

ANEXO

QUÉ DEBEMOS SABER EN CUANTO AL CONTROL DE LOS DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC).

1. La Coordinación de Innovación y Calidad realiza la actividad de administración, registro y control de los Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) y cada área incorporada dentro del alcance de la certificación de la norma ISO 9001:2008 es responsable de generar, resguardar y difundir los procedimientos, manuales, instructivos y formatos inherentes a sus actividades, que dan cumplimiento a los objetivos del SGC, así mismo de los archivos electrónicos utilizados para el SGC.

Por lo tanto, si necesitas:

- a. **Información** respecto a la documentación del SGC;
- b. **Dar de Alta, Modificar o Cancelar** algún *Documento del SGC, Documento de Origen Externo* o algún *Formato*;
- c. **Copia** de algún Manual, Procedimiento o Instructivo; o
- d. **Consulta** respecto a un **Documento** que ya es **Obsoleto**.

Debes acudir a la Coordinación de Innovación y Calidad para que se te proporcione la información que requieras.

2. Cada área es responsable de mantener actualizada la estructura documental y de archivos electrónicos del SGC.

Por tanto, si requieres modificar algún documento del SGC, debes solicitar el archivo modificable al personal de Mando de cada Área o a la Coordinación de Innovación y Calidad, quien te lo proporcionará junto con las indicaciones que deberás seguir para modificarlo. Es importante que sólo utilices el archivo proporcionado por ésta coordinación para hacer los cambios.

3. La Coordinación de Innovación y Calidad fungirá como apoyo en la difusión de cambios.

Sin embargo, es labor y responsabilidad de quien realiza modificaciones al documento, enterar y evaluar primero el cambio con los involucrados, validando que sean adecuados antes de que el documento sea vigente y oficial.

4. Respecto al uso de documentos del Sistema de Gestión de la Calidad, es necesario que sepas lo siguiente:

Son: **Manuales, Procedimientos e Instructivos**, que establecen las obligaciones para cumplir con el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

En cada área se deberá de disponer una carpeta con una copia de la **versión vigente** de sus procedimientos o instructivos, según corresponda, para consulta de sus usuarios.

A esta copia se la ha puesto un sello de "**Copia Controlada**", lo cual quiere decir que **es la única copia oficial** del documento con que cuenta el área, **que será actualizada cada vez que se modifique el documento**, y que además existe un **estricto control de las versiones** que son emitidas. Por tanto, cada área es responsable de su resguardo y conservación en buenas condiciones.

Todos los procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad tendrán los controles antes mencionados (código y número de revisión).

DOCUMENTOS
DEL SGC

ANEXO

QUÉ DEBEMOS SABER EN CUANTO AL CONTROL DE LOS DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC).

QUEDA PROHIBIDO:

- I. Dañar las copias controladas de los documentos del SGC (rayar las hojas, destruirlas, quitarlas de su carpeta, desacomodarlas, abandonar la carpeta en otra área y cualquier otra acción que cause mal uso de la información del SGC).
- II. Imprimir copias alternas del documento, reproducir y/o distribuir copias de dichos documentos.
- III. Hacer modificaciones del documento sin avisar a Innovación y Calidad (dado que no es oficial, puede perderse el control en la versión actualizada y vigente del documento).
- IV. Usar como oficiales, copias del documento diferentes a las de la carpeta oficial del área o de la copia controlada.
- V. Mostrar en auditorías copias de manuales, procedimientos o instructivos diferentes a las de la carpeta oficial del área o de la copia controlada.

Conservar borradores, documentos obsoletos o copias no controladas, de documentos del SGC (todos estos deberán destruirse, una vez concluido su uso).

Te invitamos a que consultes tu carpeta de procedimientos e instructivos, y si tienes alguna duda, por favor acude a la Coordinación de Innovación y Calidad.

Son copias de documentos del SGC (Manuales, procedimientos, instructivos, etc.), que se entregan a petición del usuario, para su consulta o referencia.

A diferencia de las copias controladas que tienes en tu carpeta, estos documentos tienen un sello o distintivo que las distingue como "COPIA NO CONTROLADA", estas copias pueden no actualizarse, por lo cual es importante que respetes sus condiciones de uso, que se te indicarán al momento de entregarte la copia o al hacer uso de ellas.

Una copia no controlada es para usarla sólo como referencia, y será vigente mientras no se emita una nueva versión de este documento. Es por ello que se recomienda no conservarlas, ya que pueden convertirse en obsoletas con el tiempo.

POR TANTO, QUEDA PROHIBIDO:

- I. Usarla para otro fin que no sea el establecido en el motivo de entrega
- II. Difundirla externamente
- III. Mostrarla en auditorías
- IV. Usarla como consulta habitual, ya que después de esta fecha puede ser OBSOLETA.

COPIAS NO CONTROLADAS

ANEXO

QUÉ DEBEMOS SABER EN CUANTO AL CONTROL DE LOS DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC).

