



Índice

1. Objeto
2. Ámbito de aplicación
3. Documentación de referencia/Normativa
4. Definiciones
5. Responsabilidades
6. Desarrollo
7. Medidas, análisis y mejora continua
8. Evidencias
9. Rendición de cuentas
10. Diagrama de Flujo

Elaborado por:	Revisado por:
D ^a . Araceli Romero Mendivil (Directora del Área de Planificación Académica, Titulaciones Oficiales y Calidad)	D. Jorge Augusto Luengo López (Delegación del Rector para la Calidad)
Aprobado por:	
D. Francisco Oliva Vázquez (Rector de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla)	

Resumen de ediciones:

Número	Fecha	Motivo de la modificación
1.00	30/04/2015	Edición inicial
2.00	Curso 2017/2018	• Adaptación del anterior PE05 de Centros a proceso institucional • Revisión de la normativa (inclusión del programa IMPLANTA DEVA) y desarrollo • Eliminación de los formatos asociados
2.01	Curso 2019/2020	• Modificación Sistema de Garantía Interna de Calidad (SGIC) por Sistema de Aseguramiento Interno de Calidad (SAIC) • Cambio del sistema de codificación de evidencias e indicadores para su adaptación a la nueva aplicación informática de gestión del SAIC
3.00	Curso 2022/2023	Revisión completa del proceso para su adaptación al Programa IMPLANTA Inclusión de las Auditorías Externas (afecta al nombre del proceso)

Código Seguro De Verificación	2HdlisN+uMo6/MVGidro8g==	Fecha	04/12/2024
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	Francisco Oliva Blazquez		
	Jorge Augusto Luengo Lopez		
	Araceli Romero Mendivil		
Url De Verificación	https://portafirmas.upo.es/verifirma/code/2HdlisN%2BuMo6%2FMVGidro8g%3D%3D	Página	1/12



	AUDITORÍAS	Código: PE05 - UPO
--	-------------------	-------------------------------------

3.01	Curso 2024/2025	Inclusión de las alegaciones en las Auditorías Internas Detalle sobre el medio de difusión de las Auditorías externas.
------	-----------------	---

1. Objetivo

Este procedimiento tiene por objeto establecer el método y los/as responsables de la planificación, desarrollo y seguimiento de las auditorías internas y las actuaciones derivadas de las auditorías externas realizadas en la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla, que permitan determinar si los Sistemas de Aseguramiento Interno de Calidad implantados son conformes con los criterios establecidos para el aseguramiento de la calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior y los protocolos y guías orientativas desarrolladas por las Agencias de Evaluación (ACCUA y ANECA) y con los establecidos en los propios Sistemas de Aseguramiento Interno de Calidad de los Centros y sus Títulos, así como si dichos Sistemas se mantienen de manera eficaz.

2. Ámbito de alcance

Este procedimiento es de aplicación a todas las auditorías internas y externas realizadas a los Sistemas de Aseguramiento Interno de Calidad de los Centros de Grado, del CEDEP y sus Títulos y de la Escuela de Doctorado y sus Programas de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla. También se incluyen los Centros Adscritos de la UPO.

3. Documentación de referencia normativa

- ¿ Criterios y directrices para el aseguramiento de la Calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior (ESG).
- ¿ Guía del Modelo AUDIT. Sistemas de Aseguramiento Interno de Calidad, de ANECA.
- ¿ Guía para la Certificación de Sistemas de Garantía de la Calidad implantados en los Centros de las Universidades Andaluzas (Programa IMPLANTA - SGCC), de la Agencia para la Calidad Científica y Universitaria de Andalucía (ACCUA).
- ¿ ISO 19011:2018(es): Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión.
- ¿ Instrucción del Delegado del Rector para la Calidad de 23 de julio de 2018 para la selección de auditores/as para los procesos de auditorías internas de la Universidad Pablo de Olavide y su reconocimiento.

Código Seguro De Verificación	2HdliN+uMo6/MVGidro8g==	Fecha	04/12/2024
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	Francisco Oliva Blazquez		
	Jorge Augusto Luengo Lopez		
	Araceli Romero Mendivil		
Url De Verificación	https://portafirmas.upo.es/verifirma/code/2HdliN%2BuMo6%2FMVGidro8g%3D%3D	Página	2/12



4. Definiciones

Acción Correctiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseada. Actividades realizadas oportunamente por la persona responsable de una actividad, con el objeto de eliminar la causa de las no conformidades.

Acción de Mejora: actividad que persigue aumentar la eficacia y eficiencia en el cumplimiento de los requisitos del Sistema de Aseguramiento Interno de Calidad.

Objeto de la auditoría: fin que se persigue con la misma.

Alcance de la auditoría: extensión y límites de una auditoría, incluyendo, generalmente, la descripción de las ubicaciones físicas de la universidad, las unidades organizacionales, las actividades y los procesos a auditar y, cuando sea relevante, la duración de la auditoría.

Auditoría interna del Sistema de Aseguramiento: proceso sistemático, independiente y documentado que se realiza internamente por la universidad para obtener evidencias del Sistema de Aseguramiento de Calidad implantado, las cuales son evaluadas de manera objetiva con el fin de determinar que los procesos definidos resultan adecuados y han sido desarrollados, documentados e implantados conforme a los requisitos especificados en la norma de referencia.

Auditoría externa del Sistema de Aseguramiento: proceso sistemático, independiente y documentado que se realiza por una organización externa a fin de evaluar y, en su caso certificar la conformidad del SAIC con los criterios establecidos para el aseguramiento de la calidad en el Espacio Europeo de Educación Superior y los protocolos y guías orientativas desarrolladas por las agencias de evaluación correspondientes

Conformidad: el estado de cumplimiento de los requisitos.

Criterios de auditoría: políticas, prácticas, procesos o requisitos frente a los cuales el auditor/a compara las evidencias recogidas.

Evidencia de la auditoría: registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información verificable (cualitativa o cuantitativa) que sea pertinente para la auditoría.

No Conformidad: incumplimiento de requisitos especificados en la Norma de referencia o en el Sistema de Aseguramiento de Calidad auditado. Una No Conformidad Mayor implica el incumplimiento total de un requisito o la ausencia de los documentos o evidencias exigidos expresamente en la norma de referencia o en el SAIC. Una No Conformidad Menor implica la identificación de deficiencias en un proceso o en el funcionamiento del Sistema de Aseguramiento de Calidad.

Programa de auditoría: planificación de un conjunto de auditorías para un periodo de tiempo determinado y con un propósito definido.

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

Código Seguro De Verificación	2HdIisN+uMo6/MVGidro8g==	Fecha	04/12/2024
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	Francisco Oliva Blazquez		
	Jorge Augusto Luengo Lopez		
	Araceli Romero Mendivil		
Url De Verificación	https://portafirmas.upo.es/verifirma/code/2HdIisN%2BuMo6%2FMVGidro8g%3D%3D	Página	3/12



5. Responsabilidades

Órgano de Dirección de la UPO con competencias en Calidad: Establecer las directrices generales para la elaboración por el Área con competencias en Calidad de la propuesta del Programa Anual de Auditorías Internas y remitirlo al Comité de Calidad junto a la propuesta del equipo auditor para su aprobación. Una vez aprobado, firmar y difundir el Programa y hacerlo llegar a la CGIC de los centros a auditar. Informar al Comité de Calidad de los resultados globales del procedimiento de Auditoría Interna y/o Externa. Establecer las pautas establecidas en función de los parámetros fijados por las Agencias Externas de Evaluación, para la realización de auditorías externas a los SAIC de los Centros cuando proceda.

Dirección del Área con competencias en Calidad: Firmar el Programa Anual de Auditorías Internas tras ser aprobado por el Comité de Calidad y difundirlo a través de la web del Área. Firmar los planes anuales de Auditorías internas.

Área con competencias en Calidad: Elaborar la propuesta del Programa Anual de Auditorías Internas. Desplegar el Programa Anual de Auditoría Interna y elaborar el Plan de Auditoría Interna para su envío al Auditor/a Jefe junto con los procedimientos y la documentación actualizada del Sistema objeto de auditoría interna. Mantener los registros derivados de la realización de las auditorías internas. Mantener actualizada una base de datos de personas auditoras para la correcta selección de los Equipos Auditores (auditorías internas). Apoyo técnico y logístico en el desarrollo de las Auditorías Externas, difusión. Mantener la documentación externa generada por las auditorías externas accesible. Apoyo técnico en el seguimiento de las Auditorías Internas y Externas.

Comité de Calidad: Aprobar el Programa de Auditoría Interna. Nombrar al Equipo Auditor (Auditorías Internas). Analizar este procedimiento en el marco del seguimiento global del SAIC. Velar por el cumplimiento de este procedimiento.

Responsable del Centro auditado: Aceptar el Plan de Auditoría Interna y aprobar el Informe de Auditoría Interna con su firma.

Auditor/a Jefe: Concretar los datos de desarrollo de la Auditoría Interna. Presentar el Plan de Auditoría Interna al/a la Responsable máximo del Centro a auditar para su aceptación y firma. Elaborar el Informe de Auditoría Interna y enviarlo al/a la Responsable de Calidad del Centro auditado. Responder las alegaciones que se hayan presentado. Firmar el Informe de Auditoría Interna.

Responsable de Calidad del Centro auditado: Presentar alegaciones al Informe de Auditoría Interna (en caso de que se desee). Planificar y coordinar las actuaciones necesarias para el desarrollo de las Auditorías Externas. Participar en el desarrollo del presente procedimiento, colaborando en todo momento con el Equipo Auditor

Comisión de Garantía Interna de Calidad del Centro: Analizar los resultados de la auditoría (interna y/o externa) y elaborar un Informe de Acciones de Mejora. Activar las Acciones de Mejora derivadas de las No Conformidades detectadas en las Auditorías Internas y/o Externas. Seguimiento y valoración anual del grado de desarrollo del Informe de Acciones de Mejora.

Código Seguro De Verificación	2HdlisN+uMo6/MVGidro8g==	Fecha	04/12/2024
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	Francisco Oliva Blazquez		
	Jorge Augusto Luengo Lopez		
	Araceli Romero Mendivil		
Url De Verificación	https://portafirmas.upo.es/verifirma/code/2HdlisN%2BuMo6%2FMVGidro8g%3D%3D	Página	4/12



Junta de Centro: Aprobar el Informe de Acciones de Mejora y el seguimiento del Informe de Acciones de Mejora derivados de las auditorías internas y/o externas, propuesto por la Comisión de Garantía Interna de Calidad del Centro.

6. Desarrollo

6.1. Planificación de Auditorías Internas

El Área con competencias en Calidad elabora cada año un Programa Anual de Auditorías Internas siguiendo las directrices marcadas por el Órgano de Dirección de la UPO con competencias en Calidad, para lo que tendrá en cuenta un enfoque basado en riesgos, el estado y la importancia de los procedimientos a auditar, la incorporación de nuevos procedimientos al SAIC, los Centros susceptibles de ser auditados, así como los resultados de las auditorías previas, en su caso.

El equipo auditor estará formado preferentemente por un/a auditor/a jefe, con formación suficiente en materia de Calidad y en auditorías, una persona del Área con competencias en Calidad con perfil técnico y un miembro de perfil académico o técnico seleccionado de la base de datos de auditores/as internos/as de la UPO.

Los miembros del equipo auditor deben cumplir al menos con alguna/s de las siguientes condiciones:

Conocimientos específicos: Formación en Sistemas de Gestión de Calidad. Conocimiento de las principales normas de referencia en Sistemas de Gestión de Calidad y específicamente en programas diseñados para la certificación de sistemas de aseguramiento de la calidad de las Universidades. Formación en auditorías de gestión.

Experiencia profesional: Poseer suficiente experiencia en temas relacionados con la gestión de la calidad de los Centros de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla.

Entrenamiento práctico en auditorías

A este fin, el Área con competencias en Calidad mantiene un registro actualizado del personal cualificado como auditor/a que incluye una breve reseña curricular en materia de calidad y de auditorías, debidamente actualizado. La selección de auditores/as debe asegurar la objetividad e imparcialidad de los mismos. Los/as auditores/as no deben auditar su propio trabajo. En caso necesario, se contempla la colaboración de auditores/as externos/as.

El Órgano de Dirección de la UPO con competencias en Calidad eleva al Comité de Calidad de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla, el Programa Anual de Auditorías Internas y la propuesta de equipo/s auditor/es para su aprobación y designación respectivamente.

Este Programa Anual de Auditorías se firma por la Dirección del Área con competencias en Calidad y el Órgano de Dirección de la UPO con competencias en Calidad, tras su aprobación por el Comité de Calidad, y se publica seguidamente en la web del Área. Este Programa detalla el alcance de la auditoría (procedimiento, criterio, etc.) para cada Centro auditado.

El Equipo Auditor finalmente designado firma un documento de **Acuerdo de Confidencialidad y no Divulgación**

Código Seguro De Verificación	2HdlisN+uMo6/MVGidro8g==	Fecha	04/12/2024
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	Francisco Oliva Blazquez		
	Jorge Augusto Luengo Lopez		
	Araceli Romero Mendivil		
Url De Verificación	https://portafirmas.upo.es/verifirma/code/2HdlisN%2BuMo6%2FMVGidro8g%3D%3D	Página	5/12



, con objeto de proteger la información a la que se le da acceso por parte de la Universidad y Centro auditado.

6.2. Distribución del Programa Anual de Auditoría Interna.

Tras su aprobación, el Área con competencias en Calidad despliega el Programa Anual de Auditoría mediante la ejecución de aquellas actividades necesarias para el adecuado desarrollo del procedimiento de auditoría interna, tales como:

1. Proporcionar información a los Centros implicados en la auditoría sobre las fechas, el lugar de realización y la duración propuesta, el alcance y la tipología.
2. Solicitar el acceso del equipo auditor a los documentos pertinentes, incluyendo los registros, documentos, las conclusiones de auditorías realizadas con anterioridad, no conformidades y acciones mejora.
3. Facilitar los canales de comunicación que se estimen necesarios entre auditores/as y auditados/as.
4. Coordinar el calendario de las auditorías y la formación, en su caso, de los equipos de auditores/as internos.

6.3. Elaboración del Plan de Auditoría Interna

Una vez aprobada la propuesta de Equipo Auditor por el Comité de Calidad, el Área con competencias en Calidad diseña, elabora y registra un Plan por cada auditoría interna programada, mediante la definición e identificación de:

- El Código del Programa Anual de Auditoría al que pertenece el Plan de Auditoría
- El Código de Auditoría Interna, que se encuentra reseñado en el Programa Anual de Auditoría.
- El objeto y el alcance de la auditoría en cuestión. La composición del Equipo Auditor.
- Los recursos materiales necesarios para el adecuado desarrollo de cada auditoría (sala de reuniones, equipos informáticos, acceso al gestor documental, etc.).
- La fecha y horas en la que se realizará la auditoría, así como una previsión del número total de horas de auditoría que tendrá que realizar cada miembro del equipo auditor.

6.4. Desarrollo de la Auditoría Interna.

El Área con competencias en Calidad debe poner a disposición del/de la Auditor/a Jefe, con una antelación mínima de 15 días a la fecha fijada para la celebración de la Auditoría, los procedimientos y la documentación actualizada del Sistema objeto de auditoría, de modo que pueda ser analizada con tiempo suficiente antes del inicio de la misma. Le remite igualmente el **Plan de Auditoría Interna** definido.

El/la Auditor/a Jefe, por su parte, concreta los datos de desarrollo de la auditoría con base en la documentación recibida, define las actividades a seguir y asigna las tareas al resto de miembros del Equipo, incluidas las reuniones con el Equipo Directivo del Centro auditado, en su caso, y las

Código Seguro De Verificación	2HdlisN+uMo6/MVGidro8g==	Fecha	04/12/2024
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	Francisco Oliva Blazquez		
	Jorge Augusto Luengo Lopez		
	Araceli Romero Mendivil		
Url De Verificación	https://portafirmas.upo.es/verifirma/code/2HdlisN%2BuMo6%2FMVGidro8g%3D%3D	Página	6/12



propias reuniones internas del Equipo Auditor.

Con una antelación mínima de 7 días antes de la celebración de la auditoría, el/la Auditor Jefe

presenta el Plan de Auditoría firmado por la Dirección del Área con competencias en Calidad al/a la Responsable máximo del Centro a auditar para su aceptación y firma previa al inicio de las actividades auditoras.

La realización de la auditoría se lleva a cabo en función de la documentación actualizada del sistema de aseguramiento interno de calidad (manual de calidad y de los procedimientos y evidencias que se deriven de la implantación) comprobando que se cumple lo que hay reflejado en el mismo. Para ello, el Equipo de Auditores utiliza las técnicas de auditoría habituales que estime oportunas (check list, entrevistas y coloquios, muestreo, seguimiento de registros, etc.). Procede, además, a la revisión de las auditorías anteriores, tanto las realizadas internamente como las externas para ver el estado de las no conformidades (su corrección o el estado del proceso de corrección). La auditoría puede incluir una reunión de apertura con los/las responsables del Centro auditado, que debe quedar registrada.

El personal sujeto a la auditoría está obligado a facilitar toda la información y ayuda requerida por el Equipo de Auditores, pero en ningún caso puede interferir en su trabajo.

Durante la Auditoría, el Equipo revisa, recopila y verifica la información, a través de un enfoque basado en evidencias, generando los hallazgos de la auditoría que le sirvan de base para la preparación de las conclusiones de la misma. En la reunión de cierre, se deben presentar las conclusiones y los hallazgos a los/las responsables del Centro auditado dando oportunidad a la subsanación de errores de interpretación por parte del Equipo Auditor.

6.5. Informe y validación de la Auditoría Interna

El equipo auditor interno goza de autonomía funcional y de independencia respecto de los órganos y personas titulares de los Centros cuya gestión se audite, estando facultado para opinar y obtener las conclusiones que considere relevantes y oportunas. Estas opiniones y conclusiones no pueden resultar viciadas o influidas en modo alguno por elementos externos. Bajo estas premisas, tras la recopilación de toda la información necesaria, el/la Auditor/a Jefe procede a la elaboración del informe de auditoría.

Si durante la revisión de auditorías anteriores observa que persiste alguna de las no conformidades

halladas en la auditoría anterior se incluye en el informe actual. Si la no conformidad ha sido corregida, el/la auditor/a procede al cierre de la misma, quedando también registrada en el mismo informe de auditoría.

El/la Auditor/a Jefe remite el informe de auditoría al/a la Responsable de Calidad del Centro auditado en el plazo de 1 semana. En el mismo, hace constar la descripción de los hallazgos encontrados, calificando cada uno de ellos, si procede, como no conformidades "mayores" o "menores", según corresponda. Estas No Conformidades tendrán un carácter vinculante para el Centro en relación con el Seguimiento posterior de la auditoría (recogido en el PE04 Medición, Análisis y Mejora). Junto a ellas, el informe podrá incluir fortalezas y debilidades detectadas en el

Código Seguro De Verificación	2HdliN+uMo6/MVGidro8g==	Fecha	04/12/2024
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	Francisco Oliva Blazquez		
	Jorge Augusto Luengo Lopez		
	Araceli Romero Mendivil		
Url De Verificación	https://portafirmas.upo.es/verifirma/code/2HdliN%2BuMo6%2FMVGidro8g%3D%3D	Página	7/12



Sistema, a modo de análisis global, así como recomendaciones que el propio equipo auditor haga al Centro para obtener una implantación del Sistema más sólida y eficaz. Estas recomendaciones, no obstante, no serán vinculantes a nivel de seguimiento de auditoría.

En caso de que se desee presentar alegaciones, éstas deberán remitirse al/ a la Auditor/a Jefe por el/la responsable del Centro en un plazo de 10 días hábiles, contados desde la recepción del informe de auditoría, a través de comunicación oficial (correo electrónico institucional). Las alegaciones presentadas deberán ser respondidas por el equipo auditor en un plazo máximo de 5 días hábiles desde su recepción.

Tras ello se aprueba el Informe de Resultados mediante la firma del/de la Auditor/a Jefe y el/la Responsable del Centro auditado. Se debe garantizar la independencia e integridad de este informe una vez firmado. Los resultados del Informe (con el nivel de vinculación ya mencionado) constituyen una de las entradas necesarias para la realización de la revisión anual del SAIC por parte de la Comisión de Garantía Interna de Calidad del Centro, prevista en el procedimiento **"PE04-CC: Medición, Análisis y Mejora continua"**.

La CGIC del Centro auditado analiza el Informe de Auditoría Interna, elaborando a partir de dicho análisis un Informe de Acciones de Mejora que subsane las no conformidades halladas, el cual debe ser aprobado por la Junta de Centro.

6.6. Desarrollo de la Auditoría Interna

El órgano de Dirección de la UPO con competencias en Calidad, junto con el/la Responsable de Calidad del Centro o Centros afectados, planificará y coordinará las actuaciones necesarias para desarrollo de las Auditorías de certificación externas, así como de aquellas otras auditorías externas que pudiesen celebrarse a fin de verificar el estado de los SAIC. El Área con competencias en Calidad es la encargada del apoyo técnico y logístico de estas auditorías externas llevando a cabo la difusión de las mismas, al menos, a través de las pantallas informativas de la Universidad.

La documentación externa generada por estas auditorías (por ejemplo: Informes de Auditorías Externas, Informes de Evaluación de las agencias u otros documentos de análoga función), debe ser colocada en la aplicación SAIC para su control y uso. A partir de estos informes se elaborará un Informe de Acciones de Mejora que deberá ser aprobado por la Junta de Centro.

Es responsabilidad del Área con competencias en Calidad mantener la documentación externa generada por estas auditorías accesible.

6.7. Seguimiento de la auditoría

La CGIC del Centro auditado, anualmente, realiza el seguimiento del Informe de Acciones de Mejora derivados de las auditorías internas y/o externas con el objeto de analizar y evaluar el grado de cumplimiento de las acciones propuestas en los mismos. Esta acción se presenta como un mecanismo de verificación de las acciones desarrolladas durante el proceso de seguimiento del SAIC de los Centros, el cual será validado en las auditorías que se realicen a posteriori. Estos informes deberán ser aprobados por la Junta de Centro.

7. Medidas, análisis y mejora continua

La Comisión de Garantía Interna de Calidad del Centro, de forma anual, analizará los resultados de

Código Seguro De Verificación	2HdliN+uMo6/MVGidro8g==	Fecha	04/12/2024
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	Francisco Oliva Blazquez		
	Jorge Augusto Luengo Lopez		
	Araceli Romero Mendivil		
Url De Verificación	https://portafirmas.upo.es/verifirma/code/2HdliN%2BuMo6%2FMVGidro8g%3D%3D	Página	8/12



la auditoría o auditorías internas y/o externas realizadas en su Centro y las acciones de mejora implantadas, en su caso, determinando si las no conformidades detectadas han sido resueltas de modo efectivo. Los resultados del seguimiento realizado por parte de la CGIC del Centro, serán tenidos en cuenta según lo establecido en el procedimiento **"PE04-CC: Medición, Análisis y Mejora continua"**.

Indicadores que evalúan el desempeño de este procedimiento:

- **PE05-IN01-(G/M/D)-UPO-(CC):** Nº de No conformidades menores detectadas en las auditorías internas realizadas en el Centro.
- **PE05-IN02-(G/M/D)-UPO-(CC):** Nº de No conformidades mayores detectadas en las auditorías internas realizadas en el Centro.
- **PE05-IN03-(G/M/D)-UPO-(CC):** Nº de No conformidades subsanadas con respecto a la auditoría interna anterior.
- **PE05-IN04-(G/M/D)-UPO-(CC):** Nº de No conformidades menores detectadas en las auditorías externas realizadas en el Centro.
- **PE05-IN05-(G/M/D)-UPO-(CC):** Nº de No conformidades mayores detectadas en las auditorías externas realizadas en el Centro.
- **PE05-IN06-(G/M/D)-UPO-(CC):** Nº de No conformidades subsanadas con respecto a la auditoría externas anterior.

8. Evidencias

Identificación de la evidencia	Código	Responsable custodia	Responsable de generación	Tiempo de conservación
Registro de personal auditor	PE05-E01	Área con competencias en Calidad	Área con competencias en Calidad	6 años
Programa Anual de Auditorías Internas	PE05-E02	Área con competencias en Calidad	Área con competencias en Calidad	6 años
Plan de Auditoría Interna	PE05-E03	Área con competencias en Calidad	Área con competencias en Calidad	6 años
Informe de Resultados de Auditoría Interna	PE05-E04-D	Responsable de Calidad del Centro auditado	Auditor /a Jefe	6 años
Informe de Resultados de Auditoría Interna	PE05-E04-M	Responsable de Calidad del Centro auditado	Auditor /a Jefe	6 años
Informe de Resultados de Auditoría Interna	PE05-E04-G	Responsable de Calidad del Centro auditado	Auditor /a Jefe	6 años

Código Seguro De Verificación	2HdIisN+uMo6/MVGidro8g==	Fecha	04/12/2024
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	Francisco Oliva Blazquez Jorge Augusto Luengo Lopez Araceli Romero Mendivil		
Url De Verificación	https://portafirmas.upo.es/verifirma/code/2HdIisN%2BuMo6%2FMVGidro8g%3D%3D	Página	9/12



	AUDITORÍAS	Código: PE05 - UPO
--	-------------------	-------------------------------------

Identificación de la evidencia	Código	Responsable custodia	Responsable de generación	Tiempo de conservación
Informe de Acciones de Mejora de las Auditorías Internas (incluyendo su seguimiento)	PE05-E05-D	Responsable de Calidad del Centro Auditado	CGIC del Centro Auditado	6 años
Informe de Acciones de Mejora de las Auditorías Internas (incluyendo su seguimiento)	PE05-E05-M	Responsable de Calidad del Centro Auditado	CGIC del Centro Auditado	6 años
Informe de Acciones de Mejora de las Auditorías Internas (incluyendo su seguimiento)	PE05-E05-G	Responsable de Calidad del Centro Auditado	CGIC del Centro Auditado	6 años
Informe de Resultados de Auditoría Externa	PE05-E06-D	Área con competencias en Calidad	Agencia Externa de Evaluación	6 años
Informe de Resultados de Auditoría Externa	PE05-E06-M	Área con competencias en Calidad	Agencia Externa de Evaluación	6 años
Informe de Resultados de Auditoría Externa	PE05-E06-G	Área con competencias en Calidad	Agencia Externa de Evaluación	6 años
Informe de Acciones de Mejora de las Auditorías Externas (incluyendo su seguimiento)	PE05-E07-D	Responsable de Calidad del Centro Auditado	CGIC del Centro Auditado	6 años
Informe de Acciones de Mejora de las Auditorías Externas (incluyendo su seguimiento)	PE05-E07-M	Responsable de Calidad del Centro Auditado	CGIC del Centro Auditado	6 años
Informe de Acciones de Mejora de las Auditorías Externas (incluyendo su seguimiento)	PE05-E07-G	Responsable de Calidad del Centro Auditado	CGIC del centro Auditado	6 años

Código Seguro De Verificación	2HdlisN+uMo6/MVGidro8g==	Fecha	04/12/2024
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	Francisco Oliva Blazquez		
	Jorge Augusto Luengo Lopez		
	Araceli Romero Mendivil		
Url De Verificación	https://portafirmas.upo.es/verifirma/code/2HdlisN%2BuMo6%2FMVGidro8g%3D%3D	Página	10/12



