

Reporte de Auditoría No: QE - 45027 - 2/24 - S

Organización: Órgano de Fiscalización Superior del Estado de Baja California

Contacto: Miss. Laura Corral Murillo

Teléfono: 52 686 2533990

Norma(s): ISO 9001:2008

Duración: 4.0 día(s) auditor

Fecha de reporte: 06/15/2015

Fechas de auditoría: 06/08/2015 - 06/12/2015

Código(s) IAF/NACE: 36/75.1

Número total de empleados verificados en sitio: 378_

Miembro (s) del Equipo Auditor Fernando Gutierrez Peon - Auditor Líder,

Alcance de Certificación: *Financial Audit Process of the Public Accounts*

Proceso de Fiscalización de las Cuentas Públicas

| | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|---|---|---------------------------|-----------|-----------|
| Recomendación del Equipo Auditor: | | | | | | | |
| Fase II/ Extensión de Alcance / Transferencia: <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Abierto | | | | | | | |
| Vigilancias: <input checked="" type="checkbox"/> Continúa <input type="checkbox"/> Continúa sujeto a Acciones Correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación | | | | | | | |
| Renovación: <input type="checkbox"/> Re-Aprobado <input type="checkbox"/> Re-Aprobado sujeto a Acciones Correctivas <input type="checkbox"/> Revisión de Certificación | | | | | | | |
| Resultados de Auditoría: | Número Total de No conformidades: | 0 | No. de N/C's Mayores: | 0 | No. de N/C's Menores: | 0 | |
| Únicamente para Auditorías de Vigilancia y Re-Certificación | | | | | | Si | No |
| ¿Existen no conformidades repetitivas/repetidas de auditoría(s) previas? | | | | | | | x |
| ¿Existen cambios o recomendaciones de cambios que afecten el Alcance de Certificación? (en caso afirmativo, completar la sección de cambios de la página 2) | | | | | | | x |
| Auditoría de Seguimiento (Follow-Up) | | | Duración Recomendada: | | Fechas Tentativas: | | |
| <input type="checkbox"/> Se recomienda Auditoría de Seguimiento en Sitio | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Se recomienda Auditoría de Seguimiento fuera de Sitio | | | Proveer la justificación para realizar la auditoría de seguimiento fuera de Sitio | | | | |

| | | |
|---|------------------------|-------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> No se requiere auditoría de seguimiento | | |
| <i>Cuando una no conformidad mayor es identificada se requiere una Auditoría de Seguimiento (en sitio o fuera de sitio). Durante la auditoría de Seguimiento el Equipo Auditor requiere verificar la implementación y efectividad de las acciones correctivas realizadas.</i> | | |
| | Si | No |
| ¿El equipo auditor recomienda algún cambio en la duración de auditoría para la siguiente auditoría a fin de verificar acciones correctivas resultantes de las no conformidades identificadas? | | X |
| Si se recomienda el cambio, mencione la duración recomendada | | |
| | Fecha de Inicio | Fecha de término |
| Fechas para la siguiente auditoría | 16 de Mayo 2016 | 20 Mayo 2016 |

| Acuse de recibo del reporte de auditoría | Reporte Final | Borrador |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| Un reporte de auditoría por escrito (borrador o final) con una descripción de todas las no conformidades, oportunidades de mejora y recomendación del equipo auditor fue entregado a la organización en la reunión de cierre. ¿Este reporte fue reconocido por la Organización? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si el Reporte Final no fue entregado al cliente al final de la auditoría, por favor indique la fecha en que le fue enviado al cliente: | 16 de Junio 2015 | |

Anexar o incluir con el Reporte de Auditoría:

- Plan de Auditoría
- Formato de Planeación de Auditoría (Requerido para Vigilancia, Renovación, Extensión de Alcance y Transferencias)

Díganos su opinión – Por favor complete una breve evaluación en

<http://www.abs-ge.com/survey/>

| Cambios que afectan el alcance de Certificación | | | |
|---|---|--------------------------|---|
| Instrucciones: | | | |
| 1. La Oficina de ABS QE debe ser contactada para aprobación antes o durante la auditoría. | | | |
| 2. Para Extensiones de Alcance favor de referirse al Procedimiento QE-OPS-305. | | | |
| 3. Marcar la casilla de "Si" en la tabla de la página 1 de este reporte para indicar cambios identificados. | | | |
| <input type="checkbox"/> | Cambio en la frase del alcance | <input type="checkbox"/> | Cambios en la línea de productos |
| <input type="checkbox"/> | Cambio / adición / eliminación de sitio(s) | <input type="checkbox"/> | Incremento/decremento en el número de empleados |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Otros: |
| No es necesario contactar a la oficina en los siguientes casos: | | | |
| <input type="checkbox"/> | Incremento o decremento en el intervalo de vigilancias | <input type="checkbox"/> | Modificación de actividades <i>Si la modificación de actividades afecta a otros certificados, hay que listar todos los certificados afectados en la sección de Detalles de Cambio por Número de Certificado.</i> |
| <input type="checkbox"/> | Incremento o decremento en la duración de la auditoría basado en el desempeño histórico del cliente | <input type="checkbox"/> | Cambio de Código de Proveedor OEM (únicamente TS 16949) |
| <input type="checkbox"/> | Modificación / Adición de código NACE | <input type="checkbox"/> | |
| Detalles del cambio: | | | |

| Conclusiones del equipo auditor sobre la efectividad del sistema de gestión: | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos. |
| <input type="checkbox"/> | Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos, excepto como se indica en las no conformidades. |
| <input type="checkbox"/> | Basado en los resultados de la auditoría, el equipo auditor determina que el sistema de gestión no fue efectivamente implantado y mantenido conforme a requerimientos definidos. La recomendación del equipo auditor es para "Revisión de Certificación" |

| Para auditorías de vigilancia y renovación (borrar para auditorías iniciales) | Si | No |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| El uso del (los) logo(s) del (los) cuerpo(s) acreditador(es) y la marca de ABS estaba en cumplimiento con las Reglas de Uso de la Marca establecidas por ABS, QE, Inc. (Si la respuesta es “No”, ver comentarios en las sección de “Comentarios generales”.) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Hubo cambios significativos en la dirección ejecutiva de la organización? (Si la respuesta es “Si”, ver comentarios en las sección de “Comentarios generales”.) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Hubo cambios significativos en el sistema de gestión certificado? (Si la respuesta es “Si”, ver comentarios en las sección de “Comentarios generales”.) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Comentarios Generales:

Esta auditoría de Vigilancia al Sistema de Gestión de Calidad del ORFIS del Estado de Baja California se llevo a cabo del 8 al 13 de Junio Bajo la Norma ISO9001:2008 por el auditor líder Fernando Gutiérrez Peón en la Ciudades de Mexicali Sede Principal (2.5 días), Oficina de Ensenada (0.5 días) y Oficina de Tijuana (1día). La junta de apertura se realizó en la Oficina de Mexicali el día 8 de junio con la asistencia de los funcionarios de los distintos departamentos del ORFIS Mexicali. La junta de cierre se realizó en la Ciudad de Tijuana con la asistencias de los directivos de esa oficina y la del Auditor Superior del ORFIS BC Lic. Manuel Montenegro.

La auditoría se realizó de acuerdo con el plan previamente enviado al cliente, cubriéndose en la auditoría todos los procesos y turnos planeaos.

El Sistema de Gestión de Calidad del ORFIS BC se encontró conforme en la pruebas y muestreos realizados durante la auditoría.

Como punto sobresaliente de mejora, se encontró unas mejoras relevantes en los controles de manejo de las carpetas de auditoría, adecuadamente tituladas, con hoja de contenidos donde se indica cada una de las diversas evidencias recabadas durante la auditoría en los papeles de trabajo, cada sección tiene pestañas que ayudan a identificar los datos contenidos.

Como área de oportunidad se encontró:

- Considerar el enfoque riesgo como parte del proceso de planificación de auditorías.
- Cerrar el ciclo del control entre lo planeado y lo ejecutado en las auditorías.
- Incluir indicadores de eficiencia y no solo de efectividad
- Mejorar Criterios para la evaluación de proveedores.

