



PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS INTERNAS

Código: P 8.2.2 RD 01

Revisión: 3

Página 1 de 11

Fecha: 23/05/2011

Elaboró: RD

Aprobó: Director del SGC

1. PROPÓSITO Y ALCANCE

Propósito

Establecer la metodología y los lineamientos a seguir para la planeación, programación, ejecución y evaluación de las Auditorías Internas que permitan verificar la implantación, operación, mantenimiento y conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) con la norma ISO 9001:2008, así como implementar de acciones correctivas, preventivas y de mejora, que conduzcan a la eficacia de los procesos.

Alcance

Aplica a todas las áreas y los procesos que forman parte del SGC, según se estipula en el Manual de la Calidad de la FCA.

2. NORMATIVIDAD APLICABLE

Norma ISO 9000:2005 Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario

Norma ISO 9001: 2008 Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos (8.2.2)

Norma ISO 19011:2002 Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión de la Calidad y/o Ambiental Manual de la Calidad de la FCA (8.2.2)

Procedimiento de Acciones Preventivas (P 8.5.3 RD 01)

Procedimiento de Acciones Correctivas (P 8.5.3 RD 02)

3. RESPONSABILIDADES

Representante de la Dirección

El Representante de la Dirección (RD) es el responsable de la programación y administración de las auditorías internas, así como de establecer las disposiciones de este procedimiento y garantizar su cumplimiento así como de asegurar la capacitación del personal para el conocimiento y aplicación del mismo.

Auditor Líder (AL) y Equipo Auditor (EA)

Las auditorías internas se aplican por un equipo de auditores, bajo la conducción de un auditor líder que es asignado en cada ocasión por el RD. Son responsables de llevar a cabo la auditoría conforme a los lineamientos establecidos en este procedimiento. Los auditores deben demostrar competencia y formación para que las auditorías al Sistema de gestión de la calidad se efectúen en forma efectiva y que aseguren la objetividad e imparcialidad de la misma.

4. PROCEDIMIENTO

Planificación de Auditorías Internas

4.1 Elaboración del Programa Anual de Auditorías Internas

- 4.1.1 Representante de la Dirección En la primera quincena del mes de enero de cada año el RD elabora el Programa Anual de Auditorías Internas (F 8.2.2 RD 01) tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y de las áreas a

Formando a los líderes globales que Chihuahua necesita



PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS INTERNAS

Código: P 8.2.2 RD 01

Revisión: 3

Página 2 de 11

Fecha: 23/05/2011

Elaboró: RD

Aprobó: Director del SGC

auditar, los resultados de las auditorias previas, la viabilidad para llevar a cabo las auditorias, las quejas de los usuarios, nuevos procesos a fin de verificarlos y validarlos y/o, a solicitud expresa de alguna de las áreas.

Las auditorias internas deberán realizarse como mínimo una vez cada seis meses, para que las no conformidades sirvan de entradas para las Revisiones por la Dirección.

- 4.1.2 Toda auditoria se realizará para verificar el cumplimiento de los requisitos de la norma.
- 4.2 **Autorización del Programa Anual de Auditorias Internas**
- 4.2.1 **Representante de la Dirección** Una vez elaborado el Programa Anual de Auditorias Internas (F 8.2.2 RD 01), el RD lo presenta al Director del SGC (DI) para su aprobación. Lo revisan conjuntamente y, si es necesario, se adecua a las necesidades de la operación. Se firma a efecto de oficializarlo.
- 4.2.2 **Director** Se define el recurso humano, financiero, de tiempo, etc., necesario para la eficaz realización del programa.
- 4.2.3 **Representante de la Dirección** En el transcurso del año se da mantenimiento al Programa Anual de Auditorias Internas (F 8.2.2 RD 01) y se asegura que se cumpla. Pueden realizarse auditorias no programadas o en un periodo menor en caso de que se presente las siguientes situaciones:
- a) Cuando se aprecien cambios significativos en la institución o asignación de nuevas actividades.
 - b) Cuando se aprecie una tendencia negativa en los procesos o en la cantidad de los procesos o productos.
- 4.3 **Difusión del Programa Anual de Auditorias Internas**
- 4.3.1 **Representante de la Dirección** El RD envía el programa, así como cualquier modificación, al Controlador de Documentos (CD) y le solicita subirlo al Sistema UniQ a fin de que todos los involucrados en el SGC puedan conocerlo y consultarlo. A efecto de asegurar la comunicación entre los procesos y la Dirección se envía oficio o correo electrónico informando a los involucrados en el SGC lo anterior.
- 4.3.2 El original del programa se archiva, así como los elementos de difusión como parte de los registros del proceso de auditoria.
- 4.4 **Designación del Auditor Líder**
- 4.4.1 **Representante de la Dirección** Quince días antes de la fecha programada para realizar la auditoria correspondiente se designa al Auditor Líder (AL), basándose en el documento Perfil del Auditor (D 8.2.2 RD 01), y se le indica:
- a) Los días previstos para realizar la auditoria.
 - b) El horario de trabajo en el cual pueden ser entrevistados los participantes en los procesos a auditar.
 - c) Los recursos (materiales, financieros y humanos) y logística disponibles para la auditoria, incluyendo el Listado de Auditores Internos (D 8.2.2 RD 01) disponible.

