

# UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

(SERVEI D'ANÀLISI QUÍMICA)

## Informe de Auditoría

Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN: <b>2014/0215/ER/04</b>	Nº INFORME: <b>4</b> TIPO DE AUDITORÍA: <b>2ª Seguimiento</b>
NORMA DE APLICACIÓN: <b>UNE-EN ISO 9001:2015</b>	Auditoría: Individual <input checked="" type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Integrada <input type="checkbox"/>
	Requiere envío de Acciones Correctivas: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>

Fecha de realización de la Auditoría: 2021-10-29

## DATOS GENERALES

### A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

<b>Nombre de la Organización</b>	UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA, SERVEI D'ANÀLISI QUÍMICA
<b>Dirección</b>	CAMPUS UAB - EDIFICI Cn. 08193 - CERDANYOLA DEL VALLES (BARCELONA)
<b>Representante de la Organización (nombre y cargo)</b>	Alba EUSTAQUIO RUIZ Directora Tècnica Servei d'Anàlisi Química

### B. EQUIPO AUDITOR

Función	Nombre	Iniciales
Auditor Jefe	Irene ANGULO AGUADO	IAA

### C. CRITERIOS DE AUDITORÍA

<p>El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Requisitos de la/s norma/s de sistema de gestión de referencia</li> <li>▪ Los procesos definidos y la documentación del sistema de gestión desarrollada por el cliente</li> <li>▪ Los requisitos legales y reglamentarios aplicables</li> </ul>
--

### D. USO DE TÉCNICAS DE AUDITORÍA EN REMOTO

Si durante la auditoría se utilizan técnicas de auditoría en remoto en alguna medida, cumplimentar la siguiente tabla:

Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)	Herramientas y descripción
Herramienta(s) a utilizar	
Plataforma(s) IT del cliente	

Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)		Descripción (cuando proceda)
Revisión documental (no en tiempo real) (ej., revisión de documentos en web)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Videollamada (WebEx)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Captura de Pantallas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Video en tiempo real o no real	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Grabación de video	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Intercambio de fotografías	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
COMENTARIOS:		

## RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

### Cuestiones generales para todos los Sistemas de Gestión

#### Confirmación de la realización de la auditoría

Se ha realizado auditoría de seguimiento del sistema de gestión de la calidad del SERVEI D'ANÀLISI QUÍMICA, UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA (en adelante SAQ) en base a la norma UNE-EN ISO 9001:2015.

Inicialmente la auditoría estaba prevista en remoto, según plan de auditoría de fecha 23.09.2021, si bien debido al ataque informático sufrido por la UAB el 11.10.21, y dada la dificultad de conectividad del SAQ, se pasó a la modalidad presencial.

#### Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado

**Realització d'anàlisis químiques per espectroscòpia atòmica i molecular, cromatografia de gasos i líquida, espectrometria de masses i anàlisi orgànica elemental CHNS. Posada a disposició d'equips i espais per a registres en autoservei.**

¿Es adecuado el alcance del certificado? SI  NO

No se han producido cambios o modificaciones, desde la anterior auditoría

¿Se han auditado todas las actividades incluidas en el alcance del certificado? SI  NO

#### Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión

##### Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión:

##### **b.1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados**

La organización cumple los requisitos necesarios para la prestación de los servicios descritos en el alcance y, por tanto, el sistema de gestión de la calidad cumple con los requisitos de la Norma de referencia y con el resto de los criterios de auditoría (requisitos legales, requisitos de cliente, requisitos propios del sistema de gestión interno).

Tras dos años desde la certificación se sigue constando un elevado grado de implantación de requisitos asociados a la gestión de la calidad: la calidad está integrada en la forma de trabajo del SAQ, en todos sus procesos, tanto operativos como transversales.

Se felicita de nuevo a la organización por los resultados obtenidos, y se anima a seguir trabajando en la mejora continua, tanto en cuanto a los planes de acción internos del propio servicio, como en cuanto a los puntos débiles detectados en la presente auditoría (observaciones).

NO SE HAN DETECTADO NO CONFORMIDADES EN LA PRESENTE AUDITORÍA.

Se recuerda a la Organización que las Observaciones reflejadas en este informe serán objeto de revisión en la próxima auditoría, por lo que se recomienda su análisis pormenorizado ya que dichas observaciones son susceptibles, con el tiempo, de convertirse en No Conformidades.

##### **b.2. Auditoría interna y el proceso de revisión del sistema por la Dirección**

- Revisión del sistema de gestión por la Dirección, realizada sobre el ejercicio 2020, con informe final en versión 01 de 16.09.2021. El contenido del Informe de Revisión se adapta a los requisitos exigidos por la Norma de referencia, siendo detallado y minucioso, y tratando todos los temas asociados a la gestión de la calidad con rigurosidad.

