



RESOLUCIÓN N° 515.-

“POR LA CUAL SE APRUEBAN LOS PROCEDIMIENTOS “ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS”, “GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES” Y “AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI” DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD INTEGRADO, EN EL SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SANIDAD VEGETAL Y DE SEMILLAS (SENAVE)”.

-1-

Asunción, 14 de octubre del 2020

VISTO:

El Memorando DSGC/032/2020 de fecha 07 de agosto del 2020, del Departamento del Sistema de Gestión de Calidad; el Dictamen DAJ N° 698/2020 de la Dirección de Asesoría Jurídica; y,

CONSIDERANDO:

Que, por Memorando DSGC/032/2020 de fecha 07 de agosto del 2020, el Departamento del Sistema de Gestión de Calidad de la Secretaría de Planificación remite los procedimientos “Acciones Correctivas y de Mejoras”, “Gestión de Riesgos y Oportunidades” y “Auditoría Interna del SGCI” del Sistema de Gestión de Calidad Integrado (SGCI).

Que, la Ley N° 2459/04 “Que crea el Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas (SENAVE)”, en su Artículo 13 establece: “Son atribuciones y funciones del Presidente: j) dictar el reglamento interno y el manual operativo; p) realizar los demás actos necesarios para el cumplimiento de sus fines”.

Que, la Resolución SENAVE N° 287/2020 “Por la cual se actualiza el procedimiento de control de documentos para la elaboración, verificación, aprobación y autorización de documentos relacionados al ámbito del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y se aprueban los formularios y registros para evidenciar la ejecución de los procesos con los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC)”, de fecha 13 de mayo del 2020, dispone:

Artículo 1°.- “ACTUALIZAR el procedimiento de Control de Documentos para la Elaboración, verificación, aprobación y autorización de documentos relacionados al ámbito del Sistema de Gestión de Calidad (SGC), conforme al Anexo I “Control de Documentos” y aprobar los Formularios y Registros para evidenciar la ejecución de los procesos con los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC), conforme al Anexo II “Formularios y Registros”.

Artículo 2°.- “ESTABLECER que el documento elaborado y verificado debe ser





RESOLUCIÓN N° 515.-

“POR LA CUAL SE APRUEBAN LOS PROCEDIMIENTOS “ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS”, “GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES” Y “AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI” DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD INTEGRADO, EN EL SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SANIDAD VEGETAL Y DE SEMILLAS (SENAVE)”.

-2-

socializado en los medios correspondientes, en un plazo de diez (10) días corridos antes de su aprobación, y posteriormente ser remitido a la Dirección General de Asuntos Jurídicos para el dictamen correspondiente, el cual debe ser emitido en un plazo de cinco (5) días hábiles de haber recibido el mismo”.

Que, por Providencia DGAJ N° 983/2020, la Dirección General de Asuntos Jurídicos remite el Dictamen DAJ N° 698/2020 de la Dirección de Asesoría Jurídica, donde dictamina que no se encuentran impedimentos de índole legal para la emisión de resolución aprobando los procedimientos “*Acciones Correctivas y de Mejoras*”, “*Gestión de Riesgos y Oportunidades*” y “*Auditoría Interna del SGCI*” del Sistema de Gestión de Calidad Integrado.

POR TANTO:

En virtud de las facultades y atribuciones conferidas por la Ley N° 2459/04 “*Que crea el Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas (SENAVE)*”.

EL PRESIDENTE DEL SENAVE

RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el procedimiento “*Acciones Correctivas y de Mejoras*” del Sistema de Gestión de Calidad Integrado, en el Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas (SENAVE), conforme al Anexo I que se adjunta y forma parte de la presente resolución.

Artículo 2°.- APROBAR el procedimiento “*Gestión de Riesgos y Oportunidades*” del Sistema de Gestión de Calidad Integrado, en el Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas (SENAVE), conforme al Anexo II que se adjunta y forma parte de la presente resolución.

Artículo 3°.- APROBAR el procedimiento “*Auditoría Interna del SGCI*” del Sistema de Gestión de Calidad Integrado, en el Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas (SENAVE), conforme al Anexo III que se adjunta y forma parte de la presente resolución.





RESOLUCIÓN N° 515.-

“POR LA CUAL SE APRUEBAN LOS PROCEDIMIENTOS “ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS”, “GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES” Y “AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI” DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD INTEGRADO, EN EL SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SANIDAD VEGETAL Y DE SEMILLAS (SENAVE)”.

-3-

Artículo 4°.- ESTABLECER que la Secretaría de Planificación, a través de sus áreas correspondientes, es responsable del cumplimiento de la presente resolución.

Artículo 5°.- ESTABLECER que la presente resolución entrará en vigencia a partir de su promulgación y hasta el 31 de diciembre del 2020.

Artículo 6°.- COMUNICAR a quienes corresponda y cumplida, archivar.

**FDO.: ING. AGR. RODRIGO GONZÁLEZ
PRESIDENTE**



ES COPIA
Carmelita Torres de Oviedo
**ING. AGR. CARMELITA TORRES DE OVIEDO
SECRETARIA GENERAL**

RG/ct/dr





ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS

Código: PRO-DSGC-006
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 1 de 9

ANEXO I

Resolución SENAVE N° 515/2020

“POR LA CUAL SE APRUEBAN LOS PROCEDIMIENTOS “ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS”, “GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES” Y “AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI” DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD INTEGRADO, EN EL SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SANIDAD VEGETAL Y DE SEMILLAS (SENAVE)”.

ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS

ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROBADO POR	AUTORIZADO POR
Nombre y Apellido: Lic. Perla Benítez	Nombre y Apellido: Lic. Olga Pavón	Nombre y Apellido: Ing. Agr. Alejandro Ayala	Nombre y Apellido: Ing. Agr. Rodrigo González Navarro
Cargo: Jefa del SGCI	Cargo: Jefa del SGC	Cargo: Director de la Secretaría de Planificación	Cargo: Presidente del SENAVE
Firma:	Firma:	Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:

Ing. María Carmelita Torres de Ginedo
Secretaría General



ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS

Código: PRO-DSGC-006
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 2 de 9

1. OBJETIVO

Definir los criterios para la gestión de acciones correctivas y de mejoras con el fin de establecer la metodología para identificar, analizar y eliminar las causas de los problemas o no conformidades, y establecer las actividades necesarias para prevenir que estén ocurran, y que lleven a mejorar los procesos presentes en el SGCI del SENAVE.

2. ALCANCE

Aplica a todos los procesos del SGCI del SENAVE, e inicia con la detección de una no conformidad, observación u oportunidad de mejora, y finaliza con la verificación de la eficacia de las acciones tomadas.

3. SIGLAS Y DEFINICIONES

3.1 Siglas

3.1.1 AC	: Acción correctiva
3.1.2 AP	: Acción preventiva
3.1.3 AI	: Auditoría interna
3.1.4 FOR	: Formularios
3.1.5 NC	: No Conformidad
3.1.6 OM	: Oportunidad de Mejora
3.1.7 PRO	: Procedimiento
3.1.8 SENAVE	: Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas
3.1.9 SGCI	: Sistema de Gestión de Calidad Integrado

3.2 Definiciones

3.2.1 Acción correctiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

3.2.2 Acción preventiva: acción tomada para eliminar la causa de una situación a mejorar, una situación potencialmente no deseable o un riesgo.

3.2.3 Causa raíz: causa principal de la no conformidad o situación por mejora

3.2.4 Causa potencial: causa adicional a la causa raíz o que contribuye a generarla.

3.2.5 Conformidad: cumplimiento de un requisito.

3.2.6 Corrección: acción tomada para eliminar una no conformidad





ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS

Código: PRO-DSGC-006
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 3 de 9

detectada.

- 3.2.7 **Eficacia:** extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
 - 3.2.8 **Mejora de la Calidad:** parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.
 - 3.2.9 **Mejora continua:** actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos
 - 3.2.10 **Eficiencia:** relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
 - 3.2.11 **No conformidad:** incumplimiento de un requisito.
 - 3.2.12 **No conformidad potencial:** incumplimiento de un requisito anticipado (aún no sucede, pero puede suceder).
 - 3.2.13 **Hallazgos de la Auditoría:** resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría
 - 3.2.14 **Proceso:** conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor las cuales transforman elementos de entrada y resultados.
 - 3.2.15 **Problema:** resultado no esperado en la ejecución de una actividad.
 - 3.2.16 **Observación:** incumplimiento parcial o dudas del cumplimiento de un requisito.
 - 3.2.17 **Oportunidad de mejora:** acción emprendida para optimizar y potencializar el desempeño de un proceso o el cumplimiento de un requisito.
 - 3.2.18 **Requisito:** apartado de la norma o cualquier disposición del SGC.
 - 3.2.19 **Riesgo:** posibilidad de que sucede algún evento que tenga impacto sobre los objetivos institucionales o de proceso.
 - 3.2.20 **Verificación:** confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados-.
4. **RESPONSABLE**
- El DSGC de la SP es responsable de asegurar el cumplimiento de este procedimiento; el jefe y los técnicos de cada dependencia son los encargados de la ejecución y el seguimiento de las acciones establecidas en ella.
5. **ACTIVIDADES**

Ag. María Carmelita Torres de Córdova
Secretaría General



ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS

Código: PRO-DSGC-006
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 4 de 9

5.1 Identificación de las no conformidades y/o las oportunidades de mejoras

Durante las diferentes actividades relacionadas con la operación del SGCI, el jefe y/o el responsable de los procesos puede identificar un incumplimiento a un requisito, lo que genera una no conformidad o una no conformidad potencial no deseadas. Adicionalmente, las NC, podrán también ser detectadas por los auditores durante las auditorías internas o externas, la misma registrar en FOR-DSGC-009 "REGISTRO DE HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES"

Cuando se trate de una oportunidad de mejora, se busca incrementar la capacidad de cumplimiento de un proceso en base a las sugerencias de mejoramiento de los usuarios y/o servidores públicos o propuestas de mejoramiento de los resultados de la autoevaluación del SGC.

Las acciones preventivas serán tratadas en la FOR-DSGC-010 "MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS" por procesos mediante la aplicación del procedimiento de Riesgos y Oportunidades, código: PRO-DSGC-005.

Además, se podrán emprender una acción preventiva en aquellos casos como la: identificación de debilidades reportadas en informes de evaluaciones independientemente internos y externos, observaciones identificadas en una auditoría, identificación de debilidades reportadas en la revisión por la dirección, desviación parcial del cumplimiento de las metas establecidas entre otras.

5.2 Codificación de hallazgos

Los hallazgos serán codificados de la siguiente manera: XXX/ZZZ/YYY

Donde:

XXX: indica la dirección y/o secretaría.

ZZZ: especifica el departamento o la división

YYY: corresponde a la numeración (forma correlativa) que será asignada a cada hallazgo. Se inicia desde el 001 cada año y corresponde al año donde se detectó el hallazgo.

5.3 Documentación de la situación o hallazgo

Documentar en el FOR-DSGC-009 "REGISTRO DE HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES". Las fuentes de identificación de las no conformidades, observaciones, y oportunidades de mejora pueden presentarse en:

1. Auditorías internas y/o externas.



[Firma]
Ing. Agr. Mariana Cornejo Torres de Cruz
Secretaría General

2. Resultados de la revisión por la Alta Dirección.
3. Análisis y evaluación de quejas, reclamos y sugerencias de los usuarios o servidores públicos.
4. Análisis y evaluación de apelaciones.
5. Análisis con técnicas estadísticas
6. Problemas y no conformidad es presentados.
7. Seguimiento y medición de los indicadores de gestión de los procesos.
8. Desempeño de proveedores.
9. Evaluación de la satisfacción de los clientes.
10. Mapa de riesgos de los procesos.
11. Requisitos legales y otros que adopte el SENAVE.
12. Otras fuentes de información

Remitir las acciones correctivas y mejoras al DSGC, para el seguimiento correspondiente.

