|  |  |
| --- | --- |
| **Título:** |  |
| **AUDITORÍAS INTERNAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y VERIFICACIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN** |
|  |

**Preparado por:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** | Lic. Ricardo Emilio Rodríguez Zepeda | Firma:  | Fecha: 19/04/2022 |
| **Cargo :** | Coordinador de Auditorías de la Calidad DGEA |  |  |
|  |  |  |  |
| **Nombre:** | Lic. Enilson Antonio Cortez Guevara | Firma:  | Fecha:19/04/2022  |
| **Cargo :** | Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad DGEA |  |  |
|  |

**Revisado por:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** | Lic. José Arturo Solórzano Campos | Firma:  | Fecha:  |
| **Cargo :** | Subdirector de Administración |  |  |
|  |

**Aprobado por:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** | Lic. Emilio Roberto Alexander Melara Moreno | Firma:  | Fecha:  |
| **Cargo :** | Director General de Administración |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **Contenido:** |
| 1. Objetivo
2. Ámbito de Aplicación
3. Referencia Normativa
4. Definiciones
5. Responsabilidades
6. Lineamientos Generales
7. Procedimiento
8. Anexos
9. Modificaciones
 |

1. **OBJETIVO**

Definir los pasos a seguir para planificar, ejecutar y elaborar informes de Auditorías Internas del Sistema de Gestión de la Calidad y Verificaciones del Sistema de Gestión Seguridad de la Información y/o seguimiento de acciones correctivas por hallazgos no superados; para evaluar la eficacia de estos Sistemas de Gestión, conforme los requisitos establecidos en la documentación del SGC y SGSI de la institución, de la Norma ISO 9001, la Política de Seguridad establecida en el Manual de Políticas de Control Interno y Manual de Seguridad de la Información, según el Sistema evaluado.

1. **ÁMBITO DE APLICACIÓN**

El procedimiento es de aplicación en las unidades organizativas de las siguientes Dependencias del Ministerio de Hacienda:

* **DGICP**: Dirección General de Inversión y Crédito Público.
* **DGP**: Dirección General del Presupuesto.
* **DGCG:** Dirección General de Contabilidad Gubernamental.
* **DGEA:** Dirección General de Administración.
* **DINAFI:** Dirección Nacional de Administración Financiera e Innovación.
* **DPEF:** Dirección de Política Económica y Fiscal.
* **DF:** Dirección Financiera.
* **DC:** Dirección de Comunicaciones.
* **DAJ:** Dirección de Asuntos Jurídicos.
* **UNAC:** Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.
* **UAIP:** Unidad de Acceso a la Información Pública.
* **DGT:** Dirección General de Tesorería.
* **DGA:** Dirección General de Aduanas.
* **DGII:** Dirección General de Impuestos Internos**.**
* **UAI:** Unidad de Auditoría Interna.
* **TAIIA:** Tribunal de Apelaciones de los Impuestos Internos y de Aduanas.
1. **REFERENCIA NORMATIVA**
* Norma ISO 9000 Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario.
* Norma ISO 9001 Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.
* Norma ISO 19011 Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión.
* Norma UNE-ISO/IEC 27001 Tecnología de la Información. Técnicas de Seguridad. Sistemas de Gestión de la Seguridad de la Información (SGSI). Requisitos.
* Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Ministerio de Hacienda.
* Manual de Políticas de Control Interno del Ministerio de Hacienda.
* Manual de la Calidad.
* Manual de Seguridad de la Información.
* Manual de Organización de la Dirección General de Administración.
* Acuerdo No.1285 del 15 de noviembre de 2006, mediante el cual se regula la centralización de las Auditorías de la Calidad del Ministerio de Hacienda.
* Acuerdo Ejecutivo 57 del 24 de enero de 2011, que modifica acuerdo 793 del 2 de octubre de 2001 y elimina el Acuerdo Ejecutivo 291 del 20 de marzo de 2006.
* Acuerdo Ejecutivo No. 580 del 10 de agosto de 2020 en que se asigna funciones al Director General de Administración.
* Acuerdo Ejecutivo No. 581 del 10 de agosto de 2020 en que se delega al Director General de Administración, firma para autorizar documentación y actuaciones relacionadas con el manejo administrativo.
* Acuerdo No. 905 del 9 de agosto de 2010, sustituyendo el acuerdo No. 36 del 10 de enero de 2006. Restructuración de la Dirección Nacional de Administración Financiera e Innovación.
* Acuerdo Ejecutivo 171 de fecha 07 de febrero de 2022, Reestructuración organizativa de la DGEA.

1. **DEFINICIONES**

**Alcance de Auditoría:** Extensión y límites de una auditoría.

**Auditado:** Organización que es auditada en su totalidad o partes.

Auditor: Persona que lleva a cabo una auditoría.

**Auditor de la Calidad Encargado:** Auditor designado para coordinar el proceso administrativo de la Auditoría (elaboración y distribución del plan de Auditoría, gestionar reunión de apertura y de cierre, entre otros), el cual a su vez participa en la ejecución de la misma.

**Auditoría:** 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.

**Cliente de la Auditoría:** Organización o persona que solicita una auditoría.

**Competencia:** Capacidad para aplicar conocimientos y habilidades con el fin de lograr resultados previstos.

**Conclusiones de la Auditoría:** Resultado de una auditoría, tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.

**Conformidad:** Cumplimiento de un requisito.

**Criterios de Auditoría:** Conjunto de requisitos usados como referencia frente a la cual se compara la evidencia objetiva.

**DGC:** Departamento de Gestión de la Calidad

**Eficacia:** Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se logran los resultados planificados.

**Equipo Auditor:** Uno o más personas que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo, si es necesario de expertos técnicos.

**Evidencia de la Auditoría:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que es pertinente para los criterios de auditoría y que es verificable.

**Evidencia Objetiva:** Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo.

**Expediente de Auditoría:** Son los registros del SGC relacionados con el proceso de auditoría, los cuales se resguardan de forma magnética, de la siguiente forma: En el Portal Web del Ministerio de Hacienda: Plan de Auditoría, Informe de Auditoría, Hojas de Acciones Correctivas en caso de que existan; en la Red Informática: Asignación de Trabajo, Guía de Auditoría. Los registros para la recopilación de los hallazgos recabados en la libreta de trabajo (de forma física) o los archivos generados en forma magnética, se eliminan al finalizar el proceso de la Auditoría.

**Experto Técnico:** Persona que aporta conocimientos o experiencia específicos al equipo auditor.

**Fortaleza:** Acciones adicionales, positivas y de mejora realizadas por las Unidades Organizativas con el propósito de incrementar la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.

**Guía de Auditoría:** Documento que contiene los lineamientos utilizados por el Auditor de la Calidad, para evaluar los requisitos de la Norma ISO 9001 detallados en el Plan de Auditoría, así como para considerar lo establecido en la Norma ISO 19011, al desarrollar el proceso de Auditoría.

**Hallazgos de la Auditoría:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría. Dichos resultados se clasifican en: No Conformidad, Observación, Oportunidad de Mejora y Fortaleza.

**Información Documentada:** Información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene.

**Mejora Continua:** Actividad recurrente para aumentar el desempeño.

**No Conformidad:** Incumplimiento de un requisito.

**Observación de Auditoría:** Hallazgo de Auditoría originado por incumplimiento de menor incidencia o de poca frecuencia de los requisitos definidos en el Sistema de Gestión de la Calidad.

**Observador:** Persona que acompaña al equipo auditor, pero no actúa como un auditor.

**Oportunidad de Mejora:** Diferencia detectada en la organización, entre una situación real y una situación deseada, la cual puede afectar a un proceso, producto, servicio, recurso, sistema, habilidad, competencia o área de la Organización.

**Plan de Auditoría:** Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.

**Programa de Auditoría (Plan Anual de Auditoría):** Acuerdo para un conjunto de una o más auditorías planificadas, para un período determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

**Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto.

**Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

**Riesgo:** Efecto de la incertidumbre.

**Sistema de Gestión de la Calidad (SGC):** Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

**Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI):** La parte del sistema de gestión total, basado en un enfoque de riesgo de negocio, para establecer, implementar, operar, monitorear, revisar, mantener, y mejorar la seguridad de la información.

**Nota:** El sistema de gestión incluye la estructura organizacional, políticas, planificación de actividades, responsabilidades, prácticas, procedimientos, procesos y recursos.

1. **RESPONSABILIDADES**

**De Jefaturas de Unidades Organizativas:**

* Atender las auditorías y verificaciones, proporcionando la información requerida y acceso a las instalaciones y sistemas solicitados.
* Remitir vía correo electrónico al Auditor de la Calidad (Encargado) los comentarios, observaciones y/o aceptación del informe de auditoría (o verificación), en un plazo máximo de diez días hábiles posteriores a recibir el informe borrador enviado por el Auditor.
* Remitir al Auditor de la Calidad (Encargado) las Hojas de No Conformidades y Acciones Correctivas conforme lo establecido en el PRO-1.2.4.1 Gestión de Acciones Correctivas o PRSN-006 Acciones Correctivas de Seguridad de la Información, según corresponda.
* La aplicación y cumplimiento del presente procedimiento.

**Del Jefe y Coordinador de Auditorías de la Calidad del Departamento de Gestión de la Calidad DGEA:**

* Velar por el fiel cumplimiento del procedimiento.
* Revisar las actualizaciones propuestas por el personal.
* Elaborar propuestas de actualización del procedimiento.
* Atender lo establecido en el PRO-1.2.1.1 Control de Información Documentada del SGC y Procedimientos Normativos de Seguridad de la Información PRSN-001 Preparación de Documentos del SGSI y PRSN-002 Control de Documentos del SGSI.
* Consolidar periódicamente los resultados de las Auditorías de la Calidad realizadas (específicamente del Coordinador de Auditorías de la Calidad).
* Solicitar auditoría de la calidad para el Área de Auditorías de Calidad del Departamentode Gestión de la Calidad DGEA.

**Del Auditor de la Calidad DGEA:**

* Cumplir lo establecido en este procedimiento.
* Proponer actualizaciones tendientes a mejorar el mismo.
* Verificar la publicación en el Portal del SIGC o SGSI, según corresponda, y comunicación oportuna a las Unidades Organizativas correspondientes, de los planes, informes de Auditoría de la Calidad o Verificaciones de Seguridad de la información y/o seguimiento, y Hojas de No Conformidades y Acciones Correctivas.
* Cumplir con lo establecido en Anexo 6 Requisitos de Auditores de la Calidad para realizar Auditorías de la Calidad y Verificaciones de Seguridad de la Información.

**Del Encargado de Control de Documentos del Departamento de Gestión de la Calidad DGEA:**

* Publicar oportunamente en la INTRANET (Sistema Integrado de Gestión de la Calidad) del Portal Web del Ministerio de Hacienda, los planes e informes de Auditorías de la Calidad y Hojas de No Conformidades y Acciones Correctivas**;** así como**,** notificar oportunamente dicha publicación a las unidades organizativas indicadas por el Auditor de la Calidad.
* Mantener en la INTRANET (Sistema Integrado de Gestión de la Calidad) del Portal Web del Ministerio de Hacienda el archivo de planes e informes de Auditoría de la Calidad y/o seguimiento y Hojas de No Conformidades y Acciones Correctivas (en formato PDF), durante un período mínimo de 3 años, por considerarse Registros de Calidad. En caso que la Normativa Legal aplicable indique un período mayor de resguardo, se ejecutará lo indicado en las mismas.

**Es responsabilidad del Técnico de Seguridad de la Información y del Técnico de Seguridad de la Información I de la Unidad de Seguridad de la Información DINAFI:**

* Actualizar las carpetas compartidas del Portal del SGSI, correspondiente a cada Unidad Organizativa, cada vez que se emitan Planes e Informes de Verificaciones de Seguridad y/o Seguimiento y Hojas de No Conformidades y Acciones Correctivas**.**
* Mantener en las Carpetas Compartidas del Portal del SGSI el archivo de planes e informes de verificaciones de seguridad y/o seguimiento, Hojas de No Conformidades y Acciones Correctivas (en formato PDF), durante un período mínimo de 3 años, por considerarse Registros de Seguridad de la Información; en caso que la normativa legal aplicable indique un período mayor de resguardo, se considerará lo indicado es éstas.
1. **LINEAMIENTOS GENERALES**
2. Las Auditorías de Calidad o Verificaciones del SGSI, se realizarán de forma presencial (visita en el lugar de trabajo); no obstante, es importante mencionar que debido a las medidas de prevención y contención para minimizar la transmisión o propagación de la pandemia por COVID-19 o por otras causas acordadas previamente por los auditados, las Auditorías o Verificaciones se podrán realizar de forma “remota”, lo cual consiste en evaluar los documentos del SGC o del SGSI (FDP, procedimientos, instrucciones de trabajo, normativa legal, etc.), mediante el uso de herramientas tecnológicas y de comunicación, por ejemplo: videoconferencias (reuniones virtuales), correo electrónico institucional, llamadas telefónicas, acceso a consulta en Sistemas Informáticos aplicables en las Unidades Organizativas, entre otros.
3. El Auditor de no recibir por el Auditado ningún comentario, observación y/o aceptación del contenido del informe borrador en el plazo indicado (10 días hábiles contados a partir de la fecha que recibe el informe), asumirá que el Auditado está de acuerdo con los resultados y finalizará el proceso enviando el informe a publicación.
4. En las Auditorías o Verificaciones en las que se determinen No Conformidades, no será necesario colocar en el informe las firmas de aceptado de los Auditados y Auditores en el Anexo 5, formato A “NO CONFORMIDADES DETECTADAS”.
5. **PROCEDIMIENTO**

**AUDITORÍAS INTERNAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC) Y VERIFICACIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN (SGSI)**

1. **PLANIFICACIÓN DE AUDITORÍAS O VERIFICACIONES**

| **RESPONSABLE** | **PASO** | **ACCIÓN** |
| --- | --- | --- |
| Coordinador de Auditorías de la Calidad/Auditor de la Calidad | 01 | Elaboran Cronograma de Auditorías de la Calidad o Cronograma de Verificaciones de Seguridad de la Información a realizar en el próximo año, considerando lo siguiente:**Auditorías SGC*** Auditar todos los macroprocesos, incluyendo los Procesos.
* Seleccionar para cada auditoría a realizar una muestra de Unidades Organizativas que participan en el macroproceso o proceso a auditar; considerando auditar el total de unidades organizativas de la institución en el per**í**odo de tres años como máximo.
* Cambios en estructuras organizativa de las Dependencias y Unidades Asesoras al Despacho del Ministerio de Hacienda.
* Tomar en cuenta los períodos críticos de las Unidades para no interferir en el desarrollo de esas actividades en las Áreas que se auditarán.
* Otros aspectos que podrían incidir en la elaboración de dicho documento.

