

1. Propósito.

Establecer los criterios para la planificación, realización e informe de auditorías internas de la calidad, que permitan determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad opera eficazmente y si es conforme a los requisitos de: la norma ISO 9001, de la organización y las disposiciones planificadas.

2. Alcance.

2.1. Este procedimiento aplica a todos los procesos que conforman el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad.

2.2. Es de observancia a la Alta Dirección, Representante de la Dirección, Responsables de Proceso, Directores de Unidad, actores de proceso, Responsable de Auditorías Internas de Calidad y Equipo auditor interno del Sistema de Gestión de la Calidad.

3. Políticas de Operación.

3.1. Las auditorías internas de la calidad a los procesos que conforman el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad se realizan conforme al programa anual de auditorías internas (AI-FO-02), tomando en consideración el estado, la importancia de los procesos y los resultados de auditorías previas o cuando así lo requiera la alta Dirección.

3.2. Se pueden realizar auditorías internas de manera extraordinaria en los casos siguientes:

- a) Cuando así lo acuerde la Alta Dirección y/o el Representante de la Dirección.
- b) Cuando así lo solicite por escrito el Responsable del Proceso a auditar.
- c) Cuando lo solicite por escrito el Director de Unidad a su respectiva unidad.

3.3. La auditoría interna la realiza un equipo auditor, -el cual contempla a uno o más auditores, al líder del equipo auditor, y de requerirse a observadores y/o expertos técnicos-. Cuando por el alcance de la auditoría solo se requiera a una persona, ésta hará las veces de auditor y líder de la misma.

3.4. Tanto el programa, como el plan de auditoría son de carácter flexible, ya que permiten cambios, tales como la actualización de fechas y alcance de auditoría.

3.4.1. El programa también podrá ser actualizado en caso de que sea necesaria la inclusión de una auditoría extraordinaria no programada.

CONTROL DE EMISIÓN:			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre y puesto	MC. María del Carmen Bojorquez Valdez. Jefa de Sección Auditorías Internas	Lic. Claudia T. Palacios Burgos. Jefa Departamento del SGC	Dr. Sergio Alvarado Altamirano Representante de la Dirección.
Firma			

3.5. Los hallazgos de auditoria se clasifican en: conformidad, observación y no conformidad según aplique, y para declarar estos se debe cumplir con tres elementos: a) Señalar el requisito, b) Evidencia (esta también puede ser visual), c) Descripción del hallazgo.

3.6 Los criterios para constituir una NC u Observación son:

3.6.1 No conformidad.

- Si se identifica el incumplimiento de un requisito aplicable de la norma ISO 9001 vigente o del proceso, que afecta la calidad o conformidad del servicio.
- Si una observación identificada en auditoria previa, reincide en la presente.

-Si se identifica incumplimiento de algún requisito aplicables de la norma ISO 9001 vigente o del proceso, tres o más veces en diferentes procesos que afecta la calidad o conformidad del servicio, se documenta la no conformidad según aplique, además, la Representación de la Dirección valora la conveniencia de implementar acciones al Sistema, relacionado con el incumplimiento.

3.6.2 Observación:

- Si es falta de cumplimiento de algún requisito que no pone en riesgo al Sistema, la calidad o conformidad del producto o servicio.

