

Índice

1. Objeto
2. Ámbito de aplicación
3. Documentación de referencia/normativas
4. Definiciones
5. Responsabilidades
6. Desarrollo
7. Medición, análisis y mejora continua
8. Evidencias
9. Rendición de cuentas
10. Diagrama de Flujo

Resumen de ediciones		
Número	Fecha	Motivo de modificación
00	30/04/2015	Edición inicial
00	Curso 2017/2018	-Adaptación del anterior PE05 de Centros a procedimiento institucional -Revisión de la normativa (inclusión del programa IMPLANTA-DEVA) y desarrollo -Eliminación de los formatos asociados

Elaborado por:	Revisado por:
D. ^a Esther Atencia Gil Dirección del Área de Calidad	D. ^a Belén Floriano Parda Delegación del Rector para la Calidad
Aprobado por:	
D. Vicente Carlos Guzmán Fluja Rector de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla	

Código Seguro de verificación: fUuY1QDbgEuem6Ijc8JDTg==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://portafirmas.upo.es/verificarfirma>
 Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	VICENTE CARLOS GUZMAN FLUJA		FECHA	19/06/2018
ID. FIRMA	firma.upo.es	fUuY1QDbgEuem6Ijc8JDTg==	PÁGINA	1/8
				
fUuY1QDbgEuem6Ijc8JDTg==				

1. Objeto

Este procedimiento tiene por objeto establecer el método y los/as responsables de la planificación, desarrollo y seguimiento de las auditorías internas realizadas en la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla, que permitan determinar si los Sistemas de Garantía Interna de Calidad implantados son conformes con los requisitos del Programa AUDIT de ANECA y el Programa IMPLANTA de AAC-DEVA y con los establecidos en los propios Sistemas de Garantía Interna de Calidad de los Centros y sus Títulos, así como si dichos Sistemas se han implementado adecuadamente y si se mantienen de manera eficaz.

2. Ámbito de aplicación

Este procedimiento es de aplicación a todas las auditorías internas realizadas a los Sistemas de Garantía Interna de Calidad de los Centros y sus Títulos y del CEDEP y sus Títulos de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla. También se incluyen los Centros Adscritos de la UPO.

3. Documentación de referencia / normativas:

- ❖ Estatutos Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla.
- ❖ Normativa de la Universidad.
- ❖ Criterios y directrices para el aseguramiento de la Calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior (ESG).
- ❖ Criterios y directrices del Programa AUDIT, de ANECA, para el diseño, implantación y certificación de Sistemas de Garantía Interna de Calidad (SGIC).
- ❖ Guía para la Certificación de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los Centros de las Universidades Andaluzas (Programa IMPLANTA – SGCC), de la Agencia Andaluza del Conocimiento/Dirección de Evaluación y Acreditación (AAC/DEVA).

4. Definiciones

Acción Correctiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseada. Actividades realizadas oportunamente por la persona responsable de una actividad, con el objeto de eliminar la causa de las no conformidades.

Acción de Mejora: actividad que persigue aumentar la eficacia y eficiencia en el cumplimiento de los requisitos del Sistema de Garantía Interna de Calidad.

Objeto de la auditoría: fin que se persigue con la misma.

Alcance de la auditoría: extensión y límites de una auditoría, incluyendo, generalmente, la descripción de las ubicaciones físicas de la organización, las unidades organizacionales, las actividades y los procesos a auditar y, cuando sea relevante, la duración de la auditoría.

Auditoría interna del Sistema de Garantía de Calidad: proceso sistemático, independiente y documentado que se realiza internamente por la organización para obtener evidencias del Sistema de Garantía de Calidad implantado, las cuales son evaluadas de manera objetiva con el fin de determinar que los procesos definidos resultan adecuados y han sido desarrollados, documentados e implantados eficazmente conforme a los requisitos especificados en la norma de referencia.

FIRMADO POR	VICENTE CARLOS GUZMAN FLUJA		FECHA	19/06/2018
ID. FIRMA	firma.upo.es	fUuY1QDbgEuem6Ijc8JDTg==	PÁGINA	2/8



Conformidad: el estado de cumplimiento de los requisitos.

Criterios de auditoría: políticas, prácticas, procedimientos o requisitos frente a los cuales el auditor/a compara las evidencias recogidas.

Evidencia de la auditoría: registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información verificable (cualitativa o cuantitativa) que sea pertinente para la auditoría.

