



INSTITUTO GEOFÍSICO DEL PERÚ

Resolución de Gerencia General

N° 032-IGP/2022

Lima, 12 de Agosto del 2022

VISTOS:

El Informe N° 0140-2022-IGP/GG-OPP y el Informe Legal N° 0112-2022-IGP/GG-OAJ; y

CONSIDERANDO:

Que, mediante el Decreto Legislativo N° 136, se crea el Instituto Geofísico del Perú (IGP) como un Organismo Descentralizado del Sector Educación, cuya finalidad es la investigación científica, la enseñanza, la capacitación, la prestación de servicios y, la realización de estudios y proyectos, en las diversas áreas de la Geofísica;

Que, la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1013, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Creación, Organización y Funciones del Ministerio del Ambiente, dispone la adscripción del IGP como un Organismo Público Ejecutor del Ministerio del Ambiente;

Que mediante el Decreto Supremo N° 001-2015-MINAM, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Instituto Geofísico del Perú (IGP);

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 029-IGP/2020, se aprobó la Directiva DI 001-2020-IGP, Directiva que brinda los lineamientos para la aprobación, modificación o derogación de documentos normativos;

Que, el numeral 7.2.1 de la Directiva DI 001-2020-IGP, establece la Jerarquía Funcional de los documentos normativos indicando que los Procedimientos se encuentran en el nivel 4, en concordancia con el numeral 7.2.2. que indica que *el procedimiento es la descripción documentada de cómo deben ejecutarse las actividades que conforman un proceso, tomando en cuenta los elementos que la componen y su secuencialidad, permitiendo de esta manera una operación coherente. Cada procedimiento tiene una codificación única y se aprueba mediante acto administrativo de manera individual o conjunta, y se incorporan al Manual de Procedimientos;*



Que, en el presente caso la actualización/modificación de los procedimientos: el PR 002-2020-IGP Auditoría Interna y sus anexos, el PR 030 Auditoría Interna SGAS y sus anexos, el PR 004-2020-IGP No Conformidades, Acciones Correctivas y/o Acciones de Mejora y sus anexos y el PR 031-2020-IGP Control de No Conformidades, Acciones Correctivas y/o Acciones de Mejora, debe ser aprobado a través de una Resolución de Gerencia General, conforme a la Jerarquía Funcional prevista en la Directiva DI N° 001-2020-IGP;

Que, en el Informe N° 0140-2022-IGP/GG-OPP, el Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto emitió opinión técnica favorable respecto a la propuesta de aprobar los procedimientos: PR 002-2020-IGP Auditoría Interna y sus anexos, PR 030 Auditoría Interna SGAS y sus anexos, PR 004-2020-IGP No Conformidades, Acciones Correctivas y/o Acciones de Mejora y sus anexos y PR 031-2020-IGP Control de No Conformidades, Acciones Correctivas y/o Acciones de Mejora;

Que, a través del Informe Legal N° 0112 -2022-IGP/GG-OAJ, de fecha 09 de agosto de 2022, la Oficina de Asesoría Jurídica emitió opinión legal favorable para que se apruebe la actualización/modificación de los procedimientos: el PR 002-2020-IGP Auditoría Interna y sus anexos, el PR 030 Auditoría Interna SGAS y sus anexos, el PR 004-2020-IGP No Conformidades, Acciones Correctivas y/o Acciones de Mejora y sus anexos y el PR 031-2020-IGP Control de No Conformidades, Acciones Correctivas y/o Acciones de Mejora;

Con el visado de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 136, Ley del Instituto Geofísico del Perú, el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Geofísico del Perú, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2015-MINAM, el Decreto Legislativo N° 1013, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Creación, Organización y Funciones del Ministerio del Ambiente, que dispone la adscripción del Instituto Geofísico del Perú (IGP) como Organismo Público Ejecutor del Ministerio del Ambiente y la Directiva DI 001-2020-IGP, que dispone los lineamientos para la "Aprobación, modificación o derogación de documentos normativos", aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 029-IGP/2020; y,

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la actualización/modificación de los procedimientos: PR 002-2020-IGP Auditoría Interna y sus anexos, el PR 030 Auditoría Interna SGAS y sus anexos, el PR 004-2020-IGP No Conformidades, Acciones Correctivas y/o Acciones de Mejora y sus anexos y el PR 031-2020-IGP Control de No Conformidades, Acciones Correctivas y/o Acciones de Mejora.

Artículo 2.- Disponer la publicación de la presente Resolución de Gerencia General en el Portal Institucional del Instituto Geofísico del Perú (www.gob.pe/igp).

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

Edgar Delgado Ortega
Gerente General (e)



	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

PROCEDIMIENTO PR 002-2020-IGP

AUDITORIA INTERNA

Versión 06



	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

PROCEDIMIENTO PR 002-2020-IGP

AUDITORIA INTERNA

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
1	17/09/2019	1. Creación del documento
2	18/12/2019	2. Se ha incorporado la actividad N° 10, en el que se establece los requisitos de los auditores internos
3	02/11/2020	3. Cambio de Codificación de procedimiento. 4. Cambio en el alcance. 5. Cambio de Base Normativa. 6. Se agrego definición de SGSI.
4	25/03/2021	7. Actualización de las actividades N°10 y N°16.
5	02/11/2021	8. Actualización de las actividades 9 y 10.
6	30/06/2022	9. Actualización de las actividades 6,7,9,10,
FORMULADO OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	REVISADO Y VISADO OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	REVISADO Y VISADO OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA
APROBADO GERENCIA GENERAL	REVISADO Y VISADO	REVISADO Y VISADO

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

AUDITORIA INTERNA

	INSTITUTO GEOFÍSICO DEL PERÚ		
	FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO		
DATOS DEL PROCEDIMIENTO			
Nombre del procedimiento	Auditoría Interna	Objetivo del procedimiento	<p>Establecer la metodología para la planificación, ejecución, generación de informes y seguimiento de las auditorías internas al Sistema de Gestión de la Calidad y al Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información para determinar su desempeño y eficacia, así como asegurarse de que se ha implementado de acuerdo a lo planificado y se mantiene, conforme según el alcance adoptado por el IGP, los requisitos legales y reglamentarios y los establecidos internamente.</p>
Código del Proceso relacionado	E02, E04	Alcance del procedimiento	<p>Este procedimiento aplica para todas las Unidades de Organización del IGP, cuyos procesos se encuentran vinculados al alcance del Sistema de Gestión de Calidad y del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información.</p>

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

Versión	06		
Base Normativa (Son disposiciones legales que soportan el procedimiento)			
Ley N° 27658, Decreto Legislativo N° 1446 (modificatoria)		Ley Marco de Modernización del Estado	
Decreto Supremo N° 004-2013-PCM		Política Nacional de Modernización de Gestión Pública al 2021	
Decreto Supremo N° 046-2014-PCM		Política Nacional para la Calidad	
Decreto Supremo N° 123-2018-PCM		Reglamento del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública	
Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 004-2019-PCM		Principios de actuación para la modernización de la Gestión Públicas	
Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2019-PCM		Norma Técnica para la Gestión de la Calidad en los Servicios Públicos	
Norma ISO 9001:2015		Requisito 9.2. Auditoría interna	
Norma ISO 27001:2013		Requisito 9.2. Auditoría interna	

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

Siglas y Definiciones (Abreviaturas y acrónimos)

SGC: Sistema de Gestión de Calidad

SGSI: Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información

OPP: Oficina de Planeamiento y Presupuesto

CGD: Comité de Gobierno Digital.

Auditado: Organización (dependencia o proceso) que es auditada.

Auditor: Persona que lleva a cabo una auditoría.

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.

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

Equipo Auditor: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos. El equipo auditor cuenta con un auditor líder.

Evidencia: Certeza clara y manifiesta que resulta innegable y de la que no se puede dudar.

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

Hallazgo de la auditoría: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.

Oportunidad: Situación de incertidumbre que puede afectar favorablemente la consecución de los resultados ofreciendo una ventaja potencial. Son aquellas situaciones externas a la organización que representan un beneficio para la entidad en el marco del análisis DOFA.

Programa Anual de Auditoría: Conjunto de auditorías planificadas para un periodo de un año y dirigidas hacia un propósito específico.

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

Recomendación de Mejora: Resultado de auditoría consignado en un informe de auditoría que conduce a una oportunidad de mejora, entendida como aquella orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos.

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

Riesgo: Posibilidad de que ocurra un acontecimiento que tenga un impacto en el alcance de los objetivos. El riesgo se mide en términos de impacto y probabilidad.

Responsable del Proceso: Son los dueños de los procesos, encargados de determinar el contexto externo e interno de la organización, según su competencia, realizando su actualización frente a cambios trascendentes que afecten o ponga en riesgo el SGC, o; de lo contrario, realizarlo con una periodicidad anual.

Oficial de Seguridad de la Información: Miembro del Comité de Gobierno Digital que tiene funciones específicas en relación con la implementación y mejoramiento del SGSI en la institución.

Responsable del SGC: Servidor que cumple el rol del aseguramiento del SGC, a través del asesoramiento al Comité de Alta Dirección, el seguimiento y el control de la documentación.

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

Elemento de Entrada (Requisitos para iniciar el procedimiento)

Descripción del Requisito	Fuente
Procesos vinculados al alcance del Sistema de Gestión de Calidad y del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información	MP N° 001-2020-IGP Manual de Procesos Generación de Información sísmica nacional
Información Documentada del IGP	DI N° 001-2020- IGP/GG-OPP Aprobación, Modificación o Derogación de Documentos Normativos del Instituto Geofísico del Perú - IGP
Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad y del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información	PR N° 001-F01 Lista Maestra de Documentos

ACTIVIDADES (Actividad, Unidad de Organización y Responsable)

N°	Descripción de la Actividad	Unidad de Organización (*)	Responsable
1	<p>Establecer Programa de Auditoria.</p> <p>Documentar anualmente el PR N° 002-F01 Programa Anual de Auditoria, el cual debe incluir información e identificar recursos para que las auditorias se realicen de manera efectiva y eficiente dentro de los plazos establecidos. Integrar el programa de auditorías internas y externas.</p>	OPP/CGD	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información
2	<p>Tener en cuenta los objetivos institucionales.</p> <p>La finalidad de las auditorías, así como cuestiones externas e internas pertinentes, el tipo de riesgos y oportunidades, nivel de madurez de los procesos que se van a auditar, las</p>	OPP/CGD	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

	necesidades y expectativas de las partes interesadas pertinentes; los requisitos de seguridad y confidencialidad de la información.		
3	<p>Identificar y documentar los riesgos de la auditoría en la plantilla para la Gestión de Riesgos (PR N° 002-F01).</p> <p>Basándose en los resultados de auditorías anteriores, comportamiento de los procesos, necesidades de la Alta Dirección, cantidad de auditores, recursos, etc.</p>	OPP/CGD	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información
4	<p>Determinar los equipos de auditores internos.</p> <p>Incluido el auditor líder, con base a los resultados de sus evaluaciones, experiencia y disponibilidad; y de acuerdo a la programación, gestiona las auditorías.</p>	OPP/CGD	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información
5	<p>En caso de que así se requiera, solicitar servicios externos para el proceso de auditoría. Para lo cual se procederá a la selección del personal idóneo para este puesto.</p>	OPP/CGD	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información
6	<p>Revisar Programa de Auditoria.</p> <p>Revisar el Programa de Auditoria considerando la priorización con enfoque en riesgos, solicitudes de la Gerencia General, que se hayan determinado los recursos necesarios. Este se presentará ante el Equipo técnico del Sistema de Gestión de Calidad y ante el Comité de Gobierno Digital.</p>	OPP	Jefe de la OPP

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

7	<p>Aprobar el Programa de Auditoria.</p> <p>Aprobar, por parte del Equipo técnico del Sistema de Gestión de Calidad y del Comité de Gobierno Digital el Programa Anual de Auditoría.</p>	ALT/CGD	Comité de Alta Dirección del Sistema de Gestión de Calidad / Comité de Gobierno Digital / Jefe de la OPP / Responsable del SGC
8	<p>Comunicar el Programa de Auditoria.</p> <p>Publicar en el Google Drive el Programa Anual de Auditoría aprobado y comunicar a los procesos involucrados.</p>	OPP	Responsable del SGC
9	<p>Planificar la Auditoria y preparación de documentos de trabajo.</p> <p>Coordinar y designar el equipo auditor (conformado por auditor líder y auditores) la planeación de la auditoría acorde al programa de auditoría aprobado, para reunir la información, revisar la documentación y preparar los documentos y actividades propias de la misma.</p>	OPP/CGD	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información
10	<p>Coordinar y designar el equipo auditor (Conformado por auditor líder y auditores)</p> <p>Designar el número de auditores que integrarán el equipo de auditoría, en este proceso se designará un auditor líder. Esto se realizará tomando en cuenta los siguientes requisitos:</p> <p>Si son auditores internos:</p> <p>a) Los auditores no deben pertenecer al área auditada.</p> <p>b) Conocimiento: Es necesario que el equipo auditor (conformado por auditor líder y auditores) cuente con</p>	OPP/CGD	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

<p>certificación en Interpretación y/o formación de auditores de la Norma ISO 9001 o ISO 27001 según corresponda.</p> <p>c) Experiencia: Es necesario que el equipo auditor haya participado como mínimo en 01 auditoría interna / externa como auditor o auditado.</p> <p>d) Formación: Grado académico bachiller o título profesional.</p> <p>Para el proceso de auditoría interna, en caso se requiera, se podrá contar con los servicios externos de auditoría y; para el proceso de auditoría externa, de debe contar con los servicios externos de auditoría.</p> <p>REQUISITOS:</p> <p><u>ISO 9001:2015</u></p> <p><u>AUDITORIA INTERNA</u></p> <p><u>En caso sea una persona Jurídica:</u></p> <p>La empresa deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener experiencia mínima de 8 auditorías internas y/o externas en Sistemas de Gestión de Calidad, bajo la norma ISO 9001:2015, a nivel nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años. • No tener impedimento para ser postor y contratar con el Estado. • Contar con el Registro Nacional de Proveedores, rubro servicios vigentes. 		
---	--	--

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

	<p>El auditor líder deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haber realizado como mínimo 8 auditorías internas y/o externas bajo la norma ISO 9001:2015, a nivel nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años. • Acreditar certificación de Auditor Líder en ISO 9001:2015. <p>En caso cuente con un equipo auditor este deberá contar con lo siguiente:</p> <p>El equipo auditor deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haber realizado como mínimo 4 auditorías internas y/o externas bajo la norma ISO 9001:2015, a nivel nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años. • Contar con Certificado de Auditor Interno en Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 <p><u>En caso sea una persona Natural:</u></p> <p>El auditor deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haber realizado como mínimo 8 auditorías internas y/o externas bajo la norma ISO 9001:2015, a nivel nacional y/o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años. • Acreditar certificación de Auditor Líder en ISO 9001:2015. 		
--	--	--	--

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

	<ul style="list-style-type: none"> • No tener impedimento para ser postor y contratar con el Estado. • Contar con el Registro Nacional de Proveedores, rubro servicios vigentes <p><u>AUDITORIA EXTERNA</u></p> <p><u>En caso sea persona Jurídica:</u></p> <p>La empresa deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener experiencia mínima de 8 auditorías externas en Sistemas de Gestión de Calidad, bajo la norma ISO 9001:2015, a nivel nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años. • No tener impedimento para ser postor y contratar con el Estado. • Contar con el Registro Nacional de Proveedores, rubro servicios vigentes. <p>El Auditor Líder deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haber realizado como mínimo 8 auditorías externas en Sistemas de Gestión de Calidad, bajo la norma ISO 9001:2015, a nivel nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años • Acreditar certificación de auditor líder en ISO 9001:2015. <p>En caso cuente con un equipo auditor este deberá contar con lo siguiente:</p>		
--	--	--	--

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

	<p>El equipo auditor deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haber realizado como mínimo 4 auditorías internas y/o externas bajo la norma ISO 9001:2015, a nivel nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años. • Contar con Certificado de Auditor Interno en Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 <p><u>ISO 27001</u></p> <p><u>AUDITORIA INTERNA</u></p> <p><u>En caso sea una persona Jurídica:</u></p> <p>La empresa deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener experiencia mínima de 8 auditorías internas y/o externas en Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información, bajo la norma ISO 27001:2013, a nivel nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años. • No tener impedimento para ser postor y contratar con el Estado. • Contar con el Registro Nacional de Proveedores, rubro servicios vigentes. <p>El Auditor Líder deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haber realizado como mínimo 8 auditorías internas y/o externas bajo la norma ISO 27001:2013, a nivel 		
--	---	--	--

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

	<p>nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acreditar certificación de auditor líder en ISO 27001:2013. <p>En caso cuente con un equipo auditor este deberá contar con lo siguiente:</p> <p>El equipo auditor deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haber realizado como mínimo 4 auditorías internas y/o externas bajo la norma ISO 27001:2013, a nivel nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años. • Contar con Certificado de Auditor Interno de Sistema de Sistemas de Gestión de Seguridad ISO 27001 <p><u>En caso sea una persona Natural:</u></p> <p>El auditor deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haber realizado como mínimo 8 auditorías internas y/o externas bajo la norma ISO 27001:2013, a nivel nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años. • Acreditar certificación de auditor líder en ISO 27001:2013. • No tener impedimento para ser postor y contratar con el Estado. • Contar con el Registro Nacional de Proveedores, rubro servicios vigentes 		
--	---	--	--

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

	<p><u>AUDITORIA EXTERNA</u></p> <p><u>En caso sea persona Jurídica:</u></p> <p>La empresa deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener experiencia mínima de 8 auditorías externas en Sistemas de Gestión de Seguridad de la información, bajo la norma ISO 27001:2013, a nivel nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años. • No tener impedimento para ser postor y contratar con el Estado. • Contar con el Registro Nacional de Proveedores, rubro servicios vigentes. <p>El auditor Líder deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haber realizado como mínimo 8 auditorías internas y/o externas bajo la norma ISO 27001:2013, a nivel nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años. • Acreditar certificación de auditor líder en ISO 27001:2013. <p>En caso cuente con un equipo auditor este deberá contar con lo siguiente:</p> <p>El equipo auditor deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haber realizado como mínimo 4 auditorías internas y/o externas bajo la norma ISO 27001:2013, a nivel 		
--	---	--	--

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

	<p>nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar con Certificado de Auditor Interno de Sistema de Sistemas de Gestión de Seguridad ISO 27001. 		
11	<p>Elaborar el Plan de Auditoría.</p> <p>Planificar el detalle de la auditoría determinando, entre otros aspectos: objetivos, alcance, criterios, metodologías, requisitos aplicables, cronograma de ejecución y cierre. Adicionalmente, se considera los riesgos de no lograr los objetivos de la auditoría. El Auditor Líder será el encargado de dirigir esta actividad y si lo requiere contará con el apoyo de los auditores según los temas a verificar.</p>	OPP / CGD / Equipo Auditor	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información / Auditor Líder
12	<p>Revisión Plan de Auditoría.</p> <p>Revisar y validar las actividades previstas en el Plan de Auditoría. Solicitar los ajustes necesarios.</p>	Unidades de Organización / OPP / CGD	Responsable de los Procesos / Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información
13	<p>Aprobación y Comunicación del Plan de Auditoría.</p> <p>Aprobar y comunicar el Plan de Auditoría al Equipo Auditor y a los responsables de los procesos con mínimo 3 días hábiles de anticipación.</p> <p>Si el auditado plantea dificultades para realizar la auditoría, debe informarlas a la OPP, con el fin de resolverlas antes del inicio.</p>	OPP / CGD	Jefe de la OPP / Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

14	<p>Elaborar la lista de chequeo.</p> <p>Diligenciar las PR N° 002-F03 Lista de verificación auditoría interna necesarias, para realizar la auditoría, con base en los criterios de auditoría.</p>	OPP / CGD/ Equipo Auditor	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información / Auditor Líder
15	<p>Realizar la Reunión de Apertura.</p> <p>Realizar la Reunión de Apertura, como inicio oficial de la ejecución de la auditoría en la que participan todos los involucrados en el ejercicio auditor. El auditor líder informa cómo se desarrollará la misma de acuerdo con el alcance planteado y los objetivos propuestos definidos en el Plan de Auditoría. El Auditor Líder será el encargado de dirigir esta actividad y contará con el apoyo del equipo auditor.</p>	OPP / CGD / Equipo Auditor	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información / Auditor Líder
16	<p>Ejecución de la Auditoria.</p> <p>Verificar los requisitos in situ soportando con evidencia objetiva los hallazgos identificados (Conformidad, No conformidad) del Sistema de Gestión de Calidad o del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información, procesos, procedimientos o actividades auditadas. Se realiza mediante la aplicación de las técnicas de recopilación de evidencia que sean aplicables. Ej. entrevistas, consultas, observación, visitas, revisión de documentos y registros. La auditoría puede ser de manera presencial, semipresencial o virtual dependiendo de los requerimientos del auditor.</p>	Equipo Auditor	Auditor Líder y Auditores internos

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

17	<p>Seguimiento al Plan de Auditoria.</p> <p>Realizar seguimiento al avance y cumplimiento de las actividades descritas en el Plan de Auditoría.</p>	OPP / CGD	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información
18	<p>Reunión de Auditores.</p> <p>Realizar Reunión de Auditores con el fin de establecer las conclusiones, unificar los criterios y confirmar los posibles hallazgos, con fin de preparar la Reunión de Cierre. Registrar en PR N° 002-F03 Lista de Asistencia - Reunión de Apertura y Cierre de Auditoria.</p>	Equipo Auditor	Auditor Líder y Auditores internos
19	<p>Reunión de Cierre.</p> <p>Realizar Reunión de Cierre con la participación de los auditados y equipo auditor (conformado por auditor líder y auditores). En ésta se hace devolución de la información física suministrada y se comunican las conclusiones generales de la evaluación desarrollada. Registrar en la PR N° 002-F03 Lista de Asistencia - Reunión de Apertura y Cierre de Auditoria. El Auditor Líder será el encargado de dirigir esta actividad y contará el apoyo del equipo auditor.</p>	Equipo Auditor / Unidades de Organización / OPP / CGD	Auditor Líder y Auditores internos / Responsable de los Procesos / Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información
20	<p>Informe de Auditoría.</p> <p>Elaborar el informe de auditoría de acuerdo al PR N° 002-F05 Informe de resultados de la auditoría determinando los</p>	Equipo Auditor	Auditor Líder y Auditores internos

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

	<p>hallazgos identificados (Conformidad, No conformidad) y conclusiones.</p> <p>El informe de auditoría debe contar con la firma del auditor líder.</p>		
21	<p>Revisar el Informe de Auditoría.</p> <p>Realizar una revisión del informe de auditoría retroalimentando al auditor principal de los aspectos relevantes en desarrollo de la misma. En caso de no presentarse observaciones se aprueba y se envía al auditor líder para su firma; si requiere ajustes se regresa al equipo auditor para ajustarlo y regresarlo a la OPP para su aprobación.</p>	OPP / CGD	Jefe de la OPP / Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información
22	<p>Aprobación y envío del Informe final de Auditoría.</p> <p>Aprobar y comunicar el Informe Final de la auditoría a la Alta Dirección, los líderes y responsables de proceso auditados.</p>	OPP / CGD	Jefe de la OPP / Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información
23	<p>Elaborar el Plan de Acciones Correctivas y/o Acciones de Mejora.</p> <p>Realizar el análisis de causas y proponer las acciones de mejora, de acuerdo a lo indicado en el PR N° 004-2020-IGP No Conformidades, Acciones Correctivas y Acciones de Mejora.</p> <p>El responsable del proceso que esté siendo auditado debe asegurarse de que se realizan las correcciones y se toman las acciones correctivas necesarias sin demoras</p>	Unidades de Organización / OPP / CGD	Responsable de los Procesos / Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información

	PROCEDIMIENTO	Versión: 06
	AUDITORIA INTERNA	Código: PR 002-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG / OPP

	injustificadas para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas.		
24	Conservar los Registros de Auditoria. Conservar, archivar y custodiar los soportes generados en la auditoria.	OPP / CGD	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información
25	Efectuar seguimiento al Plan de Acciones. Realizar seguimiento y verificación al avance y cumplimiento de las acciones derivadas de auditoría interna.	OPP / CGD	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información

Fin del procedimiento

DOCUMENTOS QUE SE GENERAN (Documento de salida del procedimiento)

PR N° 002-F01 Programa Anual de Auditoria

PR N° 002-F02 Plan de Auditoria

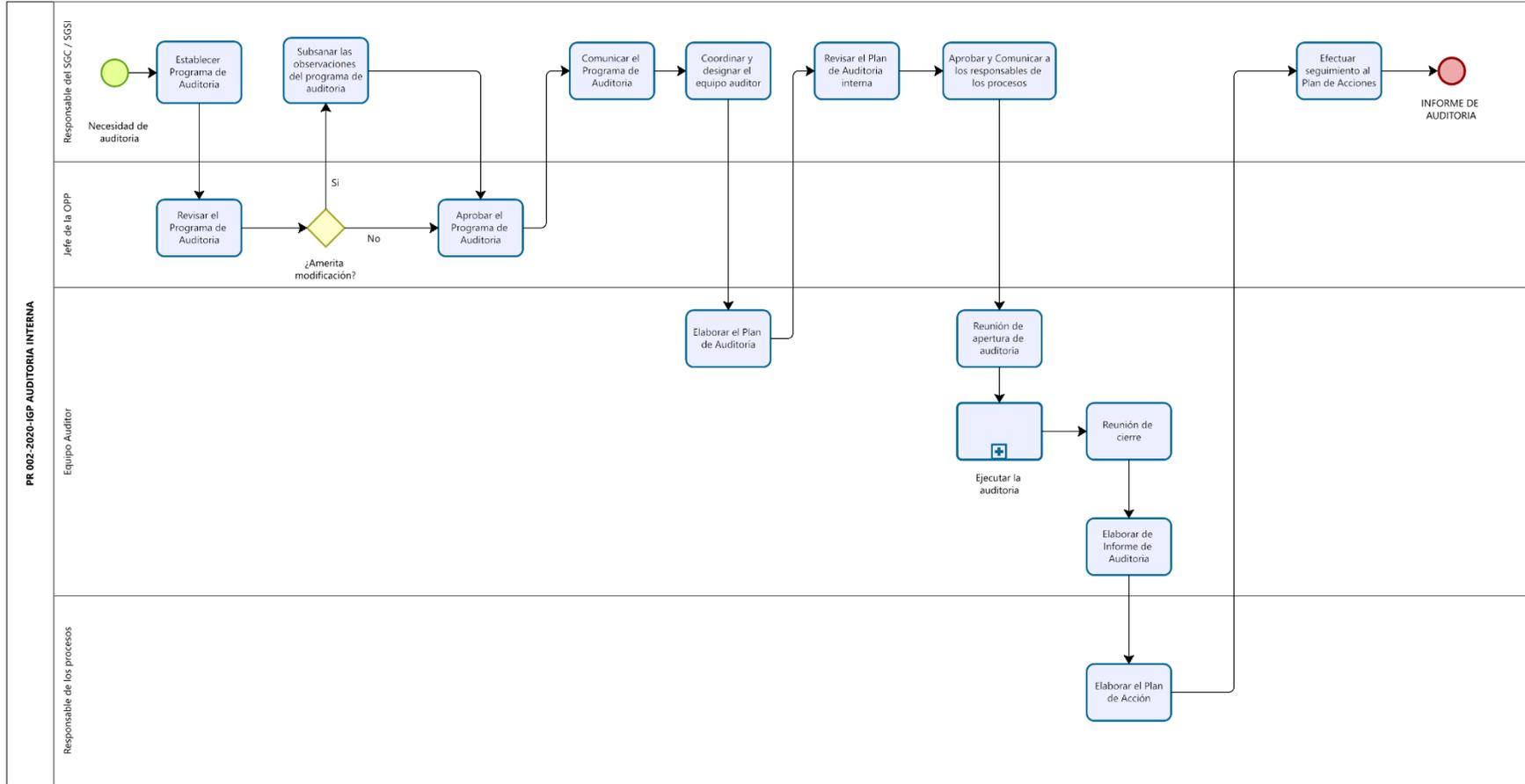
PR N° 002-F03 Lista de verificación auditoría interna

PR N° 002-F04 Lista de Asistencia - Reunión de Apertura y Cierre de Auditoria

PR N° 002-F05 Informe de resultados de la auditoría

“Toda copia impresa es un Documento No Controlado a excepción del original”

ANEXO I – FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO



 Instituto Geofísico del Perú	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

PROCEDIMIENTO PR 030-2020-IGP

AUDITORÍA INTERNA SGAS

Versión 04



	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

PROCEDIMIENTO PR 030-2020-IGP

AUDITORÍA INTERNA SGAS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
01	17/11/2020	Documento Inicial
02	01/07/2021	Actualización de la Secuencia de actividades
03	04/11/2021	Actualización de la actividad 10.
04	30/06/2022	Actualización de la actividad 9,10,15,19,20.
FORMULADO GERENCIA GENERAL	REVISADO Y VISADO OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	REVISADO Y VISADO OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA
APROBADO GERENCIA GENERAL	REVISADO Y VISADO	REVISADO Y VISADO

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

AUDITORÍA INTERNA SGAS

	INSTITUTO GEOFÍSICO DEL PERÚ		
	FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO		
DATOS DEL PROCEDIMIENTO			
Nombre del procedimiento	Auditoría Interna SGAS	Objetivo del procedimiento	Establecer la metodología para la planificación, ejecución, generación de informes y seguimiento de las auditorías internas al Sistema de Gestión Antisoborno para determinar su desempeño y eficacia, así como asegurarse de que se ha implementado de acuerdo a lo planificado y se mantiene, conforme según el alcance adoptado por el IGP, los requisitos legales y reglamentarios y los establecidos internamente.
Código del Proceso relacionado	E 03	Alcance del procedimiento	Este procedimiento aplica para todas las Unidades de Organización del

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

		IGP, cuyos procesos se encuentran vinculados al alcance del SGAS.
Versión	04	
Base Normativa (Son disposiciones legales que soportan el procedimiento)		
Ley N° 27658, Decreto Legislativo N° 1446 (modificatoria)	Ley Marco de Modernización del Estado	
Decreto Supremo N° 004-2013-PCM	Política Nacional de Modernización de Gestión Pública al 2021	
Decreto Supremo N° 123-2018-PCM	Reglamento del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública	
Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 004-2019-PCM	Principios de actuación para la modernización de la Gestión Públicas	
Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2018-PCM/SGP	Aprueban la Norma Técnica N° 001-2018-SGP, Norma Técnica para la implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de la Administración Pública.	
Resolución Directoral N° 012-2017-INACAL/DN	NTP-ISO 37001:2017 Sistema de Gestión Antisoborno. Requisitos con Orientación para su Uso. 1ra Edición antisoborno.	

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

Norma ISO 37001	Requisito 9.2. Auditoría
Siglas y Definiciones (Abreviaturas y acrónimos)	
SGAS: Sistema de Gestión Antisoborno	
OPP: Oficina de Planeamiento y Presupuesto	
Auditado: Organización (dependencia o proceso) que es auditada.	
Auditor: Persona que lleva a cabo una auditoría.	
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.	
Conformidad: Cumplimiento de un requisito.	
Equipo Auditor: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.	
Evidencia: Certeza clara y manifiesta que resulta innegable y de la que no se puede dudar.	
Hallazgo de la auditoría: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.	
No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.	

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

Oportunidad: Situación de incertidumbre que puede afectar favorablemente la consecución de los resultados ofreciendo una ventaja potencial. Son aquellas situaciones externas a la organización que representan un beneficio para la entidad en el marco del análisis FODA.

Programa Anual de Auditoría: Conjunto de auditorías planificadas para un periodo de un año y dirigidas hacia un propósito específico.

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

Recomendación de Mejora: Resultado de auditoría consignado en un informe de auditoría que conduce a una oportunidad de mejora, entendida como aquella orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos.

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

Riesgo: Posibilidad de que ocurra un acontecimiento que tenga un impacto en el alcance de los objetivos. El riesgo se mide en términos de impacto y probabilidad.

Responsable del Proceso: Son los dueños de los procesos, encargados de determinar el contexto externo e interno de la organización, según su competencia, realizando su actualización frente a cambios trascendentes que afecten o ponga en riesgo el SGAS, o; de lo contrario, realizarlo con una periodicidad anual.

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

Oficial de Cumplimiento (OC): Es la persona con responsabilidad y autoridad para la operación del Sistema de Gestión Antisoborno en el IGP, que desempeña la función de cumplimiento.

Unidad Funcional de Integridad Institucional: UFII

ELEMENTOS DE ENTRADA

Mapa de Procesos

MP 002-F01 Mapa de Procesos SGAS

Documentación del Sistema de Gestión Antisoborno

PR N° 029-F01 Lista Maestra de Documentos

Actividades (Actividad, Unidad de Organización y Responsable)

Nº	Descripción de la Actividad	Unidad de Organización	Responsable
1	<p>Establecer Programa de Auditoria.</p> <p>Documentar anualmente el PR 030-F01 Programa Anual de Auditoria, el cual debe incluir información e identificar recursos para que las auditorias se realicen de manera efectiva y eficiente dentro de los</p>	OPP/ GG	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

	plazos establecidos. Integrar el programa de auditorías internas y externas.		
2	<p>Tener en cuenta los objetivos institucionales.</p> <p>La finalidad de las auditorías, así como cuestiones externas e internas pertinentes, el tipo de riesgos y oportunidades, nivel de madurez de los procesos que se van a auditar, las necesidades y expectativas de las partes interesadas pertinentes entre otros.</p>	OPP/ GG	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno
3	<p>Identificar y documentar los riesgos de la auditoría en la Plantilla para la Gestión de Riesgos (PR 030-F01).</p> <p>Basándose en los resultados de auditorías anteriores, comportamiento de los procesos, necesidades de la Alta</p>	OPP/ GG	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

	Dirección, cantidad de auditores, recursos, etc.		
4	<p>Determinar los equipos de auditores internos.</p> <p>Incluido el auditor líder, con base a los resultados de sus evaluaciones, experiencia y disponibilidad; y de acuerdo a la programación, gestiona las auditorías.</p>	OPP/ GG	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno
5	<p>En caso de que así se requiera, solicitar servicios externos para el proceso de auditoría. Para lo cual se procederá a la selección del personal idóneo para este puesto.</p>	OPP/ GG	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno
6	<p>Revisar Programa de Auditoria: Revisar el Programa de Auditoria y actualizar en caso sea necesario.</p>	OPP	Jefe de OPP

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

7	<p>Aprobar el Programa de Auditoria.</p> <p>Aprobar, por parte del Comité de Alta Dirección del Sistema de Gestión Antisoborno.</p>	OPP/ GG	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno
8	<p>Comunicar el Programa de Auditoria.</p> <p>Publicar en el Google Drive el Programa Anual de Auditoría aprobado y comunicar a los procesos involucrados.</p>	OPP	Jefe de OPP
9	<p>Planificar la Auditoria y preparación de documentos de trabajo.</p> <p>Coordinar y designar el equipo auditor (conformado por auditor líder y auditores), la planeación de la auditoría acorde al programa de auditoría aprobado, para reunir la información, revisar la documentación y preparar los</p>	OPP/ GG	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

	documentos y actividades propias de la misma.		
10	<p>Coordinar y designar el equipo auditor (Conformado por auditor líder y auditores)</p> <p>Designar el número de auditores que integrarán el equipo de auditoría, en este proceso se designará un auditor líder. Esto se realizará tomando en cuenta los siguientes requisitos:</p> <p>Si son auditores internos:</p> <p>a) Los auditores no deben pertenecer al área auditada.</p> <p>b) Conocimiento: Es necesario que el equipo auditor (conformado por auditor líder y auditores) cuente con certificación en Interpretación y/o formación de auditor de la Norma ISO 37001.</p> <p>c) Experiencia: Es necesario que el equipo auditor haya participado como mínimo en 01</p>	OPP/ GG	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

auditoría interna / externa como auditor o auditado.

d) Formación: Grado académico Título profesional.

Para el proceso de auditoría interna, en caso se requiera, se podrá contar con los servicios externos de auditoría y; para el proceso de auditoría externa, de debe contar con los servicios externos de auditoría.

ISO 37001

AUDITORIA INTERNA

En caso sea una persona Jurídica:

La empresa deberá:

- Tener experiencia mínima de 8 auditorías internas y/o externas en Sistemas de Gestión Antisoborno, bajo la norma ISO 37001:2016, a nivel nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años.

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

- No tener impedimento para ser postor y contratar con el Estado.
- Contar con el Registro Nacional de Proveedores, rubro servicios vigentes.

EL Auditor Líder deberá:

- Haber realizado como mínimo 8 auditorías internas y/o externas bajo la norma ISO 37001:2016, a nivel nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años.
- Acreditar certificación de auditor líder en ISO 37001:2016.

En caso cuente con un equipo auditor este deberá contar con lo siguiente:

El equipo auditor deberá:

- Haber realizado como mínimo 4 auditorías internas y/o externas bajo la norma ISO 37001:2016, a nivel nacional o internacional, debidamente

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

certificados, en los últimos cuatro años.

- Contar con Certificado de Auditor Interno de Sistemas de Gestión Antisoborno ISO 37001

En caso sea una persona Natural:

El auditor deberá:

- Haber realizado como mínimo 8 auditorías internas y/o externas bajo la norma ISO 37001:2016, a nivel nacional y/o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años.
- Acreditar certificación de auditor líder en ISO 37001:2016.
- No tener impedimento para ser postor y contratar con el Estado.
- Contar con el Registro Nacional de Proveedores, rubro servicios vigentes

AUDITORIA EXTERNA

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

En caso sea persona Jurídica:

La empresa deberá:

- Tener experiencia mínima de 8 auditorías externas en Sistemas de Gestión Antisoborno, bajo la norma ISO 37001:2016, a nivel nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años.
- No tener impedimento para ser postor y contratar con el Estado.
- Contar con el Registro Nacional de Proveedores, rubro servicios vigentes.

EL Auditor Líder deberá:

- Haber realizado como mínimo 8 auditorías internas y/o externas bajo la norma ISO 37001:2016, a nivel nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años.

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

	<ul style="list-style-type: none"> • Acreditar certificación de auditor líder en ISO 37001:2016. <p>En caso cuente con un equipo auditor este deberá contar con lo siguiente:</p> <p>El equipo auditor deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haber realizado como mínimo 4 auditorías internas y/o externas bajo la norma ISO 37001:2016, a nivel nacional o internacional, debidamente certificados, en los últimos cuatro años. • Contar con Certificado de Auditor Interno de Sistemas de Gestión Antisoborno ISO 37001. 		
11	<p>Elaborar el Plan de Auditoría.</p> <p>Planificar el detalle de la auditoría determinando, entre otros aspectos: objetivos, alcance, criterios, metodologías, requisitos aplicables,</p>	<p>OPP/ GG / EQUIPO AUDITOR</p>	<p>Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno / Auditor líder</p>

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

	<p>cronograma de ejecución y cierre. Adicionalmente, se considera los riesgos de no lograr los objetivos de la auditoría. El Auditor Líder será el encargado de dirigir esta actividad y si lo requiere contará con el apoyo de los auditores según los temas a verificar.</p>		
12	<p>Revisión Plan de Auditoría.</p> <p>Revisar y validar las actividades previstas en el Plan de Auditoría. Solicitar los ajustes necesarios</p>	OPP/ GG	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno
13	<p>Aprobación y Comunicación del Plan de Auditoría.</p> <p>Aprobar y comunicar el Plan de Auditoría al Equipo Auditor y a los responsables de los procesos con mínimo 3 días hábiles de anticipación.</p>	OPP/ GG	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

	Si el auditado plantea dificultades para realizar la auditoria, debe informarlas a la OPP, con el fin de resolverlas antes del inicio.		
14	<p>Elaborar la lista de chequeo.</p> <p>Diligenciar las PR N° 030 - F03 Lista de verificación auditoría interna necesarias, para realizar la auditoría, con base en los criterios de auditoría.</p>	OPP/ GG / EQUIPO AUDITOR	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno / Auditor líder
15	<p>Realizar la Reunión de Apertura.</p> <p>Realizar la Reunión de Apertura, como inicio oficial de la ejecución de la auditoría en la que participan todos los involucrados en el ejercicio auditor. Se informa cómo se desarrollará la misma de acuerdo con el alcance planteado y los objetivos propuestos definidos en el Plan de</p>	OPP/ GG / EQUIPO AUDITOR	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno / Auditor líder

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

	Auditoría. El Auditor Líder será el encargado de dirigir esta actividad y contará con el apoyo de los auditores.		
16	<p>Ejecución de la Auditoria.</p> <p>Verificar los requisitos in situ soportando con evidencia objetiva los hallazgos identificados (Conformidad, No conformidad) del Sistema de Gestión Antisoborno, proceso, procedimiento o actividad auditados. Se realiza mediante la aplicación de las técnicas de recopilación de evidencia que sean aplicables. Ej. entrevistas, consultas, observación, visitas, revisión de documentos y registros. La auditoría puede ser de manera presencial, semipresencial o virtual dependiendo de los requerimientos del auditor.</p>	EQUIPO AUDITOR	Auditor líder y Auditores Internos

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

17	<p>Seguimiento al Plan de Auditoria.</p> <p>Realizar seguimiento al avance y cumplimiento de las actividades descritas en el Plan de Auditoría.</p>	OPP/ GG	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno
18	<p>Reunión de Auditores.</p> <p>Realizar Reunión de Auditores con el fin de establecer las conclusiones, unificar los criterios y confirmar los posibles hallazgos, con fin de preparar la Reunión de Cierre. Registrar en la PR N° 030-F04 Lista de Asistencia - Reunión de Apertura y Cierre de Auditoria.</p>	EQUIPO AUDITOR	Auditor Líder y Auditores Internos
19	<p>Reunión de Cierre: Realizar Reunión de Cierre con la participación de los auditados y auditores. En ésta se hace devolución de la información física suministrada y se comunican las conclusiones generales de la evaluación desarrollada. Registrar en la PR N° 030-F04 Lista de Asistencia - Reunión de Apertura y Cierre de Auditoria. El Auditor Líder será el encargado de dirigir esta</p>	OPP/ GG / EQUIPO AUDITOR / UNIDADES DE LA ORGANIZACIÓN	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno / Auditor Líder / Responsables de los procesos

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

	actividad y contará con el apoyo del equipo auditor.		
20	<p>Informe de Auditoría.</p> <p>Elaborar el PR N° 030-F05 Informe de resultados de la auditoría determinando los hallazgos identificados (Conformidad, No conformidad) y conclusiones.</p> <p>El informe de auditoría debe contar con la firma del auditor líder.</p>	EQUIPOS AUDITOR	AUDITOR LIDER Y AUDITORES INTERNOS
21	<p>Revisar el Informe de Auditoría.</p> <p>Realizar una revisión del informe de auditoría retroalimentando al auditor principal de los aspectos relevantes en desarrollo de la misma. En caso de no presentarse observaciones se aprueba y se envía al auditor líder para su firma; si requiere ajustes se regresa al equipo auditor para ajustarlo y regresarlo a la OPP para su aprobación.</p>	OPP/ GG	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno
22	Aprobación y envío del Informe final de Auditoría.	OPP/ GG	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

	Aprobar y comunicar el Informe Final de la auditoría a la Alta Dirección, los líderes y responsables de proceso auditados		
23	<p>Elaborar el Plan de Acciones Correctivas y/o Acciones de Mejora.</p> <p>Realizar el análisis de causas y proponer las acciones de mejora, de acuerdo a lo indicado en el PR N° 031-2020-IGP No Conformidades, Acciones Correctivas y Acciones de Mejora.</p> <p>El responsable del proceso que esté siendo auditado debe asegurarse de que se realizan las correcciones y se toman las acciones correctivas necesarias sin demoras injustificadas para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas</p>	OPP/ GG /UNIDADES DE LA ORGANIZACIÓN	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno / Responsables de los Procesos
24	<p>Conservar los Registros de Auditoria.</p> <p>Conservar, archivar y custodiar los soportes generados en la auditoria.</p>	OPP/ GG	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno
25	<p>Efectuar seguimiento al Plan de Acciones.</p>	OPP/ GG	Jefe de OPP / Oficial del Sistema de Gestión Antisoborno

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

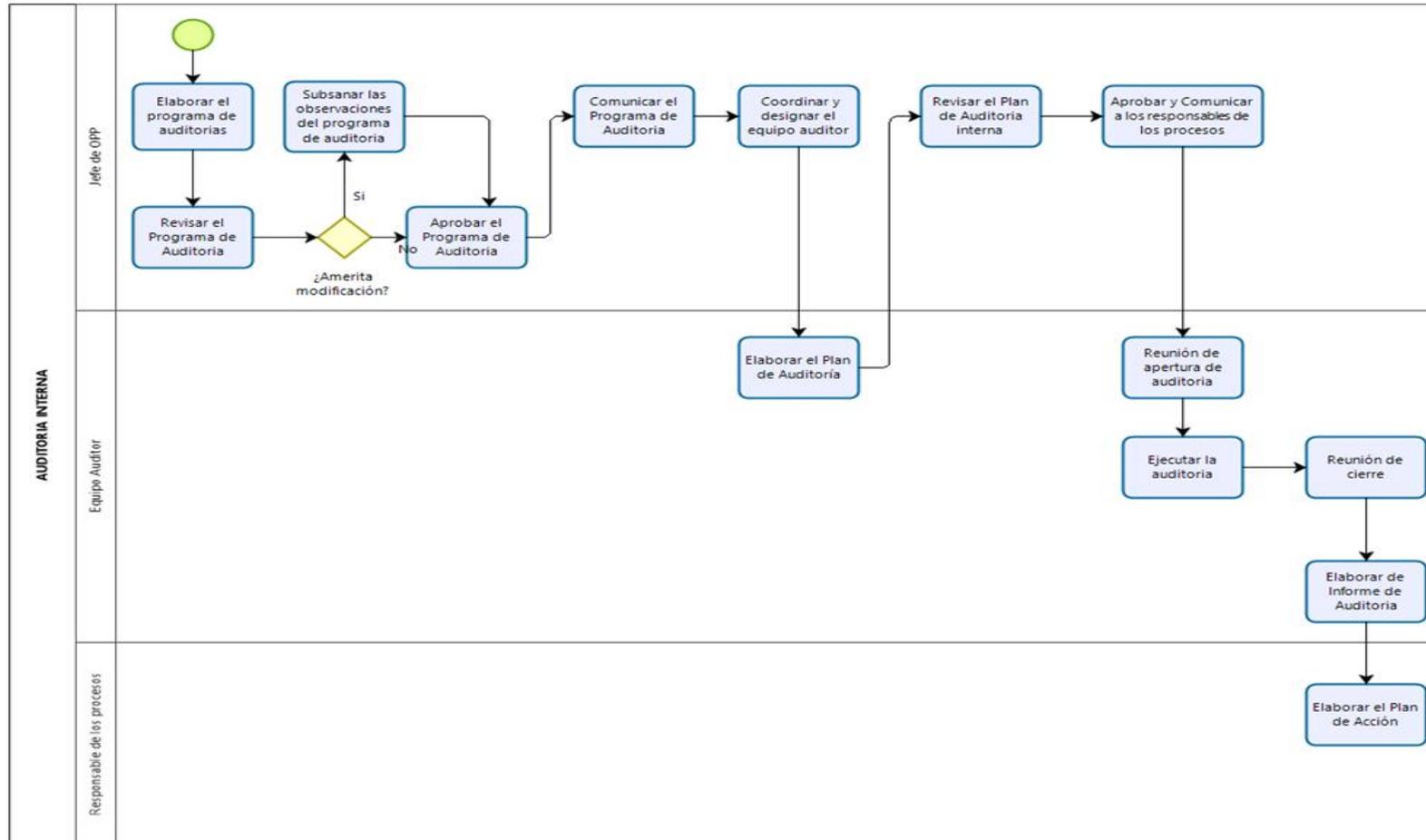
Realizar seguimiento y verificación al avance y cumplimiento de las acciones derivadas de auditoría interna		
Fin del procedimiento		
DOCUMENTOS QUE SE GENERAN (Documento de salida del procedimiento)		
PR 030-F01 Programa Anual de Auditoría		
PR 030-F02 Plan de Auditoría		
PR 030-F03 Lista de verificación auditoría interna		
PR 030-F04 Lista de Asistencia - Reunión de Apertura y Cierre de Auditoría		
PR 030-F05 Informe de Resultados de la auditoría		

(*) Según siglas de las Unidades de Organización

“Toda copia impresa es un Documento No Controlado a excepción del original”

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	AUDITORÍA INTERNA SGAS	Código: PR 030-2020-IGP Sigla de Área: GG

ANEXO 1: FLUJOGRAMA



	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR- 004-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG/OPP

PROCEDIMIENTO PR 004-2020-IGP

NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA

Versión 04

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR- 004-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG/OPP

PROCEDIMIENTO PR 004-2020-IGP

NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
01	27/11/2019	1. Creación del documento
02	02/11/2020	1. Cambio de Codificación de procedimiento. 2. Cambio en el alcance. 3. Cambio de Base Normativa. 4. Se agrego definición de SGSI.
03	30/09/2021	1. Actualizar alcance y descripción de secuencia de actividades
04	28/06/2022	1. Incluir anexo 2 Metodología de análisis de no conformidades, acciones correctivas y acciones de mejora
FORMULADO OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	REVISADO Y VISADO OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	REVISADO Y VISADO OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA
APROBADO GERENCIA GENERAL	REVISADO Y VISADO	REVISADO Y VISADO

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR- 004-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG/OPP

NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA

	INSTITUTO GEOFÍSICO DEL PERÚ		
	FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO		
DATOS DEL PROCEDIMIENTO			
Nombre del procedimiento	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Objetivo del procedimiento	Establecer la metodología para determinar, analizar, implementar acciones y controlar las no conformidades reales, potenciales presentadas u oportunidades de mejora que conlleven a la apertura de acciones correctivas o de mejora apropiadas y que, tras su implantación, resulten eficaces para evitar su reincidencia o prevenir su ocurrencia, dando cumplimiento a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad y del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información.
Código del Proceso relacionado	E02, E04	Alcance del procedimiento	Aplica para los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) y al Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información (SGSI).
Versión	04		
Base Normativa (Son disposiciones legales que soportan el procedimiento)			
Norma ISO 9001:2015		Requisito 10. Mejora	
Norma ISO 27001:2013		Requisito 10. Mejora	
Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2018-PCM/SGP		Norma Técnica N° 001-2018-PCM/SGP	

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR- 004-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG/OPP

Resolución de Gerencia General N° 029-2020-IGP	“Aprobación, modificación o derogación de documentos normativos del IGP”
Resolución de Gerencia General N°042-2020-IGP	MP 001-2020-IGP Manual de Procesos del IGP y sus modificatorias
Siglas y Definiciones (Abreviaturas y acrónimos)	
SGC: Sistema de Gestión de Calidad	
SGSI: Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información	
OPP: Oficina de Planeamiento y Presupuesto	
ALT: Persona o grupo de personas que dirige y controla una organización al más alto nivel. El Comité de Alta Dirección del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015, es responsable de dirigir la implementación del SGC.	
CGD: Comité de Gobierno Digital.	
Acciones Correctivas: Acciones tomadas para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.	
Acciones de Mejora: Acción permanente realizada, con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.	
Análisis de Causas: Metodología mediante la cual se determina la raíz de un problema real o potencial, mediante las técnicas de los 5 ¿Por qué?, con el propósito de identificar el fondo del problema.	
Corrección: Acción tomada para eliminar una No conformidad detectada.	
Hallazgo: Hecho relevante que se constituye en un resultado determinante en la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoria. Los hallazgos de la auditoria pueden indicar: No Conformidad Potencial, No Conformidad Real u Observación.	
No conformidad potencial: Situación potencialmente indeseable que puede afectar el desarrollo normal de los procesos y llegar a causar una no conformidad real, en la cual no hay incumplimiento de un requisito, pero puede llegar a generarse.	