5.4 Registro y asignación del responsable

Cuando se detecte una no conformidad o una no conformidad potencial el jefe de cada área debe investigar las causas preferiblemente en compañía de los responsables del proceso, lo que permite analizar el problema y plantear las acciones eficazmente.

Teniendo en cuenta la descripción de la no conformidad o la no conformidad potencial, es registrada en FOR-DSGC-009 "REGISTRO DE HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES", y se designa a los responsables para las etapas de análisis de causa, planificación, aprobación de la planificación, plan de acción y verificación de la eficacia, cuando corresponda y con la asignación de tiempos máximos para dar cumplimiento a la ejecución de dichas etapas, es analizada y si no están claras las acciones o no se evidencian lo que se quiere corregir o prevenir se solicita la corrección a los responsables del proceso quien identificó la acción.

5.5 Análisis de las causas

En el caso de las acciones correctivas es importante realizar el análisis de las causas y establecer las actividades a realizar orientadas a eliminar la causa raíz definida para la ocurrencia.

Tanto en las acciones correctivas y las mejoras, las actividades definidas deben ser coherente con el ciclo de mejoras continua PHVA de tal manera que se evidencie su verificación y que su aplicación pueda ser ejecutada dentro del proceso.



Ag. Maria Carmelita Torres de
Secretaria General



ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS

Código: PRO-DSGC-006
Emisor: SP-DSGC-DSGC1
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 6 de 9

El jefe de área y/o el responsable del proceso identifica las causas que están originando las no conformidad o la no conformidad potencial utilizando para ellos herramientas como: Diagrama Causa-Efecto, Diagrama de Pareto, Lluvia de Ideas, Histogramas, Técnicas de los 5 porqués, entre otras, se podrá considerar, sin que sea limitante para él, los siguientes supuestos:

5.5.1 Personal:

- a. Cualificación inadecuada o incompleta del personal.
- b. Falta (insuficiencia) de personal.
- c. Falta de sensibilización (toma de conciencia).

5.5.2 Equipos:

- a. Mantenimiento ausente, inadecuado o incorrecto del equipo o infraestructura.
- b. Averías imprevistas
- c. Falta de equipamiento o infraestructura adecuados.

5.5.3 Material:

- a. Suministro de material inadecuado, fallido o fuera de plazo.
- b. Stock mínimo.
- c. Condiciones de almacenamiento no definidas o inadecuadas.

5.5.4 Método:

- a. Ausencia o incorrecta definición de responsabilidades y/o funciones.
- b. Instrucciones inadecuadas o incompletas suministradas al personal o inexistentes.
- c. Problemas en la comunicación interna y/o externas.

5.6 Plan de Acción

Formular un plan de acción definiendo las acciones a desarrollar, responsable y fechas de implementación, que permitan eliminar la causa raíz de la NC/NCP, registrar en el FOR-DSGC-009 "REGISTRO DE HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES"

Si el plan de acción requiere de asignación de recursos específicos, se presenta la propuesta a la Dirección General de Administración y Finanzas para que autorice y asigne los recursos necesarios para implementar la acción correctiva o de mejoras

Ing. Agr. María Carmelita Torres
Secretaría General



ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS

Código: PRO-DSGC-006
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 7 de 9

Actualizar el formulario de Riesgos en caso de haberse identificado nuevos riesgos o nuevas condiciones para que se materialicen los riesgos ya establecidos.

Remitir el registro del Plan de acción a los responsables de las actividades y al DSGC.

5.7 Seguimiento y verificación de la implementación del Plan de Acción

Se verificará la implementación del plan de acción dentro de los primeros diez (10) días hábiles contados desde el vencimiento del plazo propuesto para el cierre de la implementación (en el procedimiento de AI se da un plazo de un mes), el responsable verificará si la ejecución de la acción correctiva se realizó de acuerdo al plan de acción definido.

Si la acción correctiva o de mejora no fue eficaz, se debe revisar nuevamente las causas, analizarlas y establecer la solución implementar y verificar nuevamente hasta lograr la eficacia o analizar si se cuenta con los recursos necesarios y solicitarlos en caso no estar disponible.

Si es necesario, se debe de actualizar los riesgos y las oportunidades determinados durante la planificación, estos debe identificarse e incluirse en el en el formulario MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS y el direccionamiento estratégico (oportunidades).

Los resultados de la verificación se deberán dejar registrado en el FOR-DSGC-009 "REGISTRO DE HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES", adjuntando las evidencias correspondientes, cuando se aplique.

5.8 Cierre

A través del seguimiento los planes de implementación de acciones y sus fechas de finalización, se realiza al cierre de la acción. –

Agr. Maria Carmelita Torres de Oviedo
Secretaría General



ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS

Código: PRO-DSGC-006
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 8 de 9

6. CONTROL DE CAMBIO

Ítem	Página	Cambios

7. REFERENCIAS

- 7.1. Ley N° 2459/04: "Que crea el Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas (SENAVE)".
- 7.2. Decreto N° 6070/05: "Por el cual se modifica la Estructura Orgánica Básica (Organigrama) y el Manual de Funciones del Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas (SENAVE)", aprobado por Decreto N° 5.042/05".
- 7.3. Normas ISO 9001, 17020 y 17025 en sus versiones vigentes.
- 7.4. Procedimiento de Riesgos y Oportunidades, Código: PRO-DSGC- 005, en su versión vigente.

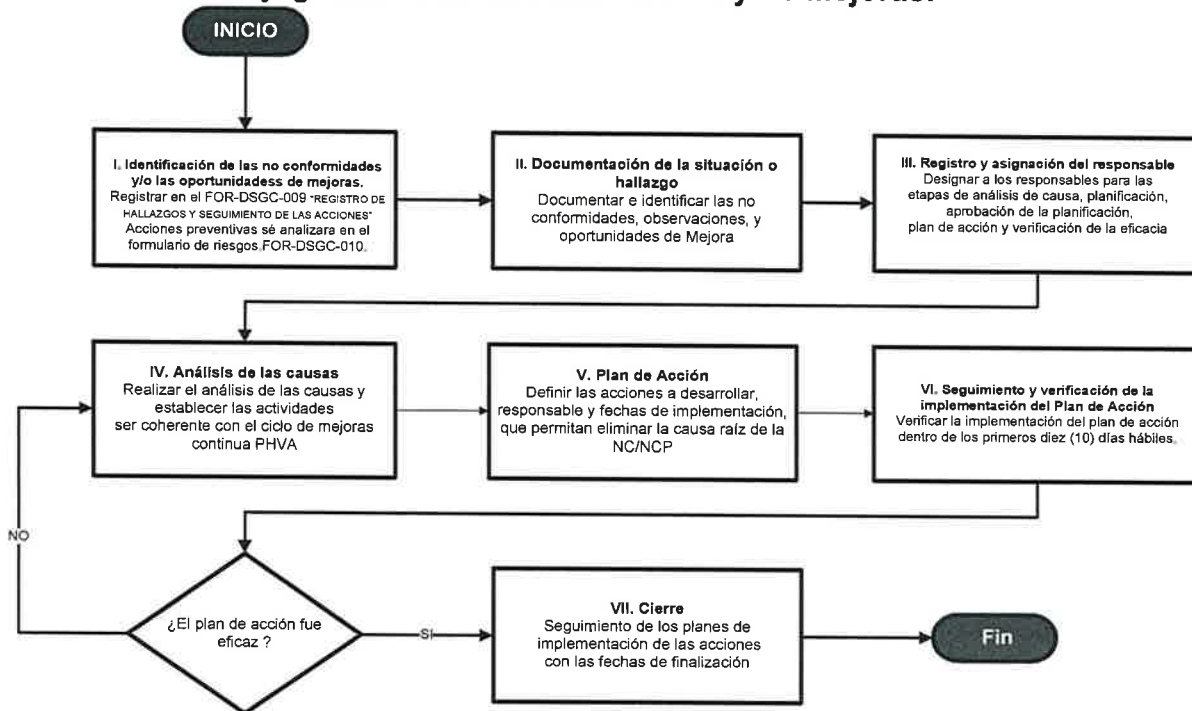
8. REGISTROS

Nombre del Registro	Código	Área de archivo
REGISTRO DE HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES	FOR-DSGC-009	Sala de archivo de cada dependencia
MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS.	FOR-DSGC-010	

Ugo Agr. María Gertrudis Torres de Gálvez
Secretaría General

9. ANEXO

9.1 ANEXO 01: Flujograma Acciones Correctivas y de Mejoras.



9.2 Anexo02: Formularios:

- a) REGISTRO DE HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES.
- b) MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS.



**FDO.: ING. AGR. RODRIGO GONZÁLEZ
PRESIDENTE**

ES COPIA
 ING. AGR. CARMELITA TORRES DE OVIEDO
 SECRETARIA GENERAL



MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS

Código: FOR-DSGC-010
Emissor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 3 de 4

III. ACCIONES DEL TRATAMIENTO DEL RIESGO					IV. SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACION DE LAS ACCIONES		
Código	Opciones del tratamiento del riesgo /Oportunidades ⁽²⁾	Acciones del tratamiento	Responsable	Fecha de implementación	Estado	Comentarios /Acciones	Responsable
Elaborado por:						Fecha:	
Verificado por:						Fecha:	
Aprobado por:						Fecha:	

⁽²⁾ Opciones del tratamiento del riesgo y las oportunidades: a) Reducir, b) Transferir, c) Evitar, d) Aceptar.
⁽³⁾ Estado: a) Ejecutado, b) En Proceso, c) Pendiente


 María Camelia Torres de Córdova
 Secretaria General





MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS

Código: FOR-DSSGC-010
Emisor: SP-DSSGC-DSSGC
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 4 de 4

Anexo 01 Criterios de valoración y tratamiento de los riesgos

A. Valoración del riesgo

PROBABILIDAD	IMPACTO		
	Leve (5)	Moderado (10)	Catastrófico (20)
Baja (1)	B (5)	B (10)	M (20)
Media (2)	B (10)	M (20)	A (40)
Alta (3)	M (15)	A (30)	A (60)



B. Tratamiento del riesgo

RIESGO	ACCIONES
A Zona de riesgo Alto	Se toman acciones inmediatas. Si el riesgo se ubica en la zona de riesgo inaceptable (calificación 30-60), significa que su probabilidad es alta y su impacto será catastrófico, por lo cual es necesario tomar acciones adicionales de forma inmediata, de manera a eliminar la actividad que genera el riesgo, en la medida de lo posible, de lo contrario se deben implementar controles de prevención para evitar la probabilidad del riesgo; de protección para disminuir el impacto compartir o transferir el riesgo.
M Zona de riesgo Medio	Si el riesgo se sitúa en la zona de riesgo moderado (calificación 15-20), significa que se deben tomar medidas para conducir los riesgos a la zona aceptable. Se analizan la pertinencia de tomar acciones a mediano y largo plazo
B Zona de riesgo Bajo	Si el riesgo se ubica en la zona de riesgo aceptable (calificación 5-10) significa que su probabilidad es baja y su impacto es leve, lo que permite a la institución asumir el riesgo sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen.



REGISTRO DE HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES

Código: FOR-DSSGC-009
Emisor: SP-DSSGC-DSSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 1 de 1

Dirección/ Departamento/Unidad:																					
Nro de identificación del hallazgo y seguimiento de las acciones:	Norma de Referencia <small>(Marcar con una X donde correspondía)</small>	ISO 9001 (..)	NP-ISO/IEC 17020 (..)	NP-ISO/IEC 17025 (..)	Otras..... (..)	Fuente <small>(Marcar con una X donde correspondía)</small>	Auditoría Interna (..)	Auditoría Externa (..)	Seguimiento de objetivos y metas (..)	No Conformidad (..)	Reclamos /Quejas/ Sugerencias (..)	Desempeños de los procesos (..)	Revisión por la Dirección (..)	Observación (..)	Desviación en la implementación de lo planificado (..)	Marco Legal (..)	Satisfacción de Clientes (..)	Oportunidad de mejoras (..)	Otros (..)		
I. DESCRIPCIÓN <small>(Marcar con de una X donde correspondía) No Conformidad Observación Oportunidad de Mejora</small>											Proceso:										
II. ANALISIS DE CAUSAS Método utilizado:											Descripción										
III. PLAN DE ACCION <small>(Marcar con una X donde correspondía) Acción inmediata Acción correctivas Mejoras Preventivas (Riesgos)</small>											Acciones										
IV. VERIFICACION DE LA IMPLEMENTACION <small>(Marcar con una X donde correspondía) Se implementó No se ha implementado</small>											Responsable/s:										
															Evidencias (Adjuntar evidencias, cuando se aplique)						
															Responsable/s:						
															Fecha:						
															Fecha de la 1ra revisión:						
															Fecha de la 2da revisión:						
V. VERIFICACION DE LA EFICACIA <small>(Marcar con una X donde correspondía) Eficaz No eficaz</small>											Evidencias (Adjuntar evidencias, cuando se aplique)										
															Responsable/s:						
															Fecha de la revisión:						
															Nro de identificación del hallazgo y seguimiento de las acciones (nueva), cuando aplique:						
															Fecha de Cierre:						

Srta. Milva Camacho Torres de Cuido
 Secretaria General



**AUDITORÍA INTERNA
DEL SGCI**

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 1 de 11

ANEXO III

Resolución SENAVE N° 515/2020

“POR LA CUAL SE APRUEBAN LOS PROCEDIMIENTOS “ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS”, “GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES” Y “AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI” DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD INTEGRADO, EN EL SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SANIDAD VEGETAL Y DE SEMILLAS (SENAVE)”.

**AUDITORÍA INTERNA
DEL SGCI**

ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROBADO POR	AUTORIZADO POR
Nombre y Apellido: Lic. Perla Benítez Fernando Acuña	Nombre y Apellido: Lic. Olga Pavón	Nombre y Apellido: Ing. Agr. Alejandro Ayala	Nombre y Apellido: Ing. Agr. Rodrigo González Navarro
Cargo: Jefe del SGCI Jefe de la DOyM	Cargo: Jefa del SGC	Cargo: Director de la Secretaría de Planificación	Cargo: Presidente del SENAVE
Firma:	Firma:	Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:

Ing. Agr. María Carmelita Torres de Criedo
Secretaría General



AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 2 de 11

1. OBJETIVO

Establecer la sistemática a seguir para la realización de las auditorías internas, con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría, y evaluar el grado de implementación del Sistema de Gestión de Calidad Integrado del SENAVE.

2. ALCANCE

Abarca desde la programación de la auditoría hasta la presentación del informe de AI.

3. SIGLAS Y DEFINICIONES

3.1 Siglas

- 3.1.1 **AI** : Auditoría Interna.
- 3.1.2 **DSGC** : Departamento de Sistema de Gestión de Calidad.
- 3.1.3 **FOR** : Formularios.
- 3.1.4 **NP ISO/IEC**: Norma Paraguaya. de sus siglas en inglés: Organización Internacional para la Estandarización. Comisión Electrotécnica Internacional.
- 3.1.5 **PRO** : Procedimientos.
- 3.1.6 **SENAVE** : Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas
- 3.1.7 **SP** : Secretaría de Planificación.
- 3.1.8 **SGCI** : Sistema de Gestión de Calidad Integrado.
- 3.1.9 **SGC** : Sistema de Gestión de Calidad.

3.2 Definiciones

- 3.2.1 **Auditoría:** proceso, sistemático, independiente y documentado que se realiza para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.
- 3.2.2 **Alcance de la auditoría:** extensión y límites de una auditoría. Incluye una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el periodo de tiempo cubierto.
- 3.2.3 **Auditoría de primera parte (auditoría interna):** es una auditoría llevada a cabo por, o en, nombre de la propia organización para la revisión por la dirección y otros fines internos.
- 3.2.4 **Auditor líder:** auditor designado como líder del equipo auditor, que tiene conocimientos y experiencia para planificar y dirigir la auditoría.
- 3.2.5 **Auditor en formación:** persona en proceso de formación como auditor



interno.

- 3.2.6 **Auditado:** organización o personas que solicitan una auditoría.
- 3.2.7 **Criterio de la Auditoría:** conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.
- 3.2.8 **Conclusión de una Auditoría:** resultados de una auditoría proporcionada por el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.
- 3.2.9 **Competencia:** habilidades personales y aptitud demostrada para aplicar conocimientos.
- 3.2.10 **Evidencia de la auditoría:** registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables. La evidencia puede ser cualitativa o cuantitativa.
- 3.2.11 **Equipo auditor:** uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.
- 3.2.12 **Experto técnico:** persona que aporta conocimientos o experiencia específicos al equipo auditor.
- 3.2.13 **Hallazgos de la auditoría:** resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría, recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos pueden indicar tanto conformidad como no conformidad con los criterios de auditoría, como también oportunidades de mejora.
- 3.2.14 **No-conformidad:** incumplimiento de un requisito.
- 3.2.15 **Observación:** son desvíos puntuales o parciales en el cumplimiento de requisitos normativos o de las disposiciones internas del sistema de gestión de calidad.
- 3.2.16 **Oportunidad de Mejora:** acciones destinadas a la mejora continua del sistema.
- 3.2.17 **Plan de auditoría:** descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.
- 3.2.18 **Principios de auditoría:** se consideran conducta ética, presentación ecuánime los hallazgos, el debido cuidado profesional, independencia y el enfoque basado en la evidencia.
- 3.2.19 **Programa de auditoría:** conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.
- 3.2.20 **Auditoría remota o virtual:** es una auditoría que se realiza total o parcialmente a distancia de los sitios auditados, cuando una visita a los mismos no es posible o adecuada. Pueden utilizarse tecnologías como Skype, Microsoft Teams, Hangouts/Meet, WeChat, Zoom, etc

4. RESPONSABLE



AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 4 de 11

El DSGC de la SP es responsable de asegurar el cumplimiento de este procedimiento; los jefes y responsables de cada proceso son responsables de su aplicación y el auditor líder es responsable de la ejecución de la AI.

5. ACTIVIDADES

5.1. Etapas del proceso de auditoría

5.1.1. Programa anual de auditorías internas

La auditoría interna es programada por el jefe del DSGC, en forma conjunta con las Direcciones/Dependencias a ser auditadas mediante el FOR-DSGC-004 "PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA INTERNA". El mismo debe estar firmado por los responsables de su elaboración, verificación y aprobación, de acuerdo a los siguientes niveles:

1. Elaboración: Jefe de SGC y Titulares de las Direcciones o Dependencias a ser auditadas.
2. Verificación: Titular de la Dirección General Técnica, Dirección General de Administración y Finanzas y Secretaría de Planificación.
3. Aprobado: Presidente del SENAVE.

Una vez aprobado el FOR-DSGC-004 "PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA INTERNA", el jefe del DSGC envía copia del mismo a las Direcciones responsables de los procesos. Así también, debe remitir el mismo vía correo institucional, a todos los servidores públicos del SENAVE; y ponerlo a disposición en la página web de la institución.

En caso que se presente algún cambio dentro del programa, se debe proceder nuevamente, de acuerdo a lo detallado en los párrafos anteriores.

El programa se elabora teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Todos los procesos deberán ser auditados al menos una vez al año, no excediéndose los 12 meses de la última auditoría interna.
2. Se podrá variar la frecuencia de la auditoría, teniendo en cuenta los resultados de auditorías anteriores y la relevancia de la función auditada sobre el SGC.
3. Adicionalmente, se pueden programar otras auditorías, con base en los análisis de las no conformidades detectadas en un proceso o servicio; la no obtención de algún objetivo de la institución propuesto o la solicitud formal del responsable de un proceso.
4. Se realicen cambios importantes en el SGCI;





AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 5 de 11

5. Sea necesario comprobar la ejecución de las acciones correctivas y de mejoras establecidas.

Las auditorías internas podrán ser presenciales (in situ) o remotas (virtuales). Las auditorías internas remotas o virtuales se podrán realizar cuando existan medidas de confinamiento obligatorias (ejemplo Pandemia COVID 19), imposibilidad de concurrencia presencial del/os auditor/es por restricciones en el ingreso al país o alto costo del viaje, peligros para la seguridad y salud de los auditores o del personal auditado al momento de hacer actividades de auditoría de manera presencial (ejemplo: condiciones climáticas, entorno inseguro del sitio a auditar, protestas sociales, etc).

Las auditorías internas remotas o virtuales se realizarán teniendo en cuenta el análisis de riesgos y oportunidades que realizará el equipo auditor a través del FOR-DSGC-010 "MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS." Los riesgos identificados en la matriz deberán transcribirse al FOR-DSGC-006 "PLAN DE AUDITORÍA INTERNA".

5.1.2. Designación de auditores internos

La SP, a través del DSGC propone los miembros del equipo auditor, incluyendo al auditor líder, experto técnico y de ser necesario, propone la participación de auditores en formación. La propuesta del equipo auditor deberá ser remitida a las áreas a ser auditadas para su aprobación. El mismo es elaborado en el FOR-DSGC-012 "PROPUESTA DEL EQUIPO AUDITOR".

En caso que el área a ser auditada, no apruebe la propuesta de miembros del equipo auditor, deberá justificar el motivo.

Los auditores líderes, auditores, auditores en formación y expertos técnicos deberán cumplir y reunir las competencias requeridas, según lo determinado en el perfil.

Para verificar la calificación de los candidatos a miembros del equipo auditor, el DSGC debe solicitar a los mismos su Curriculum Vitae y las evidencias necesarias que comprueben su competencia y experiencia. La calificación del auditor deberá ser registrada en el FOR-SGC-003 "CALIFICACIÓN DE AUDITORES INTERNO".

Para la selección de los miembros del equipo auditor, se debe tener en cuenta que los mismos no auditen su propio trabajo. Si un candidato a auditor, se encontraba anteriormente prestando servicios en el área a ser auditada, se debe asegurar que como mínimo haya transcurrido 12 meses, de haber dejado de prestar servicios en esa área.

El DSGC deberá comunicar a los miembros del equipo auditor, su designación y aprobación para la realización de la actividad de auditoría interna, con una antelación

Ag. Maria Carmelita Torres de Oviedo
Secretaria General



AUDITORÍA INTERNA DEL SGC

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 6 de 11

de al menos veinte (20) días hábiles, mediante el FOR-DSGC-012 "PROPUESTA DEL EQUIPO AUDITOR".

Los miembros del equipo auditor pueden ser internos o externos al SENAVE.

5.1.3. Elaboración del Plan de Auditoría

El auditor líder es responsable de elaborar el FOR-DSGC-006 "PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS", en el mismo debe definir el alcance, objetivo, criterio y riesgos de la auditoría, en conformidad con el FOR-DSGC-004 "PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA INTERNA". El auditor líder asigna las tareas correspondientes a su equipo auditor y prepara el FOR-DSGC-006 "PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS".

El equipo auditor, debe disponer de los documentos e informaciones necesarias para realizar la auditoría interna, con una antelación de al menos siete (7) días hábiles antes de la auditoría en sitio; la documentación mínima que debe ser entregada al equipo auditor consiste en:

1. Alcance.
2. Documentación de referencia aplicable, como ser: NP-ISO/IEC 17020, NP-ISO/IEC 17025, ISO 9001, leyes, decretos, resoluciones, manuales; procedimientos, instructivos; y otros documentos relacionados con las actividades o funciones a auditar.
3. FOR-DSGC-007 "LISTA DE VERIFICACIÓN".
4. Nómina de los responsables de las dependencias a ser auditadas.

Esta información será gestionada y entregada al equipo auditor por el jefe del DSGC.

El FOR-DSGC-006 "PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS" debe ser remitido por el Auditor Líder al DSGC con una antelación de por lo menos dos (2) días hábiles, a fin de gestionar su aprobación por parte del Director del área a ser auditada. Posterior a la aprobación, se deberá comunicar antes del inicio de la auditoría a todos los responsables de los procesos a ser auditados, mediante correo institucional.

