

# INFORME D'AUDITORIA DEL SISTEMA DE GESTIÓ

<b>Client:</b>	<b>CONSORCI LABORATORI INTERCOMARCAL (CliLab)</b>		
<b>Direcció raó social:</b>	C/ Espirall, s/n		
<b>Codi postal:</b>	08720	<b>Població</b>	Vilafranca del Penedès
<b>Representant del client - càrrec:</b>	Dra. Eugenia Marquez - Responsable Qualitat CLILab		
<b>Telèfon:</b>	93 892 25 68	<b>FAX:</b>	
<b>E-mail:</b>	<a href="mailto:emarquez@csi.cat">emarquez@csi.cat</a>		

<b>Expedient:</b>	<b>EC-9142/20</b>
-------------------	-------------------

<b>Norma:</b>	<input type="checkbox"/> <b>ISO 9001:2015</b> <input type="checkbox"/> ALTRES:
<b>Tipus d'auditoria:</b>	<input type="checkbox"/> INICIAL (FASE2) <input type="checkbox"/> <b>RENOVACIÓ</b> <input type="checkbox"/> 1º SEGUIMENT <input type="checkbox"/> 2º SEGUIMENT <input type="checkbox"/> ALTRES_____
<b>Data d'auditoria</b>	6 a 10 d'octubre de 2025
<b>Jornades d'auditoria:</b>	6,5

EDICIÓ	DATA D'EMISSIÓ	CANVI
1	10-10-25	Informe d'auditoria executat per l'auditor Cap

AUDITOR EN CAP	REPRESENTANT DEL CLIENT
Nom: Rafael Medina Burrull	<b>Sra. S. Miró - Direcció Tècnica</b>

PERSONES DE CONTACTE A APPLUS CERTIFICATION	
Facturació i estat de l'expedient Nuria Porta Lopez T: +34 93 567 20 08 M:+34 675 625 794 administracionzne@applus.com	Emissió de Certificats: Dafne Martínez Giménez T: +34 93 567 20 08 - Ext: 52273 M: +34 625 16 91 68 dafne.martinez@applus.com

**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 del sistema de gestió del client, o de parts del sistema esmentat, amb els criteris d'auditoria.
- b) Determinació de la capacitat del 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 del sistema de gestió per assegurar que el client pot tenir expectatives raonables amb relació al compliment dels objectius especificats.
- d) Quan correspongui, la identificació de les àrees de millora potencial del 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 de realització d'auditories de sistemes de gestió.
- 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**
**4.1.- ABAST:**

<b>NORMA</b>	<b>ABAST (original i traduccions)</b> <i>La identificació de l'abast implica la conformitat i allò apropiat del mateix, per part de l'auditor</i>	<b>Nº certificat</b>	<b>Vigència</b>
<b>ISO 9001: 15</b>	Laboratori d'anàlisis clíniques. Inclou les especialitats d'Anatomia patològica, Bioquímica, Hematologia, Microbiologia, Immunologia que s'efectuen en espècimens procedents del cos humà.	<b>EC-9142/20</b>	11/2025

<b>NORMA</b>	<b>ABAST AUDITAT A LA PRESENT AUDITÒRIA</b>
<b>ISO 9001: 15</b>	Laboratori d'anàlisis clíniques. Inclou les especialitats d'Anatomia patològica, Bioquímica, Hematologia, Microbiologia, Immunologia que s'efectuen en espècimens procedents del cos humà.

<b>Centre fix</b>	<b>DIRECCIÓ</b>	<b>AUDITAT EN AQUESTA AUDITÒRIA</b>
<b>Centre fix</b>	<b>HOSPITAL COMARCAL DEL PENEDES C/ ESPIRALL, S/N VILAFRANCA DEL PENEDES</b>	SI
<b>Centre fix</b>	<b>HOSPITAL DE SANT CAMIL RONDA SANT CAMIL, S/N SANT PERE DE RIBES</b>	SI
<b>Centre fix</b>	<b>HOSPITAL COMARCAL DE L'ANOIA AV. CATALUNYA, 11 IGUALADA</b>	NO
<b>Centre fix</b>	<b>HOSPITAL DE SANT JOAN DESPI MOISES BROGGI C/ JOHN FITZGERALD KENNEDY, 8 SANT JOAN DESPI</b>	SI
<b>Centre fix</b>	<b>HOSPITAL DE DOS DE MAIG C/ DOS DE MAIG, 301 BARCELONA</b>	NO
<b>Centre fix</b>	<b>HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPITALET AV. JOSEP MOLINS, 29-41 HOSPITALET DE LLOBREGAT</b>	NO
<b>Centre fix</b>	<b>PARC SANITARI SANT JOAN DE DÉU DE SANT BOI CAMÍ VELL DE LA COLÒNIA, 25 SANT BOI DE LLOBREGAT</b>	NO
<b>Centre fix</b>	<b>HOSPITAL SANT ANTONI ABAD CARRER SANT JOSEP, 21-23 VILANOVA I LA GELTRÚ</b>	SI

**4.2.- CENTRES TEMPORALS:**

L'organització disposa de centres temporals on desenvolupa la seva activitat?	NO
---	----

**5.- PARTICIPANTS:**
**5.1.- PER APPLUS CERTIFICATION:**

EQUIP AUDITOR	Nom	Norma	REUNIÓ D'OBERTURA	REUNIÓ DE TANCAMENT
<b>Auditor en cap:</b>	Rafael Medina	9001	X	X
<b>Auditor:</b>	Laura Sanchez	9001		X
<b>Auditor:</b>				
<b>Expert tècnic:</b>				
<b>Auditor/s en qualificació:</b>				
<b>Altres:</b>				

**5.2.- PER L'ORGANITZACIÓ CLIENT:**

PARTICIPANTS	CÀRREC	AUDITOR IA	REUNIÓ D'OBERTURA	REUNIÓ DE TANCAMENT
S. Miró	Direcció Tècnica	X	X	X
L. Puigví	Direcció d'Operacions	X		x
M.E. Márquez	Resp. Sist. Gest. Qualitat	X	X	X
Gemma Celma	Resp. Àrea Barcelona Fac Adj. Àrea BCN	X	X	X
Vicente Aguadero	Fac Adj. Àrea BCN			
Lidia Menta	Coord. HUMB-SJD	X	X	X
Andrea Hinojosa	Tècnic HUMB-SJD	X		
Marta Julià	Tècnic HUMB-SJD	X		
Hasti Kharrazi	Tècnic HUMB-SJD	X		
Laia Moreno	Admin. HUMB-SJD Responsable Secretaria Tècnica	X		
Raquel Clivillé	Resp. Àrea Barcelona Micro Fac Adj. Microbiologia	X		X
Carmen Herráiz	Tècnic HUMB-SJD	X		
Janira Lopez	Tècnic HUMB-SJD	X		
Clara Aubó	Facultatiu. HSC - SPR Resp. HSAA – ViG	X		X
Sandra Caro	Tècnic HSAA – ViG	X		
Miriam Ruiz	Resp. HSC – SPR Fac Adj Responsable Control de Qualitat	X		X
Clara Peña	Fac. HSC - SPR Cap Servei Bioquímica	X		
Angeles Valades	Administració HSC – SPR	X		
Sara López	Tècnic HSC – SPR	X		

