



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

# INFORME DE AUDITORÍA DE MANTENIMIENTO 2

del

Sistema de Gestión de Calidad

de

H. Congreso del Estado de Sonora

Tehuantepec y Alfende, Col. Centenario, Hermosillo, Sonora C.P. 83260

(662) 259-6700

24 de mayo de 2013

## EQUIPO AUDITOR

Auditor Líder:	MBA Luis Domingo López Díaz:
Grupo Auditor:	No aplica
Experto Técnico:	No aplica
Auditor en Entrenamiento:	No aplica
Auditor Evaluador:	No aplica
Observador:	No aplica



## INFORME DE AUDITORÍA

CLAVE DE AUDITORÍA

MA-02

NÚMERO DE  
CLIENTE

GES-430

### NORMAS DE REFERENCIA

- NMX-CC-9001-IMNC-2008 (ISO 9001:2008)  NMX-SAA-14001-IMNC-2004 (ISO 14001:2004)
- NMX-SAST-001-IMNC-2008(BSI OHSAS 18001:2007)  NMX-F-CC-22000-NORMEX-IMNC-2007 (ISO 22000:2005)
- NMX-I-27001-NYCE-2009 (ISO 27001:2005)

### CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE AUDITORÍA

- Se cumplió de acuerdo a lo establecido en el plan de Auditoría.
- No se cumplió debido a: se incluye en esta revisión el proceso de Coordinación y planeación de eventos, a través de la revisión del procedimiento de Diputado infantil por un día. Esto modifica la redacción del alcance sin afectar a la ampliación de procesos. Se recibe el formato de solicitud de cambio de redacción de alcance.

### CUMPLIMIENTO DEL ALCANCE DE AUDITORÍA

- Se cumplió de acuerdo a lo establecido en el plan de Auditoría.
- No se cumple debido a:
- Áreas/Procesos/Sitios o Instalaciones no auditados:

### CUMPLIMIENTO DE MARCA Y LOGOTIPO

- Se cumple con lo establecido en la guía de uso de marca y logotipo GDCC-01 del Organismo.
- No lo utiliza
- No se cumple debido a:

### CONFIRMACIÓN RELACIONADA CON LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL CLIENTE

#### Información Correcta

Diferencias en la información proporcionada: Haga clic aquí para escribir texto.

Acciones tomadas derivadas de la diferencia: Haga clic aquí para escribir texto.



**SE CONFIRMA EL ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN**

Si

No (ver descripción en la parte inferior).

**DESCRIPCIÓN DEL ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN**  
(EN AUDITORÍAS DE CERTIFICACIÓN, RECERTIFICACIÓN Y/O CAMBIO DE ALCANCE)

**ALCANCE DEL CERTIFICADO:**

El alcance del Sistema de Gestión de Calidad del CONGRESO comprende los siguientes procesos y servicios:

DE MEDICION Y SEGUIMIENTO: Sistema de Gestión de Calidad

DE REALIZACION Y SUSTANTIVOS: Información Pública; Comunicación Social; Quejas, Denuncias y Sugerencias; Evaluación Financiera; Auditoría Administrativa; Atención Ciudadana; Servicios de Biblioteca y Archivo Histórico; Coordinación y Planeación de Eventos, Diputado infantil por un día; Servicios Administrativos a Legisladores y Personal.

Gestión de Correspondencia.

DE SOPORTE: Gestión de Recursos materiales, Administración de Personal, Infraestructura y Control Presupuestal

**INDIQUE PROCESOS O ACTIVIDADES DETERMINADOS EN EL SG:**

Sistema de Gestión de Calidad, Información Pública; Comunicación Social; Quejas, Denuncias y Sugerencias; Evaluación Financiera; Auditoría Administrativa; Atención Ciudadana; Servicios de Biblioteca y Archivo Histórico; Coordinación y Planeación de Eventos; Servicios Administrativos a Legisladores y Personal, Gestión de Correspondencia, Gestión de Recursos materiales, Administración de Personal, Infraestructura y Control Presupuestal; Diputado infantil por un día.

**INDIQUE PRODUCTO/SERVICIO:**

Servicios de apoyo administrativo a los legisladores y personal; Servicios de información pública, biblioteca, eventos, boletín informativo, protección civil y quejas, denuncias y sugerencias orientado a la ciudadanía; Controlaría interna del Congreso; Iniciativa derivada del evento de diputado infantil por un día.

**INSTALACIONES DENTRO DEL ALCANCE:**

INSTALACIÓN	PROCESO(S), ACTIVIDAD(ES), ELEMENTO(S)
Instalaciones únicas en las Oficinas del Congreso de Sonora en Allende y Tehuantepec, Colonia Las Palmas, Hermosillo, Sonora.	Todos los procesos

