

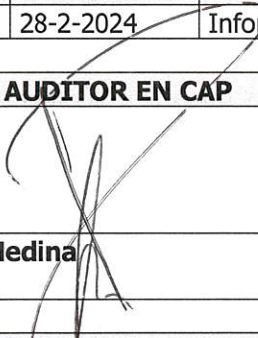
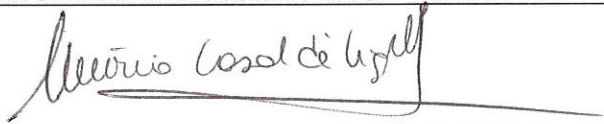
INFORME D'AUDITORIA DEL SISTEMA DE GESTIÓ

| | | | |
|--|--|-----------------|-----------------------|
| Client: | SERVEI DE BIBLIOTEQUES UAB | | |
| Direcció raó social: | CAMPUS UAB, PLAÇA CIVICA EDIFICI N, PLANTA 1 | | |
| Codi postal: | 08193 | Població | Cerdanyola del Vallés |
| Representant del client - càrrec: | Sra. Núria Casaldàliga – Directora Servei de Biblioteques | NIF | |
| Telèfon: | 93 581 10 15 | FAX | |
| E-mail: | s.biblioteques@uab.cat | | |

| | |
|-------------------|-------------------|
| Expedient: | EC-8867/17 |
|-------------------|-------------------|

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| Norma: | ISO 9001:2015; |
| Tipus d'auditoria: | Renovació |
| Data d'auditoria | 27 i 28 de febrer de 2024 |

| EDICIÓ | DATA D'EMISSIÓ | CANVI |
|--------|----------------|--|
| 1 | 28-2-2024 | Informe d'auditoria executat per l'auditor Cap |

| AUDITOR EN CAP | REPRESENTANT DEL CLIENT |
|---|--|
|  |  |
| Nom: Rafael Medina | Sra. Núria Casaldàliga – Directora Servei de Biblioteques |

| PERSONES DE CONTACTE A APPLUS CERTIFICATION | |
|--|--|
| Facturació i estat de l'expedient Mar Vázquez Domínguez T: +34 91 275 62 42 M: +34 605 318 764 mar.vazquez@applus.com | Emissió de Certificats: Dafne Martínez Giménez T: +34 93 567 20 08 - Ext: 52273 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.- ALCANCE:

| NORMA | ABAST (original i traduccions) | Nº certificat | Vigència |
|-----------------|-----------------------------------|------------------|----------|
| ISO 9001: 15 | Servei de Biblioteques. | EC-8867/17 | 3/2024 |
| | | | |

4.2.- CENTRES TEMPORALS:

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

5.- PARTICIPANTS:

5.1.- PER APPLUS CERTIFICATION:

| Equipo Auditor | Nom | Norma |
|-----------------|---------------|-------------|
| Auditor en Cap: | Rafael Medina | ISO 9001:15 |
| Auditora: | Merce Canto | ISO 9001:15 |
| Auditor: | | |
| Expert tècnic: | | |
| Altres: | | |

5.2.- PER L'ORGANITZACIÓ CLIENT:

| PARTICIPANTS | CÀRREC | AUDITORIA | REUNIÓ D'OBERTURA | REUNIÓ DE TANCAMENT |
|-----------------------|---|-----------|----------------------|------------------------|
| Núria Casaldàliga | Directora Servei de Biblioteques | X | X | X |
| Anna Florensa | Sots directora de serveis Biblioteques – Resp. Qualitat | X | X | X |
| Montse Mallorquí | Cap de la Biblioteca Ciència i Tecnologia | X | | X |
| Susana Perez | Bibliotecària Ciència i Tecnologia | X | | |
| Ester Ponsico | Bibliotecària Ciència i Tecnologia | X | | |
| Maria Jesus Hernandez | Bibliotecària Ciència i Tecnologia | X | | |

| | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|
| Jose Luis Copete | Gestor suport Usuari. Biblioteca Ciència i Tecnologia | X | | |
| Isavena Opisso | Gestora Col·lecció. Biblioteca Ciència i Tecnologia | X | | |
| Marta Jordan | Gestora Docència i recerca. Biblioteca Ciència i Tecnologia | X | | |
| Tomàs Fabregat | Cap de la Biblioteca de Comunicació | X | | X |
| Miguel Gimeno | Tècnic Logistic | X | | |
| Mònica González | Gestora de suport al usuaris | X | | |
| Teresa Santos | Gestora transversal Col·lecció | X | | |
| Esther Albiol | Préstec interbibliotecari | X | | |
| Cristina Azorín | Gestora Serveis informació | X | | |
| Pilar Ginés | Cap de la Biblioteca Univ. Sabadell | X | | X |
| Salvador Sedeño | Administratiu. Biblioteca Univ. Sabadell | X | | |
| Jose M. Salinas | Administratiu. Biblioteca Univ. Sabadell | X | | |
| Cristina Rodriguez | Bibliotecària Biblioteca Universitària Sabadell | X | | |
| Laura Almendros | Cap Unitat Auditoria UAB | X | X | X |
| Nuria Solé | Unitat Auditoria UAB | X | X | X |
| | | | | |

6.- RESULTATS DE L'AUDITORIA:

6.1.- CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN RESPECTO A LA 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:

N.A.