En lo posible, te pedimos que de preferencia, destruyas la copia una vez concluido su uso. Para posteriores consultas y/o para la realización de tu trabajo, debes basarte **EXCLUSIVAMENTE** en la copia que tiene el sello de **COPIA CONTROLADA** que está en tu lugar de trabajo, o acudir nuevamente a la Coordinación de Innovación y Calidad.

DOCUMENTOS DE ORIGEN EXTERNO

Son documentos que vienen de una entidad u organismo externo o interno en IEPSA y que utilizas como referencia para cumplir con tus actividades del SGC.

Por ejemplo: normas, leyes, reglamentos, manuales o listas del proveedor, referencias para operar maquinaria, software, DOF, etc.

La norma nos pide que identifiquemos esos documentos y que controlemos su distribución, debido a que si cambian, tus actividades del SGC se pueden ver afectadas si sigues trabajando con versiones anteriores (por ejemplo: normas de Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Hacienda, Sistema de Administración Tributario, etc.).

Por tanto, cuando recibas un documento de origen externo, debes **informarlo** a la Coordinación de Innovación y Calidad, para que lo tengamos identificado, o en su caso, si hay documentos que ya no utilices, por favor avísanos para gestionar la actualización en el Portal de Obligaciones de IEPSA.

FORMATOS

Los formatos son **documentos donde se registrarán los datos** que demuestren el cumplimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

Para identificarlos fácilmente, todos los formatos deberán estar contenidos en un procedimiento y tener un **CÓDIGO y NÚMERO DE REVISIÓN**.

El código se asignará de acuerdo al procedimiento en que estén contenidos. Cada código será único; aun cuando se elimine un formato, su código no deberá volver a utilizarse para otro formato.

El número de revisión cambiará cada vez que se modifique el formato, por lo cual es importante que cuando modifiques o des de alta un formato, lo informes a tu superior inmediato y a la Coordinación de Innovación y Calidad, para que se incorpore al procedimiento y se cambie su No. de revisión..

En lo posible, es conveniente que los nombres de los formatos sean iguales tanto en el procedimiento como en el formato.

ANEXO

QUÉ DEBEMOS SABER EN CUANTO AL CONTROL DE LOS DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC).

CONTROL DE REGISTROS

Los registros son formatos que ya han sido llenados y que son evidencia de que una actividad se realizó.

Una vez llenos, todos los registros deben permanecer:

- **Legibles** (que no cueste trabajo leerlos)
- **Fácilmente Identificables** (que tengan nombre, código y estén contenidos en algún procedimiento) y
- **Recuperables** (que se archiven de forma organizada y se puedan recuperar fácilmente),

Se deberán mantener en cada área solamente el tiempo que se haya declarado en el Catálogo de Disposición Documental del área.

DOCUMENTOS OBSOLETOS

Son documentos del SGC que han dejado de ser vigentes, por lo cual **NO DEBEN PERMANECER CIRCULANDO, ya que podrían ocasionar un uso no intencionado**, como confusión o realización de actividades de forma inadecuada.

Si tienes en tu poder alguna copia de procedimientos, instructivos o manuales, que sea diferente a la que está vigente, **por favor destrúyela.**

Esto también aplica a **archivos electrónicos** de documentos del SGC, que deberás eliminar de tu máquina para evitar utilizar documentos caducos.

Si tienes alguna duda, por favor consulta a Innovación y Calidad.

Periódicamente, se llevarán a cabo revisiones del control de documentos en las áreas.

Por tanto, te agradecemos tu cooperación al respetar las disposiciones establecidas en este documento.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 1 DE 18

Contenido

1.- OBJETIVO.....	3
2.- ALCANCE.....	3
3.- REFERENCIAS.....	3
4.- DEFINICIONES.....	3
5.- MARCO JURÍDICO.....	3
6.- LINEAMIENTOS.....	3
Lineamiento único para el control de los documentos.....	4
7.- Diagrama de Flujo del proceso.....	5
8.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	6
PLANEACIÓN.....	6
EJECUCIÓN.....	6
CONTROL.....	7
EVALUACIÓN / MEJORA.....	7
PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	8
Instructivo de llenado.....	9
PLAN DE AUDITORÍA DE LA NORMA ISO 9001:2008.....	10
Instructivo de llenado.....	11
LISTA DE VERIFICACIÓN.....	12
Instructivo de llenado.....	13
INFORME DE RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.....	14
Instructivo de llenado.....	15
PLAN DE VERIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	16
Instructivo de llenado.....	17
9.- ENFOQUE CLIENTE-PROVEEDOR.....	18
10.- CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL.....	18
11.- VINCULACIÓN CON OTROS SISTEMAS.....	18



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 2 DE 18

ÁMBITO AL QUE PERTENECE

Este documento respalda el cumplimiento en los siguientes ámbitos:

<input checked="" type="checkbox"/>	Calidad
<input type="checkbox"/>	Salud y Seguridad en el Trabajo
<input type="checkbox"/>	Ambiental
<input checked="" type="checkbox"/>	Soporte Administrativo

FORMATOS INCLUIDOS EN ESTE DOCUMENTO

- (F-SC-03-01) Programa anual de Auditorías Internas del Sistema de Gestión de Calidad. Rev. 2
- (F-SC-03-02) Plan de Auditorías Rev. 4
- (F-SC-03-03) Lista de Verificación Rev. 4
- (F-SC-03-04) Informe de Resultados de Auditorías Rev. 2
- (F-SC-03-05) Plan de Verificación Rev. 2

CUADRO DE IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO

Fecha de Revisión	Gerencia	Unidad Administrativa	Elaboró	Autorizó Emisión
07 de diciembre del 2015	Dirección General	Coordinación de Innovación y Calidad	Ramiro López Díaz	Ing. Gilberto Cortés Bastida

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 3 DE 18

1.- OBJETIVO.

