servicios grales	16-oct	27-oct	CUMPLE
123	SERVICIOS GRALES	06-oct	N.D.	CUMPLE
125	SERVICIOS GRALES	19-oct	N.D.	CUMPLE
131	DIRECCIÓN GRAL	N.A SE GENERÓ POR LA MISMA ÁREA DE COMPRAS	N.D.	CUMPLE

ATENCIÓN DE SOLICITUDES DE TRANSPARENCIA (JURÍDICO)

Se revisaron de manera aleatoria 6 registros de solicitudes, mismas que se atendieron en tiempo, se pudo verificar bitácora de control para la atención de solicitudes donde mostraban cumplimiento con los tiempos de atención. Aquí la muestra.

No de solicitudes recibidas	FECHA DE RECEPCIÓN	ASUNTO	FECHA DE ATENCIÓN	TIEMPO ESTABLECIDO EN NORMA Y/O POLÍTICA	STATUS
202/15 folio 02374315	08-dic-15	Ingreso Agua Potable	09-dic-15	3 DÍAS	CUMPLE.
36/15 Folio 00348115	23/02/20015	municipio de pto vallarta	24-feb	3 DÍAS	CUMPLE.
63/15 Folio 00636915	23-abr	cta pública zapopan	27-abr	3 DÍAS	CUMPLE.
85/15 Folio 00822215	27/05/2015	Historia de la deuda de Jocotepec	28/05/2015	3 DÍAS	CUMPLE.
167/15 Folio 01807715	08-oct-15	5 Ultimas auditorías Juanacatlan	09-oct-15	3 DÍAS	CUMPLE.
010/14 Folio N.A.	20-mar-14	COPIAS CERT OFICIOS	24-mar-14	3 DÍAS	CUMPLE.

Aspecto a Evaluar	Evidencias Presentadas	Resultado de la Evaluación	Cumple		Hallazgo
			Si	No	
Revisión por la Dirección	Se tiene planeadas las revisiones, se presenta documento de 31 de octubre que comprende revisión del 3er trimestre del año jul-sep.se revisa política de calidad y objetivos de la calidad. -Retroalimentación del cliente, con arriba del 99% de satisfacción -Auditoría interna. La última se llevó a cabo del 14-16 octubre. -seguimiento de hallazgos, acciones correctivas y preventivas. -cambios que podrían afectar al sgc. -recomendaciones de mejora	-Se le da seguimiento puntual a los objetivos de la calidad, a través de los planes de trabajo de cada una de las áreas. -Se muestra evidencia de las auditorías internas. -Se le da seguimiento a las acciones correctivas y preventivas -Se establecen las recomendaciones para la mejora.	X		C



Auditoría Interna	<p>SE MUESTRA EVIDENCIA DE INFORMES DE AUDITORÍAS DE ABRIL Y OCTUBRE ASÍ COMO SEGUIMIENTO A LOS HALLAZGOS DERIVADOS DE LA AUDITORÍA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se muestra el programa de auditorías • Competencia de los auditores • Informe de auditoría. 	Se considera adecuada la forma de realizar las auditorías, la planeación de las mismas, los resultados que presentan y el seguimiento a los mismos.	X		C
Acciones Correctivas y Preventivas	Se muestran los Procedimientos Documentados tanto de acciones correctivas como de acciones Preventivas en cumplimiento con la Norma	Se considera adecuado la forma en la que están presentados los procedimientos de acciones correctivas y preventivas. (ver O y O.M)	X		C
Manual d Calidad.	Se muestra el manual de Calidad, debidamente formalizado y que contiene lo establecido por la Norma	Incluye alcance del SGC, exclusiones justificadas, interacción de los procesos y los procedimientos relacionados en cada uno de los rubros donde se ocupan.	X		C
5.3	Política Calidad. Trabajar coordinadamente con eficiencia, eficacia y efectividad en nuestro hacer cotidiano, cumpliendo las obligaciones de ley, integrando la transparencia en la información y asumiendo el compromiso de mejorar continuamente	Se muestra documento donde queda establecida. Es comunicada y entendida dentro de la organización. La misma ha sido difundida se encuentra en puntos estratégicos dentro de las instalaciones, en la intranet y en un folleto que se distribuye a todo el personal.	X		C
5.5.1	Las responsabilidades y autoridades están definidas desde el organigrama que se muestra, así como en los perfiles de puesto de cada una de las direcciones.	Se considera adecuada la forma en la que están definidas las responsabilidades y autoridades.	X		C
5.5.2	Nombramiento.- Se muestra nombramiento de la Lic. Claudia Gómez, como representante de la dirección.	Se presenta nombramiento de fecha 01 de junio de 2010. Presenta informes periódicos a la alta dirección, sobre el desempeño de los procesos, se muestra evidencia del informe de la revisión por la dirección.	X		C
5.5.3	Comunicación interna.- Están establecidos. Oficios, correos electrónicos, página web, Minutas, Control de información, Formatos diversos, juntas de dirección, Tapiz de pantalla en computadoras y	Se consideran adecuados los mecanismos establecidos para la comunicación interna. Se pudo constatar que la información permea y que tanto los niveles de mando como operativos tienen	X		C



