



PERÚ

Ministerio de Salud



Código

PE04-DI-09

Versión

02

Página

1 de 11

DIRECTIVA

GESTIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS



Líder en Pediatría

DIRECTIVA

GESTIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS

CUADRO DE EMISIÓN DEL DOCUMENTO

RUBRO	NOMBRE Y APELLIDO ÓRGANO Y/O CARGO	SELLO Y/O FIRMA	FECHA
ELABORACIÓN	<b>Lic. Isabel Julia León Martel</b> Oficial de Integridad Oficina Ejecutiva de Administración	MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  Lic. ISABEL JULIA LEÓN MARTEL Oficial de Integridad Oficina Ejecutiva de Administración C.L.A.D. 25928	22 NOV. 2024
REVISIÓN	<b>Econ. Edith Constanza Llanos Chávez</b> Directora Ejecutiva Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  Econ. Edith Constanza Llanos Chavez Directora Ejecutiva Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	22 NOV. 2024
APROBACIÓN	<b>M.C. Carlos Luis Urbano Durand</b> Director General Dirección General	MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  M.C. CARLOS URBANO DURAND DIRECTOR GENERAL C.M.P. 18710 - R.N.E. 18686	22 NOV. 2024



PERÚ

Ministerio  
de Salud



Código

PE04-DI-09

Versión

02

Página

2 de 11

**DIRECTIVA**

**GESTIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS**

**INDICE**

I. FINALIDAD	3
II. OBJETIVO	3
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN	3
IV. BASE LEGAL	3
V. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS	4
VI. DISPOSICIONES GENERALES	5
VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	7
VIII. RESPONSABILIDADES	10
IX. REGISTROS	10
X. CONTROL CAMBIOS	10
XI. ANEXOS	10





PERÚ

Ministerio  
de Salud



Código

PE04-DI-09

Versión

02

Página

3 de 11

## DIRECTIVA

### GESTIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS

#### I. FINALIDAD

Gestionar la planificación y ejecución de la auditoría interna del Sistema de Gestión Antisoborno del Instituto Nacional de Salud del Niño - INSN para cumplir con el requisito 9.2 de la Norma Internacional ISO 37001.

#### II. OBJETIVO

Establecer la metodología para la realización de las Auditorías Internas, con la finalidad de evaluar si el Sistema de Gestión Antisoborno es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma Internacional ISO 37001 vigente y si está implementado de manera eficaz.

#### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las disposiciones contenidas en el presente documento son de aplicación y cumplimiento obligatorio por las unidades de organización del INSN que forma parte del alcance del Sistema de Gestión Antisoborno.

#### IV. BASE LEGAL

- 4.1. Resolución de Secretaría de Gestión Pública N°006-2018-PCM/SGP. Norma técnica N°001-2018-SGP, Norma Técnica para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública.
- 4.2. Resolución Secretarial N°063-2020-MINSA, Directiva Administrativa N° 288-MINSA-2020-OGPPM "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud".
- 4.3. Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.
- 4.4. Norma Internacional ISO 37001. Sistemas de Gestión Antisoborno – Requisitos con orientación para su uso.
- 4.5. Norma Internacional ISO 19001:2018 – Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión.
- 4.6. Guía Peruana 123:2020 "Lineamientos para la gestión de auditorías remotas".





PERÚ

Ministerio  
de Salud



Código

PE04-DI-09

Versión

02

Página

4 de 11

## DIRECTIVA

### GESTIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS

#### V. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

- 5.1 **Alta Dirección:** Persona o grupo de personas que dirige y controla una organización al más alto nivel.
- 5.2 **Alcance de la auditoría:** Extensión y límites de la auditoría.
- 5.3 **Auditado:** Organización que es auditada.
- 5.4 **Auditor:** Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.
- 5.5 **Auditor Líder:** Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría, dirige el equipo y, por ende, es el responsable tanto del logro de los objetivos como de las circunstancias que pueden presentarse en un proceso de auditoría.
- 5.6 **Auditoría Interna:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.
- 5.7 **Acción inmediata (corrección):** Acción para eliminar el efecto de una no conformidad y que se realiza en la brevedad posible.
- 5.8 **Competencia:** Capacidad para aplicar conocimientos y habilidades para alcanzar los resultados pretendidos.
- 5.9 **Conclusiones de la auditoría:** Resultado de la auditoría, tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.
- 5.10 **Conformidad:** Cumplimiento de un requisito.
- 5.11 **Criterios de auditoría:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos usados como referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.
- 5.12 **Dueño del proceso:** Es el responsable del logro de los objetivos de éste y de su mejora continua. Se establece como dueño del proceso a la dependencia funcional que es más afín al proceso, de acuerdo con la naturaleza de las funciones de dicha dependencia. La representación administrativa del dueño del proceso la ejerce la máxima autoridad de la dependencia funcional designada.
- 5.13 **Equipo auditor:** Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.
- 5.14 **Evidencia de auditoría:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de la auditoría y que son verificables.
- 5.15 **Experto técnico:** Persona que aporta conocimientos o experiencia específicos al equipo auditor.





