



PROCEDIMIENTO:
AUDITORÍA INTERNA

<p style="text-align: center;">Elaboró</p>  <p>Lic. Darlen Rodríguez Soledad Jefa de Oficina de Gestión de la Calidad</p>	<p style="text-align: center;">Revisó</p>  <p>Mtra. Juliana Andrea Enríquez Peña Subdirectora de Planeación Evaluación y Estadística</p>	<p style="text-align: center;">Autorizó</p>   <p>Dra. María Rocío Torres Soto Rectora</p> <p style="text-align: right;">UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE AMOZOC RECTORÍA</p>
---	--	---

<p>Procedimiento: Auditoría Interna</p>	<p>Código: P-PLA-06</p>	<p>Versión: 02</p>
<p>Responsable del procedimiento: Jefatura de Oficina de Gestión de la Calidad Última actualización: 12/07/2021</p>	<p>Requisito: 9.2</p>	<p>Página 1 de 10</p>

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para dirigir la planificación y realización de las Auditorías Internas que permitan verificar la implantación, operación, mantenimiento y conformidad del Sistema de Gestión Integral implementado en la Universidad Politécnica de Amozoc, con respecto a los requisitos de las normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 y NMX-R-025-SCFI-2015

2. ALCANCE.

- 2.1 Rectoría
- 2.2 Unidades Administrativas
- 2.4 Auditoras y Auditores Internos

3. POLITICAS DE OPERACIÓN

3.1 Las fechas de auditorías internas se establecen en el Programa Anual de los Sistemas de Gestión R-PLA-06-01, las fechas estarán sujetas a cambios dependiendo de las actividades, compromiso y/o cargas de trabajo de la Universidad.

3.2 Se debe asegurar la independencia de los auditores y auditoras; la o el auditor no debe auditar su propio trabajo.

3.3 La o el Auditor Líder es calificado y seleccionado, considerando los siguientes lineamientos:

- Haber tomado y aprobado un curso de Auditores Internos.
- Tener mínimo seis meses laborando en la Universidad (o a criterio del Rector, con la finalidad de asegurar su conocimiento en los procesos de la Institución.
- Haber participado en al menos 2 auditorías como Auditor Interno en la Universidad, en caso de no tener experiencia como Auditor Líder.

3.5 La o el Auditor Interno es calificado y seleccionado, considerando los siguientes lineamientos:

- Haber tomado y aprobado un curso de Auditores Internos.
- Haber participado en al menos 2 auditorías como Auditor en Formación en caso de no tener experiencia como Auditor Interno.

3.6 El Auditor en Formación es calificado y seleccionado, considerando los siguientes lineamientos:

- Haber tomado y aprobado un curso de Auditor Interno.

3.7 En caso de que exista alguna indisposición para recibir la auditoría por cualquiera de las Unidades Administrativas a auditar, se informa por escrito a la o el Auditor Líder con un plazo mínimo de 3 días hábiles antes de la ejecución de la auditoría, indicándose el motivo de la cancelación, con la finalidad de que la o el Auditor Líder pueda reprogramarla.

3.8 La reunión de apertura la realizara la o el Auditor Líder, y deberán estar en ella Rectoría, las Unidades Administrativas, los responsables de cada procedimiento y el Equipo Auditor.

3.9 En caso de ser necesario, la o el Auditor Líder programa en la agenda de trabajo anexa a la Notificación de Auditoría, una reunión entre auditores, la cual es previa a la reunión de cierre.

3.10 Los hallazgos encontrados durante la auditoría se clasifican de la siguiente manera:

- No Conformidad Menor: Es la ausencia o la no aplicación de un criterio en procedimientos
- No Conformidad Mayor: Es el incumplimiento de los requisitos de la norma.
- Oportunidad de mejora: Es el potencial incumplimiento en forma aislada de alguna parte de un criterio de la norma que de no ser atendido se puede convertir en una No Conformidad.
- Observaciones: Es el incumplimiento en forma aislada de alguna parte de un criterio de la norma.

3.11 Todas las no conformidades derivadas de auditoría, deben ser solventadas mediante el registro R-PLA-04-01 Acción Correctiva.

3.12 Al concluir la auditoría y a partir del momento en que se difunda el Informe de la misma, el tiempo máximo para elaborar y entregar una acción correctiva a la Oficina de Gestión de Calidad, es de 5 días hábiles como máximo por parte del responsable del proceso estratégico en donde se halle la no conformidad, o a quien éste asigne como responsable de atenderla.

4. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

Secuencia	Responsable	Actividad	Cuando	Código del registro
		Programación de la Auditoría		
1	Oficina de Gestión de Calidad	Verifica el Programa Anual de los Sistemas de Gestión y las auditorías a realizar	Antes de cada auditoría	R-PLA-06-01
2	Rectoría	Asigna al auditor líder, el cual será responsable de coordinar y dirigir la auditoría interna. Se le envía Memorándum de enterado	15 días antes de la auditoría	---
3	Rectoría Auditor o Auditora Líder	Seleccionan a los miembros del Equipo Auditor, de acuerdo a las Políticas de Operación de este procedimiento. Se le envía Memorándum de enterado	13 días antes de la auditoría	---
		Planificación de la Auditoría		
4		Preparan Notificación de Auditoría, donde se indica la fecha de realización,	10 días antes de la auditoría se	R-PLA-06-02

Procedimiento: Auditoría Interna

Código: P-PLA-06

Versión: 02

Responsable del procedimiento: Jefatura de Oficina de Gestión de la Calidad

Requisito: 9.2

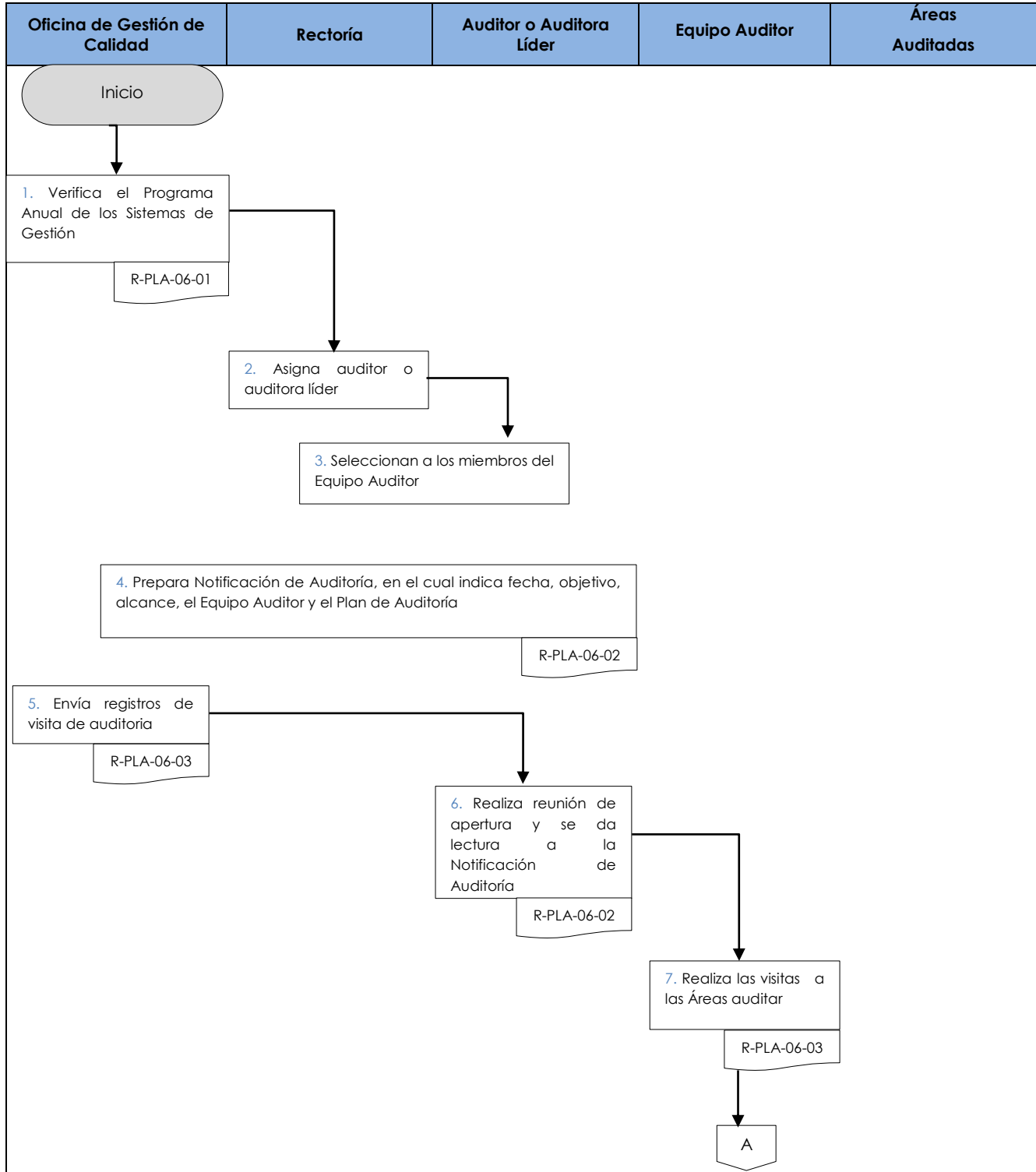
Página 3 de 10

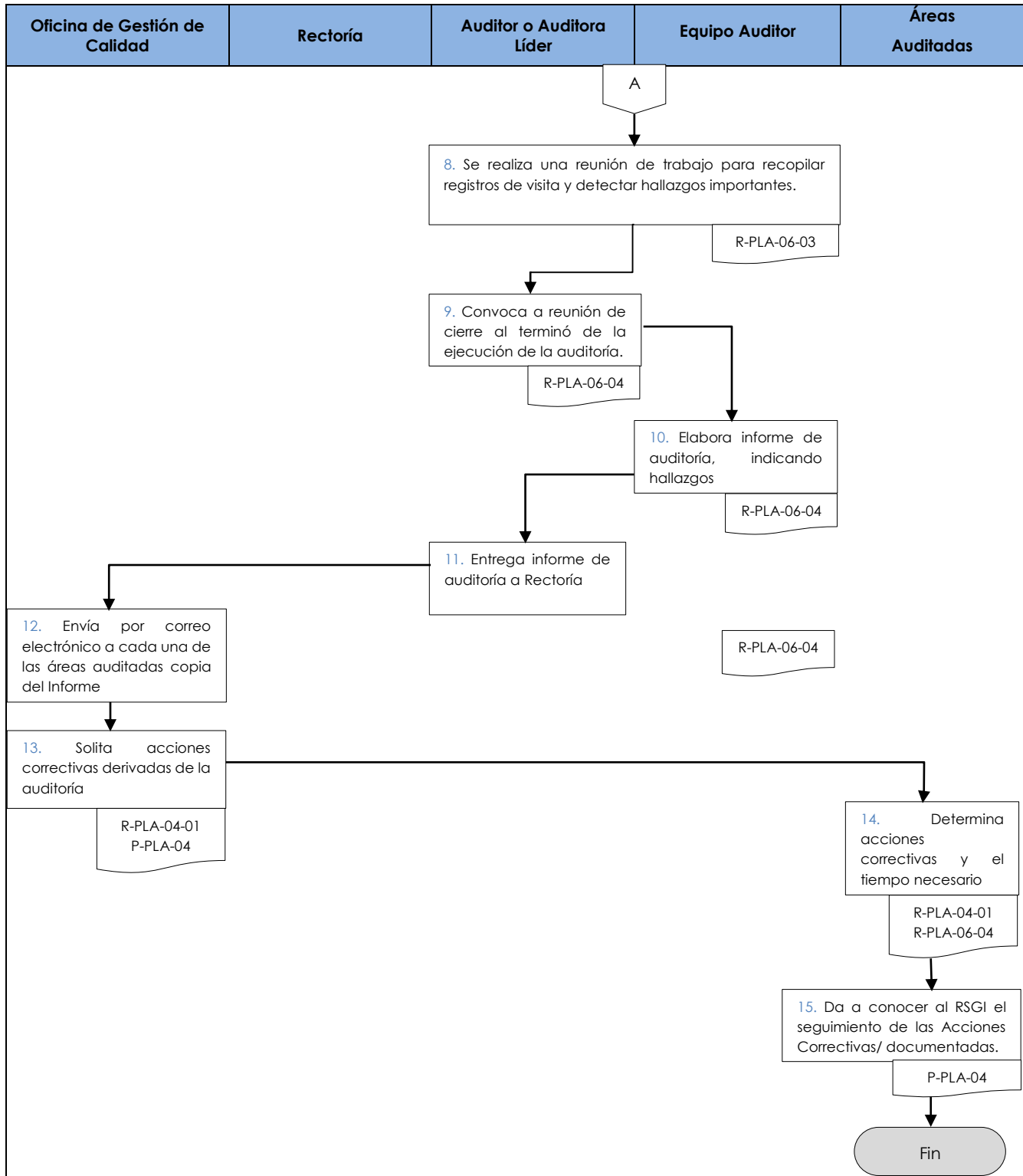
Última actualización: 12/07/2021

Secuencia	Responsable	Actividad	Cuando	Código del registro
	Auditor o Auditora Líder Oficina de Gestión de Calidad	el objetivo, el alcance, el Equipo Auditor y el Plan de Auditoría Programado; dicho documento es enviado a las diferentes áreas de la Universidad a auditar, por lo menos con 10 días de anticipación a la fecha programada.	envía por correo electrónico	
