PROCEDIMIENTO

**AUDITORIA INTERNA**

[NOMBRE ENTIDAD EMPLEADORA]



El presente documento es una sugerencia de lo que debiese contener el procedimiento de **AUDITORIA INTERNA**, por lo tanto, debe ser adaptado a las características y particularidades de cada entidad empleadora, teniendo en cuenta lo indicado expresamente en la legislación vigente asociada a las actividades desarrolladas.

Dado esto, a lo largo del documento encontrarás algunos aspectos entre corchetes “[ ]”, en un color gris claro que se deben completar con la información que corresponda.

Además, encontrarás simbología que te ayudará a entender de mejor manera los ajustes que debes realizar.

**Cuando veas este signo:**

**Cuando veas este signo:**

Accede a más información sobre el tema.

Accede a más información sobre la plataforma de soporte.

No olvides de eliminar estos cuadros explicativos y estos signos antes de formalizar el documento.

**IMPORTANTE**

 **DATOS DEL DOCUMENTO**

**IDENTIFICACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código** | [AIN\_XX] | **Revisión**  | [00] | **Versión** | [00] |
| **Nombre** | Auditoria interna |
| **Estado** | [Elija un elemento] |

**CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Elaborado****por** | [Haga clic o pulse aquí para escribir texto] | **Fecha de elaboración**  |
| [Indicar cargo de la persona que elabora] | [Fecha de elaboración] |
| **Revisado** **por** | [Haga clic o pulse aquí para escribir texto] | **Fecha de revisión** |
| [Indicar cargo de la persona que revisa] | [Fecha de revisión] |
| **Aprobado** **por** | [Haga clic o pulse aquí para escribir texto] | **Fecha de aprobación**  |
| [Indicar cargo de la persona que aprueba] | [Fecha de aprobación] |

**HISTORIAL DE MODIFICACIONES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Revisión** | **Responsable** | **Descripción de la modificación** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**CONTENIDOS**

[1. INFORMACIÓN DEL PROCESO 5](#_Toc188537426)

[1.1. DESCRIPCIÓN 5](#_Toc188537427)

[1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 5](#_Toc188537428)

[1.3. ALCANCE 5](#_Toc188537429)

[2. INTERACCIONES DEL SGSST 5](#_Toc188537430)

[3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES 6](#_Toc188537431)

[4. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES 9](#_Toc188537432)

[4.1. RESPONSABLE DEL PROCESO AUDITORIA INTERNA 9](#_Toc188537433)

[4.2. AUDITOR/EQUIPO AUDITOR 9](#_Toc188537434)

[5. COMPETENCIA Y CAPACITACIÓN 10](#_Toc188537435)

[6. DESARROLLO DEL PROCESO 11](#_Toc188537436)

[6.1. DESIGNACIÓN DE AUDITORES 11](#_Toc188537437)

[6.2. GENERACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA 12](#_Toc188537438)

[6.3. GENERACIÓN DE LOS PLANES DE AUDITORIA 13](#_Toc188537439)

[6.4. EJECUCIÓN DE LA AUDITORIA 14](#_Toc188537440)

[6.4.1. Reunión inicial 14](#_Toc188537441)

[6.4.2. Desarrollo de la auditoria 14](#_Toc188537442)

[6.4.3. Preparación de las conclusiones de la auditoria 14](#_Toc188537443)

[6.4.4. Reunión de cierre 15](#_Toc188537444)

[6.4.5. Generación del informe de auditoria 16](#_Toc188537445)

[6.5. GENERACIÓN DE LOS PLANES DE AUDITORIA 16](#_Toc188537446)

[6.6. VERIFICACIÓN Y CONTROL 17](#_Toc188537447)

[6.6.1. Verificación de las acciones 17](#_Toc188537448)

[6.6.2. Cierre de las acciones 17](#_Toc188537449)

[7. COMUNICACIÓN 18](#_Toc188537450)

[8. REGISTROS 19](#_Toc188537451)

[9. BIBLIOGRAFÍA 20](#_Toc188537452)

# INFORMACIÓN DEL PROCESO

## DESCRIPCIÓN

Proceso sistemático en donde **[NOMBRE ENTIDAD EMPLEADORA]**, revisa y verifica, de forma objetiva y periódica, en qué medida se han implementado los procesos para mejorar el desempeño de la SST.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos del proceso son los siguientes:

* Seleccionar auditores y gestionar sus competencias
* Planificar y realizar auditorías internas periódicamente para verificar la conformidad del SGSST
* Comunicar los resultados de las auditorías a las partes interesadas pertinentes
* Tomar acciones para abordar los incumplimientos y mejorar continuamente el desempeño de la SST

## ALCANCE

Este procedimiento es aplicable para la planificación y ejecución de auditorías internas en **[NOMBRE ENTIDAD EMPLEADORA]**.

# INTERACCIONES DEL SGSST

Las interacciones que mantiene el proceso de Auditoria interna y que complementan su establecimiento, son los procesos indicados a continuación:

* Medición y seguimiento
* Revisión por la dirección
* [Comunicación, participación y consulta]]
* [No conformidad y acción correctiva]

# TÉRMINOS Y DEFINICIONES

* 1. Actividad

Actos fundamentales para ejecutar una tarea.

* 1. Acción correctiva

Acción para eliminar la causa de una no conformidad o un incidente y prevenir que vuelva a ocurrir.

* 1. Alcance de la auditoría

Extensión y límites de una auditoría.

* 1. Alta dirección

Persona o grupo de personas que dirige y controla una entidad empleadora al más alto nivel.

* 1. Auditoría

Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener las evidencias de auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en el que se cumplen los criterios de auditoría.

* 1. Cliente de la auditoría

Entidad empleadora o persona que solicita una auditoría.

* 1. Conclusiones de la auditoría

Resultado de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.

* 1. Conformidad

Cumplimiento de un requisito.

* 1. Consulta

Búsqueda de opiniones antes de tomar una decisión.

* 1. Criterios de auditoría

Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos.

NOTA Los criterios de auditoría se utilizan como una referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.

* 1. Desempeño de la SST

Desempeño relacionado con la eficacia de la prevención de lesiones y deterioro de la salud para las personas trabajadoras y de la provisión de lugares de trabajo seguro y saludable.

* 1. Documento

Información y su medio de soporte.

* 1. Entidad empleadora

Toda empresa, institución, servicio o persona que proporcione trabajo, la cual puede tener diversas faenas, sucursales, dependencias o agencias.

* 1. Equipo auditor

Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.

* 1. Evidencia de la auditoría

Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.

* 1. Hallazgos de la auditoría

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

* 1. Incumplimiento

Corresponde al incumplimiento tanto de los procedimientos, manuales, instructivos u otra documentación de SST, como también a los requisitos legales vigentes.

* 1. Información documentada

Información que una entidad empleadora tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene.

* 1. Mejora continua

Actividad recurrente para mejorar el desempeño.

* 1. No conformidad

Incumplimiento de un requisito

Nota: La no conformidad está relacionada con requisitos de este documento y con requisitos adicionales del sistema de gestión de la SST que una entidad empleadora establece por sí misma.

* 1. Oportunidad de mejora

Corresponde a aquellas desviaciones que no afectan al funcionamiento de los procesos, pero que en algún momento podrían ser una debilidad, por lo que es recomendable potenciar la fortaleza al respecto.

* 1. Parte interesada

Persona u entidad empleadora que puede afectar, verse afectada, o percibirse como afectada por una decisión o actividad.

* 1. Participación

Acción y efecto de involucrar en la toma de decisiones.

* 1. Plan de auditoría

Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.

* 1. Programa de la auditoría

Conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

* 1. Proceso

Conjunto de actividades interrelacionadas o que interactúan, que transforma las entradas en salidas.

* 1. Requisito

Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

* 1. Seguimiento

Determinación del estado de un sistema, un proceso o una actividad.

* 1. Sistema de gestión de la SST

Sistema de gestión o parte de un sistema de gestión utilizado para alcanzar la política de la SST.

* 1. Verificación

Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

# FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

## RESPONSABLE DEL PROCESO AUDITORIA INTERNA

El **responsable de auditoria interna**, en adelante **responsable AIN**, tiene las siguientes funciones y responsabilidades:

* Definir al equipo auditor
* Coordinar capacitación de los auditores para generar sus competencias
* Evaluar el desempeño de los auditores internos
* Elaborar el programa anual de auditoría interna
* Elaborar el plan de auditoría para cada una de las auditorías internas
* Analizar la suspensión de auditorías internas
* Revisar y aprobar el informe de auditoría interna
* Difundir el informe de auditoría interna a los jefes de área
* Revisar los planes de acción propuestos por los jefes de área
* Verificar el cumplimiento de las acciones
* Comunicar el cierre de las acciones y proceso de auditoría interna
* Efectuar el seguimiento de la aplicación del proceso

## AUDITOR/EQUIPO AUDITOR

El **auditor/equipo auditor**, tiene las siguientes funciones y responsabilidades:

* Elaborar el plan para cada una de las auditorías internas
* Ejecutar las auditorías internas, asegurando el cumplimiento del plan
* Liderar la reunión inicial y de cierre
* Preparar las conclusiones de la auditoría
* Generar el informe de auditoría
* Entender sus tareas, familiarizarse con los peligros de SST y los riesgos presentes

# COMPETENCIA Y CAPACITACIÓN

Para implementar el proceso de Auditoria interna, los responsables del proceso indicado en el punto anterior deberán contar con las capacitaciones para adquirir las competencias requeridas para este proceso.

**Líder del SG:**

Deberá efectuar la(s) siguiente(s) capacitación(es):

* Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
* [Nombre de la capacitación 02]
* [Nombre de la capacitación 03]
* [Nombre de la capacitación “n”]

**Responsable AIN:**

Deberá efectuar la(s) siguiente(s) capacitación(es):

* Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
* [Nombre de la capacitación 02]
* [Nombre de la capacitación 03]
* [Nombre de la capacitación “n”]

**Auditor/Equipo auditor:**

Deberá efectuar la(s) siguiente(s) capacitación(es):

* Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
* [Curso de Auditor Interno]
* [Nombre de la capacitación 03]
* [Nombre de la capacitación “n”]

Esta capacitación será realizada en la plataforma e-learning <https://capacitacion.achs.cl/> y el registro corresponde al certificado que se genera al finalizar la actividad.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **IMPORTANTE** |
| Si la entidad empleadora ha implementado el proceso de “**competencia y capacitación**” del Sistema de Gestión ACHS, debe adaptar este apartado a las definiciones que se han establecido en ese procedimiento.**ESTE CUADRO ES EXPLICATIVO Y DEBE SER ELIMINADO AL FORMALIZAR EL DOCUMENTO.** |

# DESARROLLO DEL PROCESO

## DESIGNACIÓN DE AUDITORES

El **responsable AIN** designará [al auditor] / [a los auditores que conformarán el EQUIPO AUDITOR] [manteniendo un equipo centralizado o para cada uno de los centros de trabajo], [el cual] [los cuales] deberá[n] contar con los siguientes requisitos:

* Aprobar el curso de auditor interno
* [Tener una antigüedad laboral de al menos un año]
* [Tener contrato indefinido]
* [Otros requisitos]

Los colaboradores designados que no hayan aprobado el curso de auditor interno se considerarán como “auditor en formación”.

Los auditores serán responsables de ejecutar cada una de las auditorías internas del programa anual, realizando al menos una auditoría al año en cada centro o cuando se estime necesario (por ejemplo, cuando cambie la normativa, se actualicen los procedimientos o cambios en los procesos, entre otros).

El **responsable AIN** evaluará el desempeño de los auditores e identificará la necesidad de una nueva capacitación. Los auditores en formación pueden incluirse en el equipo auditor, pero no auditarán sin una dirección u orientación.

Se mantendrá registro de los [auditores] / [equipos por centro de trabajo] en [AIN\_XX\_REG\_01 Equipo de auditores].

|  |  |
| --- | --- |
|  | **IMPORTANTE** |
| La determinación de un AUDITOR / EQUIPO AUDITOR dependerá de las características particulares de la entidad empleadora, asociado al número de centros de trabajo, al número de personas trabajadoras, a la complejidad de los procesos productivos, etc.**ESTE CUADRO ES EXPLICATIVO Y DEBE SER ELIMINADO AL FORMALIZAR EL DOCUMENTO.** |

## GENERACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA

El **responsable AIN** elaborará una vez al año el programa de auditorías, siendo aprobado por el **líder del SG**. Esta programación considerará las demás actividades que no se encuentren en el SG, para ser compatibles con ellas y de acuerdo a los siguientes puntos:

* El grado en el que se han cumplido la política de la SST y los objetivos de la SST
* Resultados del proceso de:
* Gestión de riesgos de SST
* Gestión de requisitos legales
* Gestión de riesgos de desastres
* Investigación de incidentes y análisis de enfermedades profesionales
* Medición y seguimiento
* Revisiones por la dirección
* Auditoria interna
* [Gestión del comité paritario de higiene y seguridad]
* [Gestión de contratistas]

El análisis de la información de entrada para la programación servirá para establecer los objetivos de cada plan de auditoría.

El programa quedará registrado en [AIN\_XX\_REG\_02 Programa anual de auditorías] el que incluye todos los centros y/o áreas.

**Modificación o suspensión del programa**

La modificación o suspensión del programa anual de auditoría se deberá solicitar al **responsable AIN**, quien analizará si procede o no lo solicitado. No se podrá solicitar suspensión de auditorías internas en dos períodos sucesivos anuales por el mismo centro o área de trabajo.

En caso de que la modificación o suspensión proceda, se solicitará al **líder del sistema de gestión**, indicando los motivos y/o situaciones que la originen, tales como un accidente grave o fatal, emergencias naturales, entre otros. La nueva fecha debe ser determinada con el propósito de dar cumplimiento al programa.

Cualquier modificación o suspensión al programa de auditoría interna implicará actualizar y comunicar la nueva versión de éste a las partes interesadas.

## GENERACIÓN DE LOS PLANES DE AUDITORIA

El **responsable AIN** generará un plan para cada una de las auditorías definidas en el programa anual, considerando lo siguiente:

* **Designación del líder de la auditoria:** Se debe designar un líder del equipo auditor, el cual es un integrante del equipo y será el responsable de la ejecución de la auditoría. La designación del líder del equipo auditor será revisada en cada auditoría, pudiendo ser un integrante distinto en cada una de ellas.
* **Objetivos:** La determinación de los objetivos de cada auditoria se basan en:
* Prioridades de la alta dirección
* Propósitos comerciales
* Requisitos legales, reglamentarios y contractuales, establecidos en la gestión de requisitos legales de SST
* Necesidad de evaluar a los proveedores, según acuerdos de SST adquiridos
* Requisitos del cliente, a quien se entregan productos o servicios bajo estándares de SST y que forman parte de otros requisitos adquiridos
* Necesidades de otras partes interesadas, provenientes de la gestión de contratistas
* [Otros temas]
* **Alcance:** Se deben determinar los límites y la aplicabilidad de la auditoría. El alcance debe ser consistente con los objetivos y el programa de auditoría. Esto incluye factores como ubicaciones físicas, centros de trabajo, procesos, áreas y actividades, así como el período de tiempo cubierto por la actividad.
* **Criterios de auditoría:** Son usados como puntos de referencia para determinar la conformidad, considerando políticas, procedimientos, normas, requisitos del sistema de gestión, legales y contractuales, códigos de conducta de sector y otros, deben ser consistentes con los objetivos de cada auditoría.
* **Auditores:** Se debe indicar los auditores que realizarán la actividad, indicando su responsabilidad. [En el caso de un equipo auditor] el líder de la auditoria designará los procesos, funciones, lugares, áreas o actividades específicas a cada auditor.
* **Notificación de la Auditoría:** En conjunto con la jefatura del área, se debe acordar la hora para la ejecución de la actividad. Se debe comunicar el plan de auditoría al menos dos semanas antes de su ejecución.
* **Preparación de la Auditoría:** Para cumplir con la planificación, el auditor / equipo auditor se debe reunir para conocer el plan. el auditor / equipo auditor deberá:
* Estudiar que la documentación sea apropiada a los objetivos de la auditoría y aplicable a los procesos y áreas a auditar
* Conocer los criterios de la auditoría
* Elaborar listas de verificación (opcional)
* Analizar hallazgos de auditorías anteriores
* Verificar otros antecedentes pertinentes
* Identificar los procesos y áreas que serán auditadas
* Conocer la evaluación de riesgos del área a auditar
* Conocer los incidentes del área a auditar

En caso de considerarlo, los auditores podrán solicitar información y/o documentación al **responsable AIN**, esta solicitud debe ser al menos una semana antes de la ejecución de la auditoría. La documentación impresa que se utilizará durante las auditorías se deberá considerar como “copia no controlada” y deberá ser identificada como tal.

El plan de auditoria será documentado en [AIN\_XX\_REG\_03 Plan de auditoría].

## EJECUCIÓN DE LA AUDITORIA

### Reunión inicial

La auditoría comenzará con una reunión inicial a cargo del [auditor / líder de auditoria], en la que participan los jefes de área involucrados en el alcance de la misma. En esta reunión se dará a conocer los interlocutores válidos, secuencia de ejecución, duración de la auditoría, medio de comunicación entre ambas partes, hora de reunión de cierre, entre otra información.

### Desarrollo de la auditoria

El [auditor / equipo auditor] realizará la actividad según la programación entregada, teniendo como base los criterios establecidos en el plan de auditoría. Durante el desarrollo, se recopilarán y registrarán las evidencias objetivas de los hallazgos, los cuales se obtendrán a través de entrevistas, análisis de documentos, observación de actividades y otros medios que sean objetivos. En esta etapa se verificará la implementación y/o eficacia de las acciones correctivas de las auditorías anteriores, si es que aplica.

### Preparación de las conclusiones de la auditoria

El auditor / equipo auditor reunirá y analizará las evidencias encontradas, clasificará los hallazgos de la auditoría y preparará recomendaciones. Para efecto de las auditorías internas, los hallazgos obtenidos se clasifican en:

* + - 1. ***Conformidad***

Corresponde al cumplimiento de un requisito.

* + - 1. ***No conformidad***

Corresponde al incumplimiento de un requisito. Se subclasifican en:

* **No Conformidad Mayor (NCM)** – Incumplimiento de un requisito que afecta globalmente los resultados previstos en el SGSST. Tales como:
* Incumplimiento de requisito asociado a normativa legal
* Incumplimiento global de alguno de los procesos del SGSST.
* Presenta 3 NCm (No conformidad menor) de un mismo proceso
* Mantiene NCm (No conformidad menor)de auditoría anterior
* **No conformidad menor (Ncm) –** Incumplimiento de un requisito que afecta parcialmente los resultados previstos en el SGSST. Tales como:
* Inexistencia de un registro de una actividad ejecutada
* Falta publicar los mapas de riesgo y recursos, sin embargo, las personas trabajadoras reconocen los riesgos y recursos
* **Oportunidades de Mejora (OM) –** Circunstancia o conjunto de circunstancias que pueden conducir a la mejora del desempeño del SGSST que pueden generar en un futuro una NC.
* Falta firma de un registro
* La señalización de evacuación se encuentra desgastada
* Un registro puede incorporar un campo nuevo que le aporte valor
* La demarcación de la zona de seguridad podría aumentarse en tamaño para mejorar su reconocimiento

|  |  |
| --- | --- |
|  | **IMPORTANTE** |
| Si la entidad empleadora ha implementado el proceso de “**no conformidad y acción correctiva**” del Sistema de Gestión ACHS, debe adaptar este apartado a las definiciones que se han establecido en ese procedimiento.**ESTE CUADRO ES EXPLICATIVO Y DEBE SER ELIMINADO AL FORMALIZAR EL DOCUMENTO.** |