**CONFIRMACIÓN DE SITIOS DENTRO DEL ALCANCE:**

SITIO	PROCESO(S), ACTIVIDAD(ES), ELEMENTO(S)
No aplica	



REVISIÓN Y CIERRE DE LOS HALLAZGOS DETECTADOS EN LA AUDITORÍA ANTERIOR

Tipo	Criterio	Descripción	Acciones Realizadas	Status	
				Cerrada	Abierta
01	7.5.5	Se hace una revisión del proceso de Recursos Materiales (Control de almacén) detectando que se tienen algunas diferencias entre las existencias reflejadas en el sistema informático y las observadas físicamente durante nuestro recorrido (de acuerdo al sistema se tienen 3 tintas negras de impresora 464 y 7 amarillas, observando físicamente que se tienen 2 y 6 respectivamente). Se observa que el sistema no se mantiene actualizado en este caso	Se generan tarjetas manuales y se observa que dicho control ha estado siendo efectivo, sin embargo se va a incluir un módulo en el SIAF. El inventario se controla efectivamente manualmente que está en proceso de actualización. Aunado a esto el área de Contraloría determina que el dicho control es adecuado. En el proceso correspondiente se indica el sistema de control de inventarios, sin embargo aún no se implementa el del SIAF. Se mantiene como observación ya que está siendo adecuadamente atendida.  Se está haciendo un reporte quincenal del cuadro de los inventarios y se revisan las evidencias de los últimos cuadros realizados.  Ver Observación 1.		X
02	8.2.3	En el proceso de Servicios Administrativos a Legisladores y Personal, se tiene determinado el indicador de cumplir mensualmente, al menos el 80% de elaborar los cheques de la cantidad de órdenes de pago recibidas, sin embargo, el indicador no refleja la identificación que demuestre la capacidad de satisfacer al cliente en los tiempos establecidos para pagar en el tiempo de crédito.	Se hace una revisión de los resultados de este indicador, observando que no se está midiendo el indicador nuevo que se encuentra establecido en el sistema de gestión de la calidad, se mide el indicador anterior.  Se descarta, pero no se modifica la documentación pertinente, teniendo aún el indicador correspondiente.  Aunado a esto se observa que no se tienen resultados de la medición de este indicador desde mediados del 2012, por esto se considera como una No Conformidad.  Ver No Conformidad 1.		X
03	4.2.4	En el proceso de Servicios Administrativos a Legisladores y Personal, se tiene determinado en el procedimiento Fondos Fijos Revolvente de Cajas SAD-PO5, Rev.04, controlar los registros identificados con los códigos de SAD-PO5-F01 Reporte de Arqueo de Caja y Reporte de Comprobante de SAD-PO-02 los cuales no se evidenció el control de	Se hace una revisión de la Lista maestra de registros observando que se tiene actualizada la lista maestra de registros y que refleja el control correspondiente.	X	

		acuerdo a lo determinado en el procedimiento de Control de Registros SGCPO-02.		
04	7.5.1	Durante nuestra revisión al proceso de Administración de Personal, Infraestructura y Control Presupuestal, para el Procedimiento de Elaboración de Nómina, se observa el pago de nómina a partir de la primera quincena de julio para uno de los empleados (33736) que presenta un aumento con respecto a lo establecido en el acuerdos 59-2012-001 (el acuerdo presenta una aprobación por \$ 2,331.15, mientras que lo pagado es con base en un sueldo de \$ 6,405.66), la Organización nos indica que se hizo la aprobación de manera verbal, sin embargo no se tiene el registro de un acuerdo u oficio por parte de personal facultado para dicho cambio.	Se genera una notificación con respecto al cambio de nivel derivado de la homologación de los sueldos.	X
05	8.2.3	Durante nuestra revisión al procedimiento de Control y mantenimiento de vehículos oficiales (proceso de Servicios Administrativos a Legisladores y Personal) se observa que los indicadores planeados sobre la atención y préstamo de coches a los solicitantes no se están cumpliendo (de los 22 vehículos sólo se tienen 3 disponibles).	Se hace un cambio en esta manera de trabajar, enfocando este proceso hacia servicios de transporte, en lugar de préstamo de vehículo oficial. Incluyendo los arrendamientos de vehículos. Se hace un cambio del procedimiento correspondiente.	X

**HALLAZGOS DE INCUMPLIMIENTO O MEJORA DETECTADOS EN LA AUDITORÍA**

Tipo	Criterio	Evidencias	Descripción del requisito incumplido	Nivel de Criticidad del Hallazgo
NC1	8.2.3	Se hace una revisión de los resultados del indicador del proceso de Servicios Administrativos a Legisladores y Personal, con respecto al procedimiento de pagos, observando que no se está midiendo el nuevo objetivo específico que se encuentra establecido en el sistema de gestión de la calidad dentro de la tabla de calidad específicos. Aunado a esto se observa que no se ha reportado por parte del área la medición de ningún indicador desde mediados del 2012, por lo que esta información no ha entrado a las reuniones de la revisión por la dirección.	"La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados"	Se considera como una No Conformidad ya que se tiene más de un año sin mediciones en algunos de los casos y por lo tanto esta información tampoco ha sido revisada en las revisiones por la dirección.



