

| | | |
|-------|---|----|
| 1. | OBJETIVO | 2 |
| 2. | PROPOSITO Y ALCANCE | 2 |
| 3. | REFERENCIA..... | 2 |
| 4. | RESPONSABILIDADES | 2 |
| 5. | ABREVIACIONES Y DEFINICIONES | 3 |
| 6. | DESARROLLO | 4 |
| 6.1 | SELECCIÓN Y ASIGNACIÓN DEL GRUPO AUDITOR..... | 4 |
| 6.1.1 | REVISIÓN DOCUMENTAL..... | 4 |
| 6.1.2 | AUDITORIA DE CERTIFICACIÓN INICIAL | 4 |
| 6.1.3 | AUDITORÍA ETAPA-1 (DOCUMENTAL) | 4 |
| 6.2 | PROGRAMACIÓN DE LA AUDITORIA | 6 |
| 6.2.1 | INICIO DE AUDITORÍA..... | 6 |
| 6.3 | PREPARACIÓN DE LOS DOCUMENTOS | 8 |
| 6.4 | REALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA | 8 |
| 6.4.1 | REUNIÓN DE APERTURA..... | 8 |
| 6.4.2 | RECORRIDO POR LAS INSTALACIONES SOLO EN SEGUNDA ETAPA | 8 |
| 6.4.3 | EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA | 9 |
| 6.4.4 | MUESTREO | 9 |
| 6.4.5 | CÓMO SELECCIONAR LAS MUESTRAS..... | 10 |
| 6.4.6 | REUNIÓN DEL GRUPO AUDITOR | 11 |
| 6.4.7 | PREPARACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA | 11 |
| 6.4.8 | REALIZACIÓN DE LA REUNIÓN DE CIERRE..... | 11 |
| 6.4.9 | ENCUESTA DE SATISFACCIÓN | 13 |
| 6.5 | SEGUIMIENTO A LAS NO CONFORMIDADES U OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS EN LA AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN..... | 13 |
| 6.6 | ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE LAS NO CONFORMIDADES..... | 13 |
| 6.7 | EFICACIA DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS | 14 |
| 6.8 | AUDITORÍAS DE SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN..... | 14 |
| 6.8.5 | AUDITORÍA INICIAL Y CERTIFICACIÓN | 15 |
| 6.8.6 | AUDITORÍA DE LA ETAPA UNO | 15 |
| 6.8.7 | SUSPENSIÓN, REDUCCIÓN, RETIRADA..... | 15 |
| 7 | DISTRIBUCIÓN..... | 16 |
| 8 | FORMATOS | 16 |
| 10 | FIN DEL DOCUMENTO..... | 17 |


Elaborado

Coordinador de SG


Aprobado

Director General

1. OBJETIVO

1.1.- Establecer los lineamientos generales, criterios y requisitos necesarios, para realizar las auditorias de sistemas de gestión.

2. PROPOSITO Y ALCANCE

2.1.- El Propósito de este procedimiento es identificar, atraer, y convertir prospectos en clientes satisfechos, mediante la oferta de servicios de certificación que cumplan con los más altos estándares de calidad y regulaciones aplicables.

2.2.- Es aplicable al personal asignado como responsable y personal involucrado en desarrollo de auditorías.

3. REFERENCIA.

3.1.- Ley de la Infraestructura de la Calidad.

3.2.- Reglamento de la Ley sobre Metrología y Normalización.

3.3.- NMX-EC-17021-IMNC-2016 (ISO – 17021 – 1: 2015)

3.4.- NMX-EC-17021-IMNC-2016 (ISO – 17021 – 3: 2017)

3.5.- NMX-CC-19011-IMNC-2016 (ISO – 19011: 2018)

3.6.- NMX-CC-9001-IMNC.2015 (ISO – 9001: 2015)

3.7.- NMX-SAA-14001-IMNC-2015 / ISO 14001:2015

3.8.-NMX-SAST-45001-IMNC-2018, ISO 45001:2018

3.9.-ISO 37001:2015 / Sistemas de gestión antisoborno

3.10.-ISO/IEC 27001:2022 / Amd 1:2024 Seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad - Sistemas de gestión de la seguridad de la información - Requisitos. Modificación 1: Acciones relativas al cambio climático.

3.11.-ISO/IEC 27006-1:2024 (en) Information security, cybersecurity and privacy protection — Requirements for bodies providing audit and certification of information security management systems — Part 1: General

3.12.-ISO/IEC 27001:2022 / Amd 1:2024 Seguridad de la información, ciberseguridad y protección de la privacidad - Sistemas de gestión de la seguridad de la información - Requisitos. Modificación 1: Acciones relativas al cambio climático.

3.13.-ISO/IEC TS 17021-9:2016 - Conformity assessment - Requirements for bodies providing audit and certification of management systems - Part 9: Competence requirements for auditing and certification of antibribery management systems

3.14.- Documentos Obligatorios IAF MD

3.15.- NMX-EC-17021-IMNC-2016 (ISO – 17021 – 1: 2015) clausulas:9.1,9.2,9.3 y 9.4.

4. RESPONSABILIDADES.

4.1.- Todo el personal involucrado en estas actividades es responsable de la implementación de este procedimiento.

4.2.- El director de operación técnica gestiona las auditorías iniciales o de vigilancia según corresponda, comunica a los clientes las decisiones del Comité de opinión Técnica y define condiciones para realizar auditoria de renovación.

4.3.- Equipo auditor verifica el grado de cumplimiento del sistema de gestión del cliente con respecto a los estándares aplicables, así como de la preparación de toda la documentación requerida durante el proceso de auditoría.

5. ABREVIACIONES Y DEFINICIONES.

NA



6. DESARROLLO

6.1 SELECCIÓN Y ASIGNACIÓN DEL GRUPO AUDITOR

Se hace referencia en el **procedimiento para la determinación del tiempo de auditoría y programación.**

6.1.1 REVISIÓN DOCUMENTAL

Con base en los registros enviados por el cliente, el Auditor Líder, procederá a la revisión de la documentación proporcionada.

Nota. El objetivo de esta revisión es que el grupo auditor tenga conocimientos de los procesos, políticas y objetivos de calidad de la organización para determinar el Plan de Auditoría Etapa I.

