

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS
SERVICIOS Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA
UNIVERSIDAD DE JAÉN

PROCEDIMIENTO DOCUMENTADO:

AUDITORÍAS INTERNAS.

CÓDIGO: PD 03

REVISIÓN: 07



UNIVERSIDAD DE JAÉN





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS.

PD 03. AUDITORÍAS INTERNAS.

Control de documentación.

Elaborado por: Gerencia con Coordinación Técnica del Servicio de Planificación y Evaluación.	Revisado por: Vicerrectorado Responsable de la Calidad.	Aprobado por: Consejo de Dirección.
Nombre: Alfonso Cruz Lendínez	Nombre: Juan Martínez Moreno	Nombre: Nicolás Ruiz Reyes
Cargo: Gerente.	Cargo: Vicerrector de Estrategia y Universidad Digital	Cargo: Rector de la Universidad de Jaén. Presidente del Consejo de Dirección.
Fecha:	Fecha:	Fecha: FECHA DE FIRMA DIGITAL
Firma:	Firma:	Firma:

Edición.	Nº.: 07	Fecha de entrada en vigor:	DESDE SU FIRMA
-----------------	----------------	-----------------------------------	----------------



ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

PORTADA.

CONTROL DE DOCUMENTACIÓN.

HISTORIAL DE MODIFICACIONES.

1.- OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.	4
2.- REFERENCIAS.	4
3.- ANTECEDENTES Y DEFINICIONES.	4
4.- DESARROLLO.....	5
4.1. RESPONSABILIDADES.	5
4.2. PLANIFICACIÓN DEL PLAN DE AUDITORÍA INTERNA	6
4.3. EQUIPO AUDITOR.	7
4.4. PROGRAMA DE AUDITORÍAS.	8
4.5. REALIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE AUDITORÍA.	9
4.6. ACTIVIDADES DE CIERRE DE LOS PROGRAMAS DE AUDITORÍA.....	9
4.7. INFORMES DE AUDITORÍA.	10
4.8. PROTOCOLO DE AUDITORÍA INTERNA.....	12
5.- REGISTROS.	19

HISTORIAL DE MODIFICACIONES DE LA DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO.

VERSIÓN	FECHA DE VIGENCIA	APARTADO MODIFICADO	MODIFICACIÓN REALIZADA
1	01/02/2011	Todos	Creación del Documento
2	20/03/2012	Todos los apartados	Revisión General
3	24/02/2014	2.- Referencias	Actualización Norma ISO
4	17/02/2015	4.-Desarrollo	Nuevo apartado: 4.8 Protocolo de Auditoría Interna
5	14/05/2018	Referencias a Norma.	Adaptación ISO 9001:2015. Eliminación de obligatoriedad del programa de auditoría de seguimiento y ajuste correspondientes
No computa en versión	24/07/2019	Control documentación	Actualización denominación Vicerrectorado responsable de Calidad
6	DESDE SU APROBACIÓN	Apartados: 2-4.2-4.4-4.6-4.8	Actualización a la gestión actual de auditorías.
7	DESDE SU APROBACIÓN	revisado control de documentación y	Actualización de la denominación :



		apartados donde se hace referencia al PTGAS (punto 5 apartado 4.3)	- Personal de administración y servicios que pasa a denominarse Personal Técnico de Gestión y Administración de Servicios -Denominación vicerrectorado
--	--	--	---

	 <p>UNIVERSIDAD DE JAÉN</p>	<p>PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS.</p> <hr/> <p>PD03 AUDITORÍAS INTERNAS.</p>
---	--	--

1.- OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.

El procedimiento PD 03 tiene por objeto establecer el proceso a seguir por el SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA UNIVERSIDAD DE JAÉN (SIGC-SUA) para la planificación, la realización y seguimiento de auditorías internas.

Las auditorías internas se utilizan para determinar el grado de conformidad del SIGC-SUA respecto:

- a) Al cumplimiento de los requisitos de la Norma de referencia del sistema: UNE-EN-ISO-9001:2015: “Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos”, los legislativos que le sean de aplicación y los establecidos por la propia Universidad.
- b) A la implantación y mantenimiento eficaz del sistema de gestión de la calidad.

Las Auditorías internas de calidad tienen como finalidad principal evaluar sistemáticamente la eficacia del SIGC-SUA e identificar las oportunidades para la mejora continua.

2.- REFERENCIAS.