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR- 004-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG/OPP

No conformidad real: Incumplimiento de algún requisito preestablecido del cliente, legal o de la organización.	
Observación: Son recomendaciones que le dan mayor solidez al sistema. Corresponden a oportunidad de mejora, ésta podría evitar una futura No Conformidad.	
Servicio No conforme: Servicio que no cumple con uno o varios de los requisitos.	
Responsable del Proceso: Son los dueños de los procesos, encargados de determinar el contexto externo e interno de la organización, según su competencia, realizando su actualización frente a cambios trascendentes que afecten o ponga en riesgo el SGC, o; de lo contrario, realizarlo con una periodicidad anual.	
Oficial de Seguridad de la Información: Miembro del Comité de Gobierno Digital que tiene funciones específicas en relación con la implementación y mejoramiento del SGSI en la institución.	
Responsable del SGC: Servidor que cumple el rol del aseguramiento del SGC, a través del asesoramiento al Comité de Alta Dirección, el seguimiento y el control de la documentación.	
Elemento de Entrada (Requisitos para iniciar el procedimiento)	
Descripción del Requisito	Fuente
Hallazgos de incumplimiento en Auditorías tanto internas como externas.	PR N° 002-2020-IGP Auditoría Interna
Identificación del Servicio No Conforme	PR N° 008-2020-IGP Salida No Conforme
Riesgos y Oportunidades	PR N° 007-2020-IGP Gestión de Riesgos y Oportunidades en el Instituto Geofísico del Perú (IGP)
Quejas, Reclamos y Resultado de evaluación de Satisfacción de los clientes	PR N° 010-2020-IGP Retroalimentación al Cliente
Resultado de la revisión por la dirección al SGC y Comportamiento de los indicadores de gestión	PR N° 005-2020-IGP Seguimiento, Medición, Gestión del Cambio y Revisión por la Dirección

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR- 004-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG/OPP

Resultados de Evaluación y Reevaluación de Proveedores	PR N° 021-2020-IGP Evaluación de Proveedores
Incidentes de Seguridad de la Información	PR N° 016-2020-IGP Respuesta ante Incidentes de Seguridad de la Información y su Investigación

ACTIVIDADES (Actividad, Unidad de Organización y Responsable)

N°	Descripción de la Actividad	Unidad de Organización (*)	Responsable
1	<p>Detección del hallazgo (No Conformidad / Aspecto por Mejorar):</p> <p>Identificar el hallazgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de Salida No Conforme • Peticiones, Quejas y Reclamos. • Resultado de la revisión por la dirección al SGC o al SGSI. • Hallazgos de incumplimiento en Auditorias tanto internas como externas. • Matriz de Riesgos y Oportunidades / Matrices de Riesgos y Oportunidades • Comportamiento de los indicadores de gestión. • Resultado de evaluación de Satisfacción de los clientes • Resultados de Evaluación y Reevaluación de Proveedores • Incidentes de Seguridad de la Información • Acciones anteriores Ineficaces • Informes de Entes de Control o Regulación 	Unidades de Organización / OPP	Unidades de Organización / Responsable del SGC
2	<p>Reportar (Aspecto por Mejorar / No Conformidad):</p> <p>Reportar una NO CONFORMIDAD o aspecto por mejorar a la OPP/CGD, el responsable de la solución debe analizar el impacto de incumplimiento y</p>	Unidades de Organización / OPP / CGD	Unidades de Organización / Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR- 004-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG/OPP

	determinar si requiere dar solución inmediata al hallazgo. Así mismo, se describir en forma detallada la no conformidad o aspecto por mejorar.		
3	Convocar reunión de trabajo con cada responsable del proceso.	OPP / CGD	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información
4	<p>Abrir Acción Correctiva y/o Mejora (No Conformidad / Aspecto por Mejorar)</p> <p>Realizar una descripción detallada de la No Conformidad / Aspecto por Mejorar, indicando, además, el punto de la norma que no se está cumpliendo en el PR N° 004-F01 Solicitud de Acciones Correctivas o en el PR N° 004-F02 Solicitud de Acciones de Mejora / Cambio.</p>	Unidades de Organización / OPP / CGD	Responsable del SGC / Responsable de los Procesos / Oficial de Seguridad de la Información
5	<p>Las acciones de mejora se establecen para fortalecer el desempeño del IGP y aumentar la capacidad para cumplir con los requisitos de los clientes y partes interesadas.</p> <p>Las no conformidades detectadas en las auditorías realizadas, siempre dan origen a Acciones Correctivas, las Observaciones detectadas en las auditorías realizadas pueden dar origen a Acciones de Mejora.</p>	Unidades de Organización / OPP / CGD	Responsable del SGC / Responsable de los Procesos / Oficial de Seguridad de la Información
6	El primer paso siempre debe ser la corrección del fallo, y una vez resuelto, proceder a analizar la causa por la que se ha producido.	Unidades de Organización / OPP / CGD	Responsable del SGC / Responsable de los Procesos / Oficial de Seguridad de la Información
7	<p>Investigar las causas (No Conformidad / Aspecto por Mejorar)</p> <p>Proceder a investigar la causa raíz de las No Conformidades tanto reales como potenciales a través de la herramienta de los cinco Por Qué. Para las oportunidades de mejora se deben recopilar y analizar datos para descubrir qué tipos de problemas ocurren más frecuentemente, seleccionar el problema y establecer un objetivo para la mejora.</p>	Unidades de Organización / OPP / CGD	Responsable del SGC / Responsable de los Procesos / Oficial de Seguridad de la Información

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR- 004-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG/OPP

8	<p>Definir el Plan de Acción</p> <p>Definir las Acciones Correctivas y/o Acciones de Mejora a seguir, incluyendo los responsables de las acciones y las fechas límite de la acción y firman en señal de aprobación todos los involucrados.</p>	Unidades de Organización / OPP / CGD	Responsable del SGC / Responsable de los Procesos / Oficial de Seguridad de la Información
9	<p>Ejecutar el Plan de Acción</p> <p>Implementar el Plan de Acción en los plazos establecidos.</p>	Unidades de Organización	Responsable de los Procesos / Oficial de Seguridad de la Información
10	<p>Realizar Seguimiento al Plan de Acción.</p> <p>Monitorear periódicamente los registros y verificar el estado de dichas acciones al momento de las revisiones y registrar en el PR N° 004-F03 Seguimiento de las Acciones Correctivas y/o Acciones de Mejora.</p> <p>Para el caso de las acciones correctivas, el seguimiento se realiza para evitar la recurrencia de la no conformidad y a su vez evaluar su eficacia. Para las acciones de mejora, el seguimiento se realiza para confirmar que el problema y sus causas raíz han sido eliminados o sus efectos disminuidos, que la solución ha funcionado, y que se ha logrado la meta de mejora.</p>	OPP / CGD	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información
11	<p>Verificar el Plan de Acción</p> <p>Registrar en el PR N° 004-F01 Solicitud de Acciones Correctivas o en el PR N° 004-F02 Solicitud de Acciones de Mejora / Cambio los resultados obtenidos de las acciones tomadas.</p>	OPP / CGD	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información
12	<p>Verificar la eficacia de las acciones</p> <p>Establecer una nueva Acción Correctiva y/o Acción de Mejora, si la acción propuesta no haya sido eficaz, se retoma el problema y se estudian o analizan otras acciones más eficaces, repitiendo el proceso.</p>	OPP / CGD	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información

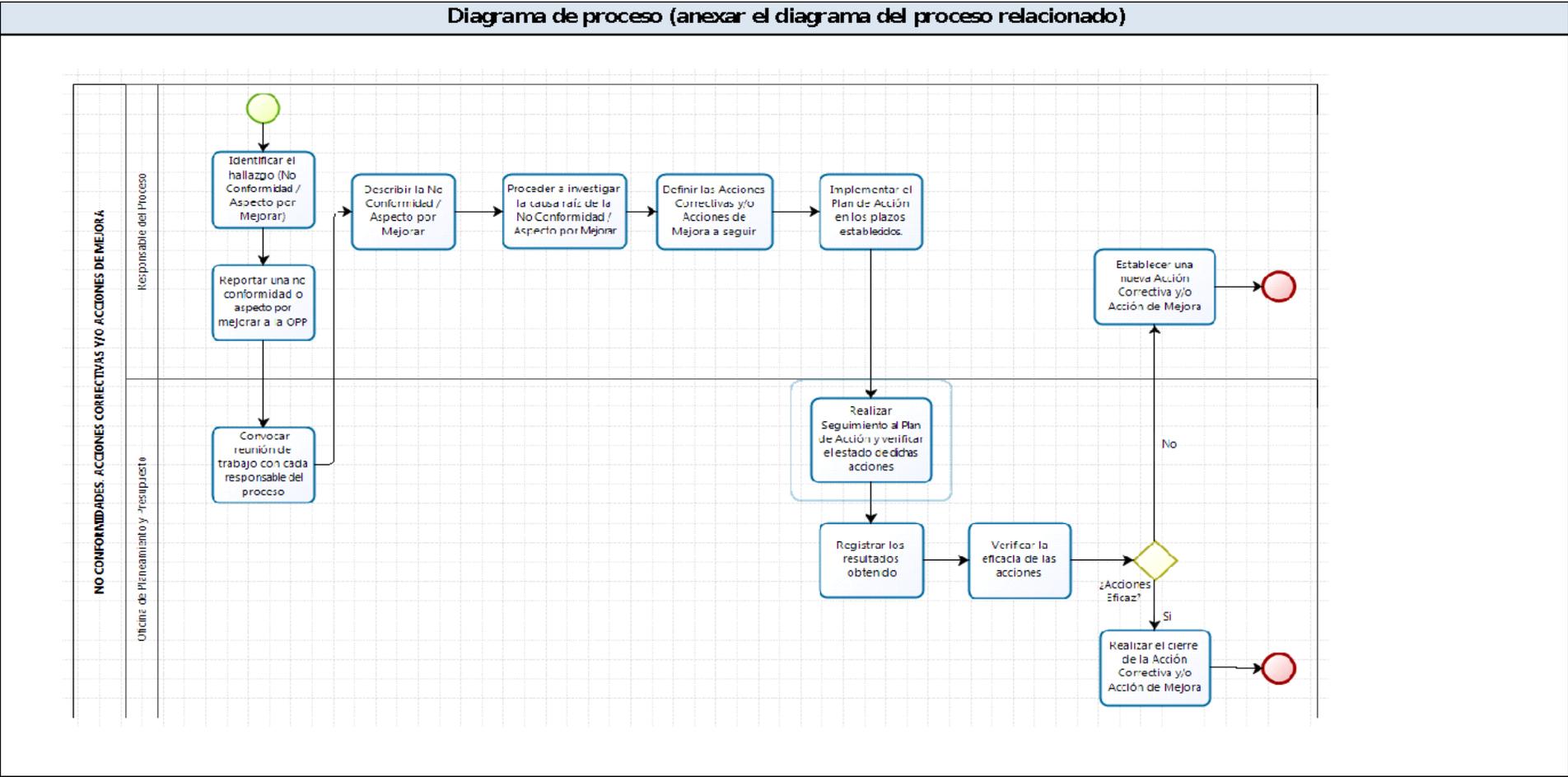
	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR- 004-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG/OPP

	La manera de verificar la eficacia de una acción es revisar durante un tiempo determinado.		
13	<p>Cierre de la Acción Correctiva y/o Acción de Mejora</p> <p>Realizar el cierre de la Acción Correctiva y/o Acción de Mejora luego que la (s) causa (s) de la no conformidad es eliminada o sus efectos disminuidos y se ha evaluado el cumplimiento y eficacia de la misma, a través de la revisión de los resultados obtenidos del seguimiento, y dejando registros de la eliminación de las causas de la no conformidad real, potencial o de los resultados de la mejora implementada.</p>	OPP / CGD	Responsable del SGC / Oficial de Seguridad de la Información
Fin del procedimiento			
DOCUMENTOS QUE SE GENERAN (Documento de salida del procedimiento)			
PR N° 004-F01 Solicitud de Acciones Correctivas			
PR N° 004-F02 Solicitud de Acciones de Mejora / Cambio			
PR N° 004-F03 Seguimiento de las Acciones Correctivas y/o Acciones de Mejora			

“Toda copia impresa es un Documento No Controlado a excepción del original”

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR- 004-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG/OPP

ANEXO I – DIAGRAMA DE PROCESO



	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR- 004-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG/OPP

ANEXO 2 - METODOLOGIA DE ANALISIS DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y ACCIONES DE MEJORA

I. DEFINICIONES

a) Requisito: Un requisito es una necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita ú obligatoria (punto 3.6.4 - norma ISO 9001:2015). Es decir, requisito es un escenario deseable o una especificación que se debe cumplir, para obtener un producto y/o servicio con unas características definidas previamente.