**Verificaciones SGSI*** Revisa Cronograma de Verificaciones de Seguridad de la información del año en ejecución.
* Retoma las metas internas establecidas en el Plan Operativo Anual del Departamento de Gestión de la Calidad de DGEA para el próximo año.
* Verifica si existen cambios en la estructura organizativa de las Dependencias y Unidades Asesoras al Despacho del Ministerio de Hacienda.
* Períodos críticos de las Unidades para no interferir en el desarrollo de esas actividades en las Áreas que se verificaran.
* Otros aspectos que podrían incidir en la elaboración de dicho documento.
 |
| Coordinador de Auditorías de la Calidad | 02 | Prepara Plan Anual de Auditorías de la Calidad o Plan Anual de Verificaciones de Seguridad de la Información e incorpora el Cronograma General de Auditorías o Verificaciones, según corresponda; identifica y evalúa los riesgos que podrían afectar el cumplimiento del Plan o ejecución de las auditorías/verificaciones y lo remite al Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad para su revisión y aprobación. |
| Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | 03 | Revisa Plan Anual de Auditorías de la Calidad o Plan Anual de Verificaciones de Seguridad de la Información y aprueba. En caso de existir comentarios u observaciones regresa al paso 2. |
| Coordinador de Auditorías de la Calidad | 04 | Recibe Plan aprobado, gestiona su publicación en la INTRANET, según corresponda:1. Plan Anual de Auditorías de la Calidad, en el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad, conforme el procedimiento PRO-1.2.1.1 Control de Información Documentada del SGC.
2. Plan Anual de Verificaciones de Seguridad de la Información, en el Portal del SGSI, conforme el procedimiento PRSN-002 Control de Documentos del SGSI.

Realiza divulgación de los Planes Anuales a los Auditores de la Calidad. |

1. **EJECUCIÓN DE AUDITORÍAS O VERIFICACIONES**

| **RESPONSABLE** | **PASO** | **ACCIÓN** |
| --- | --- | --- |
| Coordinador de Auditorías de la Calidad | 05 | Programa Auditoría de la Calidad y/o Seguimiento del Sistema de Gestión de la Calidad o Verificaciones de Seguridad de la Información y/o Seguimiento del SGSI, considerando: el Plan Anual correspondientes o solicitud de Unidades Organizativa; además, del recurso humano disponible. |
|  | 06 | Analiza y determina recursos a utilizar, completa Anexo 1 Asignación de Trabajo, comunica vía correo electrónico a Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad que está disponible en la red informática para firma.  |
| Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | 07 | Coloca firma electrónica e indica vía correo electrónico a Coordinador de Auditorías de la Calidad que la Asignación está autorizada y disponible en la red informática, quien a su vez le comunica a los Auditores de la Calidad asignados.  |
| Auditor de la Calidad (Encargado) / Auditor(es) de la Calidad |  08 | Revisa(n) Asignación de Trabajo e Identifica(n) los documentos y requisitos del SGC o SGSI, aplicables; en caso de seguimiento determina(n) si existen No Conformidades, Observaciones y/o Oportunidades de Mejora pendientes de superar de Auditorías o Verificaciones anteriores. |
|  |  09 | Elabora(n) Plan, según corresponda:1. De Auditoría de la Calidad y/o Seguimiento, según Anexo 2 Modelo de Plan de Auditoría de la Calidad y/o Seguimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.
2. De Verificación de Seguridad de la Información y/o Seguimiento, según [Anexo 4 Modelo de Plan de Verificación y/o Seguimiento](#OLE_LINK1) del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información

Para ambos casos, considerando los riesgos establecidos en el Plan Anual correspondiente; comunica vía correo electrónico a Coordinador de Auditorías de la Calidad que está disponible en la red informática para revisión y firma el Plan de Auditoría o Verificación. |
| Coordinador de Auditorías de la Calidad |  10 | Revisa Plan de Auditoría o Verificación y/o Seguimiento, si tiene observaciones indica a Auditor de la Calidad para que corrija, caso contrario comunica vía correo electrónico a Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad que está disponible en la red informática para revisión y firma.  |
| Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | 11 | Revisa y coloca firma electrónica e indica vía correo electrónico a Coordinador de Auditorías de la Calidad que el Plan está autorizado y disponible en la red informática, quien a su vez le comunica de la aprobación al Auditor de la Calidad (Encargado).  |
| Auditor de la Calidad (Encargado) | 12 | Remite por correo electrónico para publicación Plan de Auditoría o Verificación y/o Seguimiento, considerando lo siguiente:**Plan de Auditoría de la Calidad y/o Seguimiento**1. A Encargado de Control de Documentos e indica a quienes informará la disponibilidad del mismo, para que proceda conforme a lo establecido en el procedimiento PRO-1.2.1.1 Control de Información Documentada del SGC.

**Plan de Verificación y/o Seguimiento**1. A Técnico de Seguridad de la Información de la Unidad de Seguridad de la Información DINAFI e indica las Unidades Organizativas a las que enviará correo electrónico para informar sobre la Verificación y/o Seguimiento, quien procederá conforme lo establecido en el PRSN-002 Control de Documentos del SGSI.

Crea requerimiento en el Sistema de Mesa de Servicio de la DINAFI. |
| Auditor de la Calidad (Encargado) / Auditor(es) de la Calidad | 13 | Realiza(n) lo siguiente:1. Si es Auditoría y/o Seguimiento, se comunica con los Auditados involucrados en el macroproceso o proceso a auditar, para verificar si fue recibido el correo electrónico donde se notifica la disponibilidad del Plan de Auditoría y/o Seguimiento y acordar la hora de reunión inicial.
2. Si es Verificación y/o Seguimiento, se comunica con los Auditados y/o Encargados de Seguridad de la Información designados, para verificar si fue recibido el correo donde se notifica la disponibilidad del Plan de Verificación y/o Seguimiento y acordar la hora de reunión inicial.

De solicitarse reprogramación de la Auditoría o Verificación y/o Seguimiento, documenta dicha situación y comunica al Coordinador de Auditorías de la Calidad. De ser necesario reasignar la Auditoría o Verificación y/o Seguimiento, Coordinador de Auditorías de la Calidad informa a Auditor al que se le reasigna, para que la retome y se lo comunique al auditado.  |
|  | 14 | Revisa(n) lo siguiente:1. Si es Auditoría y/o Seguimiento, los documentos y requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad aplicables al macroproceso o proceso a auditar y las unidades organizativas a visitar conforme al plan, los informes de auditorías anteriores e informes de auditorías de seguimiento (si aplica), para identificar si existen hallazgos a efectuarles seguimiento; todo lo anterior previo a realizar la auditoría. En caso de Auditoría de la Calidad elabora Guía de Auditoría, conforme al Anexo 3 Modelo de Guía de Auditoría.
2. Si es Verificación y/o Seguimiento, los documentos y requisitos del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información aplicables a la Dependencia y los informes de Verificaciones anteriores, si existen, previo a presentarse a la Dependencia donde se realizará la Verificación; en caso de Verificación de Seguridad considera Lista de Chequeo del SGSI.
 |
| Auditor de la Calidad (Encargado) / Auditor(es) de la Calidad |  15 | Realiza(n) lo siguiente:1. Si es Auditoría de la Calidad y/o Seguimiento, se presenta(n) a las Unidades Organizativas involucradas en el macroproceso o proceso para realizar el trabajo asignado, se reúne(n) con el Jefe de la Unidad Organizativa auditada (involucradas en el macroproceso o proceso). En caso de Auditoría considera Guía de Auditoría.
2. Si es Verificación y/o Seguimiento, se presenta(n) a la Dependencia para realizar el trabajo asignado, se reúne(n) con el Director, Presidente, Jefe de Unidad Asesora al Despacho o representante de la Dependencia a Verificar y/o Encargado(s) de Seguridad de la Información. En caso de Verificación considera Lista de Chequeo del SGSI.

En ambos casos, consideran lo indicado el **apartado 6, Lineamiento a.** de este procedimiento.En reunión inicial, explican según corresponda, el Plan de Auditoría o Verificación, los documentos que sirven de base en el proceso de Auditoría o Verificación, como son: La Norma ISO 9001 y 19011, documentos insitucionales del SGC o SGSI, y normativa aplicable; además, de cómo se llevarán a cabo las actividades de Auditoría o Verificación.  |
|  |  16 | Realiza(n) seguimiento de Acciones Correctivas por hallazgos no superados de Auditorías o Verificaciones anteriores (No Conformidades, Observaciones y/o Oportunidades de Mejora); en caso de existir No Conformidades, procede(n) de la siguiente forma:1. Si es Auditoría de la Calidad, conforme a lo establecido en el procedimiento PRO-1.2.4.1 Gestión de Acciones Correctivas,
2. Si es Verificación del SGSI, conforme a lo establecido en el PRSN-006 Acciones Correctivas de Seguridad de la Información

Si realiza(n) únicamente Auditoría o Verificación**,** continúa con siguiente paso.Si únicamente efectúa(n) seguimiento de hallazgos de Auditorías o Verificaciones anteriores, continúa paso 18. |
|  |  17 | Realiza(n) Auditoría de la Calidad o Verificación del SGSI, registra los Hallazgos de Auditoría, dejando evidencia mediante ejemplos (si aplica), anotándolos en libreta de trabajo o en medio magnético. |
|  |  18 | Se reúne(n) con Director, Presidente, Jefe de Unidad Asesora al Despacho, Jefe de Unidades Organizativas (involucradas en el macroproceso o proceso), Representante de la Dependencia y/o Encargado(s) de Seguridad de la Información, según corresponda, para comunicar los resultados generales de la Auditoría o Verificación y/o seguimiento. En caso existan divergencias sobre los hallazgos y éstos no son resueltos, se registran en el informe de Auditoría o Verificación (según se estipula en la Norma ISO 19011). |
| 1. **ELABORACIÓN DE INFORME**
 |
| Auditor de la Calidad (Encargado) / Auditor(es) de la Calidad | 19 | Revisa(n) los registros efectuados durante la ejecución de la Auditoría o Verificación y/o Seguimiento; en caso de Auditoría o Verificación lo(s) evalúa(n) y clasifica(n) en Fortalezas, Oportunidades de Mejora, No Conformidades u Observaciones; las No Conformidades las detalla(n) por requisito de la Norma ISO 9001 o Manual de Seguridad de la Información, según corresponda. |
|  | 20 | Elabora(n) Informe, conforme a lo establecido en el Anexo 5 Modelo de Informe de Auditoría o Verificación.En caso de Auditoría de la Calidad o Verificación del SGSI considera(n) los formatos del Anexo 5, No Conformidades Detectadas (Formato A), Observaciones de Auditoría de la Calidad o Verificación de Seguridad de la Información (Formato B) y Resultado de Seguimiento de No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejora No Superadas o Pendientes de Seguimiento de Auditorías o Verificaciones Anteriores (Formato C), según aplique.Cuando únicamente se realiza(n) seguimiento de Acciones Correctivas por hallazgos de Auditorías o Verificaciones anteriores utiliza el Formato C, conforme aplique. Remite informe para revisión a Coordinador de Auditorías de la Calidad. |
| Coordinador de Auditorías de la Calidad | 21 | Revisa Informe, si tiene observaciones las comunica al Auditor de la Calidad (Encargado) para que corrijan; caso contrario remite por correo electrónico a Jefe de Departamento para su revisión y autorización.  |
| Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | 22 | Recibe y revisa informe, si tiene observaciones las discute con Coordinador de Auditorías de la Calidad y/o Auditor de la Calidad (Encargado), para que corrija(n); caso contrario comunica al Coordinador de Auditorías de la Calidad, quien a su vez envía informe al Auditor de la Calidad (Encargado) para que continúen con el proceso de discusión de dicho informe. |
| Auditor de la Calidad (Encargado) / Auditor(es) de la Calidad | 23 | Recibe(n) informe y lo envía(n) por correo electrónico a la Jefatura de Unidades Organizativas Auditadas o Verificadas (involucradas en el macroproceso o proceso, en caso de Verificación a los responsables asignados de la Dependencia) para su revisión y se comunica vía telefónica para verificar si el informe fue recibido adecuadamente y pueda éste emitir su aceptación o comentarios en un plazo máximo de diez días hábiles. Se pueden presentar las siguientes situaciones: 1. En caso de estar de acuerdo:
* Unidades Organizativas envía(n) correo electrónico a Auditor(es) con la confirmación de aprobación del informe.
* El Auditor Encargado remite por correo electrónico informe a Coordinador de Auditorías de la Calidad, continúa con paso siguiente.
1. Si no está de acuerdo:

Unidades Organizativas remite(n) observaciones vía correo electrónico, las expresan por teléfono o video llamada, o solicitan discusión del informe (indicando fecha, hora y lugar) a Auditor de la Calidad. Auditor de la Calidad, corrige informe si es procedente y lo remite a la Unidad Organizativa para su revisión, retomando el literal a) de este paso. 1. De no recibirse ningún comentario, observación u aprobación del contenido del informe en el plazo indicado, Auditor asumirá que el (los) Auditado(s)/Verificado(s) está(n) de acuerdo con los resultados indicados en el Informe (se comunica por medio de correo electrónico con Auditado/Verificado indicando que se remitirá a publicación el informe, para dejar evidencia de esta condición). Retoma el punto dos del literal a) de este paso.
 |
| Coordinador de Auditorías de la Calidad | 24 | Recibe informe y en caso de existir cambios los verifica; coloca número de referencia a informe, lo remite por correo electrónico a Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad para firma.  |
| Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad | 25 | Recibe y revisa informe, si tiene observaciones las discute con Coordinador de Auditorías de la Calidad y/o Auditor de la Calidad (Encargado); en caso no tener observaciones coloca firma electrónica y traslada por correo electrónico al Coordinador de Auditorías de la Calidad, quien a su vez envía al Auditor de la Calidad (Encargado).  |
| Auditor de la Calidad (Encargado)  | 26 | Recibe informe y lo remite por correo electrónico para publicación, considerando lo siguiente:**Informe de Auditoría de la Calidad y/o Seguimiento**1. A Encargado de Control de Documentos e indica a quienes informará la disponibilidad del mismo, para que proceda conforme a lo establecido en el procedimiento PRO-1.2.1.1 Control de Información Documentada del SGC.

**Informe de Verificación y/o Seguimiento**1. A Técnico de Seguridad de la Información de la Unidad de Seguridad de la Información DINAFI e indica las Unidades Organizativas a las que enviará correo electrónico para informar sobre la disponibilidad del informe, quien procederá conforme lo establecido en el PRSN-002 Control de Documentos del SGSI.

