

VERSIÓN: 6.6

REPORTE DE AUDITORÍA

FECHA DE EMISIÓN: **SEPTIEMBRE 2023**

FECHA

17 de julio 2024

No. DE AUDITORÍA / AÑO

1/2024

LUGAR

Golfo de California No. 180, entre Océano Atlántico y Boulevard Constituyentes de 1975, Col. Esperanza I, C.P. 23090, La Paz, Baja California Sur.

Ing. Sinia Álvarez Ramos Vocal Ejecutiva de Junta Local Ejecutiva en el estado de Baja California Sur Presente.

> At'n.- Lic. Marco Antonio Ricardo Hernández Maciel E.D. de la Vocalía del Registro Federal de Electores

Estimada Ing. Sinia Álvarez Ramos

Por este medio se le notifica que se llevó a cabo la auditoría interna al Sistema de Gestión de la Calidad durante los días: del 15 al 17 de Julio del 2024.

OBJETIVO DE LA AUDITORIA

Revisar el Sistema de Gestión de la Calidad en la entidad de Baja California Sur para:

- a) Determinar la conformidad del Sistema de Gestión de la Ćalidad (SGC) con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
- b) Verificar el cumplimiento del **nivel de madurez** del Sistema de Gestión de la Calidad conforme al Programa de Auditorías.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Revisión de los Procesos Sustantivos, Apoyo y Proceso Estratégico

CRITERIOS DE AUDITORÍA

La revisión se realizará mediante entrevistas con el personal involucrado y la verificación de los documentos y registros descritos en el Sistema de Gestión de la Calidad, las cuales se enuncian a continuación:

- Manual de Gestión de la Calidad.
- Fichas de Procesos Sustantivos y de Apoyo.
- Instrucciones de Trabajo para la Operación del MAC.
- Procedimientos de los Procesos de Apoyo.
- Correos y evidencias electrónicas.
- Cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables.

RECURSOS NECESARIOS

- Equipo de cómputo.
- Áreas de trabajo.
- Transporte (traslados).



VERSIÓN: 6.6

REPORTE DE AUDITORÍA

FECHA DE EMISIÓN: **SEPTIEMBRE 2023**

El equipo auditor asignado está conformado por:

AUDITOR LÍDER:	Ricardo Méndez Hernández	INICIALES
AUDITOR EIDER.	Jorge Alberto Labastida Barajas	
	EQUIPO AUDITOR	INICIALES
Marco Antonio Ricardo Her	nández Maciel	MARHM
Karen Guadalupe Falcón		KGF
Jonathan Rajiv Carlon June	00	JRCJ
Diana Laura Castro Romer	0	DLCR
Alejandro Carreño Ugarte		ACU
Glenda Orozco Rentería		GOR
Iván David Gómez Cabrera		IDGC
Sinia Álvarez Ramos		SAR
Griselda Beatriz Rangel Ju	GBRJ	
Consuelo María Aguilar Ca	CMAC	
Vivien Esther Galindo Galla	ardo	VEGG
Joel Cornelio Martínez Mar	nríquez	JCMM
Juana Virgila Rodríguez Sa	JVRS	
Juan Pablo Figueroa Garcí	JPFG	
Elizabeth Cazares Sánchez	7	ECS
Magali Lorena Martínez Ra	mírez	DAC 02
Natali Chaparro Valdés	DAC03	
Rosario Juárez Galindo	RJG	
Teresita de Jesús Sosa y S	TSC	
Karina Aguirre Rodríguez	KAR	
Samantha Sánchez Romo		SSR
Dulce María Jovanna Rodr	DMJRO	



VERSIÓN: 6.6

REPORTE DE AUDITORÍA

FECHA DE EMISIÓN: **SEPTIEMBRE 2023**

De conformidad con el objetivo: a) Determinar la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, se obtiene el siguiente resultado.