5	Oficina de Gestión de Calidad	Envía registros de visita de auditoría a equipo auditor	Una vez confirmadas las fechas	R-PLA-06-03
		Ejecución de la Auditoría		
6	Auditor o Auditora Líder	Realiza la reunión de apertura y se da lectura a la Notificación de Auditoría, dando a conocer el objetivo y el alcance de la auditoría, los criterios de auditoría, la agenda de trabajo y la metodología a seguir para la ejecución de la misma.	Apertura de auditoría	R-PLA-06-02
7	Equipo Auditor	Realiza las visitas respectivas a las Áreas administrativas a auditar, de acuerdo al Plan de Auditoría anexo a la Notificación de Auditoría, recopilando en cada proceso las evidencias y los hallazgos a través del registro de Visita de Auditoría en la cual se toman las notas pertinentes sobre las evidencias de cumplimiento y de no cumplimiento	Durante la auditoría	R-PLA-06-03
8	Equipo Auditor Auditor o Auditora Líder	Al término de la auditoría se realiza una reunión de trabajo para recopilar registros de visita y detectar hallazgos importantes.	Al término de la auditoría	R-PLA-06-03
9	Auditor o Auditora Líder	Convoca a reunión de cierre al término de la ejecución de la auditoría y da un breve informe verbal del resultado de la auditoría, considerando los hallazgos más importantes, dando a conocer la fecha de entrega del Informe de Auditoría R-PLA-06-04, la cual no deberá pasar de 5 días hábiles después de ejecutada la auditoría.	Cierre de auditoría	R-PLA-06-04

Secuencia	Responsable	Actividad	Cuando	Código del registro
		Informe de Auditoría		