La secuencia de fechas, horarios y áreas a auditar, fijados en el FOR-DSGC-006 "PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS", podrán ser ajustados en caso de ser necesario durante la reunión de apertura.

5.1.4. Ejecución y evaluación de la Auditoría Interna

5.1.4.1. Reunión de apertura

El equipo auditor realiza la reunión de apertura con los representantes del área que será auditada. En la misma se presentará como mínimo los siguientes temas:

1. Presentación del equipo y del personal auditado;
2. Confirmación del objetivo y alcance de la auditoría;





AUDITORÍA INTERNA DEL SGC

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 7 de 11

3. Confirmación del programa y plan de trabajo (secuencia de operaciones);
4. Metodología de auditoría;
5. Riesgos de la auditoría;
6. Decisión sobre la fecha y hora de la reunión de cierre;
7. Establecimiento de los canales de comunicación;
8. Comunicar si se realiza algún cambio en el plan de auditoría

Se deberá registrar los participantes de la reunión en el FOR-DSGC-002 "REGISTRO DE REUNIÓN". Para el caso de auditorías internas remotas o virtuales se podrá omitir la firma de los participantes en el registro de reunión.

5.1.4.2. Recopilación de evidencias

Durante la auditoría, debe recopilarse la información de aquellos elementos específicos del SGC que previamente se han seleccionado para verificar si han sido puestos en práctica con efectividad.

Estas verificaciones tanto las auditorías in situ o las remotas (virtuales) pueden ejecutarse por medio de entrevistas, revisión y evaluación de la información documentada y observación (utilizando como herramientas cámaras de video, fotografías, drones, etc.).

La recolección de evidencias se hace basada en las normas de referencia y los criterios de auditoría, teniendo en cuenta:

1. Seguir el plan de auditoría utilizando el FOR-DSGC-006 "PLAN DE AUDITORÍA INTERNA";
2. Buscar evidencias objetivas que demuestre cumplimiento o incumplimiento a un requisito;
3. Examinar con suficiente profundidad para determinar si el SGC está aceptablemente establecido;
4. Si se encuentra una potencial no conformidad, conseguir la confirmación o una explicación satisfactoria de uno de los miembros del personal auditado;
5. Tomar nota de todas las deficiencias en el momento que se observan, a fin de que las conclusiones de la auditoría puedan ser presentadas con exactitud y con suficiente detalle;
6. Registrar datos específicos de la información o hallazgos observados, el cual permita una fácil trazabilidad de los mismos, como ser número de los procedimientos, revisión, fechas, nombres, denominación, número de expediente, nombre de registro, nombre de empresa, etc.;
7. Cuando se corrobora una desviación, comprobar si el mismo es aislado o la desviación se presenta de forma sistemática;

Maria Carmelita Torres de Cinedo
Secretaría General



AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 8 de 11

Durante la recolección de datos, toda la información que demuestre un cumplimiento a los requisitos establecidos o que compruebe un incumplimiento, deberá ser registrada en el FOR-DSGC-007 "LISTA DE VERIFICACIÓN".

5.1.4.3. Preparación de las conclusiones

Una vez concluida la recopilación de informaciones, el equipo auditor debe reunirse antes de iniciar la reunión de cierre, a fin de:

1. Revisar los hallazgos de la auditoría y cualquier otra información apropiada;
2. Calificar el nivel de los hallazgos, entre conformidad, no conformidad, observaciones, u oportunidades de mejora;
3. Acordar las conclusiones de la auditoría.

5.1.4.4. Reunión de cierre

Una vez culminada la preparación de conclusiones, se procede a realizar la reunión de cierre entre el equipo auditor y los responsables de las áreas auditadas, en esta reunión el equipo auditor debe exponer los resultados de la auditoría y detallar los hallazgos. En esta instancia, el auditado podrá realizar aclaraciones sobre los hallazgos detectados, en caso de ser necesario.

Se debe registrar los participantes de reunión de cierre en el FOR-DSGC-002 "REGISTRO DE REUNIÓN". Para el caso de Auditorías Internas remotas o virtuales se podrá omitir la firma de los participantes en el registro de reuniones

5.1.5. Informe y registros de auditoría

El equipo auditor es responsable de la elaboración del FOR-DSGC-008 "INFORME DE AUDITORÍA INTERNA", en el mismo deben constar los hallazgos detectados, los cuales deben estar clasificados entre: No Conformidad, Observación, Oportunidad de Mejora.

El equipo auditor en un plazo no mayor a siete (7) días hábiles a partir de la fecha de finalización de la auditoría, debe entregar al DSGC la siguiente información:

1. FOR-DSGC-007 "LISTA DE VERIFICACIÓN";
2. FOR-DSGC-002 "REGISTRO DE REUNIÓN".(Reunión de Apertura y Reunión de Cierre);
3. FOR-DSGC-008 "INFORME DE AUDITORÍA INTERNA";
4. Documentación de referencia entregada al equipo auditor, como ser: NP-ISO/IEC 17020, NP-ISO/IEC 17025, ISO 9001.





AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 9 de 11

El DSGC, debe remitir una copia del FOR-DSGC-008 "INFORME DE AUDITORÍA INTERNA" y del FOR-DSGC-007 "LISTA DE VERIFICACIÓN" a las áreas auditadas para su conocimiento y el establecimiento de las acciones necesarias, en un plazo no mayor a diez (diez) días hábiles de la culminación de la auditoría.

Una copia del FOR-DSGC-008 "INFORME DE AUDITORÍA INTERNA" deberá ser remitida a la Auditoría Interna Institucional.

5.1.6. Tratamiento de hallazgos de auditoría

Los hallazgos de auditoría interna deberán ser tratados según lo establecido en el PRO-DSGC-006 "ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS" y registrado en el FOR-DSGC-009 "REGISTRO DE HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES".

5.2. Evaluación de desempeño de Auditores Internos

El jefe del DSGC en forma conjunta con las áreas a ser auditadas, deberán evaluar el desempeño del Auditor Líder y Auditores designados mediante el FOR-DSGC-011 "EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES Y AUDITOR LÍDER". La evaluación de desempeño a los auditores en formación deberá ser realizada por el Auditor Líder mediante el FOR-DSGC-014 "EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES EN FORMACIÓN".

La evaluación de desempeño a los expertos técnicos es realizada por los jefes y responsables de cada proceso, mediante el FOR-DSGC-013 "EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES EXPERTOS TÉCNICOS".

Estas evaluaciones deberán ser realizadas por lo menos quince (15) días hábiles posteriores a la culminación de la actividad de auditoría.

5.3. Registro de Auditores y Expertos Técnicos

El DSGC deberá mantener un registro de los auditores y expertos técnicos calificados.

6. CONTROL DE CAMBIOS

Ítem	Página	Cambios

Agr. María Carmelita Torres de Cviado
Secretaria General



AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 10 de 11

7. REFERENCIAS

- 7.1 Ley N° 2459/04: "Que crea el Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas (SENAVE)".
- 7.2 Normas ISO 9001, 17020 y 17025 en sus versiones vigentes.
- 7.3 NP-ISO-19011: "Evaluación de la conformidad. Requisitos para el funcionamiento de diferentes tipos de organismos que realizan inspección"
- 7.4 PRO-DSGC-006: "ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS".
- 7.5 Norma ISO 9001 APG – Guía sobre auditorías remotas.
- 7.6 IAF- ID03:2011 Gestión de eventos o circunstancias extraordinarias que afectan a organismos de acreditación, certificación o empresas certificadas.
- 7.7 IAF – ID12:2015 Principios de evaluación remota.

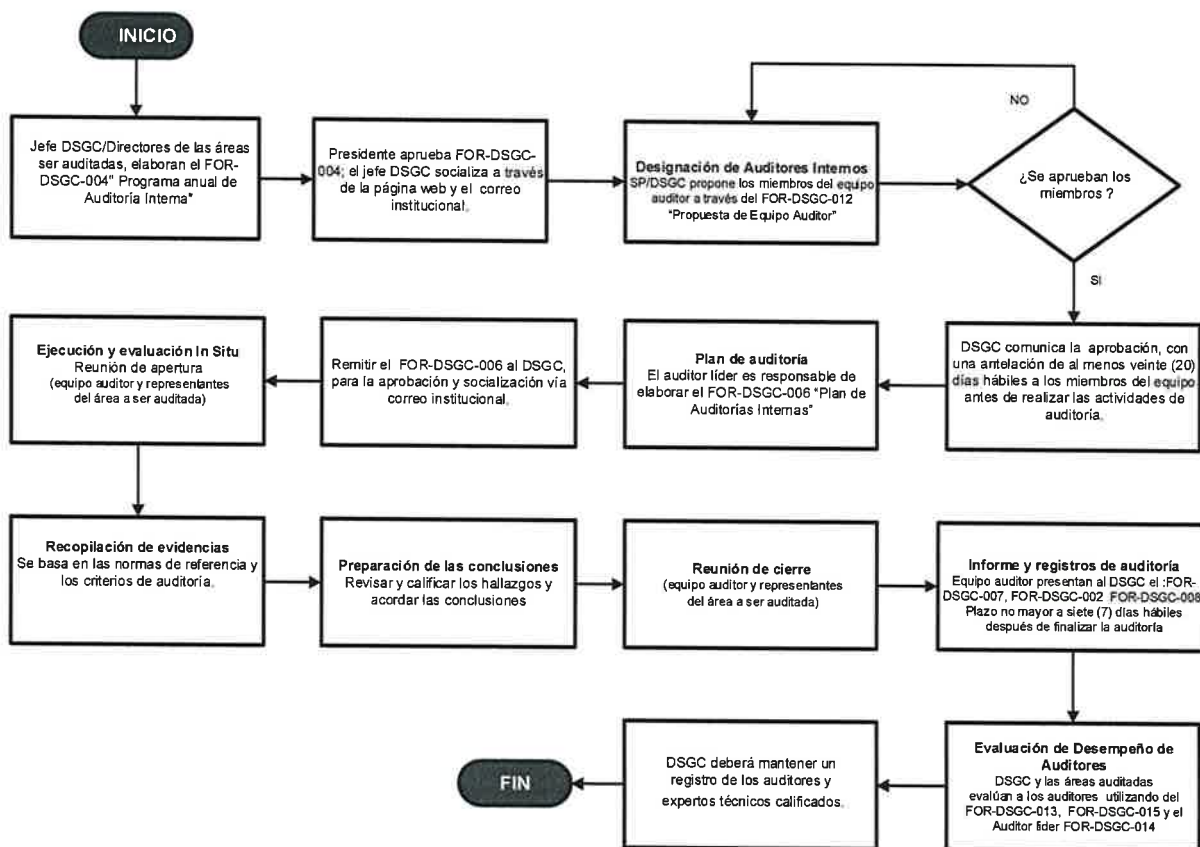
8. REGISTROS

Nombre del Registro	Código	Área de archivo
REGISTRO DE REUNIÓN	FOR-DSGC-002	Sala de archivo del DSGC
CALIFICACIÓN DE AUDITORES INTERNO	FOR-DSGC-003	Sala de archivo del DSGC
PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA INTERNA	FOR-DSGC-004	Sala de archivo del DSGC
PLAN DE AUDITORÍA INTERNA	FOR-DSGC-006	Sala de archivo del DSGC
LISTA DE VERIFICACIÓN	FOR-DSGC-007	Sala de archivo del DSGC
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	FOR-DSGC-008	Sala de archivo del DSGC
REGISTRO DE HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES	FOR-DSGC-009	Sala de archivo de cada dependencia.
MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS.	FOR-DSGC-010	Sala de archivo de cada dependencia.
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES Y AUDITOR LÍDER.	FOR-DSGC-011	Sala de archivo del DSGC
PROPUESTA DEL EQUIPO AUDITOR	FOR-DSGC-012	Sala de archivo del DSGC
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES EXPERTOS TÉCNICOS.	FOR-DSGC-013	Sala de archivo del DSGC
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES EN FORMACIÓN	FOR-DSGC-014	Sala de archivo del DSGC

Ag. Agr. Arrieta Carmelita Torres de Córdova
Secretaría General

9. ANEXOS

9.1 Anexo 01. Flujograma de Auditoría del SGCI



9.2 Anexo 02 Formularios

- a) REGISTRO DE REUNIÓN
- b) CALIFICACIÓN DE AUDITORES INTERNO
- c) PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA INTERNA
- d) PLAN DE AUDITORÍA INTERNA
- e) LISTA DE VERIFICACIÓN
- f) INFORME DE AUDITORÍA INTERNA
- g) REGISTRO DE HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES
- h) MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS.
- i) EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES Y AUDITOR LÍDER.
- j) PROPUESTA DEL EQUIPO AUDITOR
- k) EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES EXPERTOS TÉCNICOS.
- l) EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES EN FORMACIÓN.