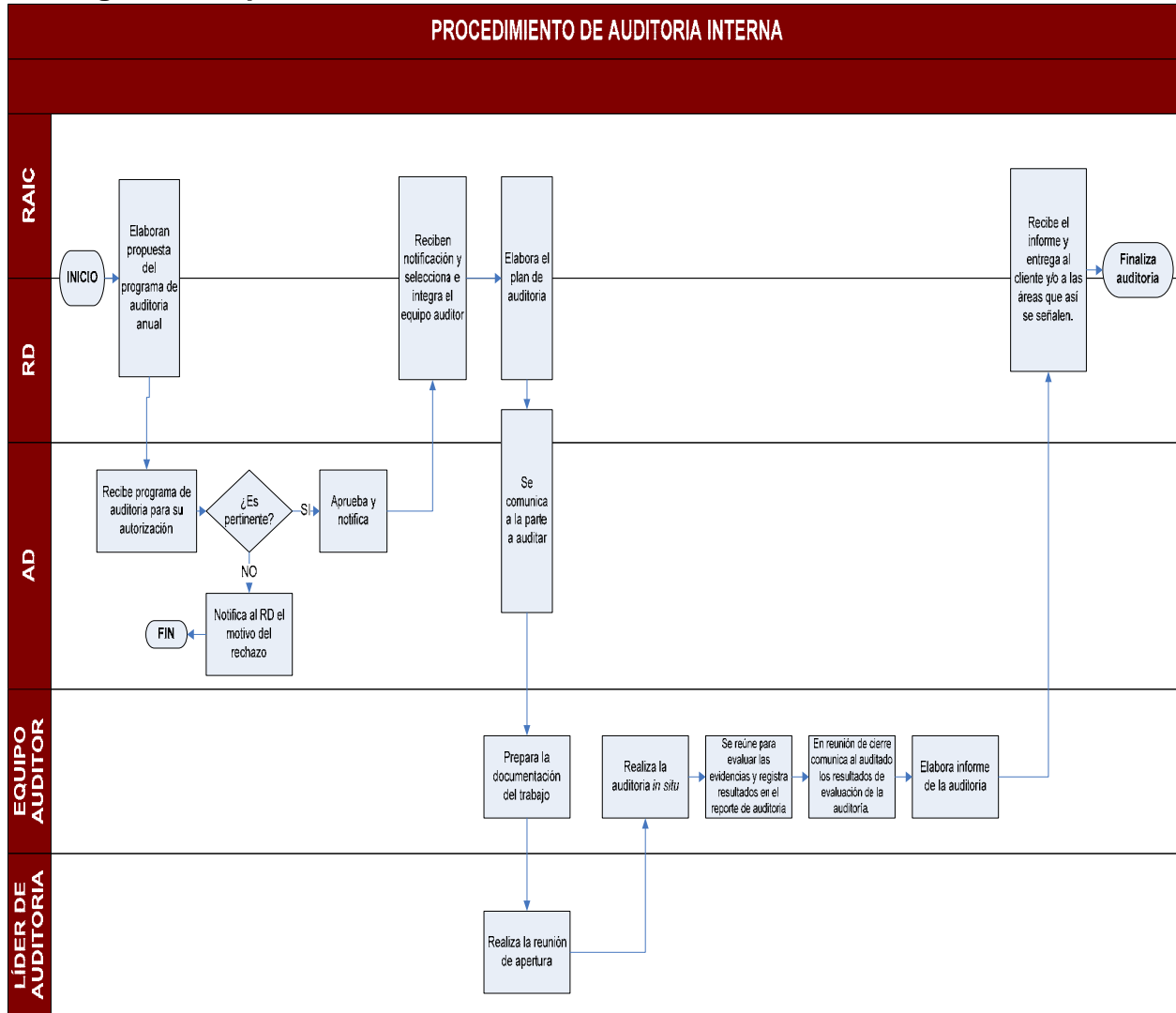
3.7 Cuando el hallazgo se detecta fuera de auditoria la no conformidad u observación esta debe documentarse en el formato (AI-FO-01); cuando este se detecta en auditoria interna y/o externa, esta se documenta en los informes de la misma. Para efectos de seguimiento ambos hallazgos se registran en bitácora (AI-FO-07). Para dar trazabilidad se asigna folio según instrucción de llenado del formato AI-FO-01.

3.8 Las acciones para eliminar las no conformidades u observaciones detectadas así como sus causas se realizarán conforme a lo establecido en el procedimiento de acciones correctivas y preventivas (AI-PR-02), por el área que tuvo el hallazgo. Las actividades de seguimiento y verificación de las acciones implementadas se harán conforme a las políticas señaladas en este procedimiento.

3.9 Al entregar el informe de la auditoria se aplica encuesta de satisfacción al cliente, se debe recabar a una muestra de mínimamente al 90% del total de los procesos auditados. En las Unidades se aplica a los corresponsables de los procesos auditados, en Rectoría a los Responsables del Proceso y Alta Dirección auditados.