6.1.2 AUDITORIA DE CERTIFICACIÓN INICIAL

De acuerdo con la norma ISO/IEC 17021 vigente, una auditoría de certificación inicial debe realizarse en 2 Etapas, las cuales corresponden a:

6.1.3 AUDITORÍA ETAPA-1 (DOCUMENTAL)

El departamento de administración es responsable de la programación de la auditoría Etapa I (Documental) de la certificación, asegurándose de que se cumplan los objetivos y de que se informe al cliente de todas las actividades in situ, durante la etapa I.

Objetivos de la Etapa-1

- a) Revisar la información documentada del Sistema de gestión del cliente.
- b) Evaluar las condiciones específicas del sitio del cliente e intercambiar información con el personal del cliente con el fin de determinar el estado de preparación para la auditoría de la etapa 2.
- c) Revisar el estado del cliente y su grado de comprensión de los requisitos de la norma, en particular en lo que concierne a la identificación de desempeños clave o aspectos, procesos, objetivos y funcionamiento significativos del sistema de gestión.
- d) Recopilar la información necesaria correspondiente al alcance del Sistema de Gestión que incluye:
 - I. Las ubicaciones del cliente
 - II. Los procesos y equipos empleados
 - III. Los niveles de controles establecidos (Particularmente en clientes multisitios)
 - IV. Los requisitos legales y reglamentarios aplicables
- e) Revisar la asignación de recursos para la etapa 2 y acordar con el cliente los detalles

- f) Proporcionar un enfoque para la planificación de la etapa 2, mediante la comprensión suficiente del sistema de gestión del cliente y de las operaciones del sitio en el contexto de la norma de sistema de gestión u otros documentos normativos
- g) Evaluar si las auditoria internas y la revisión por la dirección se planifican y realizan, y si el nivel de implementación del sistema de gestión confirma que la organización está preparada para la etapa 2.

Durante la Etapa -1 (documental), el equipo auditor debe comprobar si el alcance incluyendo los sitios manifestados, los productos o servicios, la normativa aplicable a la empresa o cualquier otra condición deben ser aclaradas y respaldadas mediante el **Plan de auditoria (F-QACi-CDO02-03)** y la **lista de verificación ETAPA I (F-QACi-CDO02-07)**, como preparación para la Etapa -2 de certificación. Esto incluye también la confirmación, cambio o extensión del Código NACE.

El equipo auditor de la Etapa -1 (documental), deberá confirmar, que las instalaciones en donde se realiza la auditoria, sean las mismas contempladas dentro del **plan de auditoría**.

Los resultados de la Etapa-1 (documental) se comunicarán a la organización mediante el **informe de auditoría**. En él cual se documentarán los hallazgos encontrados los cuales están categorizados, como tema de preocupación y oportunidades de mejora e informara al cliente que, en caso de presentarse temas de preocupación y no ser atendidos, previo a la Etapa 2, podrían resultar como NC en la siguiente auditoria.

La programación de la auditoría de la Etapa 2 dependerá de los resultados y temas de preocupación identificados durante la Etapa 1. Si, con base en estos resultados y en las conclusiones del equipo auditor, se determina la necesidad de presentar un plan de atención ante QACi, este deberá elaborarse y presentarse previamente, ya que es un requisito para poder avanzar con la programación de la Etapa 2. De no atenderse, dichos temas podrían derivar en no conformidades durante esta segunda etapa.

Así mismo, el departamento de administración tendrá que revisar los acuerdos para la etapa 2, en caso de que ocurran cambios significativos que puedan impactar el sistema de gestión, y deberá considerar la necesidad de repetir toda la etapa 1, o una parte de ella, así mismo solicitara al cliente que proporcione evidencia de haber atendido los Temas de preocupación descritos en el informe de auditoría Etapa 1, ya que pueden conducir al aplazamiento o cancelación de la Etapa 2.

- Tema de preocupación: Incumplimiento de un requisito que afecta la capacidad del sistema de gestión para lograr los resultados previstos
- Observación: Un hallazgo que no constituye un incumplimiento, pero que señala prácticas que podrían derivar en no conformidades si no se abordan, o que destaca por posibles

riesgos futuros o áreas que exceden las prácticas normales.

- Oportunidad de Mejora: Áreas donde se cumplen los requisitos, pero se podrían optimizar procesos, prácticas o resultados.

AUDITORÍA ETAPA-2 IN SITU.

El departamento de administración es responsable de la programación de la auditoría Etapa 2 in-situ de la certificación, asegurándose de que las fechas definidas para la Etapa 2 in-situ de certificación, permitan la verificación de todas las instalaciones, procesos incluidos en el alcance indicado.

Objetivos de la Etapa 2 in-situ.

- Determinar la conformidad del SG del cliente, o de partes del sistema, con los criterios de auditoría.
- Determinar la capacidad del SG para asegurar que la organización cumpla con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables.
- Determinar la eficacia del SG, para asegurar que el cliente puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados.
- Identificar las áreas de mejora potencial del cliente (en caso de aplicar)
- Evaluar el grado de implementación del sistema conforme a la norma de referencia.
- Verificar la realización de actividades de seguimiento, medición, informe y revisión con relación a los objetivos y metas de desempeño claves.
- Verificar que el cliente cuente con el control operacional de sus procesos
- Verificar la responsabilidad de la dirección en relación con las políticas internas
- Revisar la competencia del personal, las operaciones, procedimientos, datos de desempeño y hallazgos y conclusiones de auditorías internas previas.

6.2 PROGRAMACIÓN DE LA AUDITORIA

6.2.1 INICIO DE AUDITORÍA.

Una vez programada la fecha de la Auditoria con el cliente, El Auditor Líder es quien elabora el **Plan de Auditoría**, que proporciona información necesaria al equipo auditor y al auditado. Este plan debe facilitar la programación y coordinación de las actividades de la auditoría, una vez elaborado el auditor líder se lo envía al departamento de administración y este le enviara al cliente con antelación para su revisión por el medio que crea conveniente.