No Conformidad: incumplimiento de requisitos especificados en la Norma de referencia o en el Sistema de Garantía de Calidad auditado. Una No Conformidad Mayor implica el incumplimiento total de un requisito o la ausencia de los documentos exigidos expresamente en la Norma o en el SGIC. Una No Conformidad Menor implica la identificación de deficiencias en un procedimiento o en el funcionamiento del Sistema de Garantía de Calidad.

Programa de auditoría: planificación de un conjunto de auditorías para un periodo de tiempo determinado y con un propósito definido.

Plan de auditoría: descripción de las actividades y detalles acordados de una auditoría concreta.

5. Responsabilidades.

Órgano con competencias en Calidad: Establecer las directrices generales para la elaboración por el Área de Calidad de la propuesta del Programa Anual de Auditorías Internas y remitirlo al Comité de Calidad junto a la propuesta del equipo auditor para su aprobación. Informar al Comité de Calidad de los resultados globales del proceso.

Área de Calidad: Elaborar la propuesta del Programa Anual de Auditorías Internas y, una vez aprobada, difundir el Programa y hacerlo llegar a la CGIC del Centro a auditar. Desplegar el Programa Anual de Auditoría y elaborar el Plan de Auditoría Interna (primera parte del Plan) para su envío al equipo auditor. Mantener los registros derivados de la realización de las auditorías. Mantener actualizada una base de datos para la correcta selección del Equipo Auditor.

Comité de Calidad: Aprobar el Programa de Auditoría Interna. Nombrar al Equipo Auditor. Analizar este procedimiento en el marco del seguimiento global del SGIC. Velar por el cumplimiento de este procedimiento.

Responsable del Centro auditado: Aceptar el Plan de Auditoría y el Informe de Auditoría con su firma.

Equipo Auditor: Elaborar la segunda parte del Plan de Auditoría Interna. Desarrollar la Auditoría Interna. Elaborar el Informe de Auditoría y enviarlo al Centro auditado.

Responsable de Calidad del Centro auditado: participar activamente en el desarrollo del presente procedimiento, colaborando en todo momento con el Equipo de Auditores.

Comisión de Garantía Interna de Calidad del Centro: Analizar los resultados de la auditoría y establecer un Plan de Mejora. Activar las Acciones de Mejora derivadas de las No Conformidades detectadas en la Auditoría. Valorar el grado de desarrollo de las Acciones de Mejora implantadas.

6. Desarrollo.

6.1. Planificación de Auditorías Internas.

El Área de Calidad elabora cada año un Programa Anual de Auditorías Internas siguiendo las directrices marcadas por el Órgano con competencias en Calidad, para lo que tendrá en cuenta el estado y la importancia de los procesos a auditar, la incorporación de nuevos procesos al SGIC, los Centros susceptibles de ser auditados, así como los resultados de las auditorías previas, en su caso.

FIRMADO POR	VICENTE CARLOS GUZMAN FLUJA		FECHA	19/06/2018
ID. FIRMA	firma.upo.es	fUuY1QDbgEuem6Ijc8JDTg==	PÁGINA	3/8



Todos los miembros del equipo auditor deberán cumplir con alguna de las siguientes condiciones:

- **Conocimientos específicos:** Formación en Sistemas de Gestión de Calidad. Conocimiento de las principales normas de referencia en Sistemas de Gestión de Calidad y específicamente en el Programa AUDIT. Curso básico de Auditoría Interna de Sistemas de Gestión de Calidad (AUDIT, ISO, etc.).
- **Experiencia profesional:** Contar, al menos, con un año de experiencia en temas relacionados con la calidad de los Centros en la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla.
- **Entrenamiento práctico en auditorías:** Asistencia como observador a una auditoría.

En el caso del auditor/a jefe, será requisito imprescindible la formación en Auditorías y haber participado en tres o más auditorías internas o externas.

A este fin, el Área de Calidad mantiene un registro actualizado del personal cualificado como auditor que incluye el curriculum en materia de calidad y de auditorías, debidamente actualizado. La selección de auditores/as debe asegurar la objetividad e imparcialidad de los mismos. Los auditores/as no deben auditar su propio trabajo. En caso necesario, se contempla la colaboración de auditores/as externos/as.

El Órgano con competencias en Calidad eleva al Comité de Calidad de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla, el Programa Anual de Auditorías y la propuesta de equipo/s auditor/es para su aprobación y designación respectivamente.

Este Programa Anual de Auditorías se firma por la Dirección del Área de Calidad y el Órgano con competencias en Calidad, tras su aprobación por el Comité de Calidad, y se publica seguidamente en la web del Área de Calidad. Este Programa detalla el alcance de la auditoría (procedimiento, criterio, etc.) para cada Centro auditado.

