

INFORME D'AUDITORIA DEL SISTEMA DE GESTIÓ

CLIENTE:	CONSORCI LABORATORI INTERCOMARCAL (CliLab)		
DIRECCIÓN SOCIAL:	RAZÓN	C/ Espirall, s/n	
CÓDIGO POSTAL:	08720	POBLACIÓ	Vilafranca del Penedès
REPRESENTANTE CLIENTE - CARGO:	DEL	Dra. Margarita Simón - Responsable Qualitat CLI	
TELÉFONO:	93 892 25 68	FAX	
E-MAIL:	mvazquez@cli.cat		

EXPEDIENT/S:	EC-9142/20
---------------------	-------------------

NORMA:	<input type="checkbox"/> ISO 9001:2015 <input type="checkbox"/> ISO 14001:2015 <input type="checkbox"/> REGLAMENTO (CE) 1221:09 EMAS III <input type="checkbox"/> OHSAS 18001:2007 <input type="checkbox"/> OTRAS:
TIPO DE AUDITORÍA:	<input type="checkbox"/> INICIAL (FASE2) <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> 1º SEGUIMIENTO <input type="checkbox"/> 2º SEGUIMIENTO <input type="checkbox"/> OTRAS_____
	<input type="checkbox"/> Auditoría integrada normas <input type="checkbox"/> Auditoría conjunta normas <input type="checkbox"/> Auditoría combinada
FECHA AUDITORÍA	DE 4 a 7 d'octubre de 2022

EDICIÓ	DATA D'EMISSIÓ	CANVI
1	21-9-22	Informe d'auditoria executat per l'auditor Cap

AUDITOR CAP	REPRESENTANT DEL CLIENT
Nom: Rafael Medina	Sr. Miguel Angel Benítez - Direcció Tècnica CLILAB

1.- CRITERIS D'AUDITORIA:

Els criteris d'auditoria utilitzats com a referència per a la determinació de la conformitat en la present auditoria, inclouen:

- Requisits de la norma d'aplicació.
- Sistema de gestió de l'organització i la documentació del mateix.
- Processos definits per l'organització client.
- Procediments d'Applus Certification.
- Contracte d'Applus Certification.

2.- OBJECTIUS D'AUDITORIA:

Els objectius de la present auditoria, són:

- a. Determinació de la conformitat de el sistema de gestió de client, o de parts d'aquest sistema, amb els criteris d'auditoria.
- b. Determinació de la capacitat de el sistema de gestió per assegurar que l'organització client compleix els requisits legals, reglamentaris i contractuals aplicables, tenint en compte que una auditoria de certificació d'un sistema de gestió no és una auditoria de compliment legal.
- c. Determinació de l'eficàcia de el sistema de gestió, per assegurar que el client pot tenir expectatives raonables amb relació a l'acompliment dels objectius especificats.
- d. Quan correspongui, la identificació de les àrees de millora potencial de el sistema de gestió.

3.- INFORMACIÓ PER AL CLIENT:

3.1.- CONFIDENCIALITAT:

Tota la documentació que s'utilitzi durant l'auditoria, o l'originada durant aquesta, té caràcter confidencial, inclòs l'informe d'auditoria i no es transcriurà o reproduirà sense el permís exprés de l'empresa.

La documentació generada durant el procés d'avaluació, quedarà sota la custòdia de Applus+ Certification.

3.2.- RECUSACIÓ:

Li recordem la facultat de l'empresa de recusar als membres de l'equip auditor abans de 2 dies hàbils, indicant els motius.