Establecer una metodología para evaluar el cumplimiento de los requerimientos del Sistema de Gestión de Calidad conforme a lo establecido en la Norma ISO 9001:2008, así como su eficacia y mantenimiento.

2.- ALCANCE.

Aplicable a todo el Sistema de Gestión de Calidad de IEPSA.

3.- REFERENCIAS.

Norma ISO 9001:2008

Acuerdo por el que se establecen las Normas Generales de Control Interno en el Ámbito de la Administración Pública Federal

Anexo "Qué debemos saber en cuanto al control de los documentos del Sistema de Gestión Integral"

Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas (P-SC-02)

Procedimiento de Revisiones Gerenciales (P-DG-01)

<http://portaltransparencia.gob.mx/pot/dependencia/showDependencia.do?method=begin& idDependencia=11190>

4.- DEFINICIONES.

Auditoría Interna de Calidad. Examen sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluar de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de Auditoría.

Auditor. Persona calificada, capacitada y con experiencia para efectuar Auditorías de Calidad. Puede ser un empleado administrativo o de producción de la empresa.

Auditor Líder. Persona calificada, capacitada y con al menos 2 años siendo auditor de calidad, para coordinar y dirigir las auditorías internas del Sistema de Gestión de Calidad.

No conformidad mayor. Es un incumplimiento a la Norma ISO 9008 que puede dar como resultado una falla en el Sistema de Gestión de la Calidad.

No conformidad menor. Es un incumplimiento a la Norma ISO 9008 que indica que reducirá la habilidad para asegurar el control de los productos o procesos del Sistema de Gestión de la Calidad

Observación. Es una recomendación de mejoramiento al Sistema de Gestión de la Calidad

Evidencia objetiva. Se refiere a los documentos y registros que muestran o comprueban fehacientemente el cumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.

5.- MARCO JURÍDICO.

Norma ISO 9001:2008

6.- LINEAMIENTOS.

1. - Las Auditorías se realizarán de acuerdo al programa anual de auditorías internas, considerando lo siguiente:

La primera Auditoría al Sistema de Gestión de la Calidad comprenderá todos los puntos de la norma ISO 9001.2008.

Las Auditorías subsecuentes al Sistema de Gestión de la Calidad se desarrollarán con base en:

- Los resultados de auditorías previas,
- El estado e importancia vigente que presenten los procesos.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 4 DE 18

c) Los cambios que puedan surgir a través de la mejora continua del SGC.

2. - Las Auditorías deberán estar programadas y se harán del conocimiento por cualquier medio físico o electrónico, de las áreas a auditar cuando menos con una semana de anticipación.

3. - La Dirección General deberá proveer de los recursos necesarios para llevar a cabo las Auditorías correspondientes.

4. - Las Auditorías se llevarán a cabo por personal independiente al área a auditar para garantizar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría.

5. - Los resultados de la auditoría serán documentados por escrito y serán dados a conocer a los gerentes de área.

6. - Las actividades de seguimiento incluyen la verificación de las acciones tomadas y el reporte de los resultados obtenidos en estas verificaciones.

7.- La selección de auditor líder y auditores internos se hará con base en la experiencia comprobable de auditorías de calidad, escolaridad y la calificación del examen de auditores aplicado. La escolaridad mínima será de nivel preparatoria, bachillerato o equivalente y la calificación mínima de la evaluación será del 80% de aciertos, con independencia de que pertenezcan a personal operativo, administrativo o de confianza.

8.- Se realizarán revisiones cuatrimestrales las cuales estarán incluidas en el formato (F-SC-03-05) Plan de Verificación, que en conjunto con la revisión se realizarán las siguientes acciones:

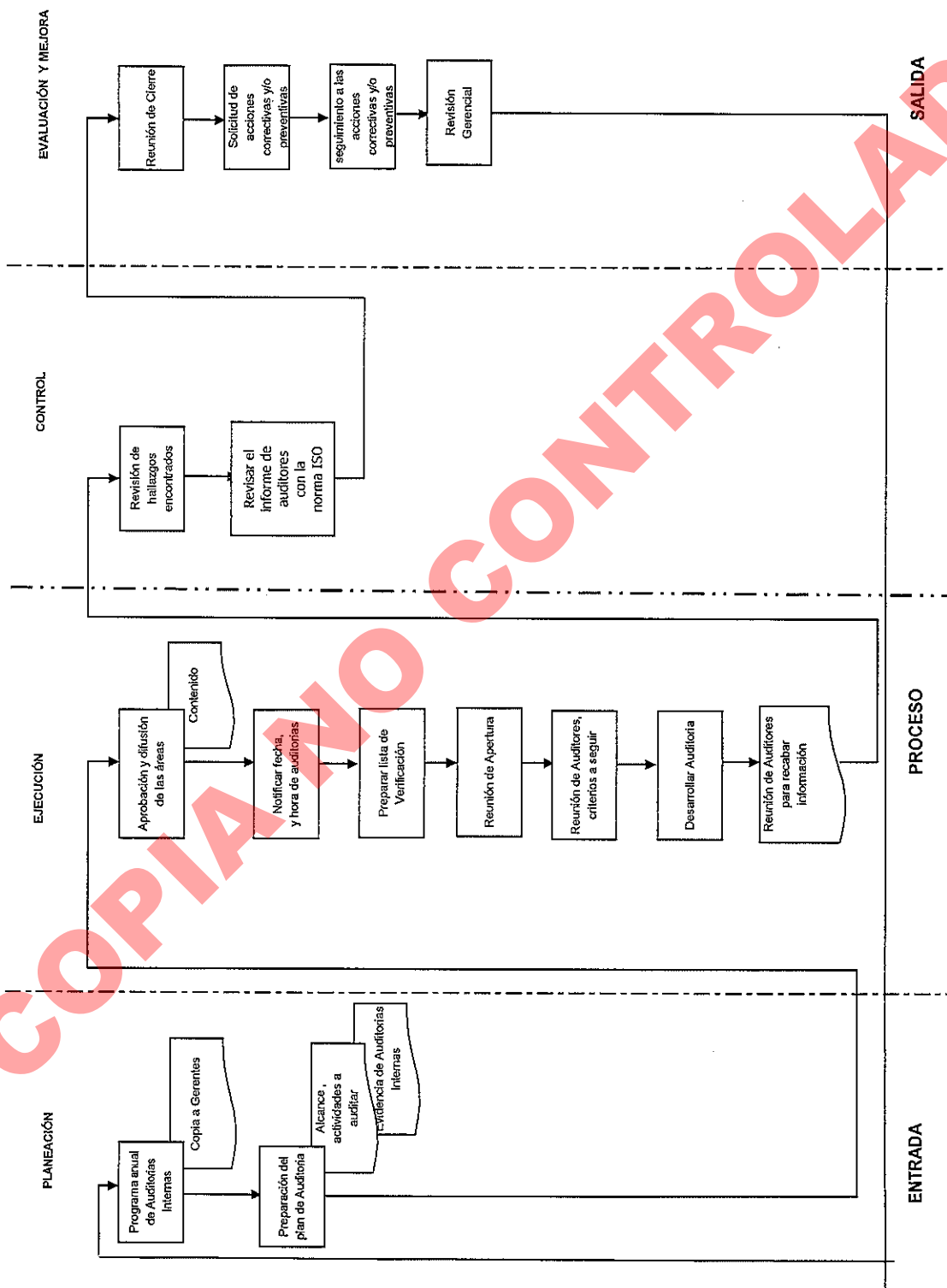
1. Oficio informativo o correo electrónico de las revisiones a las áreas involucradas en el SGC.
2. Se creará un acceso directo en equipo con los formatos vigentes para cada área involucrada en el SGC; a fin de evitar una duplicidad o utilización de formatos obsoletos.
3. Se realizará una revisión a los 25 días hábiles, a partir de la creación y/o modificación de algún formato de las áreas involucradas en el SGC

Lineamiento único para el control de los documentos.

Con la finalidad de mantener la integridad de los documentos normativos internos que pertenezcan al Sistema de Gestión Integral de la entidad, *se requiere que todos los usuarios que consulten este documento, conozcan y cumplan con lo establecido en el Anexo "Qué debemos saber en cuanto al Control de los Documentos del Sistema de Gestión Integral"*, que está situado al principio de cada carpeta de procedimientos e instructivos del SGC.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 5 DE 18

7.- Diagrama de Flujo del proceso.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 6 DE 18

8.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

Actor	No.	Descripción de Actividad
-------	-----	--------------------------

PLANEACIÓN.

Dirección General y Coordinación de Innovación y Calidad.	1	Realizar Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad.
Auditor Líder y Coordinación de Innovación y Calidad.	2	Preparar Plan de Auditoría: alcance, actividades a auditar, documentos de referencia, recursos necesarios, evidencia de auditorías anteriores, etc.

EJECUCIÓN.

