

**UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE
BARCELONA**

Informe de Auditoría

Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN: 2014/0215/ER/04 NORMA DE APLICACIÓN: UNE-EN ISO 9001:2015	Nº INFORME: 7 TIPO DE AUDITORÍA: 2ª Seguiment 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"/>
---	---

Fechas de realización de la Auditoría: 2024-06-11 - 2024-06-11

DATOS GENERALES

A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la Organización	UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA
Dirección	CAMPUS UAB - EDIFICI Cn. 08193 - CERDANYOLA DEL VALLES (BARCELONA)
Representante de la Organización (nombre y cargo)	Dña. Alba EUSTAQUIO RUIZ (DIRECTORA TÈCNICA SERVEI D'ANÀLISI QUÍMICA)

B. EQUIPO AUDITOR

Función	Nombre	Iniciales
Auditor en cap	D. Monica VALLEJO DELGADO	MVD

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	<i>No procede</i>
Plataforma(s) IT del cliente	<i>No procede</i>

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"/>	<i>No procede</i>
Videollamada (WebEx)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<i>No procede</i>
Captura de Pantallas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<i>No procede</i>
Vídeo en tiempo real o no real	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<i>No procede</i>
Grabación de vídeo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<i>No procede</i>
Intercambio de fotografías	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<i>No procede</i>
Otros:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<i>No procede</i>
COMENTARIOS:		

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Cuestiones generales para todos los Sistemas de Gestión

Confirmación de la realización de la auditoría
<p>Se ha realizado auditoría de segundo 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.</p> <p>Esta auditoría se ha realizado con anterioridad, a petición de la Directora del servicio, por motivos justificados.</p>
Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado
<p>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.</p> <p>¿Es adecuado el alcance del certificado? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indicar si se han producido cambios o modificaciones, desde la anterior auditoría:</p> <p>Descripción del muestreo realizado (procesos operativos, actividades, proyectos, líneas de producto, tipos de servicio, emplazamientos temporales...):</p> <p>De las dos actividades principales indicadas en el alcance:</p> <ol style="list-style-type: none">Respecto de la "Realització d'anàlisis químiques per espectroscòpia atòmica i molecular, cromatografia de gasos i líquida, espectrometria de masses i anàlisi orgànica elemental CHNS": Se escogen varios servicios en diferentes momentos temporales, chequeando la entrada de muestra, solicitud de servicios, realización del servicio, control de entrega de muestras: 24EM032 (Mayo 2024), 24IR005 (Febrero 2024), 24IR007 (Mayo 2024), 24GC007 (Mayo 2024), para el mismo cliente 24EM024 (Marzo 2024), usuario internoRespecto del servicio "Posada a disposició d'equips i espais per a registres en autoservei", se escogen varios registros realizados con las tres técnicas, en diferentes momentos temporales:<ul style="list-style-type: none">ORD: actividad 20/03/2024IR (actividad MAYORITARIA): 20 al 22 de Diciembre del usuario JS; del 11 al 13 de Marzo usuario OGUV: Del 8 al 9 de Mayo usuario GR; 13/02/24 y 10/4/2024 <p>Alcance de la auditoría:</p> <p>¿Se han auditado todas las actividades incluidas en el alcance del certificado (sólo para auditorías de seguimiento)? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso negativo, indicar qué actividades no han sido auditadas:</p>
Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión
<p>Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión:</p> <p>1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados</p> <p>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). Se considera implementado de forma eficaz.</p>

Cabe destacar 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 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 observaciones y mejoras detectados en la presente auditoría.

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

Auditoría interna realizada en fecha 22.05.2024 (fecha de informe 04.06.2024) por la Unitat de Garantia de Qualitat (UGQ) de la UAB. No detectadas no conformidades. Los 3 comentarios y 5 oportunidades de mejora detectadas, se encuentran en proceso de ser tratadas.

Revisión del sistema de gestión por la Dirección, realizada sobre el ejercicio 2023, con informe final de 21.05.2024. 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 2023 (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 14.05.2024.

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 detectadas. No procede

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

Infraestructura

- Nueva Plataforma, Espectrofotómetro de Masas de alta resolución con movilidad iónica, HPLC, GC.
- Obras en el laboratorio para instalar la nueva plataforma (inicio Julio 2023, en proceso de finalización, detalles de la obra como pulsadores, detectores de humos). Debido a las obras el servicio de análisis químico se paralizó los meses de Julio 23, Agosto 23, Octubre 23, Febrero 24 (parcialmetne), Marzo 24, Abril 24.
- Servicio de "Autoservicio": se incorporó uno de los HPLC del servicio de Química Analítica.
- Nueva página web para el Servei d'Anàlisi Química, realizada por persona del servicio, formada convenientemente, durante los periodos de inactividad del servicio.

Personal

- Incorporación de una Técnico Medio en el área de cromatografía y espectrometría de Masas desde Abril 2024
- Vacante de Técnico Medio en el área de Espectroscopía.
- Baja de un Técnico especialista desde octubre 2023
- Ampliación de recursos con personal apoyo compartido con otras áreas
- En proceso de formación del área de Cromatografía i Espectrometría de Masas de la nueva plataforma
- Formación planificada para 2024 en el equipo procedente del Servei d'Anàlisi de Fàrmacs ubicado en el laboratorio de prestación de servicios (LPS) de veterinaria de la UAB, el cual ha cerrado. Se trata de un equipo LC-QQQ, que permite hacer análisis cuantitativos en matrices complejas a bajo nivel de concentración, que hasta la fecha se estaban derivando a otros laboratorios.

Gestión

Protocolo para el registro IR en el servicio de Autoservicio, ha mejorado con el registro en acces en lugar del uso e libreta

Cambio en el método para el envío de las encuestas de satisfacción cliente

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.*

(Si procede, añadir objetivos específicos de la presente auditoría)

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

*Se indicará si se ha producido cualquier situación durante la auditoría que haya afectado a la consecución de sus objetivos (imposibilidad de evaluar una actividad, centro, requisito...), así como cualquier cuestión significativa que afecte al programa de auditoría y/o al **Plan** de auditoría, incluyendo las causas que las han generado.*

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

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

Enfoque a riesgos y oportunidades en relación con el contexto de la organización

En relación con el 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 07.02.2024. Habitualmente se realizaba con participación de todo el personal del laboratorio, sin embargo a raíz de las obras que se han producido en el laboratorio excepcionalmente se ha realizado por parte de la dirección y actualizado los últimos cambios de contexto habidos.

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 el informe de Revisión por la Dirección, última modificación 2023-01-20 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 asociado al grupo de interés "proveedores". 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 13.05 2024. 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.

Otras consideraciones del equipo auditor

-

Puntos fuertes

Proyectos de mejora del laboratorio, tanto en cuanto a ampliación del espacio, como en cuanto a equipamiento del mismo.

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

Registro, seguimiento y evaluación de la formación específica.

Digitalización de la documentación relativa al servicio (en acces)

Auditoría interna, alto nivel de profundidad en la revisión de los procesos y puntos de la norma, incluyendo en informe fotografías de las evidencias.

Oportunidades de mejora

1. Mejorar la trazabilidad entre las conclusiones del informe de Revisión por la Dirección y el apartado de entradas de la Revisión por la Dirección "estat de les accions de les previsions per la direcció prèvia" del siguiente ejercicio.
2. Seguir trabajando en la digitalización de la entrada del autoservicio.
3. Reflexionar sobre el contenido indicado en la columna "procesos" del análisis de partes interesadas

Nº	Observaciones
01	Respecto la información presentada en el informe de Revisión por la Dirección sobre la "satisfacción del cliente" si bien se analizan las encuestas y se comentan otros métodos de evaluación, no queda clara la trazabilidad con todas las cuestiones que se indican como necesidades y expectativas en el documento de partes interesadas para "los clientes, usuarios e investigadores".
02	Si bien se ha definido un único indicador de Proceso de Formación (consecución del plan de formación), éste no proporciona información completa sobre la eficacia que permitiría evaluar su desempeño.
03	Se observan un error en la transcripción de los servicios en el proceso de facturación (22 de Diciembre del usuario JS). Revisados otros casos con resultado conforme.
04	Caso puntual de falta de registro de la salida de una muestra 24EM32. Revisados otros casos con resultado conforme.

Documentos adjuntos al informe de auditoría:

- Matriz de actividades de auditoría
- Hoja de Datos - Emisión Certificado
- Hoja de Datos - Contactos y Direcciones
- Otros:

ANEXO

Cuestiones particulares del Sistema de Gestión <<<XXX>>>

a. <<<< Especificar otros Sistemas de Gestión y/o esquemas de certificación específicos>>>>

Información sobre satisfacción de Cliente

La sistemática estudio se realiza a través de encuestas de satisfacción de cliente, que son enviadas a los clientes y usuarios/directores de usuarios, enviadas por Google forms.

Enviada a 258 usuarios; obtenidas 29 respuestas (11%, inferior al año 2023 que fue de un 25,2% del total). Se considera que el nivel de respuesta se encuentra por encima del nivel de retorno del 10%. Promedio del índice "satisfacción global usuarios del SAQ" 9,25/10, presentado en el informe de Revisión por la dirección, junto con los resultados de otros ejercicios.

Se tienen en cuenta otros métodos indirectos:

- evaluación de indicadores,
- registro de incidencias, agradecimientos,
- comisión de usuarios
- publicaciones varias

En el informe de revisión por la dirección se indican las mejoras realizadas en 2023.

Ver observaciones

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 (Ejemplo: gestión económica y suministro de servicios, gestión y mantenimiento infraestructuras y sistemas informatizados). Es por esta razón que los indicadores de los servicios de la UAB se identifican como con las siglas SCT 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 con 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.

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

Otros:

PLAN DE VISITA					
Procès / Activitat / Departament	Responsable Empresa	Auditor	Centre	Dia	Hora
<i>REUNIÓ INICIAL</i>		MVD	1	10	8:15
PR001 Planificació Estratègica PR010 (Gestió de la Informació documentada Control de documents i registres)	AER	MVD	1	10	8:30
PR002 Revisió del Sistema Seguiment, mesura i millora. PR010 (Gestió de la Informació documentada Control de documents i registres)	AER IVA OPR	MVD	1	10	9:30
PR003 Gestió dels RRHH, Estructura organitzativa i formació PR010 (Gestió de la Informació documentada Control de documents i registres)	AER	MVD	1	10	11:00
PR004 Comunicació Interna i externa	AER OPR CCH	MVD	1	10	11:00-11:30
PR005 Realització de l'anàlisi PR010 (Gestió de la Informació documentada Control de documents i registres)	AER IVA OPR MPC	MVD	1	10	11:30-15:00
PR006 Gestió Autoservei PR010 (Gestió de la Informació documentada Control de documents i registres)	AER IVA OPR	MVD	1	10	11:30-15:00
PR007 Gestió de sol·licituds PR010 (Gestió de la Informació documentada Control de documents i registres)	AER	MVD	1	10	11:30-14:30
PR008 (Gestió econòmica i subministrament de serveis) Compres/ Facturació PR010 (Gestió de la Informació documentada Control de documents i registres)	AER MPC	MVD	1	10	11:30-14:30

AENOR

<i>PR009</i>					
<i>Gestió i manteniment d'equipaments, infraestructures, i sistemes informatitzats</i>					
...					
PARADA COMIDA					
<i>ELABORACIÓ INFORME D'AUDITORIA</i>					15:30-16:30
<i>REUNIÓ FINAL</i>					16:30-17:00

ANNEX – REQUISITS PER APARTATS DE LA NORMA

<i>REQUISITS PER NORMA</i>			
9001	Requisit norma	Tipus d'auditoria Fase I / Fase II / AS1 / AS2 / AR	Marcar / Desmarcar
4.1- 4.2	Comprensió del context. Parts interessades	AS2	X
4.3 -4.4	Determinació de l'abast. SG i els seus processos	AS2	X
5.1-5.2	Lideratge, compromís i Política	AS2	X
5.3	Rols, responsabilitats i autoritats a l'organització	AS2	X
6.1	Accions per abordar riscos i oportunitats	AS2	X
6.2	Objectius i planificació per aconseguir-los	AS2	X
6.3	Planificació dels canvis	AS2	X
7.1	Recursos		
7.2-7.3	Competència i presa de consciència	AS2	X
7.4	Comunicació	AS2	X
7.5	Informació documentada	AS2	X
8.1	Planificació i control operacional	AS2	X
8.2	Requisits pels productes e serveis	AS2	X
8.3	Disseny i desenvolupament de productes i serveis	AS2	X
8.4	Control dels processos, productes y serveis. subministrats externament	AS2	X
8.5	Producció i provisió del servei	AS2	X
8.6	Alliberació dels productes i serveis	AS2	X
8.7	Control de les sortides no conformes	AS2	X
9.1.1	Seguiment, mesura, anàlisis y avaluació del acompliment. Generalitats	AS2	X
9.1.2	Satisfacció del client	AS2	X
9.1.3	Anàlisis i avaluació	AS2	X
9.2	Auditoria interna	AS2	X
9.3	Revisió per la direcció	AS2	X
10.1	Millora. Generalitats	AS2	X
10.2	No conformitats i accions correctives	AS2	X
10.3	Millora continua	AS2	X

