|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | 28/06/2021 | **Coordinador** | Alta Dirección | | |
| **Hora de Inicio** | 17:00 | **Lugar** | Virtual | | |
| **Hora de Termino** | 19:00 | **No. de Minuta** | 04 | **Nombre de la Minuta** | Revisión por la Dirección |

|  |
| --- |
| **ASUNTOS PARA TRATAR**  **ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN:**   1. El estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas; 2. Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC; 3. La información sobre el desempeño y la eficacia del SGC, incluidas las tendencias relativas a: 4. La satisfacción del ciudadano (cliente) y retroalimentación de las partes interesadas pertinentes; 5. El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad; 6. El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios; 7. Las no conformidades y acciones correctivas; 8. Los resultados de seguimiento y medición; 9. Los resultados de las auditorías; 10. El desempeño de los proveedores externos; 11. La adecuación de los recursos; 12. La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades (ver 6.1 de la Norma ISO 9001:2015. 13. Las oportunidades de mejora. |

**ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN AL SGC**

1. **EL ESTADO DE LAS ACCIONES DE LAS REVISIONES POR LA DIRECCIÓN PREVIAS**

En reunión previa con la Alta Dirección celebrada día 9 de marzo de 2021, se establecieron los siguientes compromisos:

| **ENTRADAS (EVIDENCIAS A REVISAR)** | **VALIDACIÓN** | **RESULTADOS/SALIDAS** |
| --- | --- | --- |
| Aprobación de plan de trabajo de los Planes de Cambios y Mejoras. | MINUTA DE ACUERDOS Y COMPROMISOS | Planes de actividades de los Planes de Cambios y Mejoras PCM-02, PCM-03, PCM-04, PCM-05, PCM-06, PCM-07 y PCM-08 aprobados |
| Desarrollo de las actividades y seguimiento de cumplimiento a los Planes de Cambios y Mejoras PCM-02, PCM-03, PCM-04, PCM-05, PCM-06, PCM-07 y PCM-08 | REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | Se cumplieron las actividades de los Planes de Cambios y Mejoras PCM-03, PCM-04, PCM-06 y PCM-08 por lo que se encuentran cerrados.  Se encuentran en proceso de cumplimiento las actividades de los Planes de Cambios y Mejoras PCM-02, PCM-05, y PCM-07. |

1. **LOS CAMBIOS EN LAS CUESTIONES EXTERNAS E INTERNAS QUE SEAN PERTINENTES AL SGC.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTRADAS (EVIDENCIAS A REVISAR)** | **VALIDACIÓN** | **RESULTADOS/SALIDAS** |
| El 12 de marzo de 2021 se realizó el análisis de las cuestiones internas y externas del SGC conforme al Plan de Mantenimiento del SGC.  A partir del 13 de abril la Lic. María Concepción Maldonado Soto dejó de fungir como Coordinadora del SGC, ocupando su lugar el Lic. Roselbet Toledo Mayoral.  El 26 de mayo de 2021 se recibió una actualización al Plan Estratégico de la Delegación Nayarit por parte del Equipo Implementador. | FODA | Plan Estratégico de la Delegación Nayarit actualizado |
| El 19 de mayo de 2021 la DOS envió la actualización del Manual de Gestión de la Calidad estandarizado a nivel nacional.  El 23 de junio de 2021 la COC envió la actualización del Manual de Gestión de la Calidad estandarizado a nivel nacional. | FODA | Manual de Gestión de la Calidad estandarizado a nivel nacional |

1. **LA INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO Y LA EFICACIA DEL SGC, INCLUIDAS LAS TENDENCIAS RELATIVAS A:**
2. **LA SATISFACCIÓN DEL CIUDADANO Y LA RETROALIMENTACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS PERTINENTES.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTRADAS (EVIDENCIAS A REVISAR)** | **VALIDACIÓN** | **RESULTADOS/SALIDAS** |
| A partir del 01 de diciembre de 2020 se implementó la aplicación de la encuesta de satisfacción ciudadana a por lo menos el 10% de ciudadanos que acuden a los MAC a recoger su CV, mismas que se capturan en la aplicación desarrollada en la plataforma Forms, de la cual se emiten los reportes y graficas semanales. | Objetivo 6: Conocer la opinión ciudadana sobre el servicio de los Módulos de Atención Ciudadana. | Tablero de Objetivos de la Calidad |