Sitios Auditados:

Dirección de Auditoría Ensenada-Calle Mazatlán No. 206, esquina con Ing. Santiago Garín-Fraccionamiento Acapulco-Ensenada-Baja California-México-22890-33-1-Financial Audit Process

Órgano de Fiscalización Superior del Estado de Baja California-Calle Calafia y Calzada Independencia Módulo "G"-Plaza Baja California Centro Cívico-Mexicali-Baja California-México-21000-246-1-Main Site
Dirección de Auditoría Tijuana-Calle Gobernador Lugo No.10070-Col. Gabilondo-Tijuana-Baja California-México-22044-99-1-Financial Audit Process

| Exclusiones (Únicamente SGC) | | Si | No |
|---|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| ¿La organización ha excluido algún requerimiento normativo de su sistema de gestión? (verificar que las exclusiones y justificaciones estén descritas en el Manual de Políticas) | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Requerimiento Excluído | Justificación para la exclusión | | |
| 7.3 Diseño y Desarrollo | No se requiere esta actividad debido a que los servicios se realizan basados en requisitos del marco regulatorio. | | |
| 7.5.2 Validación del Procesos. | Los servicios prestados se pueden asegurar su calidad mediante actividades de inspección por lo que no se requiere aplicar validación de procesos. | | |
| 7.6 Ctról Eq. Medición | No es aplicable debido a que no existen variables físicas en el servicio que se presta, por lo que no se requieren equipos de medición o monitoreo. | | |
| Procesos Sub Contratados | | Si | No |
| ¿La Organización tiene procesos sub contratados? En caso afirmativo, listar los procesos sub contratados: 1. 2. | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, ¿la organización tiene implantados controles adecuados sobre los procesos sub contratados? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> No Auditado | |
| Interacción entre los procesos (Únicamente SGC) | | Si | No |

| | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| ¿La organización ha incluido en el manual una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|-------------------------------------|--------------------------|

| Turno | Hora de inicio del turno | Hora de término del turno |
|---|--------------------------|--|
| Matutino | 8:00AM | 03:00PM |
| | | |
| | | |
| Auditoría a todos los turnos (Requerido para todos los estándares) | | |
| ¿Todos los turnos fueron auditados? | | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Si todos los turnos no fueron auditados, justificar la razón por la cual no fueron auditados todos: | | |

| Requerimientos legales y otros | Si | No |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| ¿La organización ha identificado los requerimientos legales y otros que le son aplicables? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Revisión por la Dirección: | | |
| ¿Las revisiones por la dirección cumplen todos los requerimientos de la Norma y el proceso de revisión por la dirección está efectivamente implantado y mantenido? | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auditorías Internas | | |
| ¿Las auditorías internas fueron implantadas efectivamente y en cumplimiento con los requerimientos de la norma? | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Acción correctiva y preventiva | | |
| ¿Las acciones correctivas y preventivas fueron efectivamente implantadas y en cumplimiento con los requerimientos de la norma? | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Verificación de acción(es) correctivas de la(s) no conformidad(es) de la auditoría anterior:

| Audit. No. | Cláusula No. | Item No. | Evidencia de implantación efectiva (Indicar N/A si no hubo N/C) |
|------------|--------------|----------|--|
| 12-S | 6.3 | 1 | La no conformidad detectada en la auditoría anterior de no tener evidencia |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>objetiva de la realización del mantenimiento preventivo sobre vehículo Nissan Sentra modelo 2004 aunque se tenía registrado como realizado. CR. Se había mandado a mantenimiento pero al no aceptarse la cotización por que requería mantenimiento mayor se quedó registrado, pero el mantenimiento no se dio, Acciones: Contención: se restringió el uso del vehículo a la cercanía del edificio. Se le dio mantenimiento al vehículo. Acción Correctiva: Se incrementó los niveles de protocolo del control sobre el mantenimiento incluyendo supervisión. Muestreo de registros de mantenimiento mostraron efectividad.</p> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Acción(es) correctiva(s) aún en proceso para la(s) No Conformidad(es) No: Ninguna

Acción(es) correctiva(s) NO efectiva(s) para la(s) No Conformidad(es) No: Ninguna

Procesos / Funciones Auditados:

| |
|--|
| Procesos (para SGC): Gestión Documental SGC |
| Métricos de desempeño: Ninguno Identificado |
| Entradas: Necesidades de Documentación |
| Salidas: Documentación Actualizada y Disponible. |
| Documentos/Registros: Manual de Calidad del SGC del ORFIS de BC M-SGC-01 versión 7 Jun 2014 |
| Notas de Auditoría: Proceso de fiscalización de las Cuentas públicas de las entidades fiscalizables. |

Exclusiones:

7.3 Diseño y Desarrollo. Las especificaciones de los servicios

7.5.2 Validación de Procesos.

7.6 Ctról de Equipos de Medición

Referencias Normativas:

NMX-CC-9001-IMNC-2008.

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California.

Ley de fiscalización superior de Recursos Públicas para el estado de Baja California y Sus Municipios.

Procedimientos:

P-SGC-01 Proc. Preparación Y Control de Documentación.

P-SGC-02 Proc. Control de Registros.

P_SGC-03 Proc. Para el Control de PNC

P_SGC-04 Proc. Acciones Preventivas y Correctivas

P-SGC- 05 Proc. Auditorías internas.

Política de Calidad Definida Pag. 18.

Objetivos de Calidad:

Cumplir con el programa anual de auditorías. Meta: 100% Real=100%

Verificación de los procedimientos Generales de Revisión de auditorías de Fiscalización

META: 90% Real:100%.

Capacitar Permanentemente al personal del OFSBC.

Cumplir Programa de Capacitación. Meta: 100% Real: 100%

Evaluación Conocimientos Meta: >70% Real: valuación de

En estructura organizacional:

Se creo una Jefatura de Evaluación del Desempeño.

Cambios en la:

Dirección de Administración: Lic. Francisco Parral León

Dirección de Auditoría Tijuana: Lic. Alberto Bravo Urriza

Dirección de ayuntamiento y Paramunicipales: CP. Carlos Padilla Villavicencio

Departamento de Dirección de Obra de Ensenada: Arq. Israel Ramiro Rivera Luna

Uso de Marcas de acuerdo con los requerimientos establecidos.

Sistema de Gestión Documental se encontró conforme.

Procesos (para SGC): Revisión de la Dirección del SGC

| |
|---|
| Métricos de desempeño: Objetivos e Indicadores. |
| Entradas: Requisitos de Entrada del SGC |
| Salidas: Decisiones de Mejora. |
| Documentos/Registros: Minutas de Revisión de la Dirección. |
| <p>Notas de Auditoría: Comité de Calidad se sesionen 3 veces por año. Para revisar proyectos y pendientes. En su totalidad se revisa el sistema al menos una vez al año. Última revisión 21 de Mayo 2015., Agenda: Política de calidad, Auditorías internas, Evaluación para la satisfacción del cliente, Avances Objetivos de Calidad, Presentación Programa de auditorías 2015, Informe del Estado de Acciones correctivas y Preventivas, Recomendaciones para la mejora, Cambios que pueden afectar el SGC. Acciones de Seguimiento. Política de Calidad. Revisión de actualización, y no se requiere modificación ya que sigue siendo funcional. Auditorías Internas. 2 periodos de auditoría, 15 Enero 2015 (se audito 5 procesos) Mayo 2015 se audito la otra parte de los procesos.(proceso. Realización del Servicio) Resultados Obtenidos: 12 OFIS y NC menores. Se analizó y se llegó a la conclusión que era importante fijar protocolos para el procesos de reporte de las auditorías y la confronta. Objetivos de Calidad: (4 objetivos y 1 en reconstrucción)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir con el programa de auditorías. 100 % Cumplimiento a 175 entidades fiscalizables. 2. Verificación de los procesos de auditoría. Mata 90% Real:97%, 92.5%, 1000% (se toman un procesos de cada ciudad) 3. Cumplimiento Programa de Capacitación 100% <p>Presentación Programa anual Auditorías 2015. Mexicali=96 entidades; Tijuana: 69; Ensenada: 20. Informe del Estado de AC/AP: 2014 AP=6 Correctiva 3 2015: AP= 12 AC=5 (3 cerradas: 1 Ac y 2 AP) Evaluación del Cliente: 8.1 Evaluación del auditor superior. Evaluación del usuario (congreso) satisfactorio 3 de 3. Recomendaciones de Mejora: Remodelación archivo de cuenta pública. Remodelación sala de juntas Construcción sala de juntas planta baja Sala de Usos Múltiples.</p> |