6.2.2 PLAN DE AUDITORÍA.

6.2.3 El *plan de auditoría (F-QACi-CDO02-03)* debe ser apropiado para los objetivos y el alcance de la auditoría, y debe contener lo siguiente:

- a) Los objetivos de la auditoría
- b) Los criterios de la auditoría
- c) El alcance de la auditoría, incluida la identificación de las unidades organizacionales y funcionales o los procesos por auditar.
- d) Las fechas y los sitios en los que se va a realizar las actividades de auditoría in situ, incluidas las visitas a los sitios temporales y actividades de auditoría remota, cuando aplique.
- e) La duración prevista para las actividades in situ
- f) Los roles y las responsabilidades de los miembros del equipo auditor y de las personas que los acompañan, tales como intérpretes, observadores.
- g) Mostrar el tiempo aproximado de traslado cuando exista un sitio o sitios remotos sujetos a evaluación como parte de la auditoría.

Además, debe ser lo suficientemente flexible para permitir cambios tales como modificaciones en el alcance de la auditoría que podrían llegar a ser necesarios a medida que se van desarrollando las actividades de auditoría.

(En caso de que aplique) las técnicas de auditoría asistida por computadora o cuando el sitio a auditar es virtual, la información obtenida durante dicha auditoría deberá ser suficiente para que el auditor pueda tomar una decisión informada sobre la conformidad del requisito en cuestión.

Las auditorías in situ, pueden tener acceso remoto a sitios electrónicos del sistema de gestión, y se debe prestar especial cuidado al uso de medios electrónicos durante la auditoría. El cliente revisará el plan de auditoría enviado por el coordinador de logística y podrá solicitar cualquier modificación a la agenda, en este caso, dicha modificación se realizará de común acuerdo por ambas partes antes del inicio de la auditoría. El *plan de auditoría (F-QACi-CDO02-03)* cuando aplique también será enviado a los miembros del equipo auditor para que revisen la información pertinente relacionada con su parte de auditoría asignada y en caso de ser necesario preparar los documentos de trabajo para estas asignaciones. El auditor líder asigna a cada miembro del equipo la responsabilidad (En caso de que el equipo auditor este integrado por más de 1 auditor) para auditar procesos, funciones, lugares, áreas o actividades específicas del Sistema de Gestión.

6.3 PREPARACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

El auditor líder debe preparar la documentación necesaria y suficiente para la realización de la auditoría, la cual incluye lo siguiente:

- ***Lista de verificación de apertura y cierre (F-QACi-CDO02-01)***
- ***Informe de Auditoría(F-QACi-CDO02-02)***
- ***Plan de Auditoría (F-QACi-CDO02-03)***
- ***Notas Del Auditor (F-QACi-CDO02-04)***
- ***Lista de Asistencia de apertura y cierre (F-QACi-CDO02-05)***

6.4 REALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA

6.4.1 REUNIÓN DE APERTURA

Se estipula que, para la reunión de apertura y cierre, se empleará la ***Guía de Reunión de Apertura – Cierre ANEXO E***, el cual consiste en una presentación estructurada que el Auditor Líder mostrará en pantalla. Esta presentación enumera todos los temas que deben cubrirse durante la reunión (alcance, roles, guías, muestreo y actividades posteriores). Junto a ella, se utilizará la ***Lista de Verificación – Reunión de Apertura/Cierre (F-QACi-CDO02-01)***, un formato diseñado para ir marcando cada punto según se vaya mencionando, de modo que no quede ningún ítem sin registrar. Los asistentes (representantes de la Dirección y responsables de los procesos a auditar) quedan registrados en la ***Lista de Asistencia de Apertura y Cierre (F-QACi-CDO02-05)***.

Si, tras la reunión de apertura y con base en la evidencia recopilada, el Auditor Líder considera que los objetivos no son alcanzables o identifica un riesgo inmediato y significativo, deberá notificarlo de inmediato al cliente y al Departamento de Administración. En ese caso, se podrán adoptar las siguientes medidas:

- Reconfirmar o modificar el plan de auditoría.
- Ajustar los objetivos de la auditoría.
- Cambiar el alcance de la auditoría.
- Finalizar anticipadamente la auditoría.

6.4.2 RECORRIDO POR LAS INSTALACIONES SOLO EN SEGUNDA ETAPA

Posteriormente el equipo auditor hará un recorrido por las instalaciones de la organización, guiados por la(s) persona(s) asignada(s), esto tiene como finalidad ver el aspecto general de las mismas y para que el equipo auditor ubique sus diferentes áreas; así como tener un panorama general de la actitud de la organización hacia el sistema de gestión.

6.4.3 EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA

El equipo auditor debe apegarse al plan de auditoría y a los objetivos de este, además deberán verificar los aspectos legales, reglamentarios y técnicos relacionados con el producto o servicio.

El propósito de la auditoría es recopilar evidencia objetiva con respecto a la eficacia del sistema de gestión de la organización, a través de entrevistas, observación de operaciones, actividades de evaluación, evidencias, revisión de documentos, de registros de acuerdo con el alcance de la auditoría; asimismo tomando notas y referencias en el formato **Notas Del Auditor (F-QACi-CDO02-04)**

. Para lograr esto, es importante recordar las siguientes actividades:

1. Tomar sus notas
2. Verificación de la documentación de la implantación del Sistema de gestión o parte de este (manual, procedimientos e instrucciones de trabajo) para determinar si está completa y es adecuada.
3. Comprobación de que se siguen los procedimientos e instrucciones de trabajo.
4. Confirmación de la competencia de inspectores y operadores de procesos especiales (calificación y certificación)
5. Confirmación del cumplimiento de requisitos legales y reglamentarios aplicables
6. Examen aleatorio de muestras de trabajo (registros, productos, cálculos, dibujos, etc.)
7. Verificación de controles y registros de procesos.
8. Recolección de evidencias objetivas.
9. Para auditorías de vigilancia, verificar el uso apropiado del logo de QACi
10. Con respecto a las exclusiones declaradas por la Organización auditada, el auditor verificará que dichas exclusiones en realidad apliquen.
11. Para los dos casos anteriores, el auditor hará constar dichas verificaciones en los **informes de auditoría.**

6.4.4 MUESTREO

La ejecución de la auditoría es un ejercicio de muestreo, por lo tanto, es muy importante que el auditor esté seguro de que las muestras que se tomen sean representativas del total que se está examinando.