### Reunión de cierre

Participan en esta reunión el [auditor / líder de auditoria] y los jefes de área involucrados en la actividad. Se presentará los hallazgos de la auditoría y la conformidad según los criterios de auditoría.

Si la auditoría fue planificada para dos o más días, se realizará sólo una reunión de cierre al final del último día.

### Generación del informe de auditoria

El [auditor / líder de auditoria] elaborará el informe de auditoría, el cual debe contener la siguiente información:

**Datos generales:** Número correlativo de auditoría, fecha de la auditoría y la fecha en que se emite, nombre del auditor / equipo auditor, objetivos de la auditoría, alcance de la auditoría y criterios de la auditoría.

**Resultado general de la auditoría:** Resumir el proceso ejecutado, indicando datos tanto positivos (puntualidad, disposición de auditores y auditados, etc.) como negativos (inasistencia de los participantes del proceso, impuntualidad, falta de apoyo por parte de los auditados, etc.).

**Hallazgos de la auditoría:** Se deberá completar la tabla del informe indicando un correlativo para los hallazgos, su clasificación ya sea no conformidad mayor, no conformidad menor u oportunidad de mejora, descripción del hallazgo, criterio incumplido (según criterios de la auditoría).

El [auditor / líder de auditoria] tendrá un plazo de una semana para la emisión del informe, desde realizada la reunión de cierre utilizando el registro [AIN\_REG\_04 Informe de auditoría interna]. El informe deberá ser revisado por el **responsable AIN**.

Junto con la entrega del informe, se indicará que se realizará un seguimiento de los hallazgos, este tendrá un plazo máximo de dos semanas.

## GENERACIÓN DE LOS PLANES DE AUDITORIA

Una vez obtenidos los incumplimientos, los jefes de área - según corresponda - elaborarán un plan de acción con las actividades que permitirán corregir dichas brechas, para lo cual especificarán cómo se deben implementar las acciones elegidas, de manera que los involucrados comprendan las disposiciones, además de realizar el seguimiento del avance respecto de lo planificado. Estos deberán ser entregados al **responsable AIN**, con el fin de continuar con el proceso de resolución de hallazgos de la auditoría.

La información que deberá contener el plan de acción es la siguiente:

* La descripción detallada de las acciones
* Las personas responsables de la aprobación e implementación de las acciones
* Los informes y/o registros requeridos para evidenciar la implementación
* Los plazos previstos para la realización de las acciones
* Fecha en que se llevará a cabo la verificación de la acción

Los responsables registrarán el plan de acción en [AIN\_XX\_REG\_05 Plan de acción de auditoría interna], manteniéndolo actualizado.

## VERIFICACIÓN Y CONTROL

### Verificación de las acciones

El **responsable AIN** verificará que las acciones se encuentran implementadas conforme a lo planificado. Esta verificación se calificará de la siguiente manera:

**Implementación correcta:** Corresponde a aquellas acciones que cumplieron con la descripción indicada en el plan o se efectuó una acción superior a ella.

**Implementación incorrecta:** Corresponde a aquellas acciones que se han implementado en forma deficiente respecto a la descripción indicada en el plan.

**Implementación parcial o no implementada:** Corresponde a aquellas acciones que se encuentran en proceso de implementación o no han sido implementadas respecto a lo indicado en el plan.

Si en la verificación se obtiene por resultado “Implementación incorrecta” o “Implementación parcial o no implementada”, el **responsable AIN** indicará una “Ampliación de plazo”, la que se comunicará al responsable de ejecutar la acción, esta se aplicará por única vez, la que no puede exceder dos semanas. Para facilitar la nueva verificación, se replica la acción asociada a los nuevos plazos.