Crea requerimiento en el Sistema de Mesa de Servicio de la DINAFI. |
| Auditor de la Calidad (Encargado) | 27 | Verifica la publicación del informe de Auditoría o Verificación y/o Seguimiento. Destruye los registros realizados en libreta de trabajo o borra los realizados en medio magnéticos, si es necesario.En el caso que se detallen No Conformidades en el informe, completa Hoja de No Conformidad y Acciones Correctivas establecida en el procedimiento PRO-1.2.4.1 Gestión de Acciones Correctivas o PRSN-006 Acciones Correctivas de Seguridad de la Información, según corresponda y procede según lo establecido en dicho procedimiento. |

1. **SEGUIMIENTO, REVISIÓN Y MEJORA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORÍAS DEL SGC O PLAN ANUAL DE VERIFICACIONES DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**

| **RESPONSABLE** | **PASO** | **ACCIÓN** |
| --- | --- | --- |
| **D.1 SEGUIMIENTO Y REVISIÓN** |
| Coordinador de Auditorías de la Calidad  | 28 | Revisa el avance de las asignaciones; además, verifica la condición en que se encuentran las Auditorías de la Calidad o Verificaciones y/o Seguimiento, para lo cual puede implementar controles que permitan identificar el estado de cada asignación; en caso de desviaciones se toman acciones para que avance el proceso de Auditoría o Verificación y/o Seguimiento, las cuales discute con los Auditores de la asignación correspondiente (por ejemplo, para que realicen gestión telefónica, remitan correos de recordatorios, convoquen a reunión con Auditados, entre otras).  |
|  | 29 | Incorpora los datos del cumplimiento del Plan Anual de Auditorías o Verificaciones en el sistema que se utiliza para el seguimiento de metas y/o control implementado para el seguimiento de metas, los 5 primeros días hábiles siguientes al mes que se informa y en caso se incumpla la meta, registra el análisis de causas y acciones correctivas. |
| **D.2 MEJORA** |  |  |
| Coordinador de Auditorías de la Calidad | 30 | Evalúa periódicamente la gestión del Área de Auditorías de la Calidad, la implementación del Plan Anual de Auditorías o de Verificaciones y el desempeño de los Auditores de Calidad, ejecutando acciones de mejora en caso identifique desviaciones; para la evaluación considera lo establecido en los requisitos 5.6, 7.4, 7.5 y 7.6 de la Norma ISO 19011 y lo siguiente:1. Resultados de actualización de cuadro control en la que se registra el Seguimiento de Asignaciones del Área de Auditorías, en el cual se verifica el avance de cada Auditoría o Verificación programada.
2. Comunicación recibida de Unidades Auditadas (consultas, sugerencias, quejas, entre otros, en caso de existir).
3. Evaluación del Desempeño del Personal (ésta es administrada por la Subdirección de Recursos Humanos DGEA).
4. Retroalimentación a Auditores en revisión de los informes de resultados de la Auditorías o Verificaciones y/o Seguimientos.
5. Reuniones de trabajo individuales o grupales con el equipo Auditor en las que se abordan aspectos relacionados con el resultado de la gestión del proceso de Auditorías o Verificaciones, por ejemplo: criterios a implementar, opiniones del equipo Auditor, mejoras en la ejecución del proceso.
 |
| Coordinador de Auditorías de la Calidad | 31 | Identifica e implementa las acciones a realizar, considerando los resultados obtenidos de la evaluación efectuada, las cuales pueden ser: modificar el Plan Anual de Auditorías o de Verificaciones, rotación de equipos de trabajo, elaborar e implementar Plan de Formación Interno para los Auditores de Calidad u otros que se consideren pertinentes.  |

1. **ANEXOS**
* Anexo 1 Asignación de Trabajo
* Anexo 2 Modelo de Plan de Auditoría de la Calidad y/o Seguimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.
* Anexo 3 Modelo de Guía de Auditoría.
* Anexo 4 Modelo de Plan de Verificación y/o Seguimiento del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.
* Anexo 5 Modelo de Informe de Auditoría o Verificación.
* Anexo 6 Requisitos de Auditores de la Calidad para realizar Auditorías de la Calidad y de Seguridad de la Información.

ANEXO 1

ASIGNACIÓN DE TRABAJO

Programada No programada

Asignación Nº \*\*/\*\*\*\*

San Salvador**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Por la presente se asigna al grupo de trabajo siguiente:

Para que proceda a efectuar:

En las Unidades/ Dependencia a visitar:

A partir de: \_

Es de mencionar que de ser necesario más personal para la realización del trabajo éste será asignado.

F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre

Jefe de Departamento de Gestión de la Calidad

Subdirección de Administración DGEA

**ANEXO 2**

**MODELO PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD Y/O SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**REF.: P-000-0000**

San Salvador, XX de XX de XXXX.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la jefatura | Cargo de la jefatura |

XXX XXX

El presente Plan, corresponde a primera Auditoría del Sistema de Gestión de la Calidad de 20XX y Seguimiento de Acciones Correctivas de Auditoría anterior, para auditar el **Proceso XX** **(o Macroproceso)** del **Macroproceso XX**.

La Auditoría de Calidad se realizará de forma presencial (visita en el lugar de trabajo); no obstante, es importante mencionar que debido a las medidas de prevención y contención para minimizar la transmisión o propagación de la pandemia por COVID-19 o por otras causas acordadas previamente por los auditados, la auditoría se podría realizar de forma “remota”, la cual consiste en evaluar los documentos del SGC (FDP, procedimientos, instrucciones de trabajo, normativa legal, etc.), mediante el uso de herramientas tecnológicas y comunicación, por ejemplo: videoconferencias (reuniones virtuales), correo electrónico institucional, llamadas telefónicas, acceso a consulta en Sistemas Informáticos aplicables en las Unidades Organizativas, entre otros.

Por lo anterior, es necesario comunicar al personal bajo su cargo sobre la Auditoría, con el objeto que brinden la colaboración que se requiere.

Además, es indispensable que si usted tiene inconvenientes en atender dicha Auditoría, favor comunicarlo con anticipación por correo electrónico al Lic. Ricardo Emilio Rodríguez Zepeda (**emilio.rodriguez@mh.gob.sv**), Coordinador de Auditorías de la Calidad del Departamento de Gestión de la Calidad de DGEA.

1. **OBJETIVO**

Evaluar el desempeño de los procesos y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad; verificar la implantación efectiva de Acciones Correctivas por No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejoras determinadas en Auditorías anteriores; así como el cumplimiento de los requisitos establecidos en la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad y en la Norma ISO 9001:2015.

1. **ALCANCE**
* Seguimiento a Informe de Auditoría de la Calidad anterior:
* Primera auditoría realizada los días comprendidos entre el XX de XX al XX de XX de XX, Ref.C.000/00.
* Dependencias y Unidades Organizativas responsables del Proceso que se auditarán y fechas estimadas de visita:

| **PROCESO** | **DEPENDENCIAS Y UNIDADES ORGANIZATIVA A VISITAR** | **FECHAS DE VISITA** |
| --- | --- | --- |
| 6.2 XX |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* Puntos de la Norma que se evaluarán:

| **Punto de la Norma**  | **Descripción** |
| --- | --- |
| **PLANEAR ( P )** |
| **4.1** | **Comprensión de la Organización y de su Contexto** (Identificación de Cuestiones Internas y Externas pertinentes), FODA, MRO-X.X |
| **4.2** | **Comprensión de las Necesidades y Expectativas de las Partes Interesadas** (Identificación de Partes Interesadas Pertinentes, determinación de requisitos, seguimiento y revisión) |
| **4.3** | **Determinación del Alcance del Sistema de Gestión de la Calidad** (MAC) |
| **4.4** | **Sistema de Gestión de la Calidad y sus Procesos** (MAC, FDP, PRO, IDT, POA y PEI) |
| **5.1** | **Liderazgo y Compromiso** (MAC, Política de la Calidad, Objetivos de la Calidad, POA y PEI, PRO-1.2.1.2 Revisión de los Requisitos Proporcionados por las Dependencias) |
| **5.2** | **Política** (MAC y PEI) |
| **5.3** | **Roles, Responsabilidades y Autoridades de la Organización** (Perfiles de Puesto y MAO) |
| **6.1** | **Acciones para Abordar Riesgos y Oportunidades** (Plan de Manejo de Riesgos POA, PRO-1.1.1.1 Formulación Plan Estratégico Institucional, PRO-1.1.2.1 Formulación del Plan Operativo Anual, Riesgos y Oportunidades Identificados en los Procesos, FDP, MRO-X.X,, GRO 1.1 Guía para abordar riesgos y oportunidades asociados a procesos del Ministerio de Hacienda) |
| **6.2** | **Objetivos de Calidad y Planificación para Lograrlos**MAC, PEIPRO-1.1.2.1 Formulación de Plan Operativo Anual, IDT-1.1.2.1.1 DGT, IDT-1.1.2.1.2 DGIIPRO 1.1.4.1 Seguimiento y Evaluación del PEI y POAPRO-1.1.3.1 Socialización y Divulgación de la Estrategia |
| **6.3** | **Planificación de los Cambios**PRO-1.2.1.1 Control de Información Documentada del Sistema de Gestión de la Calidad, IDT-1.2.1.1.1, IDT-1.2.1.1.2 DGA, IDT-1.2.1.1.3 DGTPRO 1.1.4.1 Seguimiento y Evaluación del PEI y POA |
| **7.1** | **Recursos** (Recursos para la ejecución de los procesos -personas, infraestructura, ambiente para las operaciones de los procesos-, trazabilidad, conocimiento de la organización -asegurar el mantenimiento del conocimiento-)PRO-6.2.1.1 Administración de Perfiles de Puesto de Trabajo del Ministerio de HaciendaPRO-6.2.1.2 Reclutamiento, Selección, Contratación e Inducción del Talento HumanoPRO-6.2.4.1 Acciones de Personal, Registro de Información y Control de AsistenciaPRO-6.2.4.2 Procedimiento Calculo de Horas Extras, Elaboración de Planillas y Constancias de SalariosPRO-6.2.4.3 Sobrevivencia y Elaboración de Planilla de Pensionados de Ex Escoltas y Montepíos Militares PRO-6.2.5.2 Gestión de Trámite para el pago del Seguro Colectivo de Vida de los Empleados del Gobierno Central PRO-6.2.5.3 Segregación, Manipulación, Almacenamiento y Tratamiento de Desechos SólidosPRO-6.2.5.4 Gestión para la Adquisición de Bienes y servicios para las Prestaciones de los EmpleadosPRO-6.2.5.5 Gestión de Eventos Deportivos, Culturales, Sociales y de Beneficios de los Empleados del M. H. PRO-6.2.5.6 Gestión de Trámites Trabajo SocialPRO-6.2.5.7 Vigilancia de la SaludPRO-6.2.6.1 Gestión de la Evaluación del Clima OrganizacionalPRO-6.2.6.2 Gestión de la Evaluación del Desempeño LaboralPRO-6.2.5.1 Control del Equipo de Medición de Clínica EmpresarialPRO-6.2.2.1 Participación y Motivación de las Personas (en elaboración) |
| **7.2** | **Competencia** (fortalecimiento de la competencia del personal, Perfiles de Puesto, MAO, sistemáticas de comunicación, divulgaciones del SGC)PRO-6.2.3.1 Detección de Necesidades y Planificación de CapacitacionesPRO-6.2.3.2 Programación y Ejecución de las Capacitaciones y Becas (IDT 6.2.3.2.1 **DGA**)PRO-6.2.3.3 Evaluaciones de Seguimiento a la Formación |
| **7.3** | **Toma de Conciencia** (MAC, PEI, POA, Perfiles de Puestos, MAO, PRO, IDT) |
| **7.4** | **Comunicación**PRO-1.2.1.2 Revisión de los Requisitos de los Servicios Proporcionados por las Dependencias, IDT-1.2.1.2.1 DGAPRO-6.5.1.1 Comunicación Externa e InternaSistemáticas de comunicación, divulgaciones del SGC |
| **7.5** | **Información Documentada** PRO-1.2.1.1 Control de Información Documentada del Sistema de Gestión de la CalidadIDT-1.2.1.1.1, IDT-1.2.1.1.2 DGA, IDT-1.2.1.2.1 DGA, IDT-1.2.1.2.3 DGT |
| **HACER ( H )** |
| **8.1** | **Planificación y Control Operacional** (POA, PEI, PLC, Control de Procesos o Servicios Subcontratados) |
| **8.2** | **Requisitos para los Productos y Servicios** PRO 1.2.1.2 Revisión de Requisitos de los Servicios Proporcionados por la Dependencias PRO-1.2.2.3 Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones, IDT-1.2.2.3.1 DGTPRO- 1.2.2.4 Medición de la Satisfacción de los Contribuyentes y Usuarios, IDT-1.2.2.4.1 DGEA, IDT-1.2.2.4.3 DGII, IDT-1.2.2.4.4 TAIIA |
| **8.3** | **Diseño y Desarrollo de los Productos y Servicios** (Procesos de Diseño y Desarrollo) |
| **8.4** | **Control de los Procesos, Productos y Servicios Suministrados Externamente** (Control de Procesos o Servicios Subcontratados) |
| **8.5** | **Producción y Provisión del Servicio** (FDP, PRO, IDT, identificación y trazabilidad de los servicios, control de la propiedad del cliente y proveedores externos, almacenamiento)PRO-6.5.2.1 Procedimiento de Organización del Sistema de Gestión Documental del MHPRO-6.5.2.2 Procedimiento de Eliminación Documental**Documentos relacionados con los Procesos y Subprocesos a auditar**XXXXXXXXXFDP-X.X |
| **VERIFICAR ( V )** |
| **8.6** | **Liberación de los Productos y Servicios**PRO-1.2.2.1 Planificación y Ejecución de Planes de ControlPDC-X.X |
| **8.7** | **Control de las Salidas No Conformes** PRO-1.2.2.3 Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones, IDT-1.2.2.3.1 DGT, PRO-1.2.2.1 Planificación y Ejecución de Planes de Control, PRO-1.2.4.1 Gestión de Acciones Correctivas |
| **9.1** | **Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación** PRO- 1.2.2.4 Medición de la Satisfacción de los Contribuyentes y Usuarios, IDT-1.2.2.4.1 DGEA, IDT-1.2.2.4.3 DGII, IDT-1.2.2.4.4 TAIIA. PRO-1.2.2.3 Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones, IDT-1.2.2.3.1 DGT, PRO-1.1.4.1 Seguimiento y Evaluación del Plan Estratégico y Plan Operativo Anual.Cumplimiento de Actividades de PLC.Desempeño de Proveedores Externos. |
| **9.2** | **Auditoría Interna**PRO-1.2.2.2 Auditoria Internas del SGC y Verificaciones del SGSI |
| **9.3** | **Revisión por la Dirección**PRO-1.2.5.1 Informe de Revisión del Sistema de Gestión de la CalidadInformes de Revisión del SGC |
| **ACTUAR ( A )** |
| **10.1** | **Generalidades** Oportunidades de Mejora determinadas, seleccionadas e implementadas. |
| **10.2** | **No Conformidad y Acción Correctiva**PRO-1.2.4.1 Gestión de Acciones Correctivas |
| **10.3** | **Mejora Continua**PRO-1.3.1.1 Formulación y Seguimiento de Proyectos de Mejora e Innovación, IDT-1.3.1.1.1 DGT, Mejoras identificadas e implementadas como resultados de las diferentes mediciones realizada (Revisión por la Dirección, Auditorías, Inspecciones, Satisfacción del Contribuyente y Usuarios, Quejas, Seguimiento de PEI y POA, Resultados de Medición de los Procesos, entre otros) |

1. **AUDITOR(ES) QUE REALIZA(N) LA AUDITORÍA Y/O SEGUIMIENTO**

Lic. XXX (Auditor Encargado)

Ing. XXXX

De ser necesario más personal para la realización de la Auditoría éste será asignado.