En los módulos de atención ciudadana fijos, se atendieron a 39,768 ciudadanos que acudieron a recoger su credencial para votar durante el periodo del 4 de enero al 30 de mayo del presente, aplicando 5,122 encuestas, que representa el 12.9 % de los ciudadanos credencializados, de la cual podemos observar que, conforme al formato de encuesta, se obtuvieron los siguientes resultados:



1. **EL GRADO EN QUE SE HAN LOGRADO LOS OBJETIVOS DE LA CALIDAD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTRADAS (EVIDENCIAS A REVISAR)** | **VALIDACIÓN** | **RESULTADOS/SALIDAS** |
| Se cuenta con mediciones al mes de mayo para verificar el alcance de los Objetivos de la Calidad. | Revisión por la Alta Dirección y Comité de la Calidad de los objetivos de la calidad uno al seis. | Tableros de Objetivos de la Calidad |



**El indicador objetivo 1** muestra el resultado de laimplementación del SGC al mes de mayo de la Campaña de Actualización Permanente del **48%** respecto al promedio del Pronostico de Trámites esperados para el periodo de enero a agosto de 2021.

Respecto al reemplazo de la credencial por pérdida de vigencia, este indicador que se planeó instrumentar su medición tomando como dato base los trámites de remplazo de la campaña anterior inmediata, y al mes de mayo se superó el porcentaje estimado logrando un **127%**.





**El indicador objetivo 2** el alcance logrado al mes de mayo de 2021, de la Campaña de Actualización Permanente 2021, para los módulos de un solo turno, el nivel medio es de 26 a 46 trámites por estación de trabajo y se alcanzó un promedio de 35 trámites, para los módulos de doble turno él nivel medio es de 44 a 79 trámites por estación de trabajo, logrando en promedio de 85 trámites de atención diaria por estación de trabajo.



**El indicador objetivo 3** mide los días en operación respecto a los días programados, en este caso a partir de su puesta en funcionamiento, durante este periodo se han laborado la totalidad de los días programados, alcanzado el 100% con corte al mes de mayo de 2021**.**



**El indicador objetivo 4** muestra el alcance obtenido en la promoción de la inscripción de jóvenes entre 18 y 19 años al Padrón Electoral. Para este periodo se tiene como meta realizar un total de 5,944 de trámites, logrando con corte al mes de mayo un total de 4,745 trámites de la inscripción de jóvenes entre 18 y 19 años, siendo un 80% de avance.



**El indicador objetivo 5** muestra que al mes de mayo se atendieron la totalidad de solicitudes recibidas por aplicación del Artículo 141 de la Ley General de Instituciones y Procedimientos Electorales. Siendo un total de 7 solicitudes de trámites que permitió generar y entregar su credencial respectiva.

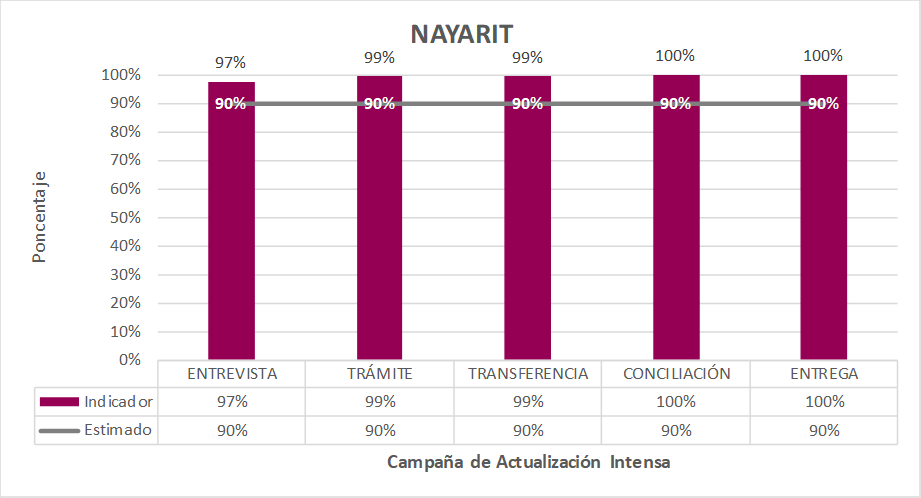


**El indicador objetivo 6** respecto a este indicador se logró realizar un 13% de encuestas opinión ciudadana, sobre el servicio de los Módulos de Atención Ciudadana superando el 10 por ciento de lo esperado y el cual se abordó de manera detallada en el punto número uno.

