

	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE HUATUSCO PROCEDIMIENTO DEL SGC PARA AUDITORÍAS INTERNAS		
	Responsable: Auditor(a) Líder	Requerimiento: 8.2.2	Código: P-CC-05
Versión: 3	Efectividad: 08 de Agosto de 2013	Copia No. 04	Página 1 de 6

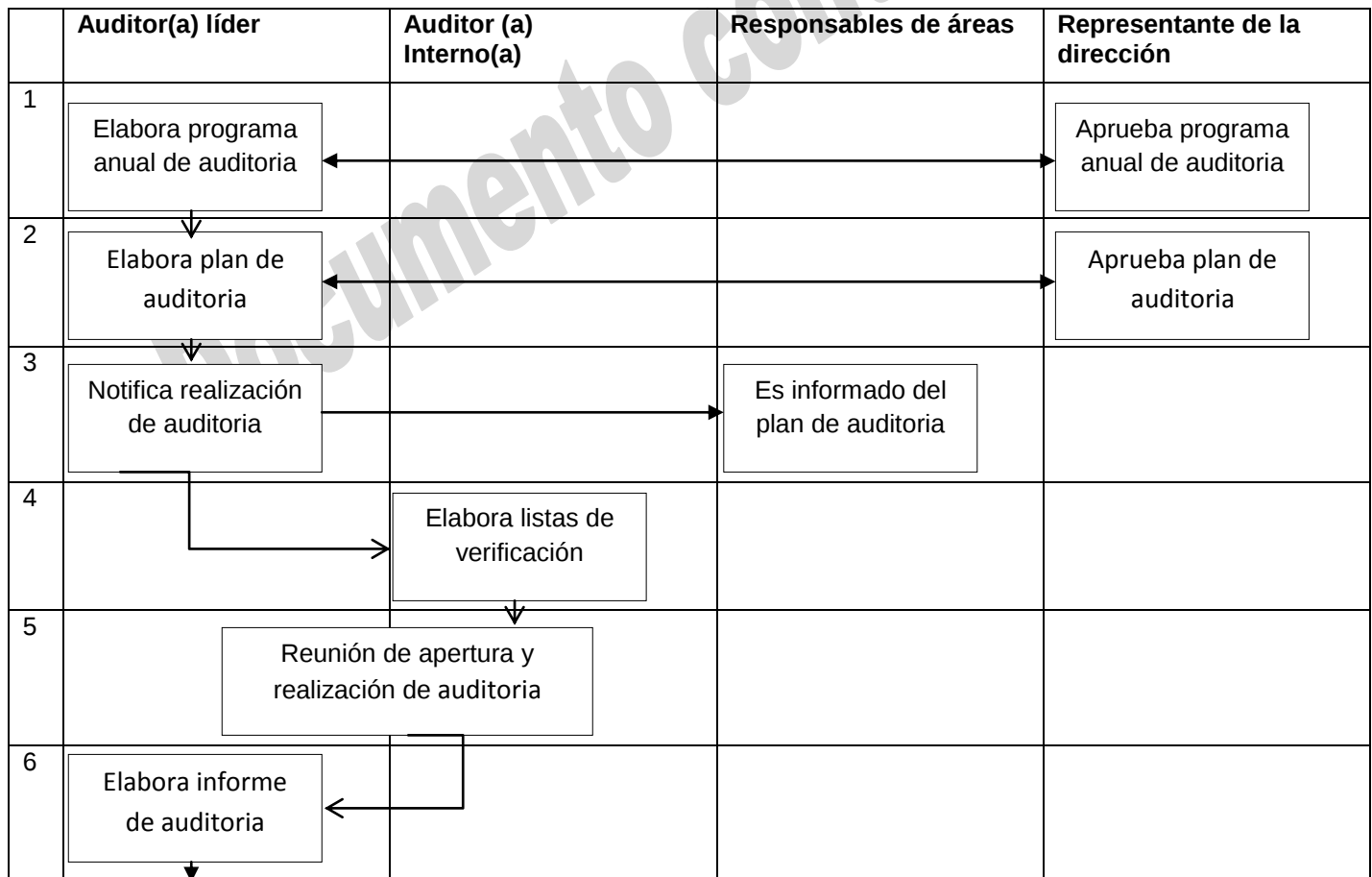
I.OBJETIVO

Establecer una metodología para planear, ejecutar y documentar las auditorías internas del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) del Instituto Tecnológico Superior de Huatusco (ITSH), para determinar si éste se mantiene de manera eficaz y si es conforme con los requisitos establecidos por la institución para el desarrollo de los procesos y la realización del producto, así como la conformidad con los requisitos de la norma ISO 9001:2008.

II.ALCANCE

Este procedimiento es aplicable para todo el Sistema de Gestión de la Calidad del ITSH.

III. DIAGRAMA DEL PROCESO



	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Auditor(a) Líder	Controlador(a) de documentos	Representante de la Dirección
Fecha	06 de Agosto de 2013	07 de Agosto de 2013	08 de Agosto de 2013

	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE HUATUSCO PROCEDIMIENTO DEL SGC PARA AUDITORIAS INTERNAS		
	Responsable: Auditor(a) Líder	Requerimiento: 8.2.2	Código: P-CC-05
Versión: 3	Efectividad: 8 de Agosto de 2013	Copia No. 04	Página 2 de 6

	Auditor(a) líder	Auditor (a) Interno(a)	Responsables de áreas	Representante de la dirección
7	Informa resultados de auditoria			
8			Realiza acciones correctivas	
9		Da seguimiento a las acciones correctivas		
10	Reúne información para revisión por la dirección			

IV. POLÍTICAS

- Formación del equipo auditor.
 - El personal del ITSH puede ser auditor(a) si reúne lo siguiente:
 1. Contar con capacitación en Auditorías Internas con un mínimo de 32 hrs. con base en la norma ISO 9001:2008.
 2. Tener por lo menos 2 años de estar laborando en el ITSH.
 3. Deseable tener cuando menos preparación de Licenciatura.
 - El personal puede ser auditor(a) líder si demuestra cuando menos uno de los siguientes criterios:
 1. Participación en Auditorías Internas de la norma ISO 9001-2008 en una organización, o bien;
 2. Haber recibido formación como auditor(a) líder con base a ISO 9001:2000 ó ISO 9001-2008.
- Responsabilidades del equipo auditor:
 - Es responsabilidad de los auditores y auditoras internas:
 1. Cumplir con el plan de auditorías previsto en tiempo y forma.
 2. Aclarar preguntas y dudas que surjan al auditado o auditada durante el proceso de la auditoria.
 3. Documentar las observaciones y las no conformidades en las formas definidas para ello.
 4. Verificar la efectividad de las acciones correctivas tomadas como resultado de la auditoria.
 - Es responsabilidad del(a) Auditor(a) Líder:
 1. Programar, planear, realizar y cerrar las auditorías internas, en tiempo y forma.
 2. Mantener y salvaguardar los documentos correspondientes derivados de la auditoria para presentar dichos documentos cuando sean requeridos y asegurar la confidencialidad en todo momento.
- Las auditorías internas del Sistema de Gestión de Calidad del ITSH se realizarán por proceso.
- Cuando el Sistema de Gestión de Calidad sea auditado por primera vez, el alcance de la auditoria es completa (todos los procesos definidos en el alcance del SGC y las áreas involucradas).
- Se deben realizar por lo menos dos auditorías internas completas al año al SGC del ITSH.
- Las auditorías internas parciales se programarán considerando el estado y la importancia que tenga el área a auditarse en el proceso, así como los resultados de auditorías previas.

	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE HUATUSCO PROCEDIMIENTO DEL SGC PARA AUDITORIAS INTERNAS		
	Responsable: Auditor(a) Líder	Requerimiento: 8.2.2	Código: P-CC-05
Versión: 3	Efectividad: 08 de Agosto de 2013	Copia No. 04	Página 3 de 6

- Los y las auditoras no deben auditar su propia área de trabajo.
- El responsable del área auditada debe asegurarse de que se toman acciones sin demora injustificada para eliminar la no conformidad detectada y sus causas.