Dirección General y Coordinación de Innovación y Calidad.	3	Integración del Plan de Auditoría.
Dirección General y Coordinación de Innovación y Calidad.	4	Notificar por escrito fecha y hora de auditorías a las áreas involucradas.
Auditor Líder/ Auditores internos	5	Preparar lista de verificación de los elementos a auditar, criterios a utilizar, elemento de la norma, procedimiento, departamento, responsable, fecha de la Auditoría, auditor, etc.
Auditor Líder	6	Realizar la reunión de apertura: presentación de los auditores, objetivo y alcance de la Auditoría y explicar el Plan de Auditoría.
Auditores internos	7	Reunión de auditores para la designación de áreas a auditar, criterio de evaluación, lista de verificación, etc. De esta reunión se levantará constancia por escrito de su realización, bastando en ella la firma del Auditor Líder, la relación de asistentes y los acuerdos adoptados.
Auditores internos	8	Desarrollar la Auditoría: Primera Auditoría.- comprenderá todos los puntos de la norma ISO 9001.2008 Auditorías subsecuentes.- Se evalúa la efectividad del sistema y se verifica el estado de las acciones correctivas y / o preventivas de auditorías previas, se hace la recolección de observaciones y/o evidencias, entrevistas, etc.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 7 DE 18

Auditores internos	9	Reunión de auditores para la recolección de los hallazgos, no conformidades menores y mayores y observaciones por elemento de la norma. De esta reunión se levantará constancia por escrito de su realización, bastando en ella la firma del Auditor Líder, la relación de asistentes y los acuerdos adoptados.
--------------------	---	---

CONTROL.

Auditores internos	10	Revisión de todos los hallazgos encontrados y elaboración del informe de auditoría; dicha revisión se hará respecto de las listas de verificación definitivas. En esta etapa, por consenso de los auditores podrá determinarse justificadamente la no inclusión de algún hallazgo u observación en el informe, dejando constancia de ello.
Auditor Líder	11	Revisar el informe de auditoría asegurando que los hallazgos encontrados no afecten "los debes" de la norma y que el plan de auditorías se haya cumplido

EVALUACIÓN / MEJORA.

Auditor Líder	12	Realizar la reunión de cierre con la Dirección General, Gerentes, Subgerentes, Jefes y Supervisores
Auditores internos	13	Solicitar las Acciones Correctivas y / o Preventivas a los responsables con base en el informe de auditoría.
Auditores internos	14	Realizar el seguimiento correspondiente al cumplimiento de las acciones correctivas y / o preventivas, de acuerdo al tiempo y a los responsables.
Coordinación de Innovación y Calidad / Gerencia del área auditada	15	Vigilar el cumplimiento sin demora de las acciones.
Auditor líder	16	Con base en el resultado de la Auditoría, el estado e importancia de las áreas auditadas, puede hacer una recomendación para la integración del programa de Auditoría.
Auditor líder	17	Generar archivo de registros de calidad.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 8 DE 18

F-SC-03-01

PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS INTERNAS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.



**PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS
AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD CONFORME A LA NORMA ISO 9001: 2008
AÑO 2012**

ELEMENTO	PROCESO A AUDITAR	PROCEDIMIENTO	FECHA DE AUDITORIA												FIRMA RESPONSABLE	OBSERVACIONES
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		
	2	3														6
4	Sistema de Gestión de la Calidad															
5	Responsabilidad de la Dirección															
6	Gestión de Recursos	P-DG-01 P-SC-01, P-SC-02, P-SC-03, P-SC-04, P-SC-05, P-SC-06 P-CO-01, P-CO-02, P-CO-04, P-CO-05, P-CO-06 P-PR-01, P-PR-02, P-PR-03 P-MA-01, P-MA-02 P-FH-01, P-FH-02 P-PL-01 P-AL-01 P-AD-01														Excepto los puntos 7.3.5, 7.3.6, 7.3.7, 7.5.2
7	Realización del producto															
8	Medición, análisis y mejora															

AUDITOR LIDER COORDINACIÓN DE INNOV. Y CALIDAD DIRECTOR GENERAL

7
8
9

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 9 DE 18

Instructivo de llenado.

Programa Anual de Auditorías Internas del Sistema de Gestión de Calidad.

Objetivo:	Contar con un documento que permita planificar las auditorías internas del Sistema de Gestión de Calidad.
Responsable de la elaboración:	Coordinación de Innovación, Calidad y Atención a Clientes.
Frecuencia:	De manera anual.
Responsable de la revisión:	Coordinación de Innovación, Calidad y Atención a Clientes.
Responsable de la autorización:	Coordinación de Innovación, Calidad y Atención a Clientes.
Forma de llenado:	De manera manual o en PC.

No.	Elemento	Descripción
1	Elemento.	Anotar el número del elemento de la norma que se va a auditar
2	Área a auditar	Anotar el área que se va a auditar.
3	Procedimiento	Registrar el nombre del procedimiento que se va a auditar
4	Fecha de Auditoría	Registrar la fecha en que se llevará a cabo la auditoría.
5	Firma del Responsable	Anotar el nombre de la persona la cual es responsable del elemento y procedimiento a auditar
6	Observaciones	En el caso de que existan comentarios necesarios y / o pertinentes deberán registrarse.
7	Auditor Líder	Escribir su nombre y firmar de conformidad el auditor líder
8	Coordinación de Innovación, Calidad y Atención a Clientes	Escribir su nombre y firmar de conformidad el Coordinación de Innovación, Calidad y Atención a Clientes
9	Director General	Escribir y firmar de conformidad el Director General



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 10 DE 18

PLAN DE AUDITORÍA DE LA NORMA ISO 9001:2008.