Asimismo, la organización realiza Memoria anual 2020 (requisitos para los laboratorios del SCT), incluye entre otro contenido, resumen de los siguientes aspectos: personal, actividades realizadas, equipamiento de servicio, datos económicos, medidas de calidad y mejora, nuevas técnicas a incorporar.

- Auditoría interna realizada el 22.07.2021 por la Unitat de Garantia de Qualitat (UGQ) de la UAB. No detectadas no conformidades. Para los comentarios (1) y oportunidades de mejora (8) identificadas se han planificado acciones, la mayor parte de ellas cerradas.

## Cambios significativos con respecto a la anterior visita y su impacto en el Sistema de Gestión

- Modificación de la Hoja de datos: se detecta que, dado que los tres expedientes de la UAB comparten datos en el sistema informático de AENOR, se estaban produciendo errores sistemáticos en los datos de las personas de contacto (Dirección; Representante de la Dirección). Se decide incorporar como contacto de "Dirección" a la Unitat de Garantía de Qualitat de la UAB (común para todos los expedientes), e incorporar a cada de los Direcciones técnicas de los servicios como Representantes de la Dirección (ver HD anexa).
- Ataque informático a la UAB (11.10.21): última copia de seguridad del SAQ de 08.10.21. El SAQ no se ha visto afectado por pérdidas de la información, pero sí en cuanto a sistemáticas y metodologías de trabajo, dado que la UAB se ha quedado sin red y conectividad. Actualmente el SAQ trabaja de manera local, en carpetas denominadas "crisis informática", dado que no se tiene acceso al servidor de la Universidad. Esta será la información que se cargará al servidor cuando la situación vuelva a la normalidad. De momento no hay copias de seguridad automática; cada técnico hace de forma semanal una copia de la carpeta "Crisis informática".
- Sin cambios relevantes respecto a la gestión de RRHH de la organización, más allá de cubrir una vacante de grupo 1 (promoción interna, 01.10.21), y que vuelve a quedar vacante una plaza, en este caso de grupo 2 (actualmente en proceso de sacar la plaza por parte de la UAB).
- Adquisición de dos nuevos instrumentos para el Laboratorio (ICP-MS e ICP óptico). No ha implicado ampliación a una nueva técnica, pero si cambios a nivel organizativo. Instalados en febrero (ICP-MS) y abril 2021 (ICP óptico). Dados de baja y eliminados del laboratorio los equipos obsoletos. Se restablece el servicio para este tipo de técnicas en marzo 2021, y se consigue reducir la lista de espera de las muestras, llegando a niveles normalizados en junio 2021. Se verifica la formación del personal en la nueva instrumentación, así como la integración del propio instrumento dentro del control de equipos.
- Recuperada y normalizada la actividad y facturación del laboratorio previa a la pandemia (básicamente gracias a la cartera externa).
- Incorporación de un nuevo servicio al alcance del sistema de gestión: autoservicio de balanzas (objetivo 2021). Se revisa durante la presente auditoría.
- Aprobación por parte de la UAB de la ampliación del SAQ, por razones de seguridad, ampliando el laboratorio con espacio de la sala vecina. Prevista ampliación a dos años vista.

## Confirmación sobre el cumplimiento de los objetivos de auditoría

Los objetivos de la auditoría son:

- *Determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización / empresa auditada, o partes de dicho sistema, con los criterios de auditoría*
- *Determinar su capacidad para asegurar que la organización cumple con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables (teniendo siempre presente que una auditoría de certificación de un sistema de gestión no es una auditoría de cumplimiento legal);*
- *Determinar la eficacia del sistema de gestión, para asegurar que el cliente puede tener expectativas razonables en relación al cumplimiento de los objetivos especificados; y cuando corresponda, identificar posibles áreas de mejora.*

¿Se han cumplido los objetivos de la auditoría? SI  NO

¿Qué cuestiones han quedado por resolver a la finalización de esta auditoría? NA

## Cuestiones para Sistema de Gestión adaptados a la Estructura de Alto Nivel

### f.1. Compresión del contexto de la organización

En relación al contexto de la organización, la organización realiza una revisión anual de la identificación del contexto, mediante sistemática DAFO que le permite identificar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la organización. Última revisión de contexto realizada el 04.11.2020 con participación de todo el personal del laboratorio y actualizada a los últimos cambios de contexto habidos (crisis sanitaria, COVID19; cambio de gobierno de la UAB; publicación de un nuevo Reglamento de Régimen Interno SCT..).

