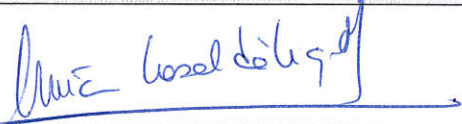


INFORME D'AUDITORIA DEL SISTEMA DE GESTIÓ

CLIENT:	UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA SERVEI DE BIBLIOTEQUES		
DIRECCIÓ RAÓ SOCIAL:	EDIFICI A CAMPUS UAB		
CODI POSTAL:	08193	POBLACIÓ	BELLATERRA, Barcelona,
REPRESENTANT DEL CLIENT - CÀRREC:	Núria Casaldaliga Rojas Anna Florensa Farré	NIF.:	--
TELÈFON:	93 581 10 15	FAX:	
E-MAIL:	s.biblioteques@uab.cat		
EXPEDIENT:	009431/2017	/	EC-8867/17
NORMA	ISO 9001:2015		
TIPUS D'AUDITORIA:	2on seguiment		
	<input type="checkbox"/> Auditoria integrada normes <input type="checkbox"/> Auditoria conjunta normes		
DATA D'AUDITORIA	18/03/2026 al 19/03/2026		
JORNADES D'AUDITORIA:	1,5 jornades		

(*1) Si es tracta d'un grup d'empreses indicar el nom del grup

EDICIÓ	DATA D'EMISSIÓ	CANVI
1	7/4/26	Informe d'auditoria executat per l'auditor Cap

AUDITOR EN CAP	REPRESENTANT DEL CLIENT
MCB	
Nom: Mercè Canto Barreiro	Nom:

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:

NORMA	ABAST (original i traduccions) <i>La identificació de l'abast implica la conformitat i allò apropiat del mateix, per part de l'auditor</i>	Nº certificat	Vigència
9001:2015	<i>Servei de biblioteques. Library service. Servicio de bibliotecas.</i>	EC-8867/17	10/04/2027

NORMA	ABAST AUDITAT A LA PRESENT AUDITÒRIA
9001:2015	<i>Servei de biblioteques</i>

CENTRE FIX	DIRECCIÓ	AUDITAT EN AQUESTA AUDITORIA
Direcció de Serveis de Biblioteques	Edificio- N Planta 1 Bellaterra 08193 Barcelona	SI
Unitat Tècnica i de Projectes	Edificio- N Planta 1 Bellaterra 08193 Barcelona	NO
Biblioteca de Medicina UAB	Edifici M Bellaterra 08193 Barcelona	NO
Biblioteca de Medicina	Hospital de la Vall d'Hebrón, Pavelló docent Passeig de la Vall d'Hebrón, 119-129 Barcelona 08035 Barcelona	SI
Biblioteca de Medicina Hospital Universitari	Germans Trias i Pujol 2 Ctra del Cañet, s/n , Edifici General, 2ª planta Badalona 08916 Barcelona	NO
Biblioteca de Veterinaria UAB	Edifici V Bellaterra 08193 Barcelona	NO
Biblioteca de Ciències Socials UAB	Edifici B Bellaterra 08193 Barcelona	NO

Biblioteca de Ciències Socials - CDE	Edifici B Bellaterra 08193 Barcelona	SI
Biblioteca de Comunicació i Hemeroteca General	Edifici N-Planta 1- Bellaterra	NO
Biblioteca de Ciència i Tecnologia	Edifici C Bellaterra 08193 Barcelona	NO
Biblioteca Universitaria de Sabadell	C/ Emprius, 1 Sabadell 08202 Barcelona	NO
Biblioteca d'Humanitats i Cartoteca General	Edifici L Bellaterra 08193 Barcelona	NO

Centre fix	DIRECCIÓ	AUDITAT EN AQUESTA AUDITORIA
Direcció de Serveis de Biblioteques	Edifici N Planta 1 (Plaça Cívica Edifici Biblioteca Comunicació) BELLATERRA	SI 0,5 jornades
Biblioteca de Medicina	Hospital de la Vall d'Hebrón , Pavelló docente Passeig de la Vall d'Hebrón, 119-129 BARCELONA	SI 0,5 jornades
Biblioteca de Ciències Socials UAB	Edifici B Servei de biblioteques. BELLATERRA	Si 0,5 jornades

En cas que en ISO 9001 no s'exclouï disseny haurà de constar explícitament la paraula disseny o desenvolupament a l'abast

4.2.- CENTRES TEMPORALS:

L'organització disposa de centres temporals on desenvolupa la seva activitat?	N/A
---	-----

Al programa de cycle establert a l'Annex 1, s'aporta informació sobre activitats, centres, emplaçaments temporals, torns, empreses de el grup, etc., auditats durant la present auditoria.