3.3.- ALTRES QÜESTIONS A TENIR EN COMPTE:

- L'organització haurà d'informar a Applus+ Certification en el cas que entre els membres de l'equip auditor formi part personal que hagi realitzat labors d'assessoria directament o a través d'empreses relacionades.
- L'auditoria es realitzarà en els dies preestablerts i adaptant-se als horaris de l'empresa.
- L'auditoria es realitzarà en l'idioma acordat amb l'organització auditada.
- L'estimació de la durada de l'auditoria és aproximada i podrà modificar-se a criteri de l'equip auditor.
- L'equip auditor disposarà d'una sala o despatx adequat per reunir-se.
- Es posarà a la disposició de l'equip auditor un joc de la documentació del sistema de gestió de l'organització incloent el manual de gestió i els procediments, així com un llistat dels documents vigents, per al seu ús durant l'auditoria.
- L'equip auditor elaborarà el corresponent informe d'auditoria, a lliurar a l'Organització en un termini màxim de 7 dies.
- Les funcions i tasques de l'equip auditor queden definides en el procediment intern C5300006.
- L'organització i l'equip auditor signaran l'informe d'auditoria.

- En el cas de desacord amb les no conformitats detectades i especificades en el corresponent informe d'auditoria, l'organització té dret a presentar els recursos i al·legacions corresponents a Applus+ Certification.
- Dins del temps de jornada d'auditoria no s'inclou l'elaboració de l'Informe d'Auditoria, desplaçaments i pauses per a menjar.
- L'auditoria es basa en un procés de mostreig de la informació disponible, de manera que Applus+ Certification s'eximeix de la responsabilitat que impliqui l'aparició de noves troballes no identificades durant l'auditoria.

4.- ABAST DE LA CERTIFICACIÓ I ABAST DE L'AUDITORIA:

4.1.- ABAST:

NORMA	ABAST	Nº certificat	Vigència
ISO 9001:2015	Laboratori d'anàlisis clíniques. Inclou les especialitats d'Anatomia patològica, Bioquímica, Hematologia, Microbiologia, Immunologia que s'efectuen en espècimens procedents del cos humà.	EC-9142/20	11/202

La identificació de l'abast implica la conformitat de la mateixa per part de l'auditor.

4.2.- CENTRES TEMPORALS:

L'organització disposa de centres temporals on desenvolupa la seva activitat?	SI
---	----

5.- PARTICIPANTS:

5.1.- PER APPLUS CERTIFICATION:

EQUIP AUDITOR	Nom	Norma	REUNIÓ D'OBERTURA	REUNIÓ DE TANCAMENT
Auditor en cap:	Rafael Medina	9001:15	X	X
Auditor:	Mercedes Martinez	9001:15	X	X
Auditor:				
Expert tècnic:				
Altres:				

5.2.- PER L'ORGANITZACIÓ CLIENT:

Per part del client (nom i lloc):				
PARTICIPANTS	CÀRREC	AUDITORIA	REUNIÓ D'OBERTURA	REUNIÓ DE TANCAMENT
Rafael Comas	Gerent CLILAB	X	X	X
Miguel Angel Benítez	Dir. Tècnic CLILAB	X	X	X
Margarida Simon	Facultatiu BQ, Responsable del Departament de Qualitat	X	X	X

Silvia Miró	Facultatiu Resp. Relació Atenció primària HC Vilafranca	X	X	X
Eugenia Marquez	Facultativa Hematologia i BQ H. Gral Hospitalet	X		X
Maribel Lopez	Coord. Tècnica CLILAB Facultatiu HC Anoia	X		X
Paquita Casanova	Adj. Direcció Tècnica, Resp. Formació	X		
Maria Lopez	Patòloga HC Vilafranca	X		
Montserrat Castro	Patòloga HC Vilafranca	X		
Ainoha Duque	Tècnic Patologia HC Vilafranca	X		
Clara Peña	Fac. H. St. Camil, Cap Servei Bioquímica	X		
Angeles Valades	Administració H. St. Camil	X		
Marta Cortes	Tècnic H St. Camil	X		
Cesar Chappuis	Cap de Servei Anatomia Patològica H St. Camil	X		
Juan DaSilva	Coord. Tècnics Anatomia Patològica H St. Camil	X		
Àngels Lopez	Tècnic Anatomia Patològica H St. Camil	X		
Carme Romera	Tècnic Anatomia Patològica H St. Camil	X		
Paula Arjonilla	Tècnic Anatomia Patològica H St. Camil	X		
Maria Morte	Tècnic Anatomia Patològica H St. Camil	X		
Clara Aubó	Fac. Resp. H St Camil. Resp. H. Sant Antoni Abad	X		X
Sandra Caro	Tècnic H. Sant Antoni Abad	X		
Virginia Esteban	Gestió RRHH	X		
Susana Amela	Tècnic Patologia PS Sant Joan de Deu Sant Boi	X		
Anabela Brunas	Patòleg PS Sant	X		