Adquisición de equipo de cómputo.
 Adquisición una nueva unidad de vehículos.
 Programa de 5 S implementación de inspecciones.
 Cambios que Pueden afectar.
 Modificación la procedimiento de PNC
 Cambios en la estructura del órgano de fiscalización
 Cambios en la Ley de Fiscalización.
 Incremento de Obligaciones ante la auditoría superior de la federación de los fondos federales.
 Modificación de la constitución política mexicana en deuda pública.
 Disminución del presupuesto.
 Actualización y transición a la Norma ISO9001:2015.
 Aplicación dl concepto de auditoría simplificada.
 Decisiones de Mejora:
 Procto del Procedimiento de Producto.
 Introducción de dos nuevos de objetivos de calidad
 Implementación de auditorías simplificadas.

| |
|--|
| Procesos (para SGC): Auditorías Internas |
| Métricos de desempeño: Atender las áreas de oportunidad |
| Entradas: Informes de Auditorías Previas/ Resultados del SGC |
| Salidas: Plan de Auditoría/Informes de Auditoría. |
| Documentos/Registros: Procedimiento de Auditorías Internas P-SGC-05 |
| Notas de Auditoría: Programa anual de auditoría internas: 15 Enero 2015:Sistema de Gestión de Calidad. Proceso de Responsabilidad directiva. Proceso de Medición análisis y Mejora. 16 Enero: Proceso de Fiscalización (ensenada) 16 Enero Proceso de Medición análisis y Mejora (ensenada) 28 abril 2015 Proceso de Gestión de Recursos (Mexicali) 28 abr 2015 Proceso de Fiscalización (Mexicali) |

30 Abr 2015. Proceso de Fiscalización,
Enero 2016: SGC, Responsabilidad Directiva y Proceso de medición análisis y mejora.
Informe de Resultados de la séptima auditoría interna al SGC 2015
Resultados:
OFIS 6 de Realización del Servicio
Auditoría Abril 2015 informe Mayo 2015
Resumen del informe:
Sistema de Gestión de calidad 1 Nc menor
Gestión de Recursos 3 OFIS
Realización del Servicio 4 NCs 8 OFIS
Medición análisis y mejora 1 OFI
El proceso de auditorías internas se encontró conforme a los requisitos de la Norma ISO9001:2008.

| |
|--|
| Procesos (para SGC): Planificación del Servicio de Fiscalización |
| Métricos de desempeño: No identificado |
| Entradas: Lista de Entidades a Fiscalizar /POA/ Lineamientos para programa anual de auditorías. |
| Salidas: Programa Anual de Auditorías, Presupuesto de Tiempos de Revisión, Memorándum de Planeación |
| Documentos/Registros: |
| Notas de Auditoría: Se tienen que auditar las 175 entidades a auditar. Mexicali: 86 Tijuana: 69 Ensenada:20 Lineamientos para programa anual de auditorías Programa para la fiscalización del gasto federalizado. Ley de la Contabilidad Gubernamental Manual General de auditoría gubernamental, Actualizado Junio 2012. Fases de la auditoría Gubernamental. Planeación, Ejecución, Informe de resultados, Ejecución: Inicio de auditoría, |

Equipo Auditor:
Coordinador de Auditoría, Supervisor de auditoría, Auditor Encargado, Auditor.
Salidas de la Planificación:
Programa anual de auditoría
Presupuesto de tiempos para revisión de cada rubro.
Memorándum de planeación.

Planeación de auditorías se encontró conforme.

| |
|--|
| Procesos (para SGC): Servicio de Fiscalización Presupuesto y programática. (Mexicali) |
| Métricos de desempeño: Cumplimiento metas auditoría |
| Entradas: Carta asignación de auditoría/ Memorándum de Planeación de Auditoría. |
| Salidas: Informe de Auditoría/Pliego de Aclaraciones/Solventaciones |
| Documentos/Registros: Expedientes de Auditoría Entidad Fiscalizada. |
| <p>Notas de Auditoría: Entidad Tomada para la Muestra: UABC (Universidad Autónoma de Baja California). Documento de asignación de auditoría oficio DMEF/1165/2013 23 de Octubre 2013 Acta de Inicio de auditoría 29 de Octubre 2013. Inicio de la auditoría 25 Jun 2014. Objetivos de la auditoría: Verificar cumplimiento con programas y subprogramas. Verificar que la gestión financiera cumple con las leyes , decretos, reglamentos y demás disposiciones aplicables en materia de sistemas de registros y contabilidad gubernamental. Auditoría de Desempeño: Congruencia de objetivos de los ejes estratégico y de la líneas de acción del Plan estatal de desarrollo y programas previstos POA Objetivos POA orientados a realizar actividades con su objeto legal Verificar las actividades del POA coadyuven al logro de los objetivos. Verificar cumplimiento con indicadores y metas de los programas del POA. Entidad autónoma de Baja California 63 entidades académicas y administrativa 3387 metas.</p> |

Docencia, Investigación y Desarrollo, Extensión, apoyo académico, apoyo institucional, operación y mantenimiento de la planta física y entidades auxiliares.

14 Unidades académicas 1100 metas 5 Institutos y centros 175 metas Uds. Admvas. 11 metas 654 Revisadas.

208 Fac. de Ciencias Humanas.

2011 Facultad de Derecho

213 Facultad de Medicina

216 Instituto de ingeniería

254 Coordinación de formación Básica.

En esta auditoría se revisa la auditoría realizada a la Fac de Ciencias Humanas.

Meta 1 Creación programa de enlace.

Meta 2. Académicos capacitados en el uso de planes de clase. 53 académicos

Meta 3 Elaboración de Plan de mejora para atender recomendaciones del PNPC

Meta 4 campaña de titulación

Meta 5 Capacitar a docentes con curso introducción a Blackboard.

Entidad Tomada en la Muestra: **Auditoría de PRONABES.**

Carta de asignación de auditoría: DMEF/156/2014 19 Feb 2014

Memorándum de Planeación de la auditoría

Cuenta Publica a revisar: Presupuesto de Ingresos y egresos

Inicio de auditoría 18 de Septiembre 2014 11:00 AM

Los rubros y o conceptos a revisar son:

Presupuesto de Ingresos y Egresos.

Programa Operativo Anual

Auditoría de desempeño de y análisis de los indicadores

01 Fideicomiso PRONABES

Equidad en el acceso Permanencia y conclusión de la educación.

Se revisa Memorándum de revisión programática.

Provisión del Servicio de Fiscalización de Obra Pública (Mexicali)

Entidad tomada en la Muestra: **Ayuntamiento de Mexicali.** 21 Obras Auditadas Se tenían como universo 43

Ejercicio Fiscal 2013 152,Mill 108 obras.

Oficio de Asignación DMMMO/1013/2013 fecha 17 Sep 2013

Oficio No. DO-969/13

Selección de Obras a auditar.

Proyecto C-OP-MXL—OP—2012-001 Cons

Construcción y Equipamiento Unidad Deportiva Mexicali Prov Terracerías del SOL, S.A Monto 29Mll.
 Rehabilitación de campos deportivos en la unidad deportiva Nacozari prov. Arquitectura e Ingeniería Integrada Monto\$7Mll.
 Rehabilitación de Campo de futbol en unidad deportivo de san Felipe Prov Constructora y pavimentadora del Noroeste Monto. %.5 Mlls.
 Revisión de Licitación y Contrato. 28 de Dic 2012. C_CP-MXL-OP-2012-001
 Dias activos de obra 150 Dias inactivos 148
 Observaciones sobre pagos em exceso: por um monto de \$229,193
 Fecha de Terminación de la obra 13 Oct 2013.
 Fecha Elaboración: 7 de julio 2014
 Obra Contrato LO-802002999-N16-2013 T-CONADE -13-103 Constructora CADENA SA de CV
 Convocatoria Pública. 10 sep 2013 Apertura 27 Sep 2013.
 Las pruebas de control de calidad resultaron aceptables.
 Pagado en exceso a la empresa \$106,255
 Fecha terminación del Informe Junio 2014
O26 Administración Integral del Desarrollo del valle de San Felipe.
 Asignación de auditoría DMMF /1264/2013 21 Nov 2013
 Acta de Inicio 26 de Nov 2013. 10:00 AM
 Relación de Documentación Requerida.
 Objetivos de Auditoría:
 Conceptos y rubros a revisar. INGRESOS: Impuestos, derechos, Productos, Aprovechamientos, Participaciones y aportaciones, Financiamientos.
 EGRESOS:
 Se revisa Informe de Ingresos y Egresos.
 Pliego de Observaciones 18 de Julio 2014.
 Observación: Falta de Registro delos momentos contables de los ingresos.
 Solventada: No todavía se encuentra en proceso.
 Provisión del Servicio de Fiscalización de Programación y Presupuesto; y Provisión del Servicio de Fiscalización de Obra Pública de Mexicali se encontraron conformes con los requisitos establecidos.