La organización mantiene identificadas las partes interesadas pertinentes, así como los requisitos y expectativas de éstas. Se ha hecho una revisión de la información, de manera análoga al análisis DAFO. No se identifican nuevas partes interesadas de las ya determinadas en 2019 (Personal SAQ; Departamento de Arquitectura y

Logística (DAL) y Mantenimiento UAB; Clientes; Usuarios e investigadores; Servicios Científico-técnicos; Equipo de gobierno; Área de Prevención; Proveedores). Última revisión del documento mayo 2021.

## f.2. Enfoque a riesgos y oportunidades

La organización ha determinado los riesgos y oportunidades derivados del DAFO de contexto, partes interesadas y de los procesos, en un único documento que refleja las sinergias, y permite la toma de decisiones derivadas de una evaluación objetiva de los mismos.

Se dispone de un documento para la identificación y gestión de los riesgos (SAQ116: *Quadre de Gestió de Risc*), así como otro para las oportunidades (SAQ117: *Quadre de Gestió d'Oportunitats*). Última revisión anual abril 2021, Modificado en septiembre 2021.

Respecto de la gestión de los riesgos, éstos se evalúan en base a probabilidad e impacto, lo que define el nivel de riesgo. Las acciones planteadas para cada uno de los Riesgos y Oportunidades que la organización decide abordar, y su planificación asociada, se documenta en el Plan de acciones.

## f.3.Liderazgo

El liderazgo respecto del sistema de gestión de calidad se evidencia asumiendo la responsabilidad final del sistema de gestión de la calidad y asegurando que se establecen unos objetivos de calidad y los recursos asociados.

## Otras consideraciones del equipo auditor

- En cuanto a la DOCUMENTACIÓN de referencia del sistema se sigue la revisada y validada según 2 listados: *Llistat de formularis vigents del centre* (GQ003/1-00) y *Llistat de PNT vigents* (GQ002/1-00), ambos actualizados a 19.07.2021. El sistema consta de una serie de PNTs que establecen las sistemáticas a seguir para cada proceso y actuación, así como de una serie de registros que evidencian las actividades realizadas. No se dispone de Manual de Calidad.
- El ALCANCE del sistema de gestión se documenta internamente en el Informe de Revisión por la Dirección. La disponibilidad a las partes interesadas se realiza a través de la web de la organización (<https://sct.uab.cat/saq/ISO-9001-2015>), en la que está colgado el certificado de AENOR. Web actualmente no operativa por el ciberataque sufrido en la UAB.
- La organización dispone de POLÍTICA DE CALIDAD (Política de Qualitat del Servei d'Anàlisi Química, SAQ003/00), de fecha 18/11/2019, ajustándose su contenido a los requisitos de la Norma 9001:2015. La Dirección revisa anualmente el contenido de esta política para garantizar su continua adecuación a través de la Revisión del Sistema. En cuanto a su comunicación a los trabajadores, la Política se ha comunicado directamente al personal y se encuentra expuesta en el laboratorio. En cuanto a su disposición a las partes interesadas se constata ésta publicada en la web de la organización (<https://sct.uab.cat/saq/content/algunes-dades>). Web no operativa por el ciberataque sufrido en la UAB.
- La organización dispone de 6 OBJETIVOS DE CALIDAD para 2021, dirigidos a la mejora continua, con una planificación detallada para su consecución (acciones, plazos, responsable, recursos). La organización realiza seguimiento periódico del resultado de los objetivos. La planificación de objetivos y su seguimiento cuantitativo se registra mediante documento, *Gestió Objectius* (SAQ011-03). Asimismo, la organización realiza un seguimiento más cualitativo de objetivos y acciones vinculadas mediante acta de reunión periódica.
- SAQ004/00, Organigrama del SAQ, de fecha 08.11.2019.

## Puntos fuertes

- Implicación y liderazgo de la Dirección en el sistema de gestión, si como implicación y compromiso por parte de todos los auditados en la gestión de calidad. Firme apuesta por el mantenimiento del sistema de gestión de calidad.
- Diseño del sistema de gestión: es un sistema ágil y optimizado, a medida a las necesidades del SAQ.
- Experiencia y conocimientos en el sector; rigurosidad del servicio prestado; adaptación del servicio a las necesidades de los clientes, ya sean internos (Universidad) o externos (empresas).
- Análisis DAFO completo, profundo y realista con la estrategia y situación de la organización, y participado por todo el personal del laboratorio.
- Rigurosidad y detalle del Informe de Revisión por la Dirección, así como del Informe de auditoría interna.