9. Rendición de cuentas

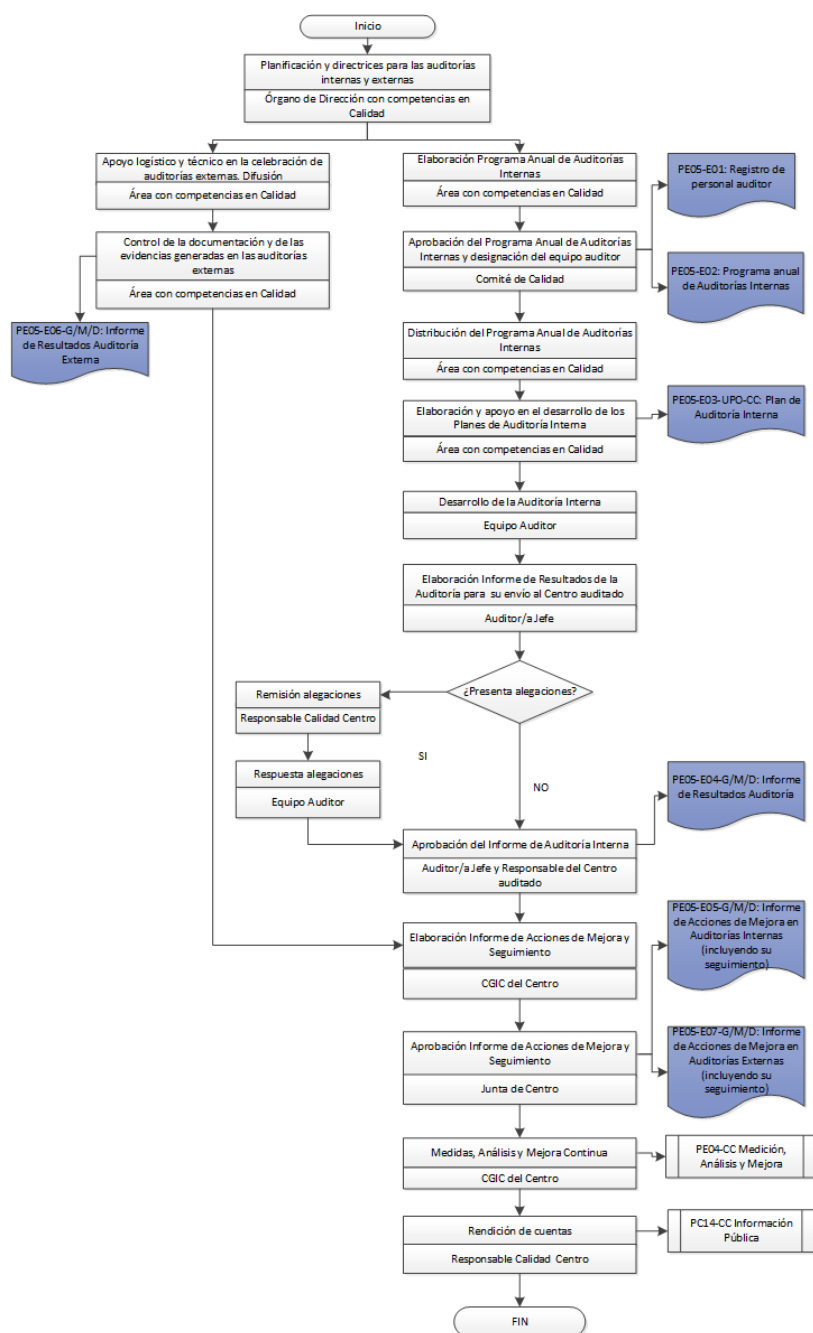
El/la Responsable de Calidad del Centro difunde los resultados obtenidos en el procedimiento de auditoría de su Centro así como el de seguimiento de los informes de Acciones de Mejora (derivados de las auditorías internas y/o externas), a toda la sociedad en general, siguiendo para ello el procedimiento "**PC14-CC Información Pública**".

Periódicamente, el Órgano de Dirección de la UPO con competencias en Calidad informa al Comité de Calidad de los resultados globales del procedimiento.

10. Diagrama de flujo

Código Seguro De Verificación	2HdlisN+uMo6/MVGidro8g==	Fecha	04/12/2024
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	Francisco Oliva Blazquez		
	Jorge Augusto Luengo Lopez		
	Araceli Romero Mendivil		
Url De Verificación	https://portafirmas.upo.es/verifirma/code/2HdlisN%2BuMo6%2FMVGidro8g%3D%3D	Página	11/12





Código Seguro De Verificación	2HdlisN+uMo6/MVGidro8g==	Fecha	04/12/2024
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		
Firmado Por	Francisco Oliva Blazquez Jorge Augusto Luengo Lopez Araceli Romero Mendivil		
Url De Verificación	https://portafirmas.upo.es/verifirma/code/2HdlisN%2BuMo6%2FMVGidro8g%3D%3D	Página	12/12