1. **FECHAS DE EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA Y/O SEGUIMIENTO**

Días del XX de XX al XX de XX de 20XX.

1. **TIEMPO PROBABLE PARA LA PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA Y/O SEGUIMIENTO Y ELABORACIÓN DEL INFORME**

XX días hábiles.

Nota: Es importante aclarar que el tiempo asignado para los Auditados en la etapa de discusión, revisión y aprobación del Informe de Auditoria será de 10 días hábiles, contados a partir de la fecha que reciban el informe para revisión por los Auditores de la Calidad; de no recibirse ningún comentario, observación u aprobación del contenido del informe en el plazo indicado, se asumirá que están de acuerdo con los resultados y se finalizará el proceso enviando el informe a publicación en el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad en la Intranet.

1. **CONFIDENCIALIDAD DE LA AUDITORÍA**

El Departamento de Gestión de la Calidad de la Subdirección de Administración mantiene la confidencialidad de los datos e información a la que tiene acceso como consecuencia de las actividades de Auditoría.

F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre

Jefe Departamento de Gestión de la Calidad

Subdirección de Administración DGEA

|  |
| --- |
| **ANEXO 3****MODELO DE GUÍA DE AUDITORÍA** |

| **GUÍA DE AUDITORÍA****MACROPROCESO X XXXXXXXXXXXXX (número y nombre del Macroproceso)****PROCESO X XXXXXXXXXXXXX (número y nombre del Proceso)** **PRIMERA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 20XX** |
| --- |
| **No** | **Actividad** | **Punto Norma** | **Verificado** |
| **PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA (PUNTOS VARIOS)** |
| **0** | **Planificación.*** Elaboración plan de auditoría.
* Remitir a revisión y aprobación del Plan de Auditoría al Coordinador.
* Remitir a publicación plan de auditoría.
* Comunicación con las jefaturas que intervienen en el proceso XX, sobre la ejecución de auditoría.
* Informándole sobre publicación Plan de Auditoría.
* Comentándole las fechas de la Ejecución de Auditoría.

AUDITORIAS REMOTAS O COMBINADAS (en caso de ejecutarse la Auditoría de estas formas)* Explicar que la auditoría se podría realizar de forma remota o combinada, una parte remota y otra presencial, debido a la pandemia ocasionada por el Covid-19.
* Necesitaremos que nos proporcionen información o documentos, compartiéndolos mediante la videollamada (compartiendo el archivo electrónico o mostrando el documento físico en pantalla), en algunos casos escaneándolos y enviándolos por correo electrónico.
* Aclarar que en los casos que la documentación que no pueda ser revisada vía remota por su naturaleza, será necesario una visita presencial.
* Consultar:
	+ Si cuentan con la herramienta TIC necesaria para comunicarnos, Microsoft Teams.
	+ De qué forma están trabajando, presencial, teletrabajo o combinada.
	+ Se necesitará los nombres, correos electrónicos (oficiales), número telefónico y cargo de las personas designadas para que nos atiendan en la auditoría y poderlos incluir en la video llamada.
* Impresión o medio magnéticos de los procedimientos generales del SGC y aplicables al proceso XX, conforme a plan de auditoría.
* Investigar normativa legal aplicable al proceso XX.
* Obtener servicios (internos-externos) aplicables al proceso XX.
* En caso aplique: Dar seguimiento verificar informes de auditorías anteriores.
* Elaboración de guía de auditoría.
 | **N/A** |  |
| **1** | **Información y documentos a solicitar en las unidades organizativas que intervienen en el proceso XXXXX.*** Plan Operativo Anual.
* Seguimiento al POA 20XX y 20XX, conforme al SSM u otros controles de seguimiento al mismo.
* Consultar los proyectos que se están desarrollando y el Avance de los mismos.
* Sistemática de comunicación interna (vía correo, actas, memorándum, ayuda memoria).
* Autoevaluación del Control Interno 20XX, y consultar si se han dado a conocer los resultados a los empleados, conforme al MAPO.
* Registro de inducciones / divulgación correspondiente de los documentos del SGC y de Normativa Legal.
* Verificar el acceso a los documentos del SGC, por medio de la INTRANET, Sistema Integrado de Gestión de la Calidad.
* Detalle de capacitaciones recibidas.
* Resultados de Inspecciones de Calidad.
* Evaluaciones de orden y limpieza.
* Información de Quejas, Denuncias y Reclamaciones.
* Coordinación de Servicio al Cliente DGC-DGEA.
* Unidad de Planeamiento Gestión de la Calidad de las Dependencias.
* Informes de Satisfacción de Servicio al Cliente.
* Coordinación de Servicio al Cliente DGC-DGEA.
* Unidad de Planeamiento Gestión de la Calidad de las Dependencias.
* Resultados de Evaluación del Clima Organizacional.
* Evaluaciones del Desempeño.
* Gestiones realizadas para el mejoramiento de la infraestructura en general (mobiliario y equipo, recursos, remodelaciones, equipo informático).
* Consultar sobre Administración de Contratos, como, por ejemplo: PRO-6.2.5.4 Gestión para la Adquisición de Bienes y Servicios para las prestaciones de los empleados.
* Información documentación enviados al archivo.

Cualquier otra información y documentación que se considere necesaria para la ejecución y seguimiento de la auditoría. | **N/A** |  |
| **2** | **En reunión inicial:*** Explicación del Proceso de Auditoría (Documentos que sirven de base en el proceso de auditoría como lo son: La Norma ISO 9001 y 19011).
* Explicar Plan de Auditoría.
* Proporcionar un breve resumen de cómo se llevarán a cabo las actividades de auditoría.
* La auditoría se le hará a un proceso determinado, incluirá las dependencias y unidades organizativas participantes en el proceso.
* Informar al auditado que, conforme a los resultados de la auditoría del proceso, se regresara a fin de confirmar las actividades que se vinculen.
* El Informe se remitirá a nombre del Director DGEA.
* El informe resultado de la ejecución de auditoría se remitirá a todas las Unidades Organizativas involucradas en el proceso.
* Explicación del Procedimiento de Hojas de Acciones Correctivas según **PRO-1.2.4.1** (HAC auditado traslada en 8 días hábiles contados a partir de la fecha de recibido la hoja y formato Hoja de No Conformidad y Acciones Correctivas ha cambiado).
* Explicación del Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad, por ejemplo: cambios en el procedimiento en apartados de planificación, ejecución o elaboración de informe de las evaluaciones internas del SGC y SGSI e información relevante para el auditado del proceso.
* Aclarar que la auditoría se basará en una muestra de la información disponible y la confidencialidad de la misma.
* Hacer referencia a los servicios proporcionados por el DGC-DGEA
* Atender preguntas que efectúe.
 | **N/A** |  |
| **3** | **En reunión de cierre:*** Realizar cierre en las Unidades Organizativas involucradas en el proceso.
* Agradecer la colaboración del personal, la información y documentación facilitada.
* Informar los hallazgos determinados considerando la Norma ISO 9001, los Documentos del SGC y Normativa Aplicable, su base e incidencia en el SGC.
* Informar el plazo de remisión de comentarios, observaciones u otros, al informe (XX días hábiles; contados a partir de la fecha en que recibe el auditado(s) correo electrónico, enviado por el Auditor de la Calidad).
* El informe de auditoría de la calidad se publicará hasta obtener el aval de todas las unidades organizativas a las cuales se les identifico Hallazgo.
* Explicar en caso de No Conformidades identificadas en la auditoría, que la HAC se remitirá después de publicar el informe de auditoría.
 | N/A |  |
| **PLANEAR (P)** |
| **4 CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN** |
| **4.1 Comprensión de la Organización y de su Contexto** |
| **4** | **Contexto de la Organización****Comprensión de la Organización y de su Contexto*** La organización ha determinado las cuestiones internas y externas pertinentes (para su propósito y dirección estratégica), y que afectan el logro de los resultados previstos del SGC.
* **INTERNOS:**
* Recursos Financieros.
* Conocimiento.
* Estructura Organizacional.
* Comunicación.
* Tecnología utilizada.
* Enfoque prioritario al cliente.
* Predisposición al cambio.
* Procesos de toma de decisión.
* Estrés laboral.
* Se tienen identificadas las debilidades, fortalezas.
* **EXTERNOS:**
* Cambios en la legislación.
* Evolución tecnológica.
* Situación económica.
* Austeridad.
* Se tienen identificadas las amenazas y oportunidades.
* Se da seguimiento al contexto interno y externos establecidos.
* De qué forma se han documentado las cuestiones internas y externas:
* Matriz de análisis de contexto.
* Manual de la Calidad.
* Con que frecuencia se realiza el seguimiento a las acciones para abordar los riesgos y oportunidades del contexto.
* Cuál será el criterio para la actualización de dicho análisis.
 | **4****4.1** |  |
| **4.2** **COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LA PARTES INTERESADAS** |
| **5** | **Comprensión de las Necesidades y Expectativas de la Partes Interesadas*** Se han determinado las partes interesadas pertinentes de la organización y el proceso.
* La organización tiene claro cuáles son las partes interesadas y los requisitos de las mismas que son pertinentes al Sistema de Gestión de Calidad.
* Se han tomado en cuenta los requisitos de las Partes Interesadas para el SGC.
* El personal de las Unidades Organizativas conoce donde se han establecido las Partes Interesadas sus necesidades y expectativas.
* Se realiza seguimiento y revisión a la información de las Partes Interesadas y sus Requisitos, incluyendo las necesidades y expectativas.
* ¿Se han definido riesgos y oportunidades asociadas a las partes interesadas y acciones para abordarlas?
* Se han tomado en cuenta el cumplimiento de los requisitos Legales y Reglamentarios.
* Se han determinado los requisitos que deben cumplir las partes interesadas, por la prestación de los servicios que ejecuta la Institución.
 | **4.2** |  |
| **4.3 DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SGC** |
| **6** | * ¿Está documentado y disponible el alcance del SGC?, **Por medio del Manual de Calidad**.
* Conoce donde se ha establecido el alcance del SGC.
* La Unidad Organizativa y los servicios que brinda son parte del alcance del SGC. **Si**.
* Ha sido incluido el Enfoque a Procesos. Además, la relación de los requisitos, conforme a los servicios que presta la Institución.
* ¿Qué otros tipos de servicios realiza la Institución? **Asesoría, Capacitación y Asistencia Técnica** a otras instituciones del gobierno.
* Se han excluido requisitos de la Norma ISO 9001:2015.
 | **4.3** |  |
| **4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS** |
| **7** | * La organización ha establecido e implementado un sistema de gestión de la calidad, incluyendo los procesos necesarios y sus interacciones de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001-2015.
* ¿Se han definido los procesos y la documentación necesarios para asegurar la calidad de los productos y servicios?
* Se han determinado las entradas requeridas y las salidas esperadas, la secuencia e interacción de los procesos, los recursos necesarios para los procesos y la asignación de responsables y supervisores para estos procesos.
* Para cada proceso identificado dentro del alcance del SGC ¿existe un procedimiento que especifique el proceso?
* La organización mantiene información documentada para el apoyo de sus procesos.
* La organización conserva la información documentada para tener la confianza que los procesos se realizan según lo planificado.
* ¿Se han establecido las responsabilidades y autoridades para el personal que interviene en los procesos?
* ¿Existen objetivos para asegurar la eficacia y mejora de los procesos?
* ¿Se ha analizado cuál es la información del Sistema de Gestión de la Calidad que es necesario documentar?
* ¿Se han determinado y abordado los Riesgos y Oportunidades de los procesos?
* Se ha documentado y dado seguimiento a procesos contratados externamente.
* Verificar, PEI, POA, Manual de Calidad, Política de Calidad, Procedimientos, Instrucciones de Trabajo, Fichas de Procesos, Planes de Control, entre otros.
* Existen actividades importantes para la eficaz planificación, operación y control de los procesos, que no cuentan con procedimientos documentados.
* Verificar si existen procesos pendientes de documentar. Ejemplo: actualización de perfiles, procedimientos, funciones, estructura, objetivos, proyectos, manuales, instructivos.
 | **4.4** |  |
| **5 LIDERAZGO** |
| **5.1 Liderazgo y Compromiso** |
| **5.1.1 Generalidades** |
| **8** | * La Alta Dirección demuestra liderazgo y compromiso con el SGC: llevando a cabo Reuniones de la Alta Dirección, Actas de reunión, seguimiento de IRSGC a nivel Dirección; así como, de los objetivos para el desarrollo.
* ¿La alta dirección promueve:
* El enfoque a procesos.
* El pensamiento basado en riesgos (Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades del negocio que pueden afectar la conformidad de los productos y servicios y/o la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente; además, de los procesos).
* Se acciones o medidas han tomado para abordar los riesgos (prevenirlos no medidas de contingencias).
* La mejora continua.
* Se da seguimiento y actualización de los requisitos de los servicios que presta la Institución.
* Cómo se aseguran la disponibilidad de recursos (para el desarrollo y mejora continua del SGC).
* ¿La alta dirección comunica la importancia del SGC?
* Se comunica, entiende y aplica la Política de la Calidad.
 | **5.1.1** |  |
| **5.1.2 Enfoque al Cliente** |
| **9** | * La alta dirección se asegura de que:
* Se determinan, se comprenden y se cumplen regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.
* Se determinan y se consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.
* Se mantiene el enfoque en el aumento de la satisfacción del cliente.
* Existe evidencia de las gestiones realizadas por la Jefatura, para comunicar al personal bajo su cargo, sobre la importancia de satisfacer los requisitos del cliente establecidos en el Portal Web e Intranet del Ministerio de Hacienda y los reglamentarios establecidos en los procedimientos, perfiles, etc.
* Se han asegurado que los requisitos de los clientes se han definido en el (INTRANET-Servicios Internos//PORTAL WEB –Servicios Externos) correspondiente y que estos se cumplan para los servicios proporcionados.
* Servicios identificados para los cuales no se han definido los requisitos.
* Verificar quese cumplen los requisitos establecidos para los servicios proporcionados.
* Identificar si existen servicios no detallados en la intranet y/o Portal Web.
* Verificar si los requisitos de los servicios publicados actualmente son adecuados.
 | **5.1.2** |  |
| **5.2 POLÍTICA** |
| **10** | * ¿La alta dirección establece, actualiza y comunica la Política de Calidad y asegura que ésta es accesible?
* La Política de la Calidad:
* Es apropiada al propósito y contexto de la organización.
* Proporciona marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la calidad.
* Incluye compromiso de cumplir compromisos aplicables.
* Incluye compromiso de mejora continua del SGC.
* La política de la calidad se encuentra disponible para las partes interesadas y cuenta con información documentada.
* Se ha revisado y/o analizado la política de la calidad, con el objetivo de proponer cambios.
* Como se ha dado a conocer o divulgado entre el personal de la Unidad Organizativa.
* El personal sabe cómo aplicar la Política de Calidad. (donde se ubica el personal dentro de la política).
* Se evalúa el conocimiento que posee el personal sobre dicha política.