		Así mismo, para el proceso de gestión de correspondencia No se muestra evidencia de los resultados de la encuesta de satisfacción de los reportados en el 2012, tampoco se muestra evidencia de las mediciones aplicadas por el 2012 en la información de las juntas de la revisión por la dirección.		
01	7.5.5	<p>Se hace una revisión del proceso de Recursos Materiales (Control de almacén) detectando que se tienen algunas diferencias entre las existencias reflejadas en el sistema informático y las observadas físicamente durante nuestro recorrido (de acuerdo al sistema se tienen 3 tintas negras de impresora 464 y 7 amarillas, observando físicamente que se tienen 2 y 6 respectivamente). Se observa que el sistema no se mantiene actualizado en este caso.</p> <p>Se generan tarjetas manuales y se observa que dicho control ha estado siendo efectivo, sin embargo se va a incluir un módulo en el SIAF. El inventario se controla efectivamente manualmente que está en proceso de actualización. Aunado a esto el área de Contraloría determina que el dicho control es adecuado. En el proceso correspondiente se indica el sistema de control de inventarios, sin embargo aún no se implementa el del SIAF.</p> <p>Se está haciendo un reporte quincenal del cuadro de los inventarios y se revisan las evidencias de los últimos cuadros realizados.</p>	<p>“La organización debe preservar el producto durante el proceso interno y la entrega al destino previsto para mantener la conformidad con los requisitos. Según sea aplicable, la preservación debe incluir la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección”</p>	<p>Se tiene evidencia de acciones tomadas, sin embargo aun no se termina de cerrar este hallazgo.</p> <p>Se mantiene como observación ya que está siendo adecuadamente atendida.</p>
02	8.2.2	Durante nuestra revisión al seguimiento de los hallazgos de la última auditoría interna, observando que para aquellos levantados en el procedimiento de Fondo fijo revolvente de caja no se tiene evidencia de su atención ni solución.	“La dirección responsable del área que esté siendo auditada debe asegurarse de que se realizan las correcciones y se toman las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas”	No se considera crítico ya que esto sólo se observa con respecto a un área auditada.
03	4.2.3	En Compras directas se hace una revisión del procedimiento, observando que refleja actividades y	La organización debe: “b) revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario	No es crítico ya que la operación de las compras se encuentra



		registros (como la orden de compra y los resguardos correspondientes a las compras de los equipos informáticos de los meses de enero y febrero) que ya no se encuentran vigentes o no se están utilizando de acuerdo a como lo indica el procedimiento.	y aprobarlos nuevamente”	controlada y no afecta al cliente.
O4	8.2.3	<p>Se tiene en el procedimiento de Suministro de combustible un indicador sobre el Número de días con saldo mayor a \$ 3,000 en las tarjetas. Se observa que no se tienen resultados durante el primer trimestre del 2013 ya que cambia el reporte del proveedor y no permite monitorear el saldo diario. Los indicadores presentados no se encuentran sustentados y no ha habido establecimiento de nuevo objetivo o forma de sustentar el indicador.</p> <p>Para el procedimiento de programación de cursos no se puede verificar la base o evidencias de que generan los resultados de esta medición derivado de que no se tiene evidencia o metodología para el registro del número de solicitudes y del seguimiento al cumplimiento de las mismas.</p> <p>Durante nuestra revisión al procedimiento de protección civil se observa que se tiene el indicador del número de observaciones solventadas / observaciones levantadas por la UPC. No se tiene claro el sustento ni la medición de este objetivo. Tampoco se tiene la identificación de cuáles son los hallazgos levantados y cuales los atendidos.</p>	“La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados”	No se considera crítico ya que no supone un riesgo a la operación, sin embargo afecta la fiabilidad de los indicadores.
O5	7.5.1	Durante nuestra revisión al procedimiento de reclutamiento, selección y contratación se observa que para el trámite de contratación de un Asistente de Audio y Video contratado con fecha 1 de enero del 2013, no se tiene el Oficio por parte del área de Comunicación para que ocupe la plaza correspondiente.	La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas que deben incluir: a) la disponibilidad de información que describa las características del producto”	No se considera crítico, sin embargo se trata de un requisito establecido para determinar las necesidades del servicio a recibir.



O6	8.2.1	Durante nuestra revisión al procedimiento de Diputado infantil por un día se observa que no se tienen aún información analizada con respecto a la satisfacción del cliente.	"Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización."	No se considera crítico ya que se tienen algunos elementos que permiten evaluar la satisfacción (cómo la participación constante de escuelas, felicitaciones, etc.)
----	-------	---	--	---

**ACCIONES DE SEGUIMIENTO CUANDO EXISTEN OBSERVACIONES Y/O NO CONFORMIDADES**

<b>OBSERVACIONES:</b>	Se verificará la implementación de las acciones tomadas para la atención de los hallazgos por la Organización, en la siguiente auditoría.
<b>NOTA:</b>	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).
<b>NO CONFORMIDADES:</b>	La Organización <b>deberá enviar al Organismo Certificador</b> , 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 <b>no mayor a 90 días naturales</b> a partir de la fecha de este informe.
<b>NOTA:</b>	En caso de no enviar al Organismo Certificador la información requerida en el período establecido:
	<b>Será necesario re-iniciar el proceso de su Certificación.</b> (Aplica en Certificación o Recertificación)
	<b>Se iniciará el proceso de suspensión de su Certificación.</b> (Aplica en Mantenimiento o/y Cambio de Alcance)
	Se realizará la revisión de las evidencias documentada enviadas en las instalaciones del Organismo Certificador, para 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 <u>eficacia de las acciones tomadas</u> será confirmada en la próxima auditoría programada.

**ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN, MANTENIMIENTO, MEJORA E INDIQUE EN SU CASO FORTALEZAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN**

<b>Estado de Implementación del SG</b>	Nivel 3: Las actividades se organizan en un sistema de gestión basado en procesos que es eficaz y con tendencias hacia la mejora en su desempeño que permite la flexibilidad.
<b>Evidencia de Auditoría analizada que describe el cumplimiento de los Controles Operacionales Aplicados para el SG</b>	Nivel 3: El nivel de determinación y cumplimiento de requisitos es adecuado. Existe evidencia de que se han comenzado a implementar mejoras en los controles operacionales. La eficacia de los procesos clave se mide de manera sistemática.
<b>Resultado de la Evaluación de las Competencias del Personal necesarias para lograr la conformidad del SG</b>	Nivel 2: Hay un programa de revisión de las competencias. Las competencias se desarrollan como parte de un plan global, que está vinculado a la estrategia de la organización.





<b>Resultado de la Evaluación de las mejoras aplicadas al SG</b>	Nivel 3: Se pueden demostrar esfuerzos de mejora en el desempeño y en el cumplimiento de requisitos. Los procesos de mejora están alineados con la estrategia y los objetivos. Los procesos de mejora continua funcionan en algunos niveles de la organización.
<b>Información Resumida de la Muestra Tomada</b>	<p>Se hace una revisión al proceso de Comunicación, para esto se revisa el procedimiento de Boletín informativo y su procedimiento documentado y actualizado con los requisitos establecidos para los boletines; se hace una revisión de cuatro boletines, uno del 20 de marzo, dos del 29 de abril y uno del 30 de abril con sus registros correspondientes; así mismo se tiene un control trimestral para los reportes donde se deja registro de los boletines generados y su oportunidad). Por otra parte se revisa el procedimiento de Soporte técnico y producción, para lo que se seleccionan cinco solicitudes, revisando los siguientes casos: una filmación y entrega de un usb con una entrevista; una copia de video de una comisión; cobertura de una comisión; un diseño de portada para la presentación de la cuenta pública; una copia de la comisión de derechos humanos. Se tienen "instructivos procedimientos" para video, fotografía, audito, diseño, pleno y material de archivo.</p> <p>Se hace una revisión del procedimiento de Quejas, denuncias y sugerencias, a través de la revisión de 3 quejas del 2013, observando que se cumple con lo establecido en la normatividad y en el procedimiento correspondiente. Se observa que los productos cumplan con los requisitos establecidos. Se revisan las quejas o sugerencias número 5 (la misma que no es competencia de la entidad); la sugerencia número 3 con respecto a cuestiones de la ruptura de un ipad por empujon.</p> <p>Se hace una revisión del procedimiento de Evaluación Financiera, observando que se generan cambios hacia la mejora con respecto a establecimiento de índices y marcas de las auditorias o revisiones, además de mejora en los formatos establecidos. Se revisa el Programa anual de evaluación financiera para el año 2013 (donde se refleja lo programado y lo ejecutado); se revisa también la ejecución de la Evaluación financiera a Oficialía Mayor con respecto al cuarto trimestre del 2012, verificado en 2013 (se revisan los registros de Cédula de evaluación del ejercicio presupuestal; Cédula de evaluación del ejercicio programático; Informe de resultados de evaluación con su respectiva notificación; y se observa que en este caso para las observaciones no se debe dar seguimiento por la naturaleza de las mismas).</p> <p>Se revisa el proceso de Servicios de biblioteca y archivo histórico, observando que se tienen bien establecidos los requisitos y las maneras en que se cumple. Se revisa el control y la facilidad para la localización de libros y archivos históricos. Se hacen varias pruebas observando buen control. Se mantienen los registros: Informe mensual de servicios (con respecto a aquellos que generan algún tipo de ingreso); Registro de usuarios (se registra en un libro que posteriormente se llegan en un registro electrónico); Bitácora de servicios internos (se reflejan los servicios dados a personal interno y diputados); y Solicitud de Información de archivo histórico (se hace una revisión de tres registros de mayo). Se revisa físicamente la biblioteca y el archivo histórico, viendo que ambo se encuentran en condiciones adecuadas para la operación y salvaguarda de documentos. Los libros y documentos históricos se tienen bien identificados, disponibles y localizables.</p> <p>Se hace una revisión del Gestión de recursos materiales a través de los procedimientos de Compras directas y Suministro de combustible. Se revisa la ejecución de dichos procedimientos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Suministro de combustible.- se revisa el saldo que se maneja en la cuenta, se observa el control que se tiene con respecto a los vehículos con este servicio activado. Esto se controla vía el sistema informático del proveedor.</li><li>• Compras directas.- se hace una revisión de este procedimiento, observando que refleja actividades y registros (como la orden de compra) que ya no se encuentran vigentes. Se</li></ul>

revisan dos compras del mes de enero que son al mismo proveedor por el mismo concepto, teniendo un monto de 111,290.40 (solicitud de pago con folio 508) y otro de 18,548.40 (solicitud de pago con folio 511). El procedimiento dice que son únicamente aquellas menores a 50,000 y la normatividad indica que en caso de montos mayores a 150,0001.00 se deberá hacer vía licitación pública. También se contempla que se pueden hacer adjudicaciones directas en los casos de compras de emergencia o por contingencia, teniendo la justificación, sin embargo no se tiene dicha justificación documentada.