HALLAZGOS DE AUDITORÍA						
Requisito de la norma	No conformidades mayores	No conformidades menores	Observaciones	Oportunidades de mejora		
4 Contexto de la organización						
5 Liderazgo		1				
6 Planificación						
7 Apoyo		1	1			
8 Operación		1				
9 Evaluación del desempeño				1		
10 Mejora						
TOTAL		3	1	1		

De conformidad con el objetivo: b) Verificar el cumplimiento del nivel de madurez del Sistema de Gestión de la Calidad conforme al Programa de Auditorías, se obtiene el siguiente resultado.

Institución		RESULTADOS DE AUDITORÍA INTERNA - NIVEL DE MADUREZ Delegación INE BAJA CALIFORNIA SUR				01/2024	Del 15 al 17	de julio de 2024
*	RUBROS	YALOR TOTAL	RESULTADO FINAL	% Madurez	CRITERIOS TOTALES CON OBSERVACIONES	CRITERIOS TOTALES CON NC MAYORES	CRITERIOS TOTALES CON NC MENORES	CRITERIOS TOTALES OPORTUNIDADES DE MEJORA
4 CONTEXT	O DE LA ORGANIZACIÓN	100	86	86%	0	0	0	0
5 LIDERAZG	5 LIDERAZGO		144	96%	0	0	1	0
6 PLANIFICACIÓN		150	132	88%	0	0	0	0
7 APOYO		200	168	84%	1	0	1	0
8 OPERACIÓ	8 OPERACIÓN		186	93%	0	0	1	0
9 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO		150	138	92%	0	0	0	1
10 MEJORA		50	50	100%	0	0	0	0
RESULTADOS TOTALES		1000	904	90%	1	0	3	1





VERSIÓN: 6.6

REPORTE DE AUDITORÍA

FECHA DE EMISIÓN: **SEPTIEMBRE 2023**

Se anexa Informe de Resultados de la Auditoría Interna.



VERSIÓN: 6.6

REPORTE DE AUDITORÍA

FECHA DE EMISIÓN: **SEPTIEMBRE 2023**

INFORME DE RESULTADOS **AUDITORÍA INTERNA**

Fecha del informe: 17 de julio de 2024

Página 5 de 15



VERSIÓN: 6.6

REPORTE DE AUDITORÍA

FECHA DE EMISIÓN: **SEPTIEMBRE 2023**

Introducción.

Este Informe ha sido desarrollado por los auditores lideres el Lic. Ricardo Méndez Hernández y el Ing. Jorge Alberto Labastida Barajas, en colaboración de los auditores internos que participaron en esta primera auditoría interna 2024 desarrollada en la entidad de Baja California Sur.

Fecha/Duración	Norma	Dirección del Sitio
Auditoría Interna: Del 15 al 17 de julio del 2024 (tres días). Número efectivo de funcionarios auditados: 48	ISO 9001:2015	Golfo de California No. 180, entre Océano Atlántico y Boulevard Constituyentes de 1975, Col. Esperanza I, C.P. 23090, La Paz, Baja California Sur.

Conclusión global.

Mediante el presente informe se hace un reconocimiento a todos los participantes, dueños de procesos sustantivos y de apoyo, Coordinadores del SGC, a la Alta Dirección y a las y los Auditores internos por su gran esfuerzo y dedicación durante los tres días de jornadas intensas, ya que contó en todo momento se contó con el apoyo para realizar de manera exitosa la auditoría interna del SGC 2024 de conformidad con lo programado; Por tal razón, se determinó que los objetivos de la Auditoría Interna Fase I fueron alcanzados de forma satisfactoria.

Una vez realizadas las auditorías y de acuerdo con la evidencia recabada a través de entrevistas y de forma visual, se constata que las actividades llevadas a cabo en el SGC de la entidad de Baja California Sur, generalmente son apegadas a la norma ISO 9001:2015, sin embargo, se levantaron tres NO conformidades menores, una observación y una oportunidad de mejora, las cuales se detallan más adelante en éste informe.