El Equipo Auditor finalmente designado firma un documento de **Acuerdo de Confidencialidad y no Divulgación**, con objeto de proteger la información a la que se le da acceso por parte de la Universidad y Centro auditado.

6.2. Distribución del Programa Anual de Auditoría Interna.

Tras su aprobación, el Área de Calidad despliega el Programa Anual de Auditoría mediante la ejecución de aquellas actividades necesarias para el adecuado desarrollo del procedimiento de auditoría interna, tales como:

- a) Proporcionar información a los Centros implicados en la auditoría sobre las fechas, el lugar de realización y la duración propuestos, el alcance y tipología.
- b) Solicitar el acceso al equipo auditor a los documentos pertinentes, incluyendo los registros, las conclusiones de auditorías realizadas con anterioridad, no conformidades y acciones mejora.
- c) Facilitar los canales de comunicación que se estimen necesarios entre auditores/as y auditados/as.
- d) Coordinar el calendario de las auditorías y la formación, en su caso, de los equipos de auditores/as internos.

6.3. Elaboración del Plan de Auditoría Interna.

Código Seguro de verificación: fUuY1QDbgEuem6Ijc8JDTg==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://portafirmas.upo.es/verificarfirma>
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	VICENTE CARLOS GUZMAN FLUJA		FECHA	19/06/2018
ID. FIRMA	firma.upo.es	fUuY1QDbgEuem6Ijc8JDTg==	PÁGINA	4/8



fUuY1QDbgEuem6Ijc8JDTg==

Una vez nombrado el Equipo Auditor, el Área de Calidad diseña, elabora y registra un Plan de Auditoría Interna por cada auditoría interna programada mediante la definición e identificación de:

- El Código del Programa Anual de Auditoría al que pertenece el Plan de Auditoría definido.
- El Código de Auditoría Interna al que pertenece el Plan de Auditoría y que se encuentra reseñado en el Programa Anual de Auditoría.
- El objeto y el alcance de la auditoría en cuestión.
- La composición del Equipo Auditor.
- Los recursos materiales necesarios para el adecuado desarrollo de cada auditoría (sala de reuniones, equipos informáticos, acceso al gestor documental, etc.).
- La fecha en la que se realizará la auditoría.

6.4. Desarrollo de la Auditoría Interna.

El Área de Calidad debe poner a disposición del/de la Auditor/a Jefe, con una antelación mínima de 1 mes a la fecha fijada para la celebración de la Auditoría, los procedimientos y documentación actualizada del Sistema objeto de auditoría, de modo que pueda ser analizada con tiempo suficiente antes del inicio de la misma. Le remite igualmente el **Plan de Auditoría Interna** definido.

El/la Auditor/a Jefe, por su parte, concreta los datos de desarrollo de la Auditoría en base a la documentación recibida, define las actividades a seguir y asigna las tareas al resto de miembros del Equipo, incluidas las reuniones con el Equipo Decanal del Centro auditado y las propias reuniones internas del Equipo Auditor.

Con una antelación mínima de 7 días antes de la celebración de la auditoría, el/la Auditor Jefe presenta el Plan de Auditoría al/a la Responsable máximo del Centro a auditar para su aceptación previa al inicio de las actividades auditoras in situ.

La realización de la auditoría se lleva a cabo en función de la documentación actualizada del sistema de garantía interna de calidad (manual de calidad y de procedimientos y evidencias que se deriven de la implantación) comprobando que se cumple lo que hay reflejado en el mismo. Para ello, el Equipo de Auditores utiliza las técnicas de auditoría habituales que estime oportunas (check list, entrevistas y coloquios, muestreo, seguimiento de registros, etc.). Procede, además, a la revisión de las auditorías anteriores, tanto las realizadas internamente como las externas para ver el estado de las no conformidades (su corrección o el estado del proceso de corrección). La auditoría debe incluir una reunión de apertura con los/las responsables del Centro auditado, que debe quedar registrada.

El personal sujeto a la auditoría está obligado a facilitar toda la información y ayuda requerida por el Equipo de Auditores pero en ningún caso puede interferir en su trabajo.

Durante la Auditoría, el Equipo recopila y verifica la información, generando los hallazgos de la auditoría que le sirvan de base para la preparación de las conclusiones de la misma. En la reunión de cierre, se deben presentar las conclusiones y los hallazgos a los/las responsables del Centro auditado dando oportunidad a la subsanación de errores de interpretación por parte del Equipo Auditor.