### Cierre de las acciones

A partir de la calificación obtenida, se tienen los siguientes resultados:

* **Cierre de la acción:** En caso que la verificación indique la “Implementación correcta”, el responsable dará por cerrada la brecha.
* **Acción no implementada:** En caso que la verificación indique que aquellas acciones que a pesar de haber ampliado su plazo de implementación, no se ejecutaron o se siguen ejecutando parcialmente, el incumplimiento sigue sin corregirse y el responsable resolverá la acción como no implementada. En este caso, el incumplimiento deberá ser tratado de nuevo. [En un nuevo proceso de AIN, a través de una NC o en la Revisión por la Dirección].

La verificación de todas las acciones se registrará en el registro [AIN\_XX\_REG\_05 Plan de acción de auditoría interna]. La auditoría se cerrará y se entregarán los resultados a las partes respectivas.

# COMUNICACIÓN

Una vez ejecutada la auditoria interna, el **responsable AIN**, será el encargado de la comunicación de los resultados de esta a todas nuestras personas trabajadoras, [personas trabajadoras bajo el régimen de subcontratación] y partes interesadas, teniendo en cuenta características tales como la diversidad en el lugar de trabajo, los niveles de alfabetización, el dominio del idioma, personas con discapacidad, entre otros.

Esta comunicación y difusión se realizará a través de los siguientes medios:

* [La distribución mediante email corporativo]
* [La divulgación en la intranet]
* [La publicación en diarios murales]
* [La realización de sesiones de comunicación o sensibilización para su entendimiento]
* [Otros medios]

|  |  |
| --- | --- |
|  | **IMPORTANTE** |
| Si la entidad empleadora ha implementado el proceso de “**comunicación, participación y consulta**” del Sistema de gestión ACHS, debe adaptar este apartado a las definiciones que se han establecido en ese procedimiento.**ESTE CUADRO ES EXPLICATIVO Y DEBE SER ELIMINADO AL FORMALIZAR EL DOCUMENTO.** |

# REGISTROS

Detalle de los documentos y sus controles para el registro de la implementación del presente proceso:

| **REGISTRO** | **CÓDIGO** | **ALMACENAMIENTO** | **RESPONSABLE** |
| --- | --- | --- | --- |
| **TIEMPO DE RETENCIÓN** | **PROTECCIÓN** | **UBICACIÓN** |
| [Actividad de capacitación] | [Indicar código] | [Indicar tiempo] | [Digital/Físico] | [Indicar ubicación] | [Indicar responsable] |
| Equipo de auditores | AIN\_XX\_REG\_01 | [Indicar tiempo] | [Digital/Físico] | [Indicar ubicación] | [Indicar responsable] |
| Programa anual de auditorías | AIN\_XX\_REG\_02 | [Indicar tiempo] | [Digital/Físico] | [Indicar ubicación] | [Indicar responsable] |
| Plan de auditoría | AIN\_XX\_REG\_03 | [Indicar tiempo] | [Digital/Físico] | [Indicar ubicación] | [Indicar responsable] |
| Informe de auditoría interna | AIN\_XX\_REG\_04 | [Indicar tiempo] | [Digital/Físico] | [Indicar ubicación] | [Indicar responsable] |
| Plan de acción de auditoria interna | AIN\_XX\_REG\_05 | [Indicar tiempo] | [Digital/Físico] | [Indicar ubicación] | [Indicar responsable] |
| [Actividad de comunicación] | [Indicar código] | [Indicar tiempo] | [Digital/Físico] | [Indicar ubicación] | [Indicar responsable] |

# BIBLIOGRAFÍA

**Organización Internacional de Normalización. 2018.** *ISO 45001 - Sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo - Requisitos con orientación para su uso.* Ginebra: ISO, 2018.

**Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2001.** *ILO OSH - Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo.* Suiza: OIT, 2001.