Para la elaboración de este procedimiento documentado se ha utilizado como referencia:

- La Norma UNE-EN-ISO-9001:2015: “Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos”. Punto 9.2
- El Manual de la Calidad del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de los Servicios y Unidades Administrativas de la Universidad de Jaén (SIGC-SUA).
- El Manual de Procesos.
- El Manual de Procedimientos Documentados.

Para los fines de este procedimiento documentado se aplican, en lo que proceda, los fundamentos, los términos y las definiciones incluidos en la Norma:

- Norma ISO-9000:2015: “Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario”.
- Norma ISO-19011:2018: “Directrices para la auditorías de los sistema de gestión”.

3.- ANTECEDENTES Y DEFINICIONES.

Este Procedimiento Documentado está referido a las auditorías denominadas de **“primera parte”** realizadas con fines internos por la Universidad de Jaén. Las auditorías de **“tercera parte”** que puedan realizarse por organizaciones externas independientes y acreditadas no se regulan en este Procedimiento, sometiéndose a las normas de referencia indicadas en el apartado anterior.

	 <p style="text-align: center;">UNIVERSIDAD DE JAÉN</p>	<p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">PD03 AUDITORÍAS INTERNAS.</p>
---	--	--

A efectos de la organización interna de las auditorías del SIGC-SUA se utiliza de forma adaptada algunos términos que a continuación se definen:

Se utiliza el término **“Plan de Auditoría Interna”** como el documento de planificación del conjunto de las auditorías internas que se realiza durante un ciclo de gestión de la calidad del sistema cuya temporalidad, normalmente, es anual. Como documento de planificación es aprobado por el Comité de Calidad.

El término **“programa de auditoría”** se utiliza en el SIGC-SUA como la planificación y ejecución de un conjunto de una o más auditorías que se realizan en un periodo determinado y con un propósito y alcance específico. Un programa de auditoría, en consecuencia, despliega el Plan de Auditoría Interna.

Por **“auditoría interna”** se entiende el proceso sistemático, independiente y documentado realizado por la Universidad de Jaén para obtener evidencias (cualquier información cualitativa o cuantitativa) y evaluarlas de manera objetiva, con el fin de determinar el grado en que se cumplen los requisitos utilizados como referencia.

Por **“auditor interno”** se entiende la persona de la Universidad de Jaén que cumple con los requisitos establecidos en este Procedimiento para realizar las actividades de auditoría de los respectivos programas.

Por **“auditor jefe”** se entiende la persona de la Universidad de Jaén calificada a nivel interno con dicha expresión, que cumple con los requisitos establecidos en este Procedimiento para dirigir un programa de auditoría interna anual.

El término **“equipo auditor”** hace referencia al conjunto de auditores dirigidos por un auditor jefe para ejecutar un programa de auditoría interna anual.

Otros términos incluidos en este Procedimiento han de entenderse de acuerdo con las definiciones que los acompañan y, en su defecto, por las definiciones establecidas en la Norma ISO-9000:2015: “Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario”.

4.- DESARROLLO.

4.1. RESPONSABILIDADES.

1. El Manual de Calidad establece el siguiente sistema de responsabilidades respecto al Plan de Auditoría Interna:

- **Elaboración de la propuesta técnica del Plan de Auditoría Interna:** es responsabilidad de la Coordinación Técnica del Servicio de Planificación y Evaluación con la dirección del Vicerrector Responsable de Calidad.
- **Revisión y autorización de la propuesta técnica del Plan de Auditoría Interna:** es responsabilidad del Vicerrector Responsable de Calidad del SIGC-SUA.
- **Aprobación del Plan de Auditoría Interna:** es responsabilidad del Comité de Calidad del SIGC-SUA.



2. Los programas de auditorías que desarrollen el Plan de Auditoría Interna aprobado por el Comité de Calidad, serán elaborados por la Coordinación Técnica del SIGC-SUA (Servicio de Planificación y Evaluación) y autorizados por Vicerrector Responsable de Calidad.
3. En el SIGC-SUA, la ejecución del programa de auditorías corresponde a auditores o equipos de auditores internos, sin perjuicio, de que la Dirección del SIGC-SUA decida contratar la ejecución a auditores externos cualificados.
4. Las conclusiones de las auditorías internas incorporadas en el informe de auditoría serán conocidas por el Comité de Calidad del SIGC-SUA, sin perjuicio, de que se estime por el Gerente o el Responsable de Calidad otros mecanismos adicionales de difusión y explicación de las conclusiones referidas.
5. Las correcciones y acciones correctivas necesarias que se deriven de las no conformidades identificadas en las conclusiones de las auditorías internas se realizarán conforme a los procedimientos PD04 “Control y Tratamiento de No Conformidades” y PD05 “Acciones Correctivas” de este Manual de Procedimientos Documentados, y según el sistema de responsabilidades y participación establecido al respecto en el Manual de Calidad.
6. El control y mantenimiento de los registros de las auditorías y sus resultados es responsabilidad de la Coordinación Técnica del SIGC-SUA (Servicio de Planificación y Evaluación).

4.2. PLANIFICACIÓN DEL PLAN DE AUDITORÍA INTERNA.

1. El Plan de Auditoría Interna tendrá carácter anual y será aprobado por el Comité de Calidad tras la Revisión y Mejora del SIGC-SUA y, en su caso, de la realización de la auditoría de seguimiento de la certificación del sistema.
2. El Plan de Auditoría Interna podrá incorporar distintas alternativas de desarrollo de los programas de auditorías:
 - a) Programa de auditorías internas de seguimiento y Programa de auditoría interna anual.
 - b) Programa de auditoría interna anual desarrollada en distintas fases.
 - c) Programa de auditoría interna anual desarrollada en una fase.
3. Las auditorías internas podrán tener una fase específica referida, preferentemente, a la planificación continuada de la verificación y cierre de las correcciones, acciones correctivas y acciones preventivas que se hayan realizado según los planes correspondientes de las No conformidades identificadas, bien por las Unidades/Equipos de Procesos o por los resultados de las auditorías internas o externas.
4. La auditoría interna anual está referida a la planificación de la realización de una auditoría global del SIGC-SUA, que se realizará con carácter previo al proceso de revisión y mejora del sistema que se establece en el Proceso Estratégico PE01.
5. El Plan de Auditoría Interna estará estructurado y desarrollará los siguientes apartados:



- a) **Objeto de los programas de auditoría.** Que considerarán, al menos, las directrices y prioridades establecidas por la Dirección del SIGC-SUA, los requisitos del sistema de gestión de la calidad, el estado de la gestión de los procesos y los resultados de la retroalimentación de los grupos de interés.
- b) **Alcance de los programas de auditorías.** En el programa de auditorías internas de seguimiento el alcance estará referido a las fichas de verificación y cierre de los planes de acciones correctivas y preventivas, además de otros objetivos de auditoría que se puedan establecer. En el programa de auditoría anual estará referido a los procesos del sistema.
- c) **Cronograma.** Se indicará las fechas previstas de realización de las actividades de auditoría.
- d) **La metodología y los criterios de auditoría.** Que estarán referidos según la especificidad de cada programa. Las auditorías pueden llevarse a cabo en el sitio (presenciales), remotamente (no presencial) , o como una combinación de ambas, que permitan llevar a cabo la auditoría de manera eficaz y eficiente dependiendo de los objetivos, el alcance y los criterios de la auditoría definidos.
Las auditorías no presenciales, se realizarán a través de los medios informáticos (videoconferencia) disponibles en la Universidad.
- e) **Equipos auditores.** Consideraciones sobre la configuración de los equipos auditores.
- f) **Seguimiento.** En su caso, previsiones sobre la elaboración de informes de seguimiento de los programas de auditorías y sobre la comunicación de resultados.

6. Durante la vigencia del Plan de Auditoría Interna la Dirección o el Comité de Calidad podrá instar a la Coordinación Técnica la ampliación de los programas de auditorías.
7. La Coordinación Técnica podrá proponer al Vicerrector Responsable de Calidad para que autorice la ampliación de los programas de auditoría cuando se dé alguna de las siguientes circunstancias:
 - a) Se produzcan cambios en la documentación del SIGC-SUA.
 - b) Se produzca cambios sustanciales en los requisitos del sistema.
 - c) Existan indicios o evidencias de no conformidad documental o incumplimientos de los requisitos del sistema.
 - d) Se deba verificar la identificación de No conformidades, así como la implantación de acciones correctivas y acciones preventivas propuestas por las Unidades/Equipos de Procesos.

La ampliación de los programas de auditorías se planificará y ejecutarán de acuerdo con el proceso descrito en los siguientes apartados y serán comunicadas al Comité de Calidad.

4.3. EQUIPO AUDITOR

1. De acuerdo con las previsiones establecidas en el Plan de Auditoría Interna, tras su aprobación, la Coordinación Técnica asignará al auditor o equipos de auditoría para los distintos programas.

Esta asignación puede venir determinada según la cumplimentación de las fichas de verificación y cierre de los informes de No conformidades, en cuyo caso, se habrá indicado en la propuesta del Plan de Auditoría Interna.



2. La asignación de un equipo de auditoría se realizará, preferentemente, para la realización del programa de auditoría interna anual. El equipo de auditoría estará formado por un auditor responsable de la gestión del programa de auditoría, al que se le denominará internamente como “auditor jefe”, y por auditores internos. En los equipos de auditoría, además, podrán participar observadores y expertos del ámbito de la actividad del proceso auditado.
3. La asignación de auditor o equipos de auditoría se ajustará a los requisitos establecidos en el punto siguiente. Además, se deberá asegurar la independencia y objetividad del equipo auditor con respecto a las actividades a auditar, por lo que los auditores internos asignados no podrán auditar procesos o actividades que estén relacionados directamente con las responsabilidades y funciones que habitualmente desarrollan.
4. Para poder ser asignado auditor calificado como “auditor jefe” se tendrá que cumplir los siguientes requisitos:
 - a) Desempeñar un puesto de técnico en el ámbito de la Unidad que realiza las responsabilidades de coordinación técnica del SIC-SUA.
 - b) Tener superado un curso de auditor jefe en sistemas de gestión de la calidad con el registro correspondiente.
5. Para poder ser asignado auditor interno se tendrá que cumplir los siguientes requisitos:
 - a) Pertener al colectivo de Personal técnico de gestión y de administración y servicios de la Universidad de Jaén.
 - b) Tener superado un curso que capacite para ser auditor interno.
 - c) Haber participado como observador en, al menos, dos programas de auditoría.
6. El proceso de asignación y el desempeño de los auditores jefes y auditores internos podrá ser sometido a proceso de evaluación cuando así lo estime el Responsable de Calidad del SIGC-SUA.
7. La Coordinación Técnica llevará un registro de los auditores jefes e internos de la Universidad de Jaén.

4.4. PROGRAMA DE AUDITORÍAS.

1. Los programas de auditorías se realizarán de acuerdo con el Plan de Auditoría Interna y se especificará:
 - a) Objeto concreto del programa de auditoría.
 - b) Alcance concreto del programa con detalle de cada actividad de auditoría a realizar.
 - c) Metodología y criterios de auditoría del programa.
 - d) Planificación de la realización de los objetivos de auditoría.
 - e) Las acciones de seguimiento del desempeño y eficacia del programa en los términos que se establezca en el Plan de Auditoría Interna.
2. El programa de auditoría se comunicará, tras su autorización por el Vicerrector Responsable de Calidad, al Responsable de los Procesos Claves y a los responsables de las Unidades que corresponda de acuerdo



con el alcance del programa. La comunicación se realizará con la suficiente antelación para asegurar la coordinación y realización de las actividades de auditoría.

4.5. REALIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE AUDITORÍA.

1. Los programas de auditoría se realizarán por el auditor o equipos de auditorías según la planificación establecida y las responsabilidades asignadas.
2. Las modificaciones de la fecha planificada para la realización de las actividades por causas sobrevenidas serán resueltas por la Coordinación Técnica con el responsable de la Unidad, en el caso de los programas de auditorías internas de seguimiento, y por el auditor jefe, en el caso de la auditoría interna anual.
3. El auditor jefe del programa de auditoría interna anual coordinará las actividades a realizar por los auditores internos.
4. Al inicio de las actividades de auditoría el auditor interno confirmará con los responsables de las Unidades los términos establecidos en el programa de auditoría.
5. Las actividades de auditoría se desarrollarán de acuerdo con la metodología y criterios establecidos en el programa y, en su caso, de acuerdo con las fichas de verificación de las acciones correctivas o preventivas.
6. Las evidencias que se obtengan respecto a las actividades de auditoría deberá ser registrada con la información precisa y verificable, correspondiendo al auditor determinar los hallazgos de conformidad o no conformidad de acuerdo con el contraste de los criterios de auditoría y métodos de verificación.

4.6. ACTIVIDADES DE CIERRE DE LOS PROGRAMAS DE AUDITORÍA.

1. Tras la realización de un programa de auditoría interna de seguimiento, los auditores comunicarán a los responsables de las Unidades auditadas el resultado de la auditoría sobre la verificación y cierre del plan de acciones correctivas o preventivas de una no conformidad (según corresponda con la naturaleza de la no conformidad), así como a la Coordinación Técnica.

Los responsables de la Unidad cuando tengan una opinión divergente sobre el resultado comunicado por el auditor, podrán remitir a la Coordinación Técnica sus correspondientes alegaciones.