**Verificar:*** Que acciones se toman para reforzar dicha Política de la Calidad.
* Los jefes de las unidades organizativas y/o las unidades encargadas del SGC han realizado divulgación o refuerzo de la Política de la Calidad al personal (con el objetivo que posea pleno entendimiento de ella y participe en su cumplimiento).
 | **5.2** |  |
| **5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN** |
| **11** | * ¿La alta dirección revisa periódicamente el SGC?
* ¿Se han definido y actualizado los roles, responsabilidades y autoridades del personal?
* ¿La alta dirección ha establecido cómo conocer las necesidades de los clientes?
* ¿Se promueve el enfoque al cliente de la organización, sus procesos, productos y servicios?
* ¿La organización identifica de manera sistemática cuál es la normativa legal y reglamentara que aplica a los procesos, productos y servicios?
* Asegurarse que la integridad del SGC se mantiene cuando se implemente cambios y si estos son planificados.

**Verificar:*** Cumplimiento del MAO, en cuanto a Perfiles de Puesto, perfiles = detalle del **organigrama.**
* Los perfiles establecidos en la estructura organizativa, están documentados.
* Identificar las Funciones con base a Perfiles.
* Diferencias entre el MAO y el Plan de Operativo (estructura y funciones del proceso).
* Verificar si conocen el proceso para modificar los perfiles y crear nuevos perfiles.
 | **5.3** |  |
| **6 PLANIFICACIÓN** |
| **12** | **Acciones para abordar los Riesgos y Oportunidades.*** ¿El sistema de gestión implantado incluye el análisis de riesgos y oportunidades por la actividad de la organización?
* ¿Existe un plan de tratamiento de riesgos y oportunidades por la actividad de la organización?
* Se abordan los riesgos para:
* Asegurar que el SGC pueda lograr sus resultados previstos.
* Aumentar los efectos deseables.
* Prevenir o reducir efectos no deseados.
* Lograr la mejora.
* Se han considerado las cuestiones externas e internas y los requisitos de las partes interesadas y los distintos procesos para determinar los riesgos y oportunidades que deben abordarse para garantizar que el SGC puede lograr el resultado deseado; prevenir o reducir, efectos no deseados; y lograr la mejora continua.

**Verificar:*** Formulación y cumplimiento de los Objetivos Estratégicos.
* En el Plan Estratégico (Proyectos Estratégicos) del Ministerio de Hacienda se ha incorporado en el Plan Operativo y si lo conocen en la UO.
* Si cuentan con el Sistema de Seguimiento de Metas (SSM) para realizar el seguimiento de sus metas.
* Seguimiento de Objetivos Estratégicos, Cumplimiento de Metas de los Objetivos (se han establecido y ejecutado acciones por objetivos incumplidos).
* Plan Operativo, informes de seguimiento.
* Metas y Objetivo de Calidad que competen al proceso XX y que estén conforme al POA (20XX).
* Existen cambios en las operaciones de trabajo que puedan afectar el SGC implantado.
 | **6.1.1** |  |
| **13** | **La Organización debe Planificar:*** Se planifican acciones para abordar los riesgos y oportunidades detectados, requisitos legales y otros requisitos, aspectos ambientales significativos, ¿Está planificada la manera de?:
* Integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad.
* Evaluar la eficacia de estas acciones.
* Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades son proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y los servicios.
 | **6.1.2** |  |
| **6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS** |
| **14** | * La organización establece objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.
* Los Objetivos de la Calidad del Ministerio de Hacienda:
* son coherentes con la política de calidad.
* son medibles.
* se comunican y actualizan según corresponda.
* son pertinentes para la conformidad de los productos y servicios y para el aumento de la satisfacción del cliente.
* Se les da seguimiento, revisan.
* Se actualizan en caso sea necesario.
* Han sido comunicados a la organización.
* Se planifican acciones para abordar los riesgos y oportunidades detectados, requisitos legales y otros requisitos.
* ¿Se verifica la eficacia de las acciones definidas?
* ¿La organización dispone de “que se va a hacer” para lograr los objetivos del SGC?

**VERIFICAR:*** Formulación y cumplimiento de los Objetivos de Calidad. Son coherentes con la Política de la Calidad.
* Si lo detallado en el Plan Estratégico (Proyectos Estratégicos) del Ministerio de Hacienda, en lo aplicable se ha incorporado en el Plan y si lo conocen.
* Si cuentan con el Sistema de Seguimiento de Metas (SSM) para realizar el seguimiento de sus metas.
* Seguimiento de Objetivos de Calidad, Cumplimiento de Metas de los Objetivos (se han establecido y ejecutado acciones por objetivos incumplidos).
* Plan de trabajo, informes de seguimiento.
* Metas y Objetivo de Calidad referentes del Plan de Trabajo.
* Existen cambios en las operaciones de trabajo que puedan afectar el SGC implantado.
* Consultar (PEI, POA)
* ¿La organización tiene determinado “como se evaluarán los resultados de los objetivos?.
 | **6.2** |  |
| **6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS** |
| **15** | * La Planificación de los cambios se desarrollan conforme a:
* ¿La organización considera, el propósito de estos y sus consecuencias potenciales?
* Disponibilidad de Recursos necesarios.
* La asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.
* Se documentan los cambios en el POA, Procesos, Riesgos, Requisitos de Servicios, entre otros.
* Se da seguimiento y se toman las acciones correspondientes.
* Se ha considerado los efectos por cambios realizados los cuales afectan al SGC.
 | **6.3** |  |
| **7 APOYO** |
| **7.1.1 Generalidades** |
| **16** | * ¿La organización ha determinado y proporciona los recursos necesarios para gestionar el sistema?
* ¿La organización considera las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes antes de proporcionar éstos? Por ejemplo:
* Verificar proyecto de presupuesto (se ha tomado en cuenta Política de Austeridad, Ley de Presupuesto y LACAP).
* Como se define la cantidad de Recurso Humano necesaria para la operación de los procesos y prestación de los servicios.
* Se determinan y proporcionan los recursos necesarios para:
* Implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad, para mejorar continuamente su eficacia y Aumentar la satisfacción del cliente.
* Aumentar la satisfacción de los empleados en sus puestos de trabajo. (conforme a los recursos proporcionados).
* Se establecen los requerimientos y necesidades de los Proveedores externos y se da seguimiento.
* Determinación de Términos de Referencia (TDR) o especificaciones del producto o servicio a recibir de proveedores externos.
 | **7.1.1** |  |
| **7.1.2 Personas** |
| **17** | * Se cuenta con proceso de Reclutamiento, Selección y Contratación del Personal idóneo para las Unidades Organizativas del MH.
* El personal involucrado en el proceso, ha recibido capacitación acerca de los aspectos necesarios (definidos en los perfiles de puesto) para desarrollar adecuadamente sus funciones.
* En caso de **personal nuevo**, se ha realizado inducción además de los documentos del SGC (Procedimientos aplicables, Perfiles, Servicios, Objetivos, Política, etc.), sobre Normativa Legal aplicable.
* En caso de **personal trasladado** a otra Unidad Organizativa, se realiza la inducción o capacitación.
* Verificar registros que evidencien las acciones realizadas.
 | **7.1.2** |  |
| **7.1.3 Infraestructura** |
| **18** | * La Organización ha determinado y proporcionado instalaciones, equipo de trabajo, hardware, software, transporte o comunicación, necesaria para que los servicios se presten conforme lo planificado.
* Verificar el mantenimiento que se ha realizado al equipo informático.
* Verificar la realidad de las condiciones de las instalaciones, maquinaria y equipo e infraestructura en general.
 | **7.1.3** |  |
| **7.1.4 Ambiente para la Operación de los Procesos** |
| **19** | * ¿La organización determina, proporciona y mantiene un ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios?
* Cómo se gestiona el ambiente de trabajo necesario para prestar los servicios adecuadamente y aumentar la satisfacción del cliente.
* Verificar los resultados del Clima Organizacional y las acciones por los factores que sean menores con respecto a la última medición realizada.
* Que buenas prácticas ejecutan para mantener y/o mejorar el Clima Organizacional.
* Se dan a conocer los resultados al Personal de la Evaluación del Clima Organizacional.
* Cuenta la organización con CSSO, conoce el personal las actividades que esta realiza.
 | **7.1.4** |  |
| **7.1.5 Recursos de Seguimiento y Medición** |
| **20** | * Se han establecido los procesos necesarios para asegurar que el seguimiento y medición pueden realizarse, verificar el cumplimiento de los mismos.
* Se confirma la capacidad de los programas informáticos para satisfacer su aplicación prevista cuando estos se utilicen en las actividades de seguimiento y medición de los requisitos especificados.
* La organización evalúa y registra la validez de los resultados de las mediciones anteriores y actuales cuando se detecte que el equipo no está conforme con los requisitos. (**verificar resultados de calibración**). Verificar equipo utilizado en la Clínica Empresarial, PRO-6.2.5.1 Control del Equipo de Medición de Clínica Empresarial.
* ¿Se utilizan sistemas de medición adecuados y éstos se mantienen para asegurar su fiabilidad?
* ¿La organización conserva la información documentada como evidencia de que los recursos de seguimiento y medición son los idóneos? (Evidenciar registros de calibración de los equipos de seguimiento y medición).
* ¿La organización calibra o verifica a intervalos planificados (o ambas) antes de su utilización, los equipos de medición? (Evidenciar registros de calibración de los equipos de seguimiento y medición).
* ¿Los equipos de medición son calibrados o verificados contra patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales? (Evidencias de los equipos de medición son calibrados o verificados contra patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales).
* ¿Los equipos de medición se identifican para determinar su estado?
* ¿Los equipos de medición se protegen contra ajustes, daño o deterioro? (Evidencias de que los equipos de medición se protegen contra ajustes, daño o deterioro).
* La organización, determina las consecuencias del uso de un equipo de medición, cuando se detecta que el mismo no estaba apto para medir.
 | **7.1.5** |  |
| **7.1.6 Conocimientos de la Organización** |
| **21** | * ¿La organización determina los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y la conformidad de productos, servicios? Evidencia Matriz de competencia y registros asociados del procedimiento.
* ¿La organización mantiene y pone a disposición estos conocimientos en la medida de lo necesario?:
* Ver Plan de Capacitación.
* Verificar reuniones internas de las Unidades Organizativas.
* Verificar información compartida en la RED de las Unidades Organizativas.
 | **7.1.6** |  |
| **7.2 Competencia** |
| **22** | * ¿La organización determina la competencia necesaria de las personas bajo su control, que realizan trabajos que afecta el desempeño y eficacia del SGC? Evidencia Matriz de competencia.
* ¿Existe plan de formación del personal, adaptado a las necesidades actuales y futuras de los procesos, productos y servicios de la organización? Evidencia Plan Trienal de Formación 20XX – 20XX.
* Verificar si todo el personal participó en capacitaciones en el año 20XX.
* Se tiene como buena práctica auto capacitarse.
* Solicitar evidencias de últimas capacitaciones recibidas al personal de UO visitadas a fin de cotejarlas con los registros que se poseen RRHH.
 | **7.2** |  |
| **7.3 Toma de Conciencia** |
| **23** | * Las Jefaturas de las Unidades Organizativas, hacen conciencia a su personal sobre la importancia del papel que desempeñan y de cómo contribuyen al logro de los Objetivos de la Calidad establecidos en el Plan Estratégico Institucional 20XX-20XX.
* ¿El personal es consciente de la política de calidad, los objetivos, los beneficios del SGC y la mejora?
* Se ha divulgado, las siguientes normativas y mediciones realizadas de la Institución
* Divulgación y definición de acciones por los resultados de las mediciones del SGC.
* Aplicación de Ley de Ética Gubernamental.
* Ley de Servicio Civil.
* Evaluación del desempeño.
 | **7.3** |  |
| **7.4 Comunicación** |
| **24** | * La Unidad Organizativa ha determinado los canales de comunicaciones internas y externas concernientes (pertinentes o relevantes) vinculadas al SGC y asegurarse que llegue a los puntos de uso de dicha información (Verificar normativa de la sistemática de la Comunicación Interna).
* Se tiene determinado:
* ¿Que comunicar?
* ¿Cuándo comunicar?
* ¿A quién comunicar?
* ¿Cómo comunicar?
* ¿Quién comunica?
* Conoce el personal donde se establece las Normas de Comunicación (MAPO) y donde se regula el tipo de información que emite la Institución (LAIP).
* Verificar normativa de la sistemática de la Comunicación Interna.
 | **7.4** |  |
| **7.5 Información Documentada** |
| **25** | * Verificar si los documentos del SGC cuentan con los requisitos definidos en el PRO-1.2.1.1 Control de Información Documentada del SGC.
* Verificar registros de inducción de Procedimientos y Perfiles, distribución de documentos.
* Se dispone de herramientas como: medios físicos y electrónicos­, tales como: INTRANET, ­­mesa de trabajo, red interna de datos, entre otros (soporte de la información).
* Existen lineamientos para clasificar y proteger la información documentada (Publica, Oficiosa, Reservada, Confidencial). Verificar Sistema de Gestión de Seguridad de la Información y LAIP.
* Se establecen el alcance de la información a la que pueden acceder los empleados o las partes interesadas (Ver perfiles de usuarios de sistemas informáticos).
* Están protegidos los sistemas informáticos contra accesos a usuarios no autorizado; también, se ha implementado una sistemática de resguardo de la información electrónica en lugares externos al Ministerio.
* Se ha documentado en el procedimiento PRO-6.5.2.1 Organización del Sistema de Gestión Documental del MH, lo relacionado con la gestión documental en las etapas de: clasificación, ordenación, descripción, valoración, transferencia y préstamo documental, para controlar, acceder y preservar la documentación.
* Verificar el control de los registros del SGC conforme a procedimiento.
* Documento de distribución de normativa legal (si hay casos aplicables), como se garantiza que el personal, posea la normativa aplicable para realizar su trabajo.
* Los registros son legibles, fácilmente identificables, recuperables y protegidos.
* Revisar la descripción de la secuencia e interrelación de la ejecución de los procedimientos y fichas de proceso. (para identificar la secuencia de la ejecución del proceso, ver con fichas y las áreas organizativas involucradas), asimismo verificar la interrelación de los procesos con el PEI, POA.
* Verificar la actualización de Requisitos de los contribuyentes/Usuarios, Detalle de PERFILES: Funcionarios autorizado y Detalle de procedimientos y Perfiles con nuevas ediciones:

| **Código de Procedimiento** | **Edición** | **Fecha** | **Código de Procedimiento** | **Edición** | **Fecha** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROCEDIMIENTOS E INSTRUCCIONES DE TRABAJO APLICABLES AL PROCESO XX** |
|  |  |  |  |
| **PROCEDIMIENTOS E INSTRUCCIONES DE TRABAJO GENERALES** |
|  |  |  |  |
| **GENERALES** |
|  |  |

  | **7.5** |  |
| **HACER (H )** |
| **8 OPERACION** |
| **8.1 Planificación y Control Operacional** |
| **26** | * Se cuenta con los procesos necesarios para la realización del producto o servicio y determinar si todos los procesos se encuentran documentados en ficha de proceso.
* Están definidos los objetivos de calidad y especificaciones para el producto o servicio.
* Verificar si existe Planes de Control y revisar en caso de que exista.
* Verificar si existe Plan de Calidad y revisar en caso de que exista.
* Verificar PEI, POA, MAO, Perfiles.
* La organización ha planificado, implementado y controla los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios.
* Están determinados los requisitos para los productos y servicios.
* Se han establecido **criterios** para: Los procesos y la aceptación de los productos y servicios.
* Están determinados los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos de los productos y servicios.
* Se ha implementado control de los procesos de acuerdo con los **criterios establecidos**.
* Se ha determinado, el mantenimiento y conservación de la información documentada, para:
* Tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado.
* Demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos.
* Si existen cambios planificados, se controlan y se revisa su consecuencia no prevista, se toman acciones para mitigar afectos adversos.
 | **8.1** |  |
| **8.2 Requisitos para los productos y Servicios** |
| **27** | * Existe una sistemática para obtener los requisitos especificados por el cliente.
* Se han asegurado que los requisitos de los clientes se han definido y publicado en la página WEB del MH e INTRANET y que estos se cumplan para los servicios proporcionados.

**Verificar:*** Si existen Servicios identificados para los cuales no se han definido los Requisitos.
* Que se cumplen los requisitos establecidos para los servicios proporcionados.
* Si existen servicios no detallados en la intranet y/o Sitio Web.
* Si los requisitos de los servicios publicados actualmente son adecuados y actualizados.
* Se han incorporado los requisitos legales y reglamentarios en la prestación del producto o servicio, se cumplen los requisitos establecidos para los servicios proporcionados.
* Existe una revisión de los requisitos y verificación de la capacidad de entrega, antes que se establezca un contrato con el cliente.
* Existe evidencia de gestiones realizadas para comunicar al personal bajo su cargo sobre la importancia de satisfacer los requisitos del cliente.
* Existe una revisión de los requisitos y verificación de la capacidad de entrega, antes que se establezca un contrato con el cliente.
* Se comunican los cambios de los requisitos (productos y servicios) al personal.
* Se encuentran actualizados los requisitos de los servicios y son adecuados.
* Existen Fichas de proceso y /o planes de control en los procesos con relación directa al cliente.
* Existen una sistemática de comunicación con el cliente, que incluya información sobre el servicio, consulta, modificaciones y retroalimentación, incluyendo sus quejas (quejas externas).

**Verificar las Quejas**:* Solicitar detalle de quejas en el DGC Coordinación de Atención al Usuario y en las Unidades Organizativas de las Dependencias a cargo de dichas actividades.
* Han recibido quejas internas, de ser así que tratamiento le han efectuado.
 | **8.2** |  |
| **8.3 Diseño y Desarrollo de los Productos y Servicios** |
| **28** | * ¿La organización cuenta con un proceso definido de diseño y desarrollo?
* ¿El proceso de diseño y desarrollo incluye su planificación, revisión, verificación y validación?
* ¿Se tienen en cuenta los requisitos aplicables, de cliente y legales en el diseño y desarrollo de los productos y servicios?
* ¿Se controla el proceso de diseño y desarrollo para que cumpla con lo planificado?
* Verificar procedimientos para efectuar el proceso de diseño y desarrollo.
* Se tienen registros de planificación y control de diseño.
* Como se gestionan las interfaces entre los diferentes grupos involucrados en el diseño.
* Verificar como se definen y documentan las entradas y los resultados en el diseño y desarrollo.
* Como se efectúa y evidencia la revisión, verificación y validación del diseño y desarrollo
* Como se aseguran que las salidas del diseño y desarrollo:
* Cumplen los requisitos de las entradas.
* Son adecuados para la provisión de productos y servicios.
* Incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación.
* Especifican las características de los productos y servicios que son esenciales para su propósito.
* Como se identifican, revisan y controlan los cambios realizados durante el diseño y desarrollo.
* Como se gestiona el control de cambios del diseño y desarrollo.
* Documentos relacionados con los procesos y subprocesos a auditar. (PRO-6.4.4.1).
* ¿Los resultados del diseño y desarrollo cumplen con los requisitos y con el suministro de productos y servicios?
* ¿Se controlan los cambios en requisitos de diseño y desarrollo de productos y servicios, incluso mientras se producen/prestan?.
 | **8.3** |  |
| **8.4 Control de los Procesos, Productos y Servicios Suministrados Externamente** |
| **29** | * Verificar procedimiento del proceso de compras.
* Existe registro y control de los proveedores.
* Como se asegura que los productos adquiridos cumplen con los requisitos de compra especificados.
* Verificar si en los formatos de requisición se describe adecuadamente las especificaciones del producto a comprar.
* Como se verifican y/o controlan los productos comprados externamente.
* La organización debe determinar y aplicar para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y servidos de acuerdo a los requisitos.
* ¿Cómo se garantiza que los proveedores cumplen con los requisitos aplicables y legales, para la prestación de servicios o productos? Evidencia Seguimiento de Contratos.
* ¿La organización comunica a los proveedores los requisitos aplicables? Evidencia Gestión para la Ejecución de los Contratos.
 | **8.4** |  |
| **8.5 Producción y Provisión del Servicio** |
| **8.5.1 Control de la Producción y de la Provisión del Servicio** |
| **30** | * Verificar cumplimiento de los procedimientos e Instrucciones de Trabajo que aplican.
* Determinar si todos los procesos se encuentran documentados en un procedimiento.
* Verificar aspectos Normativos de cumplimiento en la gestión de los procesos.
* Solicitar y analizar Información y controles de la Documentación que respalda la ejecución de las actividades realizadas por el personal involucrado en el proceso a auditar.
* Documentos a verificar: Ver plan de auditoría.
* Para el caso de los documentos que son aprobados por la Dirección, como producto de la ejecución de los diferentes procesos, se tiene control sobre los tiempos de retención de dichos documentos, de forma que ayude a agilizar la ejecución procesos.
* Se ha documentado el seguimiento y medición para:
* Los procesos.
* Los equipos.
* La información documentada define:
* Las características de los productos a producir, los servicios a prestar, o las actividades a desempeñar.
* Los resultados a alcanzar (Verificar: FDP, Procedimientos, Instrucciones de Trabajo, POA y PEI).
* La disponibilidad y el uso de los recursos de seguimiento y medición adecuados.
* La Organización valida o revalida los procesos de prestación de servicio, cuando no pueden verificarse mediante seguimiento o medición posterior.
 | **8.5.1** |  |
| **8.5.2 Identificación y Trazabilidad** |
| **31** | * La organización debe utilizar los medios apropiados para identificar las salidas, cuando sea necesario, para asegurar la conformidad de los productos y servicios.
* La organización identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la producción y prestación del servicio.
* La organización debe controlar la identificación única de las salidas cuando la trazabilidad sea un requisito, y debe conservar la información documentada necesaria para permitir la trazabilidad.
* Verificar la trazabilidad de los procesos y registros.
* Verificar las acciones y/o controles implementados para preservar los bienes que son propiedad del cliente utilizados para la prestación del servicio, en los casos aplicables.
* La organización controla y registra la identificación del servicio por medio de sistemas mecanizados (Mesa de servicios, Sistema de Control Documentario, Sistema de Gestión de Fiscalización, entre otros) o de forma manual; resguardando la información documentada pertinente conforme a lo establecido en el PRO-6.5.2.1 Procedimiento de Organización del Sistema de Gestión Documental del MH y PRO-6.5.2.2 Procedimiento de Eliminación Documental.
 | **8.5.2** |  |
| **8.5.3 Propiedad Perteneciente a los Clientes o Proveedores Externos** |
| **32** | * Que actividades a implementado la Unidad Organizativa para cuidar la propiedad del cliente o de proveedores, en lo que respecta a:
* Identificar.
* Verificar.
* Proteger.
* Salvaguardar.
* Que actividades a implementado para prevenir: perdidas, deterioro, o cuando la información se considere inadecuada para su uso.
* La Organización, si a pesar de las medidas se produce cualquier incidencia con la propiedad del cliente o proveedor, se informa o comunica adecuadamente al cliente o proveedor.
* En caso se produzca alguna incidencia con la propiedad del cliente o proveedor, se mantiene la información documentada sobre lo ocurrido y las decisiones tomadas.
* Verificar las acciones y/o controles implementados para preservar la información y/o documentos que son propiedad del cliente, utilizados para la prestación del servicio, en los casos aplicables.
* ¿La organización cuida y protege los bienes de clientes y proveedores?
 | **8.5.3** |  |
| **8.5.4 Preservación** |
| **33** | * Se tiene definido el procedimiento para:
* Recepción, clasificación, archivo, custodia, confidencialidad de la información electrónica y física proporcionada por el contribuyente.
* Verificar la trazabilidad de los procesos y registros.
 | **8.5.4** |  |
| **8.5.5 Actividades Posteriores a la Entrega** |
| **34** | * Se da cumplimiento a la normativa legal y requisitos por los servicios proporcionados al contribuyente/usuarios.
* Las actividades que contribuyen al seguimiento posterior a la entrega son:
* Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones.
* Medición de la Satisfacción de los Contribuyentes y Usuarios.
* La Unidad Organizativa cuenta con método o actividad diferentes a las mencionadas para la evaluación del servicio posterior a la entrega.
* Como se evalúa la efectividad de las asesorías personales o telefónicas.
 | **8.5.5** |  |
| **8.5.6 Control de los Cambios** |
| **35** | * Cuando existen cambios de proceso para la prestación de los servicios, se revisan y controlan los cambios para asegurar la continuidad en la conformidad con los requisitos.
* Conserva información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión.
 | **8.5.6** |  |
| **VERIFICAR ( V )** |
| **8.6 Liberación de los Productos y Servicios** |
| **36** | * Se han implementado disposiciones planificadas para la liberación de los productos y servicios.
* La liberación de los productos y servicios se realiza después de verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.
* La liberación de los productos y servicios se realiza después de completar satisfactoriamente las disposiciones planificadas, o a menos que sea aprobado por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente.
* La organización documentada conserva la información documentada sobre la liberación de productos y servicios incluye:
* Evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.
* Trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.
 | **8.6** |  |
| **8.7 Control de las Salidas No Conformes** |
| **37** | * La Unidad Organizativa se asegura que las salidas (productos/servicios) que no sean conformes se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada.
* Se posee procedimiento para el tratamiento del producto no conforme.
* Respecto al producto no conforme identificado (antes, durante y después del proceso realizado):
* Se toman las acciones respectivas.
* Se autoriza su liberación.
* ¿Cuándo el producto o servicio es corregido, se efectúa reproceso? se verifica, con el objetivo de garantizar su conformidad.
* Como se resguardan los registros respectivos.
* Se le informa al cliente algún imprevisto.
* La organización conserva la información documentada que:
* Describe la No Conformidad.
* Describe las Acciones Tomadas.
* Describe todas las Concesiones Obtenidas.
* La Organización identifica la autoridad que decide la acción con respecto a la No Conformidad.
* ¿La organización identifica y controla los procesos, productos y servicios no conformes?.
 | **8.7** |  |
| **9 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO** |
| **9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación** |
| **38** | * La Unidad Organizativa ha determinado:
* Qué necesita seguimiento y medición (Procesos, Indicadores de Procesos, POA, Servicios Internos y Externos, Desempeño de Proveedores).
* Métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos.
* Cuando se debe llevar a cabo el seguimiento y la medición.

**Verificar:*** Si cuentan con seguimiento de Inspecciones, se verificarán los registros y el cumplimiento de los requisitos del proceso.
* Seguimiento de Metas asociadas a: 1) Objetivos Estratégicos, 2) Objetivos de Calidad, 3) Metas Operativas y 4) Funciones asignadas por ley o MAO. Acciones realizadas en caso de incumplimiento.
* Si poseen seguimiento de los proyectos de mejora a desarrollar.
* El seguimiento de los tiempos de respuesta de los servicios que proporcionan y las acciones correspondientes en caso de desviaciones.
* Si existe seguimiento del Clima Organizacional y Evaluación del Desempeño.
* Cuando se debe analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición.
* Se conserva la información documentada apropiada como evidencia de los resultados.
* Avances de los Planes de Acción según aplique.

**Satisfacción de los Clientes*** Se realiza el seguimiento de la percepción de los clientes.
* Se obtiene el grado de satisfacción de los clientes para conocer que se cumplen sus necesidades y expectativas.
* Verificar si existe seguimiento de la Medición de la Satisfacción al Cliente por el Servicio prestado.
* En la evaluación del servicio al cliente realizado, se registró en acta respectiva.
* Que canales se utilizan para responder al usuario las consultas respectivas.
* Verificar si cuentan con seguimiento de Quejas y Denuncias (ver lo indicado apartado 7.2).