Formando a los líderes globales que Chihuahua necesita



PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS INTERNAS

Código: P 8.2.2 RD 01

Revisión: 3

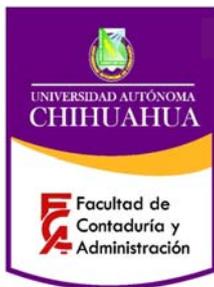
Página 3 de 11

Fecha: 23/05/2011

Elaboró: RD

Aprobó: Director del SGC

- 4.5 **Elaboración del Plan de Auditoria e Integración del Equipo de Auditores**
- 4.5.1 **Representante de la Dirección** Se inicia el proceso de auditoria interna con la elaboración del Plan de Auditoria (F 8.2.2 RD 02). Para esta actividad se cuenta con cinco días hábiles a partir de la designación. La agenda debe incluir:
1. Objetivo
 2. Alcance
 3. Criterios de Auditoria
 4. Equipo auditor, mismo que se integra basándose en la competencia de los auditores y materia a auditar. (Ver Perfil del Auditor D 8.2.2 RD 01).
- 4.6 **Criterios de auditoria, alcance, frecuencia y metodología**
- 4.6.1 **Auditor Líder** Los criterios de auditoria a considerar son: Norma ISO 9001:2008, los propios documentos del proceso, los requisitos legales y/o reglamentarios (cuando aplique) y los requisitos de los registros del proceso o área auditada.
De convenirse algún criterio adicional éste se registrará en el apartado Criterios de Auditoria del formato Plan de Auditoria (F 8.2.2 RD 02).
- 4.6.2 Los aspectos mencionados en el apartado 5.1.1 deben contemplarse en la realización del Plan de Auditoria (F 8.2.2 RD 02), más los establecidos en la norma ISO 19011:2002
- 4.6.3 Los responsables de procesos a ser auditados deben ser informados por lo menos con una semana de anticipación. Se puede acordar con ellos mismos los horarios de su entrevista.
- 4.6.4 El personal entrevistado/Auditado (A), de manera individual, es quien responderá las preguntas. A la ausencia del mismo, éste, a discreción, podrá asignar a un representante que asume la responsabilidad de atender la auditoria.
- 4.6.5 **Representante de la Dirección** En caso de que alguna competencia necesaria para la auditoria no sea cubierta por los auditores disponibles se seleccionará un experto técnico.
- 4.6.6 **Representante de la Dirección y Auditor Líder** Los auditores no podrán auditar su propio trabajo, el de su jefe inmediato y/o subordinado.
- 4.6.7 **Auditor Líder y Equipo Auditor** Se levantará una No-conformidad mayor por la ausencia de, o la falla de implementación y mantenimiento en una o más de las cláusulas de la norma, o en una situación donde, con base en la evidencia objetiva disponible se duda de la habilidad de la organización de proveer un producto conforme.
- 4.6.8 Se identificará una No-conformidad menor donde un requerimiento específico de la norma no sea aplicado consistentemente en las actividades del proceso. Puede también levantarse donde las mediciones



PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS INTERNAS

Código: P 8.2.2 RD 01

Revisión: 3

Página 4 de 11

Fecha: 23/05/2011

Elaboró: RD

Aprobó: Director del SGC

y resultados muestren que los requisitos o los objetivos no se han cumplido, o donde se observe tendencias negativas y no se hayan emitido acciones correctivas y/o preventivas para remediar la situación.