Los resultados de la auditoría y, en su caso, las alegaciones del responsable de la Unidad serán comunicadas por la Coordinación Técnica al citado responsable, así como al Responsable de los Procesos Claves o al Responsable de Calidad, según proceda.

Los resultados de auditoría que impidan el cierre de un plan de acciones correctivas dará lugar a que se tramite dicho resultado de acuerdo con los Procedimientos PD04 "Control y Tratamiento de No Conformidades", PD05 "Acciones Correctivas".



2. Tras la realización de un programa de auditoría interna anual, los auditores comunicarán a los responsables de las Unidades auditadas y al auditor jefe el resultado provisional de la auditoría.

Los responsables de la Unidad cuando tengan una opinión divergente sobre el resultado comunicado por el auditor, podrán remitir al auditor jefe del programa sus correspondientes alegaciones.

Los resultados definitivos de la auditoría y las alegaciones de los responsables de la Unidad serán comunicados por el auditor jefe a los citados responsables de la Unidad, al Responsable de los Procesos Claves y al Responsable de Calidad.

3. Los resultados de auditoría que incluyan la identificación de No conformidades dará lugar a que se tramite dicho resultado de acuerdo con los Procedimientos PD04 “Control y Tratamiento de No Conformidades”, PD05 “Acciones Correctivas”.

4.7. INFORMES DE AUDITORÍA.

1. Tras las actividades de cierre de un programa de auditoría interna de seguimiento los auditores cumplimentarán las correspondientes fichas de verificación y cierre, de acuerdo con los formatos de registros especificados en los Procedimientos PD04 “Control y Tratamiento de No Conformidades”, PD05 “Acciones Correctivas”.
2. Tras las actividades de cierre de un programa de auditoría interna anual el auditor jefe elaborará un informe de auditoría que incluirá, al menos la siguiente información:
 - a) Agrupación de todos los resultados de la auditoría interna anual, incluidas las alegaciones que se mantengan de las Unidades/Equipos de Proceso.
 - b) Los informes de no conformidad, planes de acciones correctivas y de verificación para cada una de las no conformidades identificadas en el resultado de la auditoría.
 - c) La valoración de las actividades de cierre del programa de auditoría interna de seguimiento.
 - d) La valoración de las actividades de cierre de no conformidades y planes de acciones correctivas derivadas de la auditoría externas de seguimiento del SIGC-SUA.
 - e) La identificación punto fuertes, evoluciones positivas y áreas de mejora.
 - f) Valoración del desarrollo de los programas de auditoría interna.
3. El informe de auditoría será remitido y presentado al Comité de Calidad del SIGC-SUA para su conocimiento y valoración, sin perjuicio, de que se estime por el Gerente o el Responsable de Calidad otros mecanismos adicionales de difusión.
4. El informe de auditoría formará parte de los informes remitidos al Consejo de Dirección a efectos del proceso de Revisión y Mejora del SIGC-SUA.



4.8. PROTOCOLO DE AUDITORÍA INTERNA.

ESTRUCTURA DEL PROTOCOLO

1. ANTECEDENTES.

2. OBJETIVOS.

3. ALCANCE.

4. PRINCIPIOS DE AUDITORÍA

5. PLANIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE AUDITORÍA INTERNA.

6. EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE AUDITORÍA INTERNA.



1. ANTECEDENTES

El presente documento se realiza en cumplimiento de punto 8.3 del Acta de Revisión y Mejora del SIGC-SUA 2013, sobre las consideraciones y acuerdos del Consejo de Dirección sobre las propuestas del Comité de Calidad: **“planificar el programa de auditoría de seguimiento para el mes de septiembre, realizar un protocolo interno para la colaboración de auditores en las Auditorías”**.

2. OBJETIVOS

El Protocolo interno para la colaboración de auditores en las Auditorías Internas tiene como objetivos:

1. Disponer de una guía que sistematice la ejecución de los Programas de Auditoría Interna.
2. Facilitar la colaboración de los auditores internos y la coordinación de los equipos de auditoría.
3. Contribuir a la consecución de la eficacia y eficiencia de los Programas de Auditoría Interna.

3. ALCANCE

Este Protocolo de colaboración se aplica en la ejecución de los programas de auditoría interna que desarrolla el Plan Anual de Auditoría interna del SIGC-SUA, que aprueba el Comité de Calidad. Y se ha conformado de acuerdo con el “Procedimiento Documentado 03: Auditorías Internas del SIGC-SUA” y la Norma “ISO 19011:2018 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión”.