**La Unidad Organizativa analiza y evalúa los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición.*** Medición de la Satisfacción del Cliente.
* Quejas y Denuncias.
* Inspecciones.
* Auditorías de la Calidad.
* Auditorías Internas (Control Interno).
* Auditoría Externas (Corte de Cuentas, AENOR, otras).
* Cumplimiento de Metas y Objetivos.
* Clima Organizacional.
* Evaluación del Desempeño del personal.
* Desempeño de los proveedores externos.
* Otros datos de los procesos desarrollados (tiempos de respuesta, proyectos de mejora implantados).
* Realiza análisis sobre características y tendencias de procesos y de productos, incluyendo oportunidades para llevar a cabo acciones correctivas, así como para la mejora continua.
* Eficacia de acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades.
* Se conserva la información documentada apropiada como evidencia de los resultados.
 | **9.1** |  |
| **9.2 Auditoria Interna** |
| **39** | **La Organización ha establecido el proceso para:*** Planificación de las auditorías de la organización.
* Ejecutar Auditoría en el tiempo programado según Planificación y Plan de auditoría.
* Visitar todas las Unidades Organizativas involucradas al Proceso a auditar.
* Determinar hallazgos e informar a UO cuando aplique.
* Elaborar informe y gestionar aprobación con UO involucradas para publicación.
* Elaborar HAC y solicitar a las UO complementar y remitir para publicación.
* Conservar la información documentada de las auditorias ejecutadas.
 | **9.2** |  |
| **9.3 Revisión por la Dirección** |
| **40** | * La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para:
* Asegurarse de su conveniencia.
* Adecuación.
* Eficacia.
* Alineación continua con la dirección estratégica de la organización.
* Ver informe de revisión del sistema de gestión de la calidad y Plan de Valoración de Necesidades de Recursos. (las acciones que corresponden al proceso XX o en todo caso a la Dependencia XX) se ejecutaron conforme a lo previsto, se incluyó el resultado en las actas correspondientes.
* Con respecto a la revisión del sistema de gestión de la calidad de la Dependencia XX, se determina lo siguiente (entradas y salidas):
* Revisar IRSGC del año 201X (anterior) o 201X (presente).
* Revisar y analizar las mediciones realizadas a fin de tomar las acciones correspondientes.
* La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.
* Se definen observaciones, recomendaciones, oportunidades de mejora o conclusiones. Verificar el seguimiento respectivo.
* No obstante verificar acciones sobre: Ejemplo cumplimiento de tiempos, acciones correctivas por no conformidades e inspecciones, quejas, etc.
* La revisión por la dirección incluye consideraciones sobre:
* El estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas.
* Cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC.
* Información sobre el desempeño y la eficacia del SGC.
* Las salidas de la revisión por la dirección deben incluir decisiones y acciones relacionadas con:
* Oportunidades de Mejora.
* Cualquier necesidad de cambio en el SGC.
* Necesidades de recurso.

**Verificación de Actas del Comité de Calidad)*** Cumplimiento a la frecuencia establecida para realizar las reuniones del Comité de Calidad (según PRO 1.2.5.1). Ver lo indicado en el MAC.
* Verificar seguimiento de acuerdos y acciones pendientes.
* ¿Verificar si existen No Conformidades en el Comité de Calidad de la Unidad, que acciones ha establecido dicho Comité, se han cumplido?
* Verificar (PRO-1.2.5.1, Informe Anual de Revisión del SGC).
 | **9.3** |  |
| **ACTUAR ( A )** |
| **10 Mejora** |
| **10.1 Generalidades** |
| **41** | * La organización determina y selecciona las oportunidades de mejora e implementa acciones necesarias para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente.
* Se mejoran los productos y servicios para cumplir los requisitos.
* Se consideran las necesidades y expectativas futuras.
* Las oportunidades de mejora corrigen, previenen o reducen efectos no deseados.
* Las oportunidades de mejora, mejoran el desempeño y la eficacia del SGC.
* Verificar proyectos que se encuentran en ejecución y avance de los mismo.
* Verificar Hojas Técnicas de Proyectos y porcentaje de cumplimiento a la fecha de auditoría, si esta corresponde a lo planificado.
 | **10.1** |  |
| **10.2 No Conformidad y Acción Correctiva** |
| **42** | * La organización:
* ¿Controla las No Conformidades?
* Qué medidas realiza para asegurar se tomen acciones sin demora injustificada para eliminar N/C y sus causas
* Analiza las No Conformidades (determinan causas que dieron origen a la No Conformidad).
* Verificar lo planteado en la HAC si corresponde con lo realizado para eliminar las NC.
* Toma acciones (para eliminar causas) para prevenir que vuelva a ocurrir o que ocurra en otra parte.
* Se determina si existen No Conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir.
* Si fuese necesario, a raíz de la No Conformidad, se actualizan los riesgos y oportunidades determinadas durante la planificación.
* Dar seguimiento a los hallazgos establecidos en informe de Auditorías anteriores:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Auditorías** | **No Conformidades** | **Observaciones** | **Oportunidades de Mejora** |
| Primera Auditoría de la Calidad Ref. C.000/00 de fecha 00/00/0000. | X | X | X (X son generales) |

* Existen acciones (Correctivas, Mejora o Innovaciones) en el caso de desviaciones o tendencias negativas de los siguientes resultados:
* Medición de la Satisfacción del Cliente.
* Quejas y Denuncias.
* Inspecciones de la Calidad.
* Auditorías de la Calidad.
* Auditorías Internas (Control Interno).
* Auditoría Externas (Corte de Cuentas, AENOR, otras).
* Cumplimiento de Metas y Objetivos.
* Clima Organizacional.
* Evaluación del Desempeño.
* Otros datos de los procesos desarrollados. (Tiempos de respuesta, proyectos de mejora implantados, etc).
* La Unidad Organizativa conserva información documentada como evidencia de:
* Naturaleza de las No Conformidades y cualquier acción tomada.
* Los resultados de cualquier acción correctiva.
 | **10.2** |  |
| **10.3 Mejora Continua** |
| **43** | * La Unidad Organizativa considera los resultados del análisis, evaluación y las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades que deben considerarse como parte de la mejora continua.
* Se mejora continuamente la adecuación y eficacia del SGC.
* Como se promueve la mejora de procesos y procedimientos en los empleados del MH.
 | **10.3** |  |

**ANEXO 4**

**MODELO DE PLAN DE VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**

**REF: P-000-20XX**

San Salvador, XX de XXXX de 20XX.

Licenciado(a) / Ingeniero (a)

**XXXX XXXX XXXX XXXX**

Director General de XX

Este Plan corresponde a primera Verificación de la implantación del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información de 20XX y Seguimiento a Verificaciones anteriores, a realizar en la Dirección General XX (**XXXX**).

La verificación de la implementación del SGSI se realizará de forma presencial (visita en el lugar de trabajo); no obstante, es importante mencionar que debido a las medidas de prevención y contención para minimizar la transmisión o propagación de la pandemia por COVID-19, la verificación se podría realizar de forma “remota”, la cual consiste en evaluar los documentos del SGSI (Manual del SGSI, procedimientos normativos, lineamientos específicos de Seguridad de la Información, normativa legal, etc.), mediante el uso de herramientas tecnológicas y comunicación, por ejemplo: videoconferencias (reuniones virtuales), correo electrónico institucional, llamadas telefónicas, acceso a consulta en Sistemas Informáticos aplicables en las Unidades Organizativas, entre otros.

Por lo anterior, es necesario comunicar al personal bajo su cargo sobre la Verificación, con el objeto que brinden toda la colaboración que se requiere.

Además, es indispensable que si usted tiene inconvenientes en atender dicha Verificación, favor comunicarlo con anticipación por correo electrónico al Lic. Ricardo Emilio Rodríguez Zepeda (emilio.rodriguez@mh.gob.sv), Coordinador de Auditorías de la Calidad del Departamento de Gestión de la Calidad de DGEA.

1. **OBJETIVO**

Evaluar el avance en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información; verificar la implantación efectiva de acciones correctivas por No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejora determinadas en Verificaciones anteriores, así como el cumplimiento de los requisitos establecidos en la documentación de este Sistema.

1. **ALCANCE**
* Seguimiento de Verificaciones Anteriores:
* Verificación realizada los días XX y XX de XXXX de 20XX, Ref.: S.000/XXXX.
* Verificación realizada los días XX y XX de XXXX de 20XX, Ref.: S.000/XXXX.
* Puntos de la Norma que se evaluarán

|  |  |
| --- | --- |
| 4.1 | Requisitos Generales (MAS, PLAN-SGSI, PLS) |
| 4.2 | Establecimiento y Gestión del SGSI (MAGER, PRSN-007) |
| 4.3 | Documentación del SGSI (PRSN-001, PRSN-002) |
| 5.1 | Compromiso y Responsabilidades de la Organización |
| 5.2 | Gestión de Recursos |
| 7.0 | Revisión por la Dirección del SGSI |
| 8.0 | Mejora del SGSI (PRSN-006) |
| 9.0 | Lineamientos (Lineamientos Específicos de Seguridad, Procedimientos de Seguridad Normativos (PRSN-003, PRSN-004, PRSN-008, PRSN-010, PRSN-011, PRSN-012), Políticas, Circulares, PCCN, DAPL, GTS, PRO-6.4.3.1) |

1. **AUDITOR(ES) QUE REALIZARA(N) LA VERIFICACIÓN**

Ing. XXXX XXXX XXXX XXXX (Auditor Encargado)

Lic. XXXX XXXX XXXX XXXX

De ser necesario personal especializado para la realización de la Verificación éste será asignado.

1. **FECHAS DE EJECUCIÓN DE LA VERIFICACIÓN**

Los días del XX al XX de XXXX de 20XX.

1. **TIEMPO PROBABLE PARA LA EJECUCIÓN DE LA VERIFICACIÓN Y/O SEGUIMIENTO Y ELABORACIÓN DEL INFORME**

15 días hábiles.

**Nota:** el tiempo asignado para los **Auditados** en la etapa de discusión, revisión y aprobación del Informe de Verificación del SGSI será de **10 días hábiles**, contados a partir de la fecha que reciban el informe para revisión por los Auditores de la Calidad; de no recibirse ningún comentario, observación u aprobación del contenido del informe en el plazo indicado, se asumirá que están de acuerdo con los resultados y se finalizará el proceso enviando el informe a publicación en el Portal del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información en la Intranet.

1. **CONFIDENCIALIDAD DE LA VERIFICACIÓN**

El Departamento de Gestión de la Calidad de la Subdirección de Administración – DGEA mantiene la confidencialidad de los datos e información a la que tiene acceso como consecuencia de las actividades de la Verificación.



F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre

Jefe Departamento de Gestión de la Calidad

Subdirección de Administración DGEA

**ANEXO 5**

|  |
| --- |
| **MODELO DE INFORME DE AUDITORÍA O VERIFICACIÓN** |

Como parte introductoria se especificará lo siguiente:

* Colocar No. de Referencia del Informe de Auditoría:

**REF: C (o S para las Verificaciones).000/20XX**

C o S. # correlativo/año (En donde **C**: se refiere a Calidad o Seguridad, **# correlativo** se refiere a número correlativo anual, y **año** se refiere al año de ejecución de la auditoría).

* Lugar y la fecha de aprobación por Jefe DGC de DGEA.

**San Salvador, XX de XXXX de 20XX**.

* Nombre y cargo del Director General de Administración (Calidad) o Director de DINAFI (Seguridad).

**Licenciado(a)/Ingeniero(a)**

**XX XX XX XX**

**Director General de Administración**

**O Director Nacional de Administración Financiera e Innovación**

* Días de ejecución de la Auditoría o Verificación, año, número de auditoría/seguimiento a realizar, proceso o macroproceso a auditar, para Verificación la Dependencia.

Entre el período del XX de XXXX al XX de XXXX de 20XX, se realizó primera Auditoría del Sistema de Gestión de la Calidad (o Verificación del SGSI) y Seguimiento de Acciones Correctivas de Auditoría (o Verificación) anterior al **Proceso XX (o Macroproceso) (Dependencia en la Verificación)**, el cual pertenece al **Macroproceso XX**. (esta Auditoría se ejecutó de forma simultánea con los procesos xx, xxx, si fuera el caso).

1. **OBJETIVO**

Evaluar el desempeño de los procesos y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad (en Verificaciones Evaluar la eficacia de la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad de Información), verificar la implantación efectiva de acciones correctivas por No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejora determinadas en Auditorías (Verificaciones) anteriores; así como el cumplimiento de los requisitos establecidos en la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad y en la Norma ISO 9001:2015 (en Verificaciones el cumplimiento de los requisitos establecidos en la documentación de este Sistema de Gestión.

1. **ALCANCE**

Se auditaron los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 y documentos del Sistema de Gestión de la Calidad (en Verificaciones los requisitos y documentos del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información), detallados en el Plan de Auditoría **REF:** **P-XXX-XX** de fecha XX de XXX de 20XX.

Se auditó el Proceso XXXX en las Unidades Organizativas y en las fechas siguientes (solo para Auditorías):

| **PROCESO** | **DEPENDENCIAS Y UNIDADES ORGANIZATIVAS VISITADAS** | **FECHA DE VISITA** |
| --- | --- | --- |
| 6.2 XX |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

En las Verificaciones se detalla, según aplique, las Unidades que se visitaron en la Verificación; además, el detalle de los documentos no verificados.

1. **RESULTADO**

En la Auditoría (Verificación) realizada se determinó XX No Conformidad y XX Observaciones, detalladas en Anexos Nos. X y XX; asimismo, el resultado del seguimiento de No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejora de Auditoría anterior (las no superadas y pendientes de seguimiento se detallan en Anexo No. XXX), se muestran en el siguiente resumen:

| AUDITORÍA | TOTAL DE HALLAZGOS |
| --- | --- |
| **EN SEGUIMIENTO** | **SUPERADAS** | **NO SUPERADAS** | **PENDIENTE SEGUIMIENTO** |
| **Primera Auditoría realizada los días comprendidos del XX de XXXX al XX de XXXX de 20XX, Ref. C.069/XX.** |
| No Conformidades | 5 | Nos. 1, 3 y 5 | 3 | No. 2  | 1 | No. 4 | 1 |
| Observaciones | 3 | Nos. 1 y 2 | 2 | --- | 0 | No. 3 | 1 |
| Oportunidades de Mejora | 5 | Nos. 1, 4, 5 | 3 | Nos. 2 | 1 | Nos. 3 | 1 |
| **Primera Auditoría realizada los días comprendidos del XX de XXXX al XX de XXXX de 20XX, Ref. C.004/XX** |
| No Conformidades | 5 | Nos. 1, 3 y 5 | 3 | No. 2  | 1 | No. 4 | 1 |
| Observaciones | 3 | No. 1 y 2 | 2 | --- | 0 | No. 3 | 1 |
| Oportunidades de Mejora | 4 | Nos. 1, 3, 4 | 3 | Nos. 2 | 1 | --- | 0 |
| **TOTALES** | **25** | **16** | **4** | **5** |

 Por los resultados del seguimiento a los hallazgos de informes de Auditorías (Verificaciones) anteriores, se identifica lo siguiente: (Describir comentarios breves sobre los hallazgos **cerrados**)

* De las XX No Conformidades en seguimiento se indica que el XX% de las acciones correctivas ejecutadas han sido eficaces, de las que aplicaba realizarle seguimiento (si aplica).
* De las XX Observaciones en seguimiento se indica que el XX% de las acciones correctivas ejecutadas han sido eficaces, de las aplicaba realizarles seguimiento (si aplica).
* De las XX Oportunidades de Mejora se indica que el XX% de las acciones ejecutadas han sido eficaces, de las que aplicaba realizarles seguimiento (si aplica).
1. **CONCLUSIÓN**

GENERALES

Se describe aspectos importantes identificados en las Unidades Organizativas involucradas que tienen relación con todo el proceso auditado, para el caso de Verificaciones las Dependencias, por ejemplo:

1. Esfuerzos realizados por el personal de la Dirección XX (incluyendo las unidades organizativas que la conforman), quienes participan en el proceso XX, para cumplir con los requisitos establecidos en la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad y la Norma ISO 9001:2015.
2. Ejecutar acciones correctivas para superar las No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejora indicadas en este informe y los hallazgos pendientes de superar de Auditorías o Verificaciones anteriores, para contribuir a la eficacia de este Sistema de Gestión y garantizar mantener la cultura de la mejora continua en la organización.
3. A continuación, se presenta gráficamente la tendencia de los resultados de las 3 últimas Auditorías o Verificaciones (se colocará si existen datos disponibles o incluir la información con que se cuenta al momento) realizadas al proceso o macroproceso: No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejora identificadas en los informes de resultado.