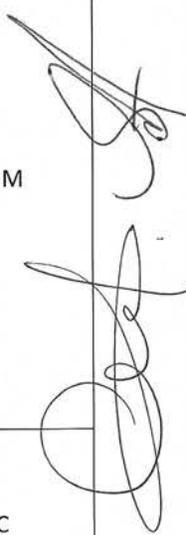
	pizarra institucional.	conocimiento de los resultados de auditoría.			
6.2.1-6.2.2	Recursos humanos. Programa de capacitación, detección de necesidades de capacitación en base a evaluación de desempeño. Evaluación de eficacia de la capacitación, competencias necesarias para el desempeño dentro de los perfiles de puesto.	Se muestra el programa de capacitación mismo que muestra cumplimiento al 139%. Se muestra cédula de evaluación de desempeño, dentro de la misma se encuentra la detección de necesidad de capacitación derivada de la misma evaluación de desempeño Se muestra evaluación de la eficacia de la capacitación. Se revisaron Perfiles de puesto, donde están establecidas las competencias necesarias del personal.	X		C
6.3 – 6.4	Se mantiene la infraestructura necesaria así como el ambiente de trabajo necesario.	-Cuentan con edificio inteligente de primer nivel con dispositivos de muy alto nivel para detección de riesgos.	X		C
4.1	Planeación y determinación del sgc. Procesos. se muestra macro proceso e interacción de los propios procesos, dentro del manual de Calidad.	Se muestra alineación muy precisa con plan estatal de desarrollo donde se alinean al eje de respeto y justicia, y a través del poder legislativo emana el plan de gestión pública de la ASEJ. Se muestran diagramas hasta un segundo nivel donde ubican de manera precisa los procesos de realización.	X		C
4.2.3	CONTROL DE DOCUMENTOS.- Cuentan con procedimiento documentado donde definen los controles necesarios. PG-PS-GC-02 Su última revisión es de fecha 04 de septiembre de 2015.	Se revisó de manera aleatoria la forma de actualizar documentos, y se aprecia cumplimiento, se considera adecuada y en apego a Norma	X		C
4.2.4	Control de registros.- cuenta con procedimiento documentado donde definen los controles necesarios. PG-PS-GC-03 su última revisión es del 04/sept/2015.	Cumple con el requisito de Norma, y la forma de controlar sus registros, en apego al respectivo procedimiento	X		C
7.1	La planificación del producto se lleva a cabo desde el punto 4.1, se muestran procedimientos específicos para cada proceso	Se considera adecuada la forma de planificar la realización del producto.	X		C
7.2.1 Y 7.2.2	Se muestran proceso y procedimientos específicos para cada producto donde se establecen los requisitos, así como la referencia a la normatividad	Se considera adecuada la forma en que están determinados los requisitos, del cliente, los legales y reglamentarios aplicables, así como los propios de cada proceso.	X		C



	aplicable para cada uno.				
7.2.3	La comunicación con el cliente está determinada en los propios procedimientos y para cada caso se establecen criterios específicos.	Se muestra estricto apego tanto a Normatividad como a procedimiento y se considera adecuada la forma establecida.	X		C
7.4	Se cumple con los respectivos procedimientos de compras y que a continuación se señalan: 1.- PE-AD-AD-11 (EVALUACIÓN DE PROVEEDORES) 2.- PE-AD-AD-10 (COMPRAS VARIAS)	Se evalúa y reevalúa a proveedores de manera periódica, y las compras se hacen en estricto apego a procedimiento y normatividad, se tomaron 4 muestras donde se pudo verificar esto.	X		C
7.5.1 y 7.5.2	La Información que se utiliza y describe el producto son los propios procedimientos para cada proceso.	Se considera adecuado el control de la prestación del servicio, ya que está plenamente identificada y disponible la información y la misma pasa por procesos muy estrictos de validación, donde son revisados y aprobados.	X		C
7.5.3	Se verificaron un promedio de 3 ejemplos para cada tipo de auditoría y se verifica la identificación precisa del servicio respecto a los requisitos establecidos.	Se considera adecuada la identificación y trazabilidad. Se mantienen registros de cada etapa de la realización del servicio.	X		C
8.2.1	Medición de la percepción del cliente	Se cuenta con las encuestas realizadas a entidades auditables y el otro a comisión de vigilancia 99.65% de satisfacción	X		C
8.5	Se toman en cuenta resultados de auditoría, Revisión por la Dirección, objetivos de calidad y política de calidad.	La organización mejora continuamente, llevando a cabo auditorías, revisión por la dirección y dando seguimiento a acciones correctivas y preventivas.	X		C