Asimismo, al evaluar cada requisito se obtuvo como resultado final un nivel de madurez del Sistema de Gestión de la Calidad del 90%.

Objetivo de la Auditoría Interna

Evaluar y buscar evidencia objetiva para garantizar que los elementos del alcance y los requisitos de la norma ISO 9001:2015 se abordaron de manera efectiva por el SGC en la Delegación INE Baja California Sur, y que el sistema está demostrando la capacidad de soportar el logro de los requisitos legales y reglamentarios, según sean aplicables, además de confirmar el continuo logro y aplicabilidad del Plan Estratégico y, en su caso, para identificar las áreas potenciales de mejora.

Alcance de la Auditoría Interna

Se revisaron y evaluaron los procesos sustantivos, de apoyo y estratégicos de la entidad de Baja



VERSIÓN: 6.6

REPORTE DE AUDITORÍA

FECHA DE EMISIÓN: **SEPTIEMBRE 2023**

California Sur con relación al Plan de auditoría 1/2024, los cuales se detallan a continuación:

Auditoría a los procesos sustantivos:

Norma	Procesos	Módulos	Lugar de Auditoría
		030151	Avenida Ignacio Allende No. 435, en La Plaza Allende Frente A Taquería, Colonia Centro, C.P 23000, La Paz.
		030152	Avenida Emilio Carranza No. 31, Frente Al Palacio Municipal, Colonia Centro C.P. 23920 Santa Rosalía
		030153	Boulevard Hugo Cervantes Del Rio No. 11, Frente Al Monumento Al Maestro, Colonia Centro C.P. 23600, Cd. Constitución
	Entrevista Tramite Transferencia de la Información	030154	Boulevard Forjadores de Sudcalifornia, No.33, Colonia 8 de octubre Primera Sección C.P. 230
ISO 9001:2015	Conciliación Entrega de Credencial	030155	Av. Venustiano Carranza s/n, Colonia Centro, C.P. 23930 San Ignacio
		030156	Calle 5 de Mayo, s/n, Colonia Centro entre Calle Venustiano Carranza y Calle 3, en la Biblioteca Municipal, C.P. 23700, Ley Federal de Aguas No.1
		030157	Calle Félix Agramont Cota s/n, Colonia Centro, entre Fco. Cota Moreno y José Ma. Garma Glez, en la Casa Ejidal, frente al Estadio de Beisbol, C.P 23300, El Pescadero
		030251	Paseo Barlovento No. 613, Plaza Barlovento entre Calle Sotavento



VERSIÓN: 6.6

REPORTE DE AUDITORÍA

FECHA DE EMISIÓN: **SEPTIEMBRE 2023**

Norma	Procesos	Módulos	Lugar de Auditoría
			y Huracán, Locales 4, 5 y 6, Colonia Rosarito C.P 23407, San Jose del Cabo
		030252	Calle San Antonio No. 149, Locales 5 Y 6 En La Plaza Krystal, A Un Costado De La Plaza Chedraui, Colonia Arcos Del Sol, C.P. 23468, Cabo San Lucas

Auditoría a los procesos de apoyo:

Norma	Procesos	Lugar de Auditoría
ISO 9001:2015	Reclutamiento y Selección	Colfo do Colifornio No. 100
	Capacitación	Golfo de California No. 180, entre Océano Atlántico y
	Desempeño del personal	Boulevard Constituyentes de 1975, Col. Esperanza I, C.P.
	Soporte Técnico	23090, La Paz, Baja California Sur
	Suministro de bienes y servicios	Camorna Sur

Auditoría a los procesos estratégicos:

Norma	Procesos	Lugar de Auditoría
	Alta Dirección	Golfo de California No. 180, entre Océano Atlántico y Boulevard Constituyentes de
ISO 9001:2015	Coordinadores del Sistema de Gestión de la Calidad	1975, Col. Esperanza I, C.P. 23090, La Paz, Baja California Sur