V. RESPONSABILIDADES

Secuencia	Responsables	Actividades	Cuándo
1	Auditor(a) Líder	Elabora Programa Anual de Auditorias: • Establece el alcance de las auditorias, y la frecuencia de las mismas a los procesos del Sistema de Gestión de Calidad del ITSH en el Programa Anual de Auditorias (F-CC-12), para su autorización por el Representante de la Dirección.	Durante los primeros 15 días del primer mes de cada año.
1	Representante de la Dirección	Aprueba Programa Anual de Auditorias: • El Representante de la Dirección analiza el periodo programado para la ejecución de las auditorias definidas en el Programa Anual de Auditorias (F-CC-12) propuesto por el(la) auditor(a) líder. De no existir inconveniente, lo autoriza. De existir inconveniente, expone sus recomendaciones al(a) auditor(a) líder para su acuerdo y autorización.	En reunión con el Comité de Calidad, y en un periodo no mayor a 15 días.
2	Auditor(a) Líder	Elabora Plan de Auditoria: • Con base en el Programa Anual de Auditorias (F-CC-12) elabora el Plan de Auditoria (F-CC-13), y lo presenta al Representante de la Dirección para su autorización.	10 días hábiles antes de la auditoria programada.
2	Representante de la Dirección	Aprueba Plan de Auditoria: • El Representante de la Dirección aprueba el Plan de Auditoria (F-CC-13) propuesto por el(la) auditor(a) líder. De no existir inconveniente, lo autoriza. De existir inconveniente, expone sus recomendaciones al(a) auditor(a) líder para su acuerdo y autorización.	Un día hábil después de su presentación.
3	Auditor(a) Líder	Notifica realización de auditoria: • Informa a los responsables de área a ser auditados o auditadas. • Informa y remite una copia del Plan de Auditoria (F-CC-13) al equipo auditor interno y convoca a reunión de trabajo, para analizar su intervención en el mismo, y relacionarse con los criterios y los procesos correspondientes a auditar.	7 días hábiles antes de la Auditoria.
4	Auditor(a) Interno(a)	Elabora listas de verificación: • Se relaciona y estudia los documentos del SGC que corresponden al o los procesos y área(s) auditar, requiriendo lo necesario al Representante de la Dirección. • Revisa los resultados de auditorías anteriores, y se apoya en la Norma ISO 9001: 2008 para elaborar su lista de verificación en la forma (F-CC-14)	3 días hábiles antes de la auditoria.

	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE HUATUSCO PROCEDIMIENTO DEL SGC PARA AUDITORIAS INTERNAS		
	Responsable: Auditor(a) Líder	Requerimiento: 8.2.2	Código: P-CC-05
Versión: 3	Efectividad: 08 de Agosto de 2013	Copia No. 04	Página 4 de 6

5	Auditor(a) Líder / Auditor(a) Interno(a)	Reunión de apertura y ejecución de la auditoría: - El(la) auditor(a) líder realiza la reunión de apertura de la auditoría, y hace la exposición de motivos. - El(la) auditor(a) interno(a) con base al plan de auditoría (F-CC-13) da inicio a ella y entrevista al personal responsable de la actividad y apoyándose en la lista de verificación (F-CC-14) verifica el cumplimiento del criterio de la norma a auditarse. - Registra los hallazgos detectados durante la Auditoría integrando sus comentarios en la lista de verificación (F-CC-14), y de encontrarse una No conformidad, llena la forma "Reporte de Hallazgos" (F-CC-15), se lo hace saber al auditado o auditada, y firma en los espacios correspondientes el(la) auditor(a) interno(a) y el auditado o auditada en dicha forma.	En la fecha indicada en el plan.
6	Auditor(a) Líder / Auditores(as) Internos(as)	Elabora informe de auditoría: El(la) auditor(a) líder y los y las auditoras internas se reúnen al término de la auditoría para integrar las no conformidades levantadas por el equipo auditor en el "Reporte Integral de Resultados de Auditoría" (F-CC-16).	Antes de la reunión de cierre.
7	Auditor(a) Líder	Informa resultados de la auditoría - Informa los resultados al Representante de la Dirección, y recoge su firma en el "Reporte Integral de resultados de Auditoría" (F-CC-16) en cada no conformidad detectada durante la auditoría. - Realiza la junta de cierre de auditoría e informa de los resultados a la Alta Dirección (Dirección y responsables de áreas) de las no conformidades encontradas, haciendo resaltar lo más relevante encontrado en el sistema auditado. - Entrega a la alta dirección una copia del "Reporte Integral de Resultados de Auditoría" (F-CC-16).	En la reunión de cierre
8	Responsable de Área	Realiza las acciones correctivas. Realiza las acciones correctivas según el procedimiento de Acciones Correctivas (P-CC-06).	Según el procedimiento P-CC-06
9	Auditor(a) Interno(a)	Da seguimiento a las Acciones correctivas - Quien levantó la no conformidad verifica el cumplimiento de la(s) acción(es) correctiva(s) tomada(s) por el auditado o auditada, para lo que le solicita, la información que considere necesaria y una copia de la forma (F-CC-17). - Si la acción correctiva no elimina la no conformidad, ésta continúa abierta regresando al punto anterior. - Si el resultado de la implantación de la(s) acción(es) correctiva(s) elimina el efecto de la no conformidad encontrada, el(la) auditor(a) interno(a) firmará de "visto bueno de responsable de verificación" en el Documento para Acciones Correctivas y Preventivas (F-CC-17) incluyendo los comentarios respecto al proceso que considere conveniente e informa al(a) auditor(a) líder del estado de la no conformidad; dándole seguimiento a la acción de acuerdo a lo establecido en el procedimiento (P-CC-06) de acciones correctivas.	Según el procedimiento de Acciones Correctivas (P-CC-06).

	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE HUATUSCO PROCEDIMIENTO DEL SGC PARA AUDITORIAS INTERNAS		
	Responsable: Auditor(a) Líder	Requerimiento: 8.2.2	Código: P-CC-05
Versión: 3	Efectividad: 08 de Agosto de 2013	Copia No. 04	Página 5 de 6

10	Auditor(a) Líder	Reúne la información para Revisión por la Dirección. Una vez recabada la información proporcionada por el equipo auditor, la reúne e integra en un informe para presentarlo en la próxima Revisión por la Dirección, integrando en éste los resultados de la verificación de las acciones tomadas.	Una vez recabada la información.
----	------------------	---	----------------------------------

VI. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Código	Documentos
MC-CC-01	Manual de la Calidad.
P-CC-06	Procedimiento para Acciones Correctivas.
Documento Externo	ISO 9001:2008 Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos.

VII. REGISTROS

Código	Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Lugar de Almacenamiento
F-CC-12	Programa Anual de Auditorias.	1 año	Auditor(a) Líder	Archivo del(a) Auditor(a) Líder
F-CC-13	Plan de Auditoria.	1 año	Auditor(a) Líder	Archivo del(a) Auditor(a) Líder
F-CC-14	Lista de verificación.	1 año	Auditor(a) Líder	Archivo del(a) Auditor(a) Líder
F-CC-15	Reporte de Hallazgos.	1 año	Auditor(a) Líder	Archivo del(a) Auditor(a) Líder
F-CC-16	Reporte Integral de Resultados de Auditoria	1 año	Auditor(a) Líder	Archivo del(a) Auditor(a) Líder

VIII. GLOSARIO

- Auditoria Interna de Calidad.** Análisis sistemático e independiente para determinar si las actividades del Sistema de Gestión de la Calidad cumplen las disposiciones establecidas y si éstas son implantadas eficazmente, y son apropiadas para alcanzar los objetivos.
- No Conformidad.** Se dice ésta cuando el grado de implantación de un requisito establecido en el Sistema de Gestión de la Calidad es insatisfactorio, es decir, el incumplimiento de un requisito establecido en el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Observación.** Cuando el grado de implantación de un requisito establecido en el Sistema de Gestión de la Calidad es satisfactorio pero necesita mejorar.
- Causa Raíz:** Se considera como la causa principal que dio origen a una no conformidad y que al corregirla es posible que no vuelva a aparecer.
- Acción Inmediata:** Es toda acción tomada inmediatamente después de que ha sido detectada una no conformidad o no conformidad potencial y que al ejecutar a ésta se logre estabilizar al sistema o se evite una no conformidad.

	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE HUATUSCO PROCEDIMIENTO DEL SGC PARA AUDITORIAS INTERNAS		
	Responsable: Auditor(a) Líder	Requerimiento: 8.2.2	Código: P-CC-05
Versión: 3	Efectividad: 08 de Agosto de 2013	Copia No. 04	Página 6 de 6

IX. CAMBIOS REALIZADOS A ESTA REVISIÓN

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
3	08 de agosto 2013	Se actualizo de acuerdo al nuevo formato F-CC-6, se omitieron los nombres de auditor (a), controlador (a) de documentos y representante de la dirección. El formato F-CC-17 se elimino de este procedimiento debido a que su almacenamiento y control lo lleva el coordinador de mejora.
2	20 de Agosto de 2012	Se utilizó lenguaje incluyente para homologar el Sistema de Gestión de la Calidad con el Sistema de Gestión de Equidad de Género MEG:2003.
1	06 de Septiembre de 2010	Se cambió el nombre del responsable tanto en el procedimiento como en los formatos F-CC-12, F-CC-13, F-CC-14, F-CC-15, F-CC-16, F-CC-17.
0	19 de Mayo de 2006	Revisión total