	<b>Nombre del documento: Procedimiento para Auditoría Interna</b>	<b>Código: ITT-CA-PG-003</b>
		<b>Revisión: 8</b>
	<b>Referencia a la Norma ISO 9001:2008 8.2.2</b>	<b>Página 1 de 7</b>

## 1. Propósito

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 de la calidad con los requisitos de la norma ISO 9001:2008.

## 2. Alcance

Aplica para el Instituto Tecnológico de Tijuana.

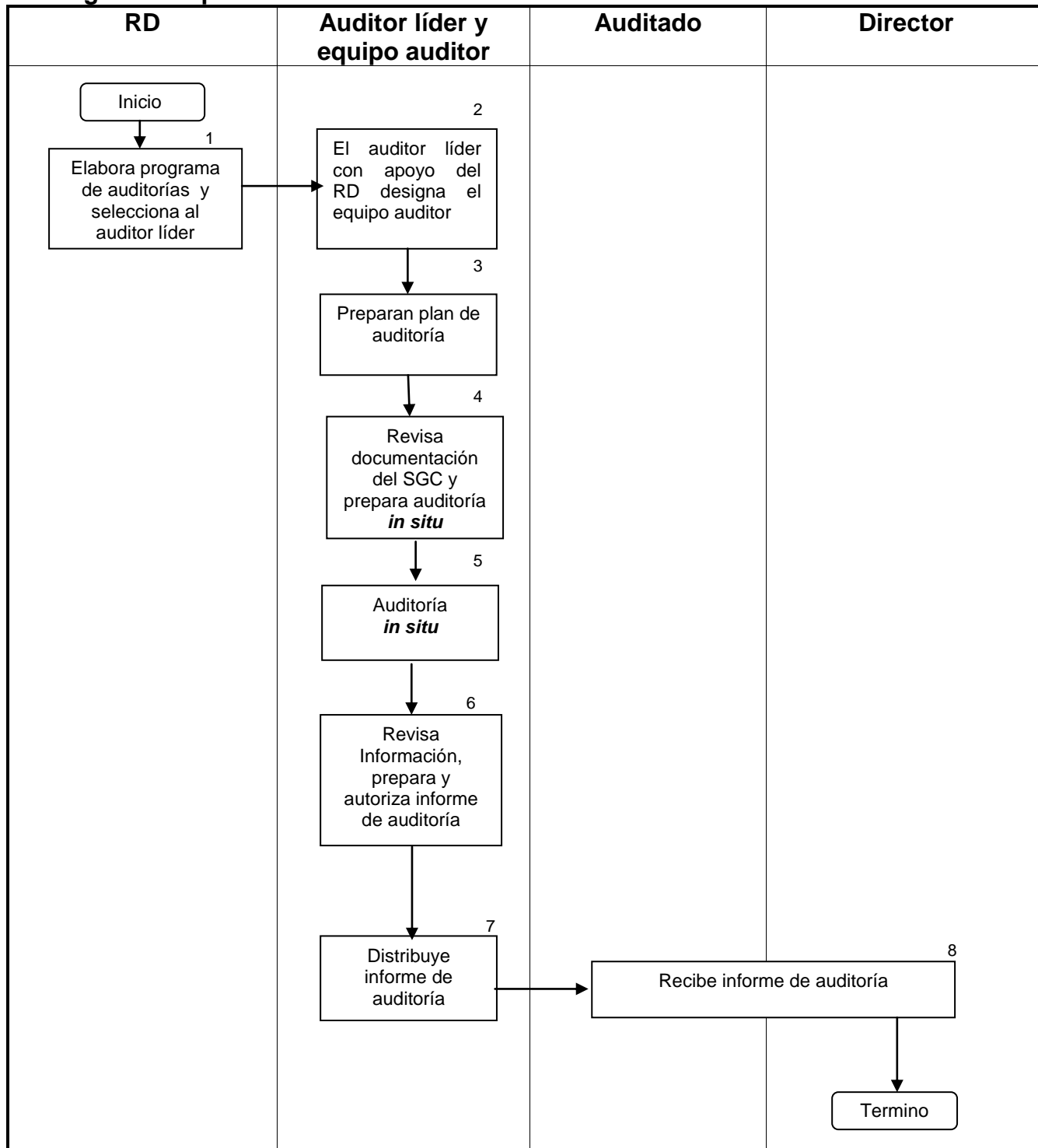
## 3. Políticas de operación


- 3.1. El RD elabora el programa anual de las auditorías internas.
- 3.2. El RD se asegura de la selección y competencia del equipo auditor.
- 3.3. Es competencia del Director y del RD 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 el 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 específicos.
- 3.8. Es responsabilidad del Director y del RD del Instituto Tecnológico de Tijuana convocar al Comité de Calidad posterior a la entrega del Informe de Auditoría para atender los hallazgos de la Auditoría y aplicar los procedimientos de Acciones Correctivas (ITT-CA-PG-005) y Acciones Preventivas (ITT-CA-PG-006) según sea el caso, estas acciones no son consideradas como parte de la Auditoría.
- 3.9. El Comité Calidad deberá verificar la implantación de la Acción Correctiva o Acción Preventiva y su eficacia, esta verificación puede ser parte de una auditoría posterior.
- 3.10. Es responsabilidad del RD del Instituto Tecnológico de Tijuana, mantener actualizados los expedientes de los auditores..
- 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. Armando Herrera Sanchez RD	M.C. J. Ricardo Palma Valdez SUBDIRECTOR DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	Ing. José Guerrero Guerrero DIRECTOR
04 septiembre 2009	11 septiembre 2009	18 septiembre 2009