- Mecanismos de comunicación con el empleado y para la detección de sus expectativas, necesidades o inquietudes: Realización anual de encuesta de satisfacción del personal y de entrevistas personales periódicas.
- Rigurosidad en la recogida y tratamiento de datos generados en los procesos operativos.
- Digitalización de gran parte de la documentación, incluyendo su aprobación (firma digital).
- Riguroso registro de comunicaciones con el cliente (carpeta “diari”).
- Riguroso seguimiento de objetivos (cuantitativo y cualitativo).
- Uso sistematizado y riguroso del registro de incidencias y de acciones correctivas.
- Renovación de equipos obsoletos.

### **Oportunidades de mejora**

- Nuevo autoservicio de balanzas: Informar al usuario que acude por primera vez al servicio, de forma previa a la visita y por email, de las condiciones del servicio (económicas, uso del equipo, etc.).
- Completar la formación en materia de la nueva Norma ISO 9001:2015 del personal del laboratorio que no la dispone.

Nº	Observaciones	Norma
01	Se recuerda a la organización que el análisis de contexto es un proceso con revisión anual, al finalizar el ciclo natural y de forma previa a la revisión por la Dirección, como elemento de entrada de la misma. Se constata de forma puntual que la última revisión del DAFO es la extraordinaria de 04.11.2020. En estos casos se recomienda realizar revisión formal del documento y dejar indicada nueva fecha de revisión.	ISO 9001:2015
02	Pendiente revisión del documento de contexto (DAFO) y del documento de riesgos y oportunidades para analizar si procede su actualización, considerando los últimos cambios de contexto habidos:  Ciberataque sufrido en la UAB; Problemas de suministro de materiales y equipos (ej. Problema actual de suministro de puntas de pipetas en SAQ).	ISO 9001:2015
03	Incidencia de suministro (demora de entregas) relativas a las puntas de pipetas (abierta incidencia por el Laboratorio en registro SAQ038/RI-02). De momento se han habilitado 5 pipetas para poder utilizar las puntas de pipetas antiguas de las cuales se dispone de un stock importante; si bien queda pendiente el establecimiento de acciones para garantizar la continuidad del servicio antes de que se acabe el stock.  A revisar evolución en la próxima auditoría de AENOR.	ISO 9001:2015
04	La Web de la UAB actualmente no se encuentra operativa, debido al ciberataque sufrido por la Universidad, por lo que temporalmente no se encuentran disponibles a las partes interesadas el alcance del sistema y la Política de Calidad.	ISO 9001:2015
05	Continúan en borrador algunas instrucciones / procedimientos propios del servicio, si bien se verifica que se sigue avanzando desde la auditoría de certificación (pendientes algunos procedimientos relativos a equipos). La organización dispone de planes de acción asociados.	ISO 9001:2015
06	Evaluación de proveedores 2020: se ha vinculado por error 1 no conformidad al proveedor "Manteniment de la UAB", en lugar de al proveedor "Serveis a la comunitat" (transporte).	ISO 9001:2015
07	Dado el ciberataque sufrido en la UAB, a efectos de la conformidad del servicio se constata afectación puntual al cliente, asociada fundamentalmente a los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Está pendiente la facturación de los servicios de septiembre y octubre.</li> <li>▪ No se están enviado los informes con la firma digital (si bien está previsto su envío al 100% de los casos); en algunas ocasiones se envía el informe escaneado y firmado manualmente; o bien, si el cliente lo permite, se adelantan los resultados preliminares mediante otras sistemáticas (pantallazos, fotos, etc.).</li> <li>▪ Retrasos en los plazos de entrega.</li> </ul>	ISO 9001:2015

**Documentos adjuntos al informe de auditoría:**

- Matriz de actividades de auditoría  
 Hoja de Datos  
 Otros:.

## ANEXO

### Cuestiones particulares del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001

#### a. ISO 9001 (Sistemas de Gestión de Calidad)

##### i. Información sobre satisfacción de Cliente

Ultima encuesta de satisfacción de cliente realizada en febrero 2021 (100% clientes activos en 2020 del SAQ), lanzada online y en tres idiomas (Castellano/catalán/ingles) desde la UCSCT. Enviada a 204 usuarios; obtenidas 59 respuestas (29% del total, por encima del valor de referencia fijado 20%). Resultado más bajo 80,9/100 (plazo de entrega de resultados). Promedio general 91,5/100.

En cuanto a reclamaciones e incidencias, la organización documenta y gestiona las reclamaciones recibidas de sus clientes, a través de los documentos SAQ038-01, *Registre d'incidències* y SAQ070-01, *Pla d'accions*.

La organización realiza también encuesta de satisfacción anual entre su personal (ultima noviembre 2020). Se constata realizado análisis posterior. Las decisiones de mejora alimentan los planes de acción.

##### ii. Enfoque a procesos

En cuanto a la Planificación del sistema de gestión y al enfoque a procesos, la organización dispone de Mapa de procesos (SAQ084, 06/11/2019), en el cual se describe la secuencia e interacción de todos los procesos de la organización. Asimismo, dispone de fichas de proceso para la gestión de cada uno de los procesos dibujados en el mapa de procesos, según documento *Quadre de control i gestió dels processos* (SAQ024-01).

En cuanto al mapa de procesos se señala que éste no se adapta estrictamente a la realidad del SAQ en lo que se refiere a la identificación de los procesos estratégicos y de soporte, no obstante, se documenta de una forma homogénea uniforme para todos los servicios de la UAB que implantan un sistema básico de gestión de la calidad. Es por esta razón que algunos procesos documentados y sus correspondientes indicadores de control, son algo forzados, aunque el SAQ los ha adaptado para que aporten información de utilidad.

En relación a los criterios y métodos definidos para el seguimiento de la operación eficaz y el control del proceso, la organización dispone de cuadro de mando de indicadores (*Quadre d'Indicadors*, SAQ040-01), con trazabilidad a cada proceso, en el cual se establecen los valores de referencia para cada indicador, las frecuencias y los responsables del seguimiento de los mismos, así como los resultados del seguimiento realizado.

En cuanto a los riesgos y oportunidades asociados a los procesos, la organización dispone de una matriz de gestión de riesgos y oportunidades de los procesos, según se describe en el apartado de "enfoque a riesgos y oportunidades" del presente informe de auditoría.

#### Información específica del sistema de gestión a adjuntar al informe, cuando aplique:

- Listado de proyectos
- Listado de obras y/o servicios
- Listado completo de centros temporales
- Otros:

## ANEXO - MATRIZ ACTIVIDADES DE AUDITORÍA

UNE-EN ISO 9001:2015					4.1 – 4.2 Comprensión del contexto y partes interesadas	4.3 – 4.4 Determinación del alcance. SGC y sus procesos	5 Liderazgo	6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	6.3 Planificación de los cambios	7.1 Recursos	7.2 – 7.3 Competencia y toma de conciencia	7.4 – 7.5 Comunicación e Información documentada	8.1 Planificación y control operacional	8.2 Requisitos para los productos y servicios	8.3 Diseño y desarrollo de productos y servicios	8.4 Control proc. y serv. suministrados externamente	8.5 Producción y provisión del servicio	8.6 Liberación de los productos y servicios	8.7 Control de las salidas no conformes	9.1.1 y 9.1.3 Seguimiento, medición, análisis y evaluación	9.1.2 Satisfacción del cliente	9.2 Auditoría interna	9.3 Revisión por la dirección	10 No conformidad y acción correctiva. Mejora continua		
DIA	CENTRO	HORA	AUDITOR	PROCESO/ DEPARTAMENTO/ DOCUMENTO/ ACTIVIDAD																							
1	1	08:00	IAA		Reunión inicial																						
1	1	08:00-12:00	IAA	Dirección Gestión de calidad	X	X	X	X	X	X	X		X							X	X	X	X	X	X		
1	1	12:00-12:30	IAA	Compras / proveedores				X			X		X			X				X					X		
1	1	12:30-13:30	IAA	Prestación Servicio				X			X		X	X	X	X			X	X	X	X			X		
1	1	13:30-14:00	IAA	Formación / RRHH				X			X	X	X							X					X		
1	1	14:00-14:30	IAA		Elaboración del informe de auditoría por el equipo auditor																						
1	1	14:30-15:00	IAA		Reunión final																						

## CUADRO DE NO CONFORMIDADES

Ref. NC	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma ISO 9001:2015	Categoría N. C.
	NO DETECTADAS NO CONFORMIDADES EN LA PRESENTE AUDITORÍA		

**Nota 1:** Para todas las NC descritas en esta tabla, será necesario que la Organización establezca y documente las acciones correctivas pertinentes.

**Nota 2:** Aunque puedan existir apartados / subapartados que se auditen conjuntamente (cuando así lo indique la Matriz de Actividades), las NC se asignarán al subapartado específico en el que se detectan.

## DISPOSICIONES FINALES

- Las observaciones y no conformidades han sido aclaradas y entendidas.
- A la vista de los resultados de la auditoría, el Auditor Jefe realiza la siguiente propuesta sobre la certificación:  
Mantenimiento del certificado
- No obstante, los Servicios Técnicos de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. son el órgano responsable de la decisión final sobre la certificación, una vez analizados los resultados reflejados en este informe de auditoría y en el plan de acciones correctivas (cuando proceda) enviado por la organización. En consecuencia, la propuesta del equipo auditor sobre la certificación podrá ser ratificada o no.
- Teniendo en cuenta las no conformidades indicadas en este informe, si fuese necesaria la presentación del Plan de Acciones Correctivas, la Organización se compromete a enviarlo a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. (a la dirección de correo electrónico facilitada por la delegación) en 30 días naturales a partir de la fecha de emisión del informe de auditoría, con la información requerida por la *Guía para la elaboración del plan de acciones correctivas*. En caso de que el Plan de Acciones Correctivas no fuera satisfactorio, la organización dispone de un plazo de 15 días naturales para el envío de la documentación adicional que le sea requerida por AENOR INTERNACIONAL S.A.U., a partir de la fecha de recepción dicho requerimiento.
- Indicar las no conformidades del presente informe a las cuales la organización tiene intención de presentar apelación. En este caso, la organización deberá enviar a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. en el plazo de 7 días naturales, a contar desde la fecha del último día de auditoría, la justificación y evidencias documentales necesarias para su valoración por los servicios de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. Asimismo, se informa a la organización que cualquier queja o reclamación sobre la actuación de AENOR INTERNACIONAL S.A.U., estas deben ser remitidas a la siguiente dirección [calidad@aenor.com](mailto:calidad@aenor.com)
- Se indican a continuación los comentarios del equipo auditor sobre el cierre de las no conformidades detectadas en la anterior auditoría (en el caso de auditoría de renovación se revisarán todas las no conformidades del ciclo):  
Verificadas (no hubo en fase2)
- El Equipo Auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe y hace entrega al Representante de la Organización del Informe de Auditoría.
- Durante la auditoría se ha comprobado el uso de la marca correspondiente a la/s Norma/s auditada/s, identificándose en el presente informe cualquier desviación que pudiera haberse detectado al respecto.
- Las no conformidades pueden referirse a incumplimientos de los requisitos de la norma de referencia aplicable, o de cualquier otro requisito establecido en el Sistema de Gestión de la Organización.
- Se acuerda con la Organización, las siguientes fechas para la realización de la próxima auditoría:

Fecha próxima auditoría:	Inicialmente noviembre 2023, pero la organización solicita la posibilidad de adelantar de forma permanente la auditoría al final del primer semestre del año. A valorar nueva fecha con el Técnico Responsable.
Fecha expiración del actual certificado:	<b>2023-01-21</b>

- Comentarios si procede, sobre la planificación de la próxima auditoría (a cumplimentar por el Auditor Jefe):
- Con antelación a la realización de la próxima auditoría, se determinarán en el Plan de Auditoría los centros a visitar y la planificación de actividades prevista.
- Una vez concedida la Certificación, la organización se compromete a poner a disposición de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. durante la realización de las auditorías la documentación vigente del Sistema de Gestión.
- Para cualquier aspecto relacionado con el proceso de certificación, la organización puede dirigirse al Técnico Responsable de su Expediente (TRE). **Irene ANGULO AGUADO**

En Cerdanyola del Valles a 29 de octubre de 2020

## ANEXO A CENTROS VISITADOS

**DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)**

**CENTROS FIJOS**

**CENTRO 1:** UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA, SERVEI D'ANÀLISI QUÍMICA

**DIRECCIÓN:** CAMPUS UAB - EDIFICI Cn. 08193 - CERDANYOLA DEL VALLES (BARCELONA)

**ACTIVIDADES DEL ALCANCE:** TODAS

## ANEXO B PROGRAMA DE AUDITORÍA

### Datos Generales de la Organización y Cuestiones a considerar

Tamaño de la organización y el alcance: ver Hoja de Datos anexa.

Nº Turnos (el número de turnos y su tipología se tendrán en cuenta en programación de actividades, considerando que si se trabaja a más de 1 turno, se debe justificar si procede o no auditar todos los turnos de trabajo)

NA

Reflejar si ha habido alguna incidencia o cambios que deban ser tenidos en cuenta para programar las auditorías del ciclo en cuanto al nivel de eficacia del sistema de gestión, su complejidad, sus productos o procesos, resultados de auditorías previas (NC mayores o resultados insatisfactorios), quejas recibidas sobre el cliente o comunicaciones relevantes de alguna parte interesada sobre el cliente, cambios en requisitos de certificación, cambios legislativos, cambios en requisitos de acreditación u otros.