Procesos (para SGC): Compras

Métricos de desempeño: Evaluación de Proveedores.

Entradas: Padron de Proveedores

| | | |
|---|-------------|--------------|
| Salidas: Ordenes de Compra Evaluación de Proveedores | | |
| Documentos/Registros: Politicas, Bases, Lineamientos em Materia de adquisiciones, arrendamento de servicios. Oct 2013 Ordenes de Compra/Facturas | | |
| Notas de Auditoría: Política de límites para los montos de la compras: Salario mínimo de la zona 70.10 Hasta 1500 SM Adjudicación directa De 1500 a 4001 Adjudicación directa 2 cotizaciones 4001.01 hasta 7501 Adjudicación directa 3 cotizaciones 7501.01 hasta 13000 Adjudicación por invitación 13001 adjdcación por licitación. Aprox (911,750) Principales insumos: Papelería y artículos de oficina. Servicio de Fotocopiado Servicio de Mantenimenta Automotriz Servicio de Mantenimiento Aires Acondicionados. | | |
| Muestreo de Proveedores: | SEL. | Eval. |
| Servecom (yuriria Adriana López Miranda) | √ | x |
| Clips Tijuana Papelería | √ | 10 |
| Uniformes Secretarias y Ejecutivas (Melissa Michell Zasqueta Olvera) | √ | x |
| Lantas y Servicios Ap (Agustin Perez Lllamas) | √ | 9.6 |
| Equipos de Seguridad Industrial (Rodrigo Lepez Hernández) | √ | x |
| Golden Star de Mexico, S.A. | √ | x |
| Copy Grafic (Fco Fierro Lucero) | √ | Baja |
| Hotel Palacio Azteca | √ | x |
| Solo se están evaluando proveedores que tienen compras frecuentes, aquellos que no tienen una frecuencia alta de compra no se están evaluando, esto pudiera dar lugar a una no conformidad si no se revisan los criterios de evaluación, y se consideran otros factores que pudieran generar un riesgo en el servicio adquirido. (por el momento las compras y los servicios adquiridos no tienen una relación directa con el servicio prestado por el ORFIS Auditoría a las Entidades Fiscalizables) | | |
| Muestreo de Órdenes de Compra: No 1. Prov Inter ceramic Mosaicos Dessert Dubai 50x50 9 cjas | | |

No 3 Ricardo rivera Dias 5 cubetas pintura blanco ostion
 No. 4 MUROFAST
 No 8 Blanca María López
 No. 10 Excel Distribuidora Hardware Diverso
 No 21 Melissa Michelle Zazueta Olvera Uniformes
 No 23 León Corral Norma Gpe Mause Logitech
 No 36 Gerardo López Guerra Laptosp Dell Latitude.
 Las compras son verificadas por las áreas responsables de su adquisición.
 Proceso de Compras se encontró conforme con los requisitos establecidos.

| |
|---|
| Procesos (para SGC): Satisfacción de La Medición del Cliente |
| Métricos de desempeño: Satisfacción del Cliente. |
| Entradas: Provisión del Servicio de Fiscalización |
| Salidas: Satisfacción del Cliente. |
| Documentos/Registros: Registros de Satisfacción del Cliente. |
| <p>Notas de Auditoría: La satisfacción del cliente se lleva con base a los dos clientes reconocidos: El auditor Superior del ORFIS de BC El Congreso del Estado de BC. Se realiza una vez al año posterior a la Provisión del Servicio de Fiscalización. Se realiza mediante un formato de evaluación directa que considera: Profesionalismo (25) : Calidad en el servicio (25) . Responsabilidad (10), Credibilidad (15) Oportunidad (25) La escala de Evaluación es de 1 a 4. Evaluación 2014 = 9.3 2015= 8.1 La del congreso del Estado en un cuestionarios con 3 preguntas y la solicitud de algún comentario para : Y el resultado 2014 son respuestas satisfactorias en todos los casos. Medición de la Satisfacción del Cliente es conforme.</p> |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------|---------------------------|-----|----------------------------|---------------------------|-----|----------------------------------|-----------------------|-----|----------------------------------|
| Procesos (para SGC): Acción Correctiva de Auditoría Previa | | | | | | | | | | | | |
| Métricos de desempeño: NA | | | | | | | | | | | | |
| Entradas: No conformidad 45027-12-S (6.3) | | | | | | | | | | | | |
| Salidas: Acción Correctiva | | | | | | | | | | | | |
| Documentos/Registros: Solicitud Acción Correctiva solicitud no. 10 | | | | | | | | | | | | |
| <p>Notas de Auditoría:</p> <p>NC. 6.3 No se encontró evidencia objetiva del Servicio de mantenimiento preventivo del vehículo oficial Nissan Sentra 2004, aun cuando se tiene registrado el servicio de dicha unidad como realizado. Muestra: 1 de 4.</p> <p>CR. Distracción del personal responsable del registro de mantenimiento y la condición del vehículo que requería una reparación mayor eso hizo que se detuviera el mantenimiento preventivo del vehículo. Acción de Contención: Se decidió restringir el servicio del vehículo al uso de personal de recursos materiales dentro de la zona del centro cívico Acción Correctiva: Se acordó evaluar el vehículo para determinar si se hace la reparación o se da de baja. Se decidió reforzar los protocolos de registro del mantenimiento, incluyendo los niveles de supervisión. Además de establecer como criterio formal el tiempo y el kilometraje para el mantenimiento preventivo.</p> <p>Muestreo de Vehículos:</p> <table> <tr> <td>2 Nissan Sentra Modelo 2004</td> <td>Fecha servicio: Mzo</td> <td>afinación mayor 17/03/2015</td> </tr> <tr> <td>4 Ford Ranger Modelo 2006</td> <td>Mzo</td> <td>Afinación Mayor 17/03/2015</td> </tr> <tr> <td>13 Chevrolet Equinox 2006</td> <td>mzo</td> <td>afinación mayor 21 de Marzo 2015</td> </tr> <tr> <td>14 Dodge Journey 2012</td> <td>Mzo</td> <td>Se adelanta a enero 2015 Enero 6</td> </tr> </table> <p>No conformidad se cierra como efectiva.</p> | 2 Nissan Sentra Modelo 2004 | Fecha servicio: Mzo | afinación mayor 17/03/2015 | 4 Ford Ranger Modelo 2006 | Mzo | Afinación Mayor 17/03/2015 | 13 Chevrolet Equinox 2006 | mzo | afinación mayor 21 de Marzo 2015 | 14 Dodge Journey 2012 | Mzo | Se adelanta a enero 2015 Enero 6 |
| 2 Nissan Sentra Modelo 2004 | Fecha servicio: Mzo | afinación mayor 17/03/2015 | | | | | | | | | | |
| 4 Ford Ranger Modelo 2006 | Mzo | Afinación Mayor 17/03/2015 | | | | | | | | | | |
| 13 Chevrolet Equinox 2006 | mzo | afinación mayor 21 de Marzo 2015 | | | | | | | | | | |
| 14 Dodge Journey 2012 | Mzo | Se adelanta a enero 2015 Enero 6 | | | | | | | | | | |

| |
|---|
| Procesos (para SGC): Acciones Correctivas y Preventivas |
| Métricos de desempeño: Cerrar al año 80% mínimo |
| Entradas: Solicitudes de Acciones Correctivas y /o Preventivas |

