



UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
DIVISIÓN DE CIENCIAS ECONÓMICO ADMINISTRATIVAS

Título:

Implementación y Certificación de un Sistema de Gestión de la Calidad en la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato con base en la Norma Internacional ISO 9001:2015 y en su equivalente nacional NMX-CC-9001-IMNC-2015, Sistemas de gestión de la calidad –Requisitos

Informe de Ejercicio Profesional para obtener el título de:
Licenciada en Administración de la Calidad y la Productividad

Presenta:

Diana Laura Reyes Hernández

Director:

Mtro. Pedro Josué Miranda Cortés

Guanajuato, Guanajuato. Agosto 2021

Índice

1	Siglas.....	4
2	Introducción.....	5
2.1	La normalización	6
3	Descripción de la institución.....	10
3.1	Normatividad aplicable	11
3.1.1	Normatividad interna.....	11
3.1.2	Normatividad externa.....	12
3.2	Estructura organizacional	14
3.3	Cultura organizacional	17
3.4	Planeación Estratégica	18
3.4.1	Misión.....	18
3.4.2	Visión	18
3.4.3	Valores	18
3.5	Tipo de organización	19
3.5.1	Organización	19
3.5.2	Características de las organizaciones.....	20
3.5.3	Clasificación	20
3.6	Calidad en la prestación del servicio.....	22
4	Descripción del área en la que se enfocó la actividad profesional	24
4.1	Planteamiento del problema	25
5	Análisis de ejemplos de actividades realizadas	26
5.1	Sistemas de Gestión de la Calidad	26
5.2	Beneficios de la implementación de un SGC	27
5.3	Ciclo PHVA.....	28
5.4	Estructura de alto nivel	30
5.5	Sistema de Gestión de la Calidad de la ASEG	30
5.6	Implementación del SGC y desarrollo de actividades	32
5.6.1	Asesoría para la implementación.....	33
5.6.2	Formación de la Unidad de Control Interno y Calidad.....	34
5.7	Análisis de opciones de solución propuestas.....	35
5.7.1	Contexto de la organización	35
5.7.2	Liderazgo.....	39
5.7.3	Planeación.....	41

5.7.4	Apoyo	45
5.7.5	Operación.....	53
5.7.6	Evaluación del desempeño.....	58
5.7.7	Mejora	67
5.8	Auditoría de certificación.....	69
5.9	Conclusiones	84
6	Bibliografía.....	88
7	Anexos	89
7.1	Anexo 1. Certificado de auditor interno.....	89
7.2	Anexo 2. Análisis FODA de ASEG.....	90
7.3	Anexo 3. «Matriz de Partes Interesadas MAPI».....	91
7.4	Anexo 4. «Diagrama de tortuga»	92
7.5	Anexo 5. «Matriz de Asignación de Responsabilidades RACI».....	93
7.6	Anexo 6. Formato de Análisis de Riesgos basado en «COSO 2013».....	95
7.7	Anexo 7. Formato de Análisis de Riesgos basado en «AMEF»	96
7.8	Anexo 8. Formato de auditoría interna.....	97
7.9	Anexo 9. Plan Anual de Auditoría Interna.	98
7.10	Anexo 10. Anuncio de inicio de auditoría interna al SGC.....	99
7.11	Anexo 11. Ejemplo de reunión de auditoría interna.....	100
7.12	Anexo 12. Anuncio de reunión de cierre de auditoría interna.....	101
7.13	Anexo 13. Mensaje de certificación y reconocimiento.....	102

1 Siglas

AMEF Análisis Modal de Fallos y Efectos

ANSI American National Standards Institute

ASEG Auditoría Superior del Estado de Guanajuato

ASQC *American Society for Quality Control*

BSI British Standard Institute

CIC Control Interno y Calidad

CIPE Comisión Interna de Programación y Evaluación

IMNC Instituto Mexicano de Normalización y Certificación

ISO Organización Internacional de Normalización

La Auditoría Auditoría Superior del Estado de Guanajuato

La Comisión Comisión de Hacienda y Fiscalización

NIA Normas Internacionales de Auditoría

SED Sistema de Evaluación de Desempeño

SGC Sistema de gestión de la calidad

SiASEG Sistema de Información Documentada de la ASEG

SCII Sistema de Control Interno Institucional

STRATEGA Soluciones en Sistemas de Gestión

2 Introducción.

La calidad no es un fenómeno abstracto, sino una definición concreta de las características o especificaciones técnicas del producto o servicio. La calidad específica debe definirse claramente. Para Deming, un producto o servicio tiene calidad si ayuda a alguien y goza de un mercado adecuado y sustentable. La filosofía de Deming se centra en la mejora continua en la calidad de productos y servicios reduciendo la incertidumbre y la variabilidad en los procesos de diseño, manufactura y servicio, bajo el liderazgo de los directores. (Evans & William M., 2008)

Durante los últimos años la competencia, el crecimiento del mercado, la apertura a implementar nuevas herramientas tecnológicas, la insuficiencia de recursos económicos y los rápidos cambios sociales entre otros factores, imponen grandes retos a las instituciones para crecer y afrontar con éxito los desafíos y nuevos requerimientos del entorno. Esto desemboca a contar con una visión sólida de la organización, además de lograr el óptimo aprovechamiento de recursos, la mejora continua de sus procesos y actividades laborales, así como el desarrollo de nuevas habilidades e innovar propuestas que puedan interactuar en la solución de problemas y toma de decisiones.

Por esta razón, se ha incrementado el número de organizaciones que optan por certificar sus procesos mediante la aplicación de Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC), buscando impulsar el logro de sus objetivos, obteniendo los mayores niveles de eficiencia y eficacia posibles.

La gestión de una organización consiste en las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización, mientras que un sistema de gestión es un “conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr estos objetivos”, (Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C., 2015). En otros términos, el sistema de gestión de una organización es el conjunto de estrategias, objetivos, políticas, estructuras, recursos y capacidades, métodos, tecnologías, procesos, procedimientos, reglas e instrucciones de trabajo, mediante los cuales la alta dirección planifica, ejecuta y control todas sus actividades para el logro de los objetivos preestablecidos. (Camisón, Cruz, & González, 2006).

De esta definición, se deriva que “un sistema de gestión de la calidad es un conjunto de estructuras, procesos, recursos, procedimientos, instrucciones, responsabilidades y

actividades que establece una organización través de la planificación, el aseguramiento, el control y la mejora continua”. Un SGC es un sistema dinámico que evoluciona en el tiempo mediante periodos de mejora. Cada organización tiene actividades de gestión de la calidad, planificadas formalmente o no. Un SGC proporciona un marco de referencia para planificar, ejecutar, realizar el seguimiento y mejorar el desempeño de las actividades de gestión de la calidad. (Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C., 2015)

2.1 La normalización

Se han puesto en práctica métodos de aseguramiento de la calidad, en su mayoría modelos normativos. Todos estos se basan en la estandarización o normalización de la calidad. El aseguramiento descansa en cuatro componentes: la norma de calidad, el sistema de certificación, la marca de calidad y el ente gestor. (Camisón, Cruz, & González, 2006)

Dentro del desarrollo de una organización, como parte de su evolución en el camino hacia la calidad, se puede sujetar de reconocimientos o acciones que otorguen confianza en sus resultados, y que resulten una ventaja competitiva dentro del contexto de esta.

ISO (Organización Internacional de Normalización) es una federación mundial de organismos nacionales de normalización (organismos miembros de ISO). El trabajo de preparación de las normas internacionales normalmente se realiza a través de los comités técnicos de ISO. Cada organismo miembro interesado en una materia para la cual se haya establecido un comité técnico, tiene el derecho de estar representado en dicho comité. (Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C., 2015)

La normalización consiste en la elaboración, difusión y aplicación de normas, que pretenden ser reconocidas como soluciones a situaciones repetitivas o continuadas que se desarrollan en cualquier actividad humana. (Camisón, Cruz, & González, 2006) La normalización tiene como objetivo unificar criterios, mediante acuerdos voluntarios y por consenso entre todas las partes interesadas (clientes, proveedores, colaboradores, asociaciones, prensa, organismos legisladores, y otros), para elaborar normas sobre cualquier tipo de producto o servicio.

Las normas son documentos técnicos que agrupan los términos en un campo de actividad y establecen especificaciones de aplicación voluntaria extraídas de la experiencia y de la frontera del conocimiento y la tecnología disponibles en un momento dado. Las normas de calidad definen el camino a seguir para establecer los estándares de productos

y servicios, así como los requisitos del sistema de gestión de calidad que aseguren que los niveles de calidad no van a ser inferiores a los establecidos por la alta gerencia y comunicados a los clientes.

La estandarización de normas de calidad nace en la década de 1940 en Estados Unidos, cuando la ANSI (American National Standards Institute) inicia la normalización de la industria militar. El proceso de crecimiento arranca en los dos decenios siguientes por la necesidad de industrias tecnológicas (armamento, aeronáutica, espacial, nuclear) de asegurar el cumplimiento por sus productos de las especificaciones de calidad. Los primeros antecedentes de normas de calidad genéricas fueron la norma canadiense CSA Z299 de 1975, la norma australiana AAS 1821/2/3 de 1975, y la norma BS 5759 establecida por el BSI (British Standard Institute) en 1979. ISO 9000 surge finalmente en 1987. (Camisón, Cruz, & González, 2006)

Dado que su ámbito de aplicación es genérico a todo negocio, se requiere que cada organización una tarea de adaptación.

La Norma ISO 9001 parten de entender al sistema de gestión de la calidad como un componente del sistema de gestión de una organización que promueve la capacidad de una organización para proporcionar servicios que satisfagan los requisitos del usuario, así como el marco legal y reglamentario de esta; y aspira a aumentar la satisfacción del usuario a través de la eficaz aplicación del sistema, incluidos los procesos necesarios para mantener la mejora continua y el aseguramiento de conformidad con los requisitos de los servicios solicitados.

Certificar es la acción llevada a cabo para emitir un documento formal que testifique que un producto, sistema o persona se ajusta a las directrices establecidas en un estándar emitido por una organización nacional e internacional. (Camisón, Cruz, & González, 2006) Una vez que se haya cumplido con estos lineamientos fijados, se entrega un certificado, en el que se especifica el alcance respecto a la norma a la que se sujeta y el periodo de vigencia, así como sus mantenimiento y revisiones periódicas La certificación puede ser voluntaria u obligatoria, y debe ser objetiva, fiable y aceptada por todas las partes interesadas. La certificación conduce a la obtención por la empresa de una marca que acredita su calidad.

En las instituciones públicas la obtención de certificados de calidad significa que un organismo certificador externo revisó el trabajo desarrollado en la institución y confirmó que

su desempeño cumple con los estándares establecidos por dicha norma y los de la propia institución, con lo que se demuestra que los diversos recursos disponibles se administraron buscando la obtención de los mayores índices de calidad en la prestación de servicios, y que estos fueron evaluados por los usuarios correspondientes.

El implementar un sistema de gestión de calidad en una entidad de administración pública en México, representa grandes retos, empezando por los costos que implica la implementación y el desarrollo de este sistema y principalmente el tiempo que se lleva para obtener resultados favorables, siendo un esfuerzo continuo que implica el establecimiento de diversos mecanismos de control teniendo cuidado de que este control no resulte excesivo que provoque descontento dentro de la organización.

Es por lo que, con el presente informe se pretende mostrar el desarrollo de las actividades para evidenciar la experiencia profesional adquirida al implementar un sistema de gestión de la calidad en la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato (ASEG), basado en el estándar internacional ISO 9001:2015 con el objetivo de contar con una herramienta que apoye a la Alta Dirección en el cumplimiento de la misión, visión y objetivos institucionales. Así mismo, proporcionar servicios que cumplan con los requisitos legales y reglamentarios, a efecto de asegurar la satisfacción de los usuarios, clientes y otras partes interesadas; así como fortalecer en los servidores públicos la cultura de calidad en el trabajo orientada a: el usuario, enfoque a procesos, pensamiento basado en riesgos y mejora continua en los procesos.

Con la implementación y certificación del SGC, la ASEG desea demostrar su capacidad para ejecutar sus facultades y satisfacer los requerimientos de las partes interesadas, incluidos los procesos para su mejora continua y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos y reglamentos aplicables. Además, buscar:

- aumentar satisfacción del cliente y las partes interesadas,
- optimizar del tiempo y de los recursos,
- crear una comunicación más efectiva en todos los niveles de la organización,
- aumentar en los colaboradores la actitud de servicio y forma de vida que impulse el crecimiento personal,
- establecer procedimientos y disposiciones homologadas,
- asegurar y reconocer que los procesos se realizan de forma sistémica y con calidad, de acuerdo con los procedimientos documentados enfocados a la mejora continua,

- prevenir recurrencias de incumplimiento de requisitos y errores,
- detectar no conformidades,
- mejorar los niveles de eficiencia y eficacia,
- una certificación reconocida mundialmente; y finalmente
- la mejora continua.

3 Descripción de la institución.



Figura 1. Fotografía del exterior de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato (ASEG).

La Auditoría Superior del Estado de Guanajuato (ASEG), es un órgano del Congreso del Estado de Guanajuato; para el cumplimiento de sus funciones cuenta con autonomía técnica, de gestión y presupuestaria. Ejerce la función de fiscalización conforme a los principios de objetividad, definitividad, confiabilidad, imparcialidad, independencia, transparencia, legalidad y profesionalismo, reguladas por la Constitución Política del Estado y por la Ley de Fiscalización Superior del Estado de Guanajuato.

El artículo 66 de la Constitución Política del Estado de Guanajuato, así como la Ley de Fiscalización Superior del Estado de Guanajuato, otorgan a la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato atribuciones para fiscalizar la recaudación, manejo, custodia, control y aplicación de los recursos públicos de los Poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial, los ayuntamientos, las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal y Municipal y los Organismos Autónomos y en general los recursos públicos que se destinen y ejerzan por cualquier entidad, persona física o jurídico colectiva, pública o privada, los transferidos a fideicomisos, mandatos, fondos, comités, patronatos, consejos o cualquier otra figura.

La ASEG se ubica en Carretera Guanajuato - Silao Km 6.5, Burócrata, 36250 Guanajuato, Gto. México.

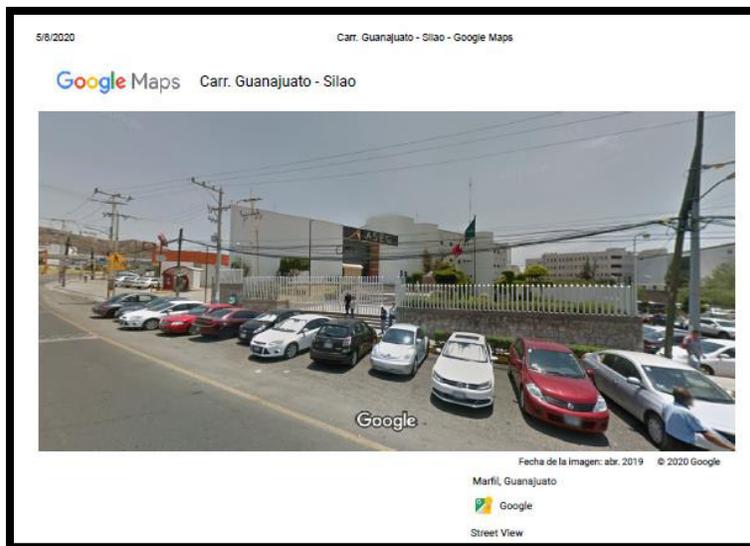


Figura 2. Localización de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato (ASEG).

La ASEG, antes llamado Órgano de Fiscalización Superior del Estado de Guanajuato (OFS), ha atravesado por un proceso de cambios legales, estructurales y funcionales, el cual materializó una transición en las facultades legales con las que contaba este organismo descentralizado del Congreso del Estado de Guanajuato y de las que se destaca lo expuesto en el Plan Estratégico 2014-2020, que cita: «A lo largo de la historia, las instituciones que detentan el poder del gobierno dan la idea de ser no sólo inaccesibles para la gran mayoría de la población, sino de representar una especie de “caja negra”, dentro de la cual no se sabe a ciencia cierta lo que acontece para producir malos, buenos o regulares resultados.» (Auditoría Superior del Estado de Guanajuato, 2014)

3.1 Normatividad aplicable

Las diversas normas, leyes, lineamientos, reglamentos y disposiciones, así como las políticas y manuales, entre otros, conforman la normatividad aplicable a una organización. Dicha normatividad busca promover la competitividad de la organización, regular los procedimientos y operaciones relacionadas con la gestión de esta para el cumplimiento de los objetivos establecidos, mediante su apego y cabal cumplimiento.

3.1.1 Normatividad interna

La normatividad interna es el conjunto de disposiciones aprobadas por el Auditor Superior, que como menciona el artículo 9 fracción VIII del Reglamento Interior de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato, tiene como atribución expedir las disposiciones, manuales de organización o de procesos, lineamientos, guías, protocolos y

demás normativa necesaria para el buen funcionamiento y desempeño de las funciones de la Auditoría Superior, y gestionar su publicación. Entre la normatividad interna de la ASEG se encuentran:

- Estatuto del Servicio Fiscalizador de Carrera;
- Lineamientos del Sistema de Evaluación al Desempeño de los Servidores Públicos de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato;
- Lineamientos del Sistema de Fiscalización Electrónica de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato;
- Lineamientos Generales de Control Interno y Calidad para la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato;
- Manual de Auditoría Gubernamental de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato;
- Manual de Calidad de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato;
- Manual de Procesos Internos de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato;
- Marco Integrado de Control Interno; y
- Protocolo para Prevenir y Atender la Violencia Laboral, el Acoso y el Hostigamiento sexual en la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato. (Auditoría Superior del Estado de Guanajuato, 2020)

3.1.2 Normatividad externa

La normatividad externa es el conjunto de disposiciones emitidas por las autoridades federales, estatales, municipales y/o locales, las cuales toda organización deberá cumplir de manera cabal de conformidad con su régimen constitutivo. Entre la normatividad externa, aplicable a la ASEG, se encuentran:

- Código de Ética del Poder Legislativo del Estado de Guanajuato;
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- Constitución Política para el Estado de Guanajuato;
- Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público;
- Ley de Amparo, Reglamentaria de los artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- Ley de Archivos del Estado de Guanajuato;
- Ley de Archivos Generales del Estado y los Municipios de Guanajuato;

- Ley de Asociaciones Público Privadas;
- Ley de Concesiones de Servicios e Infraestructura Pública para el Estado de Guanajuato;
- Ley de Contrataciones Públicas para el Estado de Guanajuato;
- Ley de Coordinación Fiscal;
- Ley de Coordinación Fiscal del Estado;
- Ley de Deuda Pública para el Estado y los Municipios de Guanajuato;
- Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios,
- Ley de Fiscalización Superior del Estado de Guanajuato;
- Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación;
- Ley de Hacienda para el Estado de Guanajuato;
- Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas;
- Ley de Planeación para el Estado de Guanajuato;
- Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato;
- Ley de Proyectos de Prestación de Servicios para el Estado y los Municipios de Guanajuato;
- Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Guanajuato;
- Ley de Salud del Estado de Guanajuato;
- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Guanajuato;
- Ley del Patrimonio Inmobiliario del Estado;
- Ley del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guanajuato;
- Ley del Sistema Estatal Anticorrupción de Guanajuato;
- Ley del Trabajo de los Servidores Públicos al Servicio del Estado y de los Municipios;
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria;
- Ley Federal del Trabajo;
- Ley General de Archivos;
- Ley General de Comunicación Social;
- Ley General de Contabilidad Gubernamental;
- Ley General de la Infraestructura Física Educativa;

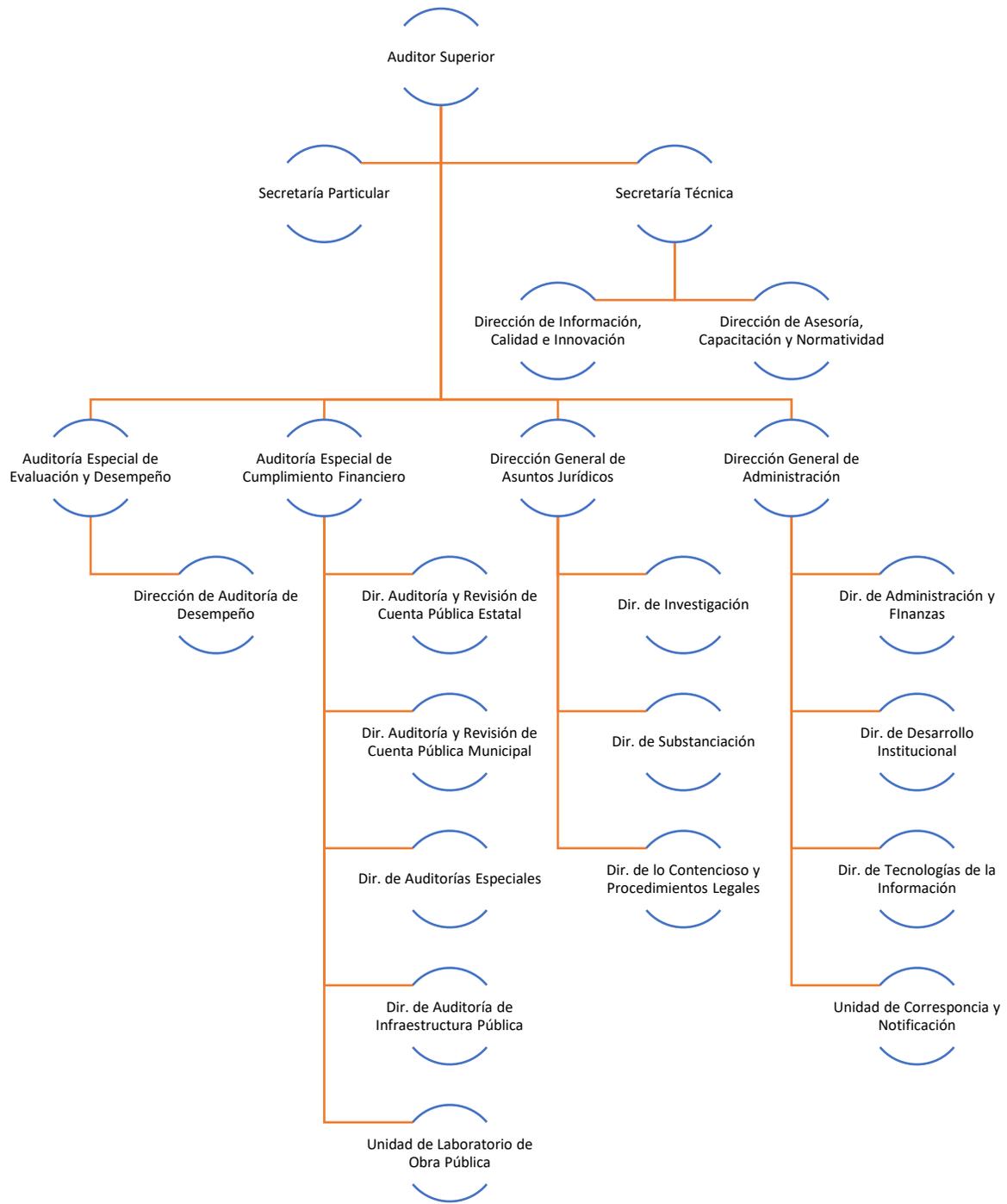
- Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados;
- Ley General de Responsabilidades Administrativas;
- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública;
- Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción;
- Ley Orgánica del Poder Ejecutivo para el Estado de Guanajuato;
- Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Guanajuato;
- Ley para el Ejercicio y Control de los Recursos Públicos para el Estado y los municipios de Guanajuato;
- Ley para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de Guanajuato;
- Ley Sobre el uso de Medios Electrónicos y Firma Electrónica para el Estado de Guanajuato y sus Municipios;
- Lineamientos del Sistema de Fiscalización Electrónica de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato;
- Lineamientos Generales para la Integración de la Cuenta Pública del Estado y los Municipios de Guanajuato;
- Lineamientos Técnicos Generales para la Publicación, Homologación y Estandarización de la Información de las Obligaciones Establecidas;
- Manual de Auditoría Gubernamental de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato;
- Manual para las Auditorías al Desempeño de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato;
- Normas Profesionales de Auditoría del Sistema Nacional de Fiscalización;
- Reglamento de Contrataciones Públicas del Poder Legislativo del Estado de Guanajuato;
- Reglamento de la Ley de Fiscalización Superior del Estado de Guanajuato;
- Reglamento de la Ley de Obra Pública y Servicios Relacionados con la misma para el Estado y los Municipios de Guanajuato; y el
- Reglamento Interior de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato. (Auditoría Superior del Estado de Guanajuato, 2020)

3.2 Estructura organizacional

Con relación en el artículo 3 del Reglamento Interior de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato, la ASEG determina que, para el ejercicio de sus atribuciones

constitucionales, legales y reglamentarias, así como para el despacho de las atribuciones que le competen, cuenta con las siguientes unidades administrativas:

- I. Auditoría Especial de Evaluación y Desempeño:
 - a. Dirección de Auditoría de Desempeño.
- II. Auditoría Especial de Cumplimiento Financiero:
 - a. Dirección de Auditoría y Revisión de Cuenta Pública Estatal;
 - b. Dirección de Auditoría y Revisión de Cuenta Pública Municipal;
 - c. Dirección de Auditorías Especiales;
 - d. Dirección de Auditoría de Infraestructura Pública; y
 - e. Unidad de Laboratorio de Obra Pública
- III. Dirección General de Asuntos Jurídicos:
 - a. Dirección de Investigación;
 - b. Dirección de Substanciación; y
 - c. Dirección de los Contenciosos y Procedimientos Legales.
- IV. Dirección General de Administración
 - a. Dirección de Administración y Finanzas;
 - b. Dirección de Desarrollo Institucional;
 - c. Dirección de Tecnologías de la Información; y
 - d. Unidad de Correspondencia y Notificación.
- V. Secretaría Técnica:
 - a. Dirección de Información, Calidad e Innovación; y
 - b. Dirección de Asesoría, Capacitación y Normatividad.
- VI. Secretaría Particular.
 - a. Despacho del Auditor Superior. (Auditoría Superior del Estado de Guanajuato, 2020)



3.3 Cultura organizacional

El objetivo de la gestión pública consiste en transformar las demandas, necesidades y expectativas sociales en programas de gobierno con resultados específicos – contantes y sonantes – en distintas materias.