La probabilidad de encontrar desviaciones (si existieran) sin considerar el número total de documentos de la Organización, es:

| No. de Muestras | Probabilidad |
|-----------------|--------------|
| 1 | 50% |
| 2 | 75% |
| 3 | 87.50% |
| 4 | 93.70% |
| 5 | 96.60% |
| 6 | 98.40% |
| 7 | Mayor al 99% |

En la medida de lo posible, el auditor examinara el número máximo de muestras mostrado en la tabla anterior con el propósito de obtener la probabilidad más alta de que las decisiones que tome sean correctas.

6.4.5 CÓMO SELECCIONAR LAS MUESTRAS

Para tener una probabilidad mayor de obtener muestras representativas del sistema, se deben seguir los siguientes pasos:

- a) Insistir de manera educada, que el auditor mismo va a escoger la muestra.
- b) Solicitar una lista, índice, registro, etc., para seleccionar las muestras que desea examinar.
- c) Solicitar ver los archiveros donde se guardan los documentos y escoger muestras del frente, mitad y final o fechas lejanas, medias y cercanas.
- d) Seleccionar muestras de diferentes pasos del proceso.
- e) Seleccionar muestras de diferentes fechas.
- f) Cuando encuentre una desviación, el auditor debe tomar muestras adicionales del mismo tipo para comprobar si es algo general. Las entrevistas es uno de los medios importantes de recopilar información y se debe llevar a cabo de manera tal que se adapte a la situación de las personas entrevistadas. Sin embargo, el auditor debe considerar:
 - i. Las entrevistas deben llevarse a cabo con personas de diferentes niveles y funciones que desempeñen las actividades o tareas dentro del alcance de la auditoría.
 - ii. Se debe crear un ambiente de confianza previo a la entrevista.
 - iii. Debe explicarse la razón para la entrevista y cualquier otra nota que se toma.
 - iv. Debe evitar preguntas que induzcan a respuestas determinadas.
 - v. Se debe agradecer a las personas entrevistadas por su participación y cooperación.

En caso de que el auditor determine un hallazgo y tenga alguna duda al respecto, deberá consultarlo con el auditor líder.

Las no conformidades deben ser informadas de inmediato a los auditados, así como documentarlas en el **Informe de Auditoría(F-QACi-CDO02-02)**, el propósito de la revisión de las no conformidades es que sean comprendidas y aceptadas por el auditado.

6.4.6 REUNIÓN DEL GRUPO AUDITOR

Una regla general para el auditor que lleva a cabo una auditoría, es la de no involucrarse con los problemas de la organización y no proveer ningún consejo de acción correctiva.

El auditor líder convoca al equipo auditor a reuniones intermedias durante el proceso de la auditoría. Dichas reuniones tienen como objetivo:

- Intercambiar información sobre los hallazgos encontrados basados en evidencias objetivas.
- Definir y evaluar las oportunidades de mejora o no conformidades detectadas, siendo analizadas en documentos, registros, pruebas, etc.
- Coordinar actividades para asegurar el cumplimiento de los objetivos diarios.
- Aclarar dudas que se presenten durante la auditoría.

Cuando por causas inesperadas se tenga que cambiar el plan de auditoría, el auditor líder convoca a una reunión especial para explicar el cambio y la razón de este. Al término de la auditoría se reúne el equipo auditor para recabar toda la información y elaborar el **Informe de Auditoría(F-QACi-CDO02-02)**.

El informe de auditoría debe incluir, cuando sea necesario, si se requiere de una auditoría completa adicional, una auditoría de seguimiento o la presentación de un plan de acciones sobre las oportunidades de mejora detectadas que serían revisadas en la siguiente auditoría de vigilancia.

6.4.7 PREPARACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA

El auditor líder se asegura de preparar el **Informe de Auditoría (F-QACi-CDO02-02)** y es responsable de su contenido. El informe de auditoría proporciona un registro completo, exacto, claro y conciso del resultado de la auditoría que le permite a la organización auditada tomar una decisión informada.

6.4.8 REALIZACIÓN DE LA REUNIÓN DE CIERRE.

Una vez concluida la auditoría y elaborado el informe, el auditor líder convoca a la reunión de cierre al equipo auditor y al personal auditado, el auditor líder es responsable de llevar a cabo la reunión de cierre a nombre del equipo auditor, agradeciendo las atenciones y facilidades recibidas durante el proceso de auditoría y circulando la **Lista de Asistencia y cierre (F-QACi-CDO02-05)**

El objetivo de la reunión es informar a los auditados, el resultado de la auditoría e informar las no conformidades encontradas; si el(los) responsable(s) de atender la auditoría está(n) de acuerdo con las no conformidades y oportunidades de mejora declaradas, el responsable de la auditoría por parte de la organización auditada debe firmar el **informe de auditoría(F-QACi-CDO02-02)**, asimismo, el auditor líder hace entrega a la organización auditada de una copia del informe de auditoría.

En caso de documentar no conformidades, se debe instruir a la organización auditada que debe analizar las causas y describir las correcciones y las acciones correctivas realizadas para eliminar dichas no conformidades.

Por el contrario, si el responsable de atender la auditoría no está de acuerdo con alguna no conformidad u oportunidad de mejora, el auditor líder escuchará su fundamento y en su caso de presentar evidencia de cumplimiento procederá a cancelar la no conformidad u oportunidad de mejora señalada, en caso de no llegar a un acuerdo le indicará al responsable auditado que escriba sus argumentos fundamentándolos en el mismo informe de auditoría. El auditor líder debe concluir con la reunión de cierre e informar inmediatamente al director de Operación técnica, acerca de la situación.

Es importante que el equipo auditor nunca entre en discusión con el auditado, antes de terminar la reunión final, el auditor líder debe recordarle al auditado que debe presentar su(s) acción(es) correctiva (s) a las no conformidades en un plazo no mayor de **60 días naturales**.

La clasificación de las no conformidades puede ser:

- No conformidad mayor: Incumplimiento de un requisito que afecta de forma significativa la capacidad del sistema de gestión para lograr sus resultados previstos.

Se clasifica como mayor cuando:

Existen dudas razonables sobre la eficacia del sistema para asegurar la conformidad del producto, servicio o proceso.

Se identifican varias no conformidades menores sobre el mismo requisito, lo que evidencia una falla sistémica o desviación sostenida.