No de Auditoria: 1

OBJETIVO: 2

REUNION DE APERTURA: 3

REUNION DE CIERRE: 4

DIA: 5 F-SC-03-02

HORA	REQUERIMIENTO		RESPONSABLE DEL AREA AUDITADA	AUDITORES
	NOMBRE	NÚMERO		
6	7	8	9	10

DIA:

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 11 DE 18

Instructivo de llenado.
Plan de Auditorías.

Objetivo: Contar con un documento que permita planificar y controlar la ejecución de las Auditorías del Sistema de Gestión de Calidad.
Coordinación de Innovación, Calidad y Atención a Clientes.

Responsable de la elaboración: Coordinación de Innovación, Calidad y Atención a Clientes.

Frecuencia: Cada vez que se lleve a cabo una auditoría.

Responsable de la revisión: Coordinación de Innovación, Calidad y Atención a Clientes.

Responsable de la autorización: Coordinación de Innovación, Calidad y Atención a Clientes.

Forma de llenado: De manera manual o en PC.

No.	Elemento	Descripción
1	No. de Auditoría	Anotar el número de la auditoría consecutiva.
2	Objetivo.	Registrar el objetivo de la auditoría a desarrollar.
3	Reunión de Apertura	Anotar la fecha y la hora de la auditoría a realizar.
4	Reunión de Cierre	Anotar la fecha y la hora de la finalización de la auditoría.
5	Día	Registra el día que se llevará acabo la auditoría.
6	Hora	Registrar la hora en que se llevará acabo la auditoría para cada elemento de la norma.
7	Requerimiento/ nombre	Registrar el nombre del elemento de la norma a auditar.
8		Anotar el número del elemento de la norma a auditar.
9	Requerimiento/ número	Anotar el nombre de la persona a la cual se estará auditando.
10	Responsable del área auditada Auditores	Anotar el nombre del auditor.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 12 DE 18

F-SC-03-03

LISTA DE VERIFICACIÓN.
REQUERIMIENTOS DE LA NORMA ISO 9001:2008.

LISTA DE VERIFICACION

Elemento de la norm
Procedimiento
Departamento
Responsable

Fecha
Auditores
Firma

Elemen
Proced
Depart
Respon

No	REQUERIMIENTO	CALIFICACION	HALLAZGOS	No
1				1
2				2
3				3
4				4
5				5

Rev. 4

F-SC-03-03

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 13 DE 18

Instructivo de llenado.
Lista de Verificación.

Objetivo: Contar con un documento que permita orientar y dar seguimiento a los informes de auditorías del Sistema de Gestión de Calidad.
Responsable de la elaboración: Coordinación de Innovación, Calidad y Atención a Clientes.
Frecuencia: Cada que se lleve a cabo una auditoría.
Responsable de la revisión: Coordinador de Innovación y Calidad.
Responsable de la autorización: Coordinador de Innovación y Calidad.
Forma de llenado: De manera manual o en PC.

No.	Elemento	Descripción
1	Elemento de la Norma.	Registrar el elemento de la norma por auditar.
2	Procedimiento	Anotar el nombre del procedimiento por auditar
3	Departamento	Anotar el Departamento que va a ser auditado
4	Responsable	Anotar el nombre de la persona a auditar
5	Fecha	Registrar la fecha en que se va a llevar a cabo la auditoría
6	Auditor	Anotar el nombre del auditor que llevará a cabo la auditoría
7	Firma	Nombre y firma de auditor
8	Depto.	Anotar el departamento. al que pertenece el auditor
9	Número	Anotar el número consecutivo del elemento a auditar
10	Requerimiento	Punto específico de la norma y procedimiento a auditar
11	Calificación	Evaluación de las situaciones encontradas de acuerdo a criterio establecido en este instructivo*
12	Hallazgos	Registrar los hallazgos encontrados.

*Calificación	Definición
2 Puntos	Cumple satisfactoriamente con lo establecido
1 Punto	No conformidad menor que no pone en peligro el proceso ni la operación de la empresa
0 Puntos	No conformidad mayor que pone en peligro el proceso y operación de la compañía
N / A	Observaciones que no se contabilizan

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 14 DE 18

F-SC-03-04

INFORME DE RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.

FECHA: (1) _____

No	REQUERIMIENTO	NO CONFORMIDAD	HALLAZGO
(2)	(3)	(4)	(5)

F-SC-03-04 REV. 2

NOMBRE Y FIRMA
(6) _____
LIDER AUDITOR

NOMBRE Y FIRMA
(7) _____
AUDITOR

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 15 DE 18

Instructivo de llenado.

Informe de Resultados de Auditoría.

Objetivo:	Contar con un documento que permita comunicar los resultados de las auditorías de calidad.
Responsable de la elaboración:	Auditor Líder.
Frecuencia:	Cada que se lleve a cabo una auditoría interna.
Responsable de la revisión:	Auditor Líder.
Responsable de la autorización:	Auditor Líder.
Forma de llenado:	De manera manual o en PC.

