

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

(SERVEI D'ANÀLISI QUÍMICA)

Informe de Auditoría

Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN: 2014/0215/ER/04	Nº INFORME: 5 TIPO DE AUDITORÍA: Renovación
NORMA DE APLICACIÓN: UNE-EN ISO 9001:2015	Auditoría: Individual <input checked="" type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Integrada <input type="checkbox"/>
	Requiere envío de Acciones Correctivas: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Fecha de realización de la Auditoría: 2022-07-15

DATOS GENERALES

A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la Organización	UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA, SERVEI D'ANÀLISI QUÍMICA
Dirección	CAMPUS BELLATERRA, FACULTAT DE CIÈNCIES (nord), 08193 - CERDANYOLA DEL VALLES (BARCELONA), España
Representante de la Organización (nombre y cargo)	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

El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:

- Requisitos de la/s norma/s de sistema de gestión de referencia
- Los procesos definidos y la documentación del sistema de gestión desarrollada por el cliente
- Los requisitos legales y reglamentarios aplicables

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 renovación 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.

La auditoría de renovación se realiza, por solicitud de la propia organización en julio 2022, dados que estas fechas son más adecuadas para la organización, y de cara a poder realizar próxima y siguientes auditorías en junio. Al finalizar favorablemente la presente auditoría de renovación, se emitirá un nuevo certificado que, considerará la antigüedad de la certificación de la organización, pero cuya fecha renovación será la fecha de la toma de decisión relativa a la renovación, que sustituirá a la actual de enero.

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:

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 un ciclo completo 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 las desviaciones, puntos débiles y mejoras detectados en la presente auditoría.

Se ha detectado 1 No conformidad, de carácter menor, para la cual la organización deberá enviar a AENOR el correspondiente Plan de Acciones Correctivas según lo dispuesto en el apartado de disposiciones finales del presente informe de 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.

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 2021, con informe final en versión 01 de 27.05.2022 (versión 0 marzo 2022). 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 2021 (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. Documento de fecha 22.03.2022.

- Auditoría interna realizada en 31.05.2022 (fecha de informe 14.06.2022) por la Unitat de Garantia de Qualitat (UGQ) de la UAB. No detectadas no conformidades. En función de los resultados (3 comentarios y 7 oportunidades de mejora) se han planificado acciones, estando algunas de ellas en curso.

3. Estado de implantación y cierre de No conformidades detectadas en la anterior auditoría (en el caso de auditoría de renovación se revisarán todas las no conformidades del ciclo):

No aplicable. No detectadas no conformidades en las tres auditorías anteriores (AINI 2019, AS1 2020 y AS2 2021).

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

- Resumen de la gestión relativa al ataque informático a la UAB (11.10.21): El SAQ no se vio afectado por pérdidas de la información, pero sí en cuanto a sistemáticas y metodologías de trabajo, dado que la UAB se quedó sin red y conectividad. El SAQ trabajó de manera local, en carpetas denominadas “crisis informática”, dado que no se tenía acceso al servidor de la Universidad. Esta información se cargó en el servidor en fecha 10.11.22 (informes en formato PDF), volviendo el servicio a la normalidad a partir de esa fecha, tanto en cuanto a envío de informes con firma digital, como en cuanto a plazos de entregas. En cuanto al sistema de facturación se reestablece en diciembre 2021 (envío de la facturación que había quedado pendiente).
- Sin cambios relevantes respecto a la gestión de RRHH de la organización. Sigue quedando vacante una plaza, en este caso de grupo 2 (actualmente en proceso de sacar la plaza por parte de la UAB).
- 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 (licitación retrasada). Asimismo, está en proceso de licitación el nuevo equipamiento para este nuevo laboratorio.
- En proceso: cesión de un equipo procedente de un LPS de la UAB (laboratorio de prestación de servicios), que cierra este mes. Se trata de un equipo LC-QQQ, que permitiría hacer análisis cuantitativo en matrices complejas a bajo nivel de concentración, que hasta la fecha se estaban derivando a otros laboratorios. Se ha pactado con el LPS tanto la formación del personal en el uso del instrumento, como el traspaso de métodos y procedimientos (a integrar dentro del sistema de gestión de calidad).
- Dados los problemas de suministros de materiales y equipos habidos últimamente, la organización ha revisado, y, en su caso, ampliado, la cantidad el stock mínimo de materiales y equipos críticos.

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
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 15.03.2022 con participación de todo el personal del laboratorio y actualizada a los últimos cambios de contexto habidos (nuevas amenazas: Ciberataque; Problemas de suministros de materiales y equipos; nuevas oportunidades: ampliación de la cartera de clientes internos; renovación de algunos equipos informáticos).

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, en marzo 2022. No se identifican nuevas partes interesadas de las ya determinadas inicialmente (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), pero si se ha identificado algún nuevo requisito.

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 marzo y abril 2022.

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, incluyendo la evaluación de la eficacia, se documenta en el Plan de acciones.