10	Equipo Auditor	Elabora el Informe de Auditoría, indicando los hallazgos detectados	Después de la auditoría o el mismo día al término de la misma	R-PLA-06-04
11	Auditor o Auditora Líder	Entrega Informe final de Auditoría a Rectoría recabando firma o acuse de recibo.	Después de la auditoría no pasar de 5 días.	R-PLA-06-04
12	Oficina de Gestión de Calidad	Envía por correo electrónico a cada una de las áreas auditadas una copia del informe de auditoría.	Se tiene informe completo y autorizado por Rectoría	---
		Seguimiento		
13	Oficina de Gestión de Calidad	Toma como base el Informe de Auditoría para solicitar, a quien corresponda, los registros denominados Acción Correctiva, los cuales sirven para dar seguimiento a las no conformidades detectadas durante la auditoría, considerando lo dispuesto en el procedimiento denominado No Conformidades y Acciones Correctivas	Solicitar acciones correctivas	R-PLA-04-01 P-PLA-04
14	Áreas Auditadas	Determina las acciones correctivas y el tiempo necesario para solucionar las no conformidades indicadas en el Informe de Auditoría, así mismo asigna a un responsable para su seguimiento y desahogo, por medio del registro Acción Correctiva	Trabaja las No Conformidades	R-PLA-06-04 R-PLA-04-01
15	Áreas Auditadas	Da a conocer a la Oficina de Gestión de Calidad el seguimiento de las acciones correctivas y preventivas para el desahogo efectivo de las no conformidades, con base en el procedimiento de Acciones Correctivas.	Se informa seguimiento de las acciones	P-PLA-04

5. DIAGRAMA DE FLUJO





6. GLOSARIO

ACCIÓN PREVENTIVA: Acción tomada para prevenir una desviación potencial.

