	Nombre del documento: Procedimiento para Auditoría Interna	Código: ITA-CA-PG-003
		Revisión: 1
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 9.2 e ISO 50001:2015 4.6.3.	Página 1 de 9

1. Propósito

Establecer los lineamientos para dirigir la planificación y realización de las Auditorías Internas que permitan verificar la implementación, operación, mantenimiento y conformidad del Sistema de Gestión Integral con los requisitos de la Norma **ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 e ISO 50001:2011**.

2. Alcance


Todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad y Ambiental del Instituto Tecnológico de Acapulco.

3. Políticas de Operación

- 3.1 El Coordinador del Sistema de Gestión Integral (SGI) elabora el Programa Anual de las auditorías internas.
- 3.2 El CSGI se asegura de la selección y competencia del equipo auditor.
- 3.3 Es competencia del Director y del CSGI del Instituto Tecnológico asegurarse de la realización de la auditoría de acuerdo al plan.
- 3.4 La viabilidad de la auditoría debe determinarse teniendo en consideración la disponibilidad de la información, de los recursos requeridos y del personal.
- 3.5 Cuando la auditoría se considera viable, se debe seleccionar al equipo auditor teniendo en cuenta la competencia necesaria de los auditores.
- 3.6 Antes de las actividades de la auditoría *in situ*, la documentación del auditado debe ser revisada para determinar la conformidad del sistema, según la documentación con los criterios de la auditoría.
- 3.7 El líder del equipo auditor, es responsable de asignar a cada miembro del equipo las responsabilidades para auditar procesos, funciones, lugares, áreas o actividades específicas.
- 3.8 Es responsabilidad del Director y del CSGI del Instituto Tecnológico auditado, convocar al Comité de Innovación y Calidad posterior a la entrega del Informe de Auditoría para atender los hallazgos de la auditoría y aplicar los procedimientos de Acciones Correctivas (ITA-CA-PG-005) y Acciones para evaluar riesgos y Oportunidades (ANEXO 12) según sea el caso, estas acciones no son consideradas como parte de la auditoría.
- 3.9 El Comité de Innovación y Calidad, deberá verificar la implementación de la Acción Correctiva o Acción Preventiva y su eficacia. Esta verificación puede ser parte de una auditoría posterior.
- 3.10 Es responsabilidad el SGI del Instituto Tecnológico, mantener actualizados los expedientes de los auditores y su evaluación.
- 3.11 Es facultad del auditor líder informar al auditado cuando la documentación es inadecuada y decidir si se continúa o se suspende la auditoría hasta que los problemas de la documentación se resuelvan.

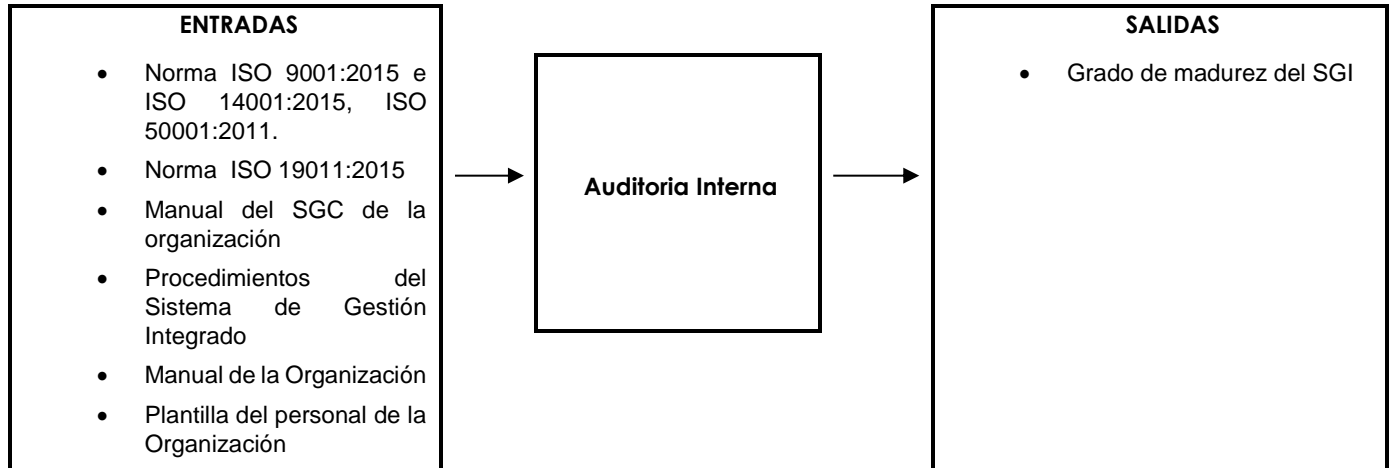
CONTROL DE EMISIÓN		
ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
Ing. Nyx Anaid Vargas Sotomayor Coordinadora de Calidad y Ambiental	M.C. Perla Salgado Gaytán Coordinadora del Sistema de Gestión Integrado	Ing. Eliot Joffre Vázquez Director
Firma:	Firma:	Firma:
18 de Febrero de 2019	19 de Febrero de 2019	20 de Febrero de 2019