| |
|--|
| Salidas: Acciones Correctivas y Preventivas |
| Documentos/Registros: Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas. |
| <p>Notas de Auditoría:</p> <p>S-SGC-01 7.2.1 Dir. Aud. Ens. Dep Auditoria Financiera 7.2.1 Omisión de la documentación en la que se determina la importancia relativa. CR. No se elaborado el documento de planeación en su momento. Acciones: Se reforzaran las actividades de supervisión en todos los niveles. Seguimiento puntual a las diversas fases de la auditoría. Evidencias: Se presenta acta donde se tratan todos los puntos de control necesarios 4 feb 2015.</p> <p>7.2.1 S-SGC-05 7.2.1 Dir. Aud. Mex dep. aud. Municipales. Falta de control en la documentación en los elementos que integran los papeles de trabajo. Cr. Modificación de documentación, sin un adecuada revisión de los cambios realizados. Acción: Mejorar la supervisión de la auditoría.</p> <p>7.2.1 S-SGC-07 (Preventiva) Dir. Aud Mx Dp aud Obra Pub Ent. Municipales Falta del dominio y familiaridad en uso de internet institucional. CR. Se puede afectar la efectividad de la auditoria los tempos de accesos a información en internet. Acción: Se reforzara el dominio de uso de los medios de acceso a la información</p> <p>4.2.3 S-SGC-12 Dir. Normatividad y mejora continua Falta de adecuación a los criterios y la administración de los recursos Humanos a las practicas reales vigentes. CR Variación en las instrucciones por cambio de directivos, hábitos de trabajo arraigados de las áreas. Acciones: Desarrollo proyecto de modificación de criterios y políticas para la administración de recursos humanos Se realizó las actividades y se encuentra publicado en internet. Cerrada Acciones Correctivas y Preventivas se encontró conforme.</p> |
| Procesos (para SGC): Recursos Humanos / capacitación |
| Métricos de desempeño: Cumplimiento Programa Capacitación |

| |
|---|
| Entradas: Necesidades de Capacitación |
| Salidas: Programa de Capacitación / Cursos Impartidos |
| Documentos/Registros: Necesidades de Capacitación/ Programa de Capacitación/Expedientes Personal. |
| <p>Notas de Auditoría:</p> <p>Programa de desarrollo de capacidades 2015</p> <p>Resultados del Proceso de Detección de Necesidades de capacitación. Contabilidad Gubernamental 77 Auditoría Forense 33 Obra Publica 29 Auditoría del Desempeño 27 Excel Intermedio 22 Análisis e Interpretación de estados Financieros. 22 Determinación, elaboración y fundamentación de Observaciones. Programa de Capacitación: Fundamentación de las auditorías y de sus observaciones sustentas en la Ley de Fiscalización Superior de los Recursos Publico Para el estado de Baja California. Ensenada 9 de Marzo 25 asistentes. Mexicali 12 de Marzo 90 Tijuana 19 de Marzo 80 Elementos Para la Practica de Obra Pública Tijuana y Ensenada 28 de Mayo 24 asistentes. Se evidencio los materiales del curso, lista de asistencia, evaluación y diplomas en ambos cursos..</p> |

| |
|--|
| Procesos (para SGC): Provisión del Servicio de Fiscalización (Sitio Ensenada) |
| Métricos de desempeño: Cumplimiento con el Plan anual de Auditorías |

| |
|---|
| Entradas: Plan anual de auditorías/ Memorándum de Planeación |
| Salidas: Informes de Auditoría / Pliego de Aclaraciones/ Solventaciones |
| Documentos/Registros: Expedientes de Auditoría |
| <p>Notas de Auditoría:</p> <p>Auditoría de Ayuntamiento: Programación y Presupuesto. Secretaría Ayuntamiento Dirección de Desarrollo Rural y Delegacional. Secretaria de finanzas Programa 10 Manual interno de procesos y metodologías para reducir el tiempo de espera. Se encontró diferencias en la unidad de medidas. 13 Eficiente Servicio a la Ciudadanía. Se midieron los servicios prestados. SUBSEUN.</p> <p>16. Prevención del Delitos. Se realizó un proyecto y se revisó un proyecto. Unidades de Especialidades Médicas de California. Se revisó presupuesto autorizado al 100% Se mostró como evidencia el informe de revisión de ingresos del 1 de enero al 31 de diciembre del 2013. Se revisó el informe de ingresos por trimestre. Se revisa el informe de revisión de egresos. Instituto Municipal de Investigación y Planeación de Ensenada. Se revisa reporte de modificaciones al presupuesto. Obra Publica Ayuntamiento de Ensenada Oficio de Inicio 24 Febrero 2014 Se documenta el plan de auditoría Se toma en el muestreo la Obra. Riego de Sello en carpeta asfáltica Ciudad Ensenada Monto: 10MII. Prov. Constructora las Olas Sa. Decv Licitación: LO-802001995-N3-2013 Reporte de obra con observaciones por falta de documentación.</p> <p>Proyecto SUBSEMUN Prov. VIBESA Grupo Inmobiliario SA de CV OBRA: Comandancia de Seguridad Pública Municipal. Contrato: IS-XX_AYTO-ENS-BNS-BC-SUBSEMUN-2013-EP-01 Entrega de Informe 27 Agosto 2014.</p> |

.Muestreo de Procesos de la Provisión del Servicio de Fiscalización se encontraron conformes.

| |
|---|
| Procesos (para SGC): Provisión del Servicio de Fiscalización (Sitio Tijuana) |
| Métricos de desempeño: Cumplimiento Plan anual de auditorías |
| Entradas: Marco Regulatorio |
| Salidas: Informes de Auditoría |
| Documentos/Registros: Expedientes y Registros de auditoría. |
| <p>Notas de Auditoría: Auditoría: Fideicomiso público para la promoción turística de Playas de Rosarito Baja California. Carta de Asignación del Proyecto: OFICIO DTPF/001/2014 16 Ene 2014 Recibido 27ne 2014 Expediente 525 112 Fideicomiso Público para la promoción turística de playas de rosarito. Fecha de Inicio 23 Ene2104; Definitivo 02 jun 2014, Recepción de Solventaciones 18 Jun 2014; Confronta, 26 Jun 2014 Entrega resultado 14 de Julio 2014 Memorándum de Planeación. Rubros y / Conceptos a revisar: Ingresos Presupuestales; Presupuesto de Egresos y Auditoría del Desempeño Presupuesto tiempo de auditoría 221 Horas. Informe de Revisión de Ingresos. Informe de Revisión de Egresos</p> <p>Revisión de metas: 038 Impulso y fomento a la actividad Turística. Oficio DTPP/106/2014 Pliego de observaciones para su solvatación. Comisión Estatal de Servicios Públicos DTPF/455/2013 Oficio de Inicio de auditoria 21 Nov 2013 Despachado 21 Nov 2013 Recibido 26Nov 2013 Programa anual de auditorías 215.4 Comisión estatal de servicios públicos. Fecha de Inicio 10 dic 2013 Definitivo 25ago14 Solventaciones 18 Sep14 Confronta 24sep 14 Resultados 20oct14 Se revisó el informe de Ingresos. Se revisó el informe de egresos.</p> |

Se revisó el informe de la auditoría de desempeño
Se revisó el pliego de Observaciones.

Programación y Presupuesto del Ayto de Tecate.

Se revisa el programa operativo anual 2013 del Ayto de Tecate.

Programa para el mejoramientos de las comunidades rurales.

Seguridad Publica.

Presupuesto de Ingresos Presupuestado 335 Real 333

Observación en pliego de observaciones de discrepancias en ingresos.

Egresos: Presupuesto inicial = 355 Modificado 435 al cierre 435

Cedula de Observaciones 1/22 DTMP/ 162/214 Fecha Jul 40 2014

Auditoria de Obra Publica de CESPT Tijuana.

Universo 49 obras y se realizó un muestreo de 14 obras y se redujo a 8 obras.

Recursos Propios Autorizado 58Mill Contratado 12Mill

BDAN Contratado 45Mill

PRODDER Contratado 34Mill

Oficio de Asignación de auditoria DTMF/455/2013 25 No v 2013

Memorándum de Planeación 25 Nov 2013

Minuta de Reunión de Trabajo 14 oct 2013

BDAN-CESPT-CR-201-03 Rehabilitación de colector Farallon. 1063.54 Metros lineales.

Empresa Prov. Construcciones los potros

Levantamiento físico 21 jul 2014

Constancia de vista a la obra 21 de julio 2014

PRODDER-CESPT-2013-034-LP

Se revisa Resumen de Expediente Técnico.

Proveedor Nortech Water Specialties

Auditoria Obra Pública Ayto Tijuana.

Listado de Obras 58 Obras Monto Contratado: 12,mil.

Muestreo de las obras realizado por ORFIS Ramo 33 17 Recursos propios 6 Habita 1.

C-05-Ramos-TCT-13-012 Pavimentación de Rampa de acceso Escudeiro Sandoval

Contratista: Mauricio Solís López

Se revisa el expediente técnico de la obra fecha elaboración: 18 feb 2014 fecha revisión jefe depto. 10 mzo14.

Se revisa constancia de visita obra física.

Se revisa memoria fotográfica de la obra.

C-05_Ramo33-TCT-13-004 Pavimentación de calle Mariano Arista.

Proveedor: Oscar Arnoldo Esparza Flores

Se revisa constancia de visita de Obra.