**Ver observación 3**

Se hace una auditoría al proceso de Coordinación y planeación de eventos, a través de la revisión del procedimiento de Diputado infantil por un día. Se observa que se tenga adecuadamente establecida la manera en que se llevan a cabo cada una de las actividades. Se considera desde la instalación del Comité Estatal Electoral del Diputado infantil por un día, hasta la ejecución de la sesión y el retorno a sus casas de los diputados infantiles. Estas actividades se rigen con la convocatoria publicada y con el Manual de Procedimientos del Infantil por un día. Se revisa la generación del producto de este año "Punto de acuerdo sobre el tema publicado en la convocatoria" y se observa que se cumpla con los requisitos establecidos. Se hace una revisión de las minutas de trabajo para el proceso 2012-2013. Se tiene evidencias de las reuniones, difusiones y capacitaciones con los diferentes participantes. Se hace la revisión de la evidencia sobre la capacitación a todos los diputados infantiles electos, son la finalidad de ver que los niños vengan adecuadamente capacitados.

**Ver Observación 6**

Se hace una revisión del proceso de gestión de la correspondencia, tomando para su evaluación la correspondencia que entra en la sesión del día jueves 23 de mayo. Se revisan las correspondencias con folio 702, 703, 706 y 707. Se revisa su adecuado turno y oportunidad se revisa como sigue:

FOLIO	RECIBIDO OFICIALIA	RECIBIDO APOYO LEGISLATIVO	SESIÓN	TURNADO O REMITIDO
702	20-may	21-may	23-may	En proceso
703	21-may	21-may	23-may	En proceso
706	22-may	22-may	23-may	En proceso
707	02-abr	22-may	23-may	En proceso

Así mismo se revisa el turnado de las dos correspondencias y otra que surge durante la sesión del martes 21 de mayo (folios 705, 694 y 695).

Se hace una revisión del proceso de Administración de personal a través de la evaluación de los procedimientos de:

- Programa de capacitación.- se revisa la evidencia de su ejecución y los registros de: Programa anual de capacitación y Formato de informe del curso, plática, foro o conferencia. Se revisa la impartición de un curso de "Reformas a la Ley de Acceso a la Información Pública", se revisa la solicitud al ITI y el oficio a las dependencias y personal obligado. Se revisa el informe final del curso. Se revisan también No se tiene evidencia de la lista de asistencia.
- Reclutamiento, selección y contratación.- se revisa este procedimiento y la manera en que se ejecuta a través de las evidencias de la contratación de un Asistente de Audio y video con fecha 1 de enero del 2013. Se revisa la autorización del Director administrativo para la contratación personal de esta persona, se revisa también la aplicación del examen psicométrico en otra dependencia con el aviso de si el candidato está apto, se revisa el expediente, observando que cumple con los

	<p>requisitos establecidos en el "Listado de requisitos para alta". (Se observa que para el Asistente de Audio y Video contratado con fecha 1 de enero del 2013, no se tiene el Oficio por parte del área de Comunicación para que ocupe la plaza).</p> <p><b>Ver Observación 5</b></p> <p>Se hace una revisión del proceso de Infraestructura a través de la revisión de la ejecución de los procedimientos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Control de activos fijos.- Se hace una revisión de las compras de equipo informático de enero y febrero y se revisa la generación de los resguardos correspondientes con su correspondiente firma. Se revisa también la baja de equipos, a través de las evidencias de solicitud de baja, incluyendo su debida aprobación y registro.</li> <li>Protección civil.- se hace una revisión de las evidencias de los simulacros realizados y de las revisiones por la Unidad de Protección Civil Municipal. Se revisa la atención de las observaciones realizadas y el control de los tiempos en las evacuaciones. Se revisan las bitácoras de inspección y seguimiento de riesgos que tienen inspecciones semanales y mensuales. Se considera adecuada la manera en que se lleva a cabo el procedimiento y el seguimiento a las actividades.</li> </ul>
--	---

OPINIONES DIVERGENTES		
¿Existen opiniones divergentes?	<input type="checkbox"/> Si	Se aplicará el Procedimiento de Apelaciones vigente del Organismo de Certificación
	<input checked="" type="checkbox"/> No	
Descripción de la Opinión Divergente:		

EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		
REQUISITO EXCLUIDO Y JUSTIFICACIÓN	EVALUACIÓN DEL AUDITOR	RES
<b>7.3 Diseño y desarrollo.-</b> Esta cláusula se excluye, con fundamento en que el CONGRESO no diseña ni desarrolla productos distintos. Esto no impide que puedan mejorar los productos y/o servicios que en su misma normatividad están definidos	Se considera adecuada la exclusión de este punto.	C
<b>7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y de medición.-</b> Esta cláusula se excluye ya que derivado de la naturaleza de sus procesos, el CONGRESO no utiliza ningún dispositivo o equipo para el seguimiento y medición del producto/servicio.	No se observa el uso de dispositivos de seguimiento y medición en los procesos.	C