Toda copia en PAPEL es un "Documento No Controlado" a excepción del original.

	Nombre del documento: Procedimiento para Auditoría Interna	Código: ITA-CA-PG-003
		Revisión: 1
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 9.2 e ISO 50001:2015 4.6.3.	Página 2 de 9

4. Partes Interesadas. La comprensión de las necesidades y expectativas de la Partes Interesadas para este procedimiento se puede observar en su **Anexo 11 Lista de Partes Interesadas.**

5. Entradas y Salidas Críticas.



6. Indicadores. Los indicadores aplicables a este procedimiento son los descritos en su Anexo 14 Indicadores.

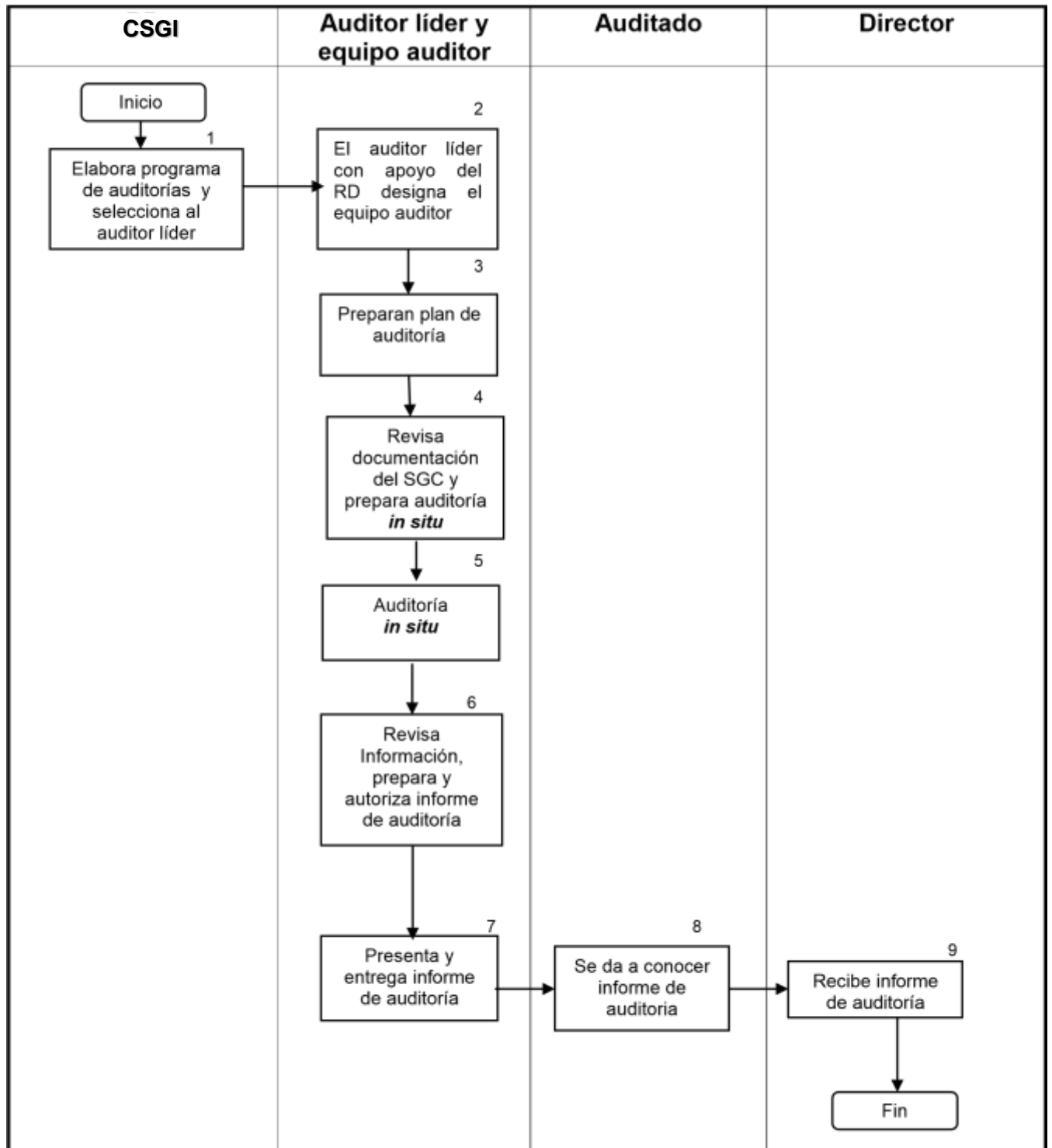
7. Medidas de Control- Las medidas de control de este procedimiento son descritas en su Anexo 13 Plan de Control.

8. Recursos.

HUMANOS	INFRAESTRUCTURA	EQUIPAMIENTO	MOBILIARIO	TECNOLÓGICOS	MATERIALES	DIDACTICOS	OTROS
Alta dirección Coordinador SGI Coordinador del SGA Jefes de Departamento	Aulas Oficina Admitiva. Edificios administrati	Equipo de computo Proyectores Impresoras Aires acondicionados.	Escritorios Sillas	Conectividad a internet Red telefónica Software. Plataforma WEB	Papelería	Libros Manuales	N/A

9. Diagrama de procedimiento

Toda copia en PAPEL es un “Documento No Controlado” a excepción del original.



10. Descripción del procedimiento

Toda copia en PAPEL es un “Documento No Controlado” a excepción del original.



Nombre del documento: Procedimiento para Auditoría Interna

Código: ITA-CA-PG-003


Revisión: 1

Referencia a la Norma ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 9.2 e ISO 50001:2015 4.6.3.

Página 4 de 9

Secuencia	Actividad	Responsable
1. Elabora programa de auditorías y selecciona al auditor líder	1.1 Elabora Programa de Trabajo Anual del SGI que incluya el Programa Anual de Auditoria y publica fechas programadas. 1.2 Elabora programa de acuerdo con recursos y necesidades de la Institución. 1.3 Para el caso de la Auditoría Interna en el Instituto Tecnológico, el CSGI es el responsable de nombrar al Auditor Líder debiendo requisitar el formato para calificación de auditores ITA-CA-PG-003-01 con base en los criterios para calificación de auditores ITA-CA-RC-017 y en los resultados de calificación y habilidades personales de los auditores.	CSGI
2.- El Auditor Líder con apoyo del CSGI designa al equipo auditor	2.1.- El auditor líder con apoyo del SGI designa al equipo auditor debiendo requisitar el formato para calificación de auditores ITA-CA-PG-003-01 con base en los criterios para calificación de auditores ITA-CA-RC-017 y en los resultados de calificación y habilidades personales de los auditores	Auditor Líder y Equipo Auditor
3. Preparan plan de auditoría	3.1 Una vez formado el equipo auditor y designado el Auditor Líder preparan el plan de auditoría (ITA-CA-PG-003-02) considerando: Los objetivos, el alcance, los criterios y la duración estimada de la auditoría previendo las reuniones con el auditado y las reuniones del equipo auditor, incluyendo la preparación, revisión y elaboración del informe final. 3.2 Asigna a cada miembro la responsabilidad para auditar procesos, funciones, lugares, áreas o actividades específicas, considerando la independencia y competencia de los auditores. 3.3 Los auditores en formación o entrenamiento pueden incluirse en el equipo y auditar bajo una dirección o supervisión. 3.4 Presenta al auditado el plan de auditoría antes de que comiencen las actividades <i>in situ</i> .	Auditor Líder y Equipo Auditor
Secuencia	Actividad	Responsable

Toda copia en PAPEL es un "Documento No Controlado" a excepción del original.