En cualquier caso, desde el Órgano con competencias en Calidad, apoyado por el Área de Calidad, se fomentará la formación a diferentes niveles no sólo de los equipos auditores sino de todo el personal de la Universidad.

FIRMADO POR	VICENTE CARLOS GUZMAN FLUJA		FECHA	19/06/2018
ID. FIRMA	firma.upo.es	fUuY1QDbgEuem6Ijc8JDTg==	PÁGINA	5/8



6.5. Informe y validación de la Auditoría Interna.

Tras la recopilación de toda la información necesaria, el/la Auditor/a Jefe procede a la elaboración del informe de auditoría.

Si durante la revisión de auditorías anteriores observa que persiste alguna de las no conformidades halladas en la auditoría anterior se incluye en el informe actual. Si la no conformidad ha sido corregida, el/la auditor/a procede al cierre de la misma, quedando también registrada en el mismo informe de auditoría.

El/la Auditor/a Jefe remite el informe de auditoría al/a la Responsable del Centro auditado en el plazo de 1 semana. En el mismo, hace constar la descripción de los hallazgos encontrados, calificando cada uno de ellos, si procede, como no conformidades “mayores” o “menores”, según corresponda.

Tras ello se aprueba el Informe de Resultados mediante la firma del/de la Auditor/a Jefe y el/la Responsable del Centro auditado. Los resultados del Informe constituyen una de las entradas necesarias para la realización de la revisión anual del SGIC por parte de la Comisión de Garantía Interna de Calidad del Centro, prevista en el procedimiento **PE04-CC Medición, Análisis y Mejora continua**.

6.6. Seguimiento de la auditoría.

La CGIC del Centro auditado, activa las acciones de mejora que subsanen las no conformidades halladas.

La CGIC del Centro realiza tras ello el seguimiento de la implantación efectiva de la acción correctiva propuesta y su cierre una vez subsanada la no conformidad detectada, manteniendo el registro de las no conformidades y de las evidencias que demuestran la resolución de la no conformidad en la fecha establecida.

El Centro auditado envía al Área de Calidad el informe de acciones de mejora para la subsanación de las no conformidades y el seguimiento de las mismas antes de la siguiente auditoría.

7. Medición, análisis y mejora continua.

La Comisión de Garantía Interna de Calidad del Centro, de forma anual, analizará los resultados de la auditoría o auditorías realizadas en su Centro y las acciones de mejora implantadas, determinando si las no conformidades detectadas han sido resueltas de modo efectivo. Recopilará además los resultados de la medición de los indicadores que evalúan el desempeño de este procedimiento:

- **PE05-CC-IN01:** Nº de No conformidades menores detectadas en las auditorías internas realizadas en el Centro.
- **PE05-CC-IN02:** Nº de No conformidades mayores detectadas en las auditorías internas realizadas en el Centro.
- **PE05-CC-IN03:** Nº de No conformidades subsanadas con respecto a la auditoría anterior.

FIRMADO POR	VICENTE CARLOS GUZMAN FLUJA		FECHA	19/06/2018
ID. FIRMA	firma.upo.es	fUuY1QDbgEuem6Ijc8JDTg==	PÁGINA	6/8
				
fUuY1QDbgEuem6Ijc8JDTg==				

8. Evidencias

Código	Identificación de la evidencia	Soporte de archivo	Responsable custodia	Tiempo de conservación
PE05-UPO-E01-XX-XX	Registro de personal auditor	Informático	Área de Calidad	Permanente
PE05-UPO-E02-XX-XX	Programa Anual de Auditorías Internas	Informático	Área de Calidad	6 años
PE05-UPO-CC-E03-XX-XX	Plan de Auditoría Interna	Informático	Área de Calidad	6 años
PE05-UPO-CC-E04-XX-XX	Informe de Resultados de Auditoría Interna	Informático	Responsable de Calidad del Centro auditado	6 años
PE05-UPO-CC-E05-XX-XX	Informe de Acciones de Mejora (incluyendo su seguimiento)	Informático	Responsable de Calidad del Centro auditado	6 años

9. Rendición de cuentas

El/la Responsable de Calidad del Centro difunde los resultados obtenidos en el proceso de auditoría interna de su Centro así como de las acciones de mejora implantadas y los resultados de su implantación de manera eficaz, a toda la sociedad en general, siguiendo para ello el procedimiento "PC14-CC Información Pública".

Periódicamente, el Órgano con competencias en Calidad informa al Comité de Calidad de los resultados globales del proceso y los refleja en la Memoria Académica Anual de la UPO.

10. Diagrama de Flujo