Además, la norma ISO 9001:2015 indica lo siguiente:

- Nota 1 a la entrada: “Generalmente implícita” significa que es habitual o práctica común para la organización (3.2.1) y las partes interesadas (3.2.3) el que la necesidad o expectativa bajo consideración está implícita.
- Nota 2 a la entrada: Un requisito especificado es aquel que está establecido, por ejemplo, en información documentada (3.8.6).
- Nota 3 a la entrada: Pueden utilizarse calificativos para identificar un tipo específico de requisito, por ejemplo, requisito) de un producto (3.7.6), requisito de la gestión de la calidad (3.3.4), requisito del cliente (3.2.4), requisito de la calidad (3.6.5).
- Nota 4 a la entrada: Los requisitos pueden ser generados por las diferentes partes interesadas o por la propia organización.
- Nota 5 a la entrada: Para lograr una alta satisfacción del cliente (3.9.2) puede ser necesario cumplir una expectativa de un cliente incluso si no está declarada ni generalmente implícita, ni es obligatoria.
- Nota 6 a la entrada: Este término es uno de los términos comunes y definiciones esenciales para las normas de sistemas de gestión que se proporcionan en el Anexo SL del Suplemento ISO consolidado de la Parte 1 de las Directivas ISO/IEC. La definición original se ha modificado añadiendo las notas 3 a 5 a la entrada.

b) Problema: Es un efecto indeseable contrario a lo que se esperaba en una actividad o proceso; dicho en otras palabras, un problema, en términos empresariales, es la diferencia entre una situación prevista, esperada y una situación real¹. Para fines de las normas ISO 9001, los problemas han sido denominados con el termino **No Conformidad**, por lo tanto, cuando se refiera a una No Conformidad se refiere a un problema.

Por ejemplo:

¹ Gan F. &Trigené,J.(Enero 2000). ProQuest ebrary

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR- 004-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG/OPP

Situación deseada: Emitir un reporte en el tiempo establecido en el cronograma institucional.

No conformidad: La emisión del reporte no cumplió con el tiempo establecido.

- c) No conformidad:** Es el incumplimiento de un requisito preestablecido, pudiendo ser estos requisitos de diferente origen: **Externos** (incumplimiento de legislación, una norma ISO, requerimientos de un proveedor) ó **internos** (incumplimientos de procedimientos internos de la empresa, requisitos internos definidos en los sistemas de gestión, etc). La no conformidad se genera con el incumplimiento de uno o más requisitos por cualquier parte interesada de la institución, es decir, los colaboradores, usuarios de los servicios, proveedores, entre otros; con relación a los servicios y procesos que desarrolla la institución. Ejemplo de No conformidad: Utilización de documentos no vigentes; Falta de actualización de documentos; Muchos registros con falta de datos; Omisión de algún requisito y/o párrafo de la Norma auditada; Incumplimiento de algún requisito, normatividad u otros; Acciones correctivas no implementadas en tiempo y forma y/o falta de eficacia de las mismas.
- d) Observación:** Son Evidencias encontradas que pueden generar en un futuro una No Conformidad. Ejemplo: Omisión de algún dato en los registros del SGC y SGSI, Inconsistencia o falta de relación entre lo establecido en los procedimientos y la actividad que se está ejecutando (siempre y cuando no sea recurrente), Incorrecta implementación de las actividades de los mismos, según lo documentado, Llenado incorrecto o incompleto de registros, Incumplimiento de algún requisito que especifica el procedimiento operativo, proceso y/o falta de evidencia sin que afecte la prestación del servicio.
- e) Oportunidad de Mejora:** Es un hallazgo en el cual sí existe un cumplimiento, pero a pesar de ello se determina, bajo criterios objetivos, que existe un margen de mejora para optimizar más una actividad, tarea o proceso concreto. Ejemplo: Cuando se cuenta con los documentos formatos, etc pero requieren mejorarse en cuanto a su diseño, Cuando se tiene definido quien realiza la actividad y lo hace pero no es lo más conveniente que ese puesto lo realice, Cuando el proceso se está

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR- 004-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG/OPP

realizando de acuerdo a lo establecido en los programas, sin embargo es necesario realizar ciertos ajustes para mejorar la operación del mismo.

- f) **Fuentes de Identificación:** Una fuente de una no conformidad (problema) corresponde al lugar donde este fue identificado, en este caso, el IGP ha establecido las siguientes categorías de fuente:

REQUISITO	FUENTE
Hallazgos de incumplimiento en Auditorías tanto internas como externas	PR N° 002-2020-IGP Auditoría Interna
Identificación del Servicio No Conforme	PR N° 008-2020-IGP Salida No Conforme
Riesgos y Oportunidades	PR N° 007-2020-IGP Gestión de Riesgos y Oportunidades en el Instituto Geofísico del Perú (IGP)
Quejas, Reclamos y Resultado de evaluación de Satisfacción de los clientes	PR N° 010-2020-IGP Retroalimentación al Cliente
Resultado de la revisión por la dirección al SGC y Comportamiento de los indicadores de gestión	PR N° 005-2020-IGP Seguimiento, Medición, Gestión del Cambio y Revisión por la Dirección
Resultados de Evaluación y Reevaluación de Proveedores	PR N° 021-2020-IGP Evaluación de Proveedores
Incidentes de Seguridad de la Información	PR N° 016-2020-IGP Respuesta ante Incidentes de Seguridad de la Información y su Investigación

- g) **Causa Raíz:** El análisis de causa raíz es un proceso que descubre los orígenes de un problema, lo que permite diseñar las acciones correctivas adecuadas para solucionarlo y asegurar que no se repita (**Norma ISO 31000**).
- h) **Recopilación y verificación de la información:** Solo debería aceptarse como evidencia de la auditoría la información que puede estar sujeta a algún grado de verificación. Cuando el grado de verificación es bajo, el

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR- 004-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG/OPP

auditor debería utilizar su juicio profesional para determinar el grado de fiabilidad que se puede depositar en la información como evidencia.

- i) **Recopilación mediante Muestreo:** El objetivo de aplicar técnica de muestreo en la auditorías es proporcionar información para que el auditor se asegure de que los objetivos de la auditoría pueden alcanzarse. Este tipo de muestreo depende de los conocimientos, habilidades y experiencia del equipo auditor. El riesgo asociado con el muestreo es que la muestra seleccionada pueda ser no representativa y por lo tanto la conclusión del auditor puede estar sesgada.

II. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE UNA NO CONFORMIDAD

A continuación se presenta la metodología de análisis y tratamiento de una No Conformidad:

Fase 1- Detección de una No conformidad

La primera fase es la detección de la no conformidad. En principio una No Conformidad debería poder ser detectada por cualquier miembro de la organización, así como por cualquier parte externa interesada (auditores, proveedores, clientes). Una vez detectada es importante que sea documentada, incluyendo varios hitos básicos en esta primera fase:

- La evidencia, la prueba que demuestra la no conformidad, lo que está mal o desviado
- El documento o requerimiento contra el que va la no conformidad. Estos documentos son los que indican lo que se debería haber hecho, y se ha incumplido.
- El punto de la norma de referencia en el que se clasifica la no conformidad
- La fecha y la persona que la ha detectado.

Para comprender mejor, se utiliza el siguiente “triángulo de no conformidad”, donde indica las tres condiciones para que se declare una No Conformidad:

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR- 004-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG/OPP

Requisito que se cumple, incumple o que se puede incumplir; Incumplimiento y Evidencia.

Ilustración 1 Triangulo de No Conformidad



Fase 2 - Definir No Conformidad

Para definir la no conformidad se tiene como base el triángulo de No Conformidad y mediante la siguiente estructura:

ESTRUCTURA DE UNA NO CONFORMIDAD	
UBICACIÓN	Indicar el proceso y/o dependencia donde se genera el criterio negado
EVIDENCIA	Puntualizar los hechos verificables que soportan el criterio negado
REQUISITO	Señalar el requisito que se pasó por alto

Por lo tanto, para la redacción de una No Conformidad, tendría que seguir la siguiente sintaxis:

$$\boxed{\text{Sintaxis} = \text{Ubicación} + \text{Evidencia} + \text{Requisito}}$$

Fase 3 - Acción inmediata (corrección)

En esta fase se analiza el efecto producido por la No Conformidad detectada y de forma automática e inmediata se intenta reparar dicho efecto. Estas acciones reparadoras suelen ser inmediatas y es importantes asignarles un responsable y una fecha máxima para su ejecución.

Fase 4 - Análisis de la Causas

Esta fase es clave para evitar la reproducción futura de la no conformidad. Se comprueba cuáles son las causas raíz que han dado lugar a esa No Conformidad. En el caso del IGP, se ha seleccionado la técnica de los 5 ¿Por qué? (Five Why's), teniendo en cuenta que es una herramienta fácil de interpretar y aplicar, lo que permite que ante cualquier No Conformidad que se presente, se pueda encontrar su causa raíz de manera inmediata para tomar acciones correctivas y evitar que se vuelva a presentar.

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR- 004-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG/OPP

5 ¿Por qué? (Five Why's)

¿ Qué es ?

Los **Cinco Por Qués** es una técnica sistemática de preguntas utilizada durante la fase de análisis de problemas para buscar posibles causas principales de un problema. Durante esta fase, los miembros del equipo pueden sentir que tienen suficientes respuestas a sus preguntas. La técnica requiere que el equipo pregunte "Por Qué" al menos cinco veces, o trabaje a través de cinco niveles de detalle. Una vez que sea difícil para el equipo responder al "Por Qué", la causa más probable habrá sido identificada.

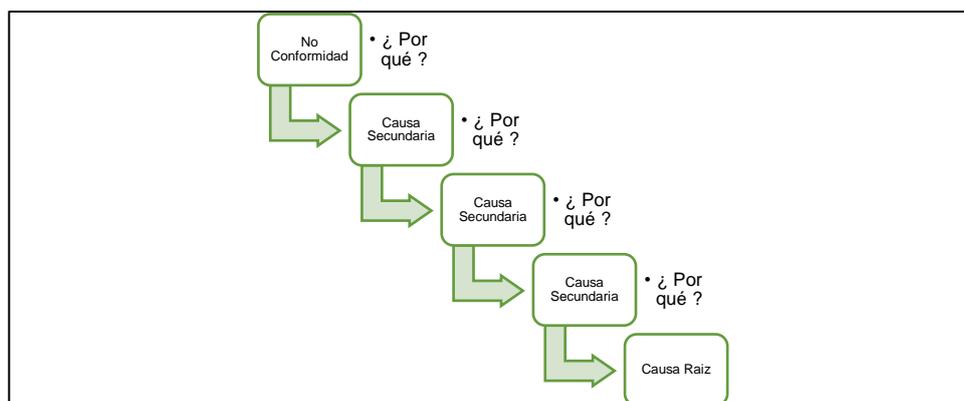
¿ Cuándo se utiliza ?

Para identificar las causas raíz (principal) de la No Conformidad.

¿ Cómo se utiliza?

La técnica de los 5 porque consiste en una cadena sucesiva de preguntas y respuestas que nos permiten indagar y conocer las razones por los cuales se originó la No Conformidad, encontrando la respuesta del quinto ¿ Por qué ?, la causa raíz que dio existencia a la situación presentada y en las otras respuestas las causas secundarias que serán eliminados una vez que se tomen las acciones correspondientes para el tratamiento de la causa raíz identificada. A continuación se presenta un esquema grafico para su interpretación:

Ilustración 2 Esquema gráfico de la herramienta de los 5 ¿ Por qué?



Consejos para la Construcción/ Interpretación

Esta técnica se utiliza mejor en equipos pequeños (4 a 8 personas). El facilitador deberá conocer la dinámica del equipo y las relaciones entre los miembros del equipo. Durante los Cinco Por Qués, existe la posibilidad de que muchas preguntas de Por Qué, Por Qué, etc. podrían causar molestia entre algunos de los miembros del equipo.

	PROCEDIMIENTO	Versión: 04
	NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR- 004-2020-IGP Sigla de Área: OTIDG/OPP

Fase 5 – Plan de acción por causas analizadas

En esta fase, se define la acción correctiva y/o mejora que se debe emprender para actuar sobre las causas raíz de la No Conformidad, es decir para eliminar dicha causa principal u origen, lo que implicaría la garantía de que la no conformidad no volverá a producirse en el futuro. En este caso, se pueden identificar varias acciones correctivas y/o mejoras derivadas de una no conformidad. Es fundamental definir responsables ejecutores y los plazos para llevarlas a cabo.

Fase 6 - Seguimiento de las acciones

En esta fase, es necesario hacer un seguimiento periódico del grado de cumplimiento de las acciones establecidas, indicando quién realiza dicho seguimiento, la fecha y el estado de evolución.

Fase 7 - Verificación de la Eficacia y Cierre

En este punto se trata de analizar la eficacia de las acciones implantadas, si el resultado ha sido eficaz y se ha obtenido el resultado que se esperaba eliminando la causa raíz que dio origen a la no conformidad.

- Cuando la acción correctiva ha sido eficaz, se procede a su cierre, indicando que ha sido eficaz, la persona que hace dicho cierre y la fecha.
- Las no conformidades solo deberían ser cerradas, cuando a su vez se han cerrado satisfactoriamente todas las acciones correctivas relacionadas.