Figura 3. Gestión pública. (Auditoría Superior del Estado de Guanajuato, 2014)

Cuando se combina este concepto amplio de gestión pública con el de transparencia ya descrito, entonces se concluye que el objetivo consiste en clarificar el proceso gubernamental en todas sus variantes, con el fin de abrir la puerta a la sociedad para que participe en las transformaciones que le corresponden de acuerdo con sus circunstancias, aspiraciones y posibilidades. (Auditoría Superior del Estado de Guanajuato, 2014)

En la vida de toda organización el factor humano es imprescindible. La administración establece los fundamentos para lograr convenir los numerosos y en ocasiones diversos intereses de sus miembros, accionistas, proveedores, directivos, colaboradores, clientes y consumidores, es decir, sus partes interesadas.

Para crear una cultura de calidad se requiere satisfacer plenamente las necesidades de los clientes. En efecto, se trata de un proceso *reeducativo*, a través del cual, se van generando las habilidades y actitudes que conformarán el nuevo ambiente de trabajo. Si esto se logra de manera participativa y colectiva, entonces, se comienza a crear una cultura de calidad.

Actualmente la ASEG está viviendo el proceso de transformación que implica la implementación de un sistema de esta naturaleza, gracias al esfuerzo y colaboración de todas las unidades administrativas, sus directivos, y desde luego de todas y todos los colaboradores que lo han hecho posible. Una cultura organizacional de calidad fundada en la perspectiva de la eficiencia operativa cada vez es más plausible dentro de la institución.

Cuando se habla entonces de cultura de calidad, en ASEG, estos aspectos conductuales deben estar enfocados el servicio al cliente al entender sus necesidades actuales y futuras buscando el éxito sostenido de la organización, promoviendo el enfoque

basado en procesos al definir y gestionar de forma sistemática los procesos institucionales y sus interacciones con el fin de alcanzar los resultados previstos, y el enfoque basado en riesgos al llevar a cabo decisiones para eliminar problemas potenciales o evitar su recurrencia.

Dentro de ASEG se vive un ambiente de pertenencia a la institución, de crecimiento y liderazgo definido por jerarquías y las estrategias de operación están enfocadas en su planeación estratégica:

3.4 Planeación Estratégica

3.4.1 Misión

Fiscalizar que los recursos públicos sean empleados dentro del marco de la legalidad con honestidad, eficiencia, eficacia, economía y con un enfoque de resultados.

3.4.2 Visión

Ganar la confianza pública, obteniendo resultados claros y asumiendo el liderazgo en la rendición de cuentas, la fiscalización profesional de los recursos públicos y el impulso de las mejores prácticas para el gobierno.

3.4.3 Valores

Las y los servidores y funcionarios públicos adscritos a la ASEG deben observar el desempeño de sus funciones de conformidad con los siguientes valores que sustentan la misión y dirigen el trabajo diario de la institución:

- **Profesionalismo:** Conocer, actuar, y cumplir con las funciones y atribuciones delegadas de conformidad con las leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas atribuibles a su cargo o comisión, con disciplina, integridad y respeto.
- **Independencia:** Posibilidad de tomar decisiones de manera autónoma y ética.
- **Objetividad:** Preservar el interés de las necesidades colectivas por encima de intereses particulares, personales o ajenos al interés general, actuando de manera neutral e imparcial en la toma de decisiones.
- **Integridad:** Actuar de manera congruente con los principios que se deben observar en el desempeño de las actividades encomendadas con el compromiso de ajustar su conducta para actuar de manera ética de modo tal

que las acciones y palabras sean honestas y dignas de credibilidad, para fomentar, así, una cultura de confianza, rectitud moral en el trabajo diario.

- Imparcialidad: Actuar siempre en forma objetiva e imparcial sin conceder preferencias o privilegios indebidos.
- Legalidad: Actuar en cumplimiento estricto de las leyes o normas que atribuyen a su cargo, impulsando una cultura de procuración efectiva de justicia y el cumplimiento de las disposiciones que regulan el ejercicio de sus funciones y atribuciones.
- Transparencia: Garantizar el acceso a la información gubernamental, sin más límite que el que imponga el interés público y los derechos de privacidad establecidos en la ley, así como el uso y la aplicación transparente de los recursos públicos, fomentando su manejo responsable y ofreciendo certeza sobre la actuación de la autoridad.

3.5 Tipo de organización

3.5.1 Organización

A continuación, se enunciarán algunas definiciones elaboradas por reconocidos autores pertenecientes a diferentes épocas y enfocados a la administración:

Talcott Parsons: “Las organizaciones son unidades sociales o agrupaciones humanas deliberadamente construidas o reconstruidas para alcanzar fines específicos”.

Amitai Etzioni adhiere a la definición anterior, y agrega: “Las características principales de una organización son:

- División del trabajo, división del poder y de las responsabilidades en las comunicaciones
- La presencia de uno o más centros de poder
- Sustitución del personal [...]”.

Max Weber explica que “Una organización es un grupo corporado [...], lo que implica una relación social cerrada [...] con normas de admisión [...] que poseen límites [...] y desarrollan actividades encaminadas al logro de propósitos específicos [...]”

Richard Hall: “Una organización es una colectividad con límites relativamente identificables, con un orden normativo, con una escala de autoridad, con sistemas de comunicaciones [...]; esta colectividad existe sobre una base relativamente continua en un

medio, y se ocupa de actividades que, por lo general, se relacionan con una meta o conjunto de fines.”.

Bernardo Kliksberg: “Las organizaciones son instituciones sociales [...] actúan en un medio cultural, social, político y económico dado [...]. Constituyen un sistema de actividades, donde priman criterios de racionalidad [...] poseen una estructura estable en el tiempo [...].

Jorge Etkin: “Las organizaciones son construcciones sociales con modos de funcionamiento formalizados y reconocidos por sus miembros, cuyas tareas están orientadas hacia el logro de ciertos propósitos, adoptados por el conjunto y que son culturalmente aceptados por el medio ambiente en que se desenvuelven.”. (Paolini & Odriozola, 2019)

3.5.2 Características de las organizaciones

Grupo de personas: toda organización se conforma por dos o más personas por cuanto se crean por la voluntad conjunta de quienes las integran, o por una ley específica (para el caso de los organismos públicos, por ejemplo).

Fines, objetivos, metas: este grupo de personas trabaja para lograr determinados propósitos (fines, objetivos y metas) organizacionales, grupales e individuales.

Actividades: como ya se ha expresado las personas que integran una organización “trabajan”, o sea, desarrollan tareas que, reunidas por su similitud o afinidad, conforman diferentes actividades. Estas tareas pueden ser remuneradas o no.

Orden normativo: esta característica está vinculada con el ordenamiento interno que requiere el funcionamiento de una organización, las normas y procedimientos que rigen el desarrollo de sus actividades, o sea que es un concepto que también está relacionado con la estructura organizacional.

Medio, ambiente o contexto: las organizaciones actúan en un ambiente determinado con factores políticos, económicos, sociales, culturales, etc., que son diferentes de un entorno a otro. (Paolini & Odriozola, 2019)

3.5.3 Clasificación

Encontramos en la literatura propia de nuestra disciplina numerosas investigaciones que han desarrollado diferentes tipologías de las organizaciones. Exponentes del enfoque estructuralista, tales como Etzioni y Blau y Scott han producido trabajos vinculados a este

aspecto, muy difundidos en los ámbitos académicos. Estas tipologías y otras, provenientes de diferentes corrientes de pensamiento han tomado algunas variables y en torno a ellas han incluido los distintos tipos de organizaciones.

Siendo nuestro objeto de estudio un fenómeno caracterizado por su complejidad y atravesado por gran cantidad de variables internas y externas, consideramos más adecuado, en esta fase propedéutica de abordaje a la Administración, el clasificar a las organizaciones que conforman nuestro contexto en función a sus características especiales y al rol que ellas cumplen en la sociedad con relación a la satisfacción de distintos tipos de necesidades.

En función a lo expuesto distinguimos entonces los siguientes tipos:



Figura 4. Clasificación de organizaciones. (Paolini & Odriozola, 2019)

Organismos públicos

Son organizaciones creadas por el Estado en sus tres niveles de gobierno: nacional, provincial y municipal, y que pertenecen a los tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial. Su creación está prevista tanto en la Constitución Nacional, como en las Constituciones Provinciales, y en las Leyes Orgánicas de Municipios. También se generan a través de leyes especiales dictadas por los distintos niveles de gobierno. Es decir que pertenecen al sistema político de una nación.

- Los servicios se prestan en forma gratuita o poco onerosa
- Mayoritariamente son organizaciones grandes en tamaño, complejas y muy formalizadas.
- Sus estructuras responden al modelo burocrático.

Se denomina “Administración Pública” al conjunto de organismos públicos que desarrollan actividades y prestan servicios a cargo del Estado. (Paolini & Odriozola, 2019)

La Auditoría Superior del Estado de Guanajuato es un organismo público que forma parte del Congreso del Estado de Guanajuato que cuenta con un número total de 329 colaboradores de los cuales se desprende personal de base y confianza y por honorarios asimilados a salarios.

3.6 Calidad en la prestación del servicio

La calidad no sólo se concibe como una herramienta, sino como una cultura y una filosofía del trabajo que orienta la forma de pensar y actuar de una organización, basado en un alto compromiso de la dirección y con una orientación hacia el servicio pleno de los clientes o usuarios de los bienes y servicios que producen.

Las organizaciones buscan ser productivas, cumplir con su misión, visión y objetivos, crecer y desarrollarse, optimizar sus recursos y desarrollar el potencial humano, en síntesis, lograr su efectividad, competitividad y mejora continua. En la búsqueda, han desarrollado diversas técnicas y herramientas metodológicas y modelos entre los que actualmente destaca, por su carácter, el *movimiento de la calidad*.

Para lograr una mayor comprensión de las características que actualmente observa el enfoque de calidad, en la literatura y fundamentos técnicos podemos encontrar diversos acercamientos:

La calidad se define como “la totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio que se sustenta en su habilidad para satisfacer las necesidades establecidas o implícitas” ASQC (*American Society for Quality Control*) y la bastante similar planteada en la norma internacional ISO 9000 que indica que calidad es el “grado en el un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos” (Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C., 2015).

Las organizaciones que han aplicado con éxito programas de calidad han logrado tener una apertura a los nuevos retos, a través de la transformación de formas y métodos de trabajo. Como ejemplo de órganos de fiscalización que cuentan con un sistema de gestión implementado y certificado están:

- Auditoría Superior de la Federación;
- Órgano de Fiscalización Superior del Estado de Veracruz ORFIS;

- Auditoría Superior del Estado de Puebla ASE;
- Auditoría Superior del Estado de San Luis Potosí, entre otras.

Como se ha mencionado, la calidad es una filosofía que busca sentar las bases para la productividad y competitividad en lo más profundo de una organización, en el cambio de los valores, creencias y actitudes de las personas que la constituyen, y es aquí donde se involucra un aspecto fundamental, el de la cultura organizacional.

Por unanimidad de la alta dirección, se ha definido, documentado y aprobado la Política de Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad de la ASEG, misma que incluye el compromiso de todas y todos sus colaboradores. La Política de Calidad es apropiada a la misión institucional, y apoya en su dirección estratégica, tomando en cuenta las metas organizacionales, objetivos de calidad, expectativas y necesidades de las partes interesadas, incluyendo un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del propio Sistema de Gestión de la Calidad:

«La Auditoría Superior del Estado de Guanajuato organismo público con autonomía técnica, de gestión y presupuestaria, responsable de la función de fiscalización en el Estado, ha decidido implementar un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma ISO 9001:2015 y está comprometido en cumplir con los requisitos aplicables con el fin de conseguir la mejora continua de los procesos».

La Política de Calidad es revisada anualmente durante la revisión por la dirección, verificando su adecuación a las necesidades de la ASEG y las del Congreso del Estado de Guanajuato como usuario principal; así como, para asegurar su implementación efectiva y las adecuaciones pertinentes en caso de que se requiera. La Política de la Calidad:

- a. Está disponible y se mantiene como parte de este manual;
- b. Se comunica, entiende y aplica dentro de la institución por medio de canales de difusión, como protectores de pantalla en los equipos del personal y ventanas emergentes en Intranet, asimismo, forma parte de la información que se presenta por la Dirección de Desarrollo Institución; y
- c. Se encuentra disponible para las partes interesadas pertinentes, a través de la página web institucional.

4 Descripción del área en la que se enfocó la actividad profesional

Control Interno y Calidad (CIC) es la unidad responsable de coadyuvar e impulsar a la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato, a realizar una fiscalización eficiente en el Estado, a través de la puesta en marcha de un sistema de gestión de la calidad y de control interno, sincronizando el quehacer institucional a través de la innovación.

En octubre de 2017, con la necesidad de asegurar la calidad de los trabajos realizados por la organización, dados los estándares que se han impuesto en empresas de orden público, nace como parte de la Dirección de Información, Calidad e Innovación la Coordinación de Control Interno y Calidad liderada por el C.P. y M.A. Víctor Manuel Padilla Luna, para atender las atribuciones del artículo 43 fracciones XI, XIII y XIV del Reglamento Interior de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato.

Es en marzo de 2018, cuando la ASEG toma la decisión de iniciar con la implementación de su sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015, en acompañamiento del despacho de STRATEGA Soluciones en Sistemas de Gestión.

El Mtro. Javier Pérez Salazar en su función de Auditor Superior, en diciembre de 2019 expide un acuerdo delegatorio en donde se encomiendan al C.P. y M.A. Víctor Manuel Padilla Luna, en su carácter de Director de Desarrollo Institucional, de la Dirección General de Administración de esta Auditoría Superior:

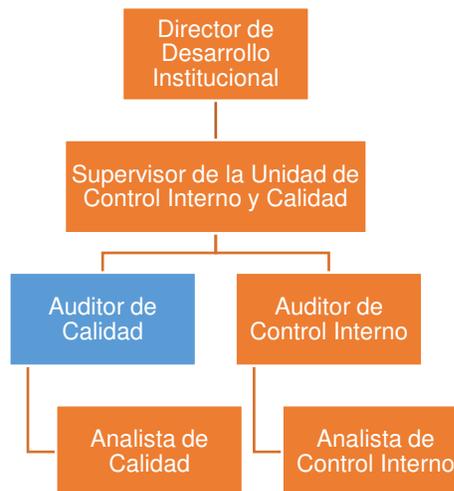
I. El diseño, implementación, coordinación, evaluación, actualización y seguimiento de los Sistemas de Control Interno y Calidad; y

II. Tramitar los procesos y procedimientos, así como suscribir la documentación que resulten necesarios para la implementación de los Sistemas de Control Interno y Calidad, institucionales y su certificación en el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) ISO9001:15. (Acuerdo Delegatorio a la Dirección de Desarrollo Institucional de proceder para Sistema de Control Interno Institucional (SCII) y certificación ISO 9001:2015.



Figura 5. Área de trabajo de Control Interno y Calidad (CIC).

La estructura de la Unidad de Control Interno y Calidad se conforma de:



El puesto al que correspondían mis atribuciones y responsabilidades era el de **Auditor de Calidad**.

4.1 Planteamiento del problema

En el Plan Estratégico 2014 – 2020 de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato, se desarrolla como segundo eje estratégico el Fortalecimiento técnico donde menciona como «objetivo primordial que el organismo auditor deba considerar los riesgos a la calidad inherentes a su trabajo, y establecer un sistema de Control de calidad bajo estándares Internacionales que regulan la función de Fiscalización que esté diseñado para responder adecuadamente a ellos.

Para mantener un sistema de control de calidad, se requiere de constante seguimiento y compromiso de mejora continua».

¿Se cumplió el objetivo en el periodo del Plan Estratégico?

5 Análisis de ejemplos de actividades realizadas

5.1 Sistemas de Gestión de la Calidad

La gestión de una organización consiste en el conjunto de “actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización” (Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C., 2015), y un sistema de gestión es el “conjunto de elementos de una organización interrelacionados para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr estos objetivos (Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C., 2015) mediante el cual la alta dirección planifica, ejecuta y controla todas sus actividades para el logro de los objetivos preestablecidos.

Los sistemas de gestión de la calidad son marcos que brindan consejo y guía sobre cómo operar y poner en práctica los principios, las prácticas y los métodos de control desde un cierto enfoque de mejora continua.

La definición e implantación de un SGC puede seguir criterios propios de la organización, o atenerse a las directrices establecidas por un enfoque de Gestión de la Calidad. (Camisón, Cruz, & González, 2006)

Conociendo esto, habrá que entender que cuando se implementa un sistema, por ejemplo, basado en ISO 9001:2015, se detectan los requisitos de la norma o, en otras palabras, a lo *que* la organización se encuentra obligada y esta decide el *cómo* con el que cumplirá con ese *qué*. Entonces si dedicamos la atención y el cuidado en diseñar o elegir los *cómo* que ayuden, no solo a cumplir, sino también a mejorar los procesos, sin hacerlos burocráticos y así aumentar o mantener la satisfacción del cliente, aumentar nuestros niveles de ventas y mejorar el desempeño de los recursos (humanos, financieros, de infraestructura, etc.).

Por otro lado, un SGC solicita la medición de la eficacia de los procesos para tener información del desempeño de estos, y esto se convierte en una entrada para la toma de decisiones basadas en evidencia objetiva y así tomar las acciones necesarias para asegurar la conformidad del SGC de acuerdo con los requisitos de la norma, al punto en el

que nuevamente se planea la correcta implementación y seguimiento y así lograr la mejora continua.

En resumen, de cada requisito que se va a demostrar cumplimiento, se determina un *cómo* que esté diseñado, estructurado y definido, para así evaluar los resultados y tomar decisiones en base a ello.

Durante los últimos años, las organizaciones han venido desarrollando e implementando SGC basados en modelos normativos, como herramientas que les permiten planificar, sistematizar, documentar y asegurar sus procesos de negocio. La existencia de un SGC establecido se ha llegado a estimar como un requisito imprescindible para lograr resultados de calidad excelentes.

El proceso de implantación de SGC basados en modelos normativos certificables despegó internacionalmente con la familia de normas ISO 9000, el modelo de normalización de aplicación genérica comúnmente aceptado. Posteriormente, los modelos normativos se han extendido temáticamente (a otras áreas de gestión) y sectorialmente (con el desarrollo de sistemas adaptados a las necesidades concretas de un sector), produciendo estándares certificables con un fuerte desarrollo propio. (Camisón, Cruz, & González, 2006)

5.2 Beneficios de la implementación de un SGC

Los beneficios de implementar un SGC que cumpla con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 pueden ser de gran impacto para la organización. En algunas organizaciones, implementar un sistema de gestión de calidad resulta más trabajo o se clasifica como trabajo adicional a lo que actualmente se hace y que será más burocrático para la empresa; estas ideas se forman dado que no se conocen los beneficios del sistema y que a través de la estandarización y la mejora se pueden detectar áreas de oportunidad dentro de la organización.

Estos son algunos de los beneficios de la implementación de un sistema de gestión de la calidad:

- Ayuda la sistematización de las operaciones y aumentar la eficiencia de los procesos, lo que permite, además, generar ahorros, detectar recursos inactivos y redistribuirlos eficazmente.

- Facilitan la gestión organizacional e indican cuándo el plan no está siendo cumplido, para así determinar las razones por las cuales no se está logrando el objetivo.
- Fomenta el aprendizaje y la detección de las necesidades de capacitación de los colaboradores. Al tener más información de los procesos se pueden destinar más recursos a la capacitación del personal de manera que estos puedan adaptarse a las nuevas exigencias tecnológicas y puedan ejecutar sus funciones eficientemente y con mayor motivación y compromiso.
- Fortalece la innovación, las nuevas ideas, los nuevos métodos, y gestiona los cambios para su correcta implementación.
- Impulsan una mejora continua en la organización al obtener un mayor rendimiento de un proceso, aumentar la calidad de un servicio o a disminuir el costo de obtención de actividades que ya desarrollamos de forma habitual.
- Aporta a la imagen de la organización, lo que resulta en la mejora de la posición de mercado respecto a la competencia. Por ello, es importante compartir la implementación de un SGC a todas las partes interesadas que interactúan con la organización sobre el compromiso con la calidad y la mejora continua.
- Incrementa la posición competitiva de la organización al asegurar el cumplimiento con un estándar internacional.
- Los sistemas de gestión de la calidad consideran las necesidades y expectativas del cliente, por lo que su aplicación tiene un impacto positivo en su satisfacción y lealtad.

5.3 Ciclo PHVA

La norma ISO 9001:2015 se basa en el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) que es un proceso que, junto con el método clásico de resolución de problemas, permite la consecución de la mejora de la calidad en cualquier proceso de la organización. Supone una metodología para mejorar continuamente y su aplicación resulta muy útil en la gestión de los procesos. (Camisón, Cruz, & González, 2006)

Deming presentó el ciclo PHVA en los años 50 en Japón, aunque señaló que el creador de este concepto fue W. A. Shewhart, quien lo hizo público en 1939, por lo que también se lo denomina «ciclo de Shewhart» o «ciclo de Deming» indistintamente. (Camisón, Cruz, & González, 2006)

El ciclo Deming puede aplicarse no solo al sistema de gestión, sino también a cada elemento del mismo para proporcionar la mejora continua.

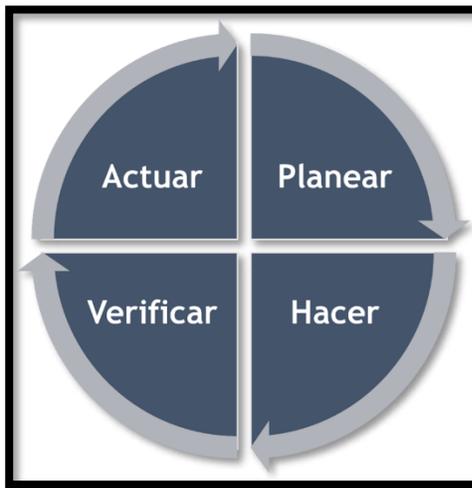


Figura 6. Ciclo PHVA.

Planear: es definir los objetivos y los métodos a utilizar para alcanzar estos objetivos. Con la definición de objetivos y metas no es suficiente; también se deben establecer los medios a través de los cuales se van a alcanzar.

Hacer: llevar a cabo las actividades de conformidad con la planeación realizada en la fase anterior. Además, en esta etapa se determina la forma de cumplir con los requisitos definidos en la fase de planeación.

Verificar: comprobar los resultados del trabajo que se está llevando a cabo conforme a lo planificado en la primera etapa. En resumen, se trata de comprobar los resultados y ver si las cosas han ido bien. La comprobación del trabajo y de los procesos se debe realizar a través de auditorías para evaluar que todo lo ejecutado funciona conforme a las disposiciones, normas, y procesos definidos, y verificar a través de resultados, es decir, examinar los resultados del trabajo descubriendo las anomalías en el trabajo, los procesos y las operaciones, y eliminando las causas de esas anomalías.

Los elementos que se pueden verificar en esta etapa no están restringidos a la calidad.

Actuar: actuar y tomar decisiones conforme a los resultados de las auditorías y de la evidencia. En esta fase se pueden elaborar planes de acción para alcanzar los objetivos, en caso de no haberlos cumplido, o considerar las acciones que permitan mantener el

cumplimiento. Estas acciones pueden ser correctivas y aplicadas sobre procesos, operaciones y procedimientos y verificar si se aplican correctamente y son eficaces.

Una vez concluida esta fase, los resultados son entrada para la etapa de planear, y así comienza el ciclo de nuevo.

5.4 Estructura de alto nivel

La norma ISO 9001:2015 se basa en el anexo SL, la nueva estructura de alto nivel (HSL por sus siglas en inglés), que aporta un marco común a todos los sistemas de gestión ISO. Esto ayuda a mantener coherencia, alinea diferentes normas de sistemas de gestión, presenta sub-cláusulas que combina con la estructura de alto nivel y aplica un lenguaje común a todas las nuevas normas. (BSI, 2020)

Basado en el Anexo SL, en la siguiente figura se muestra cómo las cláusulas de la nueva estructura de alto nivel también se aplican al ciclo PHVA expuesto en la cláusula 0.3.2 de la norma.

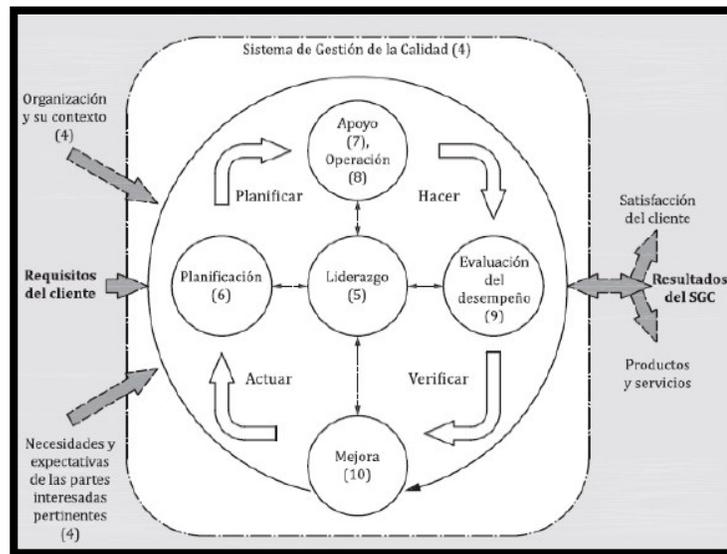


Figura 7. Estructura de la norma ISO con el ciclo PHVA.