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN		
FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN	DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL PROCESO DE REVISIÓN
Mayo del 2013	<p>Se realiza una junta trimestral de revisión por la dirección y se hace una revisión del primer trimestre del 2013. Se revisa la información relativa a los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Auditoría interna.- se revisa la información que se presenta de la auditoría interna del mes de abril del año 2013.</li> </ul>	<p>Se considera en cumplimiento con la norma de referencia y adecuada la realización de estas juntas de revisión por la dirección.</p> <p>Se detecta un alto conocimiento del sistema de gestión de calidad por parte de la alta dirección y se observa que se conocen</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento a acuerdos anteriores.- estos acuerdos se reflejan en el formato de control de correcciones, acciones correctivas o preventivas, esto con la finalidad de asegurar su seguimiento y se revisa el mismo.</li> <li>• Resultados de los procesos- se establecen objetivos, metas y mediciones para cada uno de los procesos, estos se reflejan en el apartado correspondiente.</li> <li>• Percepción del cliente.- se revisan los resultados de esta medición y se observa que se incluyen aquellos procesos que son susceptibles a este punto. Se incluye la medición de la percepción de los diputados infantiles.</li> <li>• Producto no conforme.- no se detecta en 2012 y no se tiene devolución por producto en el año.</li> <li>• Se hace un seguimiento de las acciones correctivas y preventivas que se tienen abiertas y se informa de aquellas cerradas.</li> </ul> <p>De esta información se genera una minuta y se establecen los compromisos y acciones de mejora planeadas.</p>	<p>claramente los detalles y problemática de la Organización.</p>
--	--	---

OBJETIVOS, INDICADORES, METAS Y PROGRAMAS CLAVE PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN			
NO	DESCRIPCIÓN DEL(OS) OBJETIVO(S), INDICADORES, META(S) O PROGRAMA(S)	RESULTADOS OBTENIDOS Y PERIODO ANALIZADO	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS
2	Número de productos o servicios realizados a tiempo/ Número de servicios o productos solicitados a la DGCS.	Se revisa los resultados de enero a abril observando que se tienen resultados de 88%, 88%, 77% y 80%, respectivamente para las actividades de boletín informativo. Con respecto a las actividades de soporte técnico y producción se obtienen resultados del 100%.	Se considera adecuada la medición y los resultados.
2	Servicios o productos conformes / servicios brindados	Se obtienen los resultados de enero a abril como sigue: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para el procedimiento de boletín informativo se ha tenido resultados del 100%.</li> <li>• Para el procedimiento de soporte técnico y producción se obtienen resultados del 100% para enero, febrero y marzo y de 96% para abril.</li> </ul>	Se considera adecuada la medición y los resultados.
SN	Satisfacción del cliente	Para el procedimiento de soporte técnico y producción se obtienen resultados del 100% en los meses de enero a marzo.	Se considera adecuada la medición y los resultados.
5	Atender y dar el curso que corresponda en un plazo que no exceda las 60 hrs. a partir de la recepción del 100 % de las	Se revisan los resultados del año 2012, observando que el 100% de las quejas son atendidas o turnadas en tiempo, al igual que el primer trimestre del 2013.	Se considera adecuada la medición y los resultados.



	sugerencias que se presenten a esta Contraloría Interna, sobre las funciones del Congreso y que reúnan los requisitos de suficiente claridad con respecto al contenido y destinatario								
SN	Se tiene la medición de la satisfacción del cliente en el procedimiento de quejas, denuncias y sugerencias.	Se observa que en los cuatro trimestres revisados del 2012 teniendo resultados del 100% entre bueno y excelente en los 1º, 2º y 4º trimestres del 2012 y 1º del 2013; bajando únicamente al 78% en el 3º del 2013.	Se considera adecuada la medición y los resultados.						
4	Se plantea el reducir en un 20% las Observaciones hechas a la cuenta pública actual con respecto al número de observaciones hechas a la cuenta pública anterior (aplica para los procedimientos de Auditoría Administrativa y Evaluación Financiera)	Se hace una revisión del objetivo, viendo que para la cuenta pública del 2011 (revisada en 2012) se tiene un aumento en las observaciones, pero esto derivado de que el objetivo ya se encontraba reduciendo desde la cuenta pública de la cuenta del 2007.	En febrero de este año se acuerda establecer un nuevo objetivo de calidad "Tener un máximo de 15 observaciones en la cuenta pública del año verificado". Se considera adecuada la medición y el cambio establecido en el objetivo.						
7	Tener el 90% de las Consultas disponibles con respecto al número de encuestados	Se tienen los resultados de los últimos tres trimestres como sigue: <table border="1"> <tr> <td>3er trimestre 2012</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>4to trimestre 2012</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>1er trimestre 2013</td> <td>100%</td> </tr> </table>	3er trimestre 2012	100%	4to trimestre 2012	100%	1er trimestre 2013	100%	Se considera adecuada la medición y los resultados.
3er trimestre 2012	100%								
4to trimestre 2012	100%								
1er trimestre 2013	100%								
7	Tener el 90% de los Documentos Históricos entregados en tiempo vs. los solicitados	Se tienen los resultados de los últimos tres trimestres como sigue: <table border="1"> <tr> <td>3er trimestre 2012</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>4to trimestre 2012</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>1er trimestre 2013</td> <td>100%</td> </tr> </table>	3er trimestre 2012	100%	4to trimestre 2012	100%	1er trimestre 2013	100%	Se considera adecuada la medición y los resultados.
3er trimestre 2012	100%								
4to trimestre 2012	100%								
1er trimestre 2013	100%								
7	Tener el 90% de las Consultas actualizadas con respecto al total de encuestados	Se tienen los resultados de los últimos tres trimestres como sigue: <table border="1"> <tr> <td>3er trimestre 2012</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>4to trimestre 2012</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>1er trimestre 2013</td> <td>100%</td> </tr> </table>	3er trimestre 2012	100%	4to trimestre 2012	100%	1er trimestre 2013	100%	Se considera adecuada la medición y los resultados.
3er trimestre 2012	100%								
4to trimestre 2012	100%								
1er trimestre 2013	100%								
SN	Satisfacción del cliente en el proceso de Biblioteca y Archivo Histórico.	Se tienen calificaciones del 100% de la satisfacción del cliente.	Se considera adecuada la medición y los resultados.						
SN	Número de días con saldo mayor a \$3,000 en las tarjetas / Número de días del mes.	No se tienen resultados durante el primer trimestre ya que cambia el reporte del proveedor y no permite monitorear el saldo diario.	Este indicador deja de ser medible por el cambio de formas en el trabajo y no se tiene evidencia de su medición desde septiembre 2012 en que cambia el reporte utilizado para el indicador.  Ver observación 5						



