



UNIVERSIDAD MICHOACANA  
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO  
*Cuna de héroes, crisol de pensadores*

2019

# PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA INTERNA



M.C.D LLUVIA IBETH MEJÍA SALGADO

UMSNH

1-1-2019

## PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA

### Tabla de contenido

1. Objetivo.....	3
2. Alcance .....	3
3. Vocabulario .....	3
4. Abreviaturas .....	4
5. Autoridad.....	4
6. Responsabilidades.....	5
7. Desarrollo .....	5
8. Diagrama.....	13
9. Tabla de registros .....	14
10. Tabla de entradas y salidas .....	14
11. Indicadores.....	16
12. Tabla de control de cambios y aprobación .....	18

## PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA

### 1. Objetivo.

Establecer los lineamientos para llevar a cabo auditorías a intervalos planificados para obtener información que permita asegurarse que el Sistema de Gestión de la Calidad es conforme con los requisitos del Sistema Bibliotecario, con los de la Norma ISO 9001:2015 y que se implementa y mantiene de manera eficaz.

### 2. Alcance

Los lineamientos establecidos en este procedimiento se aplican para auditar a los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad del Sistema Bibliotecario de la UMSNH.

### 3. Vocabulario

<b>Auditoría</b>	Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias objetivas y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría.
<b>Programa de la auditoría</b>	Conjunto de una o más auditorías planificadas para un período de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.
<b>Alcance de la auditoría</b>	Extensión y límites de una auditoría.
<b>Plan de auditoría</b>	Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.
<b>Criterios de Auditoría</b>	Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos usados como referencia frente a la cual se compara la evidencia objetiva.
<b>Evidencia de la Auditoría</b>	Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.
<b>Hallazgos de auditoría</b>	Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría, recopilada frente a los criterios de auditoría.
<b>Conclusiones de la Auditoría</b>	Resultado de una auditoría, tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.
<b>Cliente de la Auditoría</b>	Organización o persona que solicita una auditoría.
<b>Auditado</b>	Organización que es auditada.
<b>Auditor</b>	Persona que lleva a cabo una auditoría.
<b>Equipo auditor</b>	Una o más personas que llevan a cabo una auditoría con el apoyo, si es necesario de expertos técnicos.
<b>Observador</b>	Persona que acompaña al equipo auditor pero que no actúa como auditor.

## PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA

<b>Conformidad</b>	Cumplimiento de un requisito.
<b>No conformidad</b>	Incumplimiento de un requisito.
<b>Acción correctiva</b>	Acción para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir.
<b>Corrección</b>	Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
<b>Equipo auditor</b>	Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría.

### 4. Abreviaturas

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
<b>CCSB</b>	Comité de Calidad del Sistema Bibliotecario
<b>PFRH</b>	Proceso de Formación de Recursos Humanos
<b>SGC-SB</b>	Sistema de Gestión de Calidad del Sistema Bibliotecario
<b>UMSNH</b>	Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
<b>DGB</b>	Dirección General de Bibliotecas
<b>GIC</b>	Gestor interno de la calidad
<b>NC</b>	No conformidad
<b>C</b>	Conformidad
<b>OM</b>	Oportunidad de mejora

### 5. Autoridad

PUESTO	AUTORIDAD
<b>COMITÉ DE CALIDAD DEL SISTEMA BIBLIOTECARIO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Selección de auditores internos del Sistema Bibliotecario.</li> <li>Aprobación del Programa de auditoría.</li> <li>Determinar las acciones necesarias para el tratamiento de una NO conformidad no atendida por algún Centro de Información o Proceso de Soporte.</li> <li>Determinar causa raíz de hallazgos de auditoría externa.</li> <li>Análisis y tratamiento a casos de inviabilidad de auditorías internas.</li> </ol>
<b>PROCESO DE CALIDAD DE LA DGB</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Enviar al organismo certificador los planes de acción para el cierre de no conformidades.</li> </ol>
<b>COORDINADOR DE AUDITORÍA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Coordinar el equipo auditor.</li> <li>Cuando se requiera, realizar la actualización de la documentación del proceso de auditoría interna.</li> </ol>

## PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA

<b>AUDITOR</b>	<p>Auditor líder deberá:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinar la realización de la auditoría.</li> <li>2. Coordinar con el equipo auditor los demás auditores la elaboración del informe final de la auditoría y entregarlo a los auditados y coordinación de auditoría, dentro de los 7 días hábiles posteriores a la realización de la misma.</li> <li>3. Conciliar con los Coordinadores de los centros de información y procesos de soporte los puntos en desacuerdo, respecto al informe de auditoría.</li> <li>4. Declarar inviable una auditoría interna, por causa justificada.</li> </ol>
----------------	---

### 6. Responsabilidades.

Las responsabilidades se establecen en la descripción de la actividad en la tabla de desarrollo.

### 7. Desarrollo

NUM	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	FRECUENCIA	RECURSOS	DOCUMENTO DE REFERENCIA
1.	Selección de Auditores Internos	El Sistema Bibliotecario cuenta con un <b>Proceso de Formación Recursos Humanos</b> , que capacita y evalúa a un grupo de auditores, con la finalidad de que el Sistema Bibliotecario, cuente con su propio equipo auditor. Con base en los resultados de evaluación proporcionada por el PFRH, el <b>Comité de Calidad del Sistema Bibliotecario</b> , es quien realiza la selección de los auditores la cual queda documentada en una minuta ( <a href="#">SB R M 7.4</a> ).	Anualmente	Equipo de cómputo e impresión.  Material de papelería.	Perfil de puestos
2.	Elaboración de Propuesta de Programa de Auditorías	El <b>Coordinador de auditorías</b> elaborará la propuesta anual de programa de auditoría en el registro ( <a href="#">SB R PA 9.2.2</a> ) Considerando que se revisará todo el Sistema de Gestión de la Calidad del Sistema Bibliotecario una vez al año, sin	Anualmente	Equipo de cómputo.  Material de papelería	

## PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA

		embargo el alcance y objetivos de cada auditoría podrán sujetarse a cambios, conforme a las necesidades del Sistema de Gestión de la Calidad del Sistema Bibliotecario, el desempeño de los procesos y sus evidencias.			
3.	Revisión del Programa de Auditorías	Una vez realizada la propuesta de Programa de Auditoría ( <a href="#">SB R PA 9.2.2</a> ), ésta es acordada con los <b>Coordinadores de los Centros de Información y Responsables de los Procesos de Soporte del Sistema Bibliotecario</b> , así como el <b>equipo auditor</b> , a efecto de asegurar la fecha de la realización de la auditoría.	Anualmente	Equipo de cómputo e impresión con conexión a internet. Teléfono.	Propuesta de programa de ( <a href="#">SB R PA 9.2.2</a> )
4.	Aprobación del Programa de Auditoría	Una vez acordado las fechas se procede a la aprobación el Programa de Auditoría ( <a href="#">SB R PA 9.2.2</a> ) en minuta ( <a href="#">SB R M 7.4</a> ) de reunión de <b>Comité de Calidad del Sistema Bibliotecario</b> . En ocasiones, la dinámica institucional obliga a realizar cambios en el programa original, por lo que la negociación del mismo permanece abierta durante todo el año.	Anualmente	Registros impresos.	
5.	Difusión del Programa de Auditorías	El <b>Coordinador de auditorías</b> procede a la difusión del Programa de Auditorías ( <a href="#">PC PL PA 9.2.2</a> ) a las partes interesadas del Sistema Bibliotecario, a través la Plataforma de Hallazgos ( <a href="#">SB PL PH 8.2.1.c 9.1 10.2</a> ).	Anualmente	Equipo de cómputo con conexión a Internet.  Plataforma de Hallazgos ( <a href="#">SB PL PH 8.2.1.c 9.1 10.2</a> )	
6.	Elaboración del Plan de Auditoría	El <b>Coordinador de Auditorías</b> elabora el plan de auditoría en el registro ( <a href="#">PC R PAI 9.2.2.b</a> ) para cada proceso o centro de información a auditar, y se entrega al <b>auditor líder</b> .	5 días hábiles previos a la realización de la auditoría.	Equipo de cómputo con conexión a internet.	

## PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA

7.	Entrega de Documentación	<p>El <b>Coordinador de auditorías</b> entregará la documentación (<a href="#">PC_R_ED 9.1.1</a>) que se requiera para la ejecución de la auditoría al <b>Auditor Líder</b>:</p> <p><u>Se envía por correo electrónico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Norma ISO 9001</li> <li>- Informe de Auditoría Interna (lleno) (<a href="#">PC_R_IAI 9.2.2.f</a>)</li> <li>- Lista de Verificación (<a href="#">PC_R_LV 9.2.1.a</a>)</li> </ul> <p><u>Se entrega en forma impresa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lista de asistencia (<a href="#">PC_R_LA 8.5</a>)</li> <li>- Plan de Auditoría Interna (firmado) (<a href="#">PC_R_PAI 9.2.2.b</a>)</li> <li>- Constancia de participación de auditores</li> <li>- Verificación del Estado de los Hallazgos de la auditoría anterior (copia) (<a href="#">PC_R_VEH 9.1.1.a</a>)</li> </ul> <p>En caso necesario, cuando se dificulte la entrega en forma personal, se utilizará el correo electrónico para enviar toda la documentación en forma digitalizada.</p>	3 días antes de la aplicación de la auditoría.	Equipo de cómputo con conexión a internet.	
8.	Reunión de Apertura	El <b>auditor líder</b> preside la reunión de apertura, presenta al equipo auditor, pide a los participantes que se presenten, comunica el plan de auditoría y las actividades que realizará el equipo auditor, se establecen los mecanismos de comunicación y se aclaran las dudas; finalmente solicita el registro de los participantes en la auditoría en el registro lista de asistencia ( <a href="#">PC_R_LA 8.5</a> )	Al inicio de cada auditoría.	Registros impresos.	
9.	Realización de Auditoría	El <b>equipo auditor</b> ejecuta la auditoría interna con estricto apego a los principios de auditoría (Integridad, presentación ecuánime, debido	Durante el desarrollo de la auditoría	Formularios impresos.	Norma ISO 9001 Plan de auditoría ( <a href="#">PC</a>

## PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA

		<p>cuidado profesional, confidencialidad, independencia, enfoque basado en la evidencia y enfoque basado en el riesgo). Realiza entrevistas, recolecta evidencias, proporciona información referente a la conformidad con los requisitos propios de las áreas auditadas para su sistema de gestión de calidad y requisitos de la norma de referencia, señala incumplimientos al auditado en caso de existir, y documenta el hallazgo en el registro informa de auditoria interna (<a href="#">PC R IAI 9.2.2.f</a>).</p> <p>Cuando en un centro de información, se requiere auditar aspectos relacionados con alguno de los procesos de soporte del Sistema Bibliotecario, se deberá consultar al responsable del proceso implicado, antes de asentar un hallazgo.</p> <p>Para determinar la viabilidad antes o durante la realización de la auditoría, debe tener en cuenta factores como la disponibilidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Información suficiente y apropiada para la planeación y realización de la auditoría.</li> <li>2. Tiempo y recursos adecuados para la realización de la auditoría.</li> <li>3. Cooperación adecuada por parte del auditado.</li> </ol> <p>Una vez declarada la inviabilidad de una auditoría, el auditor líder deberá documentar los hechos y elaborar su informe, justificando dicha suspensión en el registro (<a href="#">PC R IAI 9.2.2.f</a>) Caso que turnará al <b>Comité de Calidad del Sistema</b></p>		<p><a href="#">R PAI 9.2.2.b</a>) Verificación del estado de los hallazgos (<a href="#">PC R VEH 9.1.1.a</a>)</p> <p>Lista de Verificación (<a href="#">PC R LV 9.2.1.a</a>)</p>
--	--	---	--	--



## PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA

		<b>Bibliotecario</b> , para su análisis y tratamiento con las partes interesadas.			
10.	Reunión de cierre y entrega de informe	<p>El <b>auditor líder</b> solicita se convoque a los participantes a la reunión de cierre y les informa sobre los hallazgos detectados.</p> <p>La entrega del informe podrá ser hasta <b>7 días hábiles posteriores</b> a la realización de la auditoría.</p> <p>El informe se entregará vía correo electrónico, impreso y firmado por el <b>auditor líder</b> al Coordinador de los centros de información y Responsables de los procesos de soporte, proporcionando una copia del mismo a la coordinación de auditorías.</p> <p>El <b>Coordinador de auditorías</b> dará de alta los hallazgos en la plataforma de hallazgos <a href="#">SB_PL_PH 8.2.1.c 9.1_10.2</a> en el área de “identificación”, teniendo el cuidado de no duplicar su captura y asentar el hallazgo al proceso o centro de información que corresponda atenderlo.</p> <p>El <b>Coordinadores de los centros de información, Responsables de procesos de soporte, GIC y personal</b> involucrado analizan los resultados de la auditoría y determinan las correcciones, acciones correctivas, así como las acciones de mejora para eliminar las No conformidades y Oportunidades de Mejora detectadas.</p>	7 días hábiles posteriores de la realización de la auditoría.	Equipo de computo Internet Plataforma de hallazgos	
11.	Aplicación de la	Después de la entrega del informe de auditoría interna, el <b>Coordinador</b>	Después de la entrega	Equipo de cómputo	

## PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA

	Evaluación de Conformidad y Satisfacción	<b>de Auditorías</b> enviará, a través de la Plataforma de Hallazgos <a href="#">SB PL PH 8.2.1.c 9.1 10.2</a> la Encuesta de Satisfacción y Conformidad ( <a href="#">PC PL ESC 9.1.2</a> ), al Coordinador del centro de información y Responsable de proceso de soporte auditado.	del informe de auditoría.	con conexión a internet.  Plataforma de Hallazgos <a href="#">SB PL PH 8.2.1.c 9.1 10.2</a>	
12.	Seguimiento	<p>El <b>Coordinador de centro de información, Responsable de proceso de soporte, GIC y personal</b> involucrado se analiza los resultados de la auditoría y determinan las correcciones y acciones correctivas para dar tratamiento a las No conformidades y Oportunidades de Mejora detectadas.</p> <p>Si durante la auditoría de algún centro de información, se detecta un hallazgo que impacte a un proceso de soporte, será el responsable de dicho proceso en coordinación con el Coordinador del centro de información involucrado, quien de atención al hallazgo y lo documente en la plataforma respectiva.</p> <p><b>TIEMPO PARA LA ATENCION DE NO CONFORMIDADES</b></p> <p>A partir de la fecha de entrega del informe de auditoría interna, se deberá presentar el análisis de causa raíz y los planes de acción en la Plataforma de Hallazgos (<a href="#">SB PL PH 8.2.1.c 9.1 10.2</a>). Tiempo en que la coordinación de auditoría interna llevará a cabo la verificación del estado de los hallazgos <a href="#">PC R VEH 9.1.1.a</a> e informará al centro de información o proceso a través de correo electrónico, observaciones que detecte al realizar la verificación.</p>	20 días hábiles después de la entrega del informe de auditoría	Plataforma de hallazgos ( <a href="#">SB PL PH 8.2.1.c 9.1 10.2</a> )  Equipo de computo  Internet	

## PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA

		<p>El cierre será verificado por el auditor líder en la siguiente auditoría interna y externa.</p> <p>NOTA:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toda no conformidad no atendida será turnada al Comité de Calidad para que determine las acciones necesarias.</li> <li>2. La atención de una oportunidad de mejora, dependerá del criterio de cada centro de información; sin embargo, deben quedar documentadas en la "Plataforma de Hallazgos" <a href="#">SB PL PH 8.2.1.c 9.1 10.2</a>, en el campo correspondiente a "identificación".</li> <li>3. Los hallazgos de auditoría externa deberán ser revisados por el <b>Comité de Calidad del Sistema Bibliotecario</b>, quien determinará la causa raíz, los planes de acción y la eficacia de las acciones. Será el <b>Proceso de Gestión de Calidad</b>, quien se hará responsable de enviar dicha información al organismo certificador.</li> </ol>			
13.	Medición del proceso	<p>La medición del proceso se realiza con base a los indicadores establecidos en este procedimiento y al registro Medición del Proceso de Auditoría Interna (<a href="#">PC R MPAI 9.1.1</a>).</p> <p>Los resultados son analizados en Revisión por la Dirección por el</p>	Anual	<p><b>Equipo de cómputo.</b></p> <p><b>Plataforma de Hallazgos</b></p> <p><b>Programa SPSS</b></p>	<p>Medición del proceso de auditoría <a href="#">PC R MPAI 9.1.1</a></p> <p>Informes de auditoría <a href="#">PC</a></p>



UNIVERSIDAD MICHOACANA  
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO  
*Cuna de héroes, crisol de pensadores*

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO  
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

