

**ÍNDICE**

1. **Objeto**
2. **Ámbito de aplicación**
3. **Definiciones**
4. **Responsabilidades**
5. **Desarrollo**
6. **Medición, análisis y mejora continua**
7. **Documentos internos**
8. **Registros**
9. **Rendición de cuentas**
10. **Diagrama de Flujo**

**Anexos:**

- Anexo 1: Formato PE05-F01 Programa Anual de Auditoría Interna.
- Anexo 2: Formato PE05-F02 Plan de Auditoría Interna.
- Anexo 3: Formato PE05-F03 Informe de Resultados de la Auditoría Interna.
- Anexo 4: Formato PE05-F04 Informe de Acciones de Mejora y su Seguimiento.
- Anexo 5: Formato PE05-F05 Acuerdo de Confidencialidad y no Divulgación.

Resumen de ediciones		
Número	Fecha	Motivo de modificación
00	15/09/2015	Edición inicial

Elaborado por:	Revisado por:
D. <sup>a</sup> Esther Atencia Gil Dirección del Área de Calidad	D. <sup>a</sup> . Consuelo Camacho Pereira Subdirectora de Calidad, Centro Universitario San Isidoro, adscrito a la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla
Aprobado por:	
D. Cayetano Medina Molina Director Del Centro Universitario San Isidoro, adscrito a la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla	

Código Seguro de verificación:W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==. 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	CAYETANO MEDINA MOLINA	FECHA	09/10/2015
	CONSUELO CAMACHO PEREIRA		
	ESTHER ATENCIA GIL		
ID. FIRMA	firma.upo.es	W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==	PÁGINA 1/16
			
W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==			

### 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 el Centro Universitario San Isidoro que permitan determinar si el Sistema de Garantía Interna de Calidad implantado es conforme con los requisitos del Programa AUDIT y con los establecidos en el propio Sistema de Garantía Interna de Calidad del Centro Universitario San Isidoro y sus Títulos, así como si dicho Sistema se ha implementado adecuadamente y si se mantiene de manera eficaz.

### 2. Ámbito de aplicación

Este procedimiento es de aplicación a todas las auditorías internas realizadas al Sistema de Garantía Interna de Calidad del Centro Universitario San Isidoro y sus Títulos.

### 3. Documentación de referencia / normativas:

Normativa general (ver Anexo Normativa de carácter general)

Normativa específica:

- ❖ Estatutos Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla.
- ❖ Manual del SAGIC de los Centros de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla.
- ❖ Normativa de la Universidad.
- ❖ Programa AUDIT de ANECA.

### 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.

**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.

Código Seguro de verificación:W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==. 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	CAYETANO MEDINA MOLINA	FECHA	09/10/2015
	CONSUELO CAMACHO PEREIRA		
	ESTHER ATENCIA GIL		
ID. FIRMA	firma.upo.es	W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==	PÁGINA 2/16
			
W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==			

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

**5. Responsabilidades:**

**Vicerrectorado 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 de los SGIC. Velar por el cumplimiento de este procedimiento.

**Responsable del Centro auditado:** Aprobación del Plan y del Informe de Auditoría.

**Equipo Auditor:** elaboración de la segunda parte del Plan de Auditoría Interna. Desarrollo de la Auditoría Interna. Elaboración del Informe de Auditoría y envío 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 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 en el primer trimestre de cada año un Programa Anual de Auditorías Internas siguiendo las directrices marcadas por el Vicerrectorado 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.

El equipo auditor estará formado por un/a auditor/a jefe (que será la persona responsable del Área de Calidad o el técnico/a que ésta designe que cuente con formación suficiente), un/a técnico del Área de Calidad y un miembro con perfil académico.

El resto de componentes 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:** contener, al menos, 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.

Código Seguro de verificación:W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==. 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	CAYETANO MEDINA MOLINA	FECHA	09/10/2015	
	CONSUELO CAMACHO PEREIRA			
	ESTHER ATENCIA GIL			
ID. FIRMA	firma.upo.es	W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==	PÁGINA	3/16
 W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==				

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.

El Vicerrectorado 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 queda registrado siguiendo el formato **PE05-F01 Programa Anual de Auditoría Interna** (Anexo 1), firmándose por la Dirección del Área de Calidad y el Vicerrectorado con competencias en Calidad, tras su aprobación por el Comité de Calidad, y publicándose en la web del Área de Calidad. Este Programa detallará el alcance de la auditoría (procedimiento, criterio AUDIT, etc.) para cada Centro auditado.

El Equipo Auditor finalmente designado firmará un documento de **Acuerdo de Confidencialidad y no Divulgación**, siguiendo para ello el formato **PE05-F05** (Anexo 5), 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 la aprobación del Programa, 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.

Una vez nombrado el Equipo Auditor, el Área de Calidad diseña, elabora y registra un Plan de Auditoría Interna por cada auditoría interna programada, cumplimentando la primera parte del formato **PE05-F02 Plan de Auditoría Interna** (Anexo 2), 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

Código Seguro de verificación:W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==. 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	CAYETANO MEDINA MOLINA	FECHA	09/10/2015
	CONSUELO CAMACHO PEREIRA		
	ESTHER ATENCIA GIL		
ID. FIRMA	firma.upo.es	W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==	PÁGINA 4/16
 W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==			

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** debidamente cumplimentado a excepción de los "Datos de desarrollo de la Auditoría".

El/la Auditor/a Jefe, por su parte, cumplimenta la segunda parte del formato **PE05-F02 Plan de Auditoría Interna (Anexo 2)**, correspondiente a 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 de Dirección 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 Vicerrectorado con competencias en Calidad, apoyado por el Área de Calidad, se fomentará la formación a diferentes niveles no sólo de los equipos auditores sino del personal de la Universidad.

### 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, según el formato **PE05-F03 Informe de Resultados de la Auditoría Interna (Anexo 3)**.

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 como no conformidades "mayores" o "menores", según corresponda.

Código Seguro de verificación:W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==. 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	CAYETANO MEDINA MOLINA	FECHA	09/10/2015	
	CONSUELO CAMACHO PEREIRA			
	ESTHER ATENCIA GIL			
ID. FIRMA	firma.upo.es	W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==	PÁGINA	5/16



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 Proceso **PE04 Medición, Análisis y Mejora**.

### 6.6. Seguimiento de la auditoría:

La CGIC del Centro Universitario San Isidoro, activa las acciones de mejora que subsanen las no conformidades halladas, siguiendo para ello el formato **PE05-F04 Informe de Acciones de Mejora y su Seguimiento** (Anexo IV).

La CGIC del Centro Universitario San Isidoro realiza tras ello el seguimiento de la implantación efectiva de la acción correctiva propuesta, utilizando para ello el formato **PE05-F04 Informe de Acciones de Mejora y su Seguimiento** (Anexo IV), 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.

### 7. Medición, análisis y mejora continua

La Comisión de Garantía Interna de Calidad del Centro Universitario San Isidoro, 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.

### 8. Relación de formatos asociados

- Formato PE05-F01 Programa Anual de Auditoría Interna.
- Formato PE05-F02 Plan de Auditoría Interna.
- Formato PE05-F03 Informe de Resultados de la Auditoría Interna.
- Formato PE05-F04 Informe de Acciones de Mejora y su Seguimiento.
- Formato PE05-F05: Acuerdo de Confidencialidad y no Divulgación.

### 9. Evidencias

Código	Identificación de la evidencia	Soporte de archivo	Responsable custodia	Tiempo de conservación	Formato
PE05-E01-XX-XX	Registro de personal auditor	Papel o Informático	Área de Calidad	Permanente	No

Código Seguro de verificación:W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==. 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	CAYETANO MEDINA MOLINA	FECHA	09/10/2015	
	CONSUELO CAMACHO PEREIRA			
	ESTHER ATENCIA GIL			
ID. FIRMA	firma.upo.es	W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==	PÁGINA	6/16



PE05-E02-XX-XX	Programa Anual de Auditorías Internas	Papel o Informático	Área de Calidad	6 años	Si
PE05-E03-XX-XX	Planes de Auditorías Internas	Papel o Informático	Área de Calidad	6 años	Si
PE05-E04-CC-XX-XX	Informes de Resultados de Auditorías Internas	Papel o Informático	Responsable de Calidad del Centro auditado	6 años	Si
PE05-E05-CC-XX-XX	Informes de Acciones de Mejora (incluyendo su seguimiento)	Papel o Informático	Responsable de Calidad del Centro auditado	6 años	Si