SN	Se tiene el indicador de número de solicitudes recibidas / el número de solicitudes atendidas.	Se tienen resultados de enero, febrero y marzo del 100%. Enero	Se considera adecuada la medición y los resultados.
SN	Cumplir el cronograma de actividades establecidas para el procedimiento de Diputado infantil por un día.	Se hace una revisión del proceso del 2012-2013, observando que se cumplen cada una de las etapas en tiempo (hay unas modificaciones con respecto a las fechas y se hace la difusión pertinente en las escuelas).	Se considera adecuada la medición y los resultados.
SN	Se hará una medición de los compromisos hechos vs. aquellos cumplidos.	Aún no se tienen estas mediciones, se establecen para el periodo 2013-2014	Se considera adecuada la medición, aunque aún no se tienen resultados.
13	Medir el número de diputados infantiles electos que conocen la importancia de la participación y su efecto en la elección de representantes vs. el número de diputados infantiles electos	El proceso de diputado infantil por un día 2012-2013 se desarrolla el 30 de abril del presente año, por lo actualmente no se han recibido más que dos retroalimentaciones.	Se considera adecuada la medición, aunque aún no se tienen resultados analizados.
13	Medir el número de diputados infantiles electos que conocen la función legislativa sobre el número de diputados infantiles electos		
12	Tener el 100% de la correspondencia entregada tiempo de acuerdo a los encuestados.	Estas mediciones se deben hacer cada 6 meses, sin embargo la última encuesta que se tiene es aplicada para finales del 2011.	No se muestra evidencia de los resultados de la encuesta de satisfacción de los reportados en el 2012, tampoco se muestra evidencia de las mediciones aplicadas por el 2012 en la información de las juntas de la revisión por la dirección.  Ver No conformidad 1.
12	Tener el 100% de la correspondencia entregada de conformidad para dictaminar de acuerdo a los encuestados.		
1	Cursos programados o solicitados que fueron impartidos.	Se tienen reportes con calificaciones siempre al 100% de este indicador.	No se puede verificar esta medición derivado de que no se tiene evidencia o metodología para el registro del número de solicitudes y del seguimiento al cumplimiento de las mismas.  Ver observación 5
SN	Número de resguardos firmados de activo fijo de los resguardos que han sido generados.	Se tiene a marzo del 2013 un total de 92% de los resguardos firmados.	Se tiene adecuada la medición, sin embargo al ser un proceso de soporte no se considera una meta.
SN	Número de inventarios físicos realizados sobre los programados.	Se realizan dos al año. Se revisa el de diciembre observando que se cumple.	
SN	Numero de observaciones solventadas / observaciones levantadas por la UPC	No se tiene claro el sustento ni la medición de este objetivo. Tampoco se tiene la identificación de cuáles son los hallazgos levantados.	Se considera adecuada la medición y los resultados.



SN	Tiempo de evacuación en el simulacro / tiempo de evacuación en simulacro anterior	Se tiene un tiempo de evacuación máximo en abril de 1:36 min y en septiembre de 1:33, representando una mejora, obteniendo un 103%.	Se considera adecuada la medición y los resultados.
----	---	---	---