4. PRINCIPIOS DE AUDITORÍA

4.1 Integridad: el fundamento de la profesionalidad.

Los auditores y las personas que gestionan un programa de auditoría deberían:

- Desempeñar su trabajo de forma ética, con honestidad y responsabilidad.
- Empezar actividades de auditoría sólo si son competentes para hacerlo.
- Desempeñar su trabajo de manera imparcial, es decir, permanecer ecuanímenes y sin sesgo en todas sus acciones.
- Ser sensibles a cualquier influencia que se pueda ejercer sobre su juicio mientras lleva a cabo una auditoría.

4.2 Presentación imparcial: la obligación de informar con veracidad y exactitud.



Los hallazgos, conclusiones e informes de auditoría deberían reflejar con veracidad y exactitud las actividades de auditoría. Se debería informar de los obstáculos significativos encontrados durante la auditoría y de las opiniones divergentes sin resolver entre el equipo auditor y el auditado. La comunicación debería ser veraz, exacta, objetiva, oportuna, clara y completa.

4.3 Debido cuidado profesional: la aplicación de diligencia y juicio al auditar

Los auditores deberían proceder con el debido cuidado, de acuerdo con la importancia de la tarea que desempeñan y la confianza depositada en ellos. Un factor importante al realizar su trabajo con el debido cuidado profesional es tener la capacidad de hacer juicios razonados en todas las situaciones de la auditoría.

4.4 Confidencialidad: seguridad de la Información

Los auditores deberán proceder con discreción en el uso y la protección de la información adquirida en el curso de sus tareas. La información de la auditoría no debería usarse inapropiadamente para beneficio personal del auditor, o de modo que perjudique los intereses legítimos del auditado. Este concepto incluye el tratamiento apropiado de la información sensible o confidencial.

4.5 Independencia: la base para la imparcialidad de la auditoría y la objetividad de las conclusiones de la auditoría

Los auditores deberían ser independientes de la actividad que se audita siempre que sea posible, y en todos los casos deberían actuar de una manera libre de sesgo y conflicto de intereses. Para las auditorías internas, los auditores deberían ser independientes de la función que se audita, si es posible. Los auditores deberían mantener la objetividad a lo largo del proceso de auditoría para asegurarse de que los hallazgos y las conclusiones de la auditoría están basados sólo en la evidencia de la auditoría.

4.6 Enfoque basado en la evidencia: el método racional para alcanzar conclusiones de la auditoría fiables y reproducibles en un proceso de auditoría sistemático.

La evidencia de la auditoría debería ser verificable. En general debería basarse en muestras de la información disponible, ya que una auditoría se lleva a cabo durante un período de tiempo delimitado y con recursos finitos. Debería aplicarse un uso apropiado del muestreo, ya que está estrechamente relacionado con la confianza que puede depositarse en las conclusiones de la auditoría.

4.7 Enfoque basado en riesgos: un enfoque de auditoría que considera los riesgos y oportunidades

El enfoque basado en riesgos debería influir sustancialmente en la planificación, la realización y la presentación de informes de auditoría a fin de asegurar que las auditorías se centran en asuntos que son importantes para la auditoría y para alcanzar los objetivos del programa de auditoría.



5. PLANIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE AUDITORÍA INTERNA.

La elaboración de los Programas de Auditoría Interna se realizan y aprueban de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento Documentado 03: Auditorías Internas del SIGC-SUA, una vez aprobados se incluyen en los documentos de Planificación del SIGC-SUA que han de ser publicados en la página web del sistema, constituyendo la base para realizar la planificación de la ejecución y seguimiento de los Programas.

5.1. Planificación de la Ejecución del Programa de Auditoría Interna.

Responsabilidades:

- A. La Coordinación Técnica del SIGC-SUA elaborará la planificación de la ejecución del Programa e informará al Vicerrector Responsable de Calidad.

Estructura documental:

El documento de planificación se estructura con la siguiente información:

- A. Delimitación de los objetivos, alcance, metodología y organización y desarrollo técnico de las actividades de auditoría (presencial o no presencial).
- B. Desarrollo temporal de las actividades de auditoría por procesos/Unidades.
- C. Cuadro de equipos de auditoría y asignación de responsabilidades y criterios de coordinación y ejecución.
- D. Plantillas documentales para la realización de las actividades de auditoría y la elaboración de informes.