Se revisa memoria fotográfica de la obra.

C-AD-DOSP-TKT-2013-008

Trabajos de pavimentación varias calles de TECATE

Contratista Constructora Rotter, SA

Se revisa el Reporte técnico de la obra.

Se revisa constancia de vista de Obra

Se revisa la memoria fotográfica del Proyecto.

Muestreo de Procesos de Provisión del Servicio de Fiscalización de Tijuana se encontraron conformes.

Avance hacia la mejora continua

- Se desarrollado y ampliado el área de archivos, para un mejor eficiencia de las áreas de trabajo.
- Se desarrollado un salón de usos múltiples para facilitar los procesos de capacitación e interacción de los equipos de trabajo.
- Se ha mejorado el control de la documentación de expedientes.

Oportunidades de mejora

- Considerar el enfoque riesgo como parte del proceso de planificación de auditorías.
- Cerrar el ciclo del control entre lo planeado y lo ejecutado en las auditorías.
- Incluir indicadores de eficiencia y no solo de efectividad
- Mejorar Criterios para la evaluación de proveedores.

Resumen de desempeño (Requerido para auditorías de vigilancia y renovación)

Revisión del desempeño histórico de auditoría:

Evaluar la conformidad continua de la organización utilizando:

- resultados de auditorías previas y comentarios reportados
- historia del cumplimiento y control de la no conformidad de la organización

Registre los resultados de su revisión abajo.

Esta tabla se basa en la revisión de la Matriz Histórica de Auditoría y en las auditorías previas:

| La revisión del desempeño histórico y esta auditoría indican que la organización ha: | Si | No | N/A |
|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| ¿Tomado acciones para abordar efectivamente todas las no conformidades emitidas previamente por ABS QE? (No debe haber tendencias de N/C repetitivas.) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Manejado efectivamente quejas de clientes y otros? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Identificado los requerimientos legales y regulatorios? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Mantenido y mejorado consistentemente el sistema de gestión? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Para cualquier No – proporcionar información de soporte:

Efectividad del sistema de gestión durante los últimos 3 años: Registrar los resultados de la revisión aquí.

(Comentarios detallados requeridos para Auditorías de Re-Certificación)

- *resultados de reportes de auditorías previas incluyendo tendencias de no conformidades y comentarios sobre los últimos 3 años.*

| |
|---|
| En General el Sistema de Gestión de Calidad del ORFIS del Estado de Baja California Guarda un desempeño conforme a los requisitos de la Norma ISO9001:2008, solo se han presentado 2 no |
|---|

conformidades menores en el último ciclo de Auditoría.

- *el desempeño histórico de la organización incluyendo objetivos y metas durante los últimos 3 años.*

El cumplimiento de los objetivos de calidad fijados se han cubierto durante el último ciclo de auditoría y hay poco margen para que esto cambie debido a que los objetivos están relacionados con su marco regulatorio y en todos los casos este debe cumplirse..

Registro de Asistencia

Reunión de apertura: Fecha: 06/08/2015

Hora: 12:15

Reunión de cierre: Fecha: 06/12/2015

Hora: 14:30

| Nombre | Puesto | Apertura | Cierre |
|---------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| CP.Saúl Martínez Carrillo | Subauditor Superior del OFSBC | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CP. Teresa Gonzalez Beltran | Dir. Gral de Planeación de Auditoría | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| CP. Marco Antonio Lizárraga N | Dir. Auditoría Mexicali | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arq. Javier Delgado Garibay | Dir. Gral Planeación Aud. Obra Públ. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MI. Ana Laura Aguilar Ramírez | Directora Normatividad y MC. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CPC. Víctor Manuel Cortés Rdz | Auditor Lider SGC | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Lic. Martina E. Lara Arredondo | Asesor Especializado | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LAP. Laura E. Corral Murrillo | Rep. Auditor Superior en SGC | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Lic. Salvador Gómez Ávila | Dir. Gral Asuntos Jurídicos | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Lic. Francisco Parral León | Dir. Gral de Administración. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CP Carlos Padilla Villavicencio | Dir. Aud. Entidades Municipales | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CP Jesús Martínez Piñuelas | Asesor Especializado | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CP Carlos Rene Rayle Lizarraga | Jefe de Aud Financiera y Ent. Municip | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| CP. Bryan Lenny González S. | Jefe Depto Auditoría Financiera | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Arq. Rosa Sánchez Martínez | Jefe Depto. Obra Pública | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| CP. Blanca Rosa Verdugo C. | Jefe Depto auditoría Financiera a Entidades Municipales. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| CP. Fco. Javier Pérez Ramos | Jefe Depto Auditoría Presupuestal y Programática EM | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Lic. Alberto Bravo Urriza | Director de Auditoría Tijuana | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| CP Manuel Montenegro Espinoza | Auditor Superior ORFIS BC | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Audit Matrix

| | | |
|------------------------|---|--|
| Sitio Auditado: | Dirección de Auditoría Ensenada | Fechas de Auditoría: 11-JUN-15 - 11-JUN-15 0.5 día(s)- auditor |
| Dirección: | Calle Mazatlán No. 206, esquina con Ing. Santiago Garín Fraccionamiento Acapulco Ensenada, México | Equipo Auditor: Fernando Gutierrez Peon |
| | | Número total de empleados: 33 <i>(incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)</i> |

Borrar la fila de cláusulas que no aplican:

| Init / RC | Vigilancias | | | | | QMS | Cláusulas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------|----|----|----|----|--|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| | 6 | 12 | 18 | 24 | 30 | | 4.1 | 4.2 | 5.1 | 5.2 | 5.3 | 5.4 | 5.5 | 5.6 | 6.1 | 6.2 | 6.3 | 6.4 | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 | 7.6 | 8.1 | 8.2 | 8.3 | 8.4 | 8.5 | |
| Historia / Plan de Auditoría Futuro | | | | | | Resultados de Auditoría Actuales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | A | | | | | Servicio Fiscalización Ingresos/Egresos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | A | | | | | Servicio de Fiscalización Patrimonio/Deuda Publica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | | | A | | | A | A | A | A | A | A | | A | A | A | | A | A | na | | A | | | | | | | | | |
| R | | | A | | | A | A | A | A | A | A | | A | A | A | | A | A | na | | A | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número Total de No conformidades → | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | na | 0 | 0 | | | | | | | |

Legenda: A = requerimientos auditados aplicables a los procesos encontrados en conformidad / No conformidades identificadas por tipo M = Mayor / I = Menor

R = Proceso recomendado para ser auditado

(Referencia QE-OPS-888 para instrucciones de como llenar esta forma)

Audit Matrix

| | | |
|------------------------|--|---|
| Sitio Auditado: | Órgano de Fiscalización Superior del Estado de Baja California | Fechas de Auditoría: 08-JUN-15 - 10-JUN-15 2.5 día(s)- auditor |
| Dirección: | Calle Calafia y Calzada Independencia Módulo "G" Plaza Baja California Centro Cívico Mexicali, México | Equipo Auditor: Fernando Gutierrez Peon Número total de empleados: 246 <i>(incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)</i> |

Borrar la fila de cláusulas que no aplican:

| Init / RC | Vigilancias | | | | | Cláusulas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|----|----|----|----|---|-----|-----|-----|-----|----------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Init / RC | 6 | 12 | 18 | 24 | 30 | QMS | | | | | Resultados de Auditoría Actuales | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia / Plan de Auditoría Futuro | Procesos | | | | | 4.1 | 4.2 | 5.1 | 5.2 | 5.3 | 5.4 | 5.5 | 5.6 | 6.1 | 6.2 | 6.3 | 6.4 | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 | 7.6 | 8.1 | 8.2 | 8.3 | 8.4 | 8.5 |
| R | A | | | | | Servicio fiscalización: Ingresos/Egresos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | A | | | | | Servicio fiscalización: Deuda Pública/ Patrimonio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | | | A | | | A | A | A | A | A | A | | A | A | A | | A | na | | A | na | | | | | | | |
| R | | | A | | | A | A | A | A | A | A | | A | A | A | | A | na | | A | na | | | | | | | |
| R | A | | A | | | A | A | A | A | A | A | | A | A | A | | | | | | | | | A | A | | A | |
| R | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | A | | A | | | A | A | A | | A | A | A | | A | A | A | | | | | | | | | | | | |
| R | A | | A | | | A | A | A | | A | A | A | | A | A | A | | | | | | | | A | | | | |
| R | A | | A | | | A | A | A | | A | A | A | | A | A | A | | | | | | | | | | | | |
| R | A | | A | | | A | A | A | | A | A | A | | A | A | A | | | | | | | | | | | | |
| R | A | | A | | | A | A | A | | A | A | A | | A | A | A | | | | A | | | | | | A | | |
| R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número Total de No conformidades → | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | NA | 0 | 0 | NA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Legenda: A = requerimientos auditados aplicables a los procesos encontrados en conformidad / No conformidades identificadas por tipo M = Mayor / I = Menor