No.	Elemento	Descripción
1	Fecha.	Anotar la fecha del día que se registra el informe de resultados de la auditoría.
2	No.	Anotar el número consecutivo de la no conformidad encontrada.
3	Requerimiento	Anotar el requerimiento que se está auditando
4	No conformidad	Registrar el tipo de no conformidad encontrada, como puede ser una no conformidad mayor o menor.
5	Hallazgo	Registrar los hallazgos encontrados en la Auditoría.
6	Auditor Líder	Anotar nombre y firma del auditor líder.
7	Auditor interno	Anotar nombre y firma del auditor interno

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 16 DE 18

F-SC-03-05 Rev. 2

PLAN DE VERIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

IMPRESORA Y ENCUADERNADORA PROGRESO

PLAN DE VERIFICACIÓN DEL SGC

FECHA	PROCEDIMIENTO REVISADO	ANUAL REVISADO	INSTRUCTIVO REVISADO	AREA	ACTUALIZADO SI / NO	OBSERVACIONES	NOMBRE Y FIRMA DE ENCARGADO (A) DE AREA
AGOSTO 2013	P-AL-01 Rev.12 (20.11.2012)			02	03	04	05
AGOSTO 2013	P-CC-01 Rev.03	01		DIRECCIÓN GENERAL			
06	P-20-01 (rev. marzo 2009)			ANOMÁTICA			
AGOSTO 2013	P-MA-02 Rev. 4 (27.05.2010)			MANUTENIMIENTO			
AGOSTO 2013	P-PR-01 Rev.11 (12.06.2012)			PRODUCCIÓN			
NOVIEMBRE 2013	P-AD-03 Rev. 11 (01.05.2013)			ADQUISICIONES			
NOVIEMBRE 2013	P-CC-04 Control de material suministrado cliente Rev 9			COMERCIAL			
07	P-RR-02 Capacitación Rev. 25.05.01.2012			RECURSOS HUMANOS			
NOVIEMBRE 2013	P-PL-03 Rev-9 (15.05.12)			PLANEACIÓN			
NOVIEMBRE 2013	P-CC-06 Rev.1			INNOVACIÓN Y CALIDAD			
DIRECCIÓN GENERAL	08	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN					

FSC-03-05 REV. 2

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 17 DE 18

Instructivo de llenado.
Plan de verificación.

Objetivo: Realizar inspecciones a las áreas con el fin de verificar que tengan las versiones correctas en procedimientos, manuales e instructivos y que los formatos que son utilizados estén vigentes y codificados correctamente.

Responsable de la elaboración: Coordinación de Innovación, Calidad y Atención a Clientes.

Frecuencia: Después de transcurridas las Auditorías Internas y Externas. Se aplicará en el segundo semestre del año, trimestralmente durante el año y a los 20 días hábiles de la creación y/o modificación de cualquier documento del SGC.

Responsable de la revisión: Coordinación de Innovación, Calidad y Atención a Clientes.

Responsable de la autorización: Coordinación de Innovación, Calidad y Atención a Clientes y Auditor Líder.

Forma de llenado: De manera manual o en PC.

No.	Elemento	Descripción
1	Nombre del procedimiento, manual o instructivo.	Anotar el nombre del procedimiento, manual o instructivo que será sujeto de la inspección.
2	Área.	Área auditada del procedimiento, manual o instructivo.
3	Actualizado.	Anotar SI o No se encuentra actualizado el procedimiento, manual o instructivo.
4	Observaciones.	Anotar las observaciones que se deriven de la verificación del procedimiento, manual o instructivo.
5	Nombre y Firma de Encargado de Área.	El encargado del área donde se verificó el procedimiento, manual o instructivo.
6	Meses en los que se llevará a cabo la revisión del procedimiento, manual o instructivo calendarizados.	Señalar los meses en los cuales se llevaran a cabo las inspecciones de los procedimientos, manuales e instructivos de cada una de las áreas.
7	Fecha en la que se realiza la revisión.	Indicar la fecha en la que se realizarán las revisiones a los procedimientos, manuales o instructivos de cada una de las áreas.
8	Firmas.	De la dirección general y del representante de la dirección del SGC.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	P-SC-03
Auditorías Internas	PÁGINA 18 DE 18

9.- ENFOQUE CLIENTE-PROVEEDOR.

Todos somos clientes y a la vez proveedores de otros procesos, ya que tal como necesitamos de otras áreas para llevar a cabo correctamente nuestro trabajo, el resultado de nuestra labor, a su vez, es la materia prima para otros procesos.

Por ello, el servicio que les brindamos a nuestros clientes internos es tan importante como el que les proporcionamos a nuestros clientes externos, ya que **para que el cliente externo esté satisfecho, debe estar satisfecho el cliente interno.**

De esta forma, **todas las áreas requerimos trabajar con el Enfoque Cliente-Proveedor**, es decir, con el objetivo de satisfacer a nuestro cliente, sea interno o externo, ya que nuestro trabajo *siempre* impactará en el resultado final de otras áreas.

Particularmente, cada área podrá consultar y/o actualizar quiénes son sus clientes internos y externos para cada uno de sus procesos, en el **Manual de Gestión de la Calidad de IEPSA.**

10.- CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL.