(*) De carácter opcional

 Instituto Geofísico del Perú	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

PROCEDIMIENTO PR 031-2020-IGP

CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA

Versión 03

	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

PROCEDIMIENTO PR 031-2020-IGP

CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
01	17/11/2020	Documento Inicial
02	26/01/2022	Actualización de datos del procedimiento
03	28/06/2022	Se incluye el anexo 2 Metodología de análisis de No Conformidades, acciones correctivas y acciones de mejora
FORMULADO GERENCIA GENERAL	REVISADO Y VISADO OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	REVISADO Y VISADO OFICINA DE ASESORÍA JURÍDICA
APROBADO GERENCIA GENERAL	REVISADO Y VISADO	REVISADO Y VISADO

	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA

	INSTITUTO GEOFÍSICO DEL PERÚ FICHA TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO		
DATOS DEL PROCEDIMIENTO			
Nombre del procedimiento	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Objetivo del procedimiento	Establecer los lineamientos que deben aplicarse en el tratamiento de No conformidades, acciones correctivas y/o acciones de mejora.
Código del Proceso relacionado	E03	Alcance del procedimiento	Aplica para los procesos del Sistema de Gestión Antisoborno del IGP desde el momento en que se identifican las no conformidades y/o las oportunidades de mejora, hasta el cierre de las acciones correctivas y de mejora.
Versión	03		
BASE NORMATIVA (Son disposiciones legales que soportan el procedimiento)			
Norma ISO 37001		Requisito 10.1 No conformidades y acciones correctivas	
Norma ISO 37001		Requisito 10.2 Mejora continua	

	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

SIGLAS Y DEFINICIONES (Abreviaturas y acrónimos)

SGAS: Sistema de Gestión Antisoborno.

Acciones Correctivas: Acciones tomadas para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.

Acciones de Mejora: Acción permanente realizada, con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

Análisis de Causas: Metodología mediante la cual se determina la raíz de un problema real o potencial.

Corrección: Acción tomada para eliminar una No conformidad detectada.

Hallazgo: Hecho relevante que se constituye en un resultado determinante en la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar: No Conformidad Potencial, No Conformidad Real u Observación.

No conformidad potencial: Situación potencialmente indeseable que puede afectar el desarrollo normal de los procesos y llegar a causar una no conformidad real, en la cual no hay incumplimiento de un requisito, pero puede llegar a generarse.

No conformidad real: Incumplimiento de algún requisito preestablecido del cliente, legal o de la organización.

Observación: Son recomendaciones que le dan mayor solidez al sistema. Corresponden a oportunidad de mejora, ésta podría evitar una futura No Conformidad.

Oficial de Cumplimiento (OC): Es la persona con responsabilidad y autoridad para la operación del Sistema de Gestión Antisoborno en el IGP, que desempeña la función de cumplimiento.

	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

Servicio No conforme: Servicio que no cumple con uno o varios de los requisitos.

Responsable del Proceso: Son los dueños de los procesos, encargados de determinar el contexto externo e interno de la organización, según su competencia, realizando su actualización frente a cambios trascendentes que afecten o ponga en riesgo el SGAS, o; de lo contrario, realizarlo con una periodicidad anual.

ELEMENTOS DE ENTRADA

Hallazgos de incumplimiento en Auditorías tanto internas como externas.	PR N° 030-2020-IGP Auditoría Interna
Riesgos y Oportunidades	PR N° 028-2020-IGP Procedimiento de Gestión de Riesgo Antisoborno ISO 37001
Resultado de la revisión por la dirección al SGAS	PR N° 032-2020-IGP Seguimiento, Medición, Gestión del Cambio y Revisión por la Dirección

ACTIVIDADES (Actividad, Unidad de Organización y Responsable)

N°	Descripción de la Actividad	Unidad de Organización	Responsable
----	-----------------------------	------------------------	-------------

	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

1	<p>Determinar el hallazgo de No Conformidad y/o Aspecto por Mejorar.</p> <p>a) Revisar el resultado de la revisión por la dirección al SGAS, hallazgos de incumplimiento en auditorías tanto internas como externas y resultados de evaluación de la matriz de riesgos.</p>	Unidades de Organización / OPP/UFII	Unidades de Organización / Jefe de OPP/ OC
2	<p>Reportar No Conformidad</p> <p>a) Analizar el impacto del incumplimiento determinando si se requiere dar solución inmediata.</p> <p>b) Describir en forma detallada la no conformidad o aspecto por mejorar.</p>	OPP/UFII	Jefe de OPP/OC
3	<p>Convocar a reunión de trabajo con cada responsable del proceso.</p>	OPP/UFII	Jefe de OPP/OC
4	<p>Describir No conformidad.</p> <p>a) Realizar una descripción detallada de la No Conformidad / Aspecto por Mejorar.</p> <p>b) Indicar en la descripción el punto de la norma que no se está cumpliendo en PR N° 031-F01 Solicitud de Acciones Correctivas o en PR N°</p>	OPP/UFII	Jefe de OPP/OC

	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

	031-F02 Solicitud de Acciones de Mejora / Cambio.		
5	<p>Definir Acciones Correctivas.</p> <p>a) Establecer las acciones de mejora con el objetivo de minimizar los riesgos de soborno en el IGP.</p> <p>Observación: Las no conformidades detectadas en las auditorías realizadas, siempre dan origen a Acciones Correctivas, las Observaciones detectadas en las auditorías realizadas pueden dar origen a Acciones de Mejora.</p>	OPP/UFII	Jefe de OPP/OC
6	<p>Corregir fallo de No conformidad/ Aspecto a mejorar.</p>	Unidades de Organización	Dueños del Proceso
7	<p>Investigar la causa raíz de No Conformidad / Aspecto por Mejorar.</p> <p>a) Definir las causas reales y potenciales a través de la herramienta de los cinco Por Qué y/o datos estadísticos para analizar las No conformidades.</p> <p>b) Identificar la estrategia de mejora, definir lo que se va a medir, recolectar datos, procesar</p>	OPP/UFII/Unidad de la Organización	Jefe de OPP/OC/Dueño del Proceso

	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

	datos, analizar la información de datos y aspectos por mejorar.		
8	<p>Definir las Acciones Correctivas y/o Acciones de Mejora</p> <p>a) Identificar a los responsables de las acciones correctivas y/o mejora.</p> <p>b) Precisar el tiempo de ejecución y las fechas límite de la acción. Aprobar todos los presentes de la asamblea las acciones correctivas y/o acciones de mejora.</p>	OPP/UFII/Unidad de la Organización	Jefe de OPP/OC/Dueño del Proceso
9	<p>Ejecutar e implementar Plan de Acción en los plazos establecidos.</p>	Unidad de la Organización	Dueño del Proceso
10	<p>Realizar Seguimiento al Plan de Acción</p> <p>a) Monitorear periódicamente los registros.</p> <p>b) Verificar el estado de dichas acciones al momento de las revisiones.</p> <p>c) Registrar en el PR N° 031-F03 Seguimiento de las Acciones Correctivas y/o Acciones de Mejora. Para el caso de las acciones correctivas, el seguimiento se realiza para evitar la recurrencia de la no conformidad y a su vez</p>	OPP/UFII/Unidad de la Organización	Jefe de OPP/OC/Dueño del Proceso

	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

	<p>evaluar su eficacia. Para las acciones de mejora, el seguimiento se realiza para confirmar que el problema y sus causas raíz han sido eliminados o sus efectos disminuidos, que la solución ha funcionado, y que se ha logrado la meta de mejora.</p>		
11	<p>Verificar Plan de Acción.</p> <p>a) Registrar en el PR N° 031-F01 Solicitud de Acciones Correctivas o en el PR N° 031-F02 Solicitud de Acciones de Mejora / Cambio los resultados obtenidos de las acciones tomadas.</p>	<p>OPP/UFII/Unidad de la Organización</p>	<p>Jefe de OPP/OC/Dueño del Proceso</p>
12	<p>Verificar eficacia de las acciones.</p> <p>a) Establecer una nueva Acción Correctiva y/o Acción de Mejora, si la acción propuesta no haya sido eficaz, se retoma el problema y se estudian o analizan otras acciones más eficaces, repitiendo el proceso. La manera de verificar la eficacia de una acción es revisar durante un tiempo determinado.</p>	<p>OPP/UFII/Unidad de la Organización</p>	<p>Jefe de OPP/OC/Dueño del Proceso</p>
13	<p>Realizar el cierre de la Acción Correctiva y/o Acción de Mejora.</p>	<p>OPP/UFII/Unidad de la Organización</p>	<p>Jefe de OPP/OC/Dueño del Proceso</p>

	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

- a) Eliminar la(s) causa(s) de la no conformidad o en su defecto disminuir.
- b) Evaluar el cumplimiento y eficacia de esta, a través de la revisión de los resultados obtenidos del seguimiento, y dejando registros de la eliminación de las causas de la no conformidad real, potencial o de los resultados de la mejora implementada.

FIN DEL PROCEDIMIENTO

DOCUMENTOS QUE SE GENERAN (Documento de salida del procedimiento)

PR 031-F01 Solicitud de Acciones Correctivas

PR 031-F02 Solicitud de Acciones de Mejora / Cambio

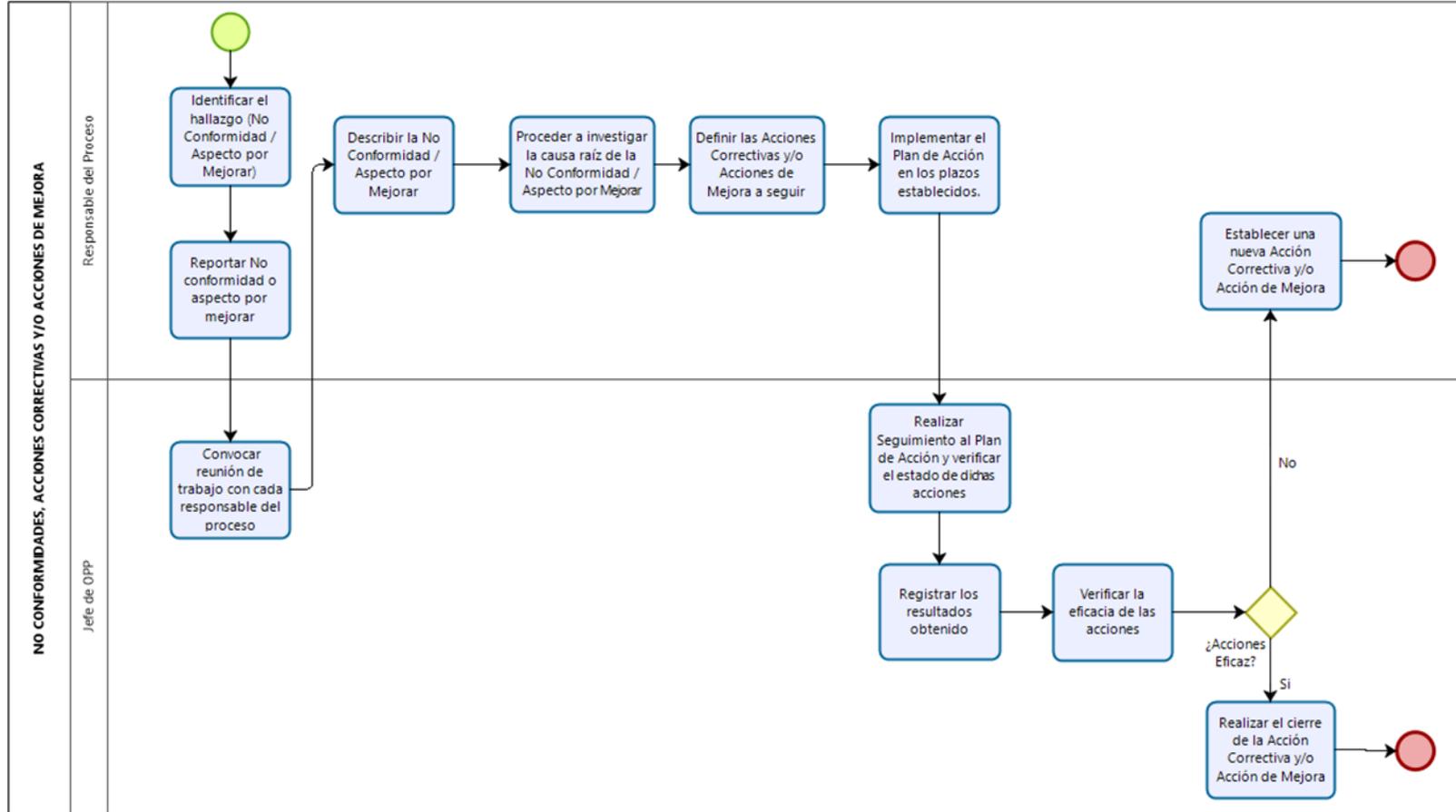
PR 031-F03 Seguimiento de las Acciones Correctivas y/o Acciones de Mejora

(*) Según siglas de las Unidades de Organización

“Toda copia impresa es un Documento No Controlado a excepción del original”

	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

ANEXO 1 FLUJOGRAMA DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA



	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

ANEXO 2 - METODOLOGIA DE ANALISIS DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y ACCIONES DE MEJORA

I. DEFINICIONES

a) **Requisito:** Un requisito es una necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita ú obligatoria (punto 3.6.4 - norma ISO 9001:2015). Es decir, requisito es un escenario deseable o una especificación que se debe cumplir, para obtener un producto y/o servicio con unas características definidas previamente.