NA

### Tabla de Programación de actividades de auditoría del ciclo completo de certificación

	AUDITORÍA INICIAL		AS1 (no más allá de los 12 meses de la fecha de concesión)		AS2		AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración)	
Fecha aproximada (mes/año)			Diciembre 2020		Octubre 2021		Octubre 2022	
ALCANCE			todo		todo		Todo	
CENTROS			1		1		1	
NORMA	APARTADOS DE LA NORMA A AUDITAR							
ISO9000			Todos los puntos de la Norma excepto los relativos a compras y RRHH		Todos los puntos de la Norma excepto los relativos a infraestructura		Todos los puntos de la Norma	
PROCESOS	Planificado	Realizado	Planificado	Realizado	Planificado	Realizado	Planificado	Realizado
<i>Dirección   Calidad</i>			X	X	X	X	X	
<i>Gestión calidad</i>			X	X	X	X	X	
<i>RRHH</i>					X	X	X	
<i>Mantenimiento   Infraestructura</i>			X	X	--	--	X	
<i>Compras   Subcontrataciones</i>			--	--	X	X	X	
<i>Prestación del servicio</i>			X	X	X	X	X	

**P: Programado R: Realizado**

**Nota 1:** Se incluirán en la tabla las columnas que procedan relativas a auditorías extraordinarias que hayan sido necesarias realizar a lo largo del ciclo, detallando los procesos y apartados de la norma que hayan sido auditados en cada caso.

**Nota 2:** La descripción de los procesos se realizará atendiendo a los requisitos de cada tipo de Sistema de Gestión. La información de la Tabla debe ser trazable con los datos (procesos, centros y apartados de Norma) identificados en la Matriz. Se incluyen en cursiva y corchetes los procesos generales de la Estructura de Alto Nivel. **Estos procesos deben particularizarse para cada organización y cada tipo de Sistema de Gestión.**

**Nota 3:** En caso de tratarse de una transferencia el Programa deberá empezar con la auditoría del ciclo de certificación que corresponda.

**ANEXO RELACIÓN DE PARTICIPANTES (marcar con X el tipo de participación)**

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	Desarrollo Auditoría	Reunión final
ALBA EUSTAQUIO	DIRECTORA TÉCNICA SAQ	X	X	X
ÁGUEDA FLORES	CAP DE LA UNITAT DE GARANTIA DE QUALITAT - UAB	X	X	X
LAURA MARTINEZ	TÉCNICA DE LA UNITAT DE GARANTIA DE QUALITAT - UAB	X	X	X

## ANEXO HOJA DE DATOS

DATOS GENERALES		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación v/o realización)
Nombre de la Organización	UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA	
Factoría/Planta/Delegación	SERVEI D'ANÀLISI QUÍMICA	
Domicilio Social	Àrea de Economia i Finances. Edifici Rectorat. UAB (Cerdanyola del Vallès), sn 08193 - BELLATERRA(BARCELONA) España	
C.I.F.	Q0818002H	
NACE		
Grupo (si aplica)		
Correo electrónico		
Representante de la Dirección		
Nombre	FLORES FLORES, Agueda	EUSTAQUIO RUIZ, ALBA
Cargo	Cap de la Unitat de Garantia de Qualitat	Directora Tècnica Servei d'Anàlisi Química
Teléfono	935812023	
Correo electrónico	agueda.flores@uab.cat	Alba.Eustaquio@uab.cat
Dirección General		
Nombre	CHILLÓN RODRÍGUEZ, Miguel	FLORES FLORES, Agueda
Cargo	DIRECTOR DE LA UNITAT DE PRODUCCIÓ DE VECTORS	Cap de la Unitat de Garantia de Qualitat
Contacto de Facturación		
Nombre	FLORES FLORES, Agueda	CRUZ MURILLO, MELCHOR
Cargo	Otro	Cap d'Administració dels Serveis Científicotècnics
Teléfono	935812023	+34 93 586 8977
Correo electrónico	agueda.flores@uab.cat	despeses.sct@uab.cat

<b>Contacto de Contabilidad</b>		
<b>Nombre</b>		
<b>Cargo</b>		
<b>Teléfono</b>		
<b>Correo electrónico</b>		