ES COPIA
 ING. AGR. CARMELITTA TORRES DE OVIEDO
 SECRETARÍA GENERAL

[Handwritten signature]

FDO.: ING. AGR. RODRIGO GONZÁLEZ
 PRESIDENTE



GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Código: PRO-DSGC-005
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 1 de 9

ANEXO II

Resolución SENAVE N° 515/2020

“POR LA CUAL SE APRUEBAN LOS PROCEDIMIENTOS “ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS”, “GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES” Y “AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI” DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD INTEGRADO, EN EL SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SANIDAD VEGETAL Y DE SEMILLAS (SENAVE)”.

GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROBADO POR	AUTORIZADO POR
Nombre y Apellido: Lic. Perla Benítez Fernando Acuña	Nombre y Apellido: Lic. Olga Pavón	Nombre y Apellido: Ing. Agr. Alejandro Ayala	Nombre y Apellido: Ing. Agr. Rodrigo González Navarro
Cargo: Jefa del SGCI Jefe de la DOM	Cargo: Jefa del SGC	Cargo: Director de la Secretaría de Planificación	Cargo: Presidente del SENAVE
Firma:	Firma:	Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:

Secretaría General
María Carmelita Torres de Cordero
Secretaría General



GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Código: PRO-DSGC-005
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 2 de 9

1. OBJETIVOS

- 1.1 Establecer los lineamientos generales para la identificación, valoración y control de los riesgos y oportunidades para el SGC.
- 1.2 Fortalecer el diseño e implementación de estrategias que permitan el tratamiento de los riesgos y aprovechamiento de las oportunidades dentro del SGCI del SENAVE.

2. ALCANCE

Desde la identificación, análisis, evaluación de riesgos y las oportunidades del SGCI del SENAVE.

3. SIGLAS Y DEFINICIONES

3.1. Siglas

- 3.1.1. **DSGC** : Departamento de Sistema de Gestión de Calidad
- 3.1.2. **SENAVE**: Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas
- 3.1.3. **SGCI** : Sistema de Gestión de Calidad Integrado

3.2. Definiciones

3.2.1. **Aceptación del riesgo:** decisión informada a favor de tomar un riesgo particular. La aceptación del riesgo puede tener lugar sin que exista tratamiento del riesgo o durante el proceso del tratamiento del riesgo. Los riesgos aceptados son objeto de seguimiento y de revisión.

3.2.2. **Análisis de riesgos:** proceso que permite comprender la naturaleza del riesgo y determinar el nivel del riesgo.

3.2.3. **Control:** medida que modifica un riesgo. Los controles incluyen cualquier proceso, política, dispositivo, práctica u otras acciones que modifiquen un riesgo. Los controles no siempre pueden proporcionar el efecto de modificación previsto o asumido.

SECRETARÍA GENERAL
SECRETARÍA GENERAL
SECRETARÍA GENERAL



GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Código: PRO-DSGC-005
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 3 de 9

- 3.2.4. Criterios de riesgo:** términos de referencia respecto a los que se evalúa la importancia de un riesgo. Los criterios de riesgo se basan en los objetivos de la organización y en el contexto externo e interno. Los criterios de riesgo se pueden obtener de normas, leyes, políticas y otros requerimientos.
- 3.2.5. Evaluación de riesgos:** proceso de comparación de los resultados del análisis de riesgo con los criterios de riesgo para determinar si el riesgo y/o su magnitud son aceptables. La evaluación del riesgo ayuda a la toma de decisiones sobre el tratamiento de los riesgos.
- 3.2.6. Gestión de riesgos:** proceso desarrollado por el directorio, gerencia y/u otro personal de una institución, que se aplica en la formulación de estrategias y a través de toda la empresa. Diseñado para identificar eventos potenciales que podrían afectar la institución y manejar el riesgo, con el fin de entregar una seguridad razonable.
- 3.2.7. Identificación del riesgo:** proceso que comprende la búsqueda, el reconocimiento y la descripción de los riesgos.
- 3.2.8. Nivel de riesgo:** magnitud de un riesgo o combinación de riesgos, expresados en términos de la combinación de las consecuencias (impactos) y de su probabilidad.
- 3.2.9. Parte interesada:** persona u organización que puede afectar, estar afectada o percibir que está afectada por una decisión o actividad.
- 3.2.10. Plan de tratamiento de riesgos:** documento que contempla las decisiones relacionadas con el tratamiento de los riesgos y las acciones para la implementación de los objetivos de control y controles seleccionados.
- 3.2.11. Riesgo:** efecto de la incertidumbre sobre la consecución de los objetivos.
- 3.2.12. Riesgo residual:** riesgo remanente después del tratamiento del riesgo. El riesgo residual puede contener riesgos no identificados. El riesgo residual también se puede conocer como "riesgo retenido".
- 3.2.13. Tratamiento de riesgos:** proceso destinado a modificar el riesgo.



[Handwritten signature]
Mariana Carmelita Torres de Oviedo
Secretaría General



GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Código: PRO-DSGC-005
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 4 de 9

4. RESPONSABLE

Los encargados de la aplicación del presente procedimiento son los responsables de los procesos. Es responsabilidad del DSGC, asesorar y verificar el cumplimiento.

5. ACTIVIDADES

La metodología de gestión de riesgos que se aplicará a los procesos, comprende las siguientes etapas:

5.1. Identificación de los riesgos

Para la gestión de los riesgos en los procesos será utilizado el FOR-DSGC-010 "MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS.", en el mismo se procederá a identificar los riesgos que podrían afectar a los procesos, asimismo, se deberá determinar el tipo de riesgo, las causas que los originan y sus efectos.

Los riesgos se clasifican en:

5.1.1 Riesgo estratégico: se asocia con la forma en que se administra la institución. El manejo del riesgo estratégico se enfoca en asuntos integrales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas y el diseño y conceptualización de la institución por parte de la Alta Dirección.

5.1.2 Riesgo operativo: incluye los riesgos relacionados tanto con la parte operativa como técnica de la institución, incluye riesgos derivadas de las deficiencias en los sistemas de información, en la definición de los procesos, en la estructura organizacional, lo cual conduce a ineficiencias, oportunidades de corrupción e incumplimiento de los compromisos institucionales.

5.1.3 Riesgo financiero: se relacionan con el manejo de los recursos de la institución e incluye, la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes.

5.1.4 Riesgo de cumplimiento: se asocian con la capacidad de la institución para cumplir con los requisitos legales, de ética pública y

Ing. Agr. María Carmelita Torres de Córdova
Secretaría General



GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Código: PRO-DSGC-005
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 5 de 9

en general con su compromiso ante la comunidad.

5.1.5 Riesgo de tecnología: se asocian con la capacidad de la institución para que la tecnología disponible satisfaga sus necesidades actuales y futuras y soporte al cumplimiento de su misión.

5.2. Evaluación de riesgos:

La evaluación de riesgo se inicia con la determinación del nivel de riesgo existente, para lo cual se debe analizar la probabilidad de la ocurrencia del riesgo y su impacto o consecuencia dentro del proceso.

5.2.1. Criterio de probabilidad: representa el número de veces que el riesgo se ha presentado en un determinado tiempo o se puede presentar, y se califican de acuerdo a las siguientes especificaciones: probabilidad alta (valor 3); media (valor 2) y baja (valor 1).

Categoría	Valor	Criterio
Alta	3	Riesgo cuya probabilidad de ocurrencia es muy alta, es decir, se tiene un alto grado de seguridad que éste se presente en el año en curso. (80% a 100%). Ha ocurrido en más de 10 ocasiones en un año.
Media	2	Riesgo cuya probabilidad de ocurrencia es media, es decir, se tiene entre 30% a 80% de seguridad que éste se presente en el año en curso. Ha ocurrido hasta 5 veces en un año
Baja	1	Riesgo cuya probabilidad de ocurrencia es baja, es decir, se tiene entre 1% a 30% de seguridad que éste se presente en el año en curso. Ha ocurrido hasta en tres ocasiones en un año.


Mg. María Carmelita Torres de Oviedo
Secretaría General



GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Código: PRO-DSGC-005
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 6 de 9

5.2.2. El impacto o consecuencia: se refiere a la magnitud de sus efectos (materialización del riesgo), y se califica, en: leve con 5, moderado con 10 y catastrófico con 20.

Categoría	Valor	Criterio
Catastrófico	20	Riesgo cuya materialización puede generar pérdidas financieras que tendrán un impacto importante en el presupuesto y/o comprometen fuertemente la imagen pública de la organización y la continuidad del proceso.
Moderado	10	Riesgo cuya materialización puede generar pérdidas financieras que tendrán un impacto moderado en el presupuesto y/o comprometen moderadamente la imagen pública de la organización y la continuidad del proceso.
Leve	5	Riesgo cuya materialización puede generar pérdidas financieras que tendrán un impacto menor en el presupuesto y/o comprometen de forma menor la imagen pública de la organización y la continuidad del proceso.

5.2.3. Nivel del Riesgo: una vez determinado los valores de probabilidad e impacto o consecuencia, se deberá determinar el nivel del riesgo, para lo cual se deberá aplicar la siguiente fórmula:

$$N = P \times I$$

Dónde:

- N: Nivel
- P: Probabilidad
- I: Impacto





GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Código: PRO-DSGC-005
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 7 de 9

5.3. Valoración del riesgo

Luego de evaluado el riesgo y de haber determinado el nivel del mismo, se deberá recurrir al siguiente cuadro, de modo a determinar la ubicación del mismo, para posteriormente establecer las acciones que deben ser realizadas.

PROBABILIDAD	IMPACTO		
	Leve (5)	Moderado (10)	Catastrófico (20)
Baja (1)	B (5)	B (10)	M (20)
Media (2)	B (10)	M (20)	A (40)
Alta (3)	M (15)	A (30)	A (60)

5.4. Tratamiento del riesgo

Las acciones a ser tomadas, serán realizadas atendiendo a la ubicación y valoración del riesgo evaluado, los criterios de necesidad de acciones se establecen a continuación:

RIESGO		ACCIONES
A	Zona de riesgo Alto	Se toman acciones inmediatas Si el riesgo se ubica en la zona de riesgo inaceptable (calificación 30-60), significa que su probabilidad es alta y su impacto será catastrófico, por lo cual es necesario tomar acciones adicionales de forma inmediata, de manera a eliminar la actividad que genera el riesgo, en la medida de lo posible, de lo contrario se deben implementar controles de prevención para evitar la probabilidad del riesgo; de protección para disminuir el impacto compartir o transferir el riesgo.
M	Zona de riesgo Medio	Si el riesgo se sitúa en la zona de riesgo moderado (calificación 15-20), significa que se deben tomar medidas para conducir los riesgos a la zona aceptable. Se analizan la pertinencia de tomar acciones a mediano y largo plazo
B	Zona de riesgo Bajo	Si el riesgo se ubica en la zona de riesgo aceptable (calificación 5-10) significa que su probabilidad es baja y su impacto es leve, lo que permite a la institución asumir el riesgo sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen.