PERÚ

Ministerio  
de Salud



Código

PE04-DI-09

Versión

02

Página

5 de 11

## DIRECTIVA

### GESTIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS

- 5.16 **Fortaleza:** Hallazgo de auditoría que supera el cumplimiento de los requisitos o de un aspecto que mejora o refuerza el Sistema de Gestión.
- 5.17 **Hallazgo:** Resultado de la evaluación de la evidencia objetiva de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría. Los tipos de hallazgos que se pueden presentar son: Fortalezas, No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejora.
- 5.18 **No conformidad:** Incumplimiento con los requisitos especificados.
- 5.19 **Observaciones:** Hallazgo de auditoría con un riesgo potencial de generar una no conformidad. Su tratamiento se realiza a través de correcciones.
- 5.20 **Oportunidad de mejora:** Hallazgo de auditoría en el cual sí existe un cumplimiento, pero a pesar de ello se determina, que existe un margen de mejora para optimizar más una actividad, tarea o proceso.
- 5.21 **Plan de auditoría:** Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.
- 5.22 **Programa de auditoría:** Detalles acordados para un conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito en específico.
- 5.23 **Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto.
- 5.24 **Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- 5.25 **SGAS:** Sistema de Gestión de Antisoborno.
- 5.26 **Unidad de Organización:** Conjunto de unidades agrupadas por nivel organizacional al interior de una entidad.



## VI. DISPOSICIONES GENERALES

- 6.1. El Oficial de Integridad es responsable de la elaboración del Programa Anual de Auditorías.
- 6.2. Los dueños de los procesos que han sido auditados, deben asegurarse que se realicen las correcciones y se tomen las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas en la auditoría interna y sus causas.



PERÚ

Ministerio  
de Salud



Código

PE04-DI-09

Versión

02

Página

6 de 11

## DIRECTIVA

### GESTIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS

- 6.3. Se debe auditar todos los procesos / unidades de organización dentro del Alcance de los Sistemas de Gestión Antisoborno del INSN mínimo una vez al año y antes del seguimiento de una auditoría externa.
- 6.4. En caso no se cumpla con las fechas estipuladas en el programa anual de auditorías se realiza la reprogramación pertinente y se comunica al personal involucrado.
- 6.5. Para las auditorías del Sistema de Gestión Antisoborno, éstas deben ser razonables, proporcionadas, y basadas en el riesgo de soborno. Asimismo, deben revisar los procedimientos, controles y sistemas para:
- Soborno o sospecha de soborno;
  - Violación de los requisitos de la Política del Sistema de Gestión Antisoborno;
  - Fracaso de que los socios de negocios se ajusten a los requisitos antisoborno aplicables de la organización; y;
  - Debilidades u oportunidades de mejora en el Sistema de Gestión Antisoborno;
- 6.6. Las auditorías internas se pueden realizar con auditores internos que forman parte del personal, o con auditores contratados externamente (auditores externos) como personas naturales o como integrantes de empresas especializadas. El Oficial de Integridad es el responsable de definir si la auditoría se realiza con auditores internos y/o externos, y realiza la selección de auditores internos o se asegura que los auditores externos contratados para cada tipo de auditoría que se planifique, cumplan los requisitos especificados en el Anexo N° 01 de la presente directiva.
- 6.7. El auditor seleccionado no debe auditar su propia área de trabajo.
- 6.8. La modalidad de la Auditoría Interna puede ser de manera presencial como también remota (virtual) siguiendo los lineamientos de la ISO 19011:2018 (en sus anexos) y la Guía Peruana 123:2020 "Lineamientos para la gestión de auditorías remotas". En caso sea remota, el Auditor Líder usará su plataforma virtual como el Zoom, el Meet, Skype, etc., para el desenvolvimiento de la auditoría teniendo en cuenta la confidencialidad de los resultados y los accesos de los auditados.
- 6.9. En la reunión de apertura y de cierre debe participar obligatoriamente el Oficial de Integridad o quien designe en su representación.
- 6.10. Los requisitos a considerar para llevar a cabo la auditoría remota de un proceso son:





PERÚ

Ministerio  
de Salud



Código

PE04-DI-09

Versión

02

Página

7 de 11

## DIRECTIVA

### GESTIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS

- Se disponga de la Plataforma necesaria para llevar a cabo las auditorías (Zoom, Microsoft Teams u otros similares) para recolectar evidencia objetiva que permita la identificación de hallazgos de auditoría.
- Que el personal que vaya a participar en la auditoría este familiarizado con la tecnología (plataforma), en particular la gestión de compartir audio y pantalla para mostrar la información.
- Que la mayor parte de la documentación que el proceso maneje se encuentre de manera virtual y que la documentación física puedan encontrarse inmediatamente y sea fácil de ver.
- Que se cuente con el equipamiento necesario (cámara y audio operativo).
- Que la conexión de internet se encuentre estable en el lugar donde el personal va a pasar auditoría.