CUADRO DE NO CONFORMIDADES

Ref. N.C.	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma	Apdo. Norma	Apdo. Norma	Categoría N. C.
	NO SE DETECTAN				<i>Elija un elemento.</i>
					<i>Elija un elemento.</i>
					<i>Elija un elemento.</i>
					<i>Elija un elemento.</i>

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

- No obstante, los Servicios Técnicos de AENOR CONFIA, 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 CONFIA, S.A.U. (a la dirección de correo electrónico facilitada por la Sede) 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 CONFIA, 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 CONFIA, 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 CONFIA, S.A.U. Asimismo, se informa a la organización que cualquier queja o reclamación sobre la actuación de AENOR CONFIA, 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:	2025-07-02
Fecha expiración del actual certificado: <i>(no cumplimentar en Fase I / Fase II)</i>	2025-10-02

- 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 CONFIA, 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). **Monica VALLEJO DELGADO**

En Cerdanyola del Vallès , a 11 de Junio de 2024

ANEXO - CENTROS VISITADOS

DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)
CENTROS FIJOS
CENTRO 1: UNIVERSITAT AUTÓNOMA DE BARCELONA, SERVEI D'ANÁLISI QUÍMICA DIRECCIÓN: CAMPUS BELLATERRA, FACULTAT DE CIÈNCIES (nord), 08193 - CERDANYOLA DEL VALLES (BARCELONA), España ACTIVIDADES DEL ALCANCE: TODAS
CENTRO 2: DIRECCIÓN: ACTIVIDADES DEL ALCANCE:
CENTRO 3: DIRECCIÓN: ACTIVIDADES DEL ALCANCE:
CENTRO 4: DIRECCIÓN: ACTIVIDADES DEL ALCANCE:
CENTROS TEMPORALES
CENTRO 1: DIRECCIÓN: ACTIVIDADES DEL ALCANCE:
CENTRO 2: DIRECCIÓN: ACTIVIDADES DEL ALCANCE:
CENTRO 3: DIRECCIÓN: ACTIVIDADES DEL ALCANCE:
CENTRO 4: DIRECCIÓN: ACTIVIDADES DEL ALCANCE:

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)

1

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.

Revisado programa, de acuerdo al Mapa de la organización. Se ha adelantado la auditoría de AS2 a petición de la Dirección
--

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

	AUDITORÍA INICIAL (Fase 1 y Fase 2)		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)	
	P	R	P	R	P	R	P	R
Fecha aproximada (mes/año) <i>(duplicar fila cuando los ciclos no sean coincidentes)</i>			Julio 2023		Noviembre 2024 Junio 2024		Julio 2025	
ALCANCE								
CENTROS A AUDITAR (FIJOS, TEMPORALES Y VIRTUALES)								
NORMA								
	Auditoría completa		Indicar qué aspectos del SG no se auditan (requisitos, procesos, áreas, actividades...):		Indicar qué aspectos del SG no se auditan (requisitos, procesos, áreas, actividades...):		Auditoría completa	
ISO 9001								
PROCESOS/ACTIVIDADES/ÁREAS	P	R	P	R	P	R	P	R
PR001 Planificació Estratègica			x	x	x	x	x	
PR010 (Gestió de la Informació documentada Control de documents i registres)								