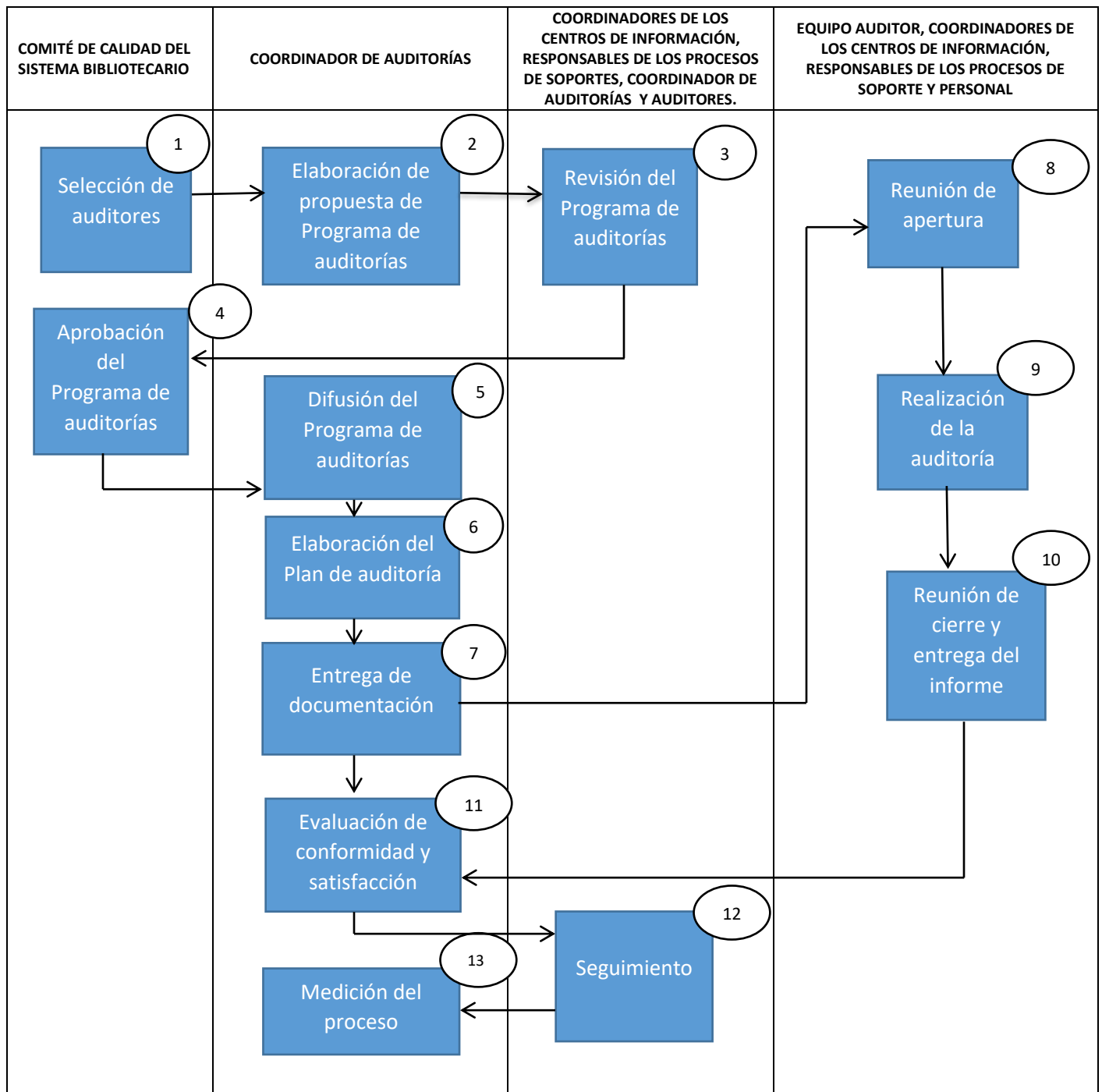


**PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA**

		Comité de Calidad del Sistema Bibliotecario y es quien determina correcciones, acciones correctivas y de mejora para el proceso.			<a href="#">R</a> <a href="#">IAI 9.2.2.f</a>  Encuestas contestadas  Programa de auditoría ( <a href="#">PC</a> <a href="#">PL</a> <a href="#">PA 9.2.2</a> )
--	--	--	--	--	---

## PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA

### 8. Diagrama



## PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA

### 9. Tabla de registros

NOMBRE	CÓDIGO
Encuesta de satisfacción y conformidad	<a href="#">PC PL ESC 9.1.2</a>
Entrega de Documentación	<a href="#">PC R ED 9.1.1</a>
Informe de Auditoría Interna	<a href="#">PC R IAI 9.2.2.f</a>
Lista de Asistencia	<a href="#">PC R LA 8.5</a>
Medición del Proceso de Auditoría Interna	<a href="#">PC R MPAI 9.1.1</a>
Minuta	<a href="#">SB R M 7.4</a>
Plan de Auditoría Interna	<a href="#">PC R PAI 9.2.2.b</a>
Plataforma de Hallazgos	<a href="#">SB PL PH 8.2.1.c 9.1 10.2</a>
Programa de Auditoría	<a href="#">SB R PA 9.2.2</a>
Verificación del Estado de los Hallazgos	<a href="#">PC R VEH 9.1.1.a</a>
- <b>Lista de Verificación</b>	<b>PC_R_LV_9.2.1.a</b>

### 10. Tabla de entradas y salidas

Nombre del proceso: Auditoría interna				
Responsable o coordinador del proceso: Lluvia Ibeth Mejía Salgado				
Objetivo del proceso: Dirigir la planeación, ejecución y seguimiento del proceso de auditoría interna, con el fin de garantizar la efectividad y mejora del SGC.				
Fuentes de entradas	Entradas	Actividades	Salida	Receptores de las salidas
Procesos precedentes:  <b>- Proceso de Gestión Tecnológica y Sistemas</b>  <b>- Proceso de Formación de Recursos Humanos</b>	<b>Programa de auditoría</b>  <b>Recursos:</b>  <b>Recursos Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Personal Capacitado</li> </ul> <b>Recursos Materiales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Material de Papelería</li> <li>Equipo de Computo</li> <li>Impresora</li> </ul> <b>Recursos Tecnológicos</b>	Método para el trabajo:  <b>Proceso de Auditoría Interna:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Programa anual de auditoría</b></li> <li><b>Realización de la auditoría interna</b></li> <li><b>Seguimiento de los hallazgos de auditoría</b></li> </ol>	Producto:  <b>Realización de la auditoría</b>	Procesos posteriores:  <b>Proceso de Calidad</b>

**PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA**

<p><b>- Proceso de Gestión de Recursos Financieros</b></p> <p><b>-Proceso de Gestión de calidad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plataforma Atención de Hallazgos</li> </ul> <p><b>Recursos Financieros</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viáticos para Traslados</li> </ul> <p><b>Recursos Normativos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Norma ISO 9001:2015.</li> <li>• Norma ISO 2000-2015</li> <li>• Documentación del SGC</li> </ul>			
	<p><b>Proveedores:</b></p> <p><b>-Plataforma atención de hallazgos (Proceso de Gestión Tecnológica y Sistemas proporciona creación y mantenimiento de la plataforma).</b></p> <p><b>-Auditores (Proceso de Formación de Recursos Humanos, competencia de equipo auditor)</b></p> <p><b>-Documentación y normativa (Proceso de Gestión de Calidad)</b></p>		<p>Evidencia: <i>(Registros, Formatos llenos)</i></p> <p><b>Informe de auditoría</b></p>	<p>Partes interesadas:</p> <p><b>-Centros de información y procesos centrales de la DGB certificados y en proceso de certificación.</b></p> <p><b>-Alta dirección</b></p>

## PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA

### 11. Indicadores

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE	OBJETIVO	DEFINICIÓN	MÉTODO:	FORMULA	INTERPRETACIÓN O POSIBLES SOLUCIONES.
Satisfacción	Promedio de satisfacción de centros de información y procesos de soporte respecto a la auditoria interna recibida.	Contar con la información para controlar la satisfacción de los centros de información y de soporte respecto a la auditoria interna recibida.	Satisfacción sobre la realización de auditorías internas.	Con la información derivada de la encuesta de satisfacción se realiza el cálculo del grado de satisfacción por ítem expresado en términos porcentuales.	$PSI = \frac{\sum CAI}{EA}$ PSI= Promedio de satisfacción por ítem. $\sum CAI$ =Sumatoria de las calificaciones asignadas por ítem. EA=Encuestas aplicadas.	De 0 a 7 de calificación promedio, indica que no se está cumpliendo con la satisfacción deseada. Se procede a realizar análisis de causa raíz y a establecer las acciones correctivas con carácter urgente.  De 8 al 10 de calificación promedio, indica satisfacción con las auditorías realizadas.
Conformidad	Porcentaje de conformidad de centros de información y procesos de soporte respecto a la auditoria interna recibida.	Contar con la información para controlar la conformidad de los centros de información y de soporte respecto a la auditoria interna recibida.	Conformidad sobre la realización de auditorías internas.	Con la información derivada de la encuesta de satisfacción y conformidad se realiza el cálculo del grado de conformidad por ítem expresado en términos porcentuales.	$PCI = \frac{\sum CI * 100}{EA}$ PCI= Porcentaje de conformidad por ítem.  $\sum CI$ =Sumatoria de conformidad por ítem.  EA=Encuestas aplicadas.	De 0% al 70% de conformidad por ítem, indica que no se está cumpliendo con la conformidad deseada. Se procede a realizar análisis de causa raíz y a establecer las acciones correctivas con carácter urgente.  Del 71% al 100% de conformidad, indica que el programa de auditoría es conforme con el requisito establecido.



## PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE	OBJETIVO	DEFINICIÓN	MÉTODO:	FORMULA	INTERPRETACIÓN O POSIBLES SOLUCIONES.
Eficacia	Porcentaje de cumplimiento del Programa de Auditoría	Contar con información para controlar la eficacia del programa de auditorías a inviértalos planificados.	Eficacia del programa de auditoría interna.	Registrar el número de autorías programadas y realizadas en el Programa de Auditoría y en Medición del Proceso de Auditoría y aplicar la fórmula correspondiente.	$PC=AR*100/AP$ PC=Porcentaje de cumplimiento. AR= Auditorías realizadas. AP=Auditorías programadas.	<p>De 0% a 60% de cumplimiento, indica que no se está cumpliendo con la eficacia del programa. Se procede a realizar análisis de causa raíz y a establecer las acciones correctivas con carácter urgente.</p> <p>De 61% al 85% de cumplimiento, indica que el programa está en riesgo. Se programan acciones correctivas.</p> <p>Del 86% al 100% de cumplimiento, indica que el programa de auditoría es eficaz.</p>
Eficiencia	Promedio horas - auditor líder por auditoría.	Contar con la información para controlar la eficiencia de los auditores líderes.	Promedio de horas-auditor líder por auditoría.	Se recaban, de los informes de auditoría el número de horas auditor-líder empleadas para realizarlas una auditoría y se aplica la fórmula correspondiente. Para procesos de soporte se determina como adecuado 5 horas-auditor líder.	$PHALA=\sum HALETA/NAR$ PHAA=Promedio de horas auditor líder por auditoría. $\sum HALETA=$ Horas auditor líder empleadas en el total de las auditorías. NA=Número de auditorías realizadas.	<p>Si el número de horas- auditor líder es menor de 10 se considera insuficiente el tiempo para realizar la auditoría, deberá determinarse la causa raíz para establecer las acciones correctivas. De 10 a 15 horas se considera suficiente el tiempo para la realización de la auditoría. De 15 a 25 hrs. o más se determinará la causa raíz y se</p>

## PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE	OBJETIVO	DEFINICIÓN	MÉTODO:	FORMULA	INTERPRETACIÓN O POSIBLES SOLUCIONES.
						analizará si se requiere tomar acciones correctivas.

### 12. Tabla de control de cambios y aprobación

No.	Sección	Descripción	Revisó	Fecha	Aprobó	Fecha
1	Todo el documento	Documento nuevo	Comité de calidad del sistema bibliotecario	14 de Junio de 2018	Comité de calidad del sistema bibliotecario	14 de Junio de 2018
2	Vocabulario, abreviaturas y responsabilidades.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se complementa vocabulario</li> <li>Se agregan abreviaturas</li> <li>En la responsabilidad se agrega un principio de auditoría (enfoque basado en el riesgo), y se agrega registro de lista de verificación (actividad 9).</li> </ol>	Proceso de calidad y comité de calidad	3 de junio de 2019	Comité de calidad	05 de junio de 2019
	Nueva tabla.	Se incluye tabla de entradas y salidas.				