4.6.9 Una observación se documenta cuando se detectan situaciones potenciales que pueden originar una no-conformidad o para resaltar las buenas prácticas que pueda tener la organización.

4.7 Revisión y Aceptación

4.7.1 Representante de la Dirección El Plan de Auditoria (F 8.2.2 RD 02) es revisado para detectar situaciones que puedan alterar el proceso. Si se encuentra alguna, se establece la forma de resolverlo; se hace el cambio en el documento, se imprime y se firma de conformidad.

4.7.2 Se establece de común acuerdo la documentación a emplearse en el proceso (formatos, procedimientos, etc.). Para esto, el JD cuenta con 5 días hábiles para entrega al AL.

4.8 Difusión del Plan de Auditoria

4.8.1 Representante de la Dirección El RD envía al CD el Plan de Auditoria (F 8.2.2 RD 02) solicitándole subirlo al Sistema UniQ a fin de que todos los involucrados en el SGC tengan conocimiento de él. Para asegurar la comunicación se entrega copia con acuse de recibo a los involucrados. Para esto se contemplan los cinco días hábiles siguientes a la fecha de autorización del plan.

4.8.2 Archiva el Plan de Auditoria y elementos de difusión (circulares, correo electrónico, minutas, etc.) como parte de los registros del proceso de auditoria.

Ejecución de la Auditoria

4.9 Planeación y Asignación de Recursos

4.9.1 Auditor Líder El AL da a conocer a cada miembro del Equipo Auditor el Plan de Auditoria (F 8.2.2 RD 02) autorizado; entrega la documentación que aplique al área que va auditar (procedimientos, instrucciones, no conformidades pasadas, etc.), así como la Lista de Preguntas (F 8.2.2 RD 04) y el Procedimiento para Auditorias Internas (P 8.2.2 RD 01).

A fin de entregar documentación, el AL puede decidir entre:

- a) Citar a reunión presencial, misma que coordinará y entregará la documentación citada;
- b) Enviar vía correo electrónico la documentación y solicitar al Auditor Interno acuse de recibo del mismo;
- c) Dar de alta, mientras dura el proceso, a cada Auditor Interno en el Sistema UniQ a fin de que pueda revisar la documentación. Para esto, solicita al RD instruya al CD realice lo conducente e informa al Equipo Auditor del alta de los documentos. Se solicita acuse de recibo.

4.9.2 Auditor Líder y Equipo Cada uno de los auditores del equipo revisa y analiza los documentos que le fueron entregados a efecto de conocer a quién va a entrevistar, cuánto tiempo les va a dedicar y qué evidencia objetiva considera debe