5.2. Responsabilidades de los equipos de auditoría.

- A. **Auditor Jefe** del Programa de Auditoría. Le corresponde:

- La coordinación general del proceso, asegurando que la ejecución del proceso se ajusta al Plan-Programa-Planificación.
- Dirimir las controversias de los resultados de auditorías entre los miembros del equipo.
- Verificar los informes de resultados de auditoría.
- Gestionar las alegaciones de las Unidades auditadas.
- La responsabilidad del informe de seguimiento del Programa de Auditoría.



B. **Auditor Coordinador de procesos/objetivos.** De acuerdo con los objetivos del Programa de Auditoría y de la planificación se asignará dentro del equipo de auditoría un coordinador, cuando el alcance y objetivos de la auditoría lo requieran. Sus responsabilidades son:

.- Coordinar al equipo de auditoría de un objetivo específico de auditoría o coordinar al equipo de auditoría de un proceso clave del SIGC-SUA.

.- Realizar las convocatorias de las reuniones de coordinación del equipo y facilitar la documentación necesaria.

.-Elaborar el informe de auditoría con las aportaciones del equipo auditor y las especificaciones y criterios adoptados en el Programa.

C. **Audidores.** Sus funciones son:

.- Realizar las actividades de auditorías de acuerdo con los objetivos del programa, los criterios generales de coordinación y los específicos del equipo de auditoría.

.- Cumplimentar las plantillas de resultados de auditoría.

D. **Observadores.** Persona que acompaña al equipo auditor, pero no actúa como auditor.

Sus funciones son:

.- Aprendizaje en la práctica de auditoría.

E. **Experto Técnico.** Persona que aporta conocimientos o experiencia específicos al equipo auditor. No actúa como auditor.

Sus funciones son:

.-Aportar el conocimiento o experiencia específicos relacionados con el proceso o la actividad a auditar.



6. EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE AUDITORÍA INTERNA.

6.1. FASE I. Preparación previa.

Comunicación:

- A. La Coordinación Técnica del SIGC-SUA comunicará a las Unidades la planificación del Programa de Auditoría Interna, con al menos 10 días de antelación a su previsión de inicio, resolviendo las incompatibilidades temporales.
- B. El auditor jefe comunicará la planificación del Programa de Auditoría Interna, así como la constitución de los equipos de auditoría, la asignación de coordinadores, aportando los documentos necesarios para la ejecución del programa, esta comunicación se realizará con al menos 10 días antes del inicio del Programa. Documentación:
 - .- Instrucciones básicas para la ejecución de la auditoría.
 - .- Plantilla de informe detallado de los resultados de auditoría.
 - .- Plantilla de informe de auditoría (informe ejecutivo).
 - .- Documentación del SIGC-SUA necesaria para el desarrollo de la auditoría, (puede incluir informes de auditoría previas).
 - .- Cronograma de control del desarrollo del Programa.

Coordinación:

- A. Se realizará una reunión inicial con todos los equipos de auditores para la explicación general del Programa. Esta reunión se realizará una semana antes del inicio del Programa.
- B. En ese mismo día, cada coordinador de objetivo/proceso y el correspondiente equipo asignado mantendrán una reunión de coordinación interna, en la que el coordinador explicará la distribución de actividades, la dinámica del proceso de auditoría, los mecanismos de comunicación del equipo, los plazos de envíos de los informes de resultados, así como otros criterios que se estimen para el cumplimiento de los objetivos y plazos.

6.2. FASE II. Ejecución de la auditoría.

Reunión de inicio del equipo de auditoría.

- A. El día de inicio de la actividad se reunirá el equipo de auditoría del proceso para ultimar los detalles y comprobar el conocimiento de la distribución de las actividades a realizar.

Reunión de apertura y final de la auditoría con la Unidad responsable.



- A. La presentación del equipo auditor al responsable de la Unidad se realizará conjuntamente por el coordinador. En todo caso, el coordinador y los auditores se asegurarán que al inicio de cualquier actividad de auditoría queden comprendidos la finalidad, objetivos, ámbito y alcance del proceso.
- B. A la finalización de las actividades de auditoría el coordinador, con la información aportada por los auditores, realizará un somero resumen oral de los hallazgos más significativos, sin que en ningún caso, se extienda esta información a una calificación previa de los resultados.

Actuaciones a seguir durante la ejecución de la auditoría.

- A. Durante la realización de las actividades de auditoría en visita, el coordinador asegurará que se desarrolla de acuerdo con la planificación, que se habilitan los mecanismos para realizar las consultas que se estimen adecuadas con y entre los auditores y, en su caso, reorganizar las actividades que se estimen precisas.
- B. Tras la realización de las actividades de auditoría en visita, el equipo auditor confrontará los resultados y hallazgos de la auditoría y se establecerá el plazo para la emisión de lo correspondientes informe.