### 10. Rendición de cuentas

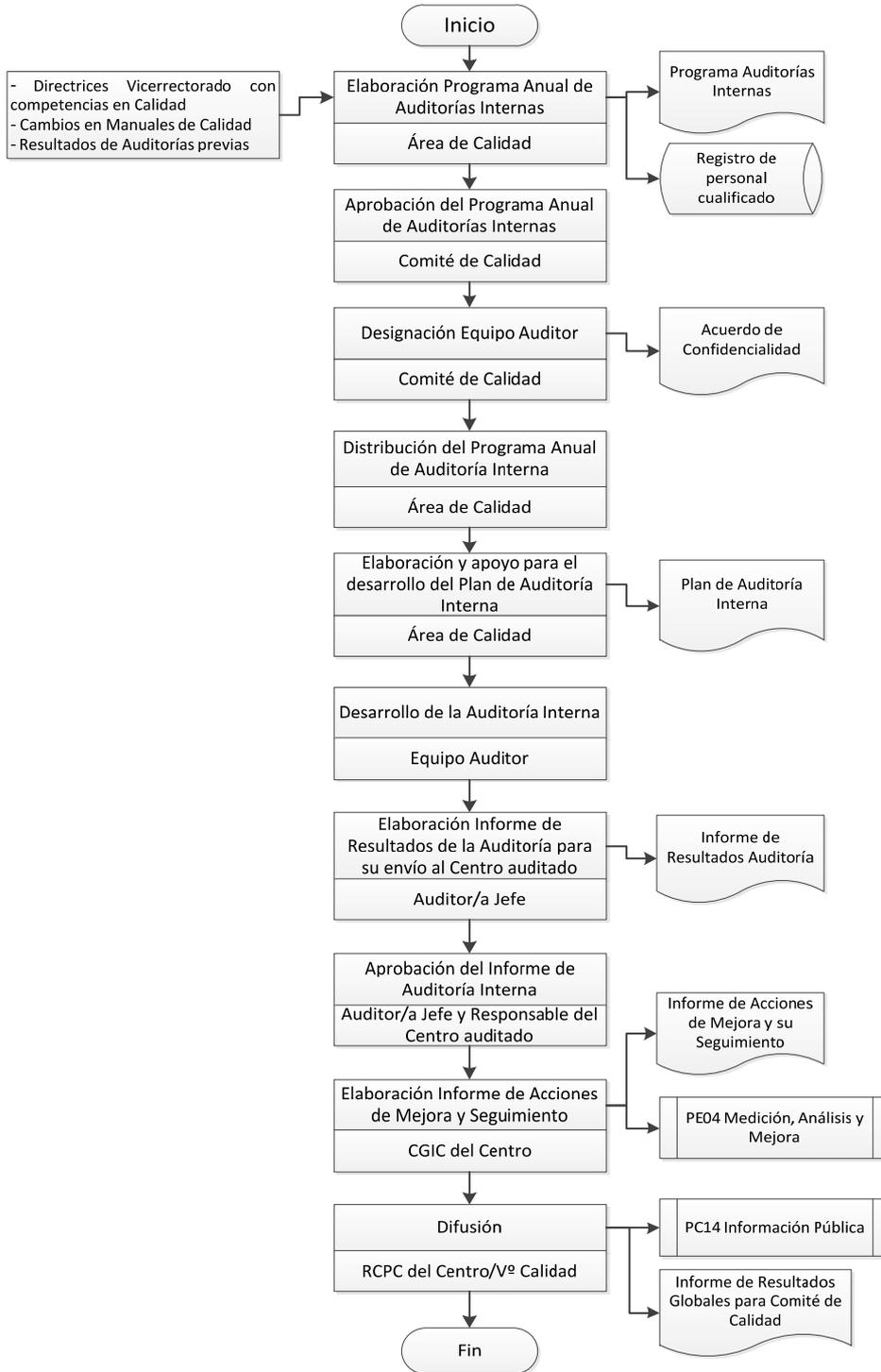
El/la Responsable de Calidad del Centro Universitario San Isidoro difunde los resultados obtenidos en el proceso de auditoría interna de su Centro así como de las acciones de mejora implantadas y los resultados de su implantación de manera eficaz, a toda la sociedad en general, siguiendo para ello el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

Periódicamente, el Vicerrectorado con competencias en Calidad informa al Comité de Calidad de los resultados globales del proceso.