[Handwritten signature]

Sr. Agr. María Carmelita Torres de Oviedo
 Secretaria General



GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Código: PRO-DSGC-005
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 8 de 9

Las posibles acciones a ser llevada a cabo, luego de determinar la zona de riesgo son:

- a) **Evitar el riesgo:** eliminar la fuente que genera la amenaza. La actividad del proceso que lo genera no es de gran impacto en términos de servicio para la institución, de modo que puede ser retirada funcionalmente.
- b) **Reducir el riesgo:** implica implementar controles u optimizar procedimientos a fin de reducir el riesgo a niveles aceptables; esto podría ser, reduciendo la probabilidad de ocurrencia (medidas de prevención), o reduciendo el impacto (medidas de protección) si el riesgo ocurriese.
- c) **Transferir el riesgo:** implica transferir el impacto del riesgo a terceros (empresas aseguradoras o proveedores de servicio); es decir, dar a otra institución la responsabilidad de su gestión, más no lo elimina. Se utiliza cuando no se puede reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo pero su impacto es inminente.
- d) **Aceptar el riesgo:** Aceptar la posibilidad de que pueda ocurrir el riesgo sin tomar medidas de acción concretas (siempre que satisfagan claramente los criterios de aceptación del riesgo).

5.5. Registro de gestión de riesgos

Todo el proceso de tratamiento de los riesgos será registrado en FOR-DSGC-010 "MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS".

El proceso de identificación y análisis de los riesgos deberán ser realizados como mínimo una vez cada dos años. No obstante, cuando se establezca un nuevo proceso o se identifique un nuevo riesgo, deberá realizarse el análisis de riesgo correspondiente. Los responsables de los procesos, deberán remitir dentro de los primeros 30 días de cada año, el FOR-DSGC-010 "MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS" vigente, al DSGC.

6. CONTROL DE CAMBIOS

Ítem	Página	Cambios

Ag. Agr. María Carmelita Torres de Córdova
Secretaría General

7. REFERENCIAS

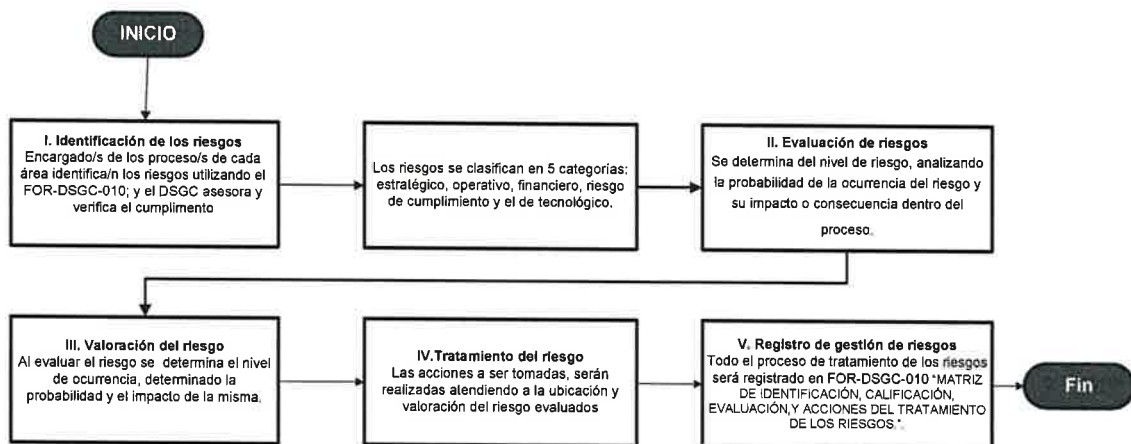
- 7.1 Ley N° 2459/04: "Que crea el Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas (SENAVE)".
- 7.2 Normas ISO 9001, 17020 y 17025 en sus versiones vigentes.
- 7.3 NP-ISO-19011 "Evaluación de la conformidad. Requisitos para el funcionamiento de diferentes tipos de organismos que realizan inspección"

8. REGISTROS

Nombre del Registro	Código	Área de archivo
MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS.	FOR-DSGC-010	Sala de archivo de cada dependencia

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 01: Flujoograma de Riesgos y Oportunidades



ANEXO 02: Formularios

a) MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS.

ES COPIA
 ING. AGR. CARMELITTA TORRES DE OVIEDO
 SECRETARÍA GENERAL

EDO.: ING. AGR. RODRIGO GONZÁLEZ
 PRESIDENTE



MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS

Código: FOR-DSGC-010
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 1 de 5

Dirección:		Departamento/División:		Fecha:			
I. IDENTIFICACIÓN							
Proceso	Objetivo/s	Código	Riesgo	Causas	Efecto/ consecuencias	Tipo ¹ de riesgo	Agente generador
Elaborado por:						Fecha:	
Verificado por:						Fecha:	
Aprobado por:						Fecha:	

¹ Tipo de Riesgo: a) Estratégico, b) Operativo, c) Financiero, d) De cumplimiento, e) De Tecnología



Ag. María Carmelita Torres de Cívico
Secretaría General



MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS

Código: FOR-DSGC-010
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 4 de 5

Anexo 01 Criterios de valoración y tratamiento de los riesgos

A. Valoración del riesgo

PROBABILIDAD	IMPACTO		
	Leve (5)	Moderado (10)	Catastrófico (20)
Baja (1)	B (5)	B (10)	M (20)
Media (2)	B (10)	M (20)	A (40)
Alta (3)	M (15)	A (30)	A (60)

B. Tratamiento del riesgo

RIESGO	ACCIONES
A Zona de riesgo Alto	Se toman acciones inmediatas. Si el riesgo se ubica en la zona de riesgo inaceptable (calificación 30-60), significa que su probabilidad es alta y su impacto será catastrófico, por lo cual es necesario tomar acciones adicionales de forma inmediata, de manera a eliminar la actividad que genera el riesgo, en la medida de lo posible, de lo contrario se deben implementar controles de prevención para evitar la probabilidad del riesgo; de protección para disminuir el impacto compartir o transferir el riesgo.
M Zona de riesgo Medio	Si el riesgo se sitúa en la zona de riesgo moderado (calificación 15-20), significa que se deben tomar medidas para conducir los riesgos a la zona aceptable. Se analizan la pertinencia de tomar acciones a mediano y largo plazo
B Zona de riesgo Bajo	Si el riesgo se ubica en la zona de riesgo aceptable (calificación 5-10) significa que su probabilidad es baja y su impacto es leve, lo que permite a la institución asumir el riesgo sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen.


 Ing. Agr. María Carmelia Torres de Guizado
 Secretaria General



**AUDITORÍA INTERNA
DEL SGCI**

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 1 de 11

ANEXO III

Resolución SENAVE N° 515/2020

“POR LA CUAL SE APRUEBAN LOS PROCEDIMIENTOS “ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS”, “GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES” Y “AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI” DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD INTEGRADO, EN EL SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SANIDAD VEGETAL Y DE SEMILLAS (SENAVE)”.

**AUDITORÍA INTERNA
DEL SGCI**

ELABORADO POR	VERIFICADO POR	APROBADO POR	AUTORIZADO POR
Nombre y Apellido: Lic. Perla Benítez Fernando Acuña	Nombre y Apellido: Lic. Olga Pavón	Nombre y Apellido: Ing. Agr. Alejandro Ayala	Nombre y Apellido: Ing. Agr. Rodrigo González Navarro
Cargo: Jefe del SGCI Jefe de la DOyM	Cargo: Jefa del SGC	Cargo: Director de la Secretaría de Planificación	Cargo: Presidente del SENAVE
Firma:	Firma:	Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:

Secretaría General
Carmelia Torres de Curiado
Secretaría General



AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 2 de 11

1. OBJETIVO

Establecer la sistemática a seguir para la realización de las auditorías internas, con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría, y evaluar el grado de implementación del Sistema de Gestión de Calidad Integrado del SENAVE.

2. ALCANCE

Abarca desde la programación de la auditoría hasta la presentación del informe de AI.

3. SIGLAS Y DEFINICIONES

3.1 Siglas

- 3.1.1 **AI** : Auditoría Interna.
- 3.1.2 **DSGC** : Departamento de Sistema de Gestión de Calidad.
- 3.1.3 **FOR** : Formularios.
- 3.1.4 **NP ISO/IEC**: Norma Paraguaya. de sus siglas en inglés: Organización Internacional para la Estandarización. Comisión Electrotécnica Internacional.
- 3.1.5 **PRO** : Procedimientos.
- 3.1.6 **SENAVE** : Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas
- 3.1.7 **SP** : Secretaría de Planificación.
- 3.1.8 **SGCI** : Sistema de Gestión de Calidad Integrado.
- 3.1.9 **SGC** : Sistema de Gestión de Calidad.

3.2 Definiciones

- 3.2.1 **Auditoría:** proceso, sistemático, independiente y documentado que se realiza para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.
- 3.2.2 **Alcance de la auditoría:** extensión y límites de una auditoría. Incluye una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el periodo de tiempo cubierto.
- 3.2.3 **Auditoría de primera parte (auditoría interna):** es una auditoría llevada a cabo por, o en, nombre de la propia organización para la revisión por la dirección y otros fines internos.
- 3.2.4 **Auditor líder:** auditor designado como líder del equipo auditor, que tiene conocimientos y experiencia para planificar y dirigir la auditoría.
- 3.2.5 **Auditor en formación:** persona en proceso de formación como auditor



interno.

- 3.2.6 **Auditado:** organización o personas que solicitan una auditoría.
- 3.2.7 **Criterio de la Auditoría:** conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.
- 3.2.8 **Conclusión de una Auditoría:** resultados de una auditoría proporcionada por el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.
- 3.2.9 **Competencia:** habilidades personales y aptitud demostrada para aplicar conocimientos.
- 3.2.10 **Evidencia de la auditoría:** registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables. La evidencia puede ser cualitativa o cuantitativa.
- 3.2.11 **Equipo auditor:** uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.
- 3.2.12 **Experto técnico:** persona que aporta conocimientos o experiencia específicos al equipo auditor.
- 3.2.13 **Hallazgos de la auditoría:** resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría, recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos pueden indicar tanto conformidad como no conformidad con los criterios de auditoría, como también oportunidades de mejora.
- 3.2.14 **No-conformidad:** incumplimiento de un requisito.
- 3.2.15 **Observación:** son desvíos puntuales o parciales en el cumplimiento de requisitos normativos o de las disposiciones internas del sistema de gestión de calidad.
- 3.2.16 **Oportunidad de Mejora:** acciones destinadas a la mejora continúa del sistema.
- 3.2.17 **Plan de auditoría:** descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.
- 3.2.18 **Principios de auditoría:** se consideran conducta ética, presentación ecuánime los hallazgos, el debido cuidado profesional, independencia y el enfoque basado en la evidencia.
- 3.2.19 **Programa de auditoría:** conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.
- 3.2.20 **Auditoría remota o virtual:** es una auditoría que se realiza total o parcialmente a distancia de los sitios auditados, cuando una visita a los mismos no es posible o adecuada. Pueden utilizarse tecnologías como Skype, Microsoft Teams, Hangouts/Meet, WeChat, Zoom, etc



AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 4 de 11

4. RESPONSABLE

El DSGC de la SP es responsable de asegurar el cumplimiento de este procedimiento; los jefes y responsables de cada proceso son responsables de su aplicación y el auditor líder es responsable de la ejecución de la AI.

5. ACTIVIDADES

5.1. Etapas del proceso de auditoría

5.1.1. Programa anual de auditorías internas

La auditoría interna es programada por el jefe del DSGC, en forma conjunta con las Direcciones/Dependencias a ser auditadas mediante el FOR-DSGC-004 "PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA INTERNA". El mismo debe estar firmado por los responsables de su elaboración, verificación y aprobación, de acuerdo a los siguientes niveles:

1. Elaboración: Jefe de SGC y Titulares de las Direcciones o Dependencias a ser auditadas.
2. Verificación: Titular de la Dirección General Técnica, Dirección General de Administración y Finanzas y Secretaría de Planificación.
3. Aprobado: Presidente del SENAVE.

