

PROCEDIMIENTO AUDITORÍA INTERNA

1. OBJETIVO

Establecer la metodología a seguir para planear, programar, ejecutar y el cumplimiento de lo establecido en la Norma NTC-ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015 y al SG-SST; asegurando su eficacia para generar oportunidades de mejora al sistema y asegurar el cumplimiento de los requisitos del Sistema Integrado de Gestión.

2. ALCANCE

Este procedimiento debe ser aplicado desde la planeación de las auditorías hasta la entrega final de informes de auditorías y acciones correctivas, preventivas y de mejora.

3. RESPONSABILIDADES

- Jefe de calidad: Elaboración del procedimiento y definición de las lista de chequeo requeridas para cada proceso, ejercerá como auditor líder.
- Equipo auditor: Realizar la auditoría al proceso correspondiente, elaborar informe y presentar acciones correctivas y de mejora. Los auditores deben ser independientes de los procesos a auditar con el fin de garantizar la objetividad de la auditoria.

4. DESARROLLO

4.1. ELABORAR PROGRAMA DE AUDITORÍAS

El Jefe de Calidad programará las auditorías Internas y externas según se establece en el **F-GG-06 Cronograma de auditorías** para la Revisión del Sistema de Gestión mínimo una vez al año o de manera extraordinaria cuando la alta gerencia lo requiera, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Procesos que tienen mayor dificultad en su ejecución.
- Seguimiento a Auditorías Internas.
- Cambios en los procesos o en el Sistema de Gestión integral.
- Nuevos cargos, promoción de personal responsable de procesos.
- Estado de los procesos.
- Auditorías Externas (Certificación de los Clientes).
- Revisión temporal de los procesos de la organización.

Luego el Auditor Líder informa las fechas de Auditoria a la alta dirección y a los responsables de los procesos a auditar. Esta información quedará registrada en el **F-GG-06 Cronograma de auditorías**.

4.2. SELECCIÓN DE AUDITORES

La selección de auditores se realizará teniendo en cuenta:

- Personal idóneo externo a los procedimientos e independientes de las actividades a verificar.
- Conocimiento de los procesos de la empresa

REQUISITOS MÍNIMOS PARA AUDITORES INTERNOS	
Certificación auditor interno	ISO 9001: 2015 – ISO 14001: 2015
Experiencia:	Mínimo 6 meses de antigüedad en Famoc Depanel

Los auditores seleccionados se registrarán en el formato **F-GG-07 Selección de auditores**. Será comunicado a todo el personal de FAMOC DEPANEL SA las personas designadas.

El equipo auditor podrá conformarse con observadores para participar en el proceso de auditoría, la selección de observadores se realizará teniendo en cuenta:

- Personal idóneo externo a los procedimientos e independientes de las actividades a verificar.
- Conocimiento de los procesos de la empresa
- No requiere certificado de auditor interno

4.3. PREPARACIÓN Y DESARROLLO DE LA AUDITORIA

4.3.1. PLANEACION DE AUDITORIAS

El auditor será el responsable de definir el objetivo y alcance de la auditoria, planeando la ejecución y registro en el **F-GG-08 Plan de auditorías**, incluyendo fechas, horas y responsables de los procesos auditar.

Para el desarrollo del **F-GG-08 Plan de auditorías**, se realizará teniendo en cuenta los criterios descritos en el numeral a auditar basado en documentos vigentes de los procesos correspondientes.

La planeación de la auditoría debe ser lo suficientemente flexible para permitir cambios o modificaciones en el alcance de la auditoría, que pueden llegar a ser desarrollados en las actividades de verificación.

Con base en la documentación suministrada se preparara la **F-GG-09 Lista de Verificación** por proceso auditar, con base en los numerales de la norma y los documentos del proceso.

4.3.2. ASIGANCION DE TAREAS Y PREPARACION DE LOS DOCUMENTOS

El auditor líder asignará las responsabilidades frente a los procesos que cada uno debe auditar, dichas asignaciones deben considerar la necesidad de independencia y competencia de los auditores y el uso eficaz de los recursos asignados para el desempeño de sus funciones.

Se pueden realizar cambios en la asignación de las tareas a medida que se va desarrollando la auditoría. Se preparara la documentación que sea necesaria como referencia y los que serán los registros de auditoría.