Jesús Chum	Tècnic HSC – SPR	X	
Clara Marcó de Mas	Facultatiu Microbiologia	X	X
Maria Cristina Esteban	Facultatiu HSC – SPR - Microbiologia	X	
Belen Ortiz	Tècnic HSC – SPR	X	
Francisca Garcia	Tècnic HSC – SPR	X	
Xavier Parera	Responsable Sistemes d'Informació	X	
Daniel Triguell	Sistemes d'Informació	X	
Mònica Vázquez	Tècnic Qualitat	X	X
Cristina Félez	Secretària Direcció	X	X
Anna Catasús	Responsable PRL	X	
Montse Muxí	Responsable Logística	X	
Anna Garcia	Tècnic HUBP– V	X	X
Eva Rabaneda	Tècnic HUBP– V	X	
Marisol Merodo	Tècnic HUBP– V	X	
Laura Creixell	Logística	X	
Maribel López	Responsable Coordinació Tècnica	X	
Virginia Esteban	Responsable Administració de personal. Recursos Humans	X	
Cesar Chappius	Cap servei AP	X	
Daria Santiago	Secretaria tècnica	X	
Carmen Romero	Adjunta coordinació AP	X	
Judith Lucena	Fac Adj. Microbiologia Comissió SGC	X	
Marina Carbonell	Facultatiu adj immuno Rble àrea hormones	X	X
Francesc Pinyol	Facultatiu bioquímica	X	

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

N.A.

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

N.A.

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

	SI/NO	S'HAN APORTAT LES EVIDÈNCIES A L'ANNEX 2?
<b>S'HAN AUDITAT TOTES LES ACTIVITATS ASSENYALADES EN EL PLA D'AUDITORIA?</b>	SI	SI
<b>S'HAN AUDITAT TOTS ELS CENTRES INDICADOS EN EL PLA D'AUDITORIA (INCLOSOS</b>	SI	SI

<b>EMPLAÇAMENTS TEMPORALS) ASSENYALADES EN EL PLA D'AUDITORIA?</b>		
<b>S'HA COMPLET EL PLA D'AUDITORIA?</b>	SI	SI
<b>INDICAR LES QÜESTIONS SIGNIFICATIVES QUE AFECTIN EL PROGRAMA</b>		
N.A.		

<b>6.4.- QÜESTIONS NO RESOLTES (diferències d'opinió no resoltes amb el client, etc.):</b>
N.A.

<b>6.5.- CONTROL DE L'ÚS DELS DOCUMENTS I MARQUES DE CERTIFICACIÓ:</b>
<input checked="" type="checkbox"/> El client està controlant de manera eficient l'ús dels documents i marca de certificació. <input type="checkbox"/> El client no està controlant de manera eficient l'ús dels documents i marca de certificació. <input type="checkbox"/> 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:

<b>PUNTS FORTS:</b>
<p>Valorar positivament el nivell d'assoliment del pla estratègic de l'organització.</p> <p>Com es habitual, valorar molt positivament la continuïtat i el manteniment del nivell de qualitat tècnica i de servei.</p> <p>Valorar positivament les actuacions que s'estan realitzant per a la millora en la seguretat dels sistemes de informació, tant a nivell de Protecció de dades com, especialment, respecte del ENS.</p> <p>Com ja es va indicar la passada auditoria valorar molt positivament el registre de les incidències que poden afectar a la seguretat de pacient.</p> <p>Valorar molt positivament la gestió i control dels equips inventariats, i el control del seu manteniment i revisions.</p> <p>Es considera un punt fort la formalització del pla d'acollida de l'organització i, quan correspon, la formalització del pla d'acompanyament individual. Igualment, valorar el lliurament del "kit d'acollida".</p> <p>Es considera molt positiu la futura posada en marxa de Moddle, que ha de permetre potenciar la formació interna.</p> <p>De manera general valorar positivament la gestió que es realitza de les incidències amb mostres i peticions per a la seva comunicació i resolució.</p>

Es considera un punt fort en el funcionament del sistema de gestió de l'organització la dinàmica de treball de compres i logística interna de l'organització.

Poner en valor todo el desarrollo llevado a cabo para mejorar el control del proceso pre-analítico, incluyendo la implantación del sistema Widerlab, el seguimiento y análisis de los tiempos de transporte, la creación de la Comisión extra-analítica así como el incipiente desarrollo del dashboard.  
Destacar la capacidad de detección y agilidad para corregir las desviaciones en tiempos de respuesta de peticiones urgentes de AP.

Poner en valor todos los avances llevados a cabo en patología de mama a partir del liderazgo demostrado ante el proyecto de acreditación.

Destacar la incorporación de un responsable para la revisión y actualización anual de los protocolos y artículos de patología de mama, incluyendo la asociación de un indicador para su monitorización.