3.10 El desempeño del equipo auditor es evaluado por la parte auditada y el propio equipo conforme a los criterios establecidos.

4.- Diagrama del procedimiento:



5.- Descripción del Documento.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1. Planificación de las auditorías internas.	<p>1.1. Se elabora la propuesta del programa de auditoría y se somete a aprobación. Una vez autorizada se publica para su difusión.</p> <p>1.2. De haber una solicitud de auditoría, fuera del programa, se somete a aprobación según corresponda y se notifica al solicitante (cliente) de la misma (política 5.2.)</p>	Responsable de auditorías internas de la Calidad (RAIC) y Representante de la Dirección (RD)
2.- Selección e Integración del equipo y líder auditor.	<p>2.1. Se selecciona e integra al equipo auditor. <i>(la notificación de la selección la podrá realizar la Alta Dirección y/o el Representante de la Dirección)</i></p> <p>2.2. Se asignan funciones y responsabilidades al equipo auditor.</p>	Responsable de auditorías internas de calidad. (RAIC)
3.- Elaboración del plan de auditoría.	<p>3.1. Se definen los criterios, alcance, objetivo, lugar y fechas de la auditoría, -entre otros-, para la realización de la misma (AI-FO-03)</p> <p>3.2 De ser necesario se elabora documento con recomendaciones a verificar en los procesos por el equipo auditor.</p>	Representante de la Dirección (RD), (RAIC) y Líder del equipo auditor.
4.- Notificación de auditoría.	4.1. Se comunica a la parte a auditar el plan de auditoría, a través de uno de los medios de comunicación interna.	Alta Dirección y/o Representante de la Dirección.
5.- Preparación y revisión de la documentación de trabajo.	<p>5.1. Se lleva a cabo una revisión de la documentación de los procesos y del sistema, conforme a los objetivos del plan de auditoría, para que a partir de esta actividad se elaboren las listas de verificación, -las cuales serán las directrices de trabajo o herramientas auxiliares en la auditoría-, y se preparen los formatos que señala este procedimiento.</p> <p>5.2. Se le notifica al RD y/o RAIC el estado de la documentación revisada; si la documentación presenta alguna inconsistencia, éstos a su vez, comunican a al área que corresponda para que se tomen las medidas pertinentes.</p>	Equipo auditor.

6.- Reunión de apertura	6.1. Se realiza la reunión de apertura con la parte auditada, a fin de confirmar el plan de auditoria (AI-FO-03) ,proporcionar resumen de las actividades de auditoria, confirmar canales de comunicación y proporcionar al auditado la oportunidad de realizar preguntas.	Líder del equipo auditor
7.- Realización de la auditoria in situ	7.1. Durante la auditoria in situ se recopilan los registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información pertinente para los criterios de auditoria los cuales deben ser verificables para constituirse como evidencias. <i>Los métodos para recopilar la información incluyen entrevistas, observación de actividades y/o revisión de documentos.</i>	Equipo Auditor
8.- Resultados de la evaluación de las evidencias de la auditoria.	El equipo auditor se reúne para evaluar las evidencias de la auditoria recopiladas, cuyos resultados se registrarán en el reporte de auditoria. (Agenda de reunión de cierre).	Equipo auditor
9.- Reunión de cierre.	Al término de la auditoria, se realiza reunión de cierre, el equipo auditor da a conocer las conclusiones de la misma (AI-FO-05).	Líder del equipo auditor
10.- Elaboración del informe de auditoria interna.	Elaboran el informe de auditoria, el cual proporciona los hallazgos y conclusiones de la auditoria, tras considerar las evidencias y objetivo de la auditoria.	Líder del Equipo auditor y RAIC
11.- Entrega del informe final de auditoria interna.	Se hace entrega del informe al cliente de la misma y/o a las áreas que así se señalen.	Representante de la Dirección y/o RAIC
12.- Fin de la auditoria interna.	Se considera finalizada la auditoria, una vez que el plan de auditoria se ha ejercido y el informe de auditoria se ha distribuido.	Representante de la Dirección y/o RAIC.