Requisitos de la norma ISO 9001:2015 evaluados (Describir que resultado de obtuvo de la verificación y evaluación en cada requisito)

4. Contexto de la Organización

La entidad tiene un Plan Estratégico versión 6.6 con fecha de emisión de agosto 2022, con este documento la alta dirección asegura el cumplimiento de los requisitos 4.1, 4.2 y 4.3, que tienen que ver con la determinación del contexto de la organización, identificando las cuestiones internas y externas mediante el análisis FODA, las necesidades y expectativas de las partes interesadas y el alcance del SGC, este último también está dentro del Manual de Calidad versión 6.6 con fecha de emisión agosto 2022, además el Plan Estratégico considera la misión, visión, valores



VERSIÓN: 6.6

REPORTE DE AUDITORÍA

FECHA DE EMISIÓN: **SEPTIEMBRE 2023**

organizacionales, principios rectores, la Política de la Calidad y los Objetivos de la Calidad.

Durante la auditoría a los dueños de los procesos sustantivos y de apoyo se constató que conocieran los documentos que le dan cumplimiento al contexto de la organización para asegurar la toma de conciencia con el SGC, por lo que se identificó que los dueños de proceso conocen e identifican correctamente el Plan Estratégico y las partes que lo integran.

Se auditó a los dueños de los procesos sustantivos y de apoyo en el numeral 4.4, por lo que se verificó que se cuente en la entidad con un enfoque a procesos, el personal identifica el Mapa General de Procesos del SGC y las fichas de procesos sustantivos y de apoyo, además se verificó que esta información documentada se encuentre disponible ya sea de manera impresa o por medio del Portal del SGC.

5. Liderazgo

Respecto del requisito 5.1, la alta dirección demostró su liderazgo y compromiso con respecto al SGC, de la siguiente manera:

- > Definiendo una política de la calidad, así como objetivos de la calidad.
- ➤ Asegurando la integración de los requisitos del SGC en los procesos sustantivos y de apoyo.
- Promoviendo el enfoque a procesos, así como el pensamiento basado en riesgos.
- > Asegurando la disponibilidad de los recursos para la correcta ejecución del SGC, por medio de los procesos de apoyo.
- > Asegurándose de que el sistema logre los resultados previstos, con base en los tableros de indicadores.
- > Definiendo roles y responsabilidades para cada uno de los integrantes del comité de la calidad.
- > Promoviendo mejoras al SGC, por medio del Plan de Cambios y Mejoras versión 6.6, fecha de agosto del 2022, al cual le dio seguimiento lo cual quedó documentado en el Reporte de Seguimiento de Acciones y Mejoras versión 6.6, fecha de agosto del 2022

Sin embargo, se identificó que la Alta dirección, si bien se dan a conocer los resultados obtenidos por el Sistema de Gestión de Calidad, como son informes de Clima Organizacional, satisfacción ciudadana, así como los tableros de indicadores de la calidad, no se tiene evidencia de que se lleva a cabo la retroalimentación con los dueños de Procesos Sustantivos y de Apoyo, lo que originó el levantamiento de una no conformidad menor, misma que será abordada más adelante.

La alta dirección demuestra su liderazgo y compromiso con respecto al enfoque a la ciudadanía asegurando por medio de los procesos sustantivos que se ofrece un servicio de calidad desde la entrevista hasta la entrega de la CPV, analizando los riesgos que pueden afectar la correcta ejecución de los procesos sustantivos y de apoyo, así como, el conocer y aumentar la satisfacción de la ciudadanía por medio de la aplicación de una encuesta de satisfacción ciudadana.