	AUDITORÍA INICIAL (Fase 1 y Fase 2)		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) <i>(duplicar fila cuando los ciclos no sean coincidentes)</i>			Julio 2023		Noviembre 2024 Junio 2024		Julio 2025	
ALCANCE								
CENTROS A AUDITAR (FIJOS, TEMPORALES Y VIRTUALES)								
PR002 Revisió del Sistema Seguiment, mesura i millora. PR010 (Gestió de la Informació documentada Control de documents i registres)			x	x	x	x	x	
PR003 Gestió dels RRHH, Estructura organitzativa i formació PR010 (Gestió de la Informació documentada Control de documents i registres)					x	x	x	
PR004 Comunicació Interna i externa					x	x	x	
PR005 Realització de l'anàlisi PR010 (Gestió de la Informació documentada Control de documents i registres)			x	x	x	x	x	
PR006 Gestió Autoservei PR010 (Gestió de la Informació documentada Control de documents i registres)			x	x	x	x	x	
PR007 Gestió de sol·licituds PR010 (Gestió de la Informació documentada Control de documents i registres)			x	x	x	x	x	
PR008 (Gestió econòmica i subministrament de serveis) Compres/ Facturació PR010 (Gestió de la Informació documentada Control de documents i registres)			x	x	x	x	x	

	AUDITORÍA INICIAL (Fase 1 y Fase 2)		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) <i>(duplicar fila cuando los ciclos no sean coincidentes)</i>			Julio 2023		Noviembre 2024 Junio 2024		Julio 2025	
ALCANCE								
CENTROS A AUDITAR (FIJOS, TEMPORALES Y VIRTUALES)								
<i>PR009</i> <i>Gestió i manteniment d'equipaments, infraestructures, i sistemes informatitzats</i>			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 - HOJA DE DATOS – EMISIÓN CERTIFICADO

DATOS GENERALES		¿Hay cambios respecto a datos anteriores? SI / NO
Nombre de la Organización	UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA	
Factoría/Planta/Delegación	SERVEI D'ANÀLISI QUÍMICA	
Domicilio Social	Edifici A, Rectorat - Campus de Bellaterra, 08193 - BELLATERRA, (BARCELONA)	
C.I.F.	Q0818002H	
Grupo (si aplica)	<GRUPO>	

ALCANCE DEL CERTIFICADO (añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)		¿Hay cambios respecto a datos anteriores? SI / NO
Norma de referencia	UNE-EN ISO 9001:2015	
Alcance Español	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.	
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.	

CENTROS DE ACTIVIDAD Y Nº PERSONAS					¿Hay cambios respecto a datos anteriores? SI / NO
Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado (añadir tantas filas como sean necesarias)	Pers Prop	Pers Subc	Colectivo	Nº	
CAMPUS UAB - EDIFICI Cn. 08193 - CERDANYOLA DEL VALLES (BARCELONA)	9	0			

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL DIMENSIONAMIENTO DE LA AUDITORÍA			
Volumen de proyectos			
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	
Sistema de Gestión integrado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Grado de integración (en %)	

ANEXO - HOJA DE DATOS – CONTACTOS Y DIRECCIONES

CONTACTOS Y DIRECCIONES		¿Hay cambios respecto a datos anteriores? SI / NO
Contacto Principal		
Nombre	Dña. Alba EUSTAQUIO RUIZ	
Cargo	DIRECTORA TÈCNICA SERVEI D'ANÀLISI QUÍMICA	
Teléfono	<TEL_CONTACTO>	
Correo electrónico	Alba.Eustaquio@uab.cat	
Dirección Envío Correspondencia	EDIFICI A. CAMPUS UNIVERSITARI UAB. BELLATERRA 08193 - CERDANYOLA DEL VALLES (BARCELONA)	
Contacto Envío Certificado		
Nombre	Dña. Alba EUSTAQUIO RUIZ	
Cargo	DIRECTORA TÈCNICA SERVEI D'ANÀLISI QUÍMICA	
Teléfono	<TEL_CONTACTO_CERTIFICADO>	
Correo electrónico	Alba.Eustaquio@uab.cat	
Dirección Envío Certificado	EDIFICI A. CAMPUS UNIVERSITARI UAB. BELLATERRA 08193 - CERDANYOLA DEL VALLES (BARCELONA)	
Contacto de Facturación (entrega factura)		
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 (pago facturas)		
Nombre	CRUZ MURILLO, Melchor	
Cargo	CAP D'ADMINISTRACIÓ DELS SERVEIS CIENTIFICOTÈCNICS	
Teléfono	93 586 89 77	
Correo electrónico	despeses.sct@uab.cat	