6.11. Si se estima realizar una auditoría híbrida (semipresencial) o remota externa, el Oficial de Integridad realiza la evaluación para determinar que procesos pueden realizarse de manera remota a través del "Evaluación de procesos para ser auditados de manera remota".

6.12. Para realizar la auditoría interna a un proceso, los documentos normativos que permiten evidenciar cumplimiento de la norma ISO evaluada debe estar aprobada por lo menos 60 días hábiles antes de la fecha de su auditoría interna.

6.13. La auditoría interna es recomendable que sea un mes antes que la externa.



## VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### 7.1. Planificación de las auditorías internas

7.1.1. El Oficial de Integridad elabora el "**Programa anual de auditorías**" cuyo alcance considera los objetivos de SGAS, el estado y la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de auditorías previas.

7.1.2. En los casos de implementación de una nueva norma certificable o por incremento del alcance del Sistema de Gestión implementado, una vez tomada la decisión de las fechas de la auditoría interna, el Oficial de Integridad verifica que los procedimientos o directivas que permiten evidenciar cumplimiento de la norma estén siendo aplicados por el proceso correspondiente. En base a la revisión y de ser necesario, el Oficial de Integridad realiza la reprogramación del programa anual de auditorías.



PERÚ

Ministerio  
de Salud



Código

PE04-DI-09

Versión

02

Página

8 de 11

## DIRECTIVA

### GESTIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS

- 7.1.3. Si se estima realizar una auditoría híbrida (semipresencial) o remota, el Oficial de Integridad realiza la evaluación para determinar que procesos pueden realizarse de manera remota a través del **“Evaluación de procesos para ser auditados de manera remota”**.
- 7.1.4. Teniendo planificado las fechas de auditoría interna, el Oficial de Integridad evalúa la factibilidad de llevar a cabo la auditoría interna a través de la **Verificación de los documentos normativos**.
- 7.1.5. Previo a la fecha programada de la auditoría interna, el Oficial de Integridad coordina con la Alta Dirección, para convocar a los auditores a participar en la auditoría correspondiente.
- 7.1.6. Los auditores deberán cumplir con los criterios establecidos en el Anexo N° 01. “Criterios para la selección de auditores”, en este proceso se establece quien es el auditor líder.
- 7.1.7. En base al programa anual de auditorías, la importancia de los procesos involucrados y los resultados de auditorías previas, el Auditor Líder elabora el plan de auditoría interna el cual incluye:
- Objetivos de la auditoría.
  - Alcance de la auditoría, en el cual se toma en cuenta el tamaño y la naturaleza de la institución, así también la naturaleza, funcionalidad, complejidad y madurez de los sistemas de gestión.
  - Criterios de la auditoría (Incluida información documentada relevante).
  - Ubicaciones (físicas y virtuales).
  - Fecha, hora y duración de las actividades (Incluidas las reuniones de apertura, enlace, retroalimentación y/o cierre).
  - Auditor/a Líder/Equipo auditor (Incluidos los observadores/as).
- 7.1.8. El Auditor Líder remite el plan de auditoría para su revisión al Oficial de Integridad, quien de no estar conforme lo remite con las observaciones del caso para su corrección.
- 7.1.9. De estar conforme, el Oficial de Integridad comunica el plan de auditoría interna a los responsables de proceso y a la Alta Dirección.

#### 7.2. Ejecución de la auditoría interna

- 7.2.1. El Auditor Líder realiza la reunión de apertura con el personal involucrado; en la cual explica los criterios de auditoría, objetivos, alcance, metodología





PERÚ

Ministerio  
de Salud



Código

PE04-DI-09

Versión

02

Página

9 de 11

## DIRECTIVA

### GESTIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS

a utilizar y coordina sobre el tiempo necesario para realizar la auditoría, así mismo confirma con los responsables el plan de auditoría interna y de ser necesario realiza las modificaciones requeridas.

- 7.2.2. El Auditor realiza la auditoría a los procesos y/o unidades de organización designadas. De presentarse algún hallazgo, se lo indica al auditado y lo registra en sus hojas de anotación.
- 7.2.3. El Auditor Líder puede tener reuniones de enlace con su equipo auditor y de retroalimentación con el Oficial de Integridad según lo dispuesto en el plan de auditoría interna.
- 7.2.4. Al concluir la auditoría, el Auditor Líder revisa los hallazgos encontrados y realiza el cierre de auditoría con los involucrados donde expone las fortalezas, las observaciones, oportunidades de mejora y/o no conformidades detectadas.
- 7.2.5. En un plazo máximo de 7 días hábiles, el Auditor Líder elabora el informe de auditoría interna y lo entrega al Oficial de Integridad, quien de no estar conforme lo remite con las observaciones del caso para su corrección.
- 7.2.6. El Oficial de Integridad comunica a los dueños de los procesos, la Alta Dirección el informe de la auditoría.