	Nombre del documento: Procedimiento para Auditoría Interna	Código: ITA-CA-PG-003
		Revisión: 1
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 9.2 e ISO 50001:2015 4.6.3.	Página 5 de 9

4. Revisa documentación del SGI y prepara auditoría <i>in situ</i>	<p>4.1 Antes de iniciar las actividades <i>in situ</i> se debe revisar la documentación para determinar la conformidad del sistema, teniendo en cuenta: el tamaño, la naturaleza y la complejidad de la institución, así como el alcance y los objetivos de la auditoría, sobre todo cuando la auditoría sea por primera vez o de ampliación al alcance del SGI.</p> <p>4.2 Si la documentación es inadecuada el líder del equipo debe informar al auditado y decidir si se continúa o se suspende la auditoría hasta que los problemas de la documentación se resuelvan. Ver política 3.11</p> <p>4.3 Si la documentación es adecuada preparan los documentos de trabajo para llevar a cabo la auditoría <i>in situ</i>.</p>	Auditor Líder y Equipo Auditor
--	---	--------------------------------

5.- Auditoría <i>in situ</i>	<p>5.1 Realiza la Reunión de Apertura con el auditado, cuando sea apropiado con el Comité de Innovación y Calidad o con aquellos responsables de las funciones o procesos que se van a auditar. El propósito de la Reunión de Apertura es: confirmar el Plan de Auditoría, proporcionar un breve resumen de cómo se llevarán a cabo las actividades de auditoría, confirmar los canales de comunicación y proporcionar al auditado la oportunidad de realizar preguntas sobre el desarrollo de la auditoría. (ITA-CA-PG-003-03)</p> <p>5.2 Informa al auditado para decidir si se reconfirma o modifica el Plan de Auditoría, o cambios en los objetivos de la auditoría, o su alcance, o bien, su terminación cuando las evidencias disponibles de la auditoría indiquen que los objetivos de la misma no son alcanzables.</p> <p>5.3 Asigna actividades para establecer contactos y horarios para entrevistas, visitas a áreas específicas de la institución, proporcionar aclaraciones o ayudar a recopilar información a los guías u observadores siempre y cuando hayan sido designados por el auditado.</p> <p>5.4 De acuerdo al Plan de Auditoría revisa la conformidad del Sistema de Gestión conforme a los criterios de auditoría y requisitos de la Norma</p> <p>5.5 Se reúne cuando sea necesario para revisar los hallazgos de la auditoría en etapas adecuadas durante la misma.</p>	Auditor Líder y Equipo Auditor
Secuencia	Actividad	Responsable


Toda copia en PAPEL es un "Documento No Controlado" a excepción del original.



Nombre del documento: Procedimiento para Auditoría Interna	Código: ITA-CA-PG-003
	Revisión: 1
Referencia a la Norma ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 9.2 e ISO 50001:2015 4.6.3.	Página 6 de 9