5.5 Sistema de Gestión de la Calidad de la ASEG

El trabajo de la ASEG debe mejorar definitivamente el estado de las cosas. Su actividad debe provocar cambios sustanciales en la forma de administrar los fondos públicos. Debe encaminarse hacia una auditoría integral de gestión. Esa es la perspectiva.

El «Plan Estratégico» que se propone se orienta en lo hasta aquí mencionado y constituye el instrumento de gestión primigenio de la función de fiscalización.

(...)

Objetivo General 2.4. Calidad en la función de fiscalización: Uno de los mayores retos que enfrentan todos los organismos auditores es realizar sus actividades con estándares de calidad de manera consistente. La calidad del trabajo que realice este organismo fiscalizador afecta su reputación, credibilidad y habilidad para cumplir con su encomienda, por ello es preciso dotarlo de instrumentos, sistemas o controles de calidad efectivos y permanentes.

(...)

Calidad en la fiscalización: Como un objetivo primordial, el organismo auditor debe considerar los riesgos a la calidad inherentes a su trabajo, y establecer un sistema de Control de calidad bajo estándares Internacionales que regulan la función de Fiscalización que esté diseñado para responder adecuadamente a ellos Para mantener un sistema de control de calidad, se requiere de constante seguimiento y un compromiso de mejora continua. (Auditoría Superior del Estado de Guanajuato, 2014)

En busca del cumplimiento de estos objetivos, en 2019 la ASEG inició la planeación de la implementación de un sistema de gestión de la calidad, así como su mantenimiento y evaluación, en busca de la mejora continua.

Para la implementación del SGC en la ASEG, se hace necesario tener conocimiento, tanto en las características de la institución, como del estándar a implementar. Es por ello que, se considera importante contar con un despacho de consultoría que apoyará y dará acompañamiento durante el desarrollo de las actividades para el cumplimiento de los requisitos establecidos.

Por otra parte, en lo referente a la Norma ISO 9001:2015, el saber de la existencia de los sectores en los que tienen injerencia, ya que esto nos permite entender que actualmente estas normas no sólo son de aplicación para el sector privado, sino que también pueden ser de gran utilidad para los organismos públicos, ya que aportan mecanismos de control que dan valor agregado a las acciones de las instituciones que deciden instaurar un sistema de gestión de la calidad.

Así mismo, hay que entender que, aunque ISO es el que emite las normas, no es quien los evalúa, ya que existen en cada país distintas organizaciones que se dedican a realizar las evaluaciones a las instituciones que deciden implementar cualquiera de los estándares de ISO.

5.6 Implementación del SGC y desarrollo de actividades

La ISO 9001 es una de las normas internacionales más adoptadas en el mundo, pertenece a la familia de normas 9000. Esta norma describe 7 principios de gestión de la calidad:

1. Enfoque al cliente.

Aplicable tanto a clientes internos como externos. El enfoque al cliente es el enfoque principal del SGC y busca cumplir con las necesidades del cliente y mejorar sus expectativas. Cada aspecto de la interacción del cliente proporciona una oportunidad de crear más valor para el mismo.

2. Liderazgo.

Un liderazgo efectivo crea y unifica el propósito y dirección de la empresa. Un liderazgo robusto asegura que todas las actividades se alinean con la estrategia, política y procesos para conseguir los objetivos planificados.

3. Compromiso de las personas.

Involucrar al personal se traduce en asegurar su competencia y compromiso. Esto proporciona a la organización las herramientas para conseguir sus objetivos.

4. Enfoque a procesos.

Este elemento es básico en un sistema de gestión de calidad durante muchos años. Conocer las entradas, acciones y salidas esperadas hacen que las operaciones diarias sean predecibles y repetible, es decir, que cualquier miembro de la organización con el mismo puesto de trabajo pueda ejercer las mismas actividades.

5. Mejora.

La mejora no consiste en admitir una debilidad o falla, sino el deseo de mejorar y hacer bien por el cumplimiento de objetivos de toda la organización.

6. Toma de decisiones basada en la evidencia.

La toma de decisiones basada en evidencias resultado de evaluaciones programadas a las acciones realizadas durante la operación de los procesos. Al aplicar la toma de decisiones basada en evidencias, dichas decisiones pueden basarse en los requisitos y resultados esperados y la dirección y propósito de la organización, teniendo en mente a los clientes y colaboradores, buscando la mejora continua.

7. Gestión de las relaciones.

Esto es aplicable a todas las relaciones de la empresa. Construir relaciones, comprometer a las partes interesadas y buscar un cliente objetivo son factores esenciales para conseguir los objetivos esperados dentro de una empresa.

5.6.1 Asesoría para la implementación

Para la implementación del SGC en ASEG, se evaluó la necesidad de contratar el servicio de consultoría del despacho **STRATEGA Soluciones en Sistemas de Gestión**.

La contratación el servicio de *coaching* o consultoría de **STRATEGA** trajo consigo soluciones orientadas a facilitar las actividades aplicables a la implementación del sistema, enfocadas en mejorar el liderazgo, lograr el involucramiento y compromiso de las personas y mantener una comunicación productiva para la gestión de las relaciones.

El acompañamiento involucra capacitaciones al personal de la institución como auditores líderes en ISO, a efecto de que estos miembros cuenten con las facultades para realizar auditorías internas a los sistemas en gestión de calidad.

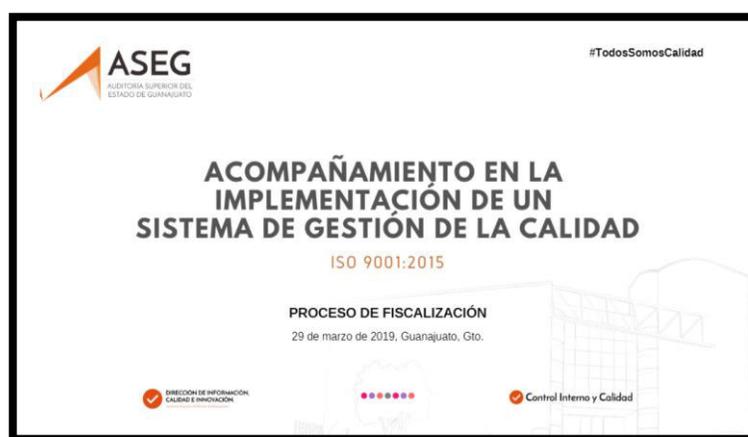


Figura 8. Captura de la presentación del kick off

El acompañamiento de STRATEGA inició en el mes de marzo de 2019 con un *kick off* del proyecto, hasta la auditoría de certificación en agosto de 2020. Se comunicó a través

del portal de noticias de la ASEG:

<https://www.aseg.gob.mx/comunicacion/2019/03/20/busca-aseg-obtencion-de-certificacion-iso-90012015-como-medida-para-fortalecer-el-control-de-calidad-en-la-funcion-de-fiscalizacion/>.



Figura 9. Secretario Técnico de ASEG y Director General de STRATEGA en la firma del contrato.

5.6.2 Formación de la Unidad de Control Interno y Calidad

Para la implementación del SGC se consideró que la Unidad de Control Interno y Calidad, quienes fuimos los encargados de su implementación estuviéramos debidamente informados y capacitados en los temas de calidad, enfoque a procesos, así como los requisitos definidos por la norma, ya que de ello depende el uso correcto de los términos establecidos por ISO.

Para el logro de este objetivo, en el contrato con STRATEGA se concretó la realización de cursos en sus instalaciones para el personal de la Unidad, además de personal adscrito a otras áreas de la institución, con la finalidad de asegurar el conocimiento de la norma ISO 9001:2015 y contar con su participación en las auditorías internas, así como la estructura y los puntos más importantes de la guía «ISO19011:2018 Directrices para la auditoría de sistemas de gestión». De esta última, la preparación tuvo y una duración de 5 horas, con la participación de toda la Unidad y 12 colaboradores de otras áreas. Sólo 8 pudimos aprobar el examen, y se nos otorgó un certificado como **Auditor Interno del Sistema de Gestión de la Calidad** (Anexo 1).

La importancia de los cursos de capacitación radica en hacer posible que el personal participante haga una correcta y adecuada interpretación de los requisitos que establece la

norma y su aplicación en la ASEG, atendiendo a las características, complejidad y el entorno en el que se desenvuelve.

5.7 Análisis de opciones de solución propuestas

A continuación, describiré las actividades realizadas por cada capítulo de la norma ISO 9001:2015, que demostrará su aplicación dentro del Sistema de Gestión de la Calidad de la ASEG y que buscará el objetivo de certificar al mismo.

La estructura de los capítulos y parte de la terminología de la ISO 9001:2015, en comparación con la edición anterior (ISO 9001:2008), han cambiado para mejorar la alineación con otras normas de sistemas de gestión y proporcionar una presentación coherente de los requisitos.

5.7.1 Contexto de la organización

Como lo dicta la norma, en este apartado se debe obtener el conocimiento necesario para identificar y comprender a la institución, así como al contexto en el que se llevan a cabo sus actividades. Así mismo, es necesario tener el conocimiento tanto de las necesidades como de las expectativas de las partes interesadas ya que de esta forma se vislumbra de mejor forma el alcance y la aplicabilidad del sistema de gestión de la calidad.

Este apartado es un cambio fundamental, ya que definición será el punto de partida y asentará bases para el Sistema de Gestión de la Calidad de la institución.

Comprensión de la organización y su contexto.

Como se mencionó, la organización debe tener comprensión de los diversos factores que se conforman el contexto en el que desarrolla sus actividades, y a su vez existen muchas formas y técnicas de apoyo para que las organizaciones puedan observar y analizar su contexto. Una de la más difundidas es la Matriz FODA.

La matriz FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) está compuesta de cuatro cuadrantes que aportarán la información necesaria para que servirá de ayuda para crear estrategias basadas en este análisis:

Las oportunidades y amenazas son factores externos, en los que la organización no tiene ningún control, pero sí puede identificar y hacer estimaciones.

Las oportunidades y amenazas se refieren a las tendencias y sucesos económicos, sociales, culturales, demográficos, ambientales, políticos, legales, gubernamentales,

tecnológicos y competitivos que pudieran beneficiar o dañar en forma significativa a una empresa en el futuro. Otras oportunidades y amenazas incluyen la aprobación de una ley, la introducción de un nuevo producto por un competidor, una catástrofe nacional o la disminución del valor de la moneda.

Las fortalezas y debilidades se refieren a las características internas de la propia organización que se tienen respecto a la disponibilidad de recursos humanos, físicos, financieros, estructura interna, cultura organizacional, posición en el mercado, etcétera, y que afectan el desempeño y crecimiento de la organización.

Las oportunidades y amenazas son elementos externos a la organización que esta no puede controlar ni modificar pero sí aprovechar o manejar. Las fortalezas y debilidades son factores internos que la organización sí controla, que dependen de esta.

La Unidad de Control Interno y Calidad, con aprobación de la Alta Dirección (Auditor Superior, Auditores Especiales, Directores Generales y Secretario Técnico), documentó una matriz FODA (Anexo 2) a través de los siguientes pasos:

1. Se elaboró una lista de las oportunidades externas claves;
2. Se elaboró una lista de las amenazas externas claves;
3. Se elaboró una lista de las fortalezas internas claves;
4. Se elaboró una lista de las debilidades internas claves;
5. Se analizó la relación entre las fortalezas internas con las amenazas externas.
6. Se analizó la relación entre las debilidades internas con las oportunidades externas.

Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas

En la Unidad de Control Interno y Calidad elaboramos un análisis de las partes interesadas competentes a la ASEG, mismas que han sido considerada en una Matriz de Partes Interesadas «MAPI» señalada en el Anexo 3, y su revisión y actualización se realiza de forma anual.

Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad

Para la determinación del alcance del SGC se ha considerado:

- a) Las cuestiones externas e internas indicadas en el FODA aprobado;
- b) Los requisitos de las partes interesadas; y

c) Los servicios que ofrece la institución.

Así mismo, ASEG considera importante enfocar el concepto de cliente, refiriéndose a “aquella organización o persona que recibe un producto y/o servicio”. Para efectos del sistema de gestión de la ASEG, este concepto es aplicable al Congreso del Estado de Guanajuato, quien, a través de la Comisión de Hacienda y Fiscalización, recibe el resultado de la misión de la institución. El producto final de conformidad con la fracción III del artículo 37 de la Ley de Fiscalización Superior del Estado de Guanajuato, es el **Informe de Resultados** de la revisión o auditoría realizada a los sujetos de fiscalización.

Se establece lo siguiente como alcance del SGC: *«Proceso de Fiscalización del ejercicio y destino de los recursos públicos, la gestión financiera de los sujetos de fiscalización y la observancia de su normativa aplicable en el Estado de Guanajuato, durante las etapas de: Planeación, Inicio, Ejecución, Informe y Seguimiento»*, excluyendo la verificación del desempeño en el cumplimiento de los objetivos de los programas presupuestarios de los sujetos de fiscalización.

Dentro del alcance del SGC, también se incluyen los procesos estratégicos y procesos de soporte, los cuales se pueden observar en el «Proceso Macro» (ver figura 6 de este documento), necesarios para garantizar la operación del proceso clave. De igual forma, la información documentada referente a estos procesos se encuentra debidamente identificada. Dicha información tiene la finalidad de contribuir al logro de los objetivos establecidos, en ella se consideran factores internos y externos pertinentes a la ASEG; lo anterior, con la finalidad de abordar los riesgos y oportunidades que puedan derivarse de los análisis correspondientes, y en su caso, establecer los controles que resulten aplicables.

Las áreas de la estructura organizacional de la ASEG pertinentes al alcance del sistema de gestión de calidad de la institución son:

- Auditoría Especial de Cumplimiento Financiero:
 - Dirección de Auditoría y Revisión de Cuenta Pública Estatal;
 - Dirección de Auditoría y Revisión de Cuenta Pública Municipal;
 - Dirección de Auditorías Especiales y;
 - Dirección de Auditoría de Infraestructura Pública.
- Dirección General de Asuntos Jurídicos:
 - Dirección de lo Contencioso y Procedimientos Legales.

- Dirección General de Administración:
 - Dirección de Administración y Finanzas;
 - Dirección de Desarrollo Institucional;
 - Dirección de Tecnologías de la Información; y
 - Unidad de Correspondencia y Notificación.
- Secretaría Técnica:
 - Dirección de Información, Calidad e Innovación; y
 - Dirección de Asesoría, Capacitación y Normatividad
- Secretaría Particular y el
- Despacho del Auditor Superior.

La ASEG aplica todos los requisitos de la norma ISO 9001:2015 que son aplicables en el alcance determinado de su sistema de gestión de la calidad. Para este sistema de calidad, se considera no aplicable las siguientes cláusulas:

- **Trazabilidad de las mediciones.** Actualmente, y a partir del 30 de agosto de 2019, la ASEG cuenta con la acreditación del sistema de gestión de la Unidad de Laboratorio de Obra Pública (ULOP) bajo la norma NMX-EC-17025-IMNC-2018 con alcance de pruebas de mecánica de suelos y concretos. Por lo tanto, aquellas pruebas relacionadas sobre este alcance la ULOP queda fuera del alcance de este Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015; y

- **8.3 Diseño y desarrollo.** Debido a que, siendo una institución de carácter público y autónomo, los requisitos establecidos para los servicios de la ASEG están debidamente normados a la Ley de Fiscalización Superior del Estado de Guanajuato y el Reglamento Interior, por lo que no se realiza diseño o desarrollo del servicio que se ofrece, es decir, el proceso contenido en el alcance del SGC está determinado en la normatividad aplicable.

Así mismo, se considera que las operaciones de la Auditoría Especial de Evaluación y Desempeño y sus Direcciones, la Unidad de Laboratorio de Obra Pública, las Direcciones de Investigación y de Substanciación adscritas a la Dirección General de Asuntos Jurídicos, no forman parte del alcance del SGC.

El sistema de gestión de la calidad y sus procesos

El sistema de gestión de la calidad de ASEG ha sido diseñado para responder a la forma de trabajo y operación que se realiza en el mismo, bajo la supervisión de la alta dirección.

La ASEG ha determinado los procesos necesarios del SGC, a través del siguiente **Proceso Macro:**

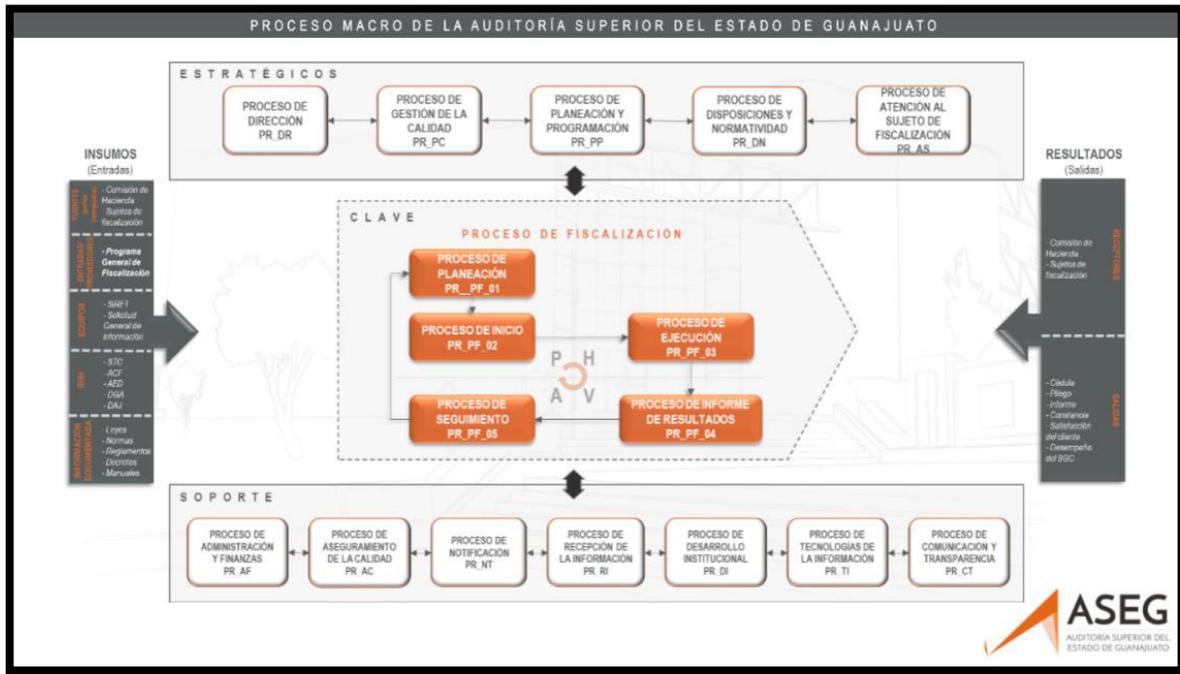


Figura 10. Proceso Macro de la ASEG.

La identificación de cada uno de los procesos establecidos que forman parte del SGC, así como su interacción se realizó a través de un «diagrama de tortuga» (Anexo 4). En este diagrama se describe la identificación de las entradas y salidas de cada proceso, su secuencia e interacción, los criterios y métodos necesarios para asegurarse de su operación y control, los recursos necesarios para su operación, riesgos y oportunidades, así como las responsabilidades y autoridades en sus actividades.

5.7.2 Liderazgo

Liderazgo y compromiso

En ASEG se considera como liderazgo al involucramiento activo dentro del SGC, alienando los objetivos con la estrategia de la institución y promocionando la adopción de la mentalidad basada en riesgos, el acercamiento a procesos para crea evidencia objetiva para la toma de decisiones. También debe asegurar que la política y los objetivos de calidad

sean compatibles con la dirección estratégica de la organización, proporcionar recursos adecuados para lograr los objetivos y comunicar la importancia e involucrar al personal para que contribuyan de manera efectiva al SGC.

Se ha establecido que, en ASEG, las atribuciones y responsabilidades relacionadas al SGC se lleven a cabo por:

- La Comisión Interna de Programación y Evaluación (CIPE)¹ y;
- el Comité de Control Interno y Calidad².

Así mismo, se han determinado líderes de procesos, que son o no titulares de las áreas adscritas a la institución en las que se ejecutan las actividades inherentes de cada uno y se definen como los responsables del diseño, ejecución y desempeño de un proceso completo o alguna actividad que pueda afectar la calidad de los resultados. La propiedad del proceso puede ser adoptada como una responsabilidad adicional a las funciones diarias.

El enfoque principal de ISO 9001 es la satisfacción del cliente. Como tal, también se espera que la alta dirección demuestre liderazgo y compromiso con el enfoque al cliente.

Política de calidad

Una acción clave en términos de liderazgo es establecer una política de calidad que respalde el logro de sus objetivos. La política de calidad deberá incluir un compromiso con la mejora continua del sistema de gestión de calidad.

En la Unidad de Control Interno y Calidad, hemos sugerido la siguiente política de calidad, misma que fue aprobada por la alta dirección:

«La Auditoría Superior del Estado de Guanajuato organismo público con autonomía técnica, de gestión y presupuestaria, responsable de la función de fiscalización en el Estado, ha decidido implementar un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma ISO 9001:2015 y está comprometido en cumplir con los requisitos aplicables con el fin de conseguir la mejora continua de los procesos».

Además, está disponible y se mantiene como parte de la información documentada de la institución, se comunica de forma interna a través de banners en la «intranet ASEG»,

¹ La regulación, integración y facultades de la Comisión son definidas en el «Reglamento Interior de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato».

² La regulación, integración y facultades del Comité son definidas en los «Lineamientos Generales de Control Interno y Calidad para la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato».

correos electrónicos y forma parte de la información de inducción para personal de nuevo ingreso. De forma externa, se encuentra en la página institucional: <https://www.aseg.gob.mx/noticias/wp-content/uploads/2020/02/politicasCalidad.png>



Figura 11. Política de calidad en página institucional.

Roles, responsabilidades y autoridades en la organización

En la Unidad, elaboramos una «Matriz de Asignación de Responsabilidades (RACI)» (Anexo 5) en la que se tienen identificadas los roles, responsabilidades y autoridades de las personas, de esta forma la ASEG se compromete, dirige y apoya a las personas para contribuir a la eficacia del SGC. Esta matriz no sustituye ni elimina las responsabilidades establecidas en la reglamentación, por lo que deberá entenderse que diseñada con el propósito de orientar al usuario del SGC a comprender la relación de responsabilidad entre los distintos participantes.

5.7.3 Planeación

La planeación de un SGC no es un proceso singular, sino más bien es un proceso continuo. La planificación evoluciona a medida que la institución aprende y que las circunstancias cambian. Un plan tiene en cuenta todas las actividades de la calidad de la organización y asegura que cubre toda la orientación de la norma.

Acciones para abordar riesgos y oportunidades

Con el fin de asegurar que el SGC logre los resultados previstos, la ASEG ha emprendido acciones para abordar riesgos y oportunidades estratégicas y operativas, considerando lo determinado en el análisis del contexto de la organización y las partes interesadas.

Para el análisis de los riesgos y oportunidades orientados a la estrategia de la ASEG, se ha determinado el PD_PC_0001_01 «Procedimiento de Programa de Trabajo de Control Interno» y el PD_PC_0002_01 «Procedimiento de Programa de Trabajo de Administración de Riesgos» con la finalidad de emprender las acciones conducentes para evitar impactos negativos potenciales que afecten a toda la institución.

Para el análisis de riesgos y oportunidades operativas, se han diseñado dos maneras de analizar las variables de probabilidad, consecuencia, magnitud e impacto de los riesgos inherentes a los procesos que conforman el SGC, para saber qué acciones se deben implementar y derivado de ello establecer qué medidas se tomaran respecto a los riesgos detectados, es decir, si se aceptan, transfieren, se mitigan, o en su caso, se elimina la actividad del proceso en donde se detectó:

- Modelo COSO (acrónimo de Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission) y;
- Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE).

A través de la metodología que engloba elementos de evaluación y seguimiento de control interno del, en concatenación con lo establecido en el «Marco Integrado de Control Interno emitido en el Sistema Nacional de Fiscalización (MICI)», y de conformidad con los «Lineamientos Generales de Control Interno y Calidad para la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato», se elabora la identificación de riesgos y oportunidades del **proceso clave**, mismos que se realiza en el FO_PC_0101_01 «Formato de Diagnóstico de Control Interno Operativo» en el que se elabora este análisis de riesgos y se evalúan a través del PR_AC 01 «Proceso de Aseguramiento de la Calidad». Ver ejemplo en Anexo 6, de este informe.

A través de AMFE o AMEF (por sus siglas en inglés) se determinaron los riesgos y oportunidades de los **procesos estratégicos y de soporte**. Al ser una herramienta de prevención que permite identificar los posibles fallos de un proceso determinando sus causas, se considera de fácil manejo para estos procesos, ya que el análisis no es tan exhaustivo como para el proceso clave de la institución. Se elaboró el FO_PC_0101_02 «Formato de Diagnóstico de Control Interno para procesos Estratégicos y de Soporte» en el que se elabora este análisis de riesgos. La evaluación de los riesgos se lleva a cabo a través del PD_PC_0201_01 «Procedimiento de Auditorías Internas». Ver ejemplo en Anexo 6, de este informe.

Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos

En la Unidad de Control Interno y Calidad se establecieron los objetivos de calidad como elementos básicos para la evaluación de la efectividad del SGC, mismos que fueron aprobados por la alta dirección. Al momento de su elaboración, se consideró que los objetivos la calidad sean consistentes y coherentes con la política de calidad establecida y sus indicadores proveen elementos de medición, siendo estos:

- Emitir Informes de Resultados al Congreso del Estado, que cumplan con los requisitos mínimos de calidad aplicables.
- Medir el grado de confianza de los sujetos de fiscalización respecto al desempeño de la revisión o auditoría.
- Profesionalizar la labor de la auditoría mediante la actualización y capacitación continua acorde a las necesidades de los servidores públicos que integran ASEG de conseguir la mejora continua de los procesos.