6.-Responsabilidad y autoridad:

6.1. Alta Dirección

- 6.1.1 Revisar la pertinencia del programa de auditoria y aprobar su implementación.
- 6.1.2 El programa inicial es autorizado por Rector, las actualizaciones de su seguimiento son autorizadas por el Representante de la Dirección
- 6.1.3 Otorgar los recursos necesarios para la realización de auditorias internas de calidad.
- 6.1.4 Notificar la auditoria a la parte a auditar, mediante uno de los medios de comunicación interna o delega al RD.

6.2. Representante de la Dirección

- 6.2.1 Someter la propuesta del programa de auditorias internas ante la Alta Dirección.
- 6.2.2 Gestionar los recursos necesarios para la realización de las auditorias internas de calidad.
- 6.2.3 Revisa y firma el plan de auditoria.
- 6.2.3 Notificar el plan auditoría a la parte a auditar, mediante uno de los medios de comunicación interna.
- 6.2.4 Entrega el informe de auditoria previa autorización de las partes, a la Alta Dirección y RP.
- 6.2.5 Dar por concluida la auditoria interna con la entrega del informe final.

6.3. Responsable de auditorias internas de calidad. (RAIC)

- 6.3.1 Elaborar la propuesta del programa de auditorias internas y someterla a aprobación por el RD.
- 6.3.4 Elaborar el plan de auditoria.
- 6.3.5 Seleccionar e integrar al equipo auditor y designar funciones al mismo.
- 6.3.6 Coordinar con el RD las actividades de planificación de las auditorias internas.
- 6.3.7 Coordinar con el equipo auditor, las actividades de realización de las auditorias internas in situ.
- 6.3.8 Apoyar al RD en la entrega del informe de auditoria interna a la Alta Dirección y RP.
- 6.3.9 Comunicar en la intranet del SGC el informe de auditoria interna.
- 6.3.10 Registrar en bitácora los hallazgos derivados de auditoria interna.
- 6.3.11 Elaborar en coordinación con el líder del equipo auditor el informe de auditoria (AI-FO-06)

6.4. Líder del equipo auditor

- 6.4.1 Presidir reunión de apertura con la parte auditada.
- 6.4.2 Realizar auditoria interna -recopilar y verificar la información para constituirla como evidencia de la auditoria-
- 6.4.3 Mostrar disponibilidad para el cumplimiento del plan de auditoria.
- 6.4.4 Realizar la práctica de auditoria interna con todo profesionalismo y objetividad.
- 6.4.5 Presidir reunión de cierre para dar a conocer al auditado los hallazgos y conclusiones de la auditoria in situ.

6.4.6 Elaborar en coordinación con RAIC el informe de auditoria y documentar las no conformidades resultantes.

6.4.7 Aplazar o suspender la auditoria in situ en caso de no encontrarse las condiciones para el desarrollo de la misma.

6.4.8 Recabar y aplicar la evaluación del desempeño del equipo auditor.

6.5. Equipo auditor

6.5.1 Preparar y revisar la documentación de trabajo para la realización de la auditoria interna y de requerirse notificar al RD y/o RAIC el estado de la documentación del SGC.

6.5.2 Realizar auditoria interna -recopilar y verificar la información para constituir la como evidencia de la auditoria-.

6.5.3 Mostrar disponibilidad para el cumplimiento del plan de auditoria.

6.5.4 Realizar la práctica de auditoria interna con todo profesionalismo y objetividad.

6.5.5 Dar a conocer al auditado los hallazgos y conclusiones de la auditoria in situ.

6.5.6 Evaluar el desempeño del líder del equipo auditor.

6.6. Responsables de proceso

6.6.1 Colaborar con el equipo auditor para el cumplimiento del plan de auditoria.

6.6.2 Asegurar la disponibilidad de los actores de su proceso, para atender la auditoria in situ.

6.6.3 Proporcionar al equipo auditor la información que le sea solicitada previa y durante el ejercicio de la auditoria.

6.6.4 Dar seguimiento oportuno a los hallazgos de la auditoría al proceso.

6.6.5 Evaluar el desempeño del equipo auditor.

6.7. Auditados

6.7.1 Colaborar con el equipo auditor para el cumplimiento del plan de auditoria.

6.7.2 Mostrar disponibilidad para la realización de las auditorias internas de calidad.

6.7.3 Proporcionar al equipo auditor la información que le sea solicitada previa y durante el ejercicio de la auditoria.

6.7.4 Contribuir al seguimiento y cierre de los hallazgos de auditoría al proceso.

6.7.5 Evaluar el desempeño del equipo auditor.

7.- Registros.