Una vez aprobado el FOR-DSGC-004 "PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA INTERNA", el jefe del DSGC envía copia del mismo a las Direcciones responsables de los procesos. Así también, debe remitir el mismo vía correo institucional, a todos los servidores públicos del SENAVE; y ponerlo a disposición en la página web de la institución.

En caso que se presente algún cambio dentro del programa, se debe proceder nuevamente, de acuerdo a lo detallado en los párrafos anteriores.

El programa se elabora teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Todos los procesos deberán ser auditados al menos una vez al año, no excediéndose los 12 meses de la última auditoría interna.
2. Se podrá variar la frecuencia de la auditoría, teniendo en cuenta los resultados de auditorías anteriores y la relevancia de la función auditada sobre el SGC.
3. Adicionalmente, se pueden programar otras auditorías, con base en los análisis de las no conformidades detectadas en un proceso o servicio; la no obtención de algún objetivo de la institución propuesto o la solicitud formal del responsable de un proceso.

Ing. Agr. María Concepción Torres
Secretaría General



AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 5 de 11

4. Se realicen cambios importantes en el SGCI;
5. Sea necesario comprobar la ejecución de las acciones correctivas y de mejoras establecidas.

Las auditorías internas podrán ser presenciales (in situ) o remotas (virtuales). Las auditorías internas remotas o virtuales se podrán realizar cuando existan medidas de confinamiento obligatorias (ejemplo Pandemia COVID 19), imposibilidad de concurrencia presencial del/los auditor/es por restricciones en el ingreso al país o alto costo del viaje, peligros para la seguridad y salud de los auditores o del personal auditado al momento de hacer actividades de auditoría de manera presencial (ejemplo: condiciones climáticas, entorno inseguro del sitio a auditar, protestas sociales, etc).

Las auditorías internas remotas o virtuales se realizarán teniendo en cuenta el análisis de riesgos y oportunidades que realizará el equipo auditor a través del FOR-DSGC-010 "MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS." Los riesgos identificados en la matriz deberán transcribirse al FOR-DSGC-006 "PLAN DE AUDITORÍA INTERNA".

5.1.2. Designación de auditores internos

La SP, a través del DSGC propone los miembros del equipo auditor, incluyendo al auditor líder, experto técnico y de ser necesario, propone la participación de auditores en formación. La propuesta del equipo auditor deberá ser remitida a las áreas a ser auditadas para su aprobación. El mismo es elaborado en el FOR-DSGC-012 "PROPUESTA DEL EQUIPO AUDITOR".

En caso que el área a ser auditada, no apruebe la propuesta de miembros del equipo auditor, deberá justificar el motivo.

Los auditores líderes, auditores, auditores en formación y expertos técnicos deberán cumplir y reunir las competencias requeridas, según lo determinado en el perfil.

Para verificar la calificación de los candidatos a miembros del equipo auditor, el DSGC debe solicitar a los mismos su Curriculum Vitae y las evidencias necesarias que comprueben su competencia y experiencia. La calificación del auditor deberá ser registrada en el FOR-SGC-003 "CALIFICACIÓN DE AUDITORES INTERNO".

Para la selección de los miembros del equipo auditor, se debe tener en cuenta que los mismos no auditen su propio trabajo. Si un candidato a auditor, se encontraba anteriormente prestando servicios en el área a ser auditada, se debe asegurar que como mínimo haya transcurrido 12 meses, de haber dejado de prestar servicios en esa área.



M. Agr. María Carmelita Torres de Córdova
Secretaría General



AUDITORÍA INTERNA DEL SGC

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 6 de 11

El DSGC deberá comunicar a los miembros del equipo auditor, su designación y aprobación para la realización de la actividad de auditoría interna, con una antelación de al menos veinte (20) días hábiles, mediante el FOR-DSGC-012 "PROPUESTA DEL EQUIPO AUDITOR".

Los miembros del equipo auditor pueden ser internos o externos al SENAVE.

5.1.3. Elaboración del Plan de Auditoría

El auditor líder es responsable de elaborar el FOR-DSGC-006 "PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS", en el mismo debe definir el alcance, objetivo, criterio y riesgos de la auditoría, en conformidad con el FOR-DSGC-004 "PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA INTERNA". El auditor líder asigna las tareas correspondientes a su equipo auditor y prepara el FOR-DSGC-006 "PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS".

El equipo auditor, debe disponer de los documentos e informaciones necesarias para realizar la auditoría interna, con una antelación de al menos siete (7) días hábiles antes de la auditoría en sitio; la documentación mínima que debe ser entregada al equipo auditor consiste en:

1. Alcance.
2. Documentación de referencia aplicable, como ser: NP-ISO/IEC 17020, NP-ISO/IEC 17025, ISO 9001, leyes, decretos, resoluciones, manuales; procedimientos, instructivos; y otros documentos relacionados con las actividades o funciones a auditar.
3. FOR-DSGC-007 "LISTA DE VERIFICACIÓN".
4. Nómina de los responsables de las dependencias a ser auditadas.

Esta información será gestionada y entregada al equipo auditor por el jefe del DSGC.

El FOR-DSGC-006 "PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS" debe ser remitido por el Auditor Líder al DSGC con una antelación de por lo menos dos (2) días hábiles, a fin de gestionar su aprobación por parte del Director del área a ser auditada. Posterior a la aprobación, se deberá comunicar antes del inicio de la auditoría a todos los responsables de los procesos a ser auditados, mediante correo institucional.

La secuencia de fechas, horarios y áreas a auditar, fijados en el FOR-DSGC-006 "PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS", podrán ser ajustados en caso de ser necesario durante la reunión de apertura.

Ing. As. *[Signature]*
Secretaría General



AUDITORÍA INTERNA DEL SGC

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 7 de 11

5.1.4. Ejecución y evaluación de la Auditoría Interna

5.1.4.1. Reunión de apertura

El equipo auditor realiza la reunión de apertura con los representantes del área que será auditada. En la misma se presentará como mínimo los siguientes temas:

1. Presentación del equipo y del personal auditado;
2. Confirmación del objetivo y alcance de la auditoría;
3. Confirmación del programa y plan de trabajo (secuencia de operaciones);
4. Metodología de auditoría;
5. Riesgos de la auditoría;
6. Decisión sobre la fecha y hora de la reunión de cierre;
7. Establecimiento de los canales de comunicación;
8. Comunicar si se realiza algún cambio en el plan de auditoría

Se deberá registrar los participantes de la reunión en el FOR-DSGC-002 "REGISTRO DE REUNIÓN". Para el caso de auditorías internas remotas o virtuales se podrá omitir la firma de los participantes en el registro de reunión.

5.1.4.2. Recopilación de evidencias

Durante la auditoría, debe recopilarse la información de aquellos elementos específicos del SGC que previamente se han seleccionado para verificar si han sido puestos en práctica con efectividad.

Estas verificaciones tanto las auditorías in situ o las remotas (virtuales) pueden ejecutarse por medio de entrevistas, revisión y evaluación de la información documentada y observación (utilizando como herramientas cámaras de video, fotografías, drones, etc.).

La recolección de evidencias se hace basada en las normas de referencia y los criterios de auditoría, teniendo en cuenta:

1. Seguir el plan de auditoría utilizando el FOR-DSGC-006 "PLAN DE AUDITORÍA INTERNA";
2. Buscar evidencias objetivas que demuestre cumplimiento o incumplimiento a un requisito;
3. Examinar con suficiente profundidad para determinar si el SGC está aceptablemente establecido;
4. Si se encuentra una potencial no conformidad, conseguir la confirmación o una explicación satisfactoria de uno de los miembros del personal auditado;
5. Tomar nota de todas las deficiencias en el momento que se observan, a fin de que las conclusiones de la auditoría puedan ser presentadas con exactitud y con suficiente detalle;



AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 8 de 11

6. Registrar datos específicos de la información o hallazgos observados, el cual permita una fácil trazabilidad de los mismos, como ser número de los procedimientos, revisión, fechas, nombres, denominación, número de expediente, nombre de registro, nombre de empresa, etc.;
7. Cuando se corrobora una desviación, comprobar si el mismo es asilado o la desviación se presenta de forma sistemática;

Durante la recolección de datos, toda la información que demuestre un cumplimiento a los requisitos establecidos o que compruebe un incumplimiento, deberá ser registrada en el FOR-DSGC-007 "LISTA DE VERIFICACIÓN".

5.1.4.3. Preparación de las conclusiones

Una vez concluida la recopilación de informaciones, el equipo auditor debe reunirse antes de iniciar la reunión de cierre, a fin de:

1. Revisar los hallazgos de la auditoría y cualquier otra información apropiada;
2. Calificar el nivel de los hallazgos, entre conformidad, no conformidad, observaciones, u oportunidades de mejora;
3. Acordar las conclusiones de la auditoría.

5.1.4.4. Reunión de cierre

Una vez culminada la preparación de conclusiones, se procede a realizar la reunión de cierre entre el equipo auditor y los responsables de las áreas auditadas, en esta reunión el equipo auditor debe exponer los resultados de la auditoría y detallar los hallazgos. En esta instancia, el auditado podrá realizar aclaraciones sobre los hallazgos detectados, en caso de ser necesario.

Se debe registrar los participantes de reunión de cierre en el FOR-DSGC-002 "REGISTRO DE REUNIÓN". Para el caso de Auditorías Internas remotas o virtuales se podrá omitir la firma de los participantes en el registro de reuniones

5.1.5. Informe y registros de auditoría

El equipo auditor es responsable de la elaboración del FOR-DSGC-008 "INFORME DE AUDITORÍA INTERNA", en el mismo deben constar los hallazgos detectados, los cuales deben estar clasificados entre: No Conformidad, Observación, Oportunidad de Mejora.

El equipo auditor en un plazo no mayor a siete (7) días hábiles a partir de la fecha de finalización de la auditoría, debe entregar al DSGC la siguiente información:

Ing. Agr. *[Firma]*
Secretaría General



AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 9 de 11

1. FOR-DSGC-007 "LISTA DE VERIFICACIÓN";
2. FOR-DSGC-002 "REGISTRO DE REUNIÓN".(Reunión de Apertura y Reunión de Cierre);
3. FOR-DSGC-008 "INFORME DE AUDITORÍA INTERNA";
4. Documentación de referencia entregada al equipo auditor, como ser: NP-ISO/IEC 17020, NP-ISO/IEC 17025, ISO 9001.

El DGSC, debe remitir una copia del FOR-DSGC-008 "INFORME DE AUDITORÍA INTERNA" y del FOR-DSGC-007 "LISTA DE VERIFICACIÓN" a las áreas auditadas para su conocimiento y el establecimiento de las acciones necesarias, en un plazo no mayor a diez (diez) días hábiles de la culminación de la auditoría.

Una copia del FOR-DSGC-008 "INFORME DE AUDITORÍA INTERNA" deberá ser remitida a la Auditoría Interna Institucional.

5.1.6. Tratamiento de hallazgos de auditoría

Los hallazgos de auditoría interna deberán ser tratados según lo establecido en el PRO-DSGC-006 "ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS" y registrado en el FOR-DSGC-009 "REGISTRO DE HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES".

5.2. Evaluación de desempeño de Auditores Internos

El jefe del DSGC en forma conjunta con las áreas a ser auditadas, deberán evaluar el desempeño del Auditor Líder y Auditores designados mediante el FOR-DSGC-011 "EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES Y AUDITOR LÍDER". La evaluación de desempeño a los auditores en formación deberá ser realizada por el Auditor Líder mediante el FOR-DSGC-014 "EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES EN FORMACIÓN".

La evaluación de desempeño a los expertos técnicos es realizada por los jefes y responsables de cada proceso, mediante el FOR-DSGC-013 "EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES EXPERTOS TÉCNICOS".

Estas evaluaciones deberán ser realizadas por lo menos quince (15) días hábiles posteriores a la culminación de la actividad de auditoría.