Destacar el control, así como la sistemática rigurosa de análisis y registro ante la detección de incidencias y desviaciones por parte del área de inmunología, más allá de lo definido en la instrucción general.

### **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:**

Associat a la finalització enguany del pla estratègic establert, es considera important formalitzar l'anàlisi del compliment del mateix i la definició del nou plantejament estratègic.

Tal i com ja esta plantejant l'organització es considera important fer una anàlisi crítica del conjunt d'indicadors establerts, tant a nivell tècnic com de servei, per assegurar que en l'àmbit de responsabilitat corresponent es disposa de la informació adequada, i aquest dona suport a la presa de decisions.

Respecte del seguiment dels indicadors de qualitat tècnica, es considera una oportunitat de millora unificar el model excel d'informe. I, que els excel de resultats mensuals/trimestrals de CV, ES; ET incloguin els comentaris/accions corresponents quan hi hagi desviacions no previstes/desitjades o fora de valors basals.

Més enllà de la no conformitat, es considera que es pot incrementar la freqüència de seguiment dels indicadors per part dels responsables corresponents, de manera que faciliti la generació d'accions abans que hi hagi desviacions no desitjades.

I, tal i com es va comentar la passada auditoria, es considera que el quadre d'indicadors podria incorporar els valors anteriors, de manera que ajudin al coneixement de les seves tendències i comparar-los amb els valors previstos.

Igualment respecte dels informes de Qualitat Tècnica, malgrat la passada auditoria es va considera un punt fort, es considera molt important disposar de la informació necessària en temps adequat per tal d'assegurar la realització del informe semestral de revisió dels resultats de controls de qualitat, i les accions corresponents si hi ha desviacions desitjades.

Es considera que es pot incorporar, en els casos que correspongui, al llistat d'equips i infraestructures les revisions legals associades, per facilitar el seu control i supervisió.

Es considera una oportunitat de millora aprofundir la formació del personal administratiu, de manera que tinguin millor coneixement de les activitats i metodologies del CliLab.

Es considera important sistematitzar la formació associada a la millora de competències i coneixements del personal, especialment quan aquesta millora esta associada a canvis de responsabilitats i/o lloc de treball, tant per personal tècnic com facultatiu.

Associat a la posada en marxa de Moddle, es considera important continuar potenciant i sistematitzant la realització per part de tot el personal d'aquella formació periòdica que l'organització considera necessària.

Continuar revisant la caducitat dels productes i reactius en el moment de fer control de estoc previ a la comanda de material.

Respecte del registre de incidències i reclamacions en el programa informàtic de gestió de qualitat, es considera una oportunitat de millora fer indicació expressa del centre afectat.

Respecte de l'àrea de sistemes d'informació, es considera una oportunitat de millora establir algun tipus de valor SLA associat al nivell de prioritització de les incidències i peticions.

En aquest sentit, es considera que es pot fer una valoració dels diferents tipus d'incidències "informàtiques" i la seva afectació al funcionament de l'organització.

Es considera que es pot fer una revisió de la informació documentada, en suport paper, que es lliura als pacients per assegurar que esta adequadament actualitzada.

Respecto a la reciente implantación del sistema Widerlab, se recomienda continuar trabajando en la definición de los rangos de aceptación por muestra, así como en la definición de la contingencia respecto a la detección de una temperatura fuera de rango. Así mismo, se recomienda revisar la actual localización del sensor de temperatura de las valijas.

En relación a la gestión de incidencias en fase analítica, se recomienda revisar la operativa actual persona-dependiente, así como la sistemática de actuación respecto a darles prioridad en las listas de trabajo.

Relacionado con lo anterior, se recomienda reforzar también en el estamento técnico el registro de incidencias en cada turno.

En la medida de lo posible, se recomienda impulsar el desarrollo respecto a la validación de hormonas, para mejorar la eficiencia del área.

Respecto a la y gestión de equipos, se recomienda revisar las instrucciones técnicas asociadas para asegurar su disponibilidad ante la incorporación de un equipo o módulo nuevo.

Relacionado con los procesadores de tejidos, se considera que se puede mejorar la trazabilidad respecto a identificación de muestra y programa aplicado.

Respecto al control de equipos, se recomienda revisar la instrucción de calibraciones y verificaciones de equipos y temperaturas (IN-CL-SGQ-003).

Se recomienda sistematizar la revisión de las fichas de seguridad de las tinciones disponibles.

**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<sup>o</sup>: 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 <sup>o</sup> (b)	DESCRIPCIÓ DE LA NO CONFORMITAT	(*) (c)	CATEGORÍA (d)	NORMA I APARTAT	REVISIÓ EFICÀCIA AACC	ESTAT	FECHA CIERRE
1SEG	1	Respecte de la preservació dels productes: La nevera de plasmes del HGH no disposa de termòmetre.		Menor	8.5.4	Verificada Acció Correctiva.	Tancada	15—11-24
AS2	1	Respecte dels objectius de l'Organització: Els registres no sempre permeten evidenciar el seguiment periòdic i sistemàtic dels Objectius anuals associats al pla estratègic		Menor	6.2	Verificada Acció Correctiva.	Tancada	10-11-25
REN		Respecte dels indicadors establerts en el sistema de gestió: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malgrat es realitza seguiment dels mateixos, aquest no es periòdic ni sistemàtic.</li> <li>• No sempre es registren les actuacions que es realitzen quan hi ha desviacions no desitjades. P. Ex.: Indicadors de qualitat tècnica bioquímica, Indicadors de qualitat de servei.</li> </ul>		Menor	9.1.1			

**7.- CONFORMITAT I EFICÀCIA DEL SISTEMA DE GESTIÓ:**

**7.1. CONFORMITAT I EFICÀCIA DEL SISTEMA DE GESTIÓ**

**X 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**

El sistema de gestió evidencia la capacitat per assegurar el compliment amb la legislació, altres requisits aplicables, requisits contractuals i aconseguir els resultats esperats

**AUDITORIES INTERNES**

L'auditoria interna de la norma ISO 9001 s'ha realitzat al llarg de tot l'any 2025 d'acord amb el pla i programa d'auditories establert. Per a les No Conformitats detectades 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 gestió s'ha realitzat durant el mes d'abril de 2025. La mateixa inclou tots els punts demandats per les normes de referència.

**7.2. CONCLUSIONS SOBRE L'ÚS DE TIC**

N.A.

**7.3.- 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 **RENOVAR** 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 grans.**

**Data de presentació de el Pla d'Accions correctives: 30 dies des de data del informe**

No es compleixen els objectius de l'auditoria recomanant:

Auditoria extraordinària total.

Auditoria extraordinària parcial per:

**ANEXO 3: PLA D'ACCIONS**

Termini per al lliurament del Pla d'Accions Correctives:

- Per a Auditories inicials i de seguiment: 30 dies.
- Per a Auditories de Renovació: termini supeditat a la data de caducitat del certificat i almenys 15 dies abans de la data de caducitat d'aquest. Tenir en compte que les accions s'han d'implementar i verificar abans de l'expiració de la certificació.

Nº	CATEGORIA	DESCRIPCIÓ DE LA NO CONFORMITAT		
<b>ACCIÓ REPARADORA:</b>				
<b>ANÀLISI DE LA CAUSA:</b>				
ACCIÓ CORRECTIVA	DATA PREVISTA IMPLANTACIÓ	RESPONSABLE IMPLANTACIÓ	EVIDÈNCIES	
<b>VERIFICACIÓ I TANCAMENT (A EMPLENAR PER L'Auditor en Cap):</b>				
Indica el que correspongui i <b>ESBORRAR</b> 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: <b>INDICAR</b>				
Es requereix aportar la següent documentació: <b>INDICAR</b>				
FITES A COMPLIR EN SISTEMES MULTI EMPLAÇAMENT O GRUPS D'EMPRESES 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?				
<b>NOTA:</b> 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.