### AUDITORÍA INTERNA Y ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

FECHA DE LA ÚLTIMA AUDITORÍA Y EVIDENCIAS PRESENTADAS	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA AUDITORÍA INTERNA
<p>Se revisa que se tenga el procedimiento documentado de acuerdo a la norma de referencia y se revisan las auditorías al procedimientos de Diputado infantil por un día y al procedimiento de Fondo fijo revolvente de caja. Ambas se realizan el 10 de abril del 2013.</p> <p>Se revisa la ejecución del "Procedimiento para la realización de auditorías" a través de las siguientes evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa anual de auditorías.- se revisa la planeación y ejecución del 2013, observando que se planea la realización de dos auditorías totales al SGC, verificando al menos una vez por año cada proceso y procedimiento.</li> <li>• Notificación de auditoría y plan de auditoría.- se hace una notificación por oficio que se envía con en el plan de auditoría y refleja el objetivo, alcance y criterios a auditar.</li> <li>• Informe de auditoría.- se tiene el informe con los resultados y conclusiones de las auditorías internas revisadas.</li> </ul>	<p>La realización de esta auditoría se lleva a cabo de acuerdo a lo establecido en la norma ISO 9001:2008 y son una herramienta clave para la mejora de los procesos.</p>
AC Y AP GENERADAS Y EVIDENCIAS PRESENTADAS	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS AC Y AP
<p>Se tienen levantadas y en seguimiento hallazgos de los años 2012 y 2013. Se tienen en el control de seguimiento un total de 25 hallazgos de los cuales se toman las derivadas de la auditoría interna, revisando que las dos observaciones levantadas en auditoría interna al procedimiento de Diputado infantil por un día.</p> <p>Se observa en que con respecto a los hallazgos levantados en el proceso de Fondo fijo revolvente de caja, no se tiene evidencia de la atención o solución a los hallazgos anteriores.</p>	<p>Se considera adecuado el levantamiento de hallazgos, las acciones tomadas y sobre todo el seguimiento dado a las acciones tomadas y las soluciones que se generan.</p> <p>Ver observación 2</p>

### MUESTREO Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN

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.



CONCLUSIÓN	
<p><input type="checkbox"/> <b>Aceptable</b> 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):</p> <p><input type="checkbox"/> Otorgar      <input type="checkbox"/> Mantener      <input type="checkbox"/> Ampliar</p> <p>La Certificación del (los) Sistema(s) de Gestión.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Condicionado</b> 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.</p>

PROGRAMA DE AUDITORÍAS PARA EL CICLO DE CERTIFICACIÓN			
TIPO DE AUDITORÍA	No. AUDITORÍA	MES Y AÑO	No. DE DIAS AUDITOR
Mantenimiento	MA-03	Febrero del 2014	3
Recertificación	RE-02	Noviembre del 2014	Por definir

ELEMENTOS RELEVANTES DERIVADOS DE LA PRESENTE AUDITORÍA A CONSIDERAR DURANTE LA SIGUIENTE AUDITORÍA:	REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN:				
	C	A	ST	IA	SI
1. Durante la siguiente auditoría se deberá incluir el Proceso de Servicios Administrativos a Legisladores y Personal (Procedimientos de: Pago de viáticos; Pagos; y Fondo fijo revolvente de caja).	X	--	--	--	--

**Aspectos a considerar en este Programa:**

- Esta propuesta de días para la realización de las auditorías de Mantenimiento y Re-certificación aplican únicamente en el caso de que se mantengan los mismos procesos, número de personal, sitios y alcance.  
Se debe informar a ATR cualquier cambio de Alcance y/o Razón Social por medio de una solicitud hecha a Dirección Comercial. Estos cambios se informarán a través del formato de Solicitud de Cambios (para cambios de razón social, redacción o domicilio) y para los cambios de alcance se solicitarán formatos de Solicitud de Cotización e Información Adicional, esta última no requerirá volver a ser firmada por la Organización.  
Cuando se realice solicitud de ampliación de alcance, el cliente deberá haber realizado auditoría interna y revisión de la dirección al sistema de gestión incluyendo los procesos y/o sitios que se amplían dentro del alcance solicitado.
- El Auditor Líder tomará en cuenta el tamaño de la organización del cliente, el alcance y la complejidad de su sistema de gestión, los productos y procesos así como el nivel demostrado de eficacia del sistema de gestión y los resultados de auditorías previas.
- Las fechas establecidas en este Programa se reflejarán en el Certificado correspondiente.





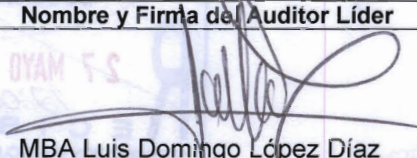
4. Para auditorías iniciales de certificación la primer Auditoría de Mantenimiento deberá realizarse antes de haber transcurrido 12 meses a partir del último día de la Etapa 2 de la Auditoría de Certificación de no ser así se procederá a la cancelación del certificado.
5. Las Auditorías de Mantenimiento posteriores al Mantenimiento 1 deberán realizarse en la fecha establecida en el programa, para Reprogramar alguna Auditoría, el cliente deberá notificarlo por escrito a la Dirección de Auditorías de Certificación de ATR.
6. Se podrán aceptar cambios en las fechas programadas hasta un mes antes de la fecha establecida, posteriormente no podrá haber cancelaciones ni cambios.
7. El programa puede ser sujeto a cambios debido a situaciones de contingencia que se presenten en el entorno de la organización o en su interior, tales como catástrofes naturales ó situaciones de extrema violencia en el país.

**Documentos relacionados al Informe según aplique:**

- Manual del Sistema de Gestión
- Plan de auditoría FDAC-06
- Listado de la normatividad aplicable
- Listado de la documentación del Sistema de Gestión.

**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
 MBA Luis Domingo López Díaz	 Ing. Jesús Ramón Moya Grijalva