### 11. Diagrama de Flujo

Código Seguro de verificación:W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==. 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	CAYETANO MEDINA MOLINA		FECHA	09/10/2015
	CONSUELO CAMACHO PEREIRA			
	ESTHER ATENCIA GIL			
ID. FIRMA	firma.upo.es	W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==	PÁGINA	7/16
 W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==				



Código Seguro de verificación:W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==. 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	CAYETANO MEDINA MOLINA	FECHA	09/10/2015	
	CONSUELO CAMACHO PEREIRA			
	ESTHER ATENCIA GIL			
ID. FIRMA	firma.upo.es	W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==	PÁGINA	8/16





	<b>AUDITORÍA INTERNA</b>	Código: PE05-CSI
---	--------------------------	---------------------

	<b>Anexo 2: PE05-F02 PLAN DE AUDITORÍA INTERNA</b>	Indicar el Programa Anual de Auditoría Interna al que pertenece este Plan de Auditoría
		Indicar el código de auditoría interna específico reseñado en el Programa Anual de Auditoría Interna

<b>OBJETO</b>	
<b>ALCANCE</b>	
<b>COMPOSICIÓN DEL EQUIPO AUDITOR</b>	<b>NOMBRE</b>
<b>AUDITOR/A JEFE</b>	
<b>AUDITORES/AS</b>	
<b>RECURSOS MATERIALES NECESARIOS</b>	<b>Fecha visita</b>

DATOS DE DESARROLLO DE LA AUDITORÍA					
REUNIÓN INICIAL DEL EQUIPO AUDITOR	Fecha:		Hora:	Lugar:	Auditor/a Asignado
	Fecha	Fecha	Grupo de Interés/persona a entrevistar	Lugar	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

<b>REUNIÓN DE CIERRE</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Hora:</b>	<b>Lugar:</b>
<b>Decano/a del Centro auditado</b>	<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Auditor/a Jefe</b>	<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>

Código Seguro de verificación: W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==. 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.

<b>FIRMADO POR</b>	CAYETANO MEDINA MOLINA CONSUELO CAMACHO PEREIRA ESTHER ATENCIA GIL	<b>FECHA</b>	09/10/2015
<b>ID. FIRMA</b>	firma.upo.es W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==	<b>PÁGINA</b>	10/16

  
 W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==

	AUDITORÍA INTERNA	Código: PE05-CSI
---	-------------------	---------------------

Anexo 3: PE05-F03	Código PAAI:
<b>INFORME DE RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA</b>	Código Auditoría Interna:
	Centro:
	Fecha:

Resultados por directriz AUDIT		Nº no conformidad
<b>DIRECTRIZ AUDIT</b>		
<b>1.0. Cómo el Centro define su política y objetivos de calidad</b>		
1.0.1.	Declaración pública y por escrito que recoja su política, alcance y objetivos de calidad	
1.0.2.	Grupos de interés implicados	
1.0.3.	Configuración del sistema para su despliegue	
1.0.4.	Acciones para la mejora continua de la política y objetivos de calidad	
1.0.5.	Rendición de cuentas a los grupos de interés	
<b>1.1. Cómo el Centro garantiza la calidad de sus programas formativos</b>		
1.1.1.	Órganos y procedimientos para la mejora continua de los títulos	
1.1.2.	Sistemas de información para la mejora de la oferta formativa	
1.1.3.	Mecanismos para la toma de decisiones sobre oferta formativa y diseño de títulos	
1.1.4.	Mecanismos para implementar las mejoras derivadas del proceso de revisión	
1.1.5.	Rendición de cuentas a los grupos de interés	
1.1.6.	Criterios para la eventual suspensión del título	
<b>1.2. Cómo el Centro orienta sus enseñanzas a los estudiantes.</b>		
1.2.1.	Sistemas de información que permitan conocer y valorar las necesidades del Centro en materia de: 1. Definición de perfiles de ingreso/ egreso 2. Admisión y matriculación 3. Alegaciones, reclamaciones y sugerencias 4. Apoyo y orientación a estudiantes sobre el desarrollo de la enseñanza 5. Enseñanza y evaluación de los aprendizajes 6. Prácticas externas y movilidad de estudiantes 7. Orientación profesional	
1.2.2.	Mecanismos para obtener, valorar y contrastar información sobre el desarrollo actual de los procesos anteriormente citados.	
1.2.3.	Mecanismos que regulen las directrices que afectan a los estudiantes: reglamentos (exámenes, sanciones, petición de certificaciones,	