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 26.05.2022. 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 IQNET.
- La organización dispone de POLÍTICA DE CALIDAD (Política de Qualitat del Servei d'Anàlisi Química, SAQ003/-00), de fecha 15.03.2022 (revisada sin modificación alguna). Su contenido se ajusta 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. Asimismo, se entrega a las nuevas incorporaciones, dado que es un anexo del Plan de acogida. En cuanto a su disposición a las partes interesadas se constata ésta publicada en la web de la organización (<https://sct.uab.cat/saq/es>).
- La organización dispone de 5 OBJETIVOS DE CALIDAD para 2022, de los cuales 2 son transversales a todos los SCTs. Los objetivos disponen de una planificación detallada para su consecución (acciones, plazos, responsable, recursos) y se realiza seguimiento periódico de su resultado. 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.
- PLAN DE ACOGIDA de nuevo personal, de fecha 16.09.2021.

Puntos fuertes

- Liderazgo de la Dirección en el sistema de gestión, así 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.
- Experiencia y conocimientos en el sector; rigurosidad del servicio prestado; adaptación del servicio a las necesidades de los clientes, ya sean internos o externos.

- Análisis DAFO completo, profundo y realista con la estrategia y situación de la organización, y participado por todo el equipo del laboratorio. Identificación de riesgos y oportunidades personalizada y adaptada al contexto y realidad del servicio.
- 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).
- Resultados continuados de satisfacción del cliente en los últimos años (resultados específicos 2021; 93% del servicio, 89% equipamiento).
- Uso sistematizado y riguroso del registro de incidencias y de acciones correctivas.
- Riguroso registro de comunicaciones con el cliente (carpeta “diari”; archivo de todos los emails relevantes de cliente).
- Proyectos de mejora del laboratorio, tanto en cuanto a ampliación del espacio, como en cuanto a equipamiento del mismo.

Oportunidades de mejora

- Analizar y explorar alternativas para potenciar la información y comunicación acerca de los servicios prestados por el SAQ (detectado riesgo “Bajo conocimiento de la cartera de servicios del SAQ”).
- Valorar la posibilidad de evaluar las oportunidades asociadas a procesos en base a coste y beneficio.
- Seguir completando la formación en materia de la nueva Norma ISO 9001:2015 del personal del laboratorio que no la dispone (recientemente se han formado 2 personas, quedando pendiente otras 2 personas).
- En cuanto a indicadores de calidad: analizar la posibilidad de ir modificando progresivamente, y de cara a la mejora continua, los valores de referencia de los indicadores, en base al histórico de los últimos años. Por ejemplo: Indicadores de satisfacción de servicio; indicadores de satisfacción con el equipamiento.
- En cuanto a objetivos de calidad:
 - Dado que algunos objetivos de calidad son transversales a todos los STCs, pero no aplicables a SAQ, se recomienda a la organización identificar de alguna manera esta situación, puesto que en algunos casos el objetivo ya se cumple al disponer de un sistema de gestión certificado (ej. objetivo 2022: Asegurar requisitos de trazabilidad).
 - Si bien los Objetivos de calidad 2022 se han alineado a los objetivos estratégicos de la organización y de la UAB, se recomienda a la organización su revisión, en cuanto a su cuantificación, para poder determinar y medir mediante indicadores de calidad su impacto directo en términos de mejora de la conformidad del servicio o del aumento de la satisfacción del cliente (ejs.: nuevos clientes; nuevas técnicas; reducción incidencias; reducción tiempo de análisis / plazos de entrega; aumento de la capacidad de análisis de muestras diarias; mejora de la satisfacción del cliente o de ítems concretos de dicha satisfacción; etc.).

Nº	Observaciones	Norma
01	<p>Continúan en borrador algunas instrucciones / procedimientos propios del servicio, si bien se verifica que se sigue avanzando desde la auditoría anterior (pendientes algunos procedimientos relativos a equipos).</p> <p>La organización dispone de plan de acción asociado. A nivel de gestión todo instrumento tendrá fijo el registro de equipo, el plan de mantenimiento y el registro de operaciones. Para la parte técnica se habilitará un circuito distinto, siendo el responsable técnico de cada equipo el responsable de validación y actualización del procedimiento.</p>	ISO 9001:2015
02	<p>En cuanto a objetivos de calidad se señala que queda pendiente detallar en el programa 2022 los recursos asociados a cada una de las acciones; actualmente se identifica si se requieren recursos humanos, económicos o ambos, pero en algunos casos no queda suficientemente detallado cuantitativamente el recurso, especialmente cuando se trata de financiación.</p>	ISO 9001:2015
03	<p>En cuanto a las fechas de entrega de informes, se constata que la Ficha del proyecto incluye el campo "Entrega de resultados, Compromiso de fecha", que, por defecto, incluye la leyenda "A establecer". En los casos en los que el cliente solicita fecha ésta se recoge en este campo, si bien si el cliente no requiere fecha de entrega (plazo standard) se encuentra algún caso, entre los muestreados, en el cual no se documenta (análisis 22EA014).</p>	ISO 9001:2015
04	<p>Se constata que el certificado de análisis patrón Mb (S2-MO707926) en vigor, se ha archivado en carpeta "reserva", cuando debería estar ubicado en la carpeta "en activo".</p>	ISO 9001:2015
05	<p>Pendiente replanificar en el documento Excel de "Mantenimiento de pipetas" las verificaciones trimestrales de 3 de las 5 pipetas calibradas externamente en junio 2022, dado que ha habido una verificación interna posterior a la calibración externa.</p>	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 2022 (100% clientes activos en 2021 del SAQ), lanzada online y en tres idiomas (Castellano/catalán/ingles) desde la UCSCT. Enviada a 269 usuarios; obtenidas 80 respuestas (29,7% del total, por encima del valor de referencia fijado 20%). Promedio general 93,4/100.