Además, la norma ISO 9001:2015 indica lo siguiente:

- Nota 1 a la entrada: “Generalmente implícita” significa que es habitual o práctica común para la organización (3.2.1) y las partes interesadas (3.2.3) el que la necesidad o expectativa bajo consideración está implícita.
- Nota 2 a la entrada: Un requisito especificado es aquel que está establecido, por ejemplo, en información documentada (3.8.6).
- Nota 3 a la entrada: Pueden utilizarse calificativos para identificar un tipo específico de requisito, por ejemplo, requisito) de un producto (3.7.6), requisito de la gestión de la calidad (3.3.4), requisito del cliente (3.2.4), requisito de la calidad (3.6.5).
- Nota 4 a la entrada: Los requisitos pueden ser generados por las diferentes partes interesadas o por la propia organización.
- Nota 5 a la entrada: Para lograr una alta satisfacción del cliente (3.9.2) puede ser necesario cumplir una expectativa de un cliente incluso si no está declarada ni generalmente implícita, ni es obligatoria.
- Nota 6 a la entrada: Este término es uno de los términos comunes y definiciones esenciales para las normas de sistemas de gestión que se proporcionan en el Anexo SL del Suplemento ISO consolidado de la Parte 1 de las Directivas ISO/IEC. La definición original se ha modificado añadiendo las notas 3 a 5 a la entrada.

b) **Problema:** Es un efecto indeseable contrario a lo que se esperaba en una actividad o proceso; dicho en otras palabras, un problema, en términos empresariales, es la diferencia entre una situación prevista, esperada y una situación real¹. Para fines de las normas ISO 9001, los problemas han sido denominados con el termino **No Conformidad**, por lo tanto, cuando se refiera a una No Conformidad se refiere a un problema.

Por ejemplo:

¹ Gan F. &Trigené,J.(Enero 2000). ProQuest ebrary

	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

Situación deseada: Emitir un reporte en el tiempo establecido en el cronograma institucional.

No conformidad: La emisión del reporte no cumplió con el tiempo establecido.

- c) No conformidad:** Es el incumplimiento de un requisito preestablecido, pudiendo ser estos requisitos de diferente origen: **Externos** (incumplimiento de legislación, una norma ISO, requerimientos de un proveedor) ó **internos** (incumplimientos de procedimientos internos de la empresa, requisitos internos definidos en los sistemas de gestión, etc). La no conformidad se genera con el incumplimiento de uno o más requisitos por cualquier parte interesada de la institución, es decir, los colaboradores, usuarios de los servicios, proveedores, entre otros; con relación a los servicios y procesos que desarrolla la institución. Ejemplo de No conformidad: Utilización de documentos no vigentes; Falta de actualización de documentos; Muchos registros con falta de datos; Omisión de algún requisito y/o párrafo de la Norma auditada; Incumplimiento de algún requisito, normatividad u otros; Acciones correctivas no implementadas en tiempo y forma y/o falta de eficacia de las mismas.
- d) Observación:** Son Evidencias encontradas que pueden generar en un futuro una No Conformidad. Ejemplo: Omisión de algún dato en los registros del sistema de gestión, Inconsistencia o falta de relación entre lo establecido en los procedimientos y la actividad que se está ejecutando (siempre y cuando no sea recurrente), Incorrecta implementación de las actividades de los mismos, según lo documentado, Llenado incorrecto o incompleto de registros, Incumplimiento de algún requisito que especifica el procedimiento operativo, proceso y/o falta de evidencia sin que afecte la prestación del servicio.
- e) Oportunidad de Mejora:** Es un hallazgo en el cual sí existe un cumplimiento, pero a pesar de ello se determina, bajo criterios objetivos, que existe un margen de mejora para optimizar más una actividad, tarea o proceso concreto. Ejemplo: Cuando se cuenta con los documentos formatos, etc pero requieren mejorarse en cuanto a su diseño, Cuando se tiene definido quien realiza la actividad y lo hace pero no es lo más conveniente que ese puesto lo realice, Cuando el proceso se está

	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

realizando de acuerdo a lo establecido en los programas, sin embargo es necesario realizar ciertos ajustes para mejorar la operación del mismo.

- f) **Fuentes de Identificación:** Una fuente de una no conformidad (problema) corresponde al lugar donde este fue identificado, en este caso, el IGP ha establecido las siguientes categorías de fuente:

REQUISITO	FUENTE
Hallazgos de incumplimiento en Auditorías tanto internas como externas	PR N° 030-2020-IGP Auditoría Interna
Riesgos y Oportunidades	PR N° 028-2020-IGP Gestión de Riesgos y Oportunidades del SGAS
Resultado de la revisión por la dirección al SGAS y Comportamiento de los indicadores de gestión	PR N° 032-2020-IGP Seguimiento, Medición, Gestión del Cambio y Revisión por la Dirección

- g) **Causa Raíz:** El análisis de causa raíz es un proceso que descubre los orígenes de un problema, lo que permite diseñar las acciones correctivas adecuadas para solucionarlo y asegurar que no se repita (**Norma ISO 31000**).
- h) **Recopilación y verificación de la información:** Solo debería aceptarse como evidencia de la auditoría la información que puede estar sujeta a algún grado de verificación. Cuando el grado de verificación es bajo, el auditor debería utilizar su juicio profesional para determinar el grado de fiabilidad que se puede depositar en la información como evidencia.
- i) **Recopilación mediante Muestreo:** El objetivo de aplicar técnica de muestreo en la auditorías es proporcionar información para que el auditor se asegure de que los objetivos de la auditoría pueden alcanzarse. Este tipo de muestreo depende de los conocimientos, habilidades y experiencia del equipo auditor. El riesgo asociado con el muestreo es que la muestra seleccionada pueda ser no representativa y por lo tanto la conclusión del auditor puede estar sesgada.

	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

II. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE UNA NO CONFORMIDAD

A continuación se presenta la metodología de análisis y tratamiento de una No Conformidad:

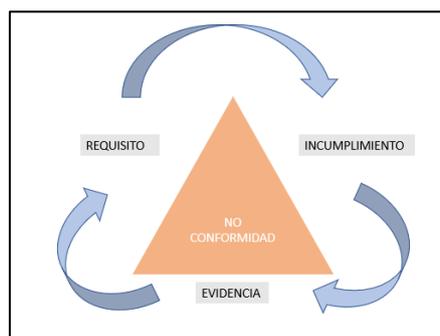
Fase 1- Detección de una No conformidad

La primera fase es la detección de la no conformidad. En principio una No Conformidad debería poder ser detectada por cualquier miembro de la organización, así como por cualquier parte externas interesada (auditores, proveedores, clientes). Una vez detectada es importante que sea documentada, incluyendo varios hitos básicos en esta primera fase:

- La evidencia, la prueba que demuestra la no conformidad, lo que está mal o desviado
- El documento o requerimiento contra el que va la no conformidad. Estos documentos son los que indican lo que se debería haber hecho, y se ha incumplido.
- El punto de la norma de referencia en el que se clasifica la no conformidad
- La fecha y la persona que la ha detectado.

Para comprender mejor, se utiliza el siguiente “triángulo de no conformidad”, donde indica las tres condiciones para que se declare una No Conformidad: Requisito que se cumple, incumple o que se puede incumplir; Incumplimiento y Evidencia.

Ilustración 1 Triangulo de No Conformidad



Fase 2 - Definir No Conformidad

Para definir la no conformidad se tiene como base el triángulo de No Conformidad y mediante la siguiente estructura:

ESTRUCTURA DE UNA NO CONFORMIDAD	
UBICACIÓN	Indicar el proceso y/o dependencia donde se genera el criterio negado

	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

EVIDENCIA	Puntualizar los hechos verificables que soportan el criterio negado
REQUISITO	Señalar el requisito que se pasó por alto

Por lo tanto, para la redacción de una No Conformidad, tendría que seguir la siguiente sintaxis:

Sintaxis = Ubicación + Evidencia + Requisito

Fase 3 - Acción inmediata (corrección)

En esta fase se analiza el efecto producido por la No Conformidad detectada y de forma automática e inmediata se intenta reparar dicho efecto. Estas acciones reparadoras suelen ser inmediatas y es importantes asignarles un responsable y una fecha máxima para su ejecución.

Fase 4 - Análisis de la Causas

Esta fase es clave para evitar la reproducción futura de la no conformidad. Se comprueba cuáles son las causas raíz que han dado lugar a esa No Conformidad. En el caso del IGP, se ha seleccionado la técnica de los 5 ¿Por qué? (**Five Why's**), teniendo en cuenta que es una herramienta fácil de interpretar y aplicar, lo que permite que ante cualquier No Conformidad que se presente, se pueda encontrar su causa raíz de manera inmediata para tomar acciones correctivas y evitar que se vuelva a presentar.

5 ¿Por qué? (Five Why's)

¿ Qué es ?

Los **Cinco Por Qué**s es una técnica sistemática de preguntas utilizada durante la fase de análisis de problemas para buscar posibles causas principales de un problema. Durante esta fase, los miembros del equipo pueden sentir que tienen suficientes respuestas a sus preguntas. La técnica requiere que el equipo pregunte "Por Qué" al menos cinco veces, o trabaje a través de cinco niveles de detalle. Una vez que sea difícil para el equipo responder al "Por Qué", la causa más probable habrá sido identificada.

¿ Cuándo se utiliza ?

Para identificar las causas raíz (principal) de la No Conformidad.

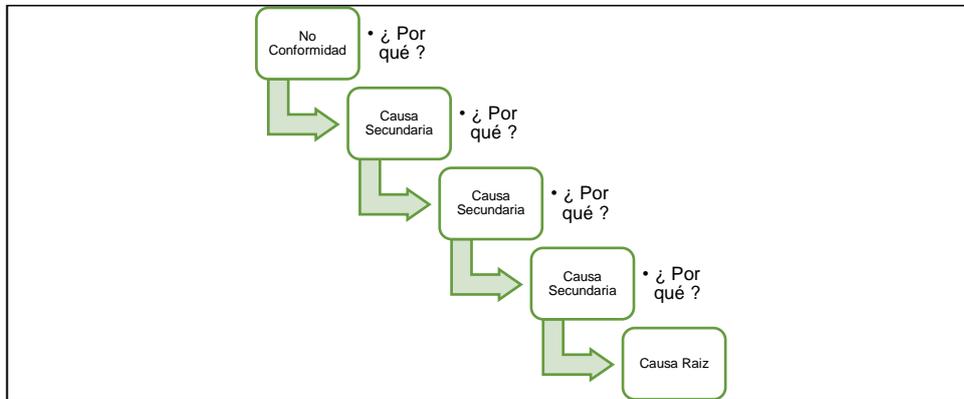
¿ Cómo se utiliza?

La técnica de los 5 porque consiste en una cadena sucesiva de preguntas y respuestas que nos permiten indagar y conocer las razones por los cuales se originó la No Conformidad, encontrando la respuesta del quinto ¿ Por qué ?, la causa raíz que dio existencia a la situación presentada y en las otras respuestas las causas secundarias que serán eliminados una vez que se tomen las acciones correspondientes para el tratamiento de la causa raíz

	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

identificada. A continuación se presenta un esquema gráfico para su interpretación:

Ilustración 2 Esquema gráfico de la herramienta de los 5 ¿ Por qué?



Consejos para la Construcción/ Interpretación

Esta técnica se utiliza mejor en equipos pequeños (4 a 8 personas). El facilitador deberá conocer la dinámica del equipo y las relaciones entre los miembros del equipo. Durante los Cinco Por Qué, existe la posibilidad de que muchas preguntas de Por Qué, Por Qué, etc. podrían causar molestia entre algunos de los miembros del equipo.

Fase 5 – Plan de acción por causas analizadas

En esta fase, se define la acción correctiva y/o mejora que se debe emprender para actuar sobre las causas raíz de la No Conformidad, es decir para eliminar dicha causa principal u origen, lo que implicaría la garantía de que la no conformidad no volverá a producirse en el futuro. En este caso, se pueden identificar varias acciones correctivas y/o mejoras derivadas de una no conformidad. Es fundamental definir responsables ejecutores y los plazos para llevarlas a cabo.

Fase 6 - Seguimiento de las acciones

En esta fase, es necesario hacer un seguimiento periódico del grado de cumplimiento de las acciones establecidas, indicando quién realiza dicho seguimiento, la fecha y el estado de evolución.

Fase 7 - Verificación de la Eficacia y Cierre

En este punto se trata de analizar la eficacia de las acciones implantadas, si el resultado ha sido eficaz y se ha obtenido el resultado que se esperaba eliminando la causa raíz que dio origen a la no conformidad.

- Cuando la acción correctiva ha sido eficaz, se procede a su cierre, indicando que ha sido eficaz, la persona que hace dicho cierre y la fecha.

	PROCEDIMIENTO	Versión: 03
	CONTROL DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y/O ACCIONES DE MEJORA	Código: PR 031-2020-IGP Sigla de Área: GG

- Las no conformidades solo deberían ser cerradas, cuando a su vez se han cerrado satisfactoriamente todas las acciones correctivas relacionadas.

(*) De carácter opcional