De conformidad con lo establecido en el "Acuerdo por el que se establecen las Normas Generales de Control Interno en el Ámbito de la Administración Pública Federal", publicado el 27 de Septiembre de 2006; **todos los servidores públicos tenemos la obligación de contribuir a la actualización y mejoramiento continuo del Control Interno Institucional.**

El **Control Interno Institucional** es el conjunto de medios, mecanismos o procedimientos del cual **todos somos responsables**, que tienen el propósito de:

Conducir las actividades correspondientes hacia el logro de los objetivos y metas institucionales
Obtener información confiable y oportuna,
Cumplir con el marco jurídico, y
Evitar pérdidas o daños al erario federal.

Para continuar lográndolo, es responsabilidad de todos los que laboramos en IEPSA:

Conocer el Reglamento Interior de Trabajo, el Código de Conducta de la entidad, el Manual de Bienvenida y los **manuales, procedimientos e instructivos** que rijan nuestro trabajo.

Llevar a cabo nuestras actividades tal como se describe en ellos, con el propósito de coadyuvar al cumplimiento de metas y objetivos, dentro del Marco Jurídico aplicable;

Asegurarse de que la información que generemos sea confiable y oportuna, para seguir propiciando el adecuado rendimiento de cuentas por parte de IEPSA y su ejercicio transparente como entidad paraestatal;

y **Actualizar y tomar acciones periódicamente respecto de nuestro inventario de riesgos por área**, a fin de prevenir la realización de los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos o causar daños al erario federal.

A fin de **llevar a cabo** correctamente estas actividades, puede consultar para mayor referencia el **procedimiento P-CI-01 Administración del Riesgo Institucional.**

11.- VINCULACIÓN CON OTROS SISTEMAS

Ninguna.



HOJA DE MODIFICACIONES

Fecha de Recepción: 08 de diciembre del 2015

NOMBRE DEL DOCUMENTO:	ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	MODIFICACION REALIZADA:	CÓDIGO:	P-SC-03	FECHA Y No. DE REVISIÓN ACTUAL:	INVOLOCRADOS EN EL CAMBIO:	
						09-08-2012 Rev. 08	No. REVISIÓN QUE ENTRARÁ EN VIGENCIA: 09
01	No está considerado el ámbito de Soporte Administrativo.	Se va a considerar el Soporte Administrativo, para el ámbito al que pertenece.	Debido a que está contemplado dentro de las Normas Internas Sustantivas de IEPSA.				<input checked="" type="checkbox"/> DIRECCIÓN GENERAL <input checked="" type="checkbox"/> INNOVACIÓN Y CALIDAD <input checked="" type="checkbox"/> ALMACÉN <input checked="" type="checkbox"/> ADQUISICIONES <input checked="" type="checkbox"/> COMERCIAL <input checked="" type="checkbox"/> PRODUCCIÓN <input checked="" type="checkbox"/> PLANEACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> MANTENIMIENTO <input checked="" type="checkbox"/> RECURSOS HUMANOS
02		Se incluye en el párrafo de REFERENCIAS: Portal de obligaciones y transparencia del Gobierno Federal. http://portaltransparencia-gob.mx/pot/dependencia/showDependencia.do?method=begin&_idDependencia=11190	Porque se debe de citar la referencia de la consulta de documentos de origen externo, ajenos al Sistema de Gestión de la Calidad.				
03	8.-Se realizarán revisiones trimestrales las cuales estarán incluidas en el formato (F-SC-03-05) Plan de Verificación, que en	8.-Se realizarán revisiones cuatrimestrales las cuales estarán incluidas en el formato (F-SC-03-05) Plan de Verificación, que en conjunto con la revisión se	De acuerdo a la actual operación del Sistema de Gestión de la Calidad de IEPSA.				

ELABORÓ

Ramiro López Díaz

AUTORIZÓ EMISIÓN

Ing. Gilberto Cortés Bastida

SEP

SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN PÚBLICA



CONACULTA

FONDO
DE CULTURA
ECONÓMICA



<p>Todo el documento.</p>	<p>conjunto con la revisión se realizarán las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio informativo de las revisiones a las áreas involucradas en el SGC • Se creará un acceso directo en equipo con los formatos vigentes para cada área involucrada en el SGC; • a fin de evitar una duplicidad o utilización de formatos obsoletos. • Se realizará una revisión a los 20 días hábiles. A partir de la creación y/o modificación de algún formato de las áreas involucradas en el SGC. 	<p>realizarán las siguientes acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oficio informativo o correo electrónico de las revisiones a las áreas involucradas en el SGC. 2. Se creará un acceso directo en equipo con los formatos vigentes para cada área involucrada en el SGC; a fin de evitar una duplicidad o utilización de formatos obsoletos. 3. Se realizará una revisión a los 25 días hábiles, a partir de la creación y/o modificación de algún formato de las áreas involucradas en el SGC.. 	<p>De acuerdo al Manual de Organización de IEPESA en su versión del 17-12-2014.</p>	
---------------------------	---	--	---	--

CONTROLADA

ELABORÓ

Ramiro López Díaz

AUTORIZÓ EMISIÓN

Ing. Gilberto Cortés Bastida