	Joan de Deu Sant Boi			
Maria Lutgarda Riasol	Patòleg PS Sant Joan de Deu Sant Boi	X		
Yaroslav Sboromyrky	Patòleg PS Sant Joan de Deu Sant Boi	X		
Àngels Bosch	Fac. Resp. HC Anòia	X		X
Montse Muxi	Responsable Logística	X		
Laura Creixell	Técnico Logística	X		
Xavier Boronat	Logística	X		
Clara Marcó	Responsable Microbiología	X		
Alba Cebollero	Facultativo Resp Inmunología HC Vilafranca	X		
Clara Esteve	Facultativo Inmunología HC Vilafranca	X		
Marina Carbonell	Facultativo Inmunología HC Vilafranca	X		
Francesc Piñol Ricart	Facultativo de Bioquímica HC Vilafranca	X		
Marga Polonico	Tca Bioquímica HC Vilafranca	X		
Laia Moreno	Responsable Secretaria HC Vilafranca	X		
Laura Lluvià	Secretaría HC Vilafranca	X		
Maria Teresa Massaro	Resp. Área Hematología HC Vilafranca	X		
Mirian Ruiz	Facultativa HC Vilafranca	X		
Diana Regidor	Facultativa Hematología HC Vilafranca	X		
Carmen Ramírez	Tca. Hematología	X		

	HC Vilafranca			
Clara Peña	Facultativa Análisis Clínicos H St. Camil	X		
Verónica Campos	Supervisora- Análisis Clínicos H St. Camil	X		
Eulalia Jou Ferré	Facultativa Microbiología H St. Camil	X		
Resurrección Ruiz	Técnica lab Hematología H St. Camil	X		

6.- RESULTATS DE L'AUDITORIA:

6.1.- CANVIS SIGNIFICATIUS DEL SISTEMA DE GESTIÓ RESPECTE A L'ANTERIOR VISITA:

6.2.- CANVIS QUE AFECTEN A LA REVISIÓ DEL CONTRACTE:

Derivat que l'organització ha deixat de ser responsable de les mateixes, durant l'auditoria s'ha eliminat de l'abast de la certificació la part que indica
...i determinacions necessàries per a la transfusió d' Hemoderivats...

S'ha fet la comunicació corresponent a Applus per la seva revisió sense afectació a jornades.

6.3.- DESVIACIONS RESPECTE DEL PLA D'AUDITORIA I JUSTIFICACIÓ I QÜESTIONS SIGNIFICATIVES QUE AFECTIN AI PROGRAMA DE CICLE:

Associades al indicat anteriorment.

6.4.- QÜESTIONS NO RESOLTES (diferències d'opinió no resoltes amb el client, etc.):

6.5.- CONTROL DE L'ÚS DELS DOCUMENTS I MARQUES DE CERTIFICACIÓ:

- El client està controlant de manera eficient l'ús dels documents i marca de certificació.
 El client no està controlant de manera eficient l'ús dels documents i marca de certificació.
 No aplica.

6.6.- TROBALLES:

Aquesta auditoria s'ha realitzat amb base un mostreig i per tant poden existir unes altres no-conformitats no identificades en aquest informe.

6.6.1.- PUNTS FORTS:

Durant l'auditoria, s'han detectat aspectes especialment positius en l'organització:

PUNTS FORTS:

Valorar positivament les explicacions aportades per el personal, tant tècnic com facultatiu, al llarg de l'auditoria que permeten evidenciar un bon coneixement de les activitats realitzades i de les implicacions del mateix.

Tal i com es va indicar la passada auditoria es valorar positivament el plantejament estratègic de l'organització.