- No conformidad menor: Incumplimiento de un requisito que no afecta la capacidad del sistema de gestión para lograr los resultados previstos.
- Observaciones: Un hallazgo que no constituye un incumplimiento, pero que señala prácticas que podrían derivar en no conformidades si no se abordan, o que destaca por posibles riesgos futuros o áreas que exceden las prácticas normales.

- Oportunidad de Mejora: Áreas donde se cumplen los requisitos, pero se podrían optimizar procesos, prácticas o resultados.

6.4.9 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

El departamento de administración debe entregar al cliente la **Encuesta de satisfacción (F-QACi-CDA02-05)**, esto, se recomienda sea una vez terminada la auditoría, por el medio que crea conveniente.

6.5 SEGUIMIENTO A LAS NO CONFORMIDADES U OPORTUNIDADES DE MEJORA DETECTADAS EN LA AUDITORÍA DE SISTEMAS DE GESTIÓN

Para dar seguimiento al proceso de certificación, el cliente debe analizar las causas y describir las acciones correctivas y preventivas específicas, se deben enviar a QACi las acciones correctivas realizadas por cada no conformidad detectada, la atención a oportunidades de mejora la realiza por el método de análisis que establezca su sistema. La recepción de acciones es vía correo electrónico. Se debe indicar al cliente que cuenta con **45 días naturales en caso de no conformidades Mayores y 60 días naturales en caso de no conformidades menores para el cierre y aprobación final.**

En este caso, el auditor debe indicar, en el formato **Informe de Auditoría (F-QACi-CDO02-01)**, la fecha límite, contando los 45 o 60 días naturales a partir de la fecha de entrega del informe o hasta la fecha de vigencia del certificado (cuando sea un periodo menor de los 60 días).

El auditado debe proporcionar el análisis de causa y la evidencia correspondiente para que el auditor líder evalúe la eficacia de las acciones correctivas, cuando se declaren no conformidades mayores esto debe ser dentro de un periodo máximo de 30 días naturales; si son declaradas no conformidades menores esto debe ser dentro de un periodo máximo de 45 días naturales. En ambas situaciones es con la finalidad de contar con tiempo para la revisión por parte del auditor líder y en caso de rechazo de acciones, el auditado cuente con tiempo de respuesta **dentro del periodo establecido 45 o 60 días para cierre y aprobación final.**

Si las acciones correctivas son aprobadas, se procede al cierre de la(s) no conformidad(es) por parte del Auditor líder.

6.6 ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE LAS NO CONFORMIDADES

Cada una de las no conformidades detectadas en una auditoría de sistemas de gestión, debe considerarse como independiente de las demás, por lo tanto, pueden tener diferentes fechas compromiso y no necesariamente cerrarse al mismo tiempo.

Una vez concluido el plazo máximo (45 o 60 días, según aplique) de cierre y aprobación final, sin haberlas cerrado por causa de la Organización auditada, se procede de acuerdo con el **Procedimiento para la Certificación de Sistemas de Gestión.**

6.7 EFICACIA DE LAS CORRECCIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS

El organismo de certificación, como parte de sus responsabilidades en el mantenimiento de la conformidad con las normas y estándares aplicables, solicita a los clientes el cierre adecuado de las no conformidades detectadas durante las auditorías. El auditor líder revisa las correcciones, las causas identificadas y las acciones correctivas enviadas por el cliente para determinar si son aceptables. Estas se documentan en el formato de **Seguimiento de No conformidades (F-QACi-CDO02-06)**, para asegurar la eficacia de estas. El resultado de la revisión y la verificación se le notifica al cliente, por el medio que se considere pertinente.

Cuando se confirmen 4 o mas no conformidades mayores, podría llevar a la necesidad de una auditoría adicional completa o limitada, para verificar que las acciones correctivas y preventivas son eficaces.

NOTA: La verificación de la eficacia de las acciones correctivas y preventivas puede llevarse a cabo en una revisión documental o cuando sea necesario, mediante una verificación in situ. Por lo general, esta actividad la realiza un miembro del equipo auditor.

Una vez que se cierra el expediente de las actividades de auditoría el coordinador del SG lo envía al Comité de Opinión técnica, para cubrir la fase de dictaminación, según se estipula en el **Procedimiento para la Certificación de Sistemas de Gestión.**

6.8 AUDITORÍAS DE SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN

6.8.4 SOLICITUD

Al diseñar el **plan de auditoría (F-QACi-CDO02-03)**, se toma en cuenta el grado de integración de los sistemas de gestión. Los planes de auditoría incluyen todas las áreas y actividades pertinentes a cada norma o especificación del sistema de gestión incluidas en el alcance de la auditoría, y son realizadas por auditores calificados.

El equipo de auditoría completo debe cumplir con los requisitos de competencia definidos por el **procedimiento de administración y competencia del personal (P-QACi-CDA-02)**, en relación con cada área técnica y según la relevancia de cada norma o especificación del sistema de gestión que se audita.

Se asigna tiempo suficiente para realizar una auditoría completa y eficaz del Sistema de gestión de la organización, siguiendo el ***Procedimiento para la Determinación del Tiempo de Auditoría y programación (P-QACi-CDA-01)***

Es importante mencionar que para determinar el tiempo de auditoría para una auditoría de un Sistema integrado de gestión que cubra dos o más Estándares/especificaciones de sistemas de gestión, por ejemplo, a + b + c, el área administrativa deberá:

6.8.4.1 calcular el tiempo de auditoría requerido para cada estándar/especificación del sistema de gestión

6.8.4.2 Por separado (aplicando todos los factores relevantes previstos por los documentos de aplicación Relevantes y/o reglas del esquema para cada estándar, por ejemplo, IAF MD5

En el ***informe de auditoría (F-QACi-CDO02-02)*** respecto de los sistemas de Gestión auditados cada hallazgo planteado deberá ser rastreable hasta las Normas/especificaciones aplicables del sistema de gestión.

Se deberá considerar el impacto que una no conformidad encontrada para una de las Normas/especificaciones del sistema de gestión tiene sobre el cumplimiento con las otras Normas/especificaciones del sistema de gestión.

6.8.5 AUDITORÍA INICIAL Y CERTIFICACIÓN

Esto incluirá información relativa al nivel de integración, incluido el nivel de integración de documentos, elementos del sistema de gestión y responsabilidades, estos son:

6.8.5.1 Un conjunto de documentación integrada, incluyendo instrucciones de trabajo en buen nivel de desarrollo, según corresponda.