6.3. FASE III. Elaboración y entrega del informe.

Elaboración del Informe.

- A. Cada auditor/es responsable/s de actividades de auditoría elaborará su correspondiente informe de acuerdo con las plantillas facilitadas, siguiendo las siguientes recomendaciones básicas:
 - .- Claridad: comprensible y de fácil lectura.
 - .- Riguroso: centrado en hechos constatados (evidencias objetivas) y no en opiniones.
 - .- Relevancia: centrado en los aspectos más importantes.
 - .- Constructivo: presentar las oportunidades de mejora/observaciones o buenas prácticas, el destinatario del informe espera, sobre todo, claridad: claridad de ideas, claridad de análisis, claridad expositiva y consecuencias de lo analizado.
- B. Los auditores expresarán los hallazgos de no conformidad en el informe con la calificación de oportunidades de mejora y observaciones y podrán incluir, en su caso, la recomendación de tramitarlo como una no conformidad.

Envíos de Informes.

- A. Los correspondientes informes parciales de los auditores serán remitidos al coordinador, que procederá a su revisión. El coordinador habilitará los mecanismos para realizar las consultas con los auditores cuando sean necesarios ajustes, modificaciones y aclaraciones. Asimismo, el coordinador



será el responsable de solicitar la ampliación de datos a los auditores que deberán en su caso solicitar información a las Unidades.

- B. El informe global será remitido por el coordinador al auditor jefe, con copia a los auditores, y tras su verificación o aclaraciones necesarias, éste, lo remitirá al responsable de las Unidades auditadas. Este envío se realizará por Proceso/Unidad, siendo publicado en la página web el informe completo de cada proceso clave.

Gestión de las alegaciones.

- A. Las alegaciones de los responsables de las Unidades serán gestionadas por el auditor jefe, con conocimiento del coordinador y los auditores del correspondiente equipo. Su tramitación se realizará conforme al “Procedimiento Documentado 03: Auditorías Internas del SIGC-SUA”.

Evaluación del proceso.

- A. Los indicadores de seguimiento del proceso se realizarán de acuerdo con el sistema de informes establecido en el Plan de Auditoría.
- B. La encuesta de satisfacción de los auditores internos de las Unidades participantes se realizará tras la finalización de los programas de auditoría interna.

6.4. Auditoría no presencial.

La ejecución de la auditoría se podrá realizar con carácter no presencial (remotamente), por vía telemática (video conferencia), utilizando los recursos informáticos de los que dispone la Universidad de Jaén. En estos casos la auditoría se limitaría a la revisión de la información documentada (resultados de indicadores, informes de seguimiento de procesos, no conformidades ect..)

5.- REGISTROS

1. La Coordinación Técnica llevará el control formal de los registros de este Procedimiento.
2. Le corresponde a la Coordinación Técnica diseñar los formatos de los registros de este Procedimiento respetando la estructura o contenidos mínimos que se establecen en este Procedimiento, incluyéndolos como anexos. Asimismo, procederá a su comunicación, explicación y asistencia técnica para su cumplimentación.
3. El sistema de codificación del Plan de Auditoría Interna incluirá la siguiente expresión:

PAI.[Año correspondiente]-[Fecha de aprobación por el Comité de Calidad]



4. El sistema de codificación del programa de auditorías internas de seguimiento incluirá la siguiente expresión (en caso de su realización):

PRO.AIS.[Año correspondiente]-[Fecha de autorización del Responsable de calidad]

5. El sistema de codificación del programa de auditoría interna anual incluirá la siguiente expresión:

PRO.AIA.[Año correspondiente]-[Fecha de autorización del Responsable de calidad]

6. El informe de auditoría interna anual incluirá la siguiente expresión:

INF.AIA.[Año correspondiente]-[código del Plan de Auditoría Anual]

7. Los registros generados con el Procedimiento Documentado Auditorías Internas son los indicados en la siguiente tabla.

PD 03 Auditorías Internas.		
Código	Registro	Responsable
R.[PD 03]-01	Plan de Auditorías Internas.	Coordinación Técnica.
R.[PD 03]-02	En su caso, Programa de Auditorías internas de seguimiento.	Coordinación Técnica.
R.[PD 03]-03	Programa de Auditoría Interna anual.	Coordinación Técnica.
R.[PD 03]-04	Informe de Auditoría Interna anual.	Coordinación Técnica.