1. **EL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS;**

| **ENTRADAS (EVIDENCIAS A REVISAR)** | **VALIDACIÓN** | **RESULTADOS/SALIDAS** |
| --- | --- | --- |
| El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios | Revisión por la Alta Dirección y Comité de la Calidad de los Procesos Sustantivos y Apoyo. | Tableros de indicadores |

|  |  |
| --- | --- |
| **Proceso** | **Indicador** |
| **Entrevista** | Efectividad de la entrevista |
| **Trámite** | Trámites exitosos efectivos |
| **Transferencia** | Transacciones exitosas. |
| **Conciliación** | Credenciales disponibles para entrega. |
| **Entrega de CPV** | Efectividad de entrega de CPV en MAC. |

****

**Los indicadores para los procesos sustantivos** en la entidad de Nayarit al mes de mayo de 2021, de la Campaña de Actualización Permanente, se observa que se han alcanzado en los cinco procesos respecto al estimado por encima del 90%.



En este distrito se logró alcanzar y superar los estimados para cada uno de los procesos sustantivos al mes de mayo de la Campaña de Actualización Permanente 2021, los cuales registran porcentajes arriba del 90%, con las mismas consideraciones planteadas en la medición estatal.



En este distrito se logró alcanzar y superar los estimados para cada uno de los procesos sustantivos al mes de mayo de la Campaña de Actualización Permanente, con la aclaración de que el proceso de trasferencia se registró como número de paquetes de datos aceptados 1 y Total de paquetes procesados 1, debido a que ya no genera de manera semanal el archivo de transacciones en los módulos por el tipo de conexión que existe en cada uno de los MAC’s, donde la información viaja de manera automática.



En este distrito se logró alcanzar y superar los estimados para cada uno de los procesos sustantivos al mes de mayo de la Campaña de Actualización Permanente, con las mismas consideraciones planteadas en la medición estatal.

**Cumplimiento de los procesos de apoyo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Proceso** | **Indicador** |
| **Reclutamiento y selección** | Permanencia de personal |
| **Capacitación** | Capacitación efectiva y aprovechamiento |
| **Desempeño de personal** | Promedio de evaluación de desempeño |
| **Soporte técnico** | Efectividad de atención |
| **Suministro de bienes y servicios** | Solicitudes efectivas |





**El indicador de Reclutamiento y Selección** para el periodo de enero a mayo de 2021 se registraron **dos vacantes**, por lo que el factor de permanencia permitió alcanzar un 99% para la Campaña de Actualización Permanente 2021.



**El indicador del Proceso de Capacitación, Capacitación Efectiva** durante la Campaña de Actualización Permanente 2021 se logró alcanzar y superar el estimado del 90%.



**El indicador del Proceso de Capacitación, Aprovechamiento** para la Campaña de Actualización Permanente 2021 se logró alcanzar y superar el estimado ya que del personal que fue inscrito, estos concluyeron con un promedio general del 96.07 de las evaluaciones realizadas para los cursos que se dispusieron en el Campus Virtual.



**El indicador Desempeño de Personal** muestra un porcentaje del 99.28% alcanzado respecto al estimado, el cual se obtiene del concentrado que realizaron los vocales distritales de las bitácoras de desempeño de los cinco factores evaluados, mismo que establecieron ciertas consideraciones, tal es el caso del factor de productividad que al ser evaluado de manera parcial el cuatrimestre, la muestra de trámites a considerar fue en proporción al mes evaluado; de igual forma en el factor de cumplimiento normativo, solo se consideró a los rechazos que pudieran presentar por rechazo en el sistema gestor de CURP y lo establecido en el Anexo Único del contrato de prestadores de servicio.



**El indicador de Soporte Técnico** observa un 100% de alcance en cuanto a su estimado de efectividad en la atención de las incidencias, ya que al mes de mayo solo se registraron dos incidencias que se atendieron oportunamente.



**El indicador de Suministros de Bienes y Servicios,** se observa un 100% de alcance en cuanto a su estimado de efectividad ya que al mes de mayo, se presentó una solicitud de suministro de bienes o servicios que fue atendida oportunamente.