Respecto al cumplimiento del requisito 5.2, se cuenta con una Política de la Calidad, la cual se



VERSIÓN: 6.6

REPORTE DE AUDITORÍA

FECHA DE EMISIÓN: **SEPTIEMBRE 2023**

encuentra disponible en diversos medios, como el Portal del SGC, el Plan Estratégico Versión 6.6 de agosto del 2022, el Manual de Gestión de la Calidad Versión 6.6 de agosto del 2022.

Para el cumplimiento del requisito 5.3, la alta dirección definió roles y responsabilidades en la entidad por medio de diversos documentos (Anexo A de las Instrucciones de trabajo para el Modelo de Atención Ciudadana de septiembre 2023, Organigrama del SGC, Documento del comité de la calidad Versión 6.6 de septiembre de 2023, Integración del comité de la calidad, Matriz de Responsabilidades en el Manual del SGC Anexo 2 y Nombramiento de los Coordinadores).

6. Planificación

Para el cumplimiento del requisito 6.1, la entidad cuenta con un Procedimiento de Riegos y Oportunidades versión 6.6 con fecha de emisión septiembre de 2023, también se cuenta con un Análisis de Riesgos versión 6.6 de septiembre de 2023, tanto de los procesos sustantivos como de los procesos de apoyo.

Para el cumplimiento del requisito 6.2, la entidad cuenta con 5 objetivos de la calidad, la planeación es por medio del Tablero de Control de Objetivos de la Calidad para la CAP y CAI 2024.

Se llevó a cabo el seguimiento a las propuestas de cambios y mejoras en el Sistema de Gestión de la Calidad a través del Reporte de seguimiento de acciones y mejoras versión 6.6 de agosto de 2022, referente al requisito 6.3 de la norma.

7. Apoyo

Se verificó que se cuenta con recursos y procesos de apoyo para la correcta ejecución de las actividades del SGC.

Para el cumplimiento del requisito 7.1 y 7.2 la entidad tiene declarado cinco procesos de apoyo, los cuales son los siguientes: Reclutamiento y Selección, Soporte Técnico, Suministro de Bienes y Servicios, Capacitación y Desempeño del Personal, mismos que cuentan con su respectiva ficha de proceso, procedimiento y otros documentos normativos para la correcta ejecución de las actividades, los dueños de proceso de apoyo mostraron la evidencia necesaria para el cumplimiento de los requisitos que establece la norma.

Referente al requisito **7.1.2** sobre Personas, se observó lo siguiente:

Distrito Electoral Federal 01:

Durante la Auditoría Interna, se identificó que, si bien hay un procedimiento vigente para la contratación de figuras de reforzamiento, para el ingreso de figuras de reforzamiento de la Campaña Anual Intensa 2023-2024, no se siguió de manera adecuada, en virtud de que no se realizó examen de conocimientos para contratar a una persona Responsable de Módulo, lo que originó el levantamiento de una no conformidad menor.

El requisito 7.1.5 de la norma no fue auditado ya que no se encuentra dentro del alcance del sistema de gestión de la calidad.

Referente a la toma de conciencia, requisito 7.3 de la norma, se observó que la entidad toma



VERSIÓN: 6.6

REPORTE DE AUDITORÍA

FECHA DE EMISIÓN: **SEPTIEMBRE 2023**

conciencia de la política de la calidad, los objetivos de la calidad y de su contribución al SGC, conocen los roles que tienen dentro del SGC y sus alcances.

Para el cumplimiento del requisito 7.4, se identificó que la organización cuenta con una Matriz de Comunicación versión 6.6 con fecha de emisión septiembre 2023, la cual define los mecanismos de comunicación de la información documentada para el SGC.