<p>6.- Revisa información, prepara y autoriza informe de auditoría</p>	<p>6.1 Se reúne antes de la reunión de cierre para: revisar los hallazgos de la auditoría, acordar las conclusiones de la auditoría, preparar recomendaciones y comentar el seguimiento de la auditoría si ese estuviese considerado en los objetivos. (las conclusiones pueden tratar asuntos relativos a: grado de conformidad con respecto a la Norma ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 e ISO 50001:2015 o criterios de auditoría, la eficaz implementación, mantenimiento y mejora del SGI y la capacidad del proceso de revisión por la dirección, para asegurar la continua idoneidad, adecuación, eficacia y mejoras del Sistema de Gestión de Integral.</p> <p>6.2 Evalúa la evidencia de la auditoría con respecto a los criterios de la misma para generar los hallazgos, los cuales pueden indicar tanto conformidad, como no conformidad (cuando los objetivos de la auditoría así lo especifiquen, los hallazgos de la auditoría pueden identificar una oportunidad de mejora).</p> <p>6.3 Prepara el informe de Auditoría ITA-CA-PG-003-04 que rendirá en la reunión de cierre.</p> <p>6.4 Revisa el informe elaborado y si se proporciona un registro completo de la auditoría, lo aprueba y firma para su distribución.</p>	<p>Auditor Líder y Equipo Auditor</p>
<p>7.- Presenta y entrega informe de auditoría</p>	<p>7.1 Preside la reunión de cierre, presenta los hallazgos y conclusiones de la auditoría. (ITA-CA-PG-003-05)</p> <p>7.2 Realiza entrega del informe de auditoría al Director.</p> <p>7.3 Se pone de acuerdo con el auditado en el intervalo de tiempo necesario para que el auditado presente un plan de</p>	<p>Auditor Líder y Equipo Auditor</p>
	<p>de acciones correctivas o acciones para evaluar riesgos y oportunidades. Si es conveniente se presentan las oportunidades de mejora enfatizando que las recomendaciones no son obligatorias.</p> <p>Nota: El informe de auditoría es propiedad del cliente de la auditoría. Los miembros de equipo auditor y todos los receptores del informe deben respetar y mantener la debida confidencialidad del informe.</p>	
<p>8. Se da a conocer informe de auditoría</p>	<p>8.1 En reunión de cierre se da a conocer el informe de auditoría.</p>	<p>Auditados</p>

Toda copia en PAPEL es un “Documento No Controlado” a excepción del original.

	Nombre del documento: Procedimiento para Auditoría Interna	Código: ITA-CA-PG-003
		Revisión: 1
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 9.2 e ISO 50001:2015 4.6.3.	Página 7 de 9

9. Recibe informe de auditoría	<p>9.1 Recibe el Informe de Auditoría y establece acuerdo sobre el intervalo de tiempo para presentar su plan de acciones correctivas o preventivas que atenderán a las No Conformidades derivadas de la auditoría.</p> <p>Nota: La auditoría finaliza cuando todas las actividades descritas en el plan de auditoría se hayan realizado y el informe de la auditoría aprobado haya sido distribuido.</p> <p>Actividades de seguimiento de la auditoría:</p> <p>9.2 Establece fecha para convocar a reunión con la alta dirección, para el análisis de los hallazgos.</p> <p>9.3 Debe verificar si se implementó la acción correctiva y su eficacia. Esta verificación puede ser parte de una auditoría posterior.</p>	Director
--------------------------------	---	----------


11. Documentos de referencia

Documentos
Manual de Calidad
Procedimiento para Acciones Correctivas
Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades
Directrices para la Auditoría del Sistemas de Gestión Integrado ISO 19011:2015

12. Registros

Registros	Tiempo de retención	Responsable de Conservarlo	Código
Calificación de auditores	1 año	CSGI	ITA-CA-PG-003-01
Criterios para calificar auditores	Hasta nueva actualización	CSGI	ITA-CA-RC-017
Plan de Auditoría	1 año	CSGI	ITA-CA-PG-003-02
Reunión de Apertura	1 año	CSGI	ITA-CA-PG-003-03
Informe de auditoría	1 año	CSGI	ITA-CA-PG-003-04
Reunión de Cierre	1 año	CSGI	ITA-CA-PG-003-05

Toda copia en PAPEL es un "Documento No Controlado" a excepción del original.

	Nombre del documento: Procedimiento para Auditoría Interna	Código: ITA-CA-PG-003
		Revisión: 1
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 9.2 e ISO 50001:2015 4.6.3.	Página 8 de 9

13. Glosario

Alcance de la Auditoría: Extensión y límites de una auditoría, (sistema de gestión completo o proceso o actividad específica).

Auditado. Organización a la que se le practica la auditoría: Para efecto de la auditoría interna el auditado es el área o departamento declarado en el Sistema de Gestión de la Calidad.

Auditor Líder = Líder del equipo auditor: Responsable de coordinar y dar seguimiento al proceso de auditoría.

Auditor: Persona con la competencia para llevar al cabo una auditoría.

Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de establecidos para determinar si las actividades de calidad cumplen las disposiciones establecidas y si éstas son implantadas eficazmente, y son apropiadas para alcanzar objetivos.

Auditoría Interna: Auditoría realizada con personal del Instituto Tecnológico capacitados como auditores, sin que auditen su propio trabajo.

Ciente de la Auditoría: Instituto Tecnológico (organización o ente) que solicita una auditoría.

Conclusiones de la Auditoría: Resultados de una auditoría, que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos sus hallazgos.

Criterios de Auditoría: Son las referencias usadas frente a la cual se determina la conformidad y pueden incluir políticas, procedimientos, normas, leyes y reglamentos, requisitos del SGC, requisitos contractuales o códigos de conducta.

Equipo Auditor: Uno o más auditores internos que llevan a cabo una auditoría (a un integrante del equipo auditor, se le designa como líder del mismo).

Evidencia de la Auditoría: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información pertinente y verificable para los criterios de auditoría.

Hallazgos de la Auditoría: Resultado de la evaluación de las evidencias recopiladas durante la auditoría con respecto a los criterios de auditoría.

No Conformidad: Incumplimiento de un requisito de la Norma ISO 9001:2015, ISO 14001:215 e ISO 50001:2015.

Plan de Auditoría: Descripción de las actividades y de los detalles acordados para la auditoría.


Programa de Auditoría: Conjunto de una o más auditorías planificadas en un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

SGI: Sistema de Gestión de la Integral.

14. Anexos

14.1 Criterios para Calificación de Auditores	ITA-CA-RC-017
14.2 Formato para Calificación de Auditores	ITA-CA-PG-003-01
14.3 Formato para Plan de Auditoría	ITA-CA-PG-003-02
14.4 Formato para Reunión de Apertura	ITA-CA-PG-003-03
14.5 Formato para Informe de Auditoría	ITA-CA-PG-003-04
14.6 Formato para Reunión de Cierre	ITA-CA-PG-003-05

Toda copia en PAPEL es un “Documento No Controlado” a excepción del original.

	Nombre del documento: Procedimiento para Auditoría Interna	Código: ITA-CA-PG-003
		Revisión: 1
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 9.2 e ISO 50001:2015 4.6.3.	Página 9 de 9

15. Cambios a esta versión

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
1	18 de Febrero de 2019	Revisión Total del procedimiento. Se actualiza la referencia de la norma ISO 50001:2015 y cambio de revisión.
0	11 de Diciembre de 2017	Revisión Total del procedimiento. Se actualiza la referencia de la norma ISO 9001:2015 y cambio de revisión.
0	30 de Enero de 2012	Se actualiza la codificación sustituyendo SNEST por ITA Se cambia el logo Institucional Cambio de la Coordinadora y de la Representante de la Dirección.
8	4 de septiembre de 2009	Revisión total.
7	16 de mayo de 2007	<p>Se modifica el propósito, alcance y políticas, en el diagrama del procedimiento se modificaron las etapas 1, 2, 3, 5 se elimina la etapa 7 y el término del diagrama, cambian los conceptos de los participantes en el encabezado del diagrama, en la descripción de las actividades se hace un cambio radical, se describe a mayor detalle, se agregan notas y se apega a la norma ISO-19011.</p> <p>Se modifican en formato los anexos y registros del procedimiento, se elimina el aviso de auditoría, se agrega formato para notas de auditoría el cual no se codifica. El Anexo 9.1 criterios para calificación de auditores se separa del formato para calificación de auditores el cual se modifica y le cambia código como registro de calidad RC, se sustituye el término de planteles por Instituto Tecnológico o Centros debido a la transición del SGC de los CRODE al SGI de los Institutos Tecnológicos. Se modifica concepto de alcance de auditoría.</p> <p>En el anexo 9.6 formato para la reunión de cierre se agrega un espacio con el no. 6 para definir la fecha de entrega de la carpeta de evidencias del TecNM para evidenciar la aplicación de las acciones correctivas y acciones para abordar riesgos y oportunidades según sea el caso.</p>

Toda copia en PAPEL es un "Documento No Controlado" a excepción del original.