ESPECÍFICOS

Incluir aspectos relevantes que se identificaron en las Unidades Auditadas o Verificadas que podrían haber afectado los resultados obtenidos en la Auditoría o Verificación, pero que no constituyen un hallazgo.

En la Auditoría (Verificación) y Seguimiento realizado se determinaron las Fortalezas y Oportunidades de Mejora siguientes (en caso existan):

1. **FORTALEZAS**

Detallar las fortalezas identificadas.

1. **OPORTUNIDADES DE MEJORA**

Detallar las oportunidades de mejora identificadas.

1. **CONFIDENCIALIDAD DE LA AUDITORÍA (VERIFICACIÓN) Y COMENTARIOS FINALES**

El Departamento de Gestión de la Calidad de la DGEA mantiene la confidencialidad de los datos e información a la que tuvo acceso como consecuencia de las actividades de Auditoría (Verificación). Por otra parte, es necesario tomar en cuenta lo siguiente:

* La Auditoría de la Calidad (Verificación) se ha realizado a través de un muestreo, por lo que pueden existir No Conformidades, Observaciones u Oportunidades de Mejora no identificadas en este informe.
* Se explicó a los auditados lo siguiente:
1. En la reunión inicial el Plan de la Auditoría (Plan de Seguridad), los documentos que sirven de base en el proceso de Auditoría (Verificación); al finalizar la Auditoría (Verificación) los hallazgos determinados considerando la Norma ISO 9001, los Documentos del SGC **y SGSI** y Normativa aplicable, su base e incidencia en el SGC (SGSI).
2. El auditado dispondrá de 10 días hábiles contados a partir de la fecha en que recibe el correo electrónico enviado por el Auditor de la Calidad con el informe de Auditoría (Verificación) para su revisión, de no recibirse ningún comentario, observación u aprobación del contenido del informe en el plazo indicado, se asumirá que está de acuerdo con los resultados y se finalizará el proceso enviando dicho informe a publicación en el Sistema integrado de Gestión de la Calidad en la INTRANET o en el portal de Seguridad del SGSI, según aplique.
3. En las Auditorías de la Calidad y Verificaciones de **Seguridad de la Información** en las que se determinen No Conformidades, no será necesario colocar en el informe las firmas de aceptado de los Auditados y Auditores en el Anexo de ¨NO CONFORMIDADES DETECTADAS¨.
* **Una vez implantada las acciones para las No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejora determinadas en este informe** y los hallazgos pendientes de superar de Auditoría (Verificación) anterior**, se puede solicitar una Auditoría** (Verificación) **de seguimiento puntual para que se verifique el cierre de dichos puntos.**

Atentamente,

Nombre Jefatura del DGC DGEA

Cargo Jefatura DGC – DGEA

A-XX-XX Informe Auditoría de Calidad Proceso XX (Verificación del SGSI Dependencia)

Nombre y Apellido de los auditores

**FORMATO A**

**ANEXO 1**

**NO CONFORMIDADES DETECTADAS**

**(IDENTIFICAR PROCESO \_\_\_\_\_o DEPENDENCIA, EN CASO DE SGSI)**

**Asignación Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No. De Orden** | **Punto de la Norma ISO 9001 / MAS** | **Descripción de la No Conformidad** |
| 1. | 6.2Objetivos de la Calidad y Planificación para Lograrlos |  |
| 2. | 7.2Competencia |  |
| 3. | 7.5Información Documentada |   |
| 4. | 8.2Requisitos para los Productos y Servicios |  |

**LAS NO CONFORMIDADES HAN SIDO ACLARADAS Y ACEPTADAS**

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR FORMATO A**

1. **Asignación Nº\_\_\_\_:** Se coloca el número de la asignación para la ejecución de la Auditoría de la Calidad o Seguridad de la Información y/o Seguimiento, es el mismo número que se asignó al registro del Anexo 6.
2. **No. de Orden:** Número correlativo asignado a cada No Conformidad determinada en la Auditoría de la Calidad o Seguridad de la Información.
3. **Punto de la Norma ISO 9001:** Se indica el requisito (número y nombre) de la Norma ISO 9001 que se ha incumplido y dio origen a la No Conformidad/**Punto del MAS:** Se indica el requisito (número y nombre) del Manual de Seguridad de la Información que se ha incumplido y dio origen a la No Conformidad.
4. **Descripción de la No Conformidad:** Detalle de la No Conformidad determinada, incluyendo ejemplos observados, en caso de existir.

**FORMATO B**

**ANEXO 2**

**OBSERVACIONES DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD O VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**

**(IDENTIFICAR PROCESO \_\_\_\_\_\_O DEPENDENCIA, EN CASO SGSI)**

**Asignación Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **No.** | **Descripción de la Observación** |
|  |  |

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR FORMATO B**

* **Asignación Nª\_\_\_:** Se coloca el número de la asignación para la ejecución de la Auditoría de la Calidad o Seguridad de la Información y/o seguimiento, es el mismo número que se asignó al registro del Anexo 6.
* **No.:** Número correlativo asignado a cada Observación determinada en la Auditoría de la Calidad o Seguridad de la Información.
* **Descripción de la Observación:** Detalle de la observación determinada en la Auditoría de la Calidad o Seguridad de la Información.

**FORMATO C**

**ANEXO 3**

**RESULTADO DE SEGUIMIENTO DE NO CONFORMIDADES, OBSERVACIONES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA NO SUPERADAS O PENDIENTES DE SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS O VERIFICACIONES ANTERIORES**

**(IDENTIFICAR PROCESO \_\_\_\_\_ O DEPENDENCIA, EN CASO SGSI)**

**Asignación Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **No.** | **DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO** |
| --- | --- |
| **PRIMERA AUDITORÍA DE CALIDAD (O VERIFICACIÓN) REALIZADA LOS DÍAS COMPRENDIDOS DEL XX DE XXXX AL XX DE XXXX DE 20XX. REF. C.0XX/00** |
| **NO CONFORMIDADES** |
| **UNIDAD ORGANIZATIVA – DEPENDENCIA**  |
| 1 | **Punto de la Norma (o del MAS)** **X.XX*** Estructura (jerarquía) del cuadro de seguimiento: REFERENCIA DE INFORME-----TIPO DE HALLAZGO----UNIDAD ORGANIZATIVA
* **Describir el hallazgo (N/C) solo la parte no superada/pendiente de seguimiento y si tiene listado de literales solo colocar los no superados/pendiente de seguimiento**.
* Las No Conformidades deben detallar el punto de la norma o del MAS que incumple.
* En el caso de colocar ejemplos solo detallar los necesarios.
* Tipo de letra Museo Sans 9 y Bembo Std (títulos).
* Tamaño de letra en los cuadros incluidos en el detalle de la N/C, observaciones y OM No. 8 o según conveniencia para espacios.
* Interlineado 1.0 (sencillo).
* Alineado Justificado.
* Orden de informes será del más antiguo al más reciente.
* Si usan listas o etiquetas, de preferencia que sean literales, romanos, etc.

**No Superada/Pendiente de Seguimiento****COMENTARIO DEL PRIMER SEGUIMIENTO:****Describir en el comentario solo la parte no superada/pendiente de seguimiento. E**n caso que los hallazgos posean literales que han sido superados en auditorías anteriores o en la presente, citar únicamente que fueron superados. En el título de este subapartado, en los casos que se establezca como pendiente de seguimiento únicamente se establecerá “COMENTARIO DEL SEGUIMIENTO”, sin colocar si es primero, segundo, etc. seguimiento. Además, en los casos que la No Conformidad se remitirá al Comité de Calidad, colocar que la No Conformidad se remitirá al Comité de la Calidad de la Dependencia XXXX por no superarse en un segundo seguimiento. |
| **UNIDAD ORGANIZATIVA – DEPENDENCIA** |
| 3 | **Punto de la Norma (o del MAS)** **X.XX****Describir el hallazgo (N/C) solo la parte no superada/pendiente de seguimiento y si tiene listado de literales solo colocar los no superados/pendiente de seguimiento**.**No Superada/Pendiente de Seguimiento****Comentario de primer seguimiento****Describir en el comentario solo la parte no superada/pendiente de seguimiento. E**n caso que los hallazgos posean literales que han sido superados en auditorías anteriores o en la presente, citar únicamente que fueron superados. |
| **OBSERVACIONES** |
| **UNIDAD ORGANIZATIVA-DEPENDENCIA** |
| 3 | Solamente se describirá lo no superado/pendiente de seguimiento de la **observación****No Superada/Pendiente de Seguimiento****Comentario del Seguimiento:**Establecer pequeño comentario del porque no se superó o se estableció pendiente de seguimiento. Considerar lo establecido en el apartado de No Conformidades. |
| **OPORTUNIDADES DE MEJORA** |
| **UNIDAD ORGANIZATIVA-DEPENDENCIA** |
| 2 | Solamente se describirá lo no superado/pendiente de seguimiento de la **oportunidad de mejora****No Superada/Pendiente de Seguimiento****Comentario del Seguimiento:**Establecer pequeño comentario del porque no se superó o se estableció pendiente de seguimiento. Considerar lo establecido en el apartado de No Conformidades. |
| **PRIMERA AUDITORÍA DE CALIDAD REALIZADA LOS DÍAS COMPRENDIDOS DEL XX DE XXXX AL XX DE XXXX DE 20XX. REF. C.0XX/00** |
| **NO CONFORMIDADES** |
| **UNIDAD ORGANIZATIVA-DEPENDENCIA** |
| 1 | **Punto de la Norma (o del MAS)** **X.XX****Describir el hallazgo (N/C) solo la parte no superada/pendiente de seguimiento y si tiene listado de literales solo colocar los no superados/pendiente de seguimiento**.**No Superada/Pendiente de Seguimiento****Comentario de primer seguimiento:****Describir en el comentario solo la parte no superada/pendiente de seguimiento. E**n caso que los hallazgos posean literales que han sido superados en auditorías anteriores o en la presente, citar únicamente que fueron superados. |
| **OBSERVACIONES** |
| **UNIDAD ORGANIZATIVA-DEPENDENCIA** |
| 5 | Solamente se describirá lo no superado/pendiente de seguimiento de la **observación****No Superada/Pendiente de Seguimiento****Comentario del Seguimiento:**Establecer pequeño comentario del porque no se superó o se estableció pendiente de seguimiento.Considerar lo establecido en el apartado de No Conformidades. |
| **OPORTUNIDADES DE MEJORA** |
| **UNIDAD ORGANIZATIVA-DEPENDENCIA** |
| 8 | Solamente se describirá lo no superado/pendiente de seguimiento de la **oportunidad de mejora****No Superada/Pendiente de Seguimiento****Comentario del Seguimiento:**Establecer pequeño comentario del porque no se superó o se estableció pendiente de seguimiento. Considerar lo establecido en el apartado de No Conformidades. |

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR FORMATO C**

* **Asignación No.\_\_\_:** Se coloca el número de la asignación para la ejecución de la Auditoría de la Calidad o Seguridad de la Información y/o seguimiento, es el mismo número que se asignó al registro del Anexo 6.
* **Número:** Número correlativo asignado a la No Conformidad, Observación y Oportunidad de Mejora determinada en la Auditoría de la Calidad o Seguridad de la Información en la que se detectó.
* **Punto de la Norma ISO 9001 o Manual de Seguridad de la Información:** Se indica el punto específico de la Norma ISO 9001 o Manual de Seguridad de la Información que se incumplió y dio origen a la No Conformidad.
* **Descripción de la No Conformidad, Observación y Oportunidad de Mejora:** Detalle de la No Conformidad, Observación u Oportunidad de Mejora que se le ha dado seguimiento y que no ha sido superada.
* **Comentario del Seguimiento:** se describe el resultado del seguimiento realizado a la No Conformidad, Observación u Oportunidad de Mejora, indicando por que se establece como no superada o pendiente de seguimiento.

**ANEXO 6**

**REQUISITOS DE AUDITORES DE LA CALIDAD PARA REALIZAR AUDITORÍAS DE LA CALIDAD Y VERIFICACIONES DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN**

**Requisitos que debe de cumplir el Auditor de la Calidad:**

1. Experiencia mínima de tres meses en el Departamento de Gestión de la Calidad de DGEA, como Auditor acompañante.
2. Haber recibido capacitación sobre temas de la Norma ISO 9001, Seguridad de la Información y Administración de Procesos.
3. Que conozca los requisitos de la Norma ISO 9001, Normas relacionadas con el SGSI y la documentación que sustenta el Sistema de Gestión de la Calidad y de Seguridad de la Información.
4. Que conozca lo establecido en las Normas ISO 9000, .
5. Que conozca lo establecido la Norma ISO 19011 Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión.
6. Capacidad de trabajo en equipo.
7. Capacidad de análisis que le permita emitir juicio sobre posibles No Conformidades.
8. Que conozca y aplique los Principios de Auditoría, según lo establecido en las Norma ISO 19011.

9. MODIFICACIONES

**REGISTRO DE MODIFICACIONES**

| **No.** | **MODIFICACIONES** |
| --- | --- |
| 1 | En **PORTADA,** **se actualiza el cargo y nombre** de responsable de elaborado y de revisado**.** |
| 2 | En el apartado **3. REFERENCIA NORMATIVA**, Se agrega: Acuerdo Ejecutivo 171: Reestructuración organizativa de la DGEA y Acuerdo Ejecutivo No. 580 en que se asigna funciones al Director General de Administración |
| 3 | En el apartado **4. DEFINICIONES:** Se modifica nombre del UGC por DGC. |
| 4 | En el apartado **5. RESPONSABILIDADES:** Se modifica nombre de la Unidad de Gestión de la Calidad por Departamento de Gestión de la Calidad. |
| 5 | En el apartado **7. PROCEDIMIENTO:** En los pasos 01, 02, 03, 06, 07, 10, 11, 21, 22, 24 y 25, se actualiza nombre de la Unidad de Gestión de la Calidad por Departamento de Gestión de la Calidad.Se eliminan palabras repetidas pasos: 01, 09, 12. |
| 6 | En el apartado **8. ANEXOS**: Se modifica nombre de la Unidad de Gestión de la Calidad por Departamento de Gestión de la Calidad y UGC por DGC, en Anexos 1, 2, 3, 4, 5 y 6.Se modifican los nombres de los procedimientos en el Anexo 2. |