4. Diagrama de procedimiento



	Nombre del documento: Procedimiento para Auditoría Interna	Código: ITT-CA-PG-003
		Revisión: 8
	Referencia a la Norma ISO 9001:2008 8.2.2	Página 3 de 7

## 5. Descripción del procedimiento

Secuencia	Actividad	Responsable
1. Elabora programa de auditorías y selecciona al auditor líder	<p>1.1 Elabora Programa de Trabajo Anual del SGC que incluya el programa anual de auditoría y publica fechas programadas.</p> <p>1.2 Elabora programa de acuerdo con recursos y necesidades de la Institución.</p> <p>1.3 Para el caso de las Auditoría Internas en el Instituto Tecnológico el RD es el responsable de nombrar al auditor líder debiendo requisitar el formato para calificación de auditores ITT-CA-PG-003-01 con base en los criterios para calificación de auditores.</p>	RD
2.- El auditor líder con apoyo del RD designa el equipo auditor	2.1.- El auditor líder con apoyo del RD designa al equipo auditor debiendo requisitar el formato para calificación de auditores ITT-CA-PG-003-01	Auditor líder y RD
3. Preparan plan de auditoría	<p>3.1 Una vez formado el equipo auditor y designado el Auditor Líder preparan el plan de auditoría (ITT-CA-PG-003-02) considerando: Los objetivos, el alcance, los criterios y la duración estimada de la auditoría previendo las reuniones con la dirección del auditado y las reuniones del equipo auditor, incluyendo la preparación, revisión y elaboración del informe final.</p> <p>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.</p> <p>3.3 Los auditores en formación o entrenamiento pueden incluirse en el equipo y auditar bajo una dirección o supervisión.</p> <p>3.4 Presenta al auditado el plan de auditoría antes de que comiencen las actividades <i>in situ</i>.</p>	<p>Auditor líder y equipo auditor</p> <p>Auditor líder</p>
4. Revisa documentación y prepara auditoría <i>in situ</i>	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 SGC,	Equipo Auditor






Secuencia	Actividad	Responsable
	<p>tiempo necesario para que el auditado presente un plan de acciones correctivas o preventivas. 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>	
8. Recibe informe de auditoría	<p>8.1 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><b>Actividades de seguimiento de la auditoría:</b></p> <p>8.2 Establece fecha para convocar a reunión con la alta dirección, para el análisis de los hallazgos.</p> <p>8.3 Debe verificar si se implemento la acción correctiva y su eficacia. Esta verificación puede ser parte de una auditoría posterior.</p>	<p>Director</p> <p>Alta dirección</p>

## 6. Documentos de referencia

Documentos
Manual de Calidad
Procedimiento para Acciones Correctivas
Procedimiento para Acciones Preventivas
Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión de la Calidad y/o Ambiental ISO 19011:2002

	<b>Nombre del documento: Procedimiento para Auditoría Interna</b>	<b>Código: ITT-CA-PG-003</b>
		<b>Revisión: 8</b>
	<b>Referencia a la Norma ISO 9001:2008 8.2.2</b>	<b>Página 6 de 7</b>

## 7. Registros

Registros	Tiempo de retención	Responsable de Conservarlo	Código
Calificación de auditores	1 año	RD	ITT-CA-PG-003-01
Plan de Auditoría	1 año	RD	ITT-CA-PG-003-02
Reunión de apertura	1 año	RD	ITT-CA-PG-003-03
Informe de auditoría	1 año	RD	ITT-CA-PG-003-04
Reunión de cierre	1 año	RD	ITT-CA-PG-003-05

## 8. 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.

**Cliente 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 auditor 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 9001:2008.

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

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

	<b>Nombre del documento: Procedimiento para Auditoría Interna</b>	<b>Código: ITT-CA-PG-003</b>
		<b>Revisión: 8</b>
	<b>Referencia a la Norma ISO 9001:2008 8.2.2</b>	<b>Página 7 de 7</b>

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

**SGC:** Sistema de Gestión de la Calidad.

## 9. Anexos

9.1 Formato para Calificación de Auditores	ITT-CA-PG-003-01
9.2 Formato para Plan de Auditoría	ITT-CA-PG-003-02
9.3 Formato para Reunión de Apertura	ITT-CA-PG-003-03
9.4 Formato para Informe de Auditoría	ITT-CA-PG-003-04
9.5 Formato para Reunión de Cierre	ITT-CA-PG-003-05
9.6 Notas de Auditorías	N/A

## 10. Cambios a esta versión

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
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 apegan 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 SGC 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 a la DGEST para evidenciar la aplicación de las acciones correctivas y o preventivas según sea el caso.</p>