R = Proceso recomendado para ser auditado

(Referencia QE-OPS-888 para instrucciones de cómo llenar esta forma)

Audit Matrix

| | | |
|------------------------|---|--|
| Sitio Auditado: | Dirección de Auditoría Tijuana | Fechas de Auditoría: 12-JUN-15 - 12-JUN-15 1.0 día(s)- auditor |
| Dirección: | Calle Gobernador Lugo No.10070 Col. Gabilondo Tijuana, México | Equipo Auditor: Fernando Gutierrez Peon |
| | | Número total de empleados: 99 <i>(incluyendo tiempo completo / tiempo parcial / temporal / contratistas)</i> |

Borrar la fila de cláusulas que no aplican:

| Init / RC | Vigilancias | | | | | Cláusulas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|----|----|----|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|----|----|---|---|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Init / RC | 6 | 12 | 18 | 24 | 30 | QMS | | | | | Resultados de Auditoría Actuales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historia / Plan de Auditoría Futuro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | A | | | | | Procesos | | | | | Servicio Fiscalización Ingresos/Egresos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | A | | | | | Servicio de Fiscalización Patrimonio/Deuda Publica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | | | A | | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | na | A | na | | | | | | | | | | | | |
| R | | | A | | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | na | A | na | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número Total de No conformidades → | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | na | 0 | 0 | na | | | | | | | | |

Legenda: A = requerimientos auditados aplicables a los procesos encontrados en conformidad / No Legenda: A = requerimientos auditados aplicables a los procesos encontrados en conformidad / **No** conformidades identificadas por tipo M = Mayor / I = Menor
R = Proceso recomendado para ser auditado

(Referencia QE-OPS-888 para instrucciones de como llenar esta forma)

Matriz Histórica de Auditoría

Instrucciones: Este es un perfil histórico del desempeño del sistema de gestión. Para el **ciclo** actual de auditoría, señalar en esta tabla las cláusulas auditadas **en cada auditoría** y el total de no conformidades por cláusula.

| Cláusulas SGS/TS | Turnos Auditados | | | 4.1 | 4.2 | 5.1 | 5.2 | 5.3 | 5.4 | 5.5 | 5.6 | 6.1 | 6.2 | 6.3 | 6.4 | 7.1 | 7.2 | 7.3 | 7.4 | 7.5 | 7.6 | 8.1 | 8.2 | 8.3 | 8.4 | 8.5 | | | | |
|--------------------------------|------------------|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|--|--|--|
| | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fase 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S12 | X | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| S18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S24 | X | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| S30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Renovación | X | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | | | |
| Total N/C por Cláusula: | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | na | 0 | 0 | na | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | | | |

Turnos Auditados: Todos los turnos deben ser auditados en auditorías de Fase 2 y Re-Certificaciones, y durante el ciclo de auditorías de vigilancia – Colocar una “X” en la columna aplicable para indicar el (los) turno(s) auditado(s).

Nota: Cuando se auditan todos los turnos, se debe dar énfasis a los procesos de manufactura y/o provisión del servicio.

Plan de Auditoría No: QE - 45027 - 2/24 - S

Organización: **Órgano de Fiscalización Superior del Estado de Baja California**

Fecha de envío del plan de auditoría al cliente: **17 May 2015**
Equipo Auditor: **Fernando Gutierrez Peon - Auditor Líder,**

Contacto: **Miss. Laura Corral Murillo** Phone: **52 686 2533990**

Fechas de Auditoría: **06/08/2015 - 06/12/2015** Duración de Auditoría: **4.0 día(s) auditor**

Norma(s) a auditar **ISO 9001:2008** Número total de empleados: **378**

Código(s) IAF/NACE: **36/75.1**

Alcance de Certificación: *Financial Audit Process of the Public Accounts*

Proceso de Fiscalización de las Cuentas Públicas

Objetivos de auditoría:

- Verificar el cumplimiento con los requerimientos de ISO 9001:2008 y el sistema de gestión documentado de la organización;
- Verificar que el sistema de gestión de Órgano de Fiscalización Superior del Estado de Baja California cumple con los requerimientos contractuales, legales y regulatorios aplicables;
- Evaluar la efectividad del sistema de gestión para cumplir continuamente los objetivos especificados; e
- Identificar áreas de mejoras potenciales.

| | | Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u> |
|-------|------|---|
| | | Auditor FGP |
| Día 1 | 8Jun | Llegada 12:00 Sitio: Mexicali |
| 12:15 | | Junta de Apertura Verificación de procesos y de todos los lugares donde éstos ocurren (QMS) |
| 12:30 | | Uso de las marcas de certificación Revisión documental Cambios a la organización Objetivos/Metas/Mejora Continua |
| 14:00 | | Revisión SGC Dirección |
| 15:00 | | Auditorías Internas |
| 16:15 | | Junta Resumen día |

| | | Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u> |
|--|--|---|
| | | Auditor FGP |
| | | |

| | | |
|-------------|--------|---|
| Día 2 | 9Jun | Llegada:8:00 |
| 8:15 | | Planificación del Servicio de Fiscalización (7.1) |
| 9:15 | | Servicio de Fiscalización Presupuesto y Programática. |
| 12:15-12:45 | | Receso Lunch |
| 12:45-15:00 | | Servicio de Fiscalización Obra Pública |
| 15:00 | | Junta de Resumen |
| | | Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u> |
| | | Auditor FGP |
| Día 3 | 10 Jun | Llegada:8:00 |
| 8:15 | | Procesos Administrativos: RH/Compras |
| 11:00 | | Satisfacción del Cliente |
| 12:00 | | Junta Resumen |
| 12:15-12:45 | | Receso Lunch |
| 12:45 | | Revisión Acción Correctiva Previa |
| 14:00 | | Acciones Correctivas y Preventivas |
| 15:30 | | Junta Resumen Auditoría |
| | | Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u> |
| | | Auditor FGP |
| Día 4 | 11Jun | Llegada:10:00 Sitio: Ensenada |
| 10:15 | | Servicio de Fiscalización Presupuesto y Programática |
| 12:15 | | Servicio de Fiscalización Obra Pública |
| 14:00 | | Junta Resumen |
| 14:15 | | Comida |
| | | Procesos para la auditoría <u>Actividades/Funciones/Áreas</u> |
| | | Auditor FGP |
| Día 5 | 12Jun | Llegada:8:00 Sitio Tijuana |
| 8:15 | | Servicio de Fiscalización Presupuesto y Programática |
| 10:45 | | Servicio de Fiscalización Obra Publica |
| 13:00 | | Elaboración del Reporte |
| 14:30 | | Junta de Cierre |

Nota: Un auditoría de certificación de sistemas de gestión no es una auditoría de cumplimiento legal o una auditoría de certificación de producto.
Nota: El plan de auditoría puede cambiar durante el transcurso de la misma.
 Documentación y Control de documentos será auditado en conjunto con los otros elementos
 Política y Registros serán auditados a través de las instalaciones durante la auditoría
 Favor de hacer los arreglos para tener la comida en el sitio a fin de mantener el enfoque de la auditoría

Favor de proveer un guía/escolta para cada miembro del equipo auditor
Favor de indicar el Equipo de Protección Personal requeridos en sitio

Favor de tener copias disponibles para cada uno de los auditores de lo siguiente:

- Mapa del sitio
- Descripción de la planta y de los procesos / operaciones asociados
- Lista de objetivos, metas y programas
- Lista de los contratistas y/o proveedores utilizados para actividades relacionadas a lo ambiental, seguridad y salud ocupacional (no necesario para algunos programas, ejem ISO 9001).

Instrucciones para el auditor: Favor de tomar en cuenta que las justificaciones para cambios al plan de auditoría deben ser proporcionados y que las horas de la junta de apertura y cierre deben ser consistentes con las horas del registro de asistencia de la junta de apertura/cierre.