OBJETIVOS, METAS Y PROGRAMAS CLAVE PARA EL SISTEMA DE GESTION					
No.	Descripción del(os) Objetivo(s), Meta(s) O Programa(s)	Resultado de la Evaluación	Cumple		Hallazgo
			Si	No	
1	CUMPLIMIENTO CON LAS ADUITORÍAS A MUNICIPIOS DEL ESTADO PROGRAMADAS.	AUDITORÍAS EJERCICIO FISCAL 2012 CON AVANCE OBTENIDO DE 100% DEL POA. AUDITORÍA EJERCICIO FISCAL 2013 CON AVANCE DE 100% DEL POA. AUDITORÍAS EJERCICIO FISCAL 2014 CON AVANCE DE 100% DEL POA. SE REVISÓ PROGRAMA OPERATIVO SE PRESENTA INFORME TRIMESTRAL, PROGRAMA OPERATIVO Y MÉTODO DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PROCESO A TRAVÉS DE UN REGISTRO CON SEMAFORIZACIÓN	X		C
2	CUMPLIMIENTO CON EL	SE PROGRAMARON 61 CURSOS DE LOS CUALES SE	X		C

	PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE LAS Y LOS SERVIDORES PÚBLICOS.	HAN REALIZADO 85 141% DE CUMPLIMIENTO SE MUESTRA REGISTRO ELECTRÓNICO QUE MUESTRA CUMPLIMIENTO.			
3	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE AUDITORÍAS DE OBRA PÚBLICA	SE PRESENTA PROGRAMA OPERATIVO ANUAL, PLANEACIÓN DE MUNICIPIOS. AUDITORÍAS EJERCICIO FISCAL 2014 CON AVANCE DE 100% DE LO RPROGRAMADO.	X		C
4	AUDITORÍA DE LOS PODERES DEL ESTADO Y ORGANISMOS PÚBLICOS AUTÓNOMOS.	8 AUDITORÍAS AL AÑO QUE MUESTRAN LOS AVANCES PROGRAMADOS HASTA LA FECHA, NO SE HA CONCLUIDO NINGUNA DERIVADO DE TIEMPOS QUE LA PROPIA NORMATIVIDAD ESTABLECE. SE MOSTRÓ EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO AL 100% DEL EJERCICIO 2014	X		C
5	CAPACITACIÓN A LAS Y LOS SERVIDORES PÚBLICOS DE LAS ENTIDADES AUDITABLES	SE OBSERVA COMPLETO DESCONOCIMIENTO POR PARTE DEL TITULAR DE ESTA ÁREA CON RESPECTO AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD. REGISTROS NO SE ENCUENTRAN FÁCILMENTE IDENTIFICABLES COMO LO MARCA LA NORMA, SE SOLICITARON REGISTROS DEL CURSO DE SISTEMA INFORMÁTICO ASÍ COMO REGISTROS DE CUMPLIMIENTO, (INDICADORES) EL PRIMERO COSTÓ MUCHO TRABAJO IDENTIFICARLO, Y EL SEGUNDO NO SE CUENTA CON ÉL, TIENEN EL SEGUIMIENTO A LAS METAS DISPERSAS EN DISTINTOS REGISTROS, (ESTA SITUACIÓN SOLO SE OBSERVÓ EN ESTA ÁREA) NO OBSTANTE MUESTRAN CUMPLIMIENTO CON EL NÚMERO DE CURSOS OTORGADOS 74 DE UNA PROGRAMACIÓN DE 77.		X	O.M
6	ATENCIÓN DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN DE VÍA TRANSPARENCIA	ATENCIÓN DE SOLICITUDES RECIBIDAS EN TIEMPO. SE LOGRA VERIFICAR QUE SE CUMPLE CON EL 100% DE ATENCIÓN DE SOLICITUDES EN TIEMPO, SE LLEVA E CONTROL A TRVÉS DE UNA BITÁCORA, DE 202 SOLICITUDES A LA FECHA SE HAN ATENDIDO EN MENOS DE 3 DÍAS. CUMPLIMINETO 100%	X		C