### 7.3. Atención de los hallazgos de la necesidad de acciones correctivas

- 7.3.1. En base al informe de auditoría interna, el Oficial de Integridad procede según el tipo de hallazgo:
  - No conformidades: Se levanta una Solicitud de Acción Correctiva (SAC) y se procede de acuerdo a la Directiva de Gestión de No Conformidades y Acciones Correctivas.
  - Observaciones: Las observaciones se registran en el formato "**Gestión de Acciones de Mejora**".
  - Las oportunidades de mejora, de considerarse necesario se registran en el formato "**Gestión de Acciones de Mejora**".
- 7.3.2. Así mismo, el Oficial de Integridad evalúa la necesidad de tomar acciones correctivas de considerar que las observaciones y/u oportunidades de mejora detectadas pueden originar una no conformidad en otro proceso, de darse el caso, procede a ejecutar la Directiva de Gestión de No Conformidades y Acciones Correctivas.



PERÚ

Ministerio de Salud



Código

PE04-DI-09

Versión

02

Página

10 de 11

**DIRECTIVA**

**GESTIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS**

7.3.3. El dueño del proceso que ha sido auditado, debe asegurarse que se realicen las correcciones y se tomen las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas en la auditoría interna y sus causas.

**VIII. RESPONSABILIDADES**

**8.1 Oficial de Integridad**

- Cumplir y hacer cumplir la presente directiva asegurando su implementación y control respectivo.

**8.2 Dueños de proceso**

- Cumplir lo establecido en la presente directiva.

**IX. REGISTROS**

- 9.1 Programa anual de auditorías.
- 9.2 Plan de auditoría interna.
- 9.3 Informe de auditoría interna.
- 9.4 Evaluación de procesos para ser auditados de manera remota.
- 9.5 Verificación de los documentos normativos.



**X. CONTROL CAMBIOS**

Versión	Sección del Directiva	Descripción del cambio
01	Creación del documento	Creación del documento
02	VI. Disposiciones Generales	Se adicionó el 6.10, 6.11, 6.12 y 6.13
	VII. Disposiciones Específicas	Se adicionó el 7.1.3 y 7.14
	VIII. Responsabilidades	Se cambió el 8.1
	IX. Registros	Se adicionó el 9.4 y 9.5

**XI. ANEXOS**

- 11.1 Anexo N° 01 Criterios para la selección de auditores.



PERÚ

Ministerio de Salud



Código

PE04-DI-09

Versión

02

Página

11 de 11

**DIRECTIVA**

**GESTIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS**

**ANEXO N° 01. Criterios para la Selección de Auditores**

Para la realización de auditorías del SGAS se pueden proponer como auditores tanto a servidores del INSN como auditores externos. Las competencias para los auditores internos y externos son las siguientes:

**AUDITOR INTERNO**

Competencia	Auditor Líder	Auditor
Requisitos de Educación	Formación profesional	Formación profesional o técnico superior.
Requisitos de formación	Curso de Interpretación de la Norma ISO 37001	Curso de Interpretación de la Norma ISO 37001
	Curso de Formación de Auditores Internos de la Norma ISO 37001	Curso de Formación de Auditores Internos de la Norma ISO 37001
Requisitos de experiencia laboral y en auditorías	Haber trabajado en el INSN como mínimo 3 meses y haber participado mínimo en 01 auditoría actuando como miembro del equipo auditor.	Haber trabajado en el INSN como mínimo 03 meses y haber participado, mínimo en 01 auditoría actuando como observador en auditorías.

**AUDITOR EXTERNO**

Competencia	Auditor Líder	Auditor
Requisitos de Educación	Formación profesional	Formación profesional
Requisitos de formación	Auditor líder de la norma ISO 9001 o ISO 37001 (certificado por organismos internacionales)	Curso de Interpretación de la Norma ISO 37001
	Curso de Interpretación de la Norma ISO 37001	Curso de Formación de Auditores Internos de la Norma ISO 37001
	Curso de Formación de Auditores Internos de la Norma ISO 37001	
Requisitos de experiencia laboral y en auditorías	Experiencia mínima de 03 años realizando auditorías en Normas de Gestión ISO (cualquier norma)	Experiencia mínima de 02 años en consultoría de implementación y/o auditoría interna y/o externas en ISO 9001 e ISO 37001