Valorar molt positivament la posada en marxa del "Cerebro" al servei d'anatomia patològica. Tal i com s'ha evidenciat durant l'auditoria cal valorar molt positivament la traçabilitat de les actuacions que es realitzen sobre una mostra, amb independència de la ubicació.

Valorar positivament el procés d'acreditacions en que esta treballant el CliLab tant en anatomia patològica (Diagnòstic de mama) com la resta del laboratori amb la norma 15189.

Valorar l'esforç realitzat al laboratori d'urgències de l'Hospital de Sant Antoni per fer participar al personal d'Infermeria de torn de nit/caps de setmana en els requeriments del sistema de gestió.

Destacar la nueva metodología para la evaluación de proveedores incluyendo un seguimiento preciso de las incidencias detectadas y la correspondiente comunicación con los proveedores.

6.6.2.- OPORTUNITATS DE MILLORA:

Durant l'auditoria, s'han detectat una sèrie d'oportunitats que ofereixen informació important per a la millora. Per continuar el procés de certificació no cal que aportin un pla acció ni evidències davant de les mateixes.

OPORTUNITATS DE MILLORA:

Malgrat el indicat anteriorment respecte del plantejament estratègic, es considera que es millorable la sistemàtica de planificació dels diversos objectius a mig-llarg termini que en resulten.

En aquest sentit es considera que es pot definir més acuradament els plans d'activitat relacionats i, especialment és millorable la definició del recurs temps de les persones que participen en el seu desenvolupament.

Malgrat estiguin definides a nivell macro, es considera una oportunitat de millora incorporar les amenaces i oportunitats definides en el DAFO de l'Organització en el quadre de riscos i oportunitats per tal de valorar quantitativament la necessitat de realitzar accions associades.

Incorporar como riesgo la entrega de resultados incorrectos, que la organización ha determinado y está actuando, pero no lo ha identificado como riesgo.

Respecte del seguiment dels indicadors, més enllà de la desviació oberta, es considera una oportunitat de millora fer una valoració crítica del quadre de comandament implantat i dels indicadors establerts.

Igualment es considera que es podria incrementar la freqüència del seguiment dels indicadors.

Més enllà de la no conformitat, es considera important fer una revisió de les Descripcions de Lloc de Treball de l'organització, amb independència de la seva visibilitat a l'organigrama, especialment associats a les convocatòries que s'estan realitzant a l'organització.

Cal valorar l'obligatorietat de la valoració de la formació per part del personal que la realitza, com a pas previ a la valoració de l'eficàcia per part del responsable corresponent, en tant que es converteix en un coll d'ampolla del circuit implantat.

Associat al procés d'acreditació que esta realitzant el CliLab, es considera que es pot millorar la sistemàtica de registre de la capacitat del personal facultatiu.

Respecte dels anàlisis de discordança de resultats diagnòstic d'anatomia patològica o altres, es considera important formalitzar els anàlisis realitzats i les d'accions implantades.

Es considera que es pot incrementar la freqüència de seguiment de les peticions derivades a tercers en els serveis d'anatomia patològica, per tal de reduir el temps de resposta dels laboratoris externs.

Se considera importante mejorar la comunicación con el proveedor de transporte de muestras respecto de la periodicidad establecida para el control/calibración de sus equipos y disponibilidad de dicha información para su conocimiento/control por parte del CliLab.

Se considera que se puede realizar una revisión general de las sondas Syrius para asegurar la reactivación de los sistemas de aviso, una vez finalizadas las obras y el traslado de los equipos.

Cal continuar treballant el registre a Ingesoft, la gestió de les incidències i reclamacions i, quan correspon, les accions correctives.

Igualment es considera important potenciar el registre de les incidències i, especialment, les reclamacions (de metges i usuaris) a Ingesoft.

Se considera que se puede revisar la sistemática actual de inventario, no solo control de estoc (máximos, mínimos y caducidad), para formalizar pedidos y evitar roturas de estoc no deseadas.

Respecte dels registres de temperatura de neveres i estufes que encara no disposen de Syrius, es considera que es pot millorar els registres de max/min que no sempre es complimenten.