La planificación para lograr los objetivos de calidad se realiza a través del siguiente cuadro de identificación, donde se determinan las acciones a emprender, los recursos a emplear, responsables, las estrategias y cómo se evaluarán los resultados:

¿Qué se va a hacer?	¿Por qué se va a hacer?	¿Quién será responsable?	¿Cómo se realizará?	¿Qué recursos de requerirán? (Cuánto)	¿Cómo se evaluarán los resultados?
Emitir Informes de Resultados al Congreso del Estado, que cumplan los requisitos mínimos de calidad aplicables.	<p>Como parte de un sistema de gestión de calidad, existen 4 tipos de requisitos, que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legales; • Aplicables de la norma; • Los que el cliente defina (Congreso y Sujetos de Fiscalización) y • Los requisitos internos establecidos por la institución. <p>Como parte de un proceso de Aseguramiento a la Calidad, se verifica y evalúa el cumplimiento de dichos requisitos.</p>	ACF_000_000	Mediante la emisión de Formatos y Plantillas validados por el Comité de Control Interno y Calidad, asegurando su alineación a las NPSNF y demás requisitos legales aplicables. Asimismo, se inspeccionará la calidad y la eficacia del control interno, realizadas de manera previa a la emisión de los Informes de Resultados por la Coordinación de Control Interno y Calidad.	La autorización de toda la información documentada por los dueños de los procesos y el Comité de Control Interno y Calidad.	Indicador vinculado: Número de informes notificados en año calendario que son devueltos por el Congreso a la ASEG, en relación con el número de informes notificados al Congreso en dicho año.

¿Qué se va a hacer?	¿Por qué se va a hacer?	¿Quién será responsable?	¿Cómo se realizará?	¿Qué recursos de requerirán? (Cuánto)	¿Cómo se evaluarán los resultados?
Medir el grado de confianza de los sujetos de fiscalización respecto al desempeño de la revisión o auditoría.	Los sujetos de fiscalización resultan una parte interesada clave en las actividades que realiza ASEG. Por lo anterior, resulta de vital importancia, que estos confíen en el personal que les fiscaliza sus recursos y los resultados que éste emite, toda vez que ellos están obligados a suministrar los datos, documentos, antecedentes o cualquier otra información que éste les solicite, relacionados con el ejercicio de la función fiscalizadora.	STC_ICI_CIC	Mediante la aplicación de una encuesta a los enlaces financieros y de obra del sujeto de fiscalización. Esta encuesta se aplicará de manera posterior a la emisión del Informe de Resultados.	La respuesta de los enlaces del sujeto de fiscalización.	Indicador vinculado: Razón de satisfacción respecto a la revisión o auditoría, resultado de la encuesta anual del proceso de fiscalización.
Profesionalizar la labor de auditoría mediante la actualización y capacitación continua acorde a las necesidades de los servidores públicos que integran ASEG.	Los colaboradores de la institución constituyen, una parte interesada en el sistema de gestión de calidad, toda vez que son ellos quienes ejecutan las revisiones y/o auditorías al sujeto, y generan los registros del SGC. El mantener en constante capacitación a los colaboradores, se fortalecen las capacidades técnicas y profesionales del personal que ejecuta los procesos establecidos por la institución.	DGA_DDI_000	Mediante la identificación de necesidades de capacitación a través de la definición de brechas entre el perfil del puesto y la persona que lo ocupa.	Perfiles de puestos con roles, responsabilidades y autoridades; Diagnósticos de necesidades de capacitación; y Planes anuales de capacitación.	Indicador vinculado: Índice de cumplimiento de programa de Desarrollo Profesional Continuo o Plan Anual de Capacitación.

Fecha de expiración: 31 de diciembre de 2020

Fecha de actualización: 18 de mayo de 2020

Los objetivos de calidad serán revisados anualmente, y sus resultados evaluados a través de indicadores señalados en la tabla anterior. Además, son difundidos internamente a través de banners en la «intranet ASEG», correos electrónicos y forma parte de la información de inducción para personal de nuevo ingreso. De forma externa, se encuentra disponible en la página institucional: <https://www.aseg.gob.mx/noticias/wp-content/uploads/2020/02/objetivosCalidad.png>.



Figura 12. Objetivos de calidad en página institucional.

Planificación de los cambios

En la Unidad de Control Interno y Calidad, identificamos la planificación de los cambios que impactan de forma significativa al desempeño del SGC, mismos que serán controlados y registrados por la alta dirección, considerando lo siguiente:

- a) identificar la necesidad del cambio;
- b) determinar el propósito del cambio y sus posibles consecuencias potenciales;
- c) asegurar la integridad del sistema de gestión de la calidad;
- d) asegurar el cumplimiento de los servicios que garantizan la satisfacción del usuario y las partes interesadas;
- e) verificar la disponibilidad de los recursos;
- f) identificar y comunicar las modificaciones en cuanto a responsabilidades y autoridades;
- g) llevar a cabo el plan; y
- h) evaluar los resultados.

5.7.4 Apoyo

Recursos

Con el objetivo de determinar los recursos internos y externos necesarios para la operación y control de los procesos y a efecto de garantizar la conformidad de los resultados, el cumplimiento de los objetivos y la eficacia del SGC, colaboré en la documentación de los siguientes procesos:

- PR_DI Proceso de Desarrollo Institucional;

- PR_AF Proceso de Administración y Finanzas; y el
- PR_TI Proceso de Tecnologías de la Información

En los que se establece el manejo de las personas, infraestructura, el ambiente para la operación de los procesos y los conocimientos necesarios para la debida operación de los procesos.

Competencia

La Unidad, en conjunto con la Dirección de Desarrollo Institucional define y documenta las competencias necesarias de las personas que realizan un trabajo que afecta el desempeño y eficacia del SGC (incluyendo la educación, formación, habilidades y experiencia, que están agrupadas como conocimientos, habilidades funcionales-técnicas, y como competencias y/o habilidades) en los «Lineamientos del Sistema de Evaluación al Desempeño de los servidores públicos de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato» y en las atribuciones y responsabilidades en cada uno de los procedimientos documentados.

Toma de conciencia

Para la toma de conciencia de las personas y la comprensión de la política y objetivos de calidad, en la Unidad hemos desarrollado campañas de difusión y promoción a través de publicaciones en la intranet, la página web institucional, así como la inducción del SGC por medio de la «Plataforma de Aprendizaje Interno de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato (AulASEG)».

Tuve la oportunidad de elaborar guías para la comprensión del SGC, mismas que fueron difundidas de forma interna:

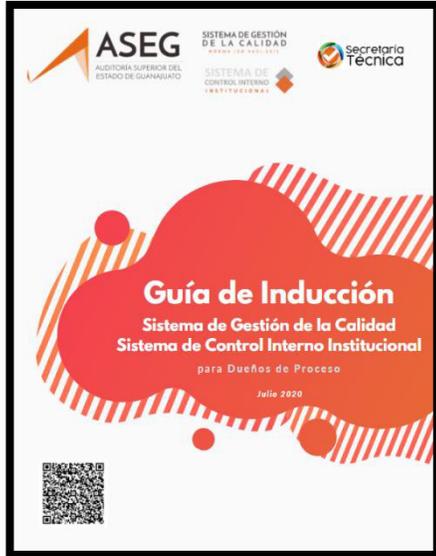


Figura 13. Guía de inducción al SGC.

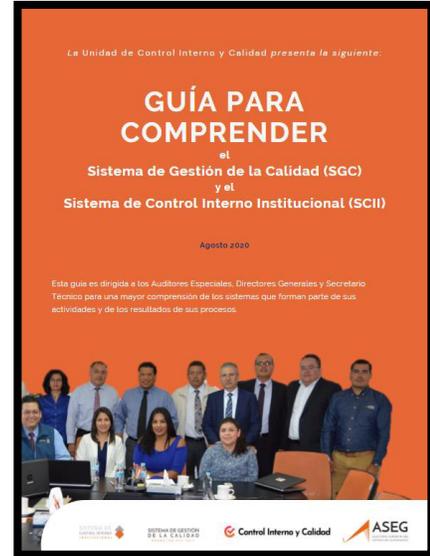


Figura 14. Guía para comprender SGC

En este material se resalta la importancia de su contribución a la eficacia del SGC, y las implicaciones del incumplimiento a los requisitos de este, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño. Todo lo anterior con la finalidad de que el personal tome conciencia sobre la importancia de su participación en el sistema.

Información documentada

La norma establece que la organización debe incluir la información documentada requerida para evidenciar el apego con los requisitos que se determinan.

Se considera como información documentada a toda aquella Información que la ASEG tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene (procedimiento, formatos, plantillas, disposiciones, instructivos, herramientas tecnológicas, etc.), que forma parte del SGC.

Para el cumplimiento de estos requisitos, como primer objetivo era determinar las IT_PC_0102_02 «Disposiciones para la Administración de la Información Documentada», mismas que forman parte del «PR_PC Proceso de Gestión de la Calidad» en donde se definen las disposiciones que regulan cómo controlar y mantener la identificación, la estructura y control de la información documentada en un «Sistema de Información Documentada de la ASEG (SiASEG)», en el que se unifica y homologa el uso y contenido de la documentación inherente a los procesos.

El «SiASEG» se convierte entonces en el repositorio documental, mismo que fue desarrollado en colaboración con el área de Tecnologías de la Información, para facilitar el uso, búsqueda y control de la documentación necesaria para la operación del trabajo cotidiano del personal adscrito a la institución, abonando con ello a que la ASEG pueda cumplir entiendo y forma con el entregable final del «Proceso de Fiscalización».

Esta información documentada, se encuentra definida en la siguiente pirámide de **estructura documental**:

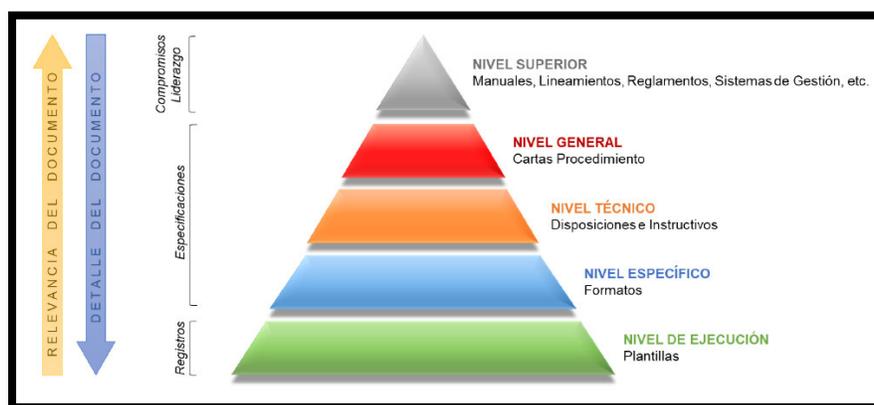


Figura 15. Estructura documental de ASEG.

Se compone de cinco niveles:

1. Nivel Superior. Manuales, Lineamientos, Reglamentos, Sistemas de Gestión, etc.;
2. Nivel General. Cartas Procedimiento;
3. Nivel Técnico. Disposiciones e Instructivos;
4. Nivel Específico. Formatos; y
5. Nivel de Ejecución. Plantillas.

La siguiente tabla explica la descripción de cada uno de estos niveles y la información documentada que lo compone, además de los responsables para su elaboración, revisión y autorización.

Nivel	Clave	Descripción	Elabora	Revisa	Autoriza
SUPERIOR	Indefinido	Documentos que contienen directrices, reglas, lineamientos o actividades internas de carácter imperativo, así como aquellos que describan los sistemas de gestión y políticas aplicables a toda la institución.	Directores de Área, Coordinadores y/o Jefes de Departamento	Secretario Técnico	Comisión Interna de Programación y Evaluación

Nivel	Clave	Descripción	Elabora	Revisa	Autoriza
GENERAL	PD	Documento que describe la forma en la que se llevan a cabo una o varias actividades, detallando requisitos o funciones de carácter general, con el nivel de detalle necesario para su realización o puesta en práctica, y determinando objetivo, alcance. Estas actividades utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto. Nota 1: El "resultado previsto" de un procedimiento se denomina salida, insumo generado, producto o servicio, depende del contexto de la referencia. Nota 2: Las entradas de un proceso son generalmente las salidas de otros procesos y las salidas de un proceso son generalmente las entradas de otros procesos.			
TÉCNICO	IT	Disposiciones: Documento que describe criterios, metodologías y/o actividades específicas, generalmente recogidas de normas, manuales, especificaciones técnicas, etcétera, en texto plano. Instructivo: Documento que describe criterios, metodologías y/o actividades específicas que se desarrollan de manera secuencial siguiendo una serie de pasos definidos para obtener resultados de un producto con especificaciones técnicas, recogidas de normas, manuales, etcétera. La formación puede reducir la necesidad de tener instrucciones detalladas, siempre y cuando el personal involucrado tenga la información necesaria para hacer su trabajo correctamente.	Coordinadores y/o Jefes de Departamento	Directores de Área	Presidente del Comité de Control Interno y Calidad
ESPECÍFICO	FO	Son hojas destinadas a recoger información derivada de una actividad concreta que se lleva a cabo en relación con trabajos técnicos concretos. Estos formatos también pueden incluir instructivos. Una vez complementados se convierten en registros.			
DE EJECUCIÓN	PA	Documento pre formateado para su uso y llenado. Este documento representa los resultados obtenidos y proporciona evidencia de actividades establecidas en los procedimientos documentados e instrucciones de trabajo.			

Una vez determinada la estructura documental, se dio inicio con la creación de toda aquella información documentada que formaría parte del SGC inherente a los procesos del alcance determinado, siguiendo las disposiciones señaladas.

Todos los procedimientos elaborados fueron mapeados y supervisados por la Unidad de Control Interno y Calidad, en la redacción de las actividades, la determinación

de las actividades de control, el análisis de control interno, el análisis de las actividades clasificadas a través de un **diagrama OTIDA** y los **diagramas de flujo**, cuya finalidad era describir el procedimiento de una forma dinámica.

El concepto OTIDA es una representación gráfica de la sucesión de hechos o fases que se presentan al aplicar el método o procedimiento de trabajo; indica las diversas actividades a que da lugar un producto o servicio, clasificándolas a través de los símbolos apropiados:



Figura 16. Siglas y símbolos OTIDA

Los diagramas de flujo pueden ser muy útiles cuando se quiere realizar una optimización de procesos, oportunidades de mejora o simples reajustes, empleándose como un punto de partida que visualice globalmente la secuencia de cambios a ejecutar. (Cuatrecasas, 2010)

El proceso de flujograma comienza por establecer los puntos de partida y final. Posteriormente se identifican y clasifican las diferentes actividades que forman el proceso que se va a realizar, la interrelación existente entre todas ellas, las áreas de decisión, etc. Todo este entramado se representa mediante la simbología predefinida según el tipo de diagrama. (Cuatrecasas, 2010)

Un aspecto importante antes de realizar el diagrama de flujo es establecer qué grado de profundidad se pretende en la descripción de actividades, procurando mantener siempre el mismo nivel uniforme de detalle. Así mismo, se estableció que no utilizaríamos una plataforma para la creación de diagramas de flujo como lo son **Microsoft Visio** o **Bizagi Modeler**, debido al número limitado de licencias y elaboramos una hoja de Microsoft Excel que forma parte del FO_PC_0101_02 «Formato de Diagnóstico de Control Interno para procesos Estratégicos y de Soporte». Establecimos la siguiente simbología que fue homologada en todos los procedimientos:

Símbolo	Significado
	Actividad
	Documento
	Inicio / Fin
	Decisión
	Conector de página
	Plan de contingencia

Figura 17. Simbología de diagramas de flujo en ASEG.

Además, tuve la oportunidad de elaborar el MC_CA_MANC «Manual de Calidad de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato», en el que se determina el cumplimiento de los requisitos aplicables de ISO 9001:2015 y su equivalente nacional NMX-CC-9001-IMNC-2015, así como los internos que la institución establece, a través de:

- Garantizar que la política de calidad, así como los objetivos estén establecidos y sean compatibles con la planeación estratégica de la institución;
- Garantizar que los recursos necesarios para el SGC estén disponibles;
- Comunicar la importancia de la gestión por procesos efectiva y de la conformidad con los requerimientos del SGC;
- Garantizar que el sistema de gestión de la calidad obtenga los resultados previstos;
- Apoyar y dar dirección a las personas para contribuir a la eficacia del sistema de gestión de la calidad;
- Promover la mejora continua; y
- Apoyar otros roles relevantes para demostrar su liderazgo y compromiso conforme aplique a sus áreas de responsabilidad

La información documentada de origen externo,

En la intranet, se cuenta con un apartado denominado «Normativa interna», en donde se depositó en formato electrónico, toda la información documentada de origen externo que la institución determina como necesaria para la planificación y operación del SGC. Ésta, se identifica, elabora, modifica, mantiene y controla por la Dirección de Asesoría, Capacitación y Normatividad, encargada de mantener dicha información actualizada y tiene comunicación constante con las demás unidades administrativas que conforman la institución, de acuerdo a lo establecido en el PD_DN_0101 «Procedimiento de Disposiciones y Normatividad Interna» y el PD_DN_0102 «Procedimiento de Disposiciones y Normatividad Externa». Así mismo, se giró aviso a todo el personal de la ASEG, a través del correo institucional, para reforzar su conocimiento sobre la función principal de la citada carpeta y para que tuvieran conocimiento de los documentos que tienen injerencia directa en sus actividades con el objetivo de crear conciencia de la importancia de su participación para la actualización de este repositorio.

El SGC fue liberado el 15 de enero de 2020, fecha en la que se realizó un evento para anunciar su liberación y con ello el inicio del apego a los procesos y su información documentada para así generar la evidencia objetiva suficiente para las auditorías internas, y posteriormente externas para la certificación del sistema. El evento fue llevado a cabo en las instalaciones de la institución, y fue difundido a través de la página oficial.



Figura 18. Evento de liberación del SGC 15-01-20.



Figura 19. Evento de liberación del SGC 15-01-20 2.



Figura 20. Publicación de evento de liberación del SGC.

En la Unidad elaboramos la información documentada inherente al proceso clave. Para los procesos estratégicos y de soporte, dimos acompañamiento a la elaboración de la mayoría de los documentos aplicables, cuidando siempre la homologación del contenido. Como resultado, se obtuvieron los siguientes documentos, diferidos entre los procesos definidos:

- 67 procedimientos,
- 21 instructivos o disposiciones,
- 118 formatos y
- 118 plantillas.

5.7.5 Operación

Planificación y control operacional

En este apartado, buscamos asegurarnos de que se hayan entendido todos los requisitos para los resultados. Esto implicó la comprensión del contexto de la organización y las partes interesadas, el contacto con los clientes y la implementación de medidas para garantizar que se cumplan todos los requisitos establecidos.

La ASEG planifica, implementa y controla los procesos necesarios para cumplir los requisitos de los resultados suministrados. Para ello, se consideran requisitos de cumplimiento los:

- Requisitos legales y normativos aplicables;
- Requisitos del cliente: aquellos que son definidos para los entregables al H. Congreso del Estado de Guanajuato.
- Requisitos considerados para la norma ISO 9001:2015 y su equivalente la NMX-CC-9001-IMNC-2015; y los
- Requisitos internos determinados en la información documentada de la ASEG. En estos documentos se definen los requisitos de las entradas para lograr la conformidad de las salidas, así como los recursos necesarios para su cumplimiento. De igual forma, en las metodologías se definen las etapas de elaboración, revisión y aprobación, así como los responsables de su ejecución como medidas de control de los procesos, a efecto de asegurar la conformidad de los resultados en los mismos.

Los resultados de la planificación se demuestran con la conformidad de los resultados de acuerdo con los requisitos legales y reglamentarios.

Producción, prestación y liberación del servicio

Para efecto de controlar la prestación de los servicios contenidos en el alcance del SGC de la ASEG, todos los procesos se encuentran debidamente documentados, controlados y distribuidos para los usuarios involucrados en cada uno. En éstos se determina la forma adecuada de realizar la prestación de los servicios a sus usuarios, los requisitos de las salidas de los procesos, así como las actividades a realizar y los resultados esperados.

Durante el «Proceso de Fiscalización» se ha definido el «PR_PF_05 Proceso de Seguimiento» en el que se determinan las actividades de seguimiento a las recomendaciones y el monitoreo a las observaciones determinadas en los informes de resultados de la auditoría de fiscalización. Este proceso permite a la ASEG identificar las salidas para asegurar la conformidad de los servicios prestados con respecto a los requisitos establecidos

La liberación del producto final del «Proceso de Fiscalización» está a cargo del Auditor Superior para efecto de su entrega al Congreso del Estado de Guanajuato. Dentro

de las actividades posteriores a la entrega, se llevan a cabo reuniones de trabajo entre la Comisión Interna de Programación y Evaluación y la Comisión de Hacienda y Fiscalización del Congreso.

La trazabilidad es clave, y sus registros deben ser claros y estar actualizados. Es por ello que la Unidad, en conjunto con la Dirección de Información, Calidad e Innovación elaboramos el IT_PP_0101_01 «Instructivo para la Creación de Claves de Actos de Fiscalización» que forma parte del PR_PP «Proceso de Planeación y Programación» en el que se determina que a través de la **clave del acto** se realiza la identificación y trazabilidad del resultado del «Proceso de Fiscalización»; desde el inicio hasta el seguimiento de la revisión o auditoría.

Para la construcción de la clave del acto de fiscalización, siempre se considerará la siguiente estructura:

(A)_(T)_(O)_(S)_(ID)

Donde:

- (A)** - Nomenclatura del año del Programa General de Fiscalización en el que se integró el acto de fiscalización, a dos dígitos.
- (T)** - Nomenclatura del tipo de revisión o auditoría.
- (O)** - Nomenclatura del origen de la revisión o auditoría.
- (S)** - Nomenclatura del Sujeto fiscalizado.
- (ID)** - Clave o identificador del análisis, revisión y/o auditoría a cuatro caracteres.

Ejemplo:

El oficio 043 de la Revisión de Cuenta Pública a la Administración Pública del Municipio de Irapuato por el periodo Enero a Diciembre de 2018, contendría la siguiente clave:

18_RCP_LEY_MIRA_2018

Figura 21. «IT_PP_0101_01 Creación de claves del acto».

La información que ASEG recibe por los sujetos de fiscalización y la derivada del «Proceso de Fiscalización» es tratada como propiedad del usuario, por la confidencialidad de su contenido, por lo cual la Ley de Fiscalización Superior del Estado de Guanajuato en su artículo 11 hace referencia a la reserva y confidencialidad que los servidores públicos de la Auditoría Superior, así como los prestadores de servicios profesionales externos que contrate, sobre las actuaciones, observaciones e información de que tengan conocimiento, excepto en los casos en que sean requeridos expresamente por la autoridad. La violación a esta disposición se sancionará en los términos que disponga esta ley y demás disposiciones.

El artículo 25 de la Ley de Fiscalización Superior del Estado de Guanajuato determina que la ASEG tendrá acceso a contratos, convenios, documentos, datos, libros,

archivos y documentación justificativa y comprobatoria relativa al ingreso, gasto público y cumplimiento de los objetivos de los programas de los sujetos de fiscalización, así como a la demás información que resulte necesaria para la fiscalización, siempre que al solicitarla se expresen los fines a que se destine dicha información.

La ASEG es responsable de la opinión expresada de la revisión o auditoría, y la utilización del trabajo suministrado externamente por un experto no reduce dicha responsabilidad. No obstante, habiéndose atendido a lo dispuesto en la «Norma Internacional de Auditoría NIA 6204»³, se concluye si el servicio suministrado externamente es adecuado para los fines de la revisión o auditoría, y determina si puede aceptar los hallazgos o las conclusiones del experto como evidencia de la revisión o auditoría en la que participa.

Para la preservación de los servicios prestados por ASEG, se conserva la información a través de archivos digitales, delimitando el acceso sólo al personal autorizado mediante sus claves correspondientes. En aquellas fases donde se genera evidencia documental impresa, ésta se archiva en expedientes debidamente identificados y localizados en el área responsable de la generación de la documentación.

La alta dirección, en conjunto con la Unidad ha establecido que para las actividades que pueden presentarse posteriormente a la entrega del producto derivado del «Proceso de Fiscalización» se llevan a cabo reuniones sobre el Informe de Resultados con el Congreso del Estado de Guanajuato, a través de la «Comisión de Hacienda y Fiscalización (CHF)» Las actividades contempladas en estas reuniones son realizadas con la finalidad de brindar todo el apoyo a la CHF para la debida toma de decisiones.

Posteriormente, la CHF someterá al pleno del H. Congreso del Estado de Guanajuato el dictamen de los Informes de Resultados para la aprobación de los resultados plasmados en éstos.

Como actividades posteriores se consideran las siguientes:

- Una vez que se emita la aprobación del Informe de Resultados por el H. Congreso del Estado de Guanajuato, se procederá al inicio del PR_PF_05 «Proceso de Seguimiento».

³ Norma Internacional de Auditoría (NIA) 620, *Utilización del trabajo de un experto del auditor*

- La gestión y seguimiento resultado de estas reuniones son de competencia del H. Congreso del Estado.

Se determina que cuando se presenten cambios que pueden afectar la conformidad de los requisitos en la producción, la alta dirección emprende las acciones conducentes para evitar impactos negativos; por ejemplo: cambios en la normatividad aplicable a los procesos incluidos en el alcance. En este caso se implementan o actualizan los controles necesarios para asegurar la conformidad de los productos o servicios. Estas atribuciones para la ASEG se encuentran establecidas en el artículo 9 del Reglamento Interior de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato.

La verificación sobre la conformidad de los requisitos del resultado del «Proceso de Fiscalización» se encuentran implementadas, y se ejecutan conforme a lo documentado en el PR_AC «Proceso de Aseguramiento de la Calidad». **Antes** de la entrega del Informe de Resultados del «Proceso de Fiscalización», el área responsable de su elaboración constituye un último filtro para asegurar el debido cumplimiento de los requisitos técnicos aplicables.