5.- PARTICIPANTS:

5.1.- PER APPLUS CERTIFICATION:

EQUIP AUDITOR	Nom	Norma	REUNIÓ D'OBERTURA	REUNIÓ DE TANCAMENT
---------------	-----	-------	-------------------	---------------------

Auditor en cap:	Mercè Canto Barreiro	9001	X	X
Auditor:				
Auditor:				
Expert tècnic:				
Auditor/s en qualificació:				
Auditor/s en Cap en qualificació:				
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
Olga Cano	Cap Servei Biblio Socials	X		X
Xavier Beltrán	Gestió de col·lecció Socials	X		
Mar Cabezas	Gestió suport usuaris	X		
Núria Solé	Auditora interna	X	X	X
Àngels Carles Pomar	Cap biblioteca Medicina	X		X
Ester Gómez	Administrativa responsable Biblioteca	X		
Paola Yáñez	Oficial primera de tasques administratives Vall d'Hebron	X		
Xavier Beltrán	Gestió de col·lecció Socials	X		
Olga Cano	Cap Servei Biblio Socials	X		
		X		

6.- RESULTATS DE L'AUDITORIA:

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

Cap significatiu

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

Cap

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?
S'HAN AUDITAT TOTES LES ACTIVITATS ASSENYALADES EN EL PLA D'AUDITORIA?	si	si
S'HAN AUDITAT TOTS ELS CENTRES INDICADORS EN EL PLA D'AUDITORIA (INCLOSOS EMPLAÇAMENTS TEMPORALS) ASSENYALADES EN EL PLA D'AUDITORIA?	si	si
S'HA COMPLET EL PLA D'AUDITORIA?	si	si

INDICAR LES QÜESTIONS SIGNIFICATIVES QUE AFECTIN EL PROGRAMA

Cap

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

Cap

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.- TROBALLE:

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:

Es continua ressaltant com ja es va fer a l'auditoria anterior, l'enfocament al servei, la millora continua i línies per satisfer a les seves parts interessades, potenciant la difusió del servei per captar usuaris que també participin a les activitats que s'organitzen.

Professionals totalment orientats a l'usuari

Remarcar en general d'assoliment dels resultats dels indicadors, així com dels objectius

Concessió del Premi de Ciència Oberta de Catalunya modalitat institucional, a l'eix de RECERCA del pla estratègic on el Servei de biblioteques ha participat activament

Pla de renovació d'espais:

Respecte al pla modificació i millora del espais, destacar la seva implementació, tot i tenint en consideració que estan supeditats a pressupostos que no depenen directament del servei de biblioteques, com per exemple l'espai Verd a la Biblioteca de Ciències Socials auditada

L'anàlisi de l'entorn, com s'orienta i es treballa el DAFO'

La planificació, el desplegament ,el seguiment dels objectius definits , i el seu assoliment

Com ja es un comentari d'auditoria habitual, destacar el Sistema de Gestió de Qualitat molt consolidat , ben treballat, i en continua millora , en aquest sentit s'han obert 223 oportunitats de millora

Ciències socials: Molt bona tendència N° persones anual que assisteixen a sessions d'assessorament i accions formatives

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 nivell general :

El nivell de satisfacció de les persones usuàries: En relació als cursos de formació

Biblioteca Ciències Socials:

Respecte al resultat dels indicadors recordar agilitzar la pujada dels resultats /impacte de les millores tancades

Respecte a l'atenció i suport: Destacar la tendència sobre el numero de persones que assisteixen anualment, a sessions d'assessorament i accions formatives.

Planificació de simulacre al torn de nit

Si bé està previst adequar infraestructures a la biblioteca de ciències socials , interessant l'ascensor fins a la planta -3

Biblioteca Vall d'Hebron:

Conèixer l'eficiència de la formació dels investigadors per tal de que es produeixen poc rebutjos per part de les biblioteques en el moment que es vulguin fer publicacions.