1. **LAS NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTRADAS (EVIDENCIAS A REVISAR)** | **VALIDACIÓN** | **RESULTADOS/SALIDAS** |
| **Seguimiento a los hallazgos de las Auditorías Externas Fases I y II** | Validación por la Alta Dirección, Comité de la calidad y Coordinador del SGC | NCM-04, NCM-05 y NCM-06 se encuentran cerradas.  Los Planes de Cambios y Mejoras PCM-03, PCM-04, PCM-06 y PCM-08 se encuentran cerrados.  Se presentan los avances en el cumplimiento de las actividades del Plan de Cambios y Mejoras PCM-02.  Se presenta la propuesta de modificación al Plan de trabajo del Plan de Cambios y Mejoras PCM-05.  Aprobación del Procedimiento para la aplicación de la Encuesta de Satisfacción Ciudadana V1 en cumplimiento a la actividad 4 del Plan de Cambios y Mejoras PCM-07. |
| **ENTRADAS (EVIDENCIAS A REVISAR)** | **VALIDACIÓN** | **RESULTADOS/SALIDAS** |
| **Hallazgos de la Auditoría Interna Fase I:**  **Contexto de la organización**   * 1. **Alcance del SGC**.   De acuerdo con las listas de verificación implementadas en la auditoría interna, se identificó que se tienen que actualizar los centros de trabajo aplicables al servicio de atención a la ciudadanía de conformidad con el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad y los cuales se encuentran referidos en el Manual del Sistema de gestión de la Calidad en la entidad Nayarit.  **Evaluación del Desempeño**  **9.1.2 Satisfacción del cliente**  **9.1.3 Análisis y evaluación.**  Se requiere compromiso de la Alta Dirección para que se tomen las acciones necesarias de forma inmediata para prevenir y corregir los resultados de la Encuesta de satisfacción ciudadana, con la finalidad de asegurar el cumplimiento de la política de la calidad de los Módulos de Atención Ciudadana.  **Observación:**  **9. Evaluación del Desempeño.**  No se tiene evidencia que sustente el tablero de indicadores del proceso de soporte | Validación por la Alta Dirección, Comité de la calidad y Coordinador del SGC | Cedula de no conformidad NCME-07  Cedula de No conformidad NCME-08  Cedula de no conformidad NCOBS-02 |

1. **LOS RESULTADOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN (IMPLEMENTACIÓN DEL SGC)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTRADAS (EVIDENCIAS A REVISAR)** | **VALIDACIÓN** | **RESULTADOS/SALIDAS** |
| Nivel de Implementación del SGC | Validación por la Alta Dirección, Comité de la calidad y Coordinador del SGC | Reporte de Auditoría Interna Fase I |
| Seguimiento del Plan de Mantenimiento del SGC | Validación por la Alta Dirección, Comité de la calidad y Coordinador del SGC | Actividades cumplidas del Plan de Mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad de la Delegación Nayarit para el año 2021. |

1. **LOS RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTRADAS (EVIDENCIAS A REVISAR)** | **VALIDACIÓN** | **RESULTADOS/SALIDAS** |
| Ejecución de la Auditoría Interna Fase I | Validación por la Alta Dirección, Comité de la calidad y Coordinador del SGC | Reporte y resultados de la Auditoría Interna Fase I. |

1. **EL DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES EXTERNOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTRADAS (EVIDENCIAS A REVISAR)** | **VALIDACIÓN** | **RESULTADOS/SALIDAS** |
| Aun no se cuenta valoración de proveedores externos para medir los indicadores de desempeño y de resultados del proceso de materiales y suministros. | Revisión por la Alta Dirección y comité de la calidad. | Presentación de la Información pertinente. |

1. **LA ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTRADAS (EVIDENCIAS A REVISAR)** | **VALIDACIÓN** | **RESULTADOS/SALIDAS** |
| Se contó con los recursos necesarios para la aplicación de la Auditoría Interna Fase I. | Validación por la Alta Dirección, Comité de la calidad y Coordinadores del SGC. | Recursos necesarios para la Auditoría Interna Fase I del SGC en Nayarit. |
| En el mes de junio se enviaron a UNICOM los Oficios INE/JLE/NAY/2522/2020 INE/JLE/NAY/2522/2020, mediante los cuales se solicitó la asignación permanente de 4 equipos de arrendamiento portátiles, para la realización de las actividades correspondientes al mantenimiento de la Certificación de la Calidad ISO 9001-2015. | Validación por la Alta Dirección y Coordinadores del SGC. | Se encuentra en proceso la respuesta por parte de UNICOM. |

