



PROCEDIMIENTO:
AUDITORÍA INTERNA

<p style="text-align: center;">Elaboró</p>  <p>Lic. Darlen Rodríguez Soledad Coordinadora de Gestión de Calidad</p>	<p style="text-align: center;">Revisó</p>  <p>Mtro. José Manuel Atonal Sánchez Subdirector de Planeación Evaluación y Estadística</p>	<p style="text-align: center;">Autorizó</p>   <p>Dra. María Rocío Torres Soto Rectora</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Procedimiento: Auditoría Interna	Código: P-PLA-06	Versión: 04
Responsable del procedimiento: Coordinación de Gestión de Calidad Última actualización: 20/09/2023	Requisito: 9.2	Página 1 de 10

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 Auditorías Internas 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 de la o el 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 Auditora o Auditor Líder.

3.4 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.

3.5 En caso de que exista alguna indisposición para recibir la auditoría, se debe informar 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.

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

3.7 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.

3.8 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.

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

3.10 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 Coordinación 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.

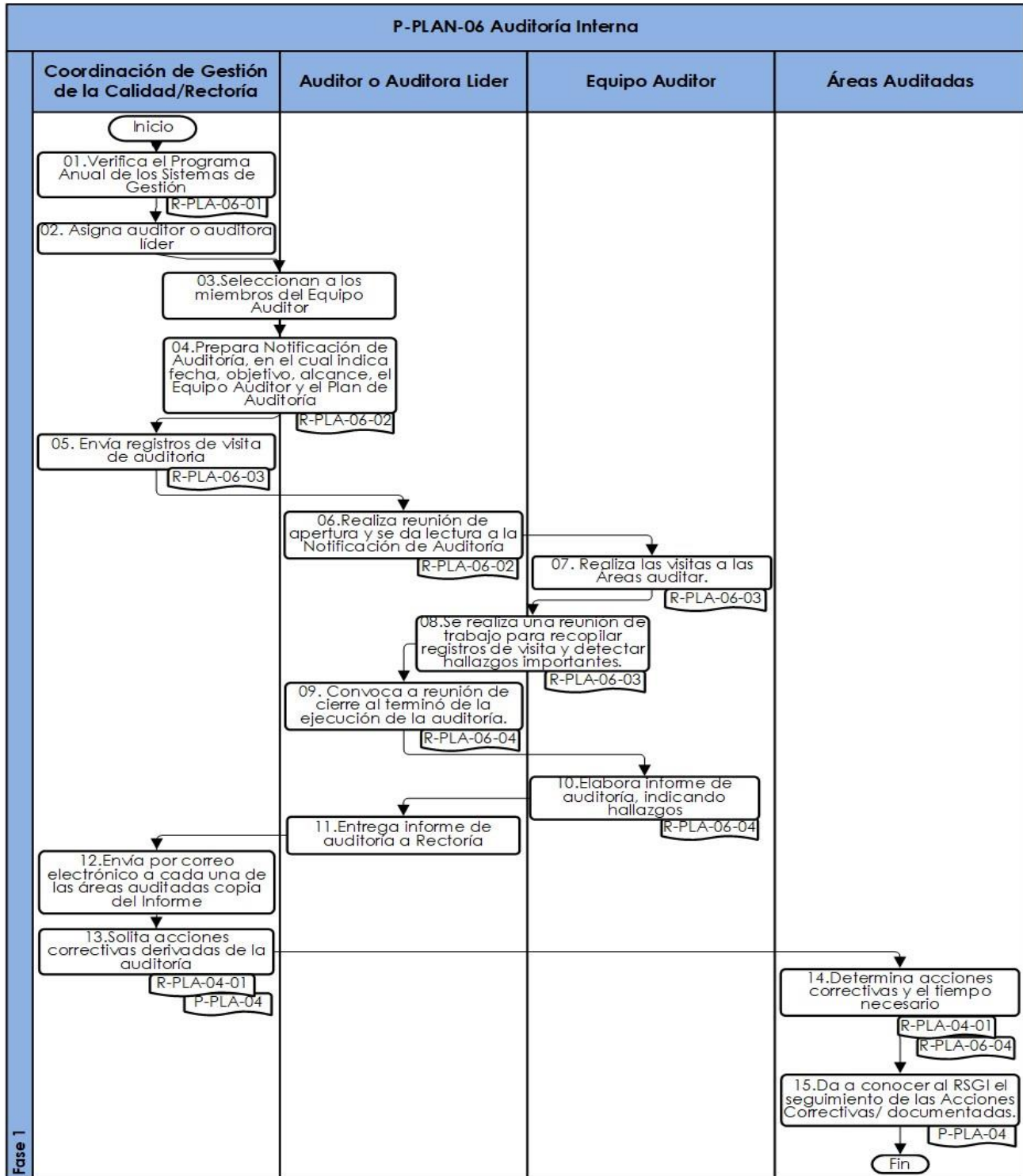
4. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

Secuencia	Responsable	Actividad	Cuando	Código del registro
		Programación de la Auditoría		
1	Coordinación de Gestión de Calidad	Verifica el Programa Anual de 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	Auditor o Auditora Líder	Preparan Notificación de Auditoría, donde se indica la fecha de realización, el objetivo, el alcance, el Equipo Auditor y el Plan de	10 días antes de la auditoría se envía por	R-PLA-06-02

Secuencia	Responsable	Actividad	Cuando	Código del registro
	Coordinación de Gestión de Calidad	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.	correo electrónico	
5	Coordinación 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	Cierre de auditoría	R-PLA-06-04

Secuencia	Responsable	Actividad	Cuando	Código del registro
		Auditoría R-PLA-06-04, la cual no deberá pasar de 5 días hábiles después de ejecutada la auditoría.		
		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	Coordinación 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	Coordinación 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

Secuencia	Responsable	Actividad	Cuando	Código del registro
15	Áreas Auditadas	Da a conocer a la Coordinación 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: 04
Responsable del procedimiento: Coordinación de Gestión de Calidad Última actualización: 20/09/2023	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 Auditorias	1 año	Coordinación de Gestión de Calidad
R-PLA-06-02	Notificación de Auditoría	1 año	Coordinación de Gestión de Calidad
R-PLA-06-03	Visita de Auditoria	1 año	Coordinación de Gestión de Calidad
R-PLA-06-04	Informe de Auditoria	1 año	Coordinación de Gestión de 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
N/A	Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación
MSGI	Manual del Sistema de Gestión Integral

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.
03	20/06/2023	Se cambia el nombre del registro de Programa Anual de los Sistemas de Gestión R-PLA-06-01 a Programa Anual de Auditorías. Del punto 8 de políticas de operación se elimina Observaciones: Es el incumplimiento en forma aislada de alguna parte de un criterio de la norma y se coloca oportunidad de mejora.
04	20/09/2023	- Se modifica el nombre de quien revisa. - Se modifica en todo el procedimiento de Jefa de Oficina de Gestión de Calidad o Coordinación de Gestión de Calidad.