6.8.5.2 Revisiones de gestión que consideren la estrategia y el plan comercial general.

6.8.5.3 Un enfoque integrado de las auditorías internas.

6.8.5.4 Un enfoque integrado de políticas y objetivos.

6.8.5.5 Un enfoque integrado de los procesos de sistemas.

6.8.5.6 Un enfoque integrado de los mecanismos de mejora (acciones correctoras y preventivas; medición y mejora continua).

6.8.5.7 Responsabilidades y apoyo a la gestión integrada.

6.8.6 AUDITORÍA DE LA ETAPA UNO

Durante una auditoría de etapa uno, el equipo auditor deberá confirmar el nivel de integración del Sistema integrado de gestión. QACi deberá revisar y modificar, según sea necesario, la duración de la auditoría que se basó en la información proporcionada en el ***cuestionario inicial (F-QACi-CDO01-01)***

QACi deberá confirmar que el nivel de integración se mantiene sin cambios durante todo el ciclo de Certificación para garantizar que las duraciones de auditoría establecidas sigan siendo aplicables.

6.8.7 SUSPENSIÓN, REDUCCIÓN, RETIRADA

Si la certificación de una o más normas/especificaciones de sistemas de gestión está Sujeta a suspensión, reducción o retiro, QACi deberá investigar el impacto de esto en

la certificación de otras normas/especificaciones de sistemas de gestión.

7 DISTRIBUCIÓN.

Este proceso debe ser proporcionado al personal responsable del departamento, a los integrantes del departamento y a los departamentos que tengan interacción con el proceso.

8 FORMATOS.

| Descripción | Código |
|--|-----------------|
| Lista de Verificación de apertura y cierre | F-QACi-CDO02-01 |
| Informe de Auditoria | F-QACi-CDO02-02 |
| Plan de auditoria | F-QACi-CDO02-03 |
| Notas del Auditor | F-QACi-CDO02-04 |
| Lista de Asistencia de apertura y cierre | F-QACi-CDO02-05 |
| Seguimiento de No conformidades | F-QACi-CDO02-06 |
| Encuesta de satisfacción | F-QACi-CDA02-05 |
| Lista de verificación ETAPA I | F-QACi-CDA02-07 |
| Guía de reunión de apertura - cierre | ANEXO E |

9 HISTORIAL

| No. Revisión | Fecha | Sección Afectada | Efectuada por | Fecha de Ejecución |
|--------------|--------------|---|----------------------------------|--------------------|
| 00 | Mayo 2024 | Este documento es la primera emisión. | Ing. Diana Laura Gutiérrez Pérez | Mayo 2024 |
| 01 | Octubre 2024 | Se incorporó el requerimiento de la metodología 8D como parte del proceso de cierre de no conformidades. Además, se adjuntó el formato de la Lista de Verificación ETAPA I , con el código F-QACi-CDA02-07 en el punto la sección 6.1.3 AUDITORÍA ETAPA-1 (DOCUMENTAL) | Ing. Diana Laura Gutiérrez Pérez | Octubre 2024 |

| | | | | |
|----|------------|---|----------------------------------|------------|
| 02 | Junio 2025 | Se actualiza la descripción de la cláusula 6.4.1 “Reunión de apertura” e, igualmente, se incorpora el Anexo E: Guía de reunión de apertura-cierre. | Ing. Diana Laura Gutiérrez Pérez | Junio 2025 |
| 03 | Julio 2025 | <ul style="list-style-type: none"> Se incluye anexo técnico como referencia para la planificación de la auditoría. Las cláusulas normativas, así como los responsables o entrevistados indicados, se consideran una guía inicial conforme a los requisitos de las normas aplicables: ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018, ISO/IEC 27001:2022 e ISO 37001:2016. No obstante, dicha asignación no es limitativa, por lo que durante el desarrollo de la auditoría podrán incorporarse otras áreas, procesos o responsables, de acuerdo con el criterio profesional del auditor y con base en la evolución de la auditoría. Asimismo, se realiza la actualización del formato de Plan de Auditoría correspondiente a la Revisión 01. Modificación en los criterios descriptivos para la clasificación de no conformidades mayores y menores Se elimina metodología de 8D como parte del proceso de cierre de no conformidades | Ing. Diana Laura Gutiérrez Pérez | Julio 2025 |

10 FIN DEL DOCUMENTO.

Fecha de Elaboración: 03/05/2024**Fecha de Edición: 29/07/2025****Revisión N°: 03****Anexo**