Formando a los líderes globales que Chihuahua necesita



PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS INTERNAS

Código: P 8.2.2 RD 01

Revisión: 3

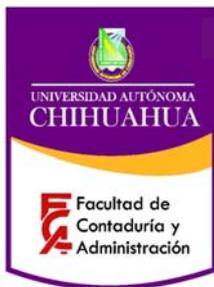
Página 5 de 11

Fecha: 23/05/2011

Elaboró: RD

Aprobó: Director del SGC

- Auditor** recabar, así como preparar la Lista de Preguntas (F 8.2.2 RD 04).
La Lista de Preguntas debe de ser revisada por el AL a fin de asegurar la objetividad de la auditoria.
- 4.9.3 **Auditor Líder** El AL coordina reunión con el equipo auditor un día antes o el mismo día de la auditoria previo a la Reunión de Apertura a fin de instruir en el llenado del Reporte de Auditoria (F 8.2.2 RD 04), clarificar dudas, atender recomendaciones u observaciones y dar orientaciones finales.
- 4.10 **Ejecución de Auditoria Interna**
- 4.10.1 **Auditor Líder** El AL realiza la Reunión de Apertura con los auditados para:
- a) Presentar a los asistentes. Firmar la lista de asistencia de apertura en la Lista de Verificación (F 8.2.2 RD 03).
 - b) Confirmar o ajustar el Plan de Auditoria (F 8.2.2 RD 02).
 - c) Proporcionar un breve resumen de cómo se llevarán a cabo las actividades de auditoria.
 - d) Confirmar los canales de comunicación.
 - e) Dar al auditado la oportunidad de realizar preguntas.
- 4.10.2 **Auditor Líder y Equipo Auditor** Se ejecuta la auditoria recabando mediante entrevistas, observación directa, revisión documental y lo que considere necesario para recabar la evidencia objetiva que le permita establecer el cumplimiento o incumplimiento de los requisitos del sistema.
Los hallazgos deben revisarse con el auditado para obtener el reconocimiento de que la evidencia de la auditoria es exacta y que los hallazgos se hayan comprendido. En caso de que haya una opinión divergente relativa a las evidencias o hallazgos de la auditoria, éstas deberán registrarse en el Reporte de Auditoria (F 8.2.2 RD 04).
- 4.10.3 Se reúnen cuando sea necesario para revisar y clarificar los hallazgos de la auditoria en etapas adecuadas a la misma.
Se documenta en el Reporte Global de Auditoria (F 8.2.2 RD 05) las no conformidades que procedan.
Se actualiza Lista de Verificación de cumplimiento de la auditoria (F 8.2.2 RD 03).
- 4.10.4 **Auditor Líder** En el caso de que la no conformidad sea mayor el auditor líder lo reporta ante el responsable del área auditada.
- 4.11 **Elaboración del Reporte Global de Auditoria**
- 4.11.1 **Auditor Líder y Equipo Auditor** El equipo auditor se reúne antes de la Reunión de Cierre para:
- a) Revisar los hallazgos de la auditoria.
 - b) Acordar las conclusiones de la auditoria.
 - c) Preparar recomendaciones, si estuviera especificado en los objetivos de la auditoria y,
 - d) Comentar el seguimiento de la auditoria, si estuviera incluido en el plan de la misma.
- 4.11.2 **Auditor Líder** Se prepara del contenido del Reporte Global de Auditoria Interna, el cual proporciona un registro completo de la auditoria, preciso, conciso y claro,
Formando a los líderes globales que Chihuahua necesita



PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS INTERNAS

Código: P 8.2.2 RD 01

Revisión: 3

Página 6 de 11

Fecha: 23/05/2011

Elaboró: RD

Aprobó: Director del SGC

que incluye:

- a) Objetivo(s) y Alcance de la auditoria
- b) Identificación de las personas auditadas
- c) Identificación del AL y del equipo auditor
- d) Fechas y lugares donde se realizó la auditoria
- e) Criterios de auditoria
- f) Hallazgos de la auditoria
- g) Conclusiones de la auditoria
- h) Áreas no cubiertas, pero dentro de la auditoria
- i) Opiniones divergentes sin resolver entre el equipo auditor y los auditados
- j) Recomendaciones para la mejora, si se especificó en los objetivos de la auditoria
- k) Planes de acción de seguimiento acordados

4.12 Cierre de Auditoria Interna

4.12.1 Auditor Líder Presenta y explica a los asistentes el Reporte Global de Auditoria Interna (F 8.2.2 RD 05).

Agradece a los asistentes y recaba lista de asistencia y se clarifican las situaciones que procedan.

4.12.2 Se establecen los siguientes acuerdos respecto de las observaciones derivadas de auditoria:

- a) Fecha límite de entrega de Reportes de Acción para su revisión, y, en su caso, si la acción corresponde a la magnitud del hallazgo, ésta se aprueba.
- b) Fecha límite para verificación de la implantación de la acción y en el caso de ser efectiva, cerrarla.
- c) Entrega reporte a RD para su firma de conformidad.

4.13 Difusión de los Resultados de Auditoria Interna

4.13.1 Representante de la Dirección Difunde resultados de auditoria en toda la organización, mediante medios impresos ó electrónicos; se contemplan dos días hábiles después de la fecha de elaboración del reporte.

4.13.2 Archiva el Reporte Global de Auditoria (F 8.2.2 RD 05) y elementos de difusión como parte de los registros del proceso de auditoria.

4.14 Distribución de No Conformidades al Área Auditada

4.14.1 Representante de la Dirección Se entrevista con el responsable del área donde se encontraron hallazgos, explica la naturaleza de los mismos para que se establezca la acción correctiva, preventiva o de mejora, de acuerdo a la magnitud del hallazgo.

