



PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

EDICIÓN	FECHA	Página 1 de 22
5	10/05/2016	

PE05 – CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

FUNDACIÓN AD QUALITATEM

EDICIÓN	FECHA	APARTADO MODIFICADO	NATURALEZA DE LA MODIFICACIÓN
0	30/10/2013	N/A	Edición Inicial
1	1/10/2014	5	Desarrollo
2	2/03/2015	5.6 5.8 6	Categorización no conformidades Decisión de certificación Inclusión nuevos anexos
3	6/08/2015	5.15 5.16	Mejora en la redacción del texto (general) Inclusión apartados satisfacción cliente y directrices de auditoría Revisión de expedientes incidencias
4	1/03/2016	5.18	Transición norma ISO 9001:2015
		5.6	Cambios en distintos puntos del documento por la transición de la norma 17021:2015
5	10/05/2016	5.11	Modificaciones en el apartado de transición y algún punto de la norma.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Responsable Sistema de Gestión	Secretario General Técnico	Presidente FAQ

Este documento es propiedad exclusiva de FAQ, quedando prohibida su impresión y reproducción total o parcial sin la autorización por escrito de un responsable de la organización.

Sólo se puede considerar documento actualizado aquel visible vía informática o firmado en original. Si usted imprime o fotocopia estos documentos tenga en cuenta que con el tiempo quedarán obsoletos.

ÍNDICE

1. OBJETO.....	3
2. ALCANCE	3
3. DEFINICIONES.....	3
4. RESPONSABILIDADES.....	3
5. DESARROLLO.....	4
5.1 Plan de auditoría	4
5.2 Selección del equipo auditor y asignación de tareas	5
5.3 Determinación del tiempo de auditoría.....	6
5.4 Muestreo Multisitio	6
5.5 Preauditoría	6
5.6 Auditoría Inicial de Certificación	6
Auditoría fase 1:	7
Auditoría Fase 2.....	8
5.7 Realización de auditorías in situ	9
5.8 Decisión de certificación	11
5.9 Actividades de vigilancia	13
5.10 Auditorías de seguimiento.....	14
5.11 Auditoría de renovación o recertificación	15
5.12 Auditoría especial: de ampliación de alcance	16
5.13 Auditoría especial: con notificación a corto plazo	16
5.14 Transferencia de certificado de otra entidad certificadora.....	16
5.15 Directrices de auditoría.	17
5.16 Satisfacción del cliente.....	17
5.17 Imparcialidad, confidencialidad, suspensión y retirada de certificados, apelaciones y quejas.	17
Gestión de la Imparcialidad.....	17
Confidencialidad.....	18
Suspensión y retirada de la certificación.....	18
Apelaciones.....	19
Quejas.....	19
5.18 Transición norma ISO 9001:2015	19
6. ANEXOS	20
7. REGISTROS	20
8. DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN RELACIONADOS	22

	PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	EDICIÓN	FECHA
	5	10/05/2016
		Página 3 de 22

1. OBJETO

Definir el sistema implantado en la Fundación Ad Qualitatem (FAQ) para la llevar a cabo la certificación de sistemas de gestión de la calidad de organizaciones de acuerdo a la norma UNE-EN-ISO 9001.

2. ALCANCE

Este procedimiento es de aplicación a todas las auditorías realizadas por FAQ bajo los requisitos de la norma de referencia UNE-EN ISO 9001, en todo el territorio nacional, y a todo el personal de plantilla y subcontratado que realice auditorías de tercera parte.

3. DEFINICIONES

Cliente de la auditoría: organización o persona que solicita una auditoría.

Conformidad: cumplimiento de un requisito.

Criterios de auditoría: conjunto de políticas, procedimientos o requisitos usados como referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.

Desviaciones: cualquier incumplimiento de los requisitos de la norma de referencia. FAQ distingue dos tipos de desviaciones: observaciones y no conformidades.

Evidencia de la auditoría: registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que es pertinente para los criterios de auditoría y que es verificable.

Hallazgos de la auditoría: resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

4. RESPONSABILIDADES

Las responsabilidades quedan definidas dentro del apartado 5 de este procedimiento.

	PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	EDICIÓN	FECHA
	5	10/05/2016
		Página 4 de 22

5. DESARROLLO

5.1 Plan de auditoría

Para cada una de las auditorías a realizar en la organización cliente, detalladas en el programa de auditoría acordado con el cliente y aceptado por éste mediante la firma del contrato, el auditor jefe establecerá un plan de auditoría que se enviará al cliente al menos con dos semanas de antelación a la realización de la misma.

En dicho plan de auditoría se contemplarán, al menos, los siguientes aspectos:

- **Objetivos de la auditoría.** El Auditor jefe ha establecido como objetivo de la auditoría determinar la conformidad del SG de la organización auditada con los criterios de auditoría y evaluar tanto su capacidad para cumplir con los requisitos aplicables, como su eficacia para cumplir los objetivos especificados, identificando posibles áreas de mejora, si fuera pertinente.
- **Alcance de la auditoría,** según se ha especificado en el programa de auditoría y que incluirá, por lo general, una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el período de tiempo cubierto. Cuando el proceso inicial o de renovación de la certificación consista en más de una auditoría (por ejemplo, al cubrir diferentes ubicaciones), el alcance de una auditoría individual puede no cubrir por completo el alcance de certificación, pero el conjunto de auditorías debe ser coherente con el alcance del documento de certificación,
- **Criterios de auditoría** que serán la referencia para determinar la conformidad, incluyendo la norma de referencia donde se detallan los requisitos del SG y los procesos definidos y la documentación del SG desarrollada por el cliente.
- **Fechas y lugares** donde se realizará la auditoría in situ. Se incluirán las visitas a los emplazamientos temporales, si procede.
- **Tiempo y duración** de las actividades de auditoría in situ.
- **Funciones, responsabilidades y nombre completo** de los componentes de equipo auditor y de la personas que los acompañan.

Se cumplimentará el PE05-01 Plan de auditoría

Cuando el cliente trabaje con turnos, las actividades que ocurran durante el trabajo de los turnos se deben considerar cuando se desarrolle el programa de auditoría y los planes de auditoría.

	PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	EDICIÓN	FECHA
	5	10/05/2016
		Página 5 de 22

5.2 Selección del equipo auditor y asignación de tareas

El Responsable Sistema de Gestión (RSG) designa a los miembros del equipo auditor (ver PE04 **Formación del personal involucrado en actividades de certificación**) teniendo en cuenta el tamaño y la composición del mismo en función de:

- Objetivos, alcance, criterios de la auditoría y duración estimada de ésta.
- Tipo de auditoría.
- Competencia aportada por el equipo auditor necesaria para lograr los objetivos de la auditoría: la competencia del equipo puede completarse con expertos (que actuarán bajo la dirección de un auditor) en el área donde los conocimientos y/o las habilidades del equipo (bien del líder o de los auditores) no sea suficiente.
- Disponibilidad de los miembros en las fechas previstas para la auditoría.
- Requisitos de la certificación,
- Idioma y cultura
- