

	 AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: SPE04 V02
---	--	------------------------------------

ÍNDICE

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

Resumen de versiones de los Manuales de SGIC	
V01	07/07/2022
Elaboración inicial del subproceso	
V02	11/12/2025
Revisión completa de la redacción y contenido de cada uno de los apartados de la ficha para facilitar su comprensión e implementación (recomendación auditoría SISCAL 20/05/2025). Cambio de denominación y siglas a SIGC. Se modifican las responsabilidades del Equipo auditor y se añade a los Participantes en la auditoría. Se especifica que el equipo auditor al elaborar la agenda de la auditoría debe tener en cuenta a todos los grupos de interés sin olvidar a los egresados y a los empleadores.	

	 AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: SPE04 V02
---	--	------------------------------------

1. Objeto

El presente subproceso tiene como finalidad establecer el procedimiento mediante el cual el Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle (CSEU La Salle) lleva a cabo auditorías internas del Sistema Interno de Garantía de Calidad (SIGC). Estas auditorías permiten verificar que el sistema se mantiene eficaz, cumple con los requisitos del modelo acreditado y promueve la mejora continua de los procesos académicos y de gestión.

2. Ámbito de aplicación

Este subproceso se aplica a todos los procesos incluidos en el SIGC del CSEU La Salle, así como a todos los programas formativos impartidos por el centro. Abarca tanto las áreas académicas como administrativas, garantizando una revisión integral del funcionamiento institucional.

3. Documentación de referencia

- Documentación de referencia de la Fundación para el conocimiento madri+d.
- Legislación Académica aplicable a Centros de Educación Superior.
- Plan Estratégico del CSEU La Salle.
- Política y Objetivos de la Calidad del CSEU La Salle.
- Catálogo de Indicadores del SIGC.
- Manual de Calidad del CSEU La Salle.
- Manual de Procesos del CSEU La Salle.
- Informes de auditorías internas y externas.
- Memoria CSEU La Salle.
- Planes de Mejora.

4. Definiciones:

- **Auditoría interna:** Proceso sistemático, independiente y documentado realizado en el CSEU La Salle para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva, en función de los criterios establecidos por el SIGC.
- **Evidencia:** Documento, registro o dato verificable que demuestra el cumplimiento de un requisito.
- **No conformidad:** Incumplimiento de un requisito establecido en el SIGC.
- **Auditor:** Persona cualificada que realiza la auditoría interna.
- **Auditado:** Área, departamento o proceso del CSEU La Salle que es objeto de evaluación durante la auditoría.

	 AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: SPE04 V02
---	--	------------------------------------

5. Responsabilidades

Dirección de Procesos y Calidad: Responsable de la formación del equipo auditor, coordinación del proceso y elaboración del Plan de Acciones de Mejora junto a los responsables de los procesos auditados.

Equipo de Gobierno: Es el órgano colegiado responsable de la definición del alcance de la auditoría interna. También le corresponde aprobar el Plan de mejora que se derive del informe de la auditoría.

Equipo auditor: Formado por PDI y PTGAS, prepara la auditoría, elabora la agenda teniendo en cuenta a todos los grupos de interés, realiza entrevistas, verifica evidencias y redacta y firma el Informe de Auditoría.

Participantes en la auditoría: Son miembros de los distintos grupos de interés del Centro (PDI, PTGAS, estudiantes, egresados, empleadores y, cuando proceda según los procesos auditados, representantes de la Institución). Todos ellos participan en las entrevistas contribuyendo con su valoración y experiencia sobre los temas abordados.

Decanos y directora de la Escuela de Posgrado: Colaboran en la preparación de la Agenda de la Auditoría, facilitando la participación de todas las personas implicadas.

Responsables de los procesos auditados: Elaboran las acciones de mejora en respuesta a las observaciones, recomendaciones y no conformidades detectadas.

Comisión de Garantía de Calidad: Revisa los informes y documentos relevantes, verifica la correcta realización de las auditorías y propone mejoras para futuras ediciones.

6. Desarrollo

La auditoría interna se desarrolla como una actividad planificada, estructurada y documentada, cuyo propósito es verificar que los procesos del SGIC-SAIC se implementan de forma eficaz y conforme a los requisitos establecidos. Esta actividad no se limita a la detección de no conformidades, sino que busca fomentar la mejora continua mediante la identificación de oportunidades de optimización.

El proceso comienza con la definición del alcance de la auditoría, en el que el Equipo de Gobierno determina qué áreas o procesos serán objeto de auditoría, atendiendo a criterios como su relevancia estratégica, resultados de auditorías anteriores y necesidades de mejora detectadas. Esta planificación que queda reflejada en el acta de la reunión correspondiente e incluye también la definición del calendario de la auditoría.

	 AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: SPE04 V02
---	--	------------------------------------

La Dirección de Procesos y Calidad es responsable de constituir el equipo auditor, asegurando que sus miembros estén debidamente cualificados y que se respete el principio de independencia, evitando que auditen sus propios procesos.

Con el alcance definido, el equipo auditor inicia la fase de preparación, en la cual se recopila y analiza la documentación pertinente. Ésta incluye documentación de referencia de agencias externas de calidad, como las de y madri+d, legislación académica vigente, el Plan Estratégico del centro, la política y los objetivos de calidad, así como el catálogo de indicadores del SIGC, el Manual de Calidad y los informes de auditorías previas.

Una vez analizada la documentación, el equipo auditor elabora la agenda de la auditoría, que incluye el objeto y alcance de esta, los interlocutores requeridos, y las fechas y horarios previstos. Esta agenda se comunica a los responsables de las áreas auditadas con al menos una semana de antelación.

Durante la ejecución de la auditoría, se realizan entrevistas con los responsables de los procesos y otros participantes relevantes, se revisan evidencias documentales y se observa el funcionamiento de los procesos. El equipo auditor identifica no conformidades, formula observaciones y recoge información que permita valorar el grado de cumplimiento de los requisitos del SIGC.

Finalizada la auditoría, el equipo auditor redacta y firma, en el plazo de una semana, un Informe de Auditoría que incluye el objeto, alcance, fecha y lugar de realización, los participantes, los resultados obtenidos, las no conformidades detectadas, las observaciones realizadas y las conclusiones generales. Este informe se presenta al Equipo de Gobierno y se distribuye a los responsables de las áreas auditadas.

A partir del informe, los responsables de los procesos, en colaboración con la Dirección de Procesos y Calidad, elaboran propuestas de acciones de mejora para dar respuesta a las observaciones y no conformidades. Estas propuestas se consolidan en un Plan de Acciones de Mejora, que debe responder de manera concreta a las observaciones realizadas, proponiendo acciones que contribuyan a la mejora continua del sistema. El Plan es revisado y aprobado por el Equipo de Gobierno que formaliza así el compromiso institucional con la calidad.

La Dirección de Procesos y Calidad realiza el seguimiento de la implementación de dicho plan, verificando que las acciones se ejecutan en los plazos establecidos y que se aportan las evidencias correspondientes.

Finalmente, la Comisión de Garantía de Calidad recibe información sobre la evolución del Plan de Acciones de Mejora, lo que permite cerrar el ciclo de la auditoría interna y alimentar el sistema de mejora continua institucional.

	 AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: SPE04 V02
---	--	------------------------------------

7. Medidas, análisis y mejora continua

Este subproceso se articula con el procedimiento PE04, que establece las directrices para el análisis de resultados y la mejora continua. Las medidas incluyen:

- Evaluación de la eficacia de las acciones de mejora.
- Revisión periódica de indicadores de calidad.
- Retroalimentación de los grupos de interés.
- Sugerencias de mejora por parte de la Comisión de Garantía de Calidad