Para el cumplimiento del requisito 7.5, la entidad cuenta con un Procedimiento de Información Documentada versión 6.6 con fecha de emisión septiembre 2023 y una Lista Maestra de Documentos Versión 6.6 con fecha de emisión septiembre 2023. En la entidad de Baja California Sur se utiliza el portal del SGC para mostrar la evidencia documental referente al sistema de gestión de la calidad, por lo que resulta una herramienta muy práctica para controlar toda la información, sin embargo, durante la Auditoría Interna, se observó que algunos documentos, como la ficha del proceso de capacitación con la versión 6.6 y la fecha de emisión de noviembre 2021, presentaban discrepancias en la información de la lista maestra de documentos; por tal razón, se levantó una observación con la finalidad de que sean revisados la totalidad de documentos con respecto a la Lista Maestra de Documentos de la que se dispone y evitar con ello una posible no conformidad en un futuro. Adicionalmente, se recomienda reforzar el conocimiento en la navegación del portal para identificar claramente la ubicación de los documentos, asimismo, asegurarse de que todos los dueños de procesos cuenten con el acceso a esta herramienta.

8. Operación

El requisito 8.1 se encuentra generalmente conforme. Para el cumplimiento de la mayor parte de este requisito se tienen implementados cinco procesos sustantivos, los cuales son, Entrevista, Trámite, Transferencia de la información, Conciliación y Entrega de la credencial, estos cuentan con sus respectivas fichas de proceso versión 6.6 con fecha de emisión septiembre 2023, con las Instrucciones de Trabajo para el Modelo de Atención Ciudadana de septiembre 2023. Para el control de los procesos se cuenta con el SIIRFE-MAC y el acuerdo de medios vigente emitido por la CNV, sin embargo, durante la auditoría, se identificaron diversas omisiones en el cumplimiento de los procesos por desconocimiento a las instrucciones de trabajo y protocolos de atención, a causa de falta de conciencia de las consecuencias e importancia de sus responsabilidades, lo que originó el levantamiento de una **no conformidad menor**, misma que se aborda más adelante en el informe.

Para el cumplimiento del requisito 8.2 se cuenta con el proceso de Entrevista el cual cuenta con su respectiva ficha de proceso versión 6.6 con fecha de emisión septiembre 2023 y las Instrucciones de Trabajo para el Modelo de Atención Ciudadana con fecha de septiembre 2023, así como, el acuerdo de medios vigente emitido por la CNV.

El requisito 8.3 de la norma no fue auditado debido a que no se encuentra dentro del alcance del SGC de la entidad.

Para el cumplimiento del requisito 8.4 se cuenta con el proceso de Suministro de Bienes y Servicios y la documentación necesaria para la ejecución de este proceso como el POBALINES, su ficha de proceso con versión 1 del 18/10/2023 y procedimiento del SGC de misma fecha, se recomienda, se verifique efectivamente las actividades desarrolladas por el Proceso y en su caso como participan las Vocalías del Registro Federal de Electores.

Se cuenta con el proceso sustantivo de Trámite, Transferencia de la información y Conciliación, así como, con sus respectivas fichas de proceso versión 6.6 con fecha de emisión septiembre 2023



VERSIÓN: 6.6

REPORTE DE AUDITORÍA

FECHA DE EMISIÓN: **SEPTIEMBRE 2023**

e Instrucciones de Trabajo para la Operación de los Módulos de Atención Ciudadana de septiembre 2023, los cuales le dan cumplimiento al requisito 8.5 de la norma referente a la producción y provisión de los productos y servicios. Durante la auditoría se observó una adecuada ejecución de estos procesos por parte de cada uno de los Responsables de Módulo.

Durante la revisión del proceso de Conciliación, se observó una adecuada ejecución de este, desde la recepción de las credenciales, hasta que son resguardadas en la gaveta por sección y en orden alfabético, lo cual cumple con lo que está definido en las Instrucciones de Trabajo para la Operación de los Módulos de Atención Ciudadana Tomo II de septiembre 2023.