Control de las salidas no conformes

La Unidad, en conjunto con la alta dirección, ha determinado como **salidas no conformes** a los resultados de los procesos que no cumplen al 100% con los requisitos especificados, legales o reglamentarios aplicables.

La identificación, control y tratamiento de estas salidas no conformes detectadas **después** de la entrega de los informes de resultados, se determinan en el PR_PF_05 «Proceso de Seguimiento». Su tratamiento será mediante la contención, devolución o reposición del proceso donde se haya identificado la salida no conforme.

La Dirección de Información, Calidad e Innovación identifica y notifica de una salida no conforme después de la entrega, para que la Unidad de Control Interno y Calidad la registre en la aplicación denominada «Salidas No Conformes», apoyando además con el seguimiento y evaluación de la eficacia de las acciones tomadas. Es responsabilidad de cada Unidad Administrativa la ejecución de las acciones que se consensuen.

Adicionalmente, para asegurar la debida identificación, control y seguimiento de las salidas no conformes detectadas **durante** el «Proceso de Fiscalización», se ejecuta el PR_AC «Proceso de Aseguramiento de la Calidad». El tratamiento a estas salidas será

mediante su prevención y corrección, considerando como requisitos que deben cumplir las salidas de los procesos, los identificados en los procedimientos que integran el SGC.

5.7.6 Evaluación del desempeño

Seguimiento, medición, análisis y evaluación

En esta etapa se observaron los resultados del desempeño del SGC, es decir, se verificó el cumplimiento de lo establecido para el cumplimiento de los requisitos establecidos, así como de todos los documentos que conforman el SGC, obteniéndose los resultados que son entrada de la revisión por la dirección.

Existen tres formas principales para evaluar el desempeño del SGC:

1. El seguimiento del proceso y la retroalimentación del cliente,
2. Las auditorías internas y
3. La revisión por la dirección.

La ASEG determina los elementos del SGC que requieren seguimiento y medición, estos se pueden identificar en la aplicación denominada «Matriz de Indicadores (AIRO)»; de igual forma, los procesos que requieren ser objeto de medición cuentan con sus indicadores correspondientes; y son los dueños de los procesos los responsables de su identificación, medición y seguimiento.

Cada trimestre, se hace entrega de los resultados de estos indicadores a la Unidad de Control Interno y Calidad, para su presentación ante el Comité de Control Interno y Calidad.

Los dueños de los procesos serán los responsables de analizar, evaluar y tomar acciones sobre los resultados de desempeño del SGC donde estos intervienen.

La evaluación del desempeño y la eficacia del SGC están basadas en aquellas fuentes que generen datos sobre el cumplimiento de los objetivos de calidad, los informes de las auditorías internas y las revisiones por parte de la alta dirección.

Particularmente, me vi muy involucrada con la implementación y el desarrollo de estos tres procesos porque el haber estudiado Administración de la Calidad y la Productividad me otorgó (implícitamente) la responsabilidad de implementar las actividades para cumplir con los requisitos descritos en este apartado de la norma.

Satisfacción del cliente

Como una de las medidas de desempeño del SGC, la ASEG determina relevante el seguimiento a la percepción del usuario del grado en que se han satisfecho los requisitos del producto/servicio brindado mediante los resultados del indicador:

número de Informes notificados en año calendario que son devueltos a la ASEG con relación al Número de Informes notificados al Congreso en dicho año;

registrado en la matriz de indicadores con relación al PR_PF_05 «Proceso de Seguimiento».

El seguimiento de la percepción resultado de este proceso se realiza a través de **reuniones de trabajo** entre el Auditor Superior y la Comisión de Hacienda y Fiscalización del H. Congreso del Estado. En éstas se tratan entre otros puntos, la retroalimentación sobre la conformidad del Informe de Resultados.

Como parte del desempeño del sistema de gestión de la calidad se incluye el seguimiento de la información sobre la satisfacción de los clientes y usuarios con respecto al cumplimiento de los requisitos. Anualmente, se aplican encuestas para medir la satisfacción del cliente y se analiza esa información.

La Unidad de Control Interno y Calidad aplica las encuestas y realiza el análisis de datos de estas, siendo este análisis entrada de la revisión por la dirección en donde se comunica a las áreas involucradas las situaciones que requieran atención para aumentar la satisfacción del cliente.

Auditoría interna

Tal y como se indica en la norma ISO 9000:2015, la **auditoría** es un medio para evaluar la eficacia del SGC, que permite identificar riesgos y determinar el cumplimiento de los requisitos (legales y reglamentarios, aplicables de la norma ISO 9001:2015, internos y externos). La definición exacta incluida en la norma ISO 9000:2015 es “proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias objetivas y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en el que se cumplen los criterios de auditoría”.

Por lo que la norma ISO 9001:2015 ubica la Auditoría Interna dentro del Capítulo 9: Evaluación del Desempeño, porque es una herramienta que nos permitirá evaluar el desempeño global del sistema de gestión de la calidad, al evaluar el grado de cumplimiento

de los requisitos (grado de cumplimiento de la organización respecto a los requisitos de ISO 9001:2015 y los requisitos especificados). Las auditorías internas, denominadas en algunos otros casos como auditorías de primera parte, se realizan por, o en nombre de la propia organización, para la revisión por la dirección y con otros fines internos (ej. para confirmar la efectividad del sistema de gestión o para obtener información para la mejora de este). Las auditorías internas pueden constituir la base para la autodeclaración de conformidad de una organización.

La selección de auditores que participaron en las auditorías internas se realizó a través de aprobación de los participantes al Curso de Auditores Internos en ISO 9001:2015 que llevo a cabo el despacho de STRATEGA. Así, se aseguró de la objetividad e imparcialidad en el proceso de aplicación de estas auditorías, los auditores participaron en procesos en los que no tienen injerencia directa.

Para la ASEG, el término de “auditoría” no es algo nuevo. Sin embargo, habría que señalarse los principios de auditoría interna para señalar que se considerarán como herramienta fiable en apoyo de las políticas y controles de gestión, proporcionando información sobre la cual ASEG puede actuar para mejorar su desempeño.

Para las auditorías internas, me solicitaron elaborar las IT_PC_0201_01 «Disposiciones para las Auditorías Internas al Sistema de Gestión de la Calidad» en donde se describieran los principios de auditoría, la gestión para la planeación y programación de auditorías, la ejecución de la auditoría, la integración y formación del equipo auditor, la clasificación de hallazgos, y demás información necesaria para la práctica de auditorías internas.

La norma ISO 9000:2015 de vocabulario define que la auditoría es el «proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias objetivas y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría». Las auditorías pueden ser internas (de primera parte) o externas (de segunda o tercera parte). (Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C., 2015)

Las auditorías internas o de primera parte son donde el cliente es la dirección de la organización auditada a quien le interesa conocer la capacidad de su sistema para cumplir con los requisitos y obtener resultados para la ejecución de una auditoría de tercera parte.

En las auditorías externas de segunda parte el cliente es el comprador, que le interesa conocer a capacidad del auditado para suministrar los productos o servicios especificados por él.

Las auditorías externas de tercera parte son aquellas donde el cliente es el mercado en general, al que le interesa conocer igualmente la capacidad del auditado para suministrar su proceso de producción o servicios, cumpliendo los requisitos establecidos por normas nacionales e internacionales.

La auditoría del sistema de la calidad es la más amplia, pues implica la evaluación de la estructura organizacional, de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y recursos establecidos para llevar a cabo la gestión de la calidad

La auditoría no forma parte del control ni de la inspección de carácter operativo para cumplir los requisitos para la calidad en actividades tales como medir, examinar, ensayar o calibrar con un patrón una o varias características con el fin de determinar si se obtiene la conformidad.

A través de la auditoría no se pretende encontrar *culpables*. Si los mecanismos de supervisión directa, si los mandos intermedios no son capaces de detectar algo que no cumple con los requisitos, o si la empresa es capaz de crear mal intencionados, algo debe ser sometido a revisión, pero la auditoría no es el mecanismo adecuado para ello. Sobre todo, porque la auditoría no es una actividad por sorpresa, sino que debe ser comunicada y anunciada y el auditado debe saber que va a ser evaluado.

El proceso de auditoría interna es un requisito de calidad de cumplimiento obligatorio, esta actividad permite validar si efectivamente la ASEG dispone de todos los elementos necesarios que indica la norma ISO 9001:2015. Es por ello que en la Unidad desarrollamos el PD_PC_0201_01 «Procedimiento de Auditorías Internas» en el que se determinan las actividades, recursos y la documentación necesaria para la planeación, ejecución, informe y seguimiento de la medición del grado de cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma, así como la implementación y mantenimiento eficaz del SGC de ASEG.

Así mismo, realicé las IT_PC_0201_02 «Disposiciones para las Auditorías Internas al Sistema de Gestión de la Calidad» que servirá de herramienta la llevar a cabo la auditoría interna. El contenido de estas disposiciones hace referencia a la norma **ISO 19011:2018 Directrices para la auditoría de Sistemas de Gestión.**

En las disposiciones de auditoría interna se determinó la clasificación de los hallazgos que pudieran identificarse durante el ejercicio:

1. No conformidad mayor (NCM)

Es aquella no conformidad, derivada de un hallazgo, que afecta a la capacidad del sistema de gestión de la calidad para lograr los resultados previstos.

2. No conformidad menor (NCm)

Es aquella no conformidad que no afecta la capacidad del sistema de gestión de la calidad para lograr los resultados previstos.

3. Observaciones

Son hallazgos detectados durante la auditoría interna, que no afecten de manera directa o indirecta a la capacidad del sistema de gestión de la calidad para lograr los resultados previstos. Es decir, pueden ser comentarios, sugerencias, anotaciones, recordatorios, o descripciones del acto.

Si el auditor interno detecta que pueden aplicarse buenas prácticas o lecciones aprendidas para mejorar el proceso se le puede retroalimentar o compartir información, pero no es obligatorio. Si se considera necesaria hacer una puntualización, se recomienda hacerla durante la ejecución del PD_PC_0202_01 «Procedimiento de Acciones Correctivas».

Se acepta como evidencia de la auditoría la información que está sujeta a algún grado de verificación. Cuando el grado de verificación es bajo, el auditor debe utilizar su juicio profesional para determinar el grado de fiabilidad que se puede depositar en la información como evidencia. Debería registrarse la evidencia que conduce a hallazgos de la auditoría.

Elaboré el FO_PC_0201_01 «Formato de Auditorías Internas» en el que se prescribe el programa y plan de auditoría, la lista de verificación, minuta de reunión de apertura y cierre, y tabla de evaluación de auditores internos (Ver anexo 8).

Una lista de verificación, checklist u hojas de verificación, siendo formatos generados para realizar actividades repetitivas, revisar el cumplimiento de un listado de requisitos e identificar hallazgos o recolectar datos ordenadamente y de manera sistemática. (ISO Tools Excellence, 2018)

Una vez que se tuvo la certeza de que se contaba con los documentos necesarios para poder realizar una auditoría interna, se iniciaron los preparativos para su implementación; primeramente, se estableció que el auditor líder fuera el Presidente del Comité de Control Interno y Calidad y el asesor externo del despacho de STRATEGA, quienes estuvieron liderando el proyecto de la implementación del SGC, para aprovechar la experiencia que pudiesen aportar durante la auditoría interna, de esta manera se procedió a redactar el Plan de Auditoría Interna; una vez hecho esto, se hizo de su conocimiento al grupo de 8 auditores internos que participaron en ella:

- Juan Carlos Negrete – Auditor Líder;
- Víctor Manuel Padilla – Auditor Líder;
- Israel David Pérez Saavedra – Auditor certificado;
- Laura Gabriela García – Auditor certificado;
- Diana Laura Reyes – Auditor certificado;
- Mario Eduardo Díaz – Auditor certificado;
- Andrés Ortega – Auditor certificado; y
- Sofía Reyna – Auditor certificado.

El objetivo de la auditoría interna en ASEG era comprobar el cumplimiento de las disposiciones previamente establecidas en su sistema de la calidad es tanto como comprobar si se están cumpliendo sus órdenes que, en forma de procedimientos, instrucciones o cualquier otra denominación indican cómo se debe trabajar y comprobar si el sistema de trabajo que se ha diseñado es adecuado para cumplir sus objetivos.

Se debe tomar en cuenta que para la auditoría interna se realiza es un muestreo, pues no se hace un análisis del 100 por ciento los documentos, ni al 100 por ciento del personal, ya que como se ha mencionado anteriormente, el alcance de la auditoría interna fue el proceso principal de fiscalización superior y sus procesos estratégicos y de soporte, motivo por el cual sólo los documentos propios de dichos procesos y el personal que participa en los mismos, eran los sujetos de revisión; por lo que a partir de los resultados obtenidos.

El ejercicio de auditoría interna al SGC de ASEG se determina en el **Plan de Auditoría** una vez que el sistema fue liberado el 15 de enero de 2020 considerando todos los procesos del Mapa de procesos. (Ver Anexo 9). Para la ASEG es importante realizar un seguimiento y evaluar de manera regular la implementación del plan.

La auditoría interna se llevó a cabo en los meses de mayo y junio de 2020. Como es bien sabido, en marzo de 2020 se suspendieron las actividades presenciales en el país, por lo que el 17 de marzo del mismo año, ASEG emite el acuerdo mediante el cual se autoriza la modalidad de trabajo a distancia. Por lo tanto, las auditorías internas se realizaron de manera remota a través del uso de **Microsoft Teams**. A través de correo electrónico se emitió el comunicado de **inicio de auditoría o reunión de apertura** en el que se describen el objetivo y alcance de la auditoría, las fechas, el equipo auditor y la programación de la revisión (Ver Anexo 10).

Se tomó la decisión de excluir de la revisión a los procesos de **auditoría interna** por ser la primera vez del ejercicio, y **revisión por la dirección**, debido a que los resultados de la auditoría interna son entrada para la revisión, y éstos aún no se encontraban ejecutados.

Cada líder de proceso recibió una notificación de la asistencia a su revisión remota, a través de correo electrónico, en el que se señalaba el proceso sujeto a auditoría, la fecha y hora, el auditor interno y una sugerencia de los participantes del proceso que pudieran participar como auditados (Ver ejemplo en Anexo 11).

Para asegurar que los resultados de las auditorías se informaran a las áreas pertinentes, se realizó una reunión remota de cierre de auditoría en la cual estuvieron presentes todos los titulares de las unidades administrativas que conforman la ASEG y ahí se les informó de los resultados de la auditoría; así mismo se presentó el **Informe de Resultados** los hallazgos detectados durante las auditorías, con la finalidad de que las áreas implicadas realicen las acciones correctivas necesarias para atender los hallazgos detectados y de esta manera atender de manera adecuada las solicitudes de mejora. (Ver Anexo 12)

Como resultado del ejercicio se detectaron acciones y oportunidades de mejora del SGC. De forma general, se describen los hallazgos y sus acciones:

Se detectó falta de difusión de la matriz de riesgos, ya que, aunque el personal demostró disposición para buscar y mostrar los riesgos y oportunidades inherentes a sus actividades, algunos de ellos, tuvieron problemas para localizar la matriz de riesgos en el citado sistema. Por lo anterior, la matriz de riesgos será considerará para las auditorías internas en el «Plan Anual de Auditorías Internas», para evaluar su conocimiento, seguimiento y evaluación periódica.

Se detectó la necesidad de reforzar la toma de conciencia del personal, de acuerdo a los requisitos establecidos, las partes interesadas de la ASEG, la matriz de riesgos, los indicadores, política y objetivos de calidad para asegurar el conocimiento y futuro dominio de los mismos.

De igual manera, se detectó la necesidad de modificar documentos que forman parte del «SiASEG», con el objetivo de seguir cumpliendo con los requisitos de la norma, y reforzar los ya descritos.

Cada líder de proceso fue responsable del seguimiento y aseguramiento de la acción correctiva a través del PD_PC_0202_01 «Procedimiento de Acciones Correctivas».

En la Unidad se conserva la evidencia de la implementación de las actividades ejecutadas durante la auditoría interna, así como de los resultados obtenidos y del seguimiento a los hallazgos encontrados y las respectivas acciones correctivas implementadas.

Se considera que el resultado final de la auditoría interna fue **satisfactorio**, pues se pudo observar un SGC con evidencia suficiente para considerarlo con la madurez necesaria para continuar con el proceso de certificación en el estándar de la norma ISO 9001:2015.

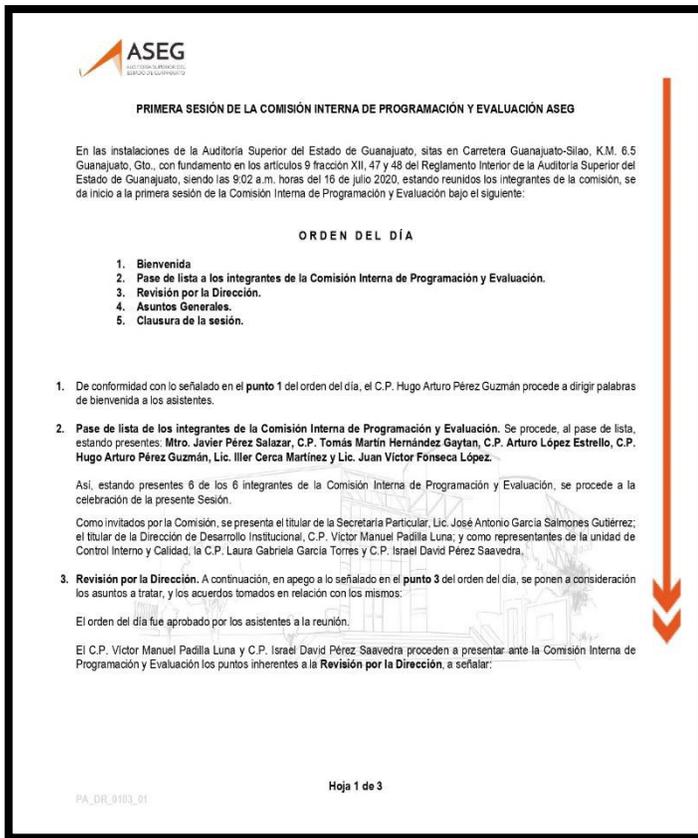
La auditoría es un medio de evaluar la eficacia de un SGC, para identificar riesgos y para determinar el cumplimiento de los requisitos. Para que las auditorías sean eficaces necesitan recopilarse evidencias tangibles e intangibles. Se toman acciones para la corrección y mejora basadas en el análisis de la evidencia recopilada. El conocimiento adquirido podría conducir a la innovación, llevando el desempeño del SGC a niveles más altos.

Revisión por la dirección

En ASEG se llevan a cabo juntas de trabajo de la alta dirección, con la finalidad de analizar de manera oportuna cualquier situación que impacte en el cumplimiento de objetivos, satisfacción del usuario y desempeño de los procesos, entre otros. Estas actividades se encuentran definidas en el PD_DR_0103_01 «Procedimiento de Evaluación Estratégica».

Para dar cumplimiento a lo que establece el punto 9.3 Revisión por la dirección, de la norma, se programó una reunión para la alta dirección de la ASEG el día 16 de julio de 2020, la cual tuvo como principal objetivo la revisión del desempeño del SGC y se utilizó el

FO_DR_0103_01 «Formato de Minuta de Acuerdos de la Comisión Interna de Programación y Evaluación» y la PA_DR_0103_01 «Plantilla de Minuta de Acuerdos de la



Comisión Interna de Programación y Evaluación».

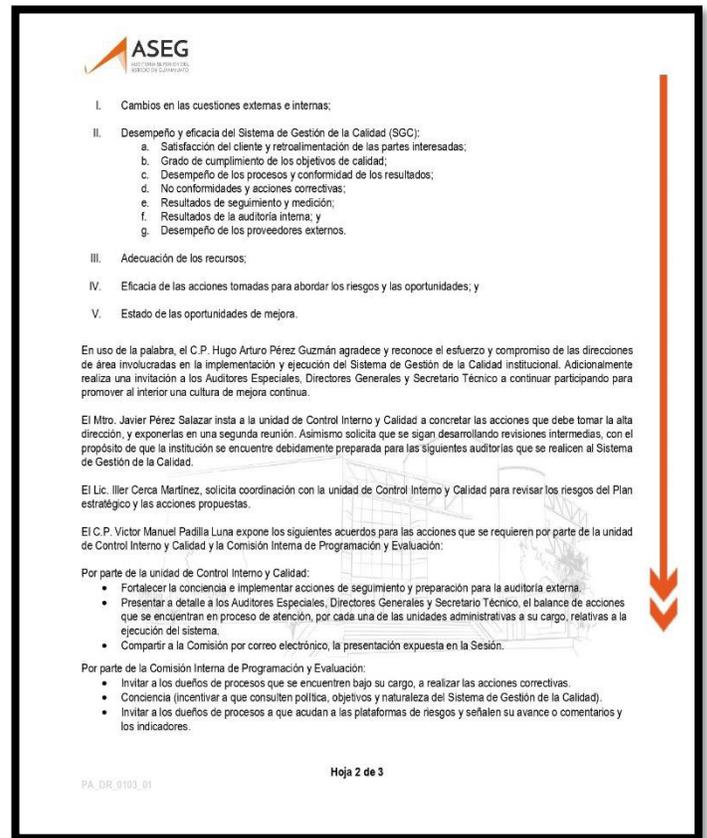


Figura 23. Hoja 2 de minuta de Revisión por la Dirección.

Figura 22. Hoja 1 de minuta de Revisión por la Dirección.

ASEG
AUDITORÍA SUPERIOR DEL ESTADO DE GUANAJUATO

¿Se anexa información de respaldo? Si: No:

Acciones Requeridas	Responsable	Fecha Compromiso	#Reporte de AC
Presentar a detalle a los Auditores Especiales, Directores Generales y Secretario Técnico, el balance de acciones que se encuentran en proceso de atención, por cada una de las unidades administrativas a su cargo, relativas a la ejecución del sistema.	DGA_DDI_CIC	31-jul-2020	No se requiere levantar acciones correctivas.

Conclusiones sobre el grado de efectividad del sistema de gestión de la calidad

De acuerdo a lo revisado en esta sesión, se concluye que:	Si/ No	Se requiere una AC Si/ No
Se han determinado y/o detectado oportunidades de mejora:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se han determinado y/o detectado la necesidad de realizar cambios en el sistema de gestión de la calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha detectado la necesidad de recursos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. **Asuntos Generales.** De conformidad con lo señalado en el punto 4 del orden del día aprobada, se solicita a los integrantes señalar si tienen asuntos generales que quieran ser tratados en la presente Sesión, no registrándose alguno para su desahogo.

5. **Clausura de la sesión.** - Una vez que fueron agotados los puntos de la orden del día y no habiendo otro asunto que tratar, siendo las 10:12 a.m. horas del 16 de julio de 2020, se da por terminada la presente Sesión, firmando al margen y al calce de conformidad los que en ella intervinieron, agregándose al apéndice correspondiente la documentación relativa y vista en esta sesión.

Mtro. Javier Pérez Salazar
Auditor Superior y Presidente de la Comisión Interna de Programación y Evaluación

C.P. Tomás Martín Hernández Gaytán C.P. Arturo Lopez Estrello
Auditor Especial de Cumplimiento Financiero Auditor Especial de Evaluación al Desempeño

C.P. Hugo Arturo Pérez Guzmán Lic. Ilser Cerca Martínez
Director General de Administración Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Juan Victor Fonseca Lopez
Secretario Técnico

Hoja 3 de 3

PA-DR-0103-01

Figura 24. Hoja 3 de minuta de Revisión por la Dirección.

Es necesario clarificar en este momento que, si bien a través de la auditoría es posible iniciar acciones de mejora, no es la mejora el objetivo de la auditoría. Mejora puede ser sinónimo de eficiencia, y debemos dejar claramente establecido, sobre todo para aquellos que tengan la responsabilidad de hacer auditorías, que la auditoría será una fuente de información, pero que su objetivo básico, cuando actúen como auditores, será comprobar que las cosas se están haciendo tal como los procedimientos indican.

Si entendemos la mejora como hacer algo que no se estaba haciendo para conseguir la eficacia, pues la auditoría es una herramienta para la mejora.

5.7.7 Mejora

La Auditoría Superior del Estado de Guanajuato, con un enfoque permanente en la mejora, ha determinado seleccionar y emprender acciones de mejora conducentes a elevar la calidad de los productos y servicios para aumentar la satisfacción de los clientes / usuarios y otras partes interesadas, tanto en el plano interior como exterior.

Las acciones de mejora emprendidas pueden derivarse, entre otras, de las siguientes fuentes:

- gestión de riesgos y oportunidades;
- resultados de los análisis y evaluación; y
- acciones establecidas en la Revisión por la Dirección.

Aunado a lo anterior, se deben tener en cuenta otras situaciones que puedan afectar al sistema de gestión de la calidad.

No conformidades y acciones correctivas

La conformidad es el cumplimiento de un requisito (Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C., 2015), y una no conformidad es por lo tanto el incumplimiento de un requisito (Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C., 2015). Para solucionarlo, es importante tener clara la diferencia entre corrección y acción correctiva.

Cuando se produce una no conformidad, se realizan dos acciones:

- **Corrección:** se actúa sobre la no conformidad detectada para solucionarlo.
- **Acción correctiva:** que es una intervención posterior con dos objetivos bien definidos:
 - Analiza la causa que ha provocado la no conformidad para eliminarla.
 - Una vez identificada la causa que ha provocado la no conformidad, se evita que vuelva a repetirse.

La norma ISO 9000:2015 define la acción correctiva como “la acción para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que se vuelva a ocurrir”. Y la corrección la define como “la acción para eliminar una no conformidad detectada”.

Cuando se presenta una no conformidad en el sistema, se emprenden las acciones conducentes para eliminar las causas, a efecto de evitar su recurrencia. Para asegurar lo anterior, así como a los requisitos exigidos por la norma, se ha establecido el PD_PC_0202 «Procedimiento de Acciones Correctivas». En el procedimiento, se integra el FO_PC_0202_01 «Formato de Acción Correctiva» y la PA_PC_0202_01 «Plantilla de Acción Correctiva» en los que se realiza el análisis de causa raíz, a través de la metodología de los **5 porqués**.