Elementos Relevantes derivados de la presente Auditoría a considerar durante la siguiente auditoría:	REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN:				
	C	A	ST	IA	SI
1. Se debe considerar el apego a formato para acciones correctivas.	x				
2. Se debe considerar que se haga análisis de la información para una adecuada toma de decisiones, tal y como lo marca el propio procedimiento de Acciones Correctivas, en el párrafo tercero de "ACTIVIDADES" que a la letra diceEn todos los casos las/los responsables de llevar a cabo una acción correctiva deberán realizar un análisis de causa raíz, a fin de eliminar la no conformidad.	X				

CONFIDENCIALIDAD EN EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN A LA QUE SE TUVO ACCESO



Se ha realizado la auditoría con base en un muestreo y en consecuencia, pueden existir otras desviaciones que no fueron identificadas en este ejercicio. Cabe recordar que toda la información a la que tuvo acceso el equipo auditor se maneja con carácter confidencial.

AGRADECIMIENTO

En nombre de American Trust Register S.C. agradecemos a la Organización y al personal auditado las facilidades otorgadas, información proporcionada y atenciones recibidas durante la presente Auditoría.

ACCIONES DE SEGUIMIENTO CUANDO EXISTEN OBSERVACIONES Y/O NO CONFORMIDADES

OBSERVACIONES: Se verificará la implementación de las acciones tomadas para la atención de los hallazgos por la Organización, en la siguiente auditoría.

NOTA: En caso de no evidenciar la eficacia de las acciones tomadas de la(s) Observación(es) en la próxima auditoría, ésta(s) será(n) declarada(s) como No Conformidad(es).

NO CONFORMIDADES: La Organización **deberá enviar al Organismo Certificador**, las evidencias documentadas de las correcciones específicas y acciones correctivas planificadas o realizadas para eliminar la(s) causa(s) de la(s) No Conformidad(es) en un plazo **no mayor a 90 días naturales** a partir de la fecha de este informe.

NOTA: En caso de no enviar al Organismo Certificador la información requerida en el período establecido:

Se será necesario re-iniciar el proceso de su Certificación. (Aplica en Certificación o Recertificación)

Se iniciará el proceso de suspensión de su Certificación. (Aplica en Mantenimiento o/y Cambio de Alcance)

LUGAR DE CIERRE DE NO CONFORMIDADES

Las No Conformidades encontradas requieren que el Cierre de las mismas se realice en las Instalaciones de la organización, por lo que la Dirección Comercial de American Trust Register S.C. se pondrá en contacto con el cliente para cotizar dicha Auditoría.

La organización debe enviar a American Trust Register S.C. las evidencias documentadas del análisis, plan de acción, implementación y cierre de las No Conformidades detectadas durante esta auditoría con el objetivo de determinar si son aceptables. En caso que las evidencias enviadas dentro del plazo establecido, no aseguren eliminar la(s) causa(s) de la(s) No Conformidad(es), será necesario programar una auditoría In Situ, lo cual será comunicado a la Organización.

La eficacia de las acciones tomadas será confirmada en la próxima auditoría programada.

CONCLUSIÓN

Aceptable

Se concluye que el Sistema de Gestión de la Organización cumple con lo establecido en la Norma(s) de Referencia, por lo que el(los) auditor(es) líder(es) recomienda(n):

Otorgar Mantener Modificar

La Certificación del (los) Sistema(s) de Gestión.

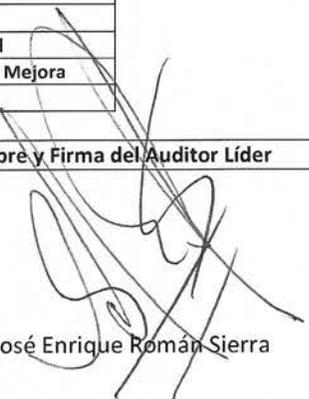
No Aceptable

La organización requiere enviar la documentación que evidencie la eliminación de la(s) causa(s) de la(s) No Conformidad(es) en el plazo establecido para su revisión y determinar si son aceptables.



Clasificación del resultado

C	Cumple
O	Observación
NC	No Conformidad
OM	Oportunidad de Mejora
NA	No Aplica

Nombre y Firma del Auditor Líder	Nombre y Firma del representante del cliente
 Lic. José Enrique Román Sierra	 Lic. Claudia Verónica Gómez Varela