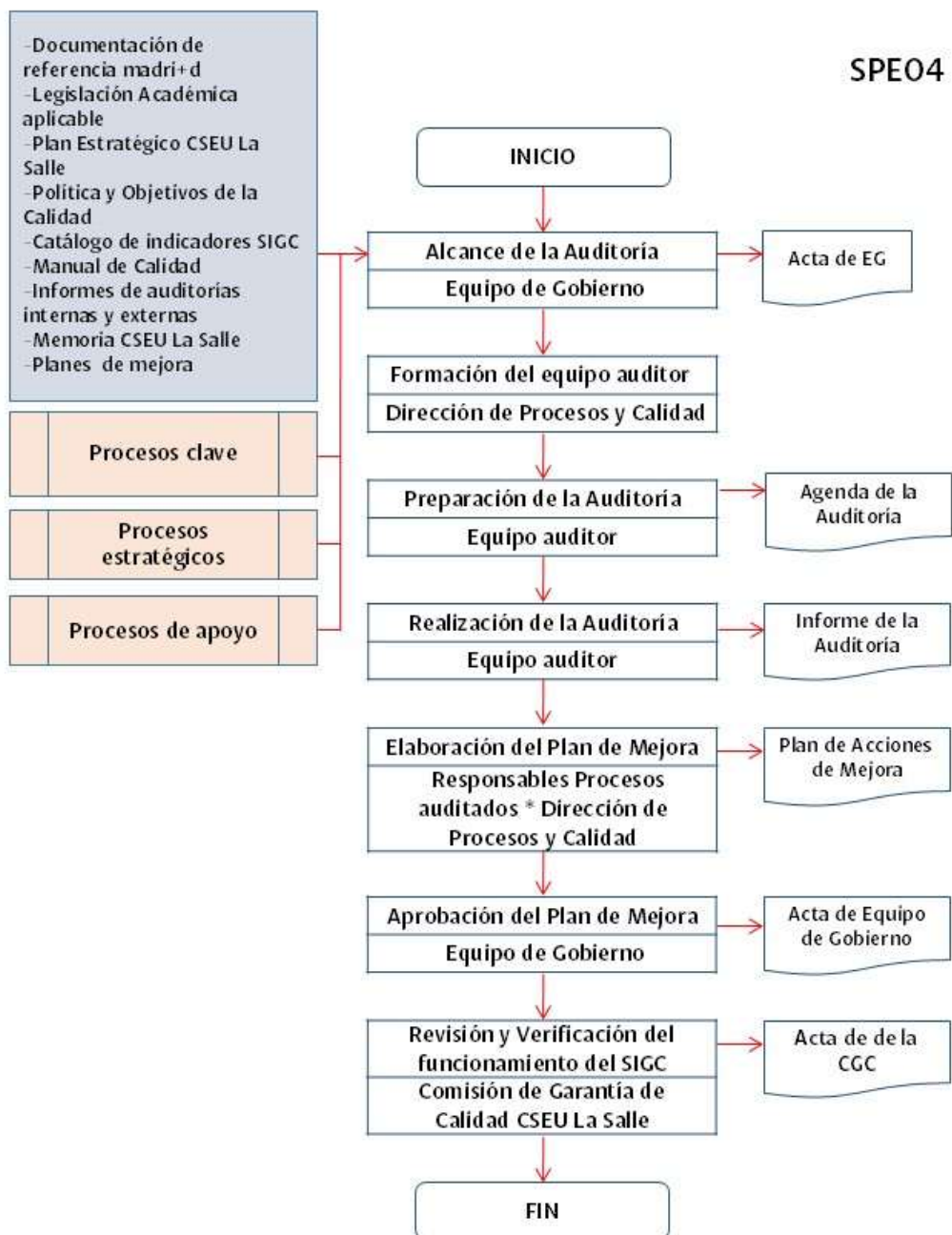
8. Evidencias

Identificación de la evidencia	Soporte del archivo	Responsable custodia	Tiempo de conservación
Acta Comisión de Garantía de Calidad	Papel o informático	Secretaría Académica	5 años
Agenda de la Auditoría	Papel o informático	Dirección de Procesos y Calidad	5 años
Informe de auditoría	Papel o informático	Dirección de Procesos y Calidad	5 años
Plan Acciones de Mejora	Papel o informático	Dirección de Procesos y Calidad	5 años
Acta del Equipo de Gobierno	Papel o informático	Secretaría Académica CSEU La Salle	Permanente
Autoinforme de Seguimiento del Sistema de Garantía Interna de Calidad	Papel o informático	Dirección de Procesos y Calidad	5 años

9. Rendición de cuentas

La rendición de cuentas se realiza a través de la Comisión de Garantía de Calidad, que representa a los grupos de interés del CSEU La Salle. Además, se promueve la difusión pública de los resultados de la auditoría y del Plan de Mejora, garantizando la transparencia institucional y el compromiso con la mejora continua.

10. Diagrama del subproceso (Ver siguiente página)



	 AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: SPE04 V02
---	--	------------------------------------