Identificación	Almacenamiento	Protección	Recuperación	Tiempo de ret. Y disposición
Programa de auditoría (AI-FO-02)	Jefatura de Sección de Auditorías Internas Página web del SGC http://promac.udo.max/sgc Respaldo por el Jefe Depto. Desarrollo Sistemas)	Carpetas físicas y archivo electrónico.	Por título "Programa de auditoría (año)	1 año (pasado este tiempo se elimina)
Plan de auditoría (AI-FO-03)	Jefatura de Sección de Auditorías Internas Página web del SGC http://promac.udo.max/sgc Respaldo por el Jefe Depto. Desarrollo Sistemas)	Carpetas físicas y archivo electrónico.	Por título "Plan de auditoría (año)	1 año (pasado este tiempo se elimina)
Agenda de reunión de apertura (AI-FO-04)	Jefatura de Sección de Auditorías Internas (n/a respaldo)	En carpetas físicas.	Por fechas	1 año (pasado este tiempo se destruye)
Agenda de reunión de cierre (AI-FO-05)	Jefatura de Sección de Auditorías Internas (n/a respaldo)	En carpetas Físicas	Por fechas	1 año (pasado este tiempo se elimina)
Listas de verificación	Jefatura de Sección de Auditorías Internas (n/a respaldo)	En carpeta física	Por fechas	Concluido el informe de auditoría se elimina)
Informe de la auditoría interna (AI-FO-06)	Jefatura de Sección de Auditorías Internas Página web del SGC http://promac.udo.max/sgc Respaldo por el Jefe Depto. Desarrollo Sistemas)	En carpetas físicas y archivo electrónico.	Por fechas	2 año (pasado este tiempo se Elimina)
Bitácora de seguimiento de las acciones. (AI-FO-07)	Jefatura de Sección de Auditorías Internas Respaldo en dispositivo externo de almacenamiento.	En archivo electrónico.	Por fecha	2 año (pasado el tiempo se elimina)
Evaluación de desempeño del equipo auditor (AI-FO-08)	Jefatura de Sección de Auditorías Internas n/a respaldo	En archivo físico	Por nombre del auditor y fecha de la auditoría	1 año (pasado el tiempo se destruye)
Encuesta de satisfacción del cliente. (AI-FO-09)	Jefatura de Sección de Auditorías Internas n/a respaldo	En archivo físico	Por nombre del auditor y fecha de la auditoría	1 año (pasado el tiempo se destruye)

8.- Documentos de origen externo.

Control de documentos de origen externos		
Nombre y/o identificación del documento.	Responsable de control y distribución.	Personal con acceso al documento.
Norma ISO 9000 Vigente. Fundamentos y Vocabulario.	Responsable de control de documentos	Todo el personal de la institución. (página web del SGC)
Norma ISO 9001 Vigente. Requisitos para los SGC.	Responsable de control de documentos	“ “
Norma ISO 19011 Vigente. Directrices para la auditoria de los SGC y/o ambiental.	Responsable de control de documentos	“ “

9. Definiciones.

9.1. Auditado: Organización o personas que son auditadas.

9.2. Auditor: Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría. Los auditores no deben auditar su propio trabajo, sin embargo si pueden auditar su proceso en otras unidades.

9.3. Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.

NOTA: Las Auditorías internas, se realizan por personal de la Universidad capacitado como auditor, para fines internos y puede constituir la base para la auto declaración de conformidad de una organización.

9.4. Alcance de la Auditoría: Extensión y límites de una auditoría, (sistema de gestión de la calidad completo o una muestra de los procesos).

Nota: El alcance de la auditoria incluye las unidades y los procesos a auditar.

9.5. Cliente de la auditoria: Persona(s) que solicita(n) una auditoria. El cliente principal de la auditoria es la Alta Dirección. Referencia política 3.2.