Código Seguro de verificación:W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://portafirmas.upo.es/verificarfirma">https://portafirmas.upo.es/verificarfirma</a> Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.			
FIRMADO POR	CAYETANO MEDINA MOLINA CONSUELO CAMACHO PEREIRA ESTHER ATENCIA GIL	FECHA	09/10/2015
ID. FIRMA	firma.upo.es W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==	PÁGINA	11/16
 W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==			



## AUDITORÍA INTERNA

Código:  
PE05-CSI

convalidaciones, etc.), normas de uso (de instalaciones), calendarios, horarios y beneficios que ofrece la Universidad.
1.2.4. Mejora continua de los procesos relacionados con los estudiantes.
1.2.5. Procedimientos de toma de decisiones relacionados con los estudiantes.
1.2.6. Participación de los grupos de interés en los procesos relacionados con el aprendizaje.
1.2.7. Rendición de cuentas sobre los resultados del aprendizaje de los estudiantes.
<b>1.3. Cómo el Centro garantiza y mejora la calidad de su personal académico.</b>
1.3.1. Procedimientos para obtener información sobre necesidades de personal académico.
1.3.2. Recogida de información sobre resultados de su personal académico.
1.3.3. Mejora continua de las actuaciones relativas al personal académico.
1.3.4. Toma de decisiones relativas al acceso, evaluación y promoción.
1.3.5. Participación de los grupos de interés en la definición de la política de personal.
1.3.6. Rendición de cuentas sobre los resultados de su política de personal.
<b>1.4. Cómo el Centro gestiona y mejora sus recursos materiales y servicios.</b>
1.4.1. Obtención de información sobre requisitos de gestión de los recursos materiales y servicios.
1.4.2. Obtención de información sobre su gestión de los recursos materiales y servicios.
1.4.3. Mejora continua de su política y actuaciones relativas al PAS y servicios.
1.4.4. Control y mejora de los recursos materiales y servicios.
1.4.5. Procedimientos de toma de decisiones relativas a los recursos materiales y servicios.
1.4.6. Participación de los grupos de interés en la gestión de los recursos materiales y servicios.
1.4.7. Rendición de cuentas sobre adecuación y uso de los recursos materiales y servicios.
<b>1.5. Cómo el Centro analiza y tiene en cuenta los resultados.</b>
1.5.1. Obtención de información sobre necesidades de los grupos de interés sobre calidad de la enseñanza.
1.5.2. Recogida de información sobre resultados de aprendizaje, inserción laboral y satisfacción de grupos de interés.
1.5.3. Mejora continua de los resultados y la fiabilidad de los datos utilizados.
1.5.4. Estrategias y sistemáticas para introducir mejoras en los resultados.
1.5.5. Procesos de toma de decisiones relacionados con los resultados.
1.5.6. Implicación de los grupos de interés en la medición, análisis y mejora de los resultados.

PE05-CSI

Edición 00 – 30/07/2015

Página 12 de 16

Código Seguro de verificación:W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==. 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	CAYETANO MEDINA MOLINA	FECHA	09/10/2015	
	CONSUELO CAMACHO PEREIRA			
	ESTHER ATENCIA GIL			
ID. FIRMA	firma.upo.es	W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==	PÁGINA	12/16



W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==



	AUDITORÍA INTERNA	Código: PE05-CSI
---	-------------------	---------------------

**FORTALEZAS DETECTADAS**

--

**APROBACIÓN DEL INFORME**

Auditor/a Jefe	Fecha:	Firma:
Decano/a del Centro auditado	Fecha:	Firma:

**APROBACIÓN DEL SEGUIMIENTO**

Auditor/a Jefe	Fecha:	Firma:
Decano/a del Centro auditado	Fecha:	Firma:

Código Seguro de verificación:W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==. 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	CAYETANO MEDINA MOLINA CONSUELO CAMACHO PEREIRA ESTHER ATENCIA GIL	FECHA	09/10/2015
ID. FIRMA	firma.upo.es W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==	PÁGINA	14/16



W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==

	<b>AUDITORÍA INTERNA</b>	Código: PE05-C5I
---	--------------------------	---------------------

 Anexo 4: Formato PE05-F04 <b>INFORME DE ACCIONES DE MEJORA Y SEGUIMIENTO</b>						
		CENTRO				
		Código PAAI				
		Código Auditoría Interna				
Nº DE NO CONFORMIDAD	TIPOLOGÍA	ANÁLISIS DE LA/S CAUSA/S	ACCIÓN/ES A DESARROLLAR	RECURSOS NECESARIOS (humanos, técnicos, económicos)	PLAZOS DE INICIO Y RESOLUCIÓN	RESPONSABLE/S DE EJECUCIÓN Y/O SEGUIMIENTO
	<input type="checkbox"/> NCM <input type="checkbox"/> ncm					
Seguimiento de la acción implantada, dificultades para su resolución y grado de cumplimiento						
Fecha definición de acciones:			Responsable de Calidad del Centro:			
Fecha seguimiento de acciones:			Firma:			

Indique el mismo número asignado en el informe de resultados de la auditoría. Repetir las filas tantas veces como número de no conformidades detectadas. NCM (No Conformidad Mayor); ncm (no conformidad menor).

Código Seguro de verificación:W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==. 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	CAYETANO MEDINA MOLINA	FECHA	09/10/2015
	CONSUELO CAMACHO PEREIRA		
	ESTHER ATENCIA GIL		
ID. FIRMA	firma.upo.es	W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==	PÁGINA 15/16
 W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==			

**MODELO DE ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN**

En Sevilla, a .... de ..... de ....., entre Dña. Esther Atencia Gil, en su calidad de Directora del Área de Calidad, de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla, en adelante la “Administración”, y D./Dña....., en su calidad de ....., en adelante el/la “Destinatario/a”, suscriben el presente *Acuerdo de Confidencialidad y No Divulgación* con objeto de proteger la información contenida en la documentación que se entrega por parte de la “Administración” al/la “Destinatario/a”, así como a toda aquella información a la que pueda tener acceso en su calidad de Auditor/a Interno.

En base a ello, la “Administración” y el/la “Destinatario/a” **ACUERDAN:**

**PRIMERO:** El ámbito de aplicación de este contrato se limita a la información relativa a las **Auditorías Internas de los Centros de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla.**

**SEGUNDO:** El/la “Destinatario/a” deberá usar la información sólo con el único propósito de su análisis en el marco del desarrollo de la Auditoría Interna en la que ha sido designado como Auditor/a.

**TERCERO:** El/la “Destinatario/a” deberá adoptar las medidas de índole técnica y organizativa necesarias que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado según el art. 9 de la Ley Orgánica de Protección de Datos.

**CUARTO:** El/la “Destinatario/a” se compromete a guardar la confidencialidad respecto a los datos recibidos bajo este acuerdo, así como a los derivados del desarrollo de la propia Auditoría Interna.

**QUINTO:** El/la “Destinatario/a” se compromete a no revelar la información a terceros ajenos, a excepción de la que sea entregada y/o expuesta al Área de Calidad, a los miembros de la Comisión de Garantía Interna de Calidad del Centro auditado, a la Comisión de Garantía Interna de Calidad de los Centros o al Comité de Calidad de la UPO, con el único objeto de dar cumplimiento a los propósitos del presente acuerdo y al procedimiento de Auditoría Interna establecido.

**SEXTO:** La modificación de este acuerdo solo podrá efectuarse mediante escrito firmado entre ambas partes.

Fdo.: Esther Atencia Gil  
Directora del Área de Calidad

Fdo.: .....

Código Seguro de verificación:W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==. 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	CAYETANO MEDINA MOLINA	FECHA	09/10/2015
	CONSUELO CAMACHO PEREIRA		
	ESTHER ATENCIA GIL		
ID. FIRMA	firma.upo.es	W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==	PÁGINA 16/16
 W/bzBh0Xh0yj08/wpGQLmg==			