Para la liberación del producto se cuenta con un proceso sustantivo de Entrega de la Credencial, el cual le da cumplimiento al requisito 8.6 de la norma, este cuenta con su respectiva ficha de proceso versión 6.6 con fecha de emisión septiembre 2023 y su respectiva Instrucción de Trabajo para la Operación de los Módulos de Atención Ciudadana de septiembre 2023 tomo II.

Adicionalmente, se observó que por lo menos una vez a la semana, se lleva a cabo el procedimiento de arqueo de credenciales, procedimiento que asegura que se tengan disponibles las credenciales que han sido recibidas hasta la fecha, con la finalidad de evitar perdida de formatos.

Para el cumplimiento del requisito 8.7 se tienen identificadas las salidas no conformes, las cuales básicamente son dos; por una mala impresión de la CPV y por una captura incorrecta de los datos personales de la ciudadanía, lo cual está documentado en las Instrucciones de Trabajo para la Operación del Módulo de Atención Ciudadana tomo II con fecha septiembre 2023 como causas de no entrega de la credencial.

9. Evaluación del desempeño

Para el cumplimiento del requisito 9.1.1, se identificó que la entidad cuenta con un Tablero de Control de Indicadores versión 0, el llenado de este tablero inició en la Campaña de Actualización Permanente 2024, teniendo actualmente datos de la semana operativa 2024-29 a la 2024-31, tanto de los procesos sustantivos como de los procesos de apoyo, asimismo, se cuenta con un tablero para el control de los Objetivos de la Calidad versión 1 de marzo de 2024

Para el cumplimiento del requisito 9.1.2 la entidad aplica una Encuesta de Satisfacción a la Ciudadanía, esto con el fin de conocer la opinión que tiene la ciudadanía sobre el servicio que se proporciona en los módulos de atención ciudadana, se cuenta con el informe cuatrimestral que comprende del periodo ene-abr de 2024, de acuerdo con los resultados se pudo observar que son favorables, sin embargo, durante la Auditoría Interna, se detectó que si bien se cuenta con el informe de satisfacción ciudadana, este no se encuentra de forma desagregado por cada uno de los módulos de atención ciudadana, lo que dificulta su análisis para la toma de acciones correctivas. Por lo anterior se originó una oportunidad de mejora, con la finalidad de que la encuesta permita obtener resultados a nivel de Módulo.

Referente al requisito 9.1.3, no se identificó retroalimentación de los resultados de los indicadores de los procesos sustantivos, de los objetivos de la calidad, satisfacción ciudadana, encuesta de clima organizacional, por lo que se recomienda informar sobre estos resultados a los dueños de proceso, esta información de retroalimentación se redacta como evidencia en las minutas de mesa de trabajo semanal o por correos electrónicos.

Para el cumplimiento del requisito 9.2 de la norma, los Coordinadores del SGC mostraron el



VERSIÓN: 6.6

REPORTE DE AUDITORÍA

FECHA DE EMISIÓN: **SEPTIEMBRE 2023**

Programa de Auditorías Internas versión 6.6 con fecha de emisión agosto 2022, el Plan de auditoría versión 6.6 con fecha de emisión 20 de mayo 2024 y el Procedimiento de auditorías internas versión 6.6 con fecha de emisión septiembre 2023, además se está ejecutando la auditoría con base en lo establecido en su calendario de revisiones al SGC.

A los dueños de procesos se les notificó el plan de auditoría mediante correo electrónico, remitido por sus correspondientes Vocales del Registro Federal de Electores, Vocales Ejecutivos y Coordinadores del SGC.

Para el cumplimiento del requisito 9.3, dentro del Portal del SGC se tienen cargadas las No conformidades, oportunidades de mejora y observaciones de las auditorías 2023, adicionalmente, se cuenta con el Reporte de Seguimiento de Acciones y Mejoras.

10. Mejora

Para el cumplimiento del requisito 10.1 la entidad cuenta con un Procedimiento de Acciones correctivas, versión 6.6 con fecha de emisión septiembre 2023.