ACCIÓN CORRECTIVA: Acción tomada para eliminar una desviación.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA: Extensión y límites de una auditoría.

AUDITORÍA: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de los procedimientos que conforman el sistema de gestión de integral, y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los requisitos exigibles en la norma vigente o de actualización y así comprobar de la efectividad de dicho sistema para conseguir que el producto o servicio de calidad.

AUDITOR: Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.

AUDITOR O AUDITORA LÍDER: Auditor que tiene los conocimientos y habilidades necesarias para desarrollar una relación de trabajo planificado de organización, dirección y orientación dentro de una auditoría interna de calidad. Así como de liderar al equipo auditor para alcanzar los objetivos de la auditoría, preparar y completar el informe final de auditoría.

AUDITADO: Persona, área, proceso u organización que es auditada.

CRITERIOS DE AUDITORÍA: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA: Resultado de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.

CONFORMIDAD: Cumplimiento de un requisito

DESVIACIÓN: Toda aquella obtenida mediante buzón de quejas y/o sugerencias, hallazgos en una auditoría interna o externa, análisis de indicadores, Auditoría de Servicio, Evaluación del clima laboral, Mejoras al SGC.

EQUIPO AUDITOR: Conjunto de auditores internos y Auditor líder que llevarán a cabo la auditoría interna.

EVIDENCIA DE LA AUDITORÍA: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditorías, pueden ser cualitativas o cuantitativas.

HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito

OBSERVACIÓN: Detección de una no conformidad potencial.

OPORTUNIDAD DE MEJORA: Detección de un área susceptible a una mejora.

Procedimiento: Auditoría Interna	Código: P-PLA-06	Versión: 02
Responsable del procedimiento: Jefatura de Oficina de Gestión de la Calidad Última actualización: 12/07/2021	Requisito: 9.2	Página 8 de 10

PLAN DE AUDITORÍA: Descripción de los objetivos, criterios, alcance, recursos, tiempos y actividades para llevar a cabo una auditoría.

PROGRAMA ANUAL DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN: Conjunto actividades de calidad planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

DEBILIDAD: Es el incumplimiento de forma aislada de alguna parte de un criterio de la norma.

SGI: Sistema de Gestión Integral.

UPAM: Universidad Politécnica de Amozoc.

VISITA DE AUDITORÍA: Asistencia del auditor al área designada para reunirse con el auditado donde podrá realizar entrevistas, revisiones documentales o alguna inspección correspondiente a la auditoría.

ÁREA SOLICITANTE: Son todas las áreas de la Universidad

7. REGISTROS

Código	Nombre del Registro	Tiempo de conservación	Responsable
R-PLA-06-01	Programa Anual de los Sistemas de Gestión	1 año	Oficina de Gestión de la Calidad
R-PLA-06-02	Notificación de Auditoría	1 año	Oficina de Gestión de la Calidad
R-PLA-06-03	Visita de Auditoría	1 año	Oficina de Gestión de la Calidad
R-PLA-06-04	Informe de Auditoría	1 año	Oficina de Gestión de la Calidad

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Código	Nombre del Documento
N/A	Norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad
N/A	Norma ISO 14001:2015 Sistema de Gestión Ambiental
MSGI	Manual del Sistema de Gestión Integral

Procedimiento: Auditoría Interna	Código: P-PLA-06	Versión: 02
Responsable del procedimiento: Jefatura de Oficina de Gestión de la Calidad Última actualización: 12/07/2021	Requisito: 9.2	Página 9 de 10

9. CONTROL DE CAMBIOS

No. Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del cambio
01	14/06/2019	Ajustes generales correspondientes al SGI. El control histórico de los cambios se mantiene en el procedimiento anterior al presente.
02	12/07/2021	Se actualizaron las firmas de quien revisa y autoriza. Se actualizo de requerimiento a requisito y de última revisión a última actualización. Se modificó el objetivo, cumpliendo la estructura de verbo en infinitivo +objeto + condición. En alcance se elimina inicio y termino del procedimiento, solo se colocan las áreas involucradas para el cumplimiento de este. Se actualizaron las políticas para mejorar las condiciones y cumplimiento del procedimiento. Se agregó al procedimiento como consecutivo 8 los documentos de referencia y se modificó de proceso o documento a nombre del documento.