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

N.A.

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:

Destacar com un punt fort el sistema de gestió qualitat implantat al Servei de Biblioteques. Tal i com s'ha indicat en anteriors auditories el mateix es considera sòlid i molt robust.

Valorar positivament el nivell de detall de l'anàlisi de context realitzat i el DAFO associat al mateix.

Es considera un punt fort les dinàmiques de gestió de la col·lecció, l'anàlisi que es realitza de la mateixa i les actuacions que realitzades per assegurar que la mateixa esta actualitzada i adequada a les necessitats dels usuaris.

Com s'ha indicat en les anteriors auditories realitzades, és un punt fort en el funcionament del Servei de Biblioteques, i a la totalitat de les Biblioteques, la més que evident orientació del personal cap el servei i atenció als usuaris.

Valorar molt positivament el conjunt d'activitats formatives que des de les diferents Biblioteques es realitza cap els usuaris del Servei (alumnes, docents, investigadors,...).

Es considera un aspecte positiu la gestió de les publicacions científiques.

Els Projectes de recuperació, preservació i difusió de fons singulars, i/o patrimonials.

Tal i com es habitual es considera un punt fort de l'organització la més que evident orientació, del personal de l'organització, cap els servei i atenció als usuaris de les Biblioteques.

Valorar la capacitat d'adaptació i treball per atendre les necessitats específiques dels usuaris relacionats amb la recerca, que poden requerir actuacions puntuals i de curt termini, o un nivell de suport i correcció important.

La traçabilitat del Sistema, davant qualsevol consulta

Valorar molt positivament el Scape Room realitzat tant presencialment, com especialment, virtualment com a eina de formació dels usuaris respecte del Servei de Biblioteques i el seu funcionament.

Valorar positivament el conjunt d'accions de millora obertes al llarg de l'any 2023 en les diverses Biblioteques del Servei.

El volum d'accions formatives dirigides als equips que presten el servei a les biblioteques

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:

A banda de les actuacions de formació sistemàtiques, es considera important continuar treballant les activitats de difusió de les activitats i serveis que ofereix el Servei de Biblioteca, el suport a la recerca, el suport a usuaris,....

En aquest sentit, es considera important vigilar el risc de "transparència" de la biblioteca malgrat la importància que té com a intermediari en la prestació del Servei i accessibilitat a la informació.

Respecte del registre de signatures associat a les empreses de manteniment, valorar la seguretat de mantenir l'accés a la informació associada, especialment respecte de les revisions trimestrals d'extintors.

Respecte de la percepció de satisfacció de clients/usuaris, es considera una oportunitat de millora valorar la utilització de les reunions de grups d'usuaris com una eina de valoració qualitativa, quan no correspon fer l'enquesta.

Continuar aprofundint la definició d'oportunitats quan es realitza l'anàlisi quantificat de riscos.

Malgrat pot quedar fora de les responsabilitats del Servei de Biblioteques, es considera una oportunitat de millora definir els camps obligatoris que els investigadors han d'omplir prèviament a que el Servei de Biblioteques rebin les "fitxes" de publicacions, per tal de facilitar la feina a realitzar.

Es considera una oportunitat de millora evitar registres redundants per activitats realitzades per empreses externes i, paral·lelament per personal de l'organització.

Valorar la possibilitat de disposar d'accés al programa de manteniment preventiu que gestiona arquitectura (proveïdors, actuacions a fer i freqüència).

Identificar punts de risc a cada biblioteca en quant a tasques determinades que requereixen de formació o experiència específica, per tal de fer una transició suau quan el lloc de treball hagi de ser substituït.

Es considera una oportunitat de millorar afavorir el desplegament dels indicadors a les diverses Biblioteques del Servei de Biblioteques.

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) **Nº:** *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) | Nº (b) | DESCRIPCIÓ DE LA NO CONFORMITAT | (*) (c) | CATEGORIA (d) | NORMA i APARTAT | REVISIÓ EFICÀCIA AACC | ESTAT | FECHA CIERRE |
|-----------|--------|--|---------|---------------|-----------------|-----------------------|-------|--------------|
| REN | | No hi ha desviacions al llarg de l'auditoria | | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1SEG | | No hi ha desviacions al llarg de l'auditoria | | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2SEG | | No hi ha desviacions al llarg de l'auditoria | | --- | --- | --- | --- | --- |
| REN | | No hi ha desviacions al llarg de l'auditoria | | --- | --- | --- | --- | --- |

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 es evidencia capacitat per assegurar el compliment amb la legislació, altres requisits aplicables, requisits contractuals i aconseguir els resultats esperats.

AUDITORIES INTERNES

L'auditoria ha estat realitzada al llarg del mes de novembre de 2023 d'acord amb el pla d'auditories establert.. Al llarg de la mateixa s'han detectat 0 no conformitats.

En relació a l'equip auditor:

És de l'organització

És subcontractat: Sra. Laura Almendros, Nuria Solé, Sandra Florez - Àrea transformació digital I Organització UAB

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 de la qualitat per part de la direcció es va realitzar el mes de febrer de 2024. La mateixa compleix els requeriments de la norma ISO 9001:2015.

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 d'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 | | |
|---|---------------------------|---------------------------------|--------------------------|--|
| 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.