5.3. Registro de Auditores y Expertos Técnicos

El DSGC deberá mantener un registro de los auditores y expertos técnicos calificados.

Agr. María Carmelita Torres de Cordero
Secretaría General



AUDITORÍA INTERNA DEL SGCI

Código: PRO-DSGC-004
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 10 de 11

6. CONTROL DE CAMBIOS

Ítem	Página	Cambios

7. REFERENCIAS

- 7.1 Ley N° 2459/04: "Que crea el Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas (SENAVE)".
- 7.2 Normas ISO 9001, 17020 y 17025 en sus versiones vigentes.
- 7.3 NP-ISO-19011: "Evaluación de la conformidad. Requisitos para el funcionamiento de diferentes tipos de organismos que realizan inspección"
- 7.4 PRO-DSGC-006: "ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORAS".
- 7.5 Norma ISO 9001 APG – Guía sobre auditorías remotas.
- 7.6 IAF- ID03:2011 Gestión de eventos o circunstancias extraordinarias que afectan a organismos de acreditación, certificación o empresas certificadas.
- 7.7 IAF – ID12:2015 Principios de evaluación remota.

8. REGISTROS

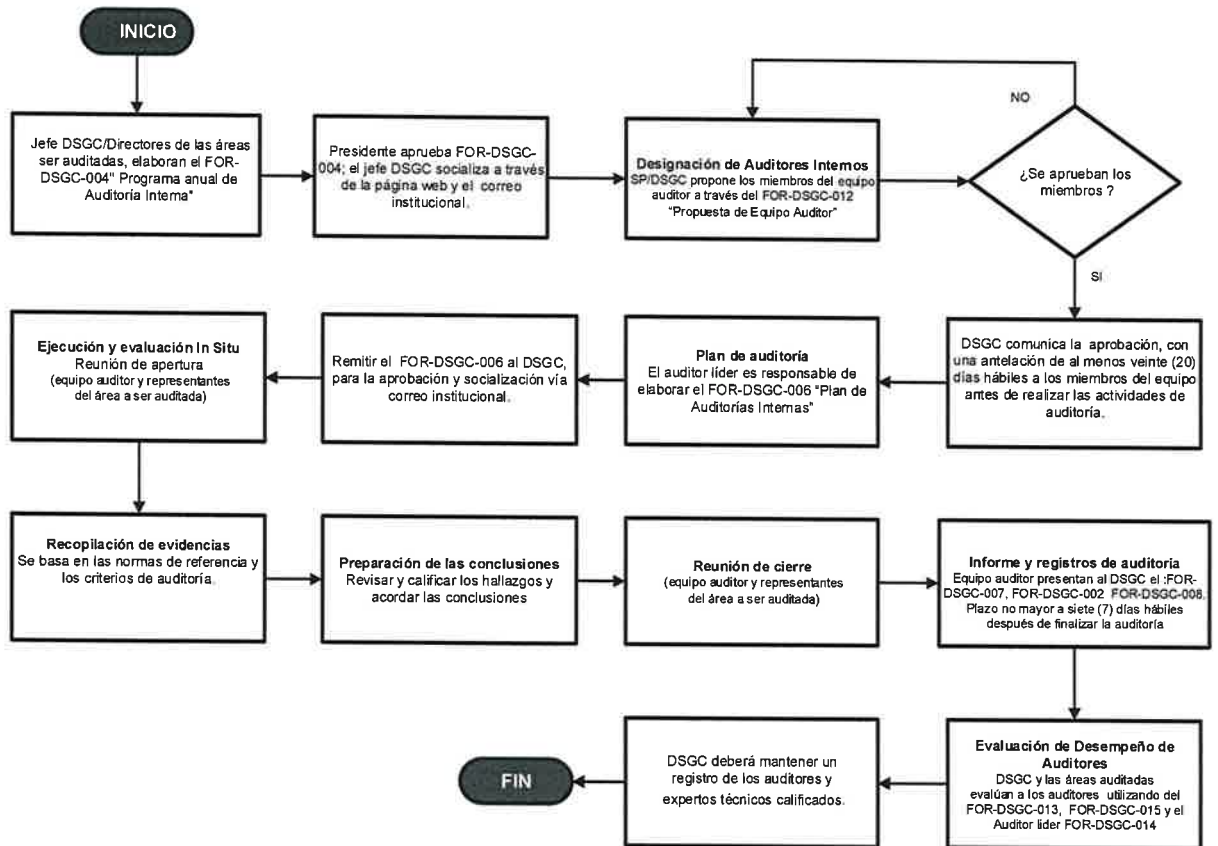
Nombre del Registro	Código	Área de archivo
REGISTRO DE REUNIÓN	FOR-DSGC-002	Sala de archivo del DSGC
CALIFICACIÓN DE AUDITORES INTERNO	FOR-DSGC-003	Sala de archivo del DSGC
PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA INTERNA	FOR-DSGC-004	Sala de archivo del DSGC
PLAN DE AUDITORÍA INTERNA	FOR-DSGC-006	Sala de archivo del DSGC
LISTA DE VERIFICACIÓN	FOR-DSGC-007	Sala de archivo del DSGC
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	FOR-DSGC-008	Sala de archivo del DSGC
REGISTRO DE HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES	FOR-DSGC-009	Sala de archivo de cada dependencia.
MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS.	FOR-DSGC-010	Sala de archivo de cada dependencia.
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES Y AUDITOR LÍDER.	FOR-DSGC-011	Sala de archivo del DSGC
PROPUESTA DEL EQUIPO AUDITOR	FOR-DSGC-012	Sala de archivo del DSGC
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES EXPERTOS TÉCNICOS.	FOR-DSGC-013	Sala de archivo del DSGC
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES EN FORMACIÓN	FOR-DSGC-014	Sala de archivo del DSGC



Ing. Agr. Mariana Carmelina Torres
Secretaría General

9. ANEXOS

9.1 Anexo 01. Flujoograma de Auditoría del SGCI



9.2 Anexo 02 Formularios

- a) REGISTRO DE REUNIÓN
- b) CALIFICACIÓN DE AUDITORES INTERNO
- c) PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA INTERNA
- d) PLAN DE AUDITORÍA INTERNA
- e) LISTA DE VERIFICACIÓN
- f) INFORME DE AUDITORÍA INTERNA
- g) REGISTRO DE HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES
- h) MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN, Y ACCIONES DEL TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS.
- i) EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES Y AUDITOR LÍDER.
- j) PROPUESTA DEL EQUIPO AUDITOR
- k) EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES EXPERTOS TÉCNICOS.
- l) EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITORES EN FORMACIÓN.



[Handwritten signature]
 Srta. Mariana Carmelita Torres de Guizado
 Secretaria General



**EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE
AUDITORES EN FORMACIÓN**

Código: FOR-DSGC-014
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 1 de 1

I. Identificación	
Fecha de la ejecución de la auditoría:	Área/ Dependencia auditada:
Proceso/s auditado/s:	
Nombre y apellido del evaluador:	
Nombre y apellido del evaluado (Auditor en formación):	
II. Criterios de Evaluación	
(*) Aspectos a evaluar del AUDITOR EN FORMACIÓN	Calificación ⁽¹⁾ 1: Bueno 2: Muy Bueno 3: Excelente Evaluación (Auditor Líder)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
Calificación promedio obtenido ⁽¹⁾	

III. Observaciones, sugerencias o aspectos a mejorar

(*) Será completada los aspectos a evaluar, de los auditores en formación dependiendo de las áreas a ser auditada en base a las normas vigentes ISO 9001, 17025 y 17020.

Nota:

1. Con el propósito de mantener un equipo de auditores competentes, motivados e involucrados, se evaluará a cada integrante del equipo auditor con el presente instrumento.
2. Utilizar el siguiente criterio de ponderación para la evaluación del desempeño del auditor en formación.
3. De contar con dos evaluaciones con ponderación "BUENO" se procederá a retirar la constancia de nombramiento y de la lista de auditores del SENAVE hasta nueva capacitación.

CALIFICACIÓN PARA	ESCALA	EVALUACIÓN
AUDITORES EN FORMACIÓN Mínimo 70 %	33-36	Excelente
	29-32	Muy Bueno
	25-28	Bueno



[Handwritten signature]



CALIFICACIÓN DE AUDITORES INTERNO

Código: FOR-DSGC-003
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 1 de 1

1. DATOS DEL POSTULANTE

Nombre: _____

2. EVALUACIÓN

Competencias	Puntaje máximo	Evaluación	Comentarios
2.1 Educación			
A	4		
B	3		
C	3		
2.2 Formación como auditor			
A	5		
B	5		
2.3 Experiencia			
A	2		
B	3		
C	2		
D	3		
2.4 Puntaje total	30		

(*) A continuación describa la experiencia en auditorías

Fecha	Duración (hrs)	Lugar	Institución	Auditor líder

3. CALIFICACIÓN OBTENIDA

Mínimamente 15 puntos = Auditor en formación;
Mínimamente 18 puntos = Auditor;
Mínimamente 25 puntos = Auditor Experto técnico;
Mínimamente 27 puntos = Auditor Líder.

Calificado como (Marcar con una X):

Auditor líder Auditor experto técnico Auditor Auditor en formación

4. RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN

Nombre: _____ Cargo: _____
Fecha: _____ Firma: _____

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	Código: FOR-DSGC-008 Emisor: SP-DSGC-DSGCI Versión: 01 Vigente: 14/10/2020 Página: 2 de 2
---	-------------------------------------	--

Anexo:

a) No conformidades: *(Constituyen incumplimientos sistemáticos de requisitos normativos o de las disposiciones internas del SGC, o incumplimientos puntuales pero con un impacto importante en el cumplimiento de los requisitos del servicio o de la satisfacción del cliente).*

b) Observaciones: *(Son desvíos puntuales o parciales en el cumplimiento de requisitos normativos o de las disposiciones internas del SGC)*

c) Oportunidades de mejora: *(Son aquellos hallazgos que no constituyen desvíos, o que son desvíos muy puntuales y menores, y que el auditor sugiere que podrían dar lugar a una acción correctiva o preventiva, que impulse la mejora del SGC).*



Ing. Agr. María Catalina Torres de Oviedo
Secretaría General



Código: FOR-DSGC-009
Emisor: SP-DSGC-DSGCI
Versión: 01
Vigente: 14/10/2020
Página: 1 de 1

**REGISTRO DE HALLAZGOS Y
SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES**

Dirección/ Departamento/Unidad:	Norma de Referencia <small>(Marcar con una X donde correspondiera)</small>	ISO 9001 NP-ISO/IEC 17020 NP-ISO/IEC 17025 Otras.....	Fuente <small>(Marcar con una X donde correspondiera)</small>	Auditoria Interna		Reclamos /Quejas/ Sugerencias	Desviación en la implementación de lo planificado	Otros.....
				Auditoria Externa	Seguimiento de objetivos y metas			
Nro de identificación del hallazgo y seguimiento de las acciones:								
I. DESCRIPCIÓN <small>(Marcar con una X donde corresponda)</small> No Conformidad Observación Oportunidad de Mejora								
II. ANÁLISIS DE CAUSAS Método utilizado:								
III. PLAN DE ACCIÓN <small>(Marcar con una X donde correspondiera)</small> Acción inmediata Acción correctivas Mejoras Preventivas (Riesgos)								
IV. VERIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN <small>(Marcar con una X donde correspondiera)</small> Se implementó No se ha implementado								
V. VERIFICACIÓN DE LA EFICACIA <small>(Marcar con una X donde correspondiera)</small> Eficaz No eficaz								
Proceso:								
Responsables/s:								
Fecha:								
Descripción								
Acciones								
Evidencias (Adjuntar evidencias, cuando se aplique)								
Evidencias (Adjuntar evidencias, cuando se aplique)								
Fecha de la 1ra revisión:								
Fecha de la 2da. revisión:								
Fecha de la revisión:								
Nro de identificación del hallazgo y seguimiento de las acciones (nueva), cuando aplique:								

María Camelia Torres de Guinda
 Secretaria General