| Clausula ISO 9001:2015 | Tema | Responsable(s) o Entrevistado(s) | Clausula ISO 14001:2015 | Título | Responsable(s) o Entrevistado(s) | Clausula ISO 45001:2018 | Tema | Responsable(s) o Entrevistado(s) | Clausula ISO/IEC 27001:2022 | Tema | Responsable(s) o Entrevistado(s) | Clausula ISO 37001:2016 | Tema | Responsable(s) o Entrevistado(s) |
|------------------------|---|--|-------------------------|---|--|-------------------------|--|--|-----------------------------|--|--|-------------------------|--|---|
| 4.1 | Comprensión de la organización y su contexto | Dirección General / Coordinador de SGC | 4.1 | Comprensión de la organización y su contexto | Dirección General / Responsable del SGA | 4.1 | Comprensión de la organización y su contexto | Dirección General / Responsable del SGSST | 4.1 | Comprensión de la organización y su contexto | Dirección General / Responsable de SGSi | 4 | Contexto de la organización | Dirección General / Responsable del SGAS |
| 4.2 | Comprensión de las necesidades y expectativas de partes interesadas | Dirección General / Coordinador de SGC | 4.2 | Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas | Dirección General / Responsable del SGA | 4.2 | Comprensión de las necesidades y expectativas de los trabajadores y otras partes interesadas | Dirección General / Responsable del SGSST | 4.2 | Necesidades y expectativas de las partes interesadas | Dirección General / Responsable de SGSi | 5.1 | Liderazgo y compromiso | Alta Dirección / Responsable del SGAS |
| 4.3 | Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad | Dirección General / Coordinador de SGC | 4.3 | Determinación del alcance del sistema de gestión ambiental | Dirección General / Responsable del SGA | 4.3 | Determinación del alcance del SGSST | Dirección General / Responsable del SGSST | 4.3 | Determinación del alcance del SGSi | Dirección General / Responsable de SGSi | 5.2 | Política antisoborno | Alta Dirección / Responsable del SGAS |
| 4.4 | Sistema de gestión de la calidad y sus procesos | Coordinador de SGC / Responsables de procesos | 4.4 | Sistema de gestión ambiental | Responsable del SGA / Representantes de procesos | 4.4 | Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo | Responsable del SGSST / Representantes de procesos | 4.4 | SGSi y sus procesos | Responsable de SGSi / Representantes de procesos clave | 5.3 | Roles, responsabilidades y autoridades | Dirección General / Recursos Humanos |
| 5.1.1 | Liderazgo y compromiso | Alta Dirección | 5.1 | Liderazgo y compromiso | Alta Dirección | 5.1 | Liderazgo y compromiso | Alta Dirección | 5.1 | Liderazgo y compromiso | Alta Dirección | 6.1 | Acciones para abordar riesgos y oportunidades | Responsable del SGAS / Comité de Cumplimiento |
| 5.1.2 | Enfoque al cliente | Alta Dirección / Ventas / Coordinador de SGC | 5.2 | Política ambiental | Alta Dirección | 5.2 | Política de SST | Alta Dirección | 5.2 | Política de seguridad de la información | Dirección General / Responsable de SGSi | 6.2 | Objetivos antisoborno y planificación | Dirección General / Responsable del SGAS |
| 5.2.1 | Establecimiento de la política de calidad | Alta Dirección | 5.3 | Roles, responsabilidades y autoridades | Alta Dirección / RH / Coordinador de SGA | 5.3 | Roles, responsabilidades y autoridades en la organización | Dirección General / Responsable del SGSST/RH | 5.3 | Roles, responsabilidades y autoridades | Dirección General / Responsable de SGSi/RH | 7.1 | Recursos | Dirección General / Finanzas / Compras |
| 5.2.2 | Comunicación de la política de calidad | Alta Dirección / RH / Coordinador de SGC | 6.1.1 | Generalidades sobre riesgos y oportunidades | Responsable del SGA / Representantes de procesos | 5.4 | Consulta y participación de los trabajadores | Responsable del SGSST / Comité de Seguridad / Delegados de seguridad | 6.1.1 | Acciones para abordar riesgos y oportunidades | Responsable de SGSi / Comité de seguridad | 7.2 | Competencia | Recursos Humanos / Responsable del SGAS |
| 5.3 | Roles, responsabilidades y autoridades | Alta Dirección / RH / Coordinador de SGC | 6.1.2 | Aspectos ambientales | Responsable del SGA / Coordinador ambiental | 6.1.1 | Acciones para abordar riesgos y oportunidades – Generalidades | Responsable del SGSST / Representantes de procesos | 6.1.2 | Evaluación de riesgos de seguridad de la información | Responsable de SGSi / Representantes de TI y procesos críticos | 7.3 | Toma de conciencia | Todos los colaboradores |
| 6.1 | Acciones para abordar riesgos y oportunidades | Coordinador de SGC / Responsables de procesos | 6.1.3 | Requisitos legales y otros requisitos | Responsable del SGA / Asesor legal ambiental | 6.1.2.1 | Identificación de peligros | Responsable del SGSST / Brigadas / Operadores | 6.1.3 | Tratamiento de riesgos de seguridad de la información | Responsable de SGSi / Dirección General | 7.4 | Comunicación | Responsable del SGAS / Administración |
| 6.2.1 | Objetivos de la calidad | Alta Dirección / Coordinador de SGC | 6.1.4 | Planificación de acciones | Responsable del SGA | 6.1.2.2 | Evaluación de riesgos para la SST | Responsable del SGSST / Representantes de procesos | 6.2 | Objetivos de seguridad de la información y planificación | Dirección General de la información / Responsable de SGSi | 7.5 | Información documentada | Responsable del SGAS / Administración |
| 6.2.2 | Planificación de los objetivos | Coordinador de SGC / Responsables de procesos | 6.2.1 | Objetivos ambientales | Dirección General / Responsable del SGA | 6.1.2.3 | Evaluación de otros riesgos y oportunidades | Responsable del SGSST | 7.1 | Recursos | Dirección General | 8.1 | Planificación y control operacional | Responsable del SGAS / Todas las áreas operativas |
| 6.3 | Cambios en el sistema | Coordinador de SGC / Dirección General | 6.2.2 | Planificación para logros | Responsable del SGA / Indicadores de desempeño ambiental | 6.1.3 | Determinación de requisitos legales y otros requisitos | Responsable del SGSST / Asesor legal / Seguridad industrial | 7.2 | Competencia | RH / Responsable de SGSi | 8.2 | Debida diligencia | Responsable del SGAS / Jurídico / Compras |
| 7.1.1 | Recursos necesarios | Dirección General / Coordinador de SGC | 7.1 | Recursos | Dirección General | 6.1.4 | Planificación de acciones | Responsable del SGSST | 7.3 | Concienciación | Responsable de SGSi / Todo el personal | 8.3 | Controles financieros | Dirección Financiera / Auditoría Interna |