I, associat a l'anterior, recordar de fer el "reset" en el termòmetre un cop registrada la temperatura.

Revisar les condicions de temperatura d'algunes neveres en que els registres evidencien estar a la banda alta de manera habitual.

Tal i com s'ha indicat durant l'auditoria, es considera que es pot revisar la necessitat de mantenir els teixits emmagatzemats d'autòpsies que porten "molt de temps" guardats amb informe validat i tancat. En aquest sentit realitzar els tràmits administratius per a la seva retirada o registrar el motiu per el que ha de guardar-se.

Malgrat sigui complex, es considera que el circuit de cadàvers des de la Morgue fins la sala d'autòpsies és millorable.

Evaluar otras metodologías de evaluación de la satisfacción a facultativos de hospitales y primaria (partes interesadas en general), para aumentar el nº de respuestas

Es considera important que aquelles incidències que poden afectar a la seguretat del pacient, amb independència de la seva gestió interna, siguin incorporades al sistema de notificació de seguretat

de pacient dels diversos hospitals on treball l'organització.

Más allá de la desviación abierta, agilizar la revisión de algunas instrucciones antiguas ó valorar revisión periódica obligatoria.

Valorar sistemática de registro de todas las consultas telefónicas que se atienden desde secretaria para poder analizar actividad y datos varios (tipología de consultas, consultas más repetidas, etc)

Seguir insistiendo en la programación correcta del Datalogger de rutas, para que la descarga y registro de Tª sea del día en cuestión.

Si bien en todos los casos se ha podido verificar su trazabilidad con nº serie, revisar identificación de equipos con codificación interna de LAB.

Agilizar la copia en Ingesoft, de las FDS actualizadas de los reactivos que se están utilizando para algunas tinciones, asegurando la edición en vigor y potenciar el conocimiento de la existencia de las mismas al personal del laboratorio.

Agilizar la reubicación en plano control sSrius de neveras del laboratorio y recordar la importancia de actividad las alarmas una vez trasladadas y ubicadas en su destino final

Asociado a algún comentario de la auditoria interna realizada, revisar si la cantidad, ubicación y tipo de contenedores para documentos confidenciales son suficientes en los diversos Laboratorios.

6.6.3.- NO CONFORMITATS:

A la taula que figura a continuació es reflecteixen les no conformitats (majors i / o menors) detectades durant la present auditoria així com les identificades durant tot el cicle.

(A) CICLE:

Primer cicle: Aini, AS1, AS2 i LLAURIN.

Segon cicle i successius: AS1, AS2 i LLAURIN.

(B) N^o: A cada auditoria es comença a enumerar les no conformitats a partir de el número 1.

(C) (*):

Fase 1: S'assenyala amb una X les observacions que puguin condicionar la fase 2

Fase 2 i successives: S'assenyalarà amb una X les no conformitats repetitives.

(D) CATEGORIA:

Fase 1: Observació.

Fase 2 i successives: Major o Menor.

CICLE (a)	N ^o (b)	DESCRIPCIÓ DE LA NO CONFORMITAT	(*) (c)	CATEGORÍA (d)	NORMA Y APARTAT	REVISIÓ EFICÀCIA AACC	ESTAT	DATA TANCAMENT
AS1	1	No s'ha realitzat cap auditoria interna al nou centre (St. Boi) que es vol incloure a l'abast de la certificació.		Major	9.2.2	Revisada acció correctiva. Verificat realització de l'auditoria interna	Tancada	28-10-21
	2	A l'àrea de AP de St. Boi, la nevera per mostres que arriben "en fresc", no disposa de registre de control de temperatura.		Menor	8.5	Revisada acció correctiva. Verificat registres de temperatura	Tancada	28-10-21
AS2	1	Respecte dels controls de qualitat: Al Laboratori de l'Hospital de Sant Antoni Abat, s'evidencia la no realització dels controls de qualitat analítics de bioquímica els dies festius i caps de setmana. Pe. Ex: 23/10, 18/9, 19/9,...		Menor	8,7	Revisada acció correctiva. Verificats els registres de controls i la seva realització	Tancada	7-10-22