Respecto del requisito 10.2, actualmente se cuenta con una Cédula de No Conformidad versión 6.6 con fecha de emisión agosto 2022 y fecha de elaboración 29/06/2023, una Cédula de Observación versión 6.6 con fecha de emisión agosto 2022 y fecha de elaboración 29/06/2023, finalmente se cuenta con 4 oportunidades de mejora con fecha de emisión agosto 2022, dentro del mismo portal se puede consultar el Reporte de Seguimiento de acciones y mejoras.

En la entidad se cuenta con un Plan de Cambios y Mejoras versión 6.6 con fecha de emisión septiembre 2023 para la implementación de mejoras en el SGC, con lo cual se da cumplimiento al requisito 10.3.

Adicionalmente se cuenta con un Reporte de Seguimiento de Acciones y Mejoras Versión 6.6 de septiembre del 2023, para el seguimiento de las no conformidades y mejoras en el SGC, mismo que ppuede ser consultado en el mismo portal del SGC.

Hallazgos

A continuación, se detallan los hallazgos que surgieron como resultado de la auditoría interna:

No conformidad:

Requisito	Cláusula	Descripción del Hallazgo	Atención
5.1.1 Liderazgo	f)	Durante la Auditoría Interna, se identifica que, si bien se dan a conocer los resultados obtenidos por el Sistema de Gestión de Calidad, como son informes de Clima Organizacional, satisfacción ciudadana, así como los tableros de indicadores de la calidad. No se tiene evidencia de que se lleva a cabo la retroalimentación con los dueños de Procesos Sustantivos y de Apoyo.	Cédula de no conformidad



VERSIÓN: 6.6

REPORTE DE AUDITORÍA

FECHA DE EMISIÓN: SEPTIEMBRE 2023

No conformidad:

Requisito	Cláusula	Descripción del Hallazgo	Atención
7.1.2 Apoyo	f)	Durante la Auditoría Interna, se identificó que, si bien hay un procedimiento vigente para la contratación de figuras de reforzamiento, no se siguió de manera adecuada al contratar una figura sin la aplicación del examen de conocimientos.	Cédula de no conformidad

No conformidad:

Requisito	Cláusula	Descripción del Hallazgo	Atención
8.1 Operación	d)	Durante la auditoría, se identificaron diversas omisiones en el cumplimiento de los procesos por desconocimiento a las instrucciones de trabajo y protocolos de atención, a causa de falta de conciencia de las consecuencias e importancia de sus responsabilidades en el Sistema de Gestión Calidad	Cédula de no conformidad

Observación:

Requisito	Cláusula	Descripción del Hallazgo	Atención
7.5 Apoyo		Para gestionar la documentación de manera efectiva, es fundamental abordar los cambios mediante el control adecuado de las versiones y fechas de emisión. Durante la auditoría, se observó que algunos documentos, como la ficha del proceso de capacitación con la versión 6.6 y la fecha de emisión de noviembre 2021, presentaban discrepancias en la información de la lista maestra de documentos.	Observación

Oportunidades de Mejora:

Requisito	Cláusula	Descripción del Hallazgo	Atención
9.1.2 Satisfacción del Cliente		Desglosar a nivel de Módulo la encuesta de Satisfacción Ciudadana, se observa que actualmente solo se tiene diferenciada por Distrito.	



VERSIÓN: 6.6

REPORTE DE AUDITORÍA

FECHA DE EMISIÓN: **SEPTIEMBRE 2023**

Es importante mencionar que el Plan de la próxima Auditoria será remitido por el Organismo Certificador que se encargará de la evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad en la entidad de Baja California Sur.

Lic. Ricardo Méndez Hernández Vocal Ejecutivo de la 01 JDE Ing. Jorge Alberto Labastida Barajas Vocal del RFE de la 02 JDE Firmas de Auditores Líderes

Delegación INE "BAJA CALIFORNIA SUR"