Possibilitat de IA a les validacions de les publicacions dels investigadors/res – EGRETA, per facilitar les revisions

Si bé ja ho tenen present i ha estat detectat a l'auditoria interna, coordinar un simulacre contra incendis amb l'hospital

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)	CATEGORÍA (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 2024		No hi ha desviacions al llarg de l'auditoria		---	---			
As1 2025		NO S'HAN ESTAT DETECTADES NO CONFORMITATS		---	---	---	---	---
AS2		NO S'HAN DETECTAT NO CONFORMITATS		---	---	---		

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

AUDITORIES INTERNES

Auditoria interna , portada a terme per un equip d'auditors/es qualificat i competent, que contempla diferents serveis dels campus, entre ells, les biblioteques

Laura Almendros

Sandra Florez

Pla auditoria disponible

Realitzada del 13 al 19 de novembre

Centres auditats:

Sant pau

Vall d'Hebron,,Medicina , Unitat Tècnica

S'han derivat 9 oportunitats de millora

En relació a l'equip auditor:

És de l'organització

És subcontractat: Àrea transformació digital I

Organització UAB : Laura Almendros i Núria Solé

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)

De caràcter anual

Data 23 febrer 2026

Aquest any han renovat 38 espais

Percentatge d'ordinadors

La revisió del sistema de gestió de la qualitat per part de la direcció es considera completa, adequada i que compleix amb els requeriments de la norma ISO 9001:2015.

7.2. CONCLUSIONS SOBRE L'ÚS DE TIC

TIC UTILITZADA	GRAU EN QUE S'HA UTILITZAT	EFICÀCIA DE LA TIC PER A ACONSEGUIR ELS OBJECTIUS
n/a		
100% IN SITU		

EMPLAÇAMENTS VIRTUALS INCLOSOS EN L'ABAST	ACTIVITATS REALITZADES	ESTAN INCLOSOS AQUESTS EEMPLAÇAMENTS VIRTUALS?
N/a		

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

X 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 grans.
- Data de presentació de el Pla d'Accions correctives:

- No es compleixen els objectius de l'auditoria recomanant:
- Auditoria extraordinària total.
 - Auditoria extraordinària parcial per:

	9001	Planif Estrategica	Qualitat	informeacio	prestec	Formacio	publicacio	Coleccio	infraestructra	tecnolologies	Gestió coneixement	Comunicació externa			AS1	AS2	RENOV
4.1.- Comprensi3n de la organitzaci3n y su contexto	X	X													X		
4.2.- Comprensi3n de las necesidades y expectativas de las partes interesadas (incluidas los trabajadores)	X	X													X		
4.3.- Alcance	X	X													X		
4.4.- Sistema de gesti3n	X	x													X		
5.1.- Liderazgo y compromiso	X	x													X		
5.2.- Pol3tica	X	x													X		
5.3.- Roles, responsabilidades y autoridades	X	X													X		
6.1.- Acciones para abordar riesgos y oportunidades, incluido su planificaci3n	X	X													X		
6.2.- Objetivos	X	X													X		
6.3.- Planificaci3n de cambios	X	X													X		
7.3.- Toma de conciencia	X	X													X		
7.4.- Comunicaci3n	X	X													X		
9.1.- Seguimiento, medici3n, an3lisis y evaluaci3n	X	X													X		
7.1.- Recursos (generalidades, personas, conocimiento, etc.)	X	X													X		
9.3.- Revisi3n por la direcci3n	X	X															
7.1.3.- Infraestructura	X						X		X							X	X
7.1.4.- Ambiente para la operaci3n de los procesos	X			X	X											X	X
7.1.5.- Recursos de seguimiento y medici3n	--															X	X
8.4.- Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente	X					X										X	X

Els processos hauran de coincidir amb els processos identificats per l'organitzaci3n client en el seu mapa de processos.

ANNEX 2: EVIDÈNCIES ANALITZADES



CHECK
BIBLIOTEQUES 2026.l

EMPLAÇAMENTS FIXOS

Centre fix	DIRECCIÓ	Evidències
Direcció de Serveis de Biblioteques	Edifici N Planta 1 (Plaça Cívica Edifici Biblioteca Comunicació) BELLATERRA ABAST Servei de biblioteques.	Notes auditoria
Biblioteca de Medicina	Hospital de la Vall d'Hebrón , Pavelló docente Passeig de la Vall d'Hebrón, 119-129 BARCELONA ABAST Servei de biblioteques.	Notes auditoria
Biblioteca de Ciències Socials UAB	Edifici B Servei de biblioteques. BELLATERRA ABAST Servei de biblioteques.	Notes auditoria

EMPLAÇAMENTS TEMPORALS n/a

DIRECCIÓ	
ACTIVITATS AUDITADES	
EVIDÈNCIES ANALITZADES	

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'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?				
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.