1. **LA EFICACIA DE LAS ACCIONES TOMADAS PARA ABORDAR LOS RIESGOS Y LAS OPORTUNIDADES (VER 6.1 DE LA NORMA ISO 9001:2015.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTRADAS (EVIDENCIAS A REVISAR)** | **VALIDACIÓN** | **RESULTADOS/SALIDAS** |
| Evaluación de la efectividad de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades contenidas en las matrices de riesgos y oportunidades 2020 | Validación por la Alta Dirección, Comité de la calidad y Coordinadores del SGC | Evaluación de la efectividad de los riesgos y oportunidades |
| Matrices de Riesgos y Oportunidades de los Procesos Sustantivos y de Soporte para el año 2021 | Validación por la Alta Dirección, Comité de la calidad y Coordinadores del SGC | Aprobación de la actualización de las Matrices de Riesgos y Oportunidades de los Procesos Sustantivos y de Soporte para el año 2021 (PCM-05). |

1. **LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA**

| **ENTRADAS (EVIDENCIAS A REVISAR)** | **VALIDACIÓN** | **RESULTADOS/SALIDAS** |
| --- | --- | --- |
| Como resultado de la Auditoría Interna Fase I no se detectaron oportunidades de mejora: | Validación por la Alta Dirección y Coordinadores del SGC | No aplica |

**COMPROMISOS Y ACUERDOS**

| **ACTIVIDAD** | **RESPONSABLE** | **FECHA INICIO** | **FECHA TÉRMINO** | **ESTATUS** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Aprobación de la modificación al Plan de trabajo del Plan de Cambios y Mejoras PCM-05 | Alta Dirección | 28/06/2021 | 28/06/2021 | Concluida |
| Desarrollo del Plan de intervención para abordar los aspectos deficientes encontrados en la aplicación de la encuesta para medir el clima laboral. | Coordinadores del SGC | 29/06/2021 | 08/10/2021 | En proceso |
| Desarrollo de las actividades y seguimiento de cumplimiento a los Planes de Cambios y Mejoras PCM-02, PCM-05 y PCM-07. | Coordinadores del SGC | 29/06/2021 | 08/10/2021 | En proceso |
| Aprobación del plan de trabajo de las Cedulas de No conformidad NCME-07, NCME-08 y NCOBS-02. | Alta Dirección | 28/06/2021 | 28/06/2021 | Concluida |
| Desarrollo de las actividades y seguimiento de cumplimiento a las Cedulas de No conformidad NCME-07, NCME-08 y NCOBS-02. | Coordinadores del SGC  Integrantes del Comité de Calidad del SGC | 29/06/2021 | 08/07/2021 | En proceso |
| Aprobación del Procedimiento para la aplicación de la encuesta de satisfacción ciudadana V1 (NCM-08) | Alta Dirección | 28/06/2021 | 28/06/2021 | Concluida |
| Difusión del Procedimiento para la aplicación de la encuesta de satisfacción ciudadana V1 a los miembros del Comité de la calidad (NCM-08) | Coordinadores del SGC | 03/07/2021 | 03/07/2021 | En proceso |
| Elaboración de las Matrices de Riesgos y Oportunidades de los Procesos Sustantivos y de Soporte para el año 2021. | Coordinadores del SGC | 01/07/2021 | 12/07/2021 | En proceso |

**CONCLUSIONES:**

|  |
| --- |
| * Se realizó el análisis de los resultados obtenidos en la Auditoría Interna Fase I al SGC. * Se aprobó la modificación al Plan de trabajo del Plan de Cambios y Mejoras PCM-05 * Se aprobó el plan de trabajo de las Cedulas de No conformidad NCME-07, NCME-08 y NCOBS-02. * Se aprobó el Procedimiento para la aplicación de la encuesta de satisfacción ciudadana V1. * Se aprobó la elaboración de las Matrices de Riesgos y Oportunidades de los Procesos Sustantivos y de Soporte para el año 2021 |

**CONTROL DE ASISTENCIA**

| **ROL** | **NOMBRE** | **FIRMA DE ASISTENCIA** |
| --- | --- | --- |
| Alta Dirección | Mtro. Eduardo Manuel Trujillo Trujillo |  |
| Alta Dirección | Mtra. Verónica Sandoval Castañeda |  |
| Alta Dirección | Mtro. Ignacio Rodríguez Villaseñor |  |
| Alta Dirección | Lic. Pablo García Martínez |  |
| Coordinador del SGC | Mtra. Luz Elena Rodríguez López |  |
| Coordinador del SGC | Raúl Carrillo Manríquez |  |
| Coordinador del SGC | Lic. Roselbet Toledo Mayoral |  |