9.6. Conclusiones de la auditoría: Resultado de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos y hallazgos de la misma.

9.7. Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

9.8. Criterios de auditoria: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.

9.9. Equipo auditor: equipo conformado por uno o más auditores internos que llevan a cabo una auditoría.

NOTA 1: Un auditor del equipo se designa generalmente como auditor jefe/líder del equipo.

NOTA 2: El equipo auditor puede incluir auditores en formación (como observadores) y, cuando sea preciso, expertos técnicos.

NOTA 3: Los observadores pueden acompañar al equipo auditor pero no actúan como parte del mismo.

9.10. Evidencia de la auditoría: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.

NOTA: La evidencia de la auditoría puede ser cualitativa o cuantitativa.

9.11. Experto Técnico: Persona que aporta experiencia o conocimientos específicos con respecto a la materia que se vaya a auditar.

NOTA 1: La experiencia o conocimientos técnicos incluyen conocimientos o experiencia en la organización (3.3.1.), proceso (3.1) o actividad a ser auditada, así como orientaciones lingüísticas o culturales.

NOTA 2: Un experto técnico no actúa como un auditor (3.9.9) en el equipo auditor (3.9.10).

9.12. Hallazgos de la auditoría: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría

NOTA: Los hallazgos de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría.

9.13. Líder del Equipo auditor: Auditor jefe del equipo.

9.14. Lista de verificación: Son herramientas que permiten al auditor contar con una guía de lo que se va a evaluar, así como de generar un historial de lo que se evaluó y las observaciones que surgieron durante la auditoría.

9.15. No conformidad: Incumplimiento de un requisito. La no conformidad u observación es subsanada mediante la aplicación del procedimiento de acciones correctivas.

9.16. Observación: Incumplimiento de algún requisito que no pone en riesgo al Sistema, la calidad o conformidad del producto o servicio.

9.17. Observador: Auditor del equipo en formación. De requerirse acompañan al equipo auditor, pero no interfieren en la realización de la auditoría, sólo asisten o apoyan a los miembros del equipo.

9.18. Plan de auditoría: Es el documento en el que se definen los criterios para la ejecución de la auditoría.

9.19. Programa de la auditoría: Conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

9.20. Dispositivo externo de almacenamiento: Se refiere a USB, DVD, Nube, etc. empleados para el respaldo de registros.

10. Control de cambios.

No. de Ver.	Fecha de:		Descripción de cambios en el documento
	autorización	implementación	
5	30 junio 2010	30 junio 2010	Se actualiza por cambio de versión de la norma ISO y de acuerdo a la nueva estructura documental. Se incluye la política 3.8.1, criterios para constituirse una No conformidad u observación. Se cambia la política 3.9. En los puntos 6.1, 6.2, 6.3, 6.4 y 6.5 se incluyen responsabilidades. Y se actualiza el apartado de registros y referencia por (AI-FO-09)
6	31 agosto 2010	01 septiembre 2010	Se actualiza la política de operación 3.8.1.
7	30 abril 2013	02 mayo 2013	Se actualizó el alcance del procedimiento, En la política 3.2 se incluye el inciso C y se incluyen las políticas 3.9 y 310. Se clarifica el concepto de Observación (9.16). Punto 8 se excluye el año de las normas y se indica es vigente.
8	26-nov.- 2014	26-nov.- 2014	Se clarifica el apartado 7 registros. Se actualiza la política 3.9 relativo a la muestra que se tomará para aplicar la encuesta de satisfacción del cliente. En el apartado de Responsabilidad 6.1 se incluye lo siguiente: "El programa inicial es autorizado por Rector, las actualizaciones de su seguimiento son autorizadas por el Representante de la Dirección".

11. Documentos de Referencia.

11.1 Norma ISO 9001:Vigente de Requisitos

11.2 Norma ISO 9000:Vigente Fundamentos y vocabulario.

11.3 Norma ISO 19011:Vigente Directrices para la auditoria de los SGC y/o ambiental.

11.4 Manual de la calidad. (SGC-MC-01).

11.5 Procedimiento de acciones correctivas y preventivas (AI-PR-02).