| 7.1.2 | Personas | RH / Responsables de proceso | 7.2 | Competencia | RH / Responsable del SGA | 6.2.1 | Objetivos de SST | Dirección General / Responsable del SGSST | 7.4 | Comunicación | Responsable de SGSi / Representantes de proceso | 8.4 | Controles no financieros | Todas las áreas / Responsable del SGAS |
| 7.1.3 | Infraestructura | Mantenimiento / Dirección | 7.3 | Toma de conciencia | Responsable del SGA / Todo el personal | 6.2.2 | Planificación para logros | Responsable del SGSST / Indicadores de desempeño SST | 7.5.1 | Información documentada – Generalidades | Responsable de SGSi / Gestión documental | 8.5 | Implementación de controles por funciones delegadas | Responsable del SGAS / Jurídico |
| 7.1.4 | Ambiente para la operación | Seguridad / Mantenimiento | 7.4 | Comunicación | Responsable del SGA / Comunicación organizacional | 7.1 | Recursos | Dirección General | 7.5.2 | Creación y actualización | Responsable de SGSi / Control documental | 8.6 | Regalos, hospitalidad, donaciones y beneficios similares | Responsable del SGAS / Recursos Humanos / Dirección General |
| 7.1.5 | Recursos de seguimiento y medición | Laboratorio / Calidad / Producción | 7.5.1 | Información documentada: Generalidades | Responsable del SGA | 7.2 | Competencia | RH / Responsable del SGSST | 7.5.3 | Control de la información documentada | Responsable de SGSi / TI | 8.7 | Manejo de preocupaciones | Responsable del SGAS / Comité de ética |
| 7.1.6 | Conocimientos organizacionales | Coordinador de SGC / RH | 7.5.2 | Creación y actualización | Responsable del SGA / Representantes de proceso | 7.3 | Toma de conciencia | Responsable del SGSST / Todo el personal | 8.1 | Planificación y control operacional | Responsable de SGSi / TI / Líderes de proceso | 8.8 | Investigación y tratamiento de incumplimientos | Comité de cumplimiento / Auditoría Interna |
| 7.2 | Competencia | RH / Coordinador de SGC | 7.5.3 | Control de la información documentada | Responsable del SGA / Control documental | 7.4 | Comunicación | Responsable del SGSST / Comunicación organizacional | 8.2 | Evaluación de riesgos de seguridad de la información | Responsable de SGSi / Responsable de TI | 9.1 | Seguimiento, medición, análisis y evaluación | Responsable del SGAS / Auditoría Interna |
| 7.3 | Toma de conciencia | RH / Coordinador de SGC | 8.1 | Planificación y control operacional | Responsable del SGA / Producción / Mantenimiento | 7.5.1 | Información documentada: Generalidades | Responsable del SGSST | 8.3 | Tratamiento de riesgos de seguridad de la información | Responsable de SGSi / Comité de seguridad | 9.2 | Auditoría interna | Auditor Interno / Responsable del SGAS |
| 7.4 | Comunicación | Coordinador de SGC / Dirección General | 8.2 | Preparación y respuesta ante emergencias | Responsable del SGA / Brigadas / Seguridad industrial | 7.5.2 | Creación y actualización | Responsable del SGSST / Representantes de proceso | 9.1 | Seguimiento, medición, análisis y evaluación | Responsable de SGSi / Dirección | 9.3 | Revisión por la dirección | Alta Dirección / Responsable del SGAS |
| 7.5.1 | Información documentada general | Coordinador de SGC | 9.1.1 | Seguimiento, medición, análisis y evaluación | Responsable del SGA / Indicadores ambientales | 7.5.3 | Control de la información documentada | Responsable del SGSST / Control documental | 9.2 | Auditoría interna | Auditor líder / Responsable de SGSi | 10.1 | No conformidades y acciones correctivas | Responsable del SGAS / Dirección General |
| 7.5.2 | Creación y actualización de la información documentada | Coordinador de SGC / Responsables de proceso | 9.1.2 | Evaluación del cumplimiento | Responsable del SGA / Auditor interno / Asesor legal | 8.1.1 | Planificación y control operacional – Generalidades | Responsable del SGSST / Producción / Mantenimiento | 9.3 | Revisión por la dirección | Dirección General / Responsable de SGSi | 10.2 | Mejora continua | Dirección General / Responsable del SGAS |
| 7.5.3 | Control de la información documentada | Coordinador de SGC | 9.2.1 / 9.2.2 | Auditoría interna | Auditor líder / Responsable del SGA | 8.1.2 | Eliminación de peligros y reducción de riesgos | Responsable del SGSST / Ingeniería / Supervisores | 10.1 | No conformidades y acciones correctivas | Responsable de SGSi / Representantes de proceso | | | |
| 8.1 | Planificación y control operacional | Responsables de procesos operativos | 9.3 | Revisión por la dirección | Dirección General / Responsable del SGA | 8.1.3 | Gestión del cambio | Dirección General / Responsable del SGSST | 10.2 | Mejora continua | Dirección General / Responsable de SGSi | | | |
| 8.2 | Requisitos para productos y servicios | Ventas / Calidad / Producción | 10.1 | No conformidad y acción correctiva | Responsable del SGA / Representantes de procesos | 8.1.4.1 | Contratación externa | Compras / Responsable del SGSST | | | | | | |
| 8.3 | Diseño y desarrollo | Ingeniería / Calidad / Clientes (cuando aplique) | 10.2 | Mejora continua | Dirección General / Responsable del SGA | 8.1.4.2 | Proveedores | Compras / Responsable del SGSST | | | | | | |
| 8.4 | Control de procesos, productos y servicios externos | Compras / Calidad | | | | 8.1.4.3 | Subcontratistas | Compras / Responsable del SGSST | | | | | | |
| 8.5 | Producción y prestación del servicio | Producción / Logística / Calidad | | | | 8.2 | Preparación y respuesta ante emergencias | Responsable del SGSST / Brigadas / Protección civil | | | | | | |
| 8.6 | Liberación de productos y servicios | Calidad | | | | 9.1.1 | Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño | Responsable del SGSST / Indicadores SST | | | | | | |
| 8.7 | Control de las salidas no conformes | Calidad / Producción | | | | 9.1.2 | Evaluación del cumplimiento legal | Responsable del SGSST / Auditor interno | | | | | | |
| 9.1 | Seguimiento, medición, análisis y evaluación | Coordinador de SGC / Dirección General | | | | 9.2.1 / 9.2.2 | Auditoría interna | Auditor líder / Responsable del SGSST | | | | | | |
| 9.2 | Auditorías internas | Coordinador de SGC / Auditores internos | | | | 9.3 | Revisión por la dirección | Dirección General / Responsable del SGSST | | | | | | |
| 9.3 | Revisión por la dirección | Alta Dirección / Coordinador de SGC | | | | 10.1 | Incidentes, no conformidades y acciones correctivas | Responsable del SGSST / Representantes de proceso | | | | | | |
| 10.1 | No conformidad y acción correctiva | Coordinador de SGC / Responsables de procesos | | | | 10.2 | Mejora continua | Dirección General / Responsable del SGSST | | | | | | |
| 10.2 | Mejora continua | Alta Dirección / Coordinador de SGC | | | | | | | | | | | | |