<b>ALCANCE DEL CERTIFICADO</b>		<b>Modificaciones identificadas en auditoría</b>			
(añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)		<b>(planificación y/o realización)</b>			
<b>Norma de referencia</b>	UNE-EN ISO 9001:2015				
<b>Alcance Catalán</b>	Realització d'anàlisis químiques per espectroscòpia atòmica i molecular, cromatografia de gasos i líquida, espectrometria de masses i anàlisi orgànica elemental CHNS. Posada a disposició d'equips i espais per a registres en autoservei.				
<b>Alcance Inglés</b>	Chemical analyses by atomic and molecular spectroscopy, gas and liquid chromatography, mass spectrometry and CHNS elemental organic analysis.  Provision of equipment and spaces for self-service registries.				
<b>Procesos subcontratados</b>					
(mencionar procesos)					
<b>Productos / Proyectos</b>					

<b>CENTROS DE ACTIVIDAD Y Nº PERSONAS</b>					<b>Modificaciones identificadas en auditoría</b>				
					<b>(planificación y/o realización)</b>				
<b>Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado</b>	<b>Pers Prop</b>	<b>Pers Subc</b>	<b>Colectivo (*)</b>	<b>Nº</b>	<b>Indicar posibles modificaciones en los centros</b>	<b>Pers Prop</b>	<b>Pers Subc</b>	<b>Colectivo (*)</b>	<b>Nº</b>
(añadir tantas filas como sean necesarias)									

					(añadir tantas filas como sean necesarias)				
CAMPUS UAB - EDIFICI Cn. 08193 - CERDANYOLA DEL VALLES (BARCELONA)	9	0							

(\*)Explicación sobre colectivos:

ACTIVIDAD DE LA ORGANIZACIÓN	Colectivo	Explicación y exclusiones:
Cualquier actividad	Comerciales	
Limpieza	Limpiadores	No se incluye en este colectivo a Limpiadores especializados (por ejemplo: limpiadores de quirófanos, centrales nucleares, zonas contaminadas, etc.)
Seguridad	Personal de Seguridad	No se incluye en este colectivo, a los Servicios especiales de seguridad (por ejemplo: guardaespaldas, personal de los furgones de seguridad, instalaciones especiales, etc.).
Transporte	Conductores	
	Conductores de transportes especiales	Por ejemplo: conductores de camiones con material muy voluminoso, mercancías peligrosas, mercancías que requieran cadena de frío, transporte de pasajeros, etc.).
Sanitaria en hospitales y residencias	Celadores	No se incluye en este colectivo el personal de enfermería (enfermeros o auxiliares de enfermería)
Construcción / Actividades extractivas a cielo abierto	Peones	No se incluye en este colectivo al Personal especializado (oficiales de primera, encargados de obra, montadores de andamios, instaladores, etc)
Call-centers y Tele-marketing	Telefonistas	No se incluye en este colectivo al Personal que realiza actividades de tele-asistencia
Agraria	Recolectores	

<b>Emplazamientos temporales</b>	Nº Centros:		<b>Emplazamientos temporales</b>	Nº Centros:	
	Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):			Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):	

<b>OTROS DATOS SOBRE EL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN</b>	<b>Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)</b>
---	--

<b>Personal estacional</b>	Nº Personas:		Periodo:		<b>Personal estacional</b>	Nº Personas:		Periodo:							
<b>Personal a tiempo parcial</b>	Nº Personas:		Duración jornada:		<b>Personal a tiempo parcial</b>	Nº Personas:		Duración jornada:							
<b>Personal en turnos</b>	Nº Personas:		Nº turnos:		<b>Personal en turnos</b>	Nº Personas:		Nº turnos:							
<b>Distribución personal por área</b>					<b>Distribución personal por área</b>										
Dirección:		Producción:		Comercial:		Admón:		Dirección:		Producción:		Comercial:		Admón:	

<b>ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL ESQUEMA AUDITADO</b>		<b>Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)</b>
Indicar los apartados de la Norma en los que se realizan exclusiones		
Reglamentación aplicable al alcance del certificado		

<b>OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL DIMENSIONAMIENTO DE LA AUDITORÍA</b>	<b>Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)</b>		
Volumen de proyectos (ISO 166002)			
Superficie (m <sup>2</sup> )/ nº Líneas/Nº APPCC (ISO 22000)			
Consumo anual de energía (Mwh/año) / Nº de fuentes de energía / Nº usos significativos de energía (ISO 50001)			

Nº Usuarios con privilegios de administración y gestión (ISO 27001)		
Áreas/departamentos implicados en el <i>Business Impact Analysis</i> (ISO 22301)		
Otros esquemas		

OTROS ASPECTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Sistema de Gestión integrado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Grado de integración (en %)		





Poner la nueva