REN	1	<p>Respecte del control d'equips:</p> <p>No estan incloses en la calibratge d'equips les balances del Servei d'Anatomia Patològica del H de Sant Boi.</p>	Menor	7.1.5			
	2	<p>Respecte del manteniment d'infraestructures:</p> <p>No s'ha disposat del informe de revisió periòdica de la campana de la sala d'inclusió a l'Hospital de Sant Boi</p> <p>No se ha dado de alta en el sistema de gestión ni se dispone de evidencia de realización del mantenimiento anual externo de l'Equip Atellica SP2801, instalado mayo 2021 Lab H St Camil.</p>	Menor	7.1.3			
	3	<p>Respecte de les competències del personal:</p> <p>No s'han incorporat al Ingesoft la totalitat de les Descripcions de lloc de treball de l'empresa P. Ex: Adjunt Dir. Tècnica,...</p>	Menor	7.2			
	4	<p>No se ha documentado la técnica para Estudio de Citología Hematológica - Aspirado medular</p>	Menor	7.5			
	5	<p>Respecte del seguiment dels indicadors del sistema de gestió:</p> <p>No sempre queden incorporats en el quadre</p>	Menor	9.1.1			

		de comandament establert els resultats assolits. Ex: Anatomía patológica; discrepancias control de calidad externo, ...					
	6	La re-evaluación de proveedores del año 2021, no incluye a los proveedores de servicios con impacto en la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos aplicables Ev: mantenimiento de equipos, laboratorios calibración, ...		Menor	8.4		
	7	Se evidencian algunos registros de Tª en neveras, con valores máximos y mínimos fuera del rango de aceptación, sin evidencia documentada de acciones tomadas Ev: Registros Nevera Reactivos V15.07- meses julio, agosto 22 (San Camil)		Menor	8.5.4		

7.- CONFORMITAT I EFICÀCIA DEL SISTEMA DE GESTIÓ:

7.1. CONFORMITAT I EFICÀCIA DEL SISTEMA DE GESTIÓ

- Conforme.
 No conforme.

EVIDÈNCIES ANALITZADES DURANT L' AUDITORIA: Annex 2

CAPACITAT DEL SISTEMA DE GESTIÓ PER A ASSEGURAR COMPLIMENT AMB LA LEGISLACIÓ, ALTRES REQUISITS APLICABLES, REQUISITS CONTRACTUALS I ACONSEGUIR ELS RESULTATS ESPERATS

Malgrat la desviació oberta, el sistema implantat te capacitat per assegurar el compliment amb la legislació, altres requisits aplicables, requisits contractuals i aconseguir els resultats esperats.

AUDITORIES INTERNES

Realitzada al llarg de tot l'any 2022 segons el pla d'auditoria 2021-22 establert. Al llarg de la mateixa s'han detectat 7 no conformitats per la que s'ha obert la corresponent acció correctiva.

En relació a l'equip auditor:

- És de l'organització És subcontractat:
 S'assegura la seva imparcialitat No s'assegura la seva imparcialitat

REVISIÓ DEL SISTEMA (Valoració de la seva idoneïtat durant tot el cicle per a renovacions)

La revisió del sistema de Qualitat per part de la direcció es va realitzar el mes de març de 2022. La mateixa dona compliment correcte a la norma ISO 9001:15

7.2. CONCLUSIONS SOBRE L'ÚS DE TIC

N.A.

3.3.- COMPLIMENT DELS OBJECTIUS D'AUDITORIA I RECOMANACIÓ DE L'EQUIP AUDITOR:

Analitzats els resultats de l'auditoria, l'auditor Cap considera que:

- S'han complert els objectius de l'auditoria no és necessari Pla d'Accions correctives, per la qual cosa es recomana MANTENIR la certificació.
- S'han complert els objectius de l'auditoria, encara que l'organització ha d'aportar:**
- **Pla d'Accions correctives per a les no conformitats (en el format de l'annex 3 o en format de client amb la mateixa informació).**
 - **Evidències d'implantació de les no conformitats majors.**
- Data de presentació de el Pla d'Accions correctives: 30 dies des de la data d'auditoria.**
- No es compleixen els objectius de l'auditoria recomanant:
- Auditoria extraordinària total.
 - Auditoria extraordinària parcial per:

ANNEX 3: PLA D'ACCIONS

Nº	CATEGORIA	DESCRIPCIÓ DE LA NO CONFORMITAT		
ACCIÓ REPARADORA:				
ANÀLISI DE LA CAUSA:				
ACCIÓ CORRECTIVA	DATA PREVISTA IMPLANTACIÓ	RESPONSABLE IMPLANTACIÓ	EVIDÈNCIES	
VERIFICACIÓ I TANCAMENT (A EMPLENAR PER L'Auditor en Cap):				
Indica el que correspongui i ESBORRAR allò no procedent				
Pla d'acció adequat.				
Es requereix de visita extraordinària completa per a l'anàlisi de la globalitat del sistema de gestió.				
Es requereix de visita extraordinària per al tancament de les no conformitats.				
Es requereix de visita extraordinària per al tancament de les següents no conformitats: INDICAR				
Es requereix aportar la següent documentació: INDICAR				
FITES A COMPLIR EN SISTEMES MULTI EMPLAÇAMENT O GRUPS D'EMPRESSES I QUE L'AUDITOR HAURÀ D'ASSEGURAR EL SEU COMPLIMENT:			OK PER PART DE L'AUDITOR	
Respecte a no conformitats detectades en un emplaçament/empresa del grup concret el pla d'acció correctiva inclou la recerca de l'afectació dels altres emplaçaments/empreses del grup?				
El pla d'acció correctiva inclou la revisió de totes les NC per part del client, per determinar si indiquen o no una deficiència generalitzada del sistema de gestió aplicable a tots els emplaçaments/grups d'empreses?				
En cas afirmatiu: s'han pres accions correctives i revisada l'eficàcia de les mateixes, tant a la seu central/organització client com en cadascun dels emplaçaments/empresa del grup afectats?				
En cas negatiu: l'organització ha demostrat la justificació per només haver pres accions correctives de manera limitada?				
NOTA: No és admissible que amb la finalitat de resoldre una no conformitat, el client exclouï de l'abast els emplaçaments que hagin estat "problemàtics" durant el procés de certificació. Aquesta exclusió, només pot ser acordada amb anterioritat.				

El Pla d'Accions Correctives ha d'enviar-se preferentment en suport informàtic (adjuntant, quan sigui possible, en format pdf o comprimits, winrar o winzip) a l'e-mail de l'auditor Cap de Applus+ que realitza l' auditoria, en els terminis establerts anteriorment. A fi de completar la documentació enviada, Applus+ podrà sol·licitar una ampliació de la mateixa.

L'Organització auditada podrà sol·licitar ampliació del termini de presentació del Pla d'Accions Correctives (excepte en auditories de renovació). La sol·licitud s'ha de realitzar per e-mail a l'Auditor Cap (o Gerent de Zona) amb un mínim de 7 dies d'antelació a la data límit de lliurament, justificant el motiu. **En el cas de renovacions no podrà mai superar la data anteriorment marcada.**

En el cas de no conformitats majors l'acció correctiva ha de trobar-se tancada abans de la seva presentació a l'auditor cap i adjuntar en l'enviament les evidències necessàries per valorar l'eficàcia de les accions correctives implantades. Per a les no conformitats majors pot ser necessària la realització d'una auditoria extraordinària (total o parcial) amb la finalitat de verificar in situ l'eficàcia de les accions correctives.

L'auditor en cap verificarà i tancarà o deixarà pendent de seguiment la No Conformitat anotant-ho en el mateix format de la No Conformitat utilitzat per l'Organització.

Les no-conformitats es refereixen a incompliments dels requisits la Norma aplicable, o dels documents del sistema de gestió de l'empresa.

En el cas de desacord amb les no conformitats detectades i especificades en l'Informe d'Auditoria, l'organització té dret a presentar els recursos i al·legacions corresponents a Applus+ Certification.