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 persona y análisis posterior. Las decisiones de mejora resultantes 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. SG-C 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	08:15	IAA		Reunión inicial																						
1	1	08:30-11:30	IAA	Dirección Gestión de calidad	X	X	X	X	X	X	X		X							X	X	X	X	X	X		
1	1	11:30-12:00	IAA	Compras / proveedores				X			X		X				X			X				X			
1	1	12:00-13:00	IAA	Prestación Servicio				X			X		X	X	X	X		X	X	X	X			X			
1	1	13:00-13:30	IAA	Equipos / Calibraciones				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	14:30-15:15	IAA		Reunión final																						

CUADRO DE NO CONFORMIDADES

Ref. NC	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. ISO 9001:2015	Categoría N. C.
01	<p>En cuanto a recursos de seguimiento y medición, se detecta que no se dispone de firma de validación por parte de la Dirección Técnica de la revisión realizada sobre algunos de los certificados de calibración externos muestreados en la auditoría:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificado de la calibración del equipo granatario (SAQ0146/1), realizada por Mettler Toledo en diciembre 2021. ▪ Certificado de la calibración de la Pipeta de 1 ml (ASAQ 0199), realizada por Mettler Toledo en junio 2022. 	7.1.5.	Menor

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:
Renovación del certificado, previa presetación del plan de acciones correctivas
- 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
- 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:	27 de junio de 2023
Fecha expiración del actual certificado:	2023-01-21

- 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 15 de julio de 2022

ANEXO 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 BELLATERRA, FACULTAT DE CIÈNCIES (nord), 08193 - CERDANYOLA DEL VALLES (BARCELONA), España

ACTIVIDADES DEL ALCANCE: TODAS

ANEXO 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		Julio 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	X
<i>Gestión calidad</i>			X	X	X	X	X	X
<i>RRHH</i>					X	X	X	X
<i>Mantenimiento Infraestructura</i>			X	X	--	--	X	X
<i>Compras Subcontrataciones</i>			--	--	X	X	X	X
<i>Prestación del servicio</i>			X	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 y/o realización)
Nombre de la Organización	UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA	
Factoría/Planta/Delegación	SERVEI D'ANÀLISI QUÍMICA	
Domicilio Social	CAMPUS BELLATERRA, FACULTAT DE CIÈNCIES (nord), 08193 - CERDANYOLA DEL VALLES (BARCELONA), España	
C.I.F.	Q0818002H	
NACE		
Grupo (si aplica)		
Correo electrónico		
Representante de la Dirección		
Nombre	EUSTAQUIO RUIZ, Alba	
Cargo	DIRECTORA TÈCNICA SERVEI D'ANÀLISI QUÍMICA	
Teléfono		
Correo electrónico	Alba.Eustaquio@uab.cat	
Dirección General		
Nombre	FLORES FLORES, Àgueda	
Cargo	CAP DE LA UNITAT DE GARANTÍA DE QUALITAT	
Contacto de Facturación		
Nombre	CRUZ MURILLO, Melchor	
Cargo	CAP D'ADMINISTRACIÓ DELS SERVEIS CIENTIFICOTÈCNICS	
Teléfono	93 586 89 77	
Correo electrónico	despeses.sct@uab.cat	
Contacto de Contabilidad		
Nombre		
Cargo		
Teléfono		
Correo electrónico		

ALCANCE DEL CERTIFICADO (añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Norma de referencia	UNE-EN ISO 9001:2015	
Alcance Español	.	
Alcance Inglés	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.	
Procesos subcontratados (mencionar procesos)		
Productos / Proyectos		

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

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

OTROS DATOS SOBRE EL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN				Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)			
Personal estacional	Nº Personas:	Periodo:		Personal estacional	Nº Personas:	Periodo:	
Personal a tiempo parcial	Nº Personas:	Duración jornada:		Personal a tiempo parcial	Nº Personas:	Duración jornada:	
Personal en turnos	Nº Personas:	Nº turnos:		Personal en turnos	Nº Personas:	Nº turnos:	
Distribución personal por área				Distribución personal por área			
Dirección:	Producción:	Comercial:	Admón:	Dirección:	Producción:	Comercial:	Admón:

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

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL DIMENSIONAMIENTO DE LA AUDITORÍA			Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)		
Volumen de proyectos (ISO 166002)					
Superficie (m ²)/ 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 %)		