La implementación de las acciones que permitan la atención y erradicación de las no conformidades serán atendidas con los Procedimientos para Acciones Correctivas (P 8.5.2 RD 02) y Preventivas (P 8.5.3 RD 01)

4.15 Emisión, Aplicación y Presentación de Reporte de Acción

Formando a los líderes globales que Chihuahua necesita



PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS INTERNAS

Código: P 8.2.2 RD 01

Revisión: 3

Página 7 de 11

Fecha: 23/05/2011

Elaboró: RD

Aprobó: Director del SGC

- 4.15.1 Representante de la Dirección Se inicia la acción preventiva o correctiva utilizando el formato Reporte de Acción (F 8.5 RD 01). En el caso de hallazgos identificados como No Conforme se genera una acción correctiva. Por otro lado, en el caso de hallazgos identificados como Observación y Oportunidad de Mejora se genera una acción preventiva
En este proceso se puede apoyar en el documento Técnicas para Análisis de Datos (D 8.4 DI 01) a fin de determinar la causa raíz y la mejora continua.
- 4.15.2 Representante de la Dirección y Auditor Líder Una vez terminado el proceso para determinar la acción, entrega formato correspondiente junto con la documentación de soporte al AL para su aprobación; de darse, inicia el proceso de implantación de la acción. En caso contrario, se clarifica con el AL la discrepancia y procede a hacer la adecuación que aplique, solicitando de nuevo su aprobación.
- 4.15.3 Representante de la Dirección Entrega Reporte de Acción (F 8.5 RD 01) aprobado al RD para su archivo y seguimiento en base a lo estipulado en los mismos.
- 4.16 Seguimiento a la Eficacia del Proceso y Evaluación de Desempeño de Auditores
- 4.16.1 Representante de la Dirección Para demostrar la eficacia del proceso de auditoria se verifica el cumplimiento del Plan de Auditoria (F 8.2.2 RD 02).
Se evalúa el desempeño de los auditores a través de la Lista de Verificación de Cumplimiento de la Auditoria (F 8.2.2 RD 03).

PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS INTERNAS

Código: P 8.2.2 RD 01

Revisión: 3

Página 8 de 11

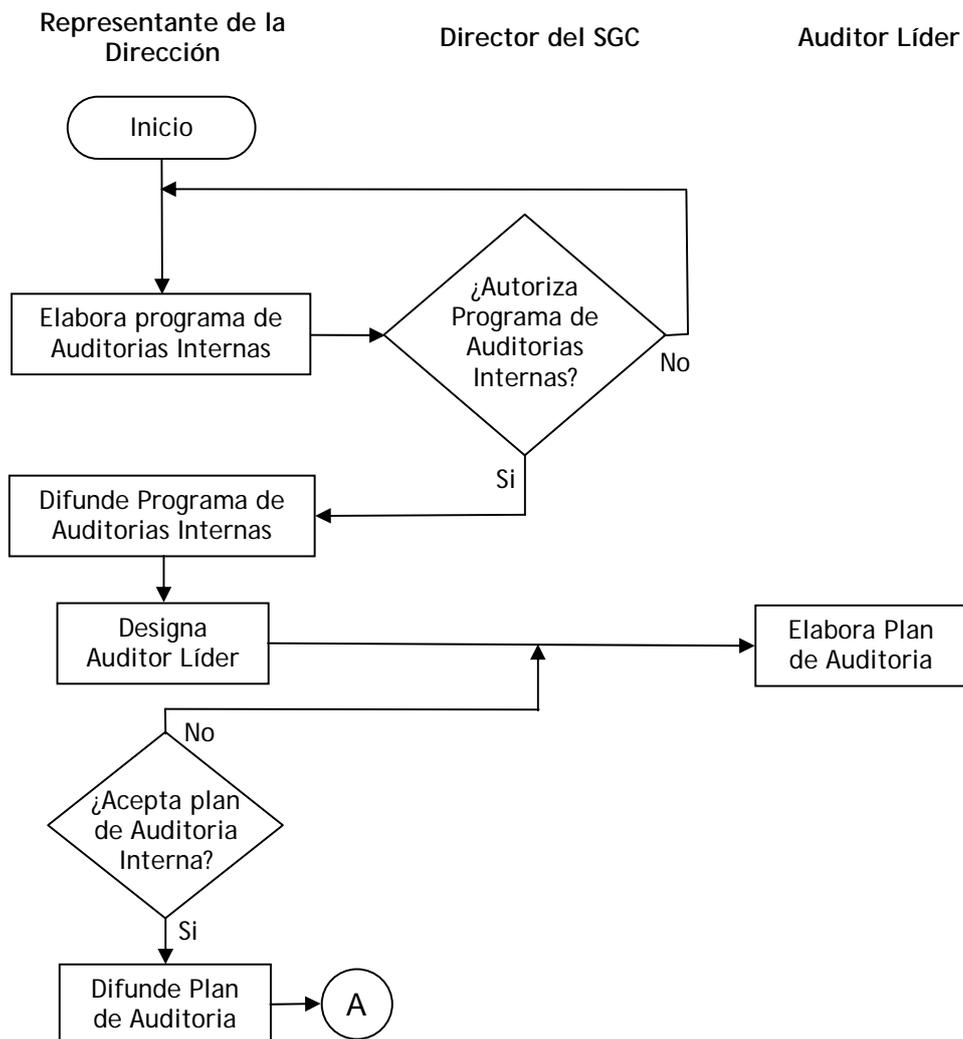
Fecha: 23/05/2011

Elaboró: RD

Aprobó: Director del SGC

5. DIAGRAMA DE FLUJO

5.1 Planeación de la Auditoria



PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS INTERNAS

Código: P 8.2.2 RD 01

Revisión: 3

Página 9 de 11

Fecha: 23/05/2011

Elaboró: RD

Aprobó: Director del SGC

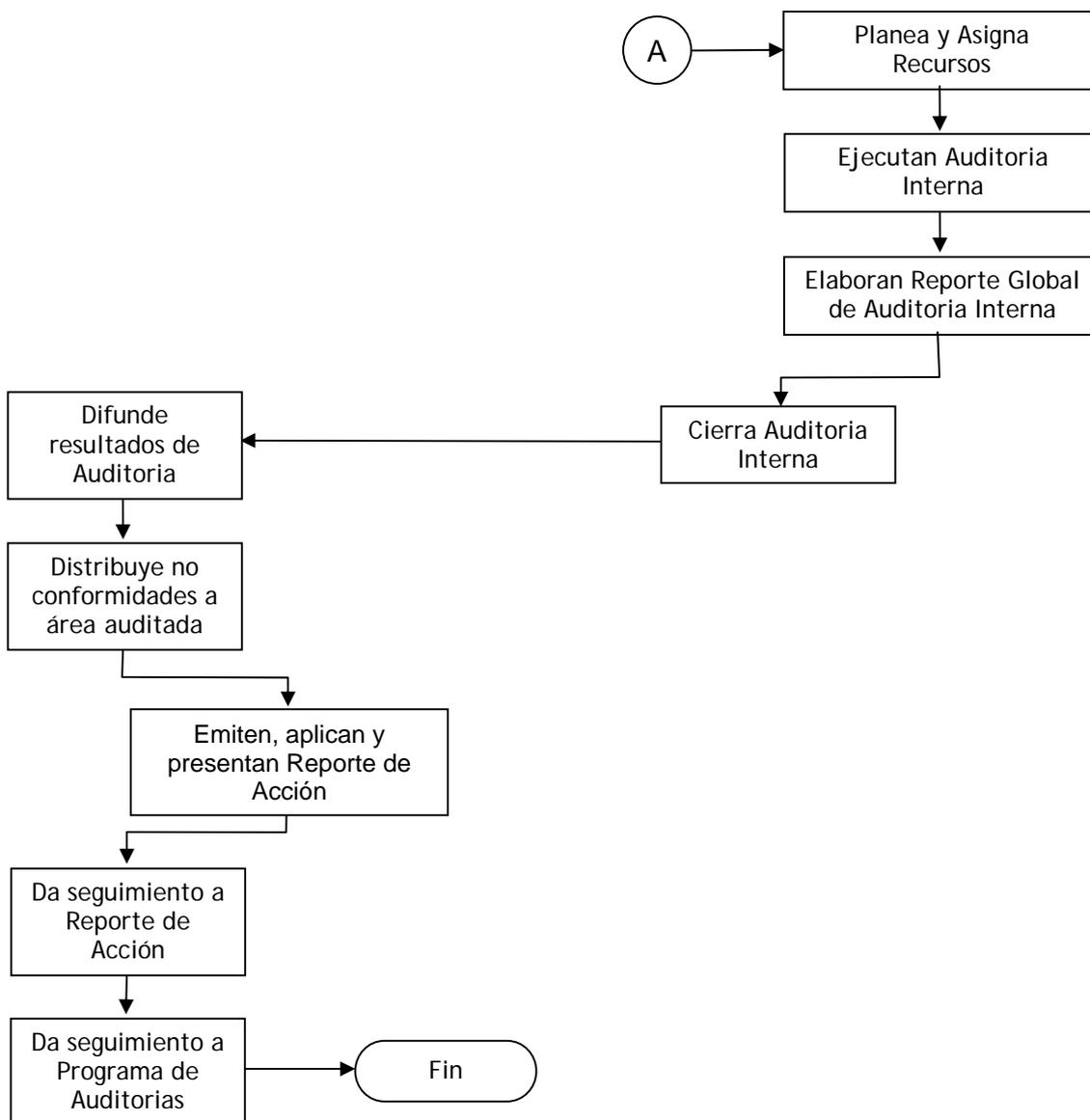
5.2 Ejecución de la Auditoría

Representante de la
Dirección

Responsables de
Procesos

Auditor Líder

Auditor Interno/
Equipo Auditor





PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS INTERNAS

Código: P 8.2.2 RD 01

Revisión: 3

Página 10 de 11

Fecha: 23/05/2011

Elaboró: RD

Aprobó: Director del SGC

6. GLOSARIO

Alcance de la auditoria: Extensión y límites de una auditoria.

NOTA: El alcance de la auditoria incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el período de tiempo cubierto.

Auditado: Persona o personas que son auditadas.

Auditor: Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoria, designado por el RD.

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

NOTA 1: Las auditorias internas, denominadas en algunos casos como auditorias 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 una autodeclaración de conformidad de una organización.

Cliente de la auditoria: Organización o persona que solicita una auditoria.

NOTA: El cliente de la auditoria puede ser el auditado o cualquier otra organización que tenga derechos reglamentarios o contractuales para solicitar una auditoria.

Conclusiones de la auditoria: Resultado de una auditoria, que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoria y todos los hallazgos de la auditoria.

Competencia: Atributos personales y aptitud demostrada para aplicar conocimientos y habilidades.

Criterios de auditoria: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos.

NOTA: Los criterios de auditoria se utilizan como una referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoria.

Equipo auditor: Uno o más auditores internos que llevan a cabo una auditoria, con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.