4.3.3. REALIZACION E INICIO DE AUDITORIAS

Se realizara reuniones de apertura donde se confirma el **F-GG-08 Plan de auditorías** y se aclaran las dudas que se presenten. Se informa sobre la metodología a seguir en la realización de la auditoría y se acuerda la fecha y ejecución de las actividades.

4.3.4. HALLAZGOS DE LA AUDITORIA

A través de entrevistas, revisión de la documentación, observaciones de las actividades, entre otras; el equipo auditor revisa la información correspondiente a los procesos del sistema integrado de gestión donde podrán hallar información para la realización de la auditoría.

De acuerdo a la verificación documental se tendrá en cuenta la aplicabilidad de los registros asociados que sean correspondientes y el contenido del documento, con el fin de dar control a la política integrada de la organización, que el contenido sea acorde a las normas y que se halla divulgado de manera eficaz y efectiva.

Los hallazgos encontrados por los auditores (conformes o no conformes) serán analizados para determinar acciones correctivas y oportunidades de mejora; para este paso se requiere diligenciar **F-GG-09 Lista de Verificación**.

Luego de tener conocimiento de los hallazgos, estos serán registrados en el **F-GG-10 Informe de Auditoría** y se registrará también en el **F-GCM-27 Solicitud Acciones Correctivas o de Mejora**, estableciendo los planes de acciones para cerrar esas observaciones o No conformidades.

4.4. INFORME DE LA AUDITORÍA

Obteniendo la información correspondiente para la ejecución se realizara el **F-GG-10 Informe de Auditoría** teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Fecha, alcance y objetivos de la auditoría.
- Fortalezas
- Oportunidades de mejora.
- No conformidades presentadas.

Este informe es presentado al Gerente del proceso correspondiente y con esta información se adelantan las acciones de Mejora que solicita el equipo auditor, se define la fecha de seguimiento de las acciones de mejora para verificar su tratamiento en el formato **F-GCM-27 Solicitud Acciones Correctivas o de Mejora**

Posteriormente se realizaran programas de verificación para el seguimiento y eficiencia de las acciones tomadas con el fin de cerrar las No conformidades. Este se dará en el **F-GCM-28 Control de Mejoramiento y Seguimiento de Calidad**.

5. DEFINICIONES

Acción Correctiva: Acción tomada para la eliminación de las causas de una no conformidad detectada en el Sistema Integrado de Gestión.

Acción Preventiva: Acción tomada para la eliminación de las causas de una no conformidad potencial.

Desviaciones: Problemas en el desarrollo de las actividades de un proceso que puedan afectar la calidad del producto y/o servicio.

No conformidad: Incumplimiento de los requisitos del Sistema Integrado de Gestión.

No conformidad mayor: ausencia o fallo en implantar y mantener uno o más requisitos del SIG, o una situación que pudiera presentarse, basándose en evidencias o evaluaciones objetivas, crear una duda razonable sobre la calidad de lo que la organización está suministrando.

No conformidad menor: es una no conformidad detectada, que por sus características no llega a la gravedad de la anterior.

Ocurrencia: Frecuencia con la que se piensa que ocurrirá la No conformidad Potencial.

Producto y/o Servicio No Conforme: Resultado de un procedimiento que no cumple con los parámetros definidos en el Sistema Integrado de Gestión.

Severidad: Grado de impacto de la No conformidad en el SIG

Oportunidad de mejora (OM): Es un hallazgo identificado frente a una situación con potencial de riesgo, de la cual se deben formular acciones preventivas con el fin de evitar que se materialice una no conformidad o producto no conforme.

Revisión eventual: Acción que se emprende circunstancialmente para determinar la idoneidad, conveniencia y eficacia de las actividades definidas para lograr los objetivos establecidos por cada proceso y el cumplimiento de los requisitos adoptados institucionalmente.

Riesgos: Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el desarrollo normal de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.

Tipo: El "tipo" de no conformidad hace referencia a la clasificación de No conformidad Mayor o No conformidad Menor.

6. DOCUMENTOS Y FORMATOS DE REFERENCIA

F-GG-06 Cronograma de auditorías.

F-GG-07 Selección de auditores

F-GG-08 Plan de auditorías

F-GG-09 Lista de Verificación

F-GG-10 Informe de Auditoría

F-GCM-27 Solicitud Acciones Correctivas o de Mejora

7. CONTROL DE CAMBIOS

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
María Paula Gómez Jefe de Calidad	Marisol Suarez Gerente Administrativa	Federico Ramirez Comité de Gerencia

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
Febrero 2019	1	Elaboración