Junta de Apertura y Cierre a ser realizada utilizando QE-OPS-851

Los siguientes aspectos deben ser verificados durante la junta de Apertura/Cierre: Cualquier cambio que afecta el Alcance de la Auditoría necesita ser registrado en la sección de “Cambios que afectan el alcance de certificación” de la página 2 del reporte de auditoría.

Junta de Apertura: (Marcar [X] para indicar que el elemento ha sido verificado/confirmado/revisado durante la junta de apertura)

- [x] Presentación del equipo auditor y de su rol
- [x] **Confirmación de los Procedimientos de Seguridad en el trabajo y emergencia relevantes al equipo auditor**
 - a. Procedimiento/Proceso/ Política de evacuación del cliente
- [x] Explicar la Política de Confidencialidad de ABS QE
- [x] Revisar el Alcance de la Auditoría:
 - [x] Norma / Especificación a ser utilizada.
 - [x] **Verificación del idioma a ser utilizado durante la auditoría**
 - [x] **Verificar/Reconfirmar alcance de productos/servicios a ser certificados**
 - [x] **Verificar Sitios y Actividades listados en el Certificado del sitio web de ABS QE (www.ab-qe.com)**
 - []x **Verificar copia del certificado del cliente comparado con el Certificado publicado en el sitio web de ABS QE.**
 - [x] **Confirmar el número de empleados o cualquier cambio en el mismo desde la auditoría previa y determinar si los cambios afectarán el número de días de la auditoría.**
 - [x] **Verificar la precisión del código IAF/NACE por QE-OPS-887**
 - [x] **Reconfirmar la precisión de la Frase del Alcance**
 - [x] **Revisar el Plan de Auditoría**
- [x] Definir el objetivo de la auditoría
 - [x] **Métodos y procedimientos a ser utilizados para realizar la auditoría basado en un muestreo**
 - [x] **Verificación de las No Conformidades de Auditorías Previas (si aplica)**
 - [x] **Política de ABS sobre la observación de violaciones regulatorias durante la auditoría**
 - [x] **Explicar el conflicto de intereses entre auditar y dar consultoría.**
 - [x] Explicar el rol de **guías, observadores**, y consultores
- [x] Comentar las condiciones bajo las cuales la auditoría pudiera terminar prematuramente
- [x] Identificar guías y definir sus responsabilidades
- [x] Explicar el criterio de clasificación para las no conformidades (NC´s)
- [x] Definir el criterio para la recomendación
- [x] Juntas diarias de resumen

Junta de Cierre: (Marcar el cuadro [X] para indicar que el elemento fue verificado/confirmado/revisado durante la junta de cierre)

- [x] Comentarios Generales
 - a. Agradecer al cliente por trabajar con ABS QE (enfoque de colaboración para la certificación)
 - b. Enfatizar que las no conformidades fueron revisadas y convenidas por los guías y el representante de la dirección
 - c. Solicitar que las preguntas sean realizadas hasta el final de reunión. Comentarios sobre el personal entrevistado durante la auditoría
 - d. Presentar los resultados de auditoría, NC´s y Oportunidades de Mejora y comentar sobre aspectos positivos observados durante el curso de la auditoría (si las reuniones sumarias previas se realizaron con la misma audiencia, la revisión puede ser acortada)
 - e. La evidencia de auditoría recolectada fue basada en una muestra; esto crea un elemento de incertidumbre

- [x] Reafirmar el criterio de clasificación para las no conformidades (NCs) – excepto para BSCI
- [x] Revisar las Instrucciones de Respuesta de CARs como están definidas en el Reporte de Auditoría o por los Requerimientos Específicos del Programa:
- [x] Definir el criterio para la recomendación
- [x] Decir que las Decisiones Finales de Certificación son responsabilidad del Departamento de Certificación
- [x] Explicar el proceso de auditoría de Seguimiento (Follow-up) y porque es requerida (según sea apropiado, por ejemplo NCs mayores)
- [x] Explicar el Proceso de Apelación y Quejas
- [x] Concluir
 - a. Explicar el siguiente paso y el intervalo estimado de tiempo
 - b. Felicitar al cliente (como sea apropiado)
 - c. Cerrar formalmente la junta
 - d. Contestar preguntas
 - e. Dejar copias del reporte de auditoría, NC's, Oportunidades de Mejora

Instrucciones para el envío de acciones correctivas

1. Completar y enviar la(s) forma(s) de Acción Correctiva adjuntas para todas las no conformidades identificadas
2. Enviar por correo electrónico: **al Auditor Líder y auditservices@abs-qe.com** para clientes en **USA y Canadá.**
3. Enviar por correo electrónico: **al Auditor Líder para Oficinas Internacionales.**
4. *Para **auditorías de Re-Certificación** las Respuestas de Acciones Correctivas deben ser enviadas a tiempo al Auditor para revisión, aprobación y envío a Revisión Técnica, antes de la expiración del Certificado.*

**SGC (ISO 9001, TL9000, 20000, 29000, 13485)
EHS (ISO 14001, RC14001, RCMS, OHSAS 18001)
Otros estándares, incluidos: ISO 27001, ISO 28000, ISO 15504, R-026, ISO 50001**

- Se requiere que las respuestas a las no conformidades sean enviadas a ABS QE dentro de los **60** días contados desde el último día de la auditoría.
- Las acciones correctivas enviadas deben incluir:
 1. Respuestas de acción correctiva, incluyendo:
 - a. Evidencia objetiva de las actividades de contención/corrección, como sea aplicable.
 - b. Resultados de la investigación de la causa raíz.
 - c. Acciones para eliminar la causa raíz y prevenir recurrencia; y
 - d. Fechas de implementación.
 2. Evidencia objetiva de implementación de Acciones Correctivas para todas las No conformidades Mayores incurridas en cualquier programa.
 3. Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, evidencia de que las actividades de acción correctiva consideraron a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable.

Referencia a la Sección 9.1.15 b de ISO 17021, las No Conformidades Mayores requieren que la corrección y las acciones correctivas sean revisadas, aceptadas y la efectividad haya sido verificada; y la sección 9.1.12 (Nota): donde sea necesario la verificación de la efectividad de la corrección y de la acción correctiva puede realizarse con la revisión de la documentación provista por el cliente, o cuando sea necesario, a través de la verificación en sitio.

Proceso de Apelación de ABS QE:

Cualquier cliente puede disputar cualquier decisión realizada por ABS QE e iniciar una queja contra la decisión. Tales quejas deben ser por escrito y serán sujetas al procedimiento de ABS QE para el manejo de apelaciones y disputas, QE-CRT-400. Apelaciones deben ser enviadas dentro de los **10 días hábiles** de la emisión del reporte. La presentación, investigación y decisiones sobre las apelaciones no resultarán en ninguna acción discriminatoria en contra del apelante

| Requisición de Acción Correctiva | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------|---|--|
| 45027 - 2/24 - S | | | | |
| <u>Auditoría.</u> <u>No.</u> | <u>Cláusula</u> <u>No.</u> | <u>Item</u> <u>No.</u> | <u>Descripción de la No Conformidad</u> (Requerimiento, No Conformidad, Evidencia) | <u>Categoría</u> <u>M - Mayor</u> <u>L - Menor</u> |
| | | | Requerimiento: No conformidad: Evidencia: | |

(Para Sistemas de Gestión Certificados en esquema multi-sitio, las acciones deben considerar a todos los sitios bajo el Sistema de Gestión Certificado, según sea aplicable).

| IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN / CORRECCIÓN(ES) | | | |
|--|--------|-------------|---------------------|
| <i>Contención – Es la acción tomada para contener la no conformidad.</i> <i>Corrección – Es la acción tomada para corregir la propia no conformidad.</i> Para multi-sitios, ¿la contención/corrección consideró todos los sitios aplicables? <i>Evidencia de verificación de que la corrección fue realizada debe ser incluida con la respuesta.</i> | | | |
| DESCRIPCIÓN | Fecha: | Responsable | Evidencia Objetiva: |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| | | | |

| DEFINA LA CAUSA(S) RAÍZ |
|--|
| <i>Posterior a su investigación (use una técnica como un árbol lógico o preguntar “por qué” 5 veces) incluya una declaración sobre lo que causó que la no conformidad ocurriera.</i> |
| |

| ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS | | | |
|--|--------|-------------|---------------------|
| <i>Estas acciones son para atacar la(s) causa(s) raíz identificada(s) en la sección previa.</i> <i>Para multi-sitios, ¿las acciones correctivas consideraron los sitios aplicables?</i> | | | |
| DESCRIPCIÓN | Fecha: | Responsable | Evidencia Objetiva: |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| | | | |