NOTA 1: A un auditor del equipo auditor se le designa como líder del mismo.

NOTA 2: El equipo auditor puede incluir auditores en formación.

Evidencia de la auditoria: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoria y que son verificables. La evidencia de la auditoria puede ser cualitativa o cuantitativa.

Experto técnico: Persona que aporta conocimientos o experiencia específicos al equipo auditor.

NOTA 1: El conocimiento o experiencia específicos son los relacionados con la organización, el proceso o la actividad a auditar, el idioma o la orientación cultural.

NOTA 2: Un experto técnico no actúa como un auditor en el equipo auditor.

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

NOTA: Los hallazgos de la auditoria pueden indicar tanto conformidad o no conformidad con los criterios de auditoria como oportunidades de mejora.



PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS INTERNAS

Código: P 8.2.2 RD 01

Revisión: 3

Página 11 de 11

Fecha: 23/05/2011

Elaboró: RD

Aprobó: Director del SGC

Plan de auditoria: Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoria.

Programa de auditoria: Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

Reporte Global de Auditoria Interna: Documento que presenta los hallazgos del alcance de la auditoria interna.

7. FORMATOS

	Nombre:	Código:	Retención	Disposición
1	Programa de auditorias internas	F 8.2.2 RD 01	Al menos 1 año	Triturar
2	Plan de auditoria	F 8.2.2 RD 02	Al menos 1 año	Triturar
3	Lista de verificación de cumplimiento de la auditoria	F 8.2.2 RD 03	Al menos 1 año	Triturar
4	Lista de preguntas	F 8.2.2 RD 04	Mentas esté en uso	Triturar
5	Reporte de auditoria	F 8.2.2 RD 05	Al menos 5 años	Triturar
6	Reporte global de auditoria interna	F 8.2.2 RD 06	Al menos 1 año	Triturar
7	Reporte de Acción	F 8.5.2 RD 01	Al menos 1 año	Triturar

8. HISTORIAL DE REVISIONES

No. de Revisión:	Descripción:	Fecha:
1	Se adecuó procedimiento según enmienda de la versión de la Norma ISO 9001:2008 para la Documentación del SGC.	09/07/2010
2	Se modifica formato por considerar esta versión un poco repetitiva en cuanto a la columna de responsables	27/11/2010
3	Se cambian los acrónimos de los responsables por el nombre completo y se cambia al formato institucional.	25/04/2011