La técnica de los “5 porqués” es un método de análisis basado en realizar preguntas para explorar las relaciones de causa-efecto que generan un problema en particular. El objetivo final de los 5 porqués es determinar la causa raíz de un defecto o problema para poder solucionarlo de forma eficaz. (González & Bernal, 2012)

Se tomó la decisión de integrar esta metodología debido a que se basa en un proceso de trazabilidad, donde se hacen preguntas para analizar las posibles causas del problema, caminando hacia atrás, hasta llegar a la última causa que originó el problema.

Análisis de los 5 por qué's				
¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?
[Indicar el por qué o la causa identificada]	[Relacionado al por qué anterior, identificar la causa de ese por qué]	[Relacionado al por qué anterior, identificar la causa de ese por qué]	[Relacionado al por qué anterior, identificar la causa de ese por qué]	[Relacionado al por qué anterior, identificar la causa de ese por qué]
Los cinco por qué's deberían tener relación si se leen de izquierda a derecha y viceversa.				
Causa raíz:	[Indicar la causa raíz resultante del análisis de los 5 por qué's]			

Figura 25. Análisis de 5 porqués de FO_PC_0103_01

Mejora continua

Con el objetivo de mejorar el desempeño, adecuación y eficacia del SGC, el Auditor Superior ha instituido trabajar con una “cultura de mejora continua”, con la finalidad de potenciar a la Auditoría Superior del Estado, lo anterior con el firme propósito, en el mejor de los casos, de superar las expectativas de los clientes / usuarios y otras partes interesadas.

La base para la mejora continua está en los resultados de las mediciones, análisis y evaluación, esto será revisado en las reuniones de la alta dirección, como parte relevante del sistema de gestión de la calidad.

La alta dirección, mediante la Política de Calidad, involucra a todo el personal para adoptar el compromiso de trabajar con esta cultura; bajo este contexto, todos los servidores públicos, pueden presentar las propuestas de mejora que identifiquen en el desempeño de sus actividades.

5.8 Auditoría de certificación

Una vez que se tuvo evidencia de los resultados de la auditoría interna, el siguiente paso fue realizar la auditoría de certificación, esto es, una auditoría externa ejecutada por una organización que debe contar con suficiente experiencia y reconocimiento y que cumpla con los requisitos necesarios que establece la Norma ISO 9001:2015 para poder realizar dicha auditoría.

Para este efecto la auditoría externa se puso en contacto con la empresa **DNV-GL México**, después de haber cotizado con otras casas certificadoras recomendadas por el

asesor del despacho de STRATEGA. Ofrece los servicios de clasificación y aseguramiento técnico además de realizar auditorías de certificación en distintos estándares de calidad en una amplia variedad de sectores, entre los cuales figura el de la norma ISO 9001:2015.

Derivado de lo anterior, se establecieron las fechas realizar la auditoría externa, los días 31 de agosto al 02 de septiembre de 2020.

El alcance de la auditoría es el mismo determinado para el sistema de gestión de calidad, determinado en el MC_CA_MANC «Manual de Calidad de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato».

Agenda de auditoría de certificación

La agenda de auditoría fue enviada por DNV GL aproximadamente 1 semana antes de la revisión.

La agenda identifica la fecha de la auditoría, el equipo de auditores, el alcance, los lugares de la auditoría, normas, acreditación, hora de inicio y final de la auditoría, cualquier condición especial que existiera, idioma de la auditoría, condiciones necesarias para su desarrollo y distribución las actividades entre los miembros del equipo de auditores.

Auditoría Superior del Estado de Guanajuato.

IA Audit Plan.

ISO 9001:2015

Ubicación de la Auditoría	Paseo del Congreso No. 60, Marfil, Guanajuato, Mexico	Fecha de la Auditoría	31-08 al 02-09-2020
Tipo de Auditoría	Certificación.	No. Proyecto	PRUN-192402-2020- MSC-MEX
Contacto en la Dirección	Víctor Manuel Padilla Luna Director de Desarrollo Institucional vpadilla@asseg.gob.mx	WO – work order	N/A
NACE (s) del proyecto	75.1/74.12	Acreditación	EMA
Líder del Equipo	Ivan Montalvo ivanmontalvo@hotmail.com Cel. 5513387412	NACE del Líder del Equipo	75.1/74.12
Auditor(es) del equipo y sus NACEs	Heidi Linda Peña. Cel. 5554335982 75.1		
Alcance:	Proceso de Fiscalización de las cuentas públicas, el ejercicio y destino de los recursos públicos, la gestión financiera de los sujetos de fiscalización y la observancia de su normativa aplicable en el Estado de Guanajuato, durante las etapas de: Planeación, Inicio, Ejecución, Informe y Seguimiento.		
Scope:			
Principales objetivos de la auditoría	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinación de conformidad del sistema de gestión con el estándar 2. Evaluación de la efectividad del sistema de gestión para asegurar que la organización es capaz de: <ol style="list-style-type: none"> a. Cumplir con los requerimientos estatutarios, regulatorios y contractuales que sean aplicables, y b. Alcanzar los objetivos especificados. 		
Área de Enfoque			

Figura 26. Agenda de auditoría externa.

La auditoría inició con una reunión de apertura, en la que:

- se presentaron los auditores participantes, incluido un resumen de sus funciones;
- se confirmó el alcance de la certificación;
- se confirmó el plan de auditoría (incluido el tipo y alcance de la auditoría, objetivos y criterios), cambios y otros arreglos relevantes, como la fecha y la duración de la reunión de cierre y reuniones intermedias entre el equipo de auditoría y la administración del cliente;
- se confirmaron los canales formales de comunicación entre el equipo auditor y los auditados;
- se confirmó que los recursos e instalaciones necesarios para el equipo auditor estén disponibles;
- se confirmaron los asuntos de confidencialidad;
- se confirmó la disponibilidad, roles e identidades del equipo auditor y el método de presentación de informes, incluida la clasificación de los resultados, así como

información sobre las condiciones bajo las cuales la auditoría puede finalizar prematuramente;

Ejercicio de la Auditoría

Después de la reunión de apertura se iniciará el proceso de revisión de la documentación del sistema de gestión de la empresa, las entrevistas y la evaluación de los procesos. Antes de finalizar la auditoría el equipo auditor mencionaba las observaciones y oportunidades de mejora y discutir cualquier problema que haya surgido.

La auditoría de certificación se llevó a cabo en dos fases: Fase 1 y Fase 2.

Fase 1

Los objetivos de esta fase fueron:

- Auditar la documentación del sistema de gestión del cliente e interactuar con el equipo auditado;
- Analizar la situación y la comprensión de ASEG en cuanto a los requisitos de la norma, especialmente en relación con los procesos, objetivos y operación del sistema de gestión de calidad;
- Recopilar información relacionada al sistema de gestión de calidad, procesos, aspectos legales y reglamentarios;
- Evaluar que las auditorías internas y revisión por la dirección del sistema de gestión hayan sido planificadas y realizadas y si el nivel de la aplicación del sistema de gestión demuestra que la ASEG está lista para la fase 2 de auditoría.

En esta fase se realizó la auditoría a los siguientes procesos los días 31 de agosto de 2020 y 01 de septiembre de 2020 en las horas planeadas e informadas en la reunión de apertura:

Fecha: 31-08-2020		Sitio: Main		Día: 1	
Hora	Actividad y Clausulas	Auditor	Auditado		
9.00	Reunion de apertura con la Dirección y Organización para explicar el objetivo de auditoria, el proceso de certificación y la metodología Risk Based Certification.	IMON	Toda la Organización.		
9.30	Proceso de Gestión de la Calidad. -Revisión de la documentación del sistema de gestión -Revisión de la Dirección (planeada y realizada) -Auditorias Internas (planeadas y realizadas) -Politica y Objetivos -Comunicación interna y externa	IMON	Responsable del SGC		
	-Gestión de recursos -Acciones correctivas -Satisfacción del Cliente y Quejas -Información documentada. 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 8.1, 9.3, 10.1, 10.2, 10.3				
09.30	Proceso de Disposiciones y Normatividad. 5, 6	HP	Lider de proceso e involucrados		
12.00	Proceso de Planeación. PR-PF-01. (Proceso de Fiscalización) 6, 7, 8, 10.	IMON	Lider de proceso e involucrados		
12.00	Proceso de Planeación y Programación PR-PP. 6, 8.1, 8.5.	HP	Lider de proceso e involucrados		
14.00	Pausa.	Todos			
15.00	Proceso de Inicio. (Proceso de Fiscalización) 6, 7, 8, 10.	IMON	Lider de proceso e involucrados		
15.00	Administración y finanzas. 5, 6, 7	HP	Lider de proceso e involucrados		
17.30	Resumen día 1				
18.00	Fin del día 1				

Figura 27. Planeación Fase 1 31/08/20

Fecha: 01-09-2020		Sitio: Main		Día: 2	
Hora	Actividad y Clausulas	Auditor	Auditado		
9.00	Proceso de Ejecución (Proceso de Fiscalización) 6, 7, 8, 10	IMON	Lider de proceso e involucrados		
9.00	Proceso de Atención al Sujeto de Fiscalización. 8.2 9, 10	HP	Lider de proceso e involucrados		
11.00	Proceso de Comunicación y Transparencia. 6, 7, 8.2	HP	Lider de proceso e involucrados		
13.00	Pausa	Todos			
14.00	Proceso de informe de resultados. (Proceso de Fiscalización) 6, 7, 8, 10.	IMON	Lider de proceso e involucrados		
14.00	Proceso de Tecnologías de la Información. 7, 8, 10	HP	Lider de proceso e involucrados		
17.00	Resumen día 2				
17.30	Avances día 2				
18.00	Fin del día 2				

Figura 28. Planeación Fase 1 01/09/20



Figura 29. Captura de auditoría externa Fase 1.

Fase 2

Los objetivos de esta etapa fue evaluar la implementación de los requisitos del sistema de gestión de calidad, incluyendo su eficacia. Se realizó la revisión de:

- Información y evidencias del cumplimiento de todos los requisitos de sistema de gestión u otros documentos aplicables;
- El seguimiento, medición, comunicación y evaluación de cumplimiento en relación a los principales objetivos y metas de desempeño.
- El sistema de gestión y el rendimiento del cliente en cuanto a la conformidad legal;
- El control operacional de los procesos misionales; y
- Auditorías internas y revisión por la dirección, incluyendo la responsabilidad de la dirección por sus políticas.

En esta fase se realizó la auditoría el día 02 de septiembre en las horas planeadas e informadas en la reunión de apertura. En esta fase también participó el Auditor Superior, y Francisco Gutiérrez, director general de STRATEGA.

Fecha: 02-09-2020		Sitio: Main		Día: 3	
Hora	Actividad y Clausulas	Auditor	Auditado		
9.00	Proceso de Seguimiento (Proceso de Fiscalización) 6, 7, 8, 10	IMON	Lider de proceso e involucrados		
9.00	Proceso de Aseguramiento de la calidad. 8, 9, 10	HP	Lider de proceso e involucrados		
12.00	Proceso de Notificación. 6, 7, 8.2	IMON	Lider de proceso e involucrados		
11.00	Proceso de Recepción de la Información. 8.1, 8.2, 8.5	HP			
13.30	Pausa	Todos			
14.30	Proceso de Desarrollo Institucional. 4, 5, 6, 7	HP	Lider de proceso e involucrados		
14.30	Proceso de Dirección 5	IMON	Direccion de la ASEG		
16.00	Resumen IMON	IMON	-		
16.30	Resumen HP	HP	-		
17:00	Comunicación del equipo auditor.	IMON/HP	-		
17.30	Reunión de cierre.	Todos.			
18.00	Fin de auditoría de Certificación				

Figura 30. Planeación Fase 2 02/09/20.

Se puede comentar que se observó apertura y empatía por parte del personal auditado aunque no se cuente con evidencia documentada oficialmente, sin embargo, durante la reunión que el auditor líder realizó con la Unidad, se preguntó cómo les había sido la respuesta del personal a la solicitud de información, sobre lo que todos comentaron que no habían tenido ningún problema, es decir, no se habían encontrado con personal que no quisiera presentar alguna evidencia o personal con alguna actitud de rechazo al atenderlos. En otras palabras, no hubo ningún suceso negativo durante las actividades realizadas en las auditorías.

Informe de auditoría

El equipo de auditores externos nos entregó un informe de auditoría con el resultado del ejercicio. Esta documentación incluye:

- Informe técnico;
- Notas del equipo auditor;
- Lista de hallazgos; y
- Agenda de la auditoría cumplida.

La clasificación de los hallazgos es:

a) No conformidad mayor (Categoría 1)

- Cuando se presenta la ausencia de uno o más elementos del sistema de gestión o una situación que provoque dudas significativas, en relación al producto o servicio, para cumplir con los requisitos especificados.

- Cuando un grupo de no conformidades menores indican una implementación inadecuada o no efectiva del sistema con referencia a un requisito de la norma.
- Cuando una no conformidad menor no fuera tratada correctamente y es recurrente, podrá ser categorizada como una no conformidad mayor.

Las no conformidades de categoría 1 requieren la realización de una auditoría de seguimiento en un plazo de 90 días.

b) No conformidad menor (Categoría 2)

Se considera no conformidad menor a un lapso aislado de disciplina o de control de un requisito del sistema de la norma, el cual no es crítico para la operación del sistema de gestión y no crea ninguna duda en relación al cumplimiento de los requisitos del producto o del servicio.

c) Observación

Se considera observación a la condición o hecho evidenciado por el auditor líder, el cual no se considera una no conformidad por no tener evidencias y requisito, pero que es un riesgo y debe ser investigado. Observaciones no tratadas son no conformidades en potencia.

Los resultados de la auditoría de certificación para ASEG fueron presentados el mismo 02 de septiembre del 2020, a través de la reunión programada en Microsoft Teams en la que se conectaron más de 130 colaboradores de ASEG. Los resultados fueron los siguientes, atendiendo a la clasificación previamente establecida para las no conformidades:

- 5 observaciones y
- 2 oportunidades de mejora.

Hallazgos de auditoría y estado de conformidad	
Número de no conformidades identificadas durante la auditoría	0
Número de no conformidades de categoría 1 (Mayor):	0
Número de no conformidades de categoría 2 (Menor):	0
Número de observaciones identificadas durante la auditoría	5
Número de oportunidades de mejora identificadas durante la auditoría	2
El estado de las acciones correctivas propuestas para las no conformidades de anteriores auditorías fue revisado.	
Número de no conformidades de auditorías previas sin cerrar	0

Figura 31. Resultado de la auditoría externa.

Se describen en la siguiente tabla:

Número de hallazgo	Nombre del hallazgo	Descripción	Categoría	Proceso	Cláusula de la norma	Estatus
IMON-0001-2305838	Acciones correctivas	Se observó debilidad en análisis de causa raíz para las No Conformidades resultado de la auditoría interna (de la 1 a la 8). Requisitos que no se cumple: 7.3 Toma de conciencia y 7.5 información documentada, el análisis y acciones se orientan a la estrategia. Riesgo identificado, no corregir de manera eficaz y posible recurrencias.	Observación	Proceso de Gestión de la Calidad	ISO 9001:15 10.2	Abierto
IMON-0002-2305838	Cartas credenciales	Se identifica en el sistema de sharepoint de la ASEG, la falta de información del campo "carta credencial" para el auditor especial Hernández Gaytán Tomás Martín, así como para los auditores Anguiano Mercado Daniel y Luz María Moncada García. (No se afecta el proceso de fiscalización).	Oportunidad de mejora	NA	ISO 9001:15 7.5.3.2	NA
IMON-0003-2305838	Aceptación de declaratoria de integridad profesional	Para el proceso de fiscalización del Tribunal Estatal Electoral del Estado de Guanajuato, ejercicio 2019 no se muestra como marcada la Aceptación de declaratoria de integridad profesional como lo indica la carta procedimiento de inicio del proceso, sin embargo, esta situación no se muestra de manera sistemática.	Observación	Proceso de fiscalización	ISO 9001:15 8.2.3.2	Abierto
IMON-0004-23058358	Salidas no conformes	En la información documentada relacionada al punto 8.7 del SGC no se considera el posible incumplimiento a los términos de ley de tiempo límite para el proceso de fiscalización: 6 meses, 30 de octubre y 30 de noviembre para las cuentas aplicables, esto como posible salida no conforme.	Observación	NA	ISO 9001:15 8.7	Abierto
LHPH-0001-2305838	Gestión de riesgos	Se identifica la necesidad de mejorar la toma de conciencia en las matrices de riesgos con todo el personal de la ASEG, con la finalidad de conocer la eficacia de las acciones tomadas para abordar riesgos.	Observación	Proceso de Gestión de la Calidad	ISO 9001:15 6.1.2	Abierto
LHPH-0002-2305838	Análisis y evaluación	Es conveniente revisar los indicadores establecidos para los procesos de soporte con la finalidad de incluir características de calidad y no sólo de cumplimiento, por ejemplo: Disminución de tiempos de atención, optimización de recursos, etc.	Oportunidad de mejora	Proceso de Gestión de la Calidad	ISO 9001:15 9.1	NA
LHPH-0003-2305838	Evaluación de competencias	Aunque se lleva a cabo una evaluación de desempeño institucional para evaluar las competencias, se observa que su evaluación es de manera genérica y no con base a los niveles de dominio establecidos en los perfiles de puesto. Así mismo, se identifica la necesidad de mejorar la forma en cómo se llevará a cabo la evaluación de la eficacia de las acciones tomadas para abordar las necesidades de competencia.	Observación	Proceso de Desarrollo Institucional	ISO 9001:15 7.2	Abierto

Para la Unidad y la ASEG se consideró un triunfo el no obtener no conformidades mayores ni menores, y se compromete a realizar las actividades necesarias para la atención

de estas observaciones que será evaluada por la misma casa certificadora en la auditoría de seguimiento, programada para septiembre de 2021.

Las auditorías de seguimiento están destinadas a garantizar que todos los requisitos de la norma fueron evaluados en el ciclo de 3 años, de modo que se pueda tener confianza que el sistema de gestión de certificado continúa cumpliendo los requisitos entre las auditorías de certificación.

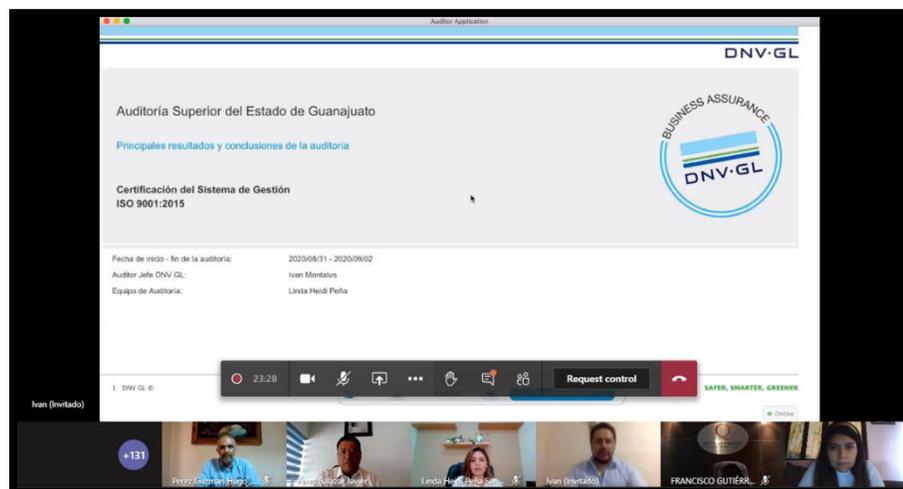


Figura 32. Captura de auditoría externa Fase 2.

Atención de los resultados

Cuando el resultado de la auditoría incluye no conformidades mayores o menores, la casa certificadora es recomendada para la certificación a un equipo técnico independiente, o en su caso, se otorga un periodo de atención de las mismas implementado acciones correctivas que serán sometidas a revisión, de acuerdo a la evaluación del auditor.

A continuación, se describen las acciones que hasta el momento han sido tomadas para la corrección de las observaciones y oportunidades identificadas en la auditoría de certificación, y que serán evaluadas en la auditoría de seguimiento.

Número y nombre del hallazgo: IMON-0001-2305838

Descripción de la atención: Se modifica el FO_PC_0202_01 «Formato de Acción Correctiva» y la PA_PC_0202_01 «Plantilla de Acción Correctiva» reforzando el análisis de causa raíz al integrar las herramientas de análisis: diagrama de Ishikawa y lluvia de ideas.

El diagrama de Ishikawa analiza de una forma organizada y sistemática los problemas, sus causas, y las causas de estas causas, cuyo resultado en lo que afecta a la calidad se denominará efecto. Existen dos aspectos básicos que definen esta técnica: ordena y profundiza. Describir las causas evidentes de un problema puede ser más o menos sencillo, pero es necesario ordenar dichas causas, ver de dónde provienen y profundizar en el análisis de sus orígenes con el objetivo de solucionar el problema desde su raíz. Es una herramienta aconsejable para ser elaborada por un grupo de trabajo que facilite la aportación de ideas y datos de forma abundante y contrastada. (Cuatrecasas, 2010)

La lluvia de ideas es una metodología para encontrar e identificar posibles soluciones a los problemas y oportunidades potenciales para el mejoramiento de la calidad. Se considera una manera de generar ideas rápidamente para que sean consideradas en forma posterior mediante el empleo de otras herramientas. Es útil como una técnica que contribuye con las herramientas de planificación y organización. Esta herramienta se utiliza en cualquier etapa del proceso de mejora continua de la calidad ya que permite destrabar el pensamiento creativo de un equipo con la finalidad de generar y aclarar una lista de ideas, que permitan identificar posibles soluciones a ciertos problemas o temas. (Instituto Uruguayo de Normas Técnicas, 2009)

Acción correctiva relacionada: AC-018.

Evidencia: análisis de causa raíz en PA_PC_0202_01 «Plantilla de Acción Correctiva».

Figura 33. Análisis de causa raíz de PA_PC_0202_01.

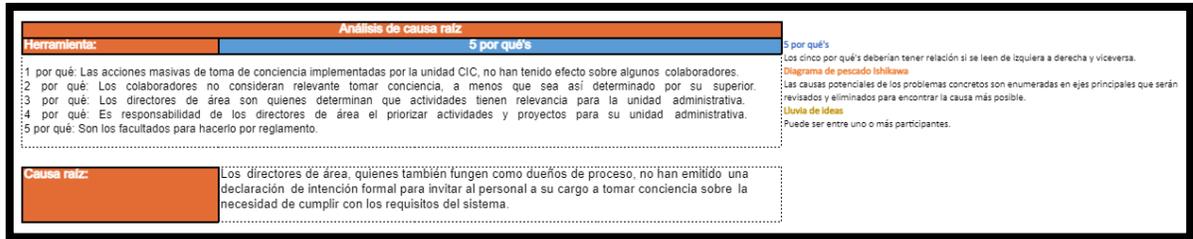


Figura 34. Ejemplo de análisis de causas en PA_PC_0202_01

Responsable de la atención: Diana Laura Reyes Hernández.

Responsable de la evaluación de la efectividad de la acción correctiva: C.P. Israel David Pérez Saavedra.

Número y nombre del hallazgo: IMON-0003-2305838

Descripción de la atención: Se modifica la actividad 2 del PD_PF_0210_01 «Procedimiento de Inicio» en la que se especifican los responsables a la aceptación de la Declaración de Integridad Profesional por cada auditor comisionado, cuando en la versión anterior sólo señalaba “personal comisionado”, en la nueva versión se describe como personal comisionado al Auditor Especial, Director de Área, Coordinador, Jefe de Departamento, y Auditores apuntándolos como responsables de la actividad.

Acción correctiva relacionada: AC-022.

Evidencia: Control de cambios del PD_PF_0210_01.

CONTROL DE CAMBIOS			
Fecha	Cambio	Descripción	Aprobó
20-feb-2020	Actividades.	En atención del ticket #5712 se agregó una nota en la actividad 1.	ACF_DAE_000
19-ago-2020	Insumo actividad 15.	En atención del ticket# 8178 se modifica el insumo de la actividad 15 “Cita registrada en el calendario de Outlook” por “Ninguno”.	ACF_DAE_000
11-sep-2020	Responsabilidades en la actividad 2.	En atención de la AC-022 se actualizan los responsables de la actividad 2.	ACF_DAE_000

Figura 35. Captura de control de cambios de PD_PF_0210_01.

Responsable de la atención: Lic. Cynthia Sofía Reyna Jiménez.

Responsable de la evaluación de la efectividad de la acción correctiva: Diana Laura Reyes Hernández.

Número y nombre del hallazgo: LPHH-0003-2305838

Descripción de la atención: Se elaboran los «Lineamientos del Sistema de Evaluación al Desempeño Individual de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato» en el que se establece la metodología de evaluación trimestral al desempeño de los colaboradores de ASEG, considerando su perfil de puestos en el que se describen las aptitudes, competencias y conocimientos necesarios para las actividades que deben realizarse, mismos que servirán de parámetros para la evaluación.

Acción correctiva relacionada: AC-023.

Evidencia: Publicación de los «Lineamientos del Sistema de Evaluación al Desempeño Individual de la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato».

Responsable de la atención: C.P. Víctor Manuel Padilla Luna.

Responsable de la evaluación de la efectividad de la acción correctiva: C.P. Israel David Pérez Saavedra.

Emisión del certificado

Después de la auditoría externa, el equipo auditor emite una recomendación de la certificación, los informes y los resultados y son revisados por un equipo técnico de DNV, independiente del equipo auditor, quien tomará la decisión de la certificación basada en los resultados de la auditoría. El ciclo de certificación es de 3 años a partir de la fecha de la autorización de la certificación. Es decir, **la certificación del SGC de ASEG será vigente hasta el año 2023.**

El plazo para la emisión del certificado fue predispuesto de 60 días, sin embargo, para ASEG fue de 15 días, debido a que no se emitieron no conformidades mayores ni menores.

Para comunicación interna, elaboré tres infografías en las que se comunicaba el proceso de certificación y la fecha aproximada de recepción del certificado:



Figura 36. Infografía 1: ¿Cuándo nos entregan el certificado?



Figura 37. Infografía 2: ¿Dónde se encuentra el SGC de ASEG?



Figura 38. Infografía 3: ¿Sabes cuántas EFS cuentan con un SGC certificado?

Entrega del certificado

El certificado de SGC llegó a la ASEG a través de correo electrónico:



CERTIFICADO DEL SISTEMA DE GESTIÓN

Número de certificado:
10000384231-MSC-EMA-MEXFecha Inicial de Certificación:
17, septiembre, 2020Validez:
17, septiembre, 2020 - 16, septiembre, 2023

Se certifica que el sistema de gestión de

Auditoría Superior del Estado de Guanajuato

Carretera Guanajuato-Silao Km.6.5, frente a la Glorieta Santa Fe, C.P. 36250, Guanajuato, Guanajuato, México

es conforme a la Norma del Sistema de Gestión de Calidad:
ISO 9001:2015

Este certificado es válido para el siguiente campo de aplicación:
Proceso de Fiscalización de las cuentas públicas, el ejercicio y destino de los recursos públicos, la gestión financiera de los sujetos de fiscalización y la observancia de su normativa aplicable en el Estado de Guanajuato, durante las etapas de: Planeación, Inicio, Ejecución, Informe y Seguimiento.

Lugar y fecha:
Ciudad de México, 17, septiembre, 2020





ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN
ACREDITADO 31/11

Oficina de emisión:
DNV GL – Business Assurance
Av. Insurgentes Sur 859, Piso 7, Col. Nápoles, C.P. 03810, Ciudad de México, México



Mauricio Venturín
Representante de la dirección

El incumplimiento de las condiciones establecidas en el Contrato puede dar lugar a la cancelación del certificado.
ENTIDAD ACREDITADA: Det Norske Veritas México, S.A. de C.V., Av. Insurgentes Sur No. 859, Piso 7, Col Nápoles, C.P. 03810, Ciudad de México, México.
TEL:+52 (55) 8526 6900. assurance.dnvgl.com

Figura 39. Certificado del SGC de ASEG.

Una vez recibido el certificado, a través del correo de la Unidad, hicimos llegar a todos los participantes en el alcance del SGC un correo de felicitaciones y reconocimiento, en el que se adjunta un video del Lic. Javier Pérez Salazar, Auditor Superior del Estado, en el que reconoce a todos los colaboradores y asume el compromiso con la calidad y la mejora continua de la institución. (Ver Anexo 13)

Además, a través del PR_CT «Proceso de Comunicación y Transparencia» se emitieron *banners* de comunicación externa a través de las redes sociales oficiales y la página web oficial acerca del logro institucional que representaba para ASEG el obtener la certificación del SGC:



Figura 40. Publicación de la certificación en Facebook oficial.

5.9 Conclusiones

Las instituciones públicas mexicanas en la tercera década del siglo XXI necesitan implementar planes operativos eficientes que se enfoquen en la evaluación continua de riesgos, esto fue evidenciado por los efectos de la pandemia. Un país sostenible requiere de instituciones públicas eficientes, constantemente profesionalizadas y que les permitan alcanzar de manera adecuada los objetivos estratégicos y operativos que se les encomiendan. No es necesario buscar el hilo negro para hacer esto, ya que existen varias herramientas y mejores prácticas en la actualidad que se pueden utilizar para lograr la eficiencia operativa de las organizaciones independientemente de su sector o la naturaleza de su negocio.

La implementación de un sistema de gestión de la calidad es una decisión estratégica para una organización que le permite mejorar su desempeño general y crear una base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible.

Los sistemas de gestión de la calidad en una institución gubernamental ayudan a crear un entorno organizacional en el que la gestión de los recursos públicos se puede realizar con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honestidad para alcanzar las metas a las que se destinan. a través de procesos y políticas laborales orientadas a su eficiencia.

Además del cumplimiento del objetivo del plan estratégico, la certificación trajo consigo la ratificación del Lic. Javier Pérez Salazar para un próximo periodo con el cargo de Auditor Superior del Estado de Guanajuato.

La Auditoría Superior del Estado de Guanajuato mantiene, evalúa y toma acciones necesarias que confirman que cuenta con un sistema de gestión de la calidad que cumple con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

Al contar con un sistema de gestión de la calidad, se otorga la certeza de un correcto manejo de la información propiedad de los entes fiscalizados, ya que existe evidencia de que se da seguimiento a todo el proceso de fiscalización de acuerdo a lo establecido en el citado sistema de gestión, toda vez que existen los registros o evidencias del buen manejo de la documentación propiedad de los entes fiscalizados en poder de la ASEG. Así mismo, se cumple en tiempo y forma con la entrega de los informes individual, específico y general de la cuenta pública de los entes fiscalizados ante la Comisión de Hacienda y Fiscalización del Congreso.

Como iniciativa de la implementación del sistema de gestión de la calidad, se considera al Eje estratégico 2. Fortalecimiento técnico del «Plan Estratégico» de la ASEG, al dar cumplimiento a los objetivos específicos 2.4.1 y 2.4.2, con la certificación del SGC.

Los procedimientos documentados se apegan a las actividades que se realizan en la institución, ya que durante las entrevistas realizadas al personal se pudo constatar que las actividades que ellos reportaron como las que realizan, coinciden perfectamente con lo plasmado en los procedimientos que se encuentran documentados en el «SiASEG».

Una de las grandes fortalezas del SGC, es que el personal tiene conocimiento de los procedimientos, formatos y documentos en los que intervienen, ya que presentaron

evidencia de utilizar los formatos debidamente identificados, pues cuentan con su código correspondiente, así como la versión actual al momento de la auditoría.

Con relación al «SiASEG», una vez certificado el SGC y durante el seguimiento al mismo, se identificó el desarrollo de nueva información documentada:

- PD_PF_0259 Procedimiento de Actuaciones a través de Medios Electrónicos o Digitales;
- PD_PF_0261 Procedimiento de Suspensión del Acto;
- PD_PF_0280 Procedimiento de Respuesta al Pliego de Observaciones y Recomendaciones;
- PD_DI_0202 Procedimiento de Elaboración y Distribución de la Nómina;
- PD_DI_0204 Procedimiento de Contratación de Honorarios;
- PD_DI_0206 Procedimiento de Becas y Apoyos;
- PD_DI_0211 Procedimiento de Servicio Social:

Durante mi estancia en la ASEG, tuve la oportunidad de desarrollarme profesionalmente, adquirir experiencia como tal porque desde un inicio, comencé a laborar jornada normal, tuve capacitaciones, pude estar presente en reuniones con directores, así como mi aportación de trabajos y conocimientos complementarios para su uso posterior en auditoría de desempeño. También, tuve oportunidad de trabajar algunas veces en campo. Además, obtuve conocimientos en el manejo de conceptos relacionados a auditoría de desempeño, desarrollándolos en la elaboración de informes, papeles de trabajo; manejo de la plataforma «SED» (Sistema de Evaluación de Desempeño).

Desarrollé la habilidad de lectura a una expectativa más grande, así como de comprensión, redacción y expresión. Realicé actividades para el proceso de la elaboración de la auditoría desde lo general, pero sobre todo pude encargarme del área contable, realizando análisis de presupuesto, presupuestos programáticos, revisión de cuenta pública, etc.; desde su planeación, hasta la ejecución, lo cual fue bastante agradable, ya que, pude realmente comprender como es el realizar una auditoría gubernamental.

Acciones próximas en ASEG

Atendiendo a las recomendaciones para el fortalecimiento de la toma de conciencia del SGC, se buscará dar difusión entre el personal de las partes interesadas que tienen injerencia en los procesos en los que participan; así como a la política y objetivos de calidad.

Se incluirá la capacitación de demás personal para formar auditores internos en el «Plan Anual de Capacitación» emitido por la Dirección de Asesoría, Capacitación y Normatividad.

Se mantendrán actividades con el despacho de STRATEGA, quienes colaborarán con la institución para el mantenimiento del SGC, así como el seguimiento de las adecuaciones pertinentes al mismo para las futuras auditorías de seguimiento, recertificación y proyectos de integración de sistemas de gestión basados en otras normas internacionales.

6 Bibliografía

- Auditoría Superior del Estado de Guanajuato. (2014). *Plan Estratégico 2014 - 2020*. Guanajuato.
- Auditoría Superior del Estado de Guanajuato. (2020). *¿Quiénes Somos?: ASEG - Auditoría Superior del Estado de Guanajuato*. Obtenido de ASEG - Auditoría Superior del Estado de Guanajuato: OrganigramaASEG2019.pdf
- Auditoría Superior del Estado de Guanajuato. (2020). *Normativa institucional: ASEG - Auditoría Superior del Estado de Guanajuato*. Obtenido de ASEG - Auditoría Superior del Estado de Guanajuato: <https://www.aseg.gob.mx/SINATRA/Transparencia/Index?IdTransparencia=c4sDn6r8qo0%3d>
- BSI. (20 de Septiembre de 2020). *BSI Group*. Obtenido de ISO 9001 Gestión de Calidad: <https://www.bsigroup.com/LocalFiles/es-ES/Documentos%20tecnicos/Revisiones%20ISO/ISO%209001/ISO-9001-guia%20de%20transicion.pdf>
- Camisón, C., Cruz, S., & González, T. (2006). *Gestión de la Calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Cuatrecasas, L. (2010). *Gestión Integral de la Calidad: Implantación, control y certificación*. Barcelona: Profit Editorial.
- Evans, J. R., & William M., L. (2008). *Administración y control de la calidad*. México, D.F.: Cengage Learning Editores, S.A. de C.V.
- González, R., & Bernal, J. J. (08 de Junio de 2012). *PDCA Home*. Obtenido de Los 5 Porqués: Cinco preguntas para buscar las causas de los problemas: <https://www.pdcahome.com/los-5-porques-2/>
- Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C. (2015). *ISO 9000:2015 Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario*. Estados Unidos Mexicanos, México, Distrito Federal.
- Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C. (2015). *ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de la calidad - Requisitos*. Estados Unidos Mexicanos, México, Distrito Federal, código postal 06500.
- Instituto Uruguayo de Normas Técnicas. (2009). *Herramientas para la Mejora de la Calidad*. Uruguay: UNIT Instituto uruguayo de Normas Técnicas.
- ISO Tools Excellence. (8 de Marzo de 2018). *Blog Calidad y Excelencia*. Obtenido de ¿Qué es un checklist y cómo se debe utilizar?: <https://www.isotools.org/2018/03/08/que-es-un-checklist-y-como-se-debe-utilizar/>
- Paolini, N. A., & Odriozola, J. (2019). *Diferentes tipos de organizaciones ¿Por qué no todas son iguales?* Buenos Aires: EDULP Editorial de la Universidad de la Plata.

7 Anexos

7.1 Anexo 1. Certificado de auditor interno



Escaneado con CamScanner

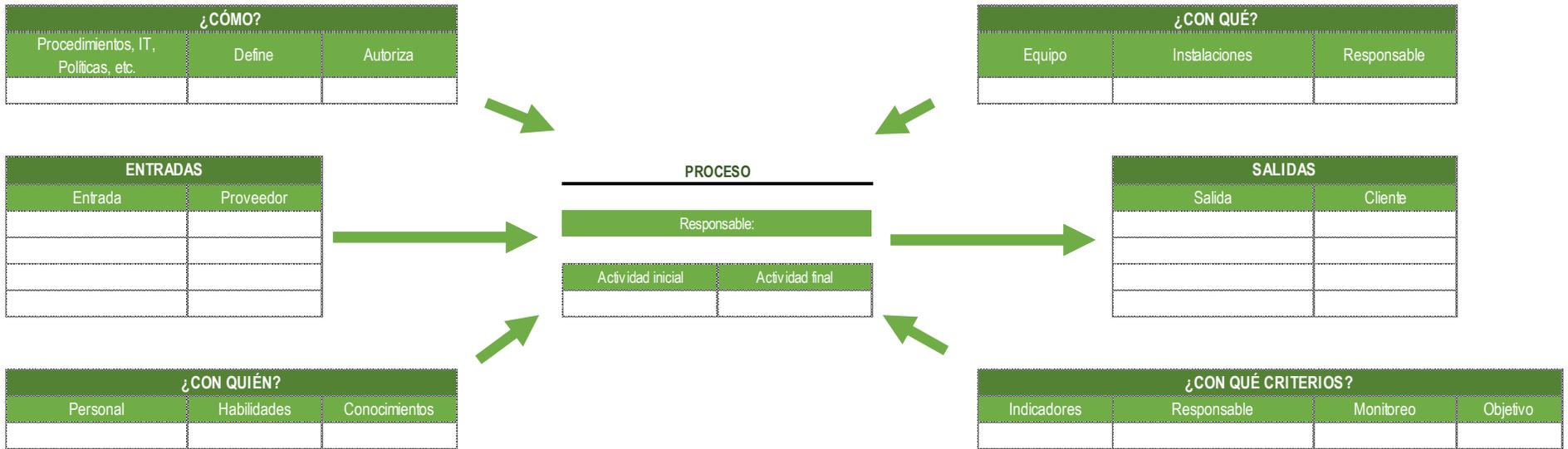
7.2 Anexo 2. Análisis FODA de ASEG

ANÁLISIS FODA DE LA ASEG	
Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Marco jurídico de actuación acorde al mandato, funciones y responsabilidades de la institución. • Autonomía técnica y de gestión. • Existencia de un reglamento interior de atribuciones y responsabilidades que da sustento a la estructura organizacional. • Prestigio que se deriva del trabajo ético y profesional de los colaboradores. • Inicio de la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad bajo un estándar internacional. • Existencia de una Unidad de Laboratorio de Obra Pública acreditada ante la Entidad Mexicana de Acreditación (EMA). • Sistemas tecnológicos y desarrollo de plataformas virtuales para el seguimiento y ejecución de la fiscalización. • Integrante presidente del Sistema Estatal de Fiscalización e integrante del Sistema Estatal y Nacional Anticorrupción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poca difusión de las funciones y atribuciones de la ASEG, a las partes interesadas. • Plan Anual de Capacitación sin base metodológica adecuada a las circunstancias. • Falta de evaluación en el ambiente de operación. • Ambiente laboral inadecuado, atendiendo a la falta de motivación e incentivos a empleados (retribuciones sin orientación al desempeño, funciones y responsabilidades de los colaboradores), y brechas de competencias entre el personal contratado y el perfil del puesto ocupado. • Falta de interoperabilidad en todas las áreas de la institución. • Capacitación insuficiente, inadecuada y poco orientada al perfil del puesto. • Falta de instrumentos de medición y seguimiento de los altos mandos respecto a los proyectos y objetivos institucionales, que permitan la definición de responsabilidades de los integrantes y el compromiso que adquieren en cada proyecto u objetivo. • Falta de herramientas institucionales que permitan generar información de manera oportuna respecto a los resultados y procesos institucionales. (Resguardo, mantenimiento y respaldo de la información de las revisiones o auditorías realizadas)
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • Promover intercambio de experiencias, metodologías y sistemas de gestión con otros entes de fiscalización nacionales e internacionales. • Ley de Archivo y demás normativa que nos permite instrumentar, equipar y sistematizar el archivo de la información de las revisiones o auditorías. • Fortalecer el Sistema Nacional de Fiscalización promoviendo el mejoramiento de los sistemas de control interno de los sujetos de fiscalización. • Certificación del Sistema de Gestión de Calidad bajo un estándar internacional. • Nuevas herramientas y metodologías de comunicación social que nos permitirán ampliar la difusión a las partes interesadas. • Nuevas formas de trabajo derivadas de la contingencia, que permiten desarrollar mecanismos de mejora a la eficiencia institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pobre percepción social sobre la capacidad y experiencia del personal de ASEG. • Desconfianza de la ciudadanía hacia la labor fiscalizadora de la institución por inercia social. • Cambios en las administraciones públicas de los sujetos de fiscalización y su elevado nivel de rotación de personal. • Daño de la reputación institucional por parte de ex colaboradores. • Restricciones presupuestarias. • Impugnación de informes de resultados por parte de los sujetos de fiscalización, debido a inconsistencias técnicas o legales en los procesos de fiscalización. • Contingencias macroeconómicas y de salud que afectan el desarrollo de las actividades normales y el presupuesto asignado a la institución.

7.3 Anexo 3. «Matriz de Partes Interesadas MAPI»

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PARTES INTERESADAS (MAPI)						
Parte interesada	Necesidad	Expectativa (consecuencia de la necesidad)	Requisitos (Legales, del cliente, de la norma aplicable, internos)	Influencia o poder	Grado de interés	Clasificación
Sociedad	Información sobre los resultados de las auditorías, para así emitir	Información objetiva, de manera sencilla y clara, utilizando un lenguaje comprensible para todos los actores y partes interesadas en la auditoría gubernamental.	Legales: -Ley de Transparencia y Acceso a la Información -Ley de Fiscalización Superior (Informes de Gestión) Del cliente: -No se identifica De la norma aplicable: -NPSNF 20 - 4.2 Comprensión e las necesidades y expectativas de las partes interesadas ISO 9001:2015. Internos: -Redes Sociales -Portal de internet	Alto	Bajo	Tipo C Mantenerlo satisfecho <i>Comunicación indirecta</i>
Congreso del Estado de Guanajuato (Comisión de Hacienda y Fiscalización)	Informes de resultados que cumplan los requisitos mínimos de calidad aplicables.	Que no se devuelvan Informes de Resultados por deficiencias de calidad.	Legales: -Constitución Política para el Estado de Guanajuato; -Ley de Fiscalización Superior y Reglamento (Informes de Resultados notificados al congreso en los plazos establecidos en Ley) Del cliente: -Homologados. De la norma aplicable: -NPSNF 100, ISSAI, NIA. - 4.2 Comprensión e las necesidades y expectativas de las partes interesadas ISO 9001:2015. Internos: -Procedimiento -Formatos -Instructivos -Plantillas	Alto	Alto	Tipo D Atender sus requisitos y manejar adecuadamente sus expectativas <i>Comunicación directa</i>
Sujetos fiscalizados	Informe de resultados oportuno Mantenerlos informados sobre los objetivos, metodologías y resultados de sus auditorías.	Recomendaciones y observaciones claras Satisfacción resultado de la encuesta anual del proceso de fiscalización.	Legales: -Ninguno Del cliente: -Homologados. De la norma aplicable: -NPSNF 100, ISSAI, NIA. - 4.2 Comprensión e las necesidades y expectativas de las partes interesadas ISO 9001:2015. Internos: -Procedimiento de Encuesta de Satisfacción -Plantillas	Alto	Alto	Tipo D Atender sus requisitos y manejar adecuadamente sus expectativas <i>Comunicación directa</i>
Proveedores y prestadores de servicios	Cumplir con las requisiciones para la compra de los insumos necesarios para el cumplimiento de las operaciones de la institución.	Recibir el pago en tiempo y forma de los productos y servicios que provee.	Legales: -Ley del Contrataciones Públicas para el Estado de Guanajuato; -Disposiciones Administrativas ASEG Del cliente: -Cumplimiento de las condiciones establecidas en el contrato De la norma aplicable: - 4.2 Comprensión e las necesidades y expectativas de las partes interesadas ISO 9001:2015. Internos: -Procedimientos del Proceso de Administración y Finanzas.	Bajo	Bajo	Tipo A Mínimo esfuerzo <i>Comunicación indirecta</i>
Comités institucionales	Información relacionada con la gestión oportuna de las operaciones de ASEG, que esté sujeta a la toma de decisiones y que forme parte de la Planeación Estratégica y del PGF.	Sesionar por lo menos una vez al año, para informar el cumplimiento del Plan Estratégico y de los objetivos determinados por la Comisión Interna de Programación y Evaluación.	Legales: -Reglamento de la Ley de Fiscalización Superior (Comités y grupos de trabajo) Del cliente: -Previa convocatoria del secretario De la norma aplicable: - 4.2 Comprensión e las necesidades y expectativas de las partes interesadas ISO 9001:2015. Internos: -Procedimiento -Formatos -Plantillas	Alto	Alto	Tipo D Atender sus requisitos y manejar adecuadamente sus expectativas <i>Comunicación directa</i>
Colaboradores	Recibir el pago de nómina de conformidad con las operaciones que realizan en la institución, recibir capacitación acorde a sus funciones y contar con oportunidades de ascenso.	Pagos a la fecha de cumplimiento de la quincena, por lo menos una capacitación al año y servicio civil de carrera. Así como crecimiento profesional y personal en relación con las funciones.	Legales: -Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. -Servicio Civil de Carrera Poder Legislativo. -Disposiciones Administrativas ASEG. Del cliente: -Cumplimiento de las condiciones establecidas en el contrato o basificación. -Capacitación acorde a sus competencias. De la norma aplicable: - 4.2 Comprensión e las necesidades y expectativas de las partes interesadas ISO 9001:2015. Internos: -Procedimientos del Proceso de Desarrollo Institucional..	Alto	Alto	Tipo D Atender sus requisitos y manejar adecuadamente sus expectativas <i>Comunicación directa</i>
Prensa	Información relacionada con las operaciones de la ASEG y el cumplimiento de su plan de gestión; así como de los sujetos de fiscalización.	Información veráz, oportuna y confiable.	Legales: -Ninguna Del cliente: -Información pública y transparente. De la norma aplicable: - 4.2 Comprensión e las necesidades y expectativas de las partes interesadas ISO 9001:2015. Internos: -Ninguna	Alto	Alto	Tipo D Atender sus requisitos y manejar adecuadamente sus expectativas <i>Comunicación directa</i>
Casa certificadora	Solicitar auditorías semestrales, solventando hallazgos de auditorías de tercera parte previas.	Que la ASEG sea una institución que ejecute su SGC de conformidad con la normativa aplicable, orientada a la mejora continua, así como solicitar más servicios de auditorías y nuevas certificaciones.	Legales: -Ninguna Del cliente: -Solventación de hallazgos de auditorías internas y externas y actualizar el cumplimiento de los nuevos requisitos. De la norma aplicable: - 4.2 Comprensión e las necesidades y expectativas de las partes interesadas ISO 9001:2015. Internos: -Ninguna	Bajo	Alto	Tipo B Mantenerlo informado <i>Comunicación indirecta</i>

7.4 Anexo 4. «Diagrama de tortuga»



7.5 Anexo 5. «Matriz de Asignación de Responsabilidades RACI»

				ACF_000_000	DAJ_CPL_000	DGA_000_000	STC_000_000	OAS_SPA_000	OAS_000_000
Número	Requisito del Sistema de Gestión de la Calidad	Proceso(s)	Responsable	Auditoría Especial de Cumplimiento Financiero	Dirección de lo Contencioso y Procedimientos Legales	Dirección General de Administración	Secretaría Técnica	Secretaría Particular	Alta Dirección
Roles / Responsabilidades: R: Responsable, A: Aprobador, C: Consultado, I: Informado.									
4	Contexto de la organización								
4.1	Comprensión de la organización	(PR_PC) Proceso de Gestión de la Calidad	Director de Desarrollo Institucional	I	I	R	I	I	A
4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	(PR_PC) Proceso de Gestión de la Calidad	Director de Desarrollo Institucional	I	I	R	I	I	A
4.3	Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad	(PR_PC) Proceso de Gestión de la Calidad	Director de Desarrollo Institucional	CI	I	R	I	I	A
4.4	Sistema de gestión de la calidad y sus procesos	(PR_PC) Proceso de Gestión de la Calidad	Director de Desarrollo Institucional	CI	CI	R	CI	I	A
5	Liderazgo								
5.1	Liderazgo y compromiso	(PR_DR) Proceso de Dirección	Auditor Superior del Estado de Guanajuato	I	I	I	I	I	RA
5.1.2	Enfoque al cliente	(PR_DN) Proceso de Disposiciones y Normatividad	Director de Asesoría, Capacitación y Normatividad	I	I	I	R	I	CI
5.2	Política de Calidad	(PR_DR) Proceso de Dirección	Director de Desarrollo Institucional	I	I	C	I	I	RA
5.3	Roles, responsabilidades y autorizaciones en la organización	(PR_DR) Proceso de Dirección	Director de Desarrollo Institucional	I	I	C	I	I	RA
6	Planificación								
6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	(PR_PC) Proceso de Gestión de la Calidad	Director de Desarrollo Institucional	C	C	R	C	C	IA
6.2	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	(PR_PC) Proceso de Gestión de la Calidad	Director de Desarrollo Institucional	I	I	CI	I	I	RA
6.3	Planificación de los cambios	(PR_DR) Proceso de Dirección	Auditor Superior del Estado de Guanajuato	CI	I	CI	I	I	RA
7	Apoyo								
7.1	Recursos	(PR_AF) Proceso de Administración y Finanzas	Director de Administración y Finanzas	CI	CI	R	CI	CI	CI
7.1	Recursos	(PR_NT) Proceso de Notificación	Titular de la Unidad de Notificación y Correspondencia	CI	CI	R	CI	CI	CI
7.1	Recursos	(PR_NT) Proceso de Notificación	Director de lo Contencioso y Procedimientos Legales	CI	R	CI	CI	CI	CI
7.1	Recursos	(PR_RI) Proceso de Recepción de la Información	Director de Información, Calidad e Innovación	CI			R		
7.1	Recursos	(PR_RI) Proceso de Recepción de la Información	Titular de la Unidad de Notificación y Correspondencia	I	I	R	I	I	I
7.1	Recursos	(PR_DI) Proceso de Desarrollo Institucional	Director de Desarrollo Institucional	CI	CI	R	CI	CI	CI
7.1	Recursos	(PR_TI) Proceso de Tecnologías de la Información	Director de Tecnologías de la Información	CI	CI	R	CI	CI	CI
7.2	Competencia	(PR_DI) Proceso de Desarrollo Institucional	Director de Asesoría, Capacitación y Normatividad	CI	CI	CI	R	CI	CI
7.3	Toma de conciencia	(PR_DI) Proceso de Desarrollo Institucional	Director de Desarrollo Institucional	I	I	R	I	I	A
7.4	Comunicación	(PR_CT) Proceso de Comunicación y Transparencia	Director de Tecnologías de la Información	CI	CI	CR	CI	CI	CI

				ACF_000_000	DAJ_CPL_000	DGA_000_000	STC_000_000	OAS_SPA_000	OAS_000_000
Número	Requisito del Sistema de Gestión de la Calidad	Proceso(s)	Responsable	Auditoría Especial de Cumplimiento Financiero	Dirección de lo Contencioso y Procedimientos Legales	Dirección General de Administración	Secretaría Técnica	Secretaría Particular	Alta Dirección
Roles / Responsabilidades: R: Responsable, A: Aprobador, C: Consultado, I: Informado.									
7.4	Comunicación	(PR_CT) Proceso de Comunicación y Transparencia	Coordinador de Seguimiento y Planeación Estratégica	C	C	C	R	I	I
7.5	Información documentada	(PR_PC) Proceso de Gestión de la Calidad	Director de Desarrollo Institucional	CI	CI	RCI	CI	CI	CI
8	Operación								
8.1	Planificación y control operacional	(PR_PP) Proceso de Planeación y Programación	Coordinador de Seguimiento y Planeación Estratégica	CI	I	I	R	I	A
8.1	Planificación y control operacional	(PR_PF_01) Proceso de Planeación de Revisión o Auditoría	Directora de Auditoría y Revisión de Cuenta Pública Municipal	R	I	C	I	I	I
8.2	Requisitos para los productos y servicios	(PR_PF_02) Proceso de Inicio de Revisión o Auditoría	Directora de Auditorías Especiales	R	I	C	I		A
8.5	Producción y provisión del servicio	(PR_PF_03) Proceso de Ejecución de Revisión o Auditoría	Director de Auditoría de Infraestructura Pública	R	I	C	I		C
8.6	Liberación de los productos y servicios	(PR_PF_04) Proceso de Informe de Resultados	Directora de Auditoría y Revisión de Cuenta Pública Estatal	R	I	C	I		A
8.6	Liberación de los productos y servicios	(PR_PF_05) Proceso de Seguimiento	Director de Información, Calidad e Innovación	C	I	C	R		A
8.7	Control de las salidas no conformes	(PR_AC) Proceso de Aseguramiento de la Calidad	Director de Desarrollo Institucional	C	C	R	C		I
8.7	Control de las salidas no conformes	(PR_PF_05) Proceso de Seguimiento	Director de Información, Calidad e Innovación			CI	R		I
9	Evaluación del desempeño								
9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación	(PR_AS) Proceso de Atención al Sujeto de Fiscalización	Director de Desarrollo Institucional	C	C		R		I
9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación	(PR_AS) Proceso de Atención al Sujeto de Fiscalización	Director de Desarrollo Institucional	CI		R			I
9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación	(PR_PC) Proceso de Gestión de la Calidad	Director de Desarrollo Institucional	CI	CI	CIR	CI	I	I
9.2	Auditoría interna	(PR_PC) Proceso de Gestión de la Calidad	Director de Desarrollo Institucional	CI	CI	CIR	CI	CI	CI
9.3	Revisión por la dirección	(PR_DR) Proceso de Dirección	Auditor Superior del Estado de Guanajuato	I	I	C	I	I	RA
10	Mejora								
10.2	No conformidad y acción correctiva	(PR_PC) Proceso de Gestión de la Calidad	Director de Desarrollo Institucional	C	C	R	C	C	I
10.3	Mejora continua	(PR_PC) Proceso de Gestión de la Calidad	Director de Desarrollo Institucional	C	C	R	C	C	I

7.6 Anexo 6. Formato de Análisis de Riesgos basado en «COSO 2013»

I. EVALUACIÓN RIESGOS															
No. de Riesgo	Unidad Administrativa	Alineación a Estrategias, Objetivos, o Metas Institucionales		RIESGO	Nivel de decisión del Riesgo	Clasificación del Riesgo		FACTOR				Posibles efectos del Riesgo	Valoración Inicial		
		Selección	Descripción			Selección	Especificar Otro	No. de Factor	Descripción	Clasificación	Tipo		Grado Impacto	Probabilidad Ocurrencia	Cuadrante
								1.1							
								1.2							
								1.3							
								1.4							
								1.5							

¿Tiene controles?	II. EVALUACIÓN DE CONTROLES								Riesgo Controlado Suficientemente	III. VALORACIÓN DE RIESGOS		IV. MAPA DE RIESGOS				Estrategia para Administrar el Riesgo	V. ESTRATEGIAS Y ACCIONES					
	CONTROL									Grado de Impacto	Probabilidad de Ocurrencia	UBICACIÓN EN CUADRANTES					Descripción de la(s) Acción(es)	Unidad Administrativa que aplica la acción	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Medio de verificación
	No.	Descripción	Tipo	Está Documentado	Está Formalizado	Se Aplica	Es Efectivo	Resultado de la determinación del Control				I	II	III	IV							
No	1.1.1																					
	1.1.2																					
	1.1.3																					
	1.1.4																					
	1.1.5																					
	1.2.1																					
No	1.2.2																					
	1.2.3																					
	1.2.4																					
	1.2.5																					
No	1.3.1																					
	1.3.2																					
	1.3.3																					
	1.3.4																					
	1.3.5																					
	1.4.1																					
No	1.4.2																					
	1.4.3																					
	1.4.4																					
	1.4.5																					
	1.5.1																					
No	1.5.2																					
	1.5.3																					
	1.5.4																					
	1.5.5																					

7.7 Anexo 7. Formato de Análisis de Riesgos basado en «AMEF»

No. de Riesgo	Riesgo	Clasificación	Posible resultado (Consecuencia)	Causas	Control Existente	Probabilidad (1-5)	Impacto (1-5)	P x I	Eficiencia del Control "C"	Riesgo Residual	Grado de Riesgo	Prioridad de Acción	Estrategia para Administrar el Riesgo
1								0		0	No evaluado	No evaluado	

Descripción de la(s) Acción(es)	Unidad Administrativa que aplica la acción	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Probabilidad (1-5)	Impacto (1-5)	P x I	Eficiencia del Control "C"	Riesgo Residual	Grado de Riesgo	Prioridad de Acción	Medio de verificación
							0		0	No evaluado	No evaluado	

7.8 Anexo 8. Formato de auditoría interna

1. Generalidades

1.1 Objetivo de la auditoría interna

Evaluar el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad, considerando los requisitos de la Norma, Procedimientos, Manual de Calidad y otros documentos relacionados de la organización

1.2 Alcance de la auditoría interna

[Determinar el alcance de la auditoría interna, es decir, las áreas que estarán involucradas en la ejecución de esta]

El alcance de la auditoría interna incluye generalmente una descripción de las ubicaciones físicas, las funciones, las condiciones del área, actividades y procesos, así como el periodo de tiempo cubierto.

2. Plan de Auditoría Interna

Nombre del proceso	Requisito	Tipo de Requisito	Documento de Referencia	Auditor Interno	Área del Auditor Interno	Auditado	Área del Auditado	Fecha programada	Fecha de realización	Hora de la realización	Fecha y hora de reprogramación	Motivo de Reprogramación	Estatus %
[Indicar el nombre del proceso que]	[Indicar el requisito legal, del cliente,	[Indicar el tipo de requisito (legal, de	[Indicar el documento de	[Iniciales del	[Indicar el área de adscripción de]	[Indicar las iniciales	[Indicar el área de adscripción de]	[Indicar la fecha	[Indicar la fecha de	[00:00]	[En caso de	[Describir el motivo de la	[Indicar el 50% 50%

3. Identificación de la Auditoría Interna

Auditor Líder seleccionado: [Indicar títulos y nombre completo del auditor líder propuesto]

Nombre del Auditor Interno:	Área de adscripción
[Indicar el nombre completo del	[Indicar el código del área a la que

Criterios de auditoría: [Indicar los criterios a los que están enfocados esta auditoría]

4. Riesgos y oportunidades derivados de la auditoría interna:

[Determinar aquellos riesgos que se pueden materializar o presentar durante la ejecución de la auditoría en el periodo y alcance de esta planeación (Ej. Disponibilidad de los auditados)].

1. Identificación de la lista de verificación

Proceso:	[Indicar el nombre del proceso]
Auditor Interno:	[Indicar nombre y títulos del Auditor Interno]
Fecha:	[Fecha de la ejecución de auditoría]
Auditado:	[Indicar nombre y títulos del auditado]

2. Lista de verificación

Requerimiento	Descripción de Requerimiento	Cumplimiento		Descripción del hallazgo	Hallazgo		
		Cumple	No Cumple		No conformidad mayor	No conformidad menor	Observación
[Indicar el requisito que]	[Describir el requisito]			[Describir el hallazgo encontrado durante la revisión]	[Marca con una X el tipo de hallazgo identificado]		
Interno	¿Identificas la política y los objetivos de calidad? ¿Dónde?						
Interno	¿Cómo haces parte de tus actividades la política de calidad?						
Interno	¿Identificas los riesgos y oportunidades de tu proceso? Menciona alguno.						
Interno	¿Identificas los indicadores de tu proceso? Menciona alguno y el medio de evaluación.						

7.9 Anexo 9. Plan Anual de Auditoría Interna.



Coordinación de Control Interno y Calidad
Procedimiento de Auditoría Interna
Plantilla de Auditoría Interna

0201_01_02
Programa de Auditoría Interna

1. Programa de Auditoría Interna

AUDITORÍA INTERNA

Año:	Actualización 28/05/2020											
	2021				2020							
Proceso	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PR_DR PROCESO DE DIRECCIÓN					IE	IE	E				I	
PR_PC PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		I			IE	IE	E					I
PR_PP PROCESO DE PLANEACIÓN Y PROGRAMACIÓN		I			IE	IE	E		I			
PR_DN PROCESO DE DISPOSICIONES Y NORMATIVIDAD		I			IE	IE	E					
PR_AS PROCESO DE ATENCIÓN AL SUJETO DE FISCALIZACIÓN					IE	IE	E					
PR_FF_01 PROCESO DE PLANEACIÓN					IE	IE	E	I				
PR_FF_02 PROCESO DE INICIO					IE	IE	E					
PR_FF_03 PROCESO DE EJECUCIÓN					IE	IE	E		I			
PR_FF_04 PROCESO DE INFORME DE RESULTADOS					IE	IE	E			I		
PR_FF_05 PROCESO DE SEGUIMIENTO					IE	IE	E				I	
PR_AF PROCESO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS					IE	IE	E		I			
PR_AC PROCESO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	I			I	IE	IE	E	I		I		
PR_NT PROCESO DE NOTIFICACIÓN					IE	IE	E					I
PR_RI PROCESO DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN					IE	IE	E					I
PR_DI PROCESO DE DESARROLLO INSTITUCIONAL			I		IE	IE	E					I
PR_TI PROCESO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN					IE	IE	E	I				
PR_CT PROCESO DE COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA					IE	IE	E				I	

2. Aclaraciones

I	Auditorías Internas
E	Auditorías Externas
IE	Auditorías Internas extraordinarias

3. Riesgos y oportunidades del programa de auditoría interna:

- Disponibilidad de los auditados; - Registros disponibles en los procedimientos seleccionados; - Incumplimiento del programa, por prioridad de otras actividades.

7.10 Anexo 10. Anuncio de inicio de auditoría interna al SGC.


Calidad, Innovación y Control | Padilla Luna Victor Manuel; + 23 | 28/05/2020
IMPORTANTE: Inicio de Auditoría Interna SGC
 Mensaje enviado con importancia Alta.



Asunto: Inicio de la primera Auditoría interna al Sistema de Gestión de la Calidad.

Guanajuato, Gto., a 28 de mayo de 2020.

Estimado dueño de proceso:

Tal y como se indica en la norma «ISO 9000:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad – Fundamentos y vocabulario», la **Auditoría** es un medio para evaluar la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad, que permite identificar riesgos y determinar el cumplimiento de los requisitos (legales y reglamentarios, aplicables de la norma ISO 9001:2015, internos y externos).

Las auditorías internas, denominadas en algunos otros casos como auditorías de primera parte, se realizan por, o en nombre de la propia organización, para la revisión por la dirección y con otros fines internos, y pueden constituir la base para la autodeclaración de conformidad de una organización.

Con ese propósito, a través de este medio se le hace de conocimiento el **inicio de la primera Auditoría Interna al Sistema de Gestión de la Calidad**, misma que es requerida previo a la auditoría a realizarse por la casa certificadora (auditoría de tercera parte), la cual contempla lo siguiente:

Objetivo de la auditoría/

Asegurar el cumplimiento de los requisitos que contempla la norma ISO 9001, evaluar la idoneidad del sistema de gestión de calidad implantado en ASEG acorde a los requisitos establecidos, determinar la eficacia que presenta el sistema de gestión de calidad vigente para la consecución de los objetivos establecidos previamente, detectar oportunidades de mejora en el sistema de gestión adoptado, y mantener un registro y documentación que recoja las valoraciones y evidencias evaluadas durante todo el proceso, para efecto de la auditoría de tercera parte, y subsecuentes auditorías internas.

Alcance de la auditoría/

Lo tocante a todas las unidades administrativas, procesos y procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad institucional.

Fechas de la auditoría/

Para la ejecución de la auditoría interna: del 28 de mayo al 05 de junio de 2020.

Para la atención de resultados de la auditoría: del 08 al 19 de junio de 2020.

Equipo de auditoría/

Juan Carlos Negrete (Auditor Líder), Laura Gabriela García (Auditor certificado), Diana Laura Reyes (Auditor certificado), Cynthia Sofía Reyna (Auditor certificado), Mario Eduardo Díaz (Auditor certificado), Israel David Pérez (Auditor certificado) y Víctor Manuel Padilla (Auditor certificado).

Programa de auditoría/

Proceso	Auditor	Día	Horario
PR_DR PROCESO DE DIRECCIÓN	Juan Carlos Negrete	Jueves 04 de junio*	(Pendiente)
PR_PC PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Juan Carlos Negrete	Jueves 28 de mayo	13:00 - 15:00
PR_PP PROCESO DE PLANEACIÓN Y PROGRAMACIÓN	Israel David Pérez	Lunes 01 de junio	11:00 - 13:00
PR_DN PROCESO DE DISPOSICIONES Y NORMATIVIDAD	Israel David Pérez	Lunes 01 de junio	13:00 - 15:00
PR_AS PROCESO DE ATENCIÓN AL SUJETO DE FISCALIZACIÓN	Mario Eduardo Díaz	Miércoles 03 de junio	09:00 - 11:00
PR_PF_01 PROCESO DE PLANEACIÓN	Mario Eduardo Díaz	Martes 02 de junio	09:00 - 11:00
PR_PF_02 PROCESO DE INICIO	Cynthia Sofía Reyna	Martes 02 de junio	11:00 - 13:00
PR_PF_03 PROCESO DE EJECUCIÓN	Laura Gabriela García	Martes 02 de junio	09:00 - 11:00
PR_PF_04 PROCESO DE INFORME DE RESULTADOS	Laura Gabriela García	Miércoles 03 de junio	09:00 - 11:00
PR_PF_05 PROCESO DE SEGUIMIENTO	Cynthia Sofía Reyna	Miércoles 03 de junio	11:00 - 13:00
PR_AF PROCESO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	Laura Gabriela García	Jueves 04 de junio	09:00 - 11:00
PR_AC PROCESO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Juan Carlos Negrete	Viernes 29 de mayo	13:00 - 15:00
PR_NT PROCESO DE NOTIFICACIÓN	Israel David Pérez	Jueves 04 de junio	09:00 - 11:00
PR_RI PROCESO DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN	Diana Laura Reyes	Jueves 04 de junio	11:00 - 13:00
PR_DI PROCESO DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	Juan Carlos Negrete	Lunes 01 de junio	09:00 - 11:00
PR_TI PROCESO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	Mario Eduardo Díaz	Viernes 05 de junio	09:00 - 11:00
PR_CT PROCESO DE COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA	Diana Laura Reyes	Viernes 05 de junio	09:00 - 11:00

* Por confirmar la definición del horario para la revisión del PR_DR.

En alcance a este comunicado, el día de hoy la unidad de Control Interno y Calidad le estará haciendo llegando de forma particular los detalles de las actividades, dinámica y logística para las entrevistas programadas en supra líneas. Si surgen dudas o comentarios, como siempre nos ponemos a su disposición.

Reciba un cordial saludo.

Atentamente,

Por STRATEGA Consultores, S.C.

Por la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato

Ing. Juan Carlos Negrete de la Serna
Auditor Líder

C.P. Víctor Manuel Padilla Luna
Presidente del Comité de Control Interno y Calidad

7.11 Anexo 11. Ejemplo de reunión de auditoría interna.

Calidad, Innovación y Control | Ondarreta Rivera Manuel; Amaya Rodriguez Jorge Martin; + 2

28/05/2020

Auditoría Interna SGC: PR_PP Proceso de Planeación y Programación

Como organizador de la reunión, no tiene que responder a la reunión.

Cuándo: **lunes, 1 de junio de 2020 11:00 a. m.-01:00 p. m.** | Ubicación: **Reunión de Microsoft Teams**

Estimado C.P. Manuel Ondarreta;

En alcance al comunicado del 28 de mayo de 2020, emitido a través del correo electrónico institucional, se hace de su conocimiento que, con apego al «Plan de Auditorías Internas al Sistema de Gestión de la Calidad», el proceso «PR_PP Proceso de Planeación y Programación» ha sido seleccionado para revisión en **la primera Auditoría Interna al Sistema de Gestión de la Calidad**. A continuación se le comparten los pormenores de las actividades, dinámica y tiempos para efecto de materializarla:

¿Qué objeto tiene la revisión?

Asegurar el cumplimiento de los requisitos que contempla la norma ISO 9001, evaluar la idoneidad del sistema de gestión de calidad implantado en ASEG acorde a los requisitos establecidos, determinar la eficacia que presenta el sistema de gestión de calidad vigente para la consecución de los objetivos establecidos previamente, detectar oportunidades de mejora en el sistema de gestión adoptado, y mantener un registro y documentación que recoja las valoraciones y evidencias evaluadas durante todo el proceso, para efecto de la auditoría de tercera parte, y subsecuentes auditorías internas.

¿Cuándo se va a realizar?

Para la ejecución de la auditoría interna: del 28 de mayo al 05 de junio de 2020.

Para la atención de resultados de la auditoría: del 08 al 12 de junio de 2020.

¿Cuándo y a qué hora fue programada la revisión de mi proceso?

Lunes 01 de junio a las 11:00 hrs.

¿Qué procedimientos de auditoría se van a ejecutar?

Indagación (entrevista).

¿Qué procedimientos de mi proceso se van a revisar?

PD_PP_0101_01 Procedimiento de Emisión y Actualización de Programa de Fiscalización.

PD_PP_0102_01 Procedimiento de Monitoreo al Programa General de Fiscalización.

¿Me tengo que quedar a toda la sesión?

No, sólo durante su participación, y después puede optar por mantenerse en la reunión o abandonarla.

¿A través de qué medio será la sesión?

A través de **Microsoft Teams**. Se programa la reunión en este correo.

¿A quién van a entrevistar?

- Dueño del proceso – C.P. Manuel Ondarreta; y
- Coordinador de Seguimiento y Planeación Estratégica– Arq. Jorge Amaya.

¿Quién va a entrevistar?

Israel David Pérez, con apoyo de Laura Gabriela García.

Le anticipamos que la sesión será grabada para mantener los registros de la auditoría. Si surgen dudas o comentarios, como siempre nos ponemos a su disposición.

Reciba un cordial saludo.

**Control Interno y Calidad**

#TodosHacemosCalidad #FiscalizaciónEficiente

 Cuidemos del medio ambiente. Por favor no imprimas este correo si no es necesario.

[Unirse a reunión de Microsoft Teams](#)

[Más información sobre Teams](#) | [Opciones de reunión](#)

7.12 Anexo 12. Anuncio de reunión de cierre de auditoría interna.

Calidad, Innovación y Control | Fonseca Lopez Juan Victor; Padilla Luna Victor Manuel; + 23 - 18/06/2020

Reunión de Cierre Auditoría Interna.

Como organizador de la reunión, no tiene que responder a la reunión.

Cuándo viernes, 19 de junio de 2020 09:00 a. m.-10:00 a. m. Ubicación Reunión de Microsoft Teams



Asunto: Reunión de cierre primera Auditoría interna al Sistema de Gestión de la Calidad.

Guanajuato, Gto., a 16 de junio de 2020.

Estimado dueño de proceso;

Tal y como se indica en la norma «ISO 9000:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad – Fundamentos y vocabulario», la **Auditoría** es un medio para evaluar la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad, que permite identificar riesgos y determinar el cumplimiento de los requisitos (legales y reglamentarios, aplicables de la norma ISO 9001:2015, internos y externos).

Las auditorías internas, denominadas en algunos otros casos como auditorías de primera parte, se realizan por, o en nombre de la propia organización, para la revisión por la dirección y con otros fines internos, y pueden constituir la base para la autodeclaración de conformidad de una organización.

Con ese propósito, a través de este medio se le hace la invitación a asistir a la reunión de **cierre de la primera Auditoría Interna al Sistema de Gestión de la Calidad**, misma que es requerida previo a la auditoría a realizarse por la casa certificadora (auditoría de tercera parte), la cual contempla lo siguiente:

**Objetivo de la reunión/
Dar a conocer el Informe de Resultados de la primer Auditoría Interna.**

**Fecha de reunión de cierre/
Viernes 19 de junio de 2020. A las 09.00 hrs Mediante la aplicación Teams.**

**Equipo de auditoría/
Juan Carlos Negrete (Auditor Líder), Cynthia Sofía Reyna (Auditor certificado), Laura Gabriela García (Auditor certificado), Diana Laura Reyes (Auditor certificado), Mario Eduardo Díaz (Auditor certificado), Israel David Pérez (Auditor certificado), Andrés Ortega (Auditor Certificado) y Víctor Manuel Padilla (Auditor Líder).**

Procesos dentro del Informe de resultados/

Proceso	Dueño de Proceso
PR_DR PROCESO DE DIRECCIÓN	Lic. Juan Víctor Fonseca López.
PR_PC PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	C.P Víctor Manuel Padilla Luna.
PR_PP PROCESO DE PLANEACIÓN Y PROGRAMACIÓN	C.P Manuel Ondarreta Rivera.
PR_DN PROCESO DE DISPOSICIONES Y NORMATIVIDAD	Lic. José Benito Mora Villegas.
PR_AS PROCESO DE ATENCIÓN AL SUJETO DE FISCALIZACIÓN	Lic. José Benito Mora Villegas y C.P Víctor Manuel Padilla Luna.
PR_PF_01 PROCESO DE PLANEACIÓN	C.P. Susana de Luna Álvarez
PR_PF_02 PROCESO DE INICIO	Lic. Éricka Martínez González
PR_PF_03 PROCESO DE EJECUCIÓN	Ing. José Federico Pérez Tapia
PR_PF_04 PROCESO DE INFORME DE RESULTADOS	C.P María Guadalupe Vargas Orduña y Lic. Omar Patiño.
PR_PF_05 PROCESO DE SEGUIMIENTO	C.P Manuel Ondarreta Rivera.
PR_AF PROCESO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	C.P Pedro Enrique González Rodríguez.
PR_AC PROCESO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	C.P Víctor Manuel Padilla Luna.
PR_NT PROCESO DE NOTIFICACIÓN	Lic. Luis Javier Amaya Rodríguez.
PR_RI PROCESO DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN	C.P Manuel Ondarreta Rivera.
PR_DI PROCESO DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	C.P Víctor Manuel Padilla Luna.
PR_TI PROCESO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	Lic. Carlos Eduardo Razo Rodríguez.
PR_CT PROCESO DE COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA	Lic. Carlos Eduardo Razo Rodríguez y C.P Manuel Ondarreta Rivera.

Reciba un cordial saludo.

Atentamente,

Por STRATEGA Consultores, S.C.

Ing. Juan Carlos Negrete de la Serna
Auditor Líder

Por la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato

C.P. Víctor Manuel Padilla Luna
Presidente del Comité de Control Interno y Calidad

P.D. Se notifica copia de la reunión a los Directores Generales, cabe mencionar que se les notificará el Informe de Resultados mediante la etapa de Revisión por la Dirección.

7.13 Anexo 13. Mensaje de certificación y reconocimiento.

From: Control Interno y Calidad <calidad@aseg.gob.mx>
Sent: Wednesday, October 7, 2020 10:38:00 AM
To: Reyes Hernández Diana Laura <dreyes@aseg.gob.mx>
Subject: ¡Muchas gracias! SGC- ASEG



¡Muchas gracias!

Tenemos un mensaje para ti:



Por instrucciones del Auditor Superior, el **Lic. y M.F. Javier Pérez Salazar**, nos permitimos compartir contigo un sencillo, pero sincero reconocimiento a tu esfuerzo y colaboración, mismos que hicieron posible que la ASEG consiguiera el **certificado al Sistema de Gestión de la Calidad del Proceso de Fiscalización**, conforme a la **norma internacional ISO 9001:2015**.

 Encuétralo adjunto a este correo electrónico.

#SomosOrgullosamenteASEG



La Auditoría Superior del Estado de Guanajuato
otorga el presente:

RECONOCIMIENTO

Diana Laura Reyes Hernández

Por su participación dentro del proyecto de implementación del
Sistema de Gestión de la Calidad de ASEG

Guanajuato, Gto
miércoles, 7 de octubre de 2020

ATENTAMENTE

M.F. Javier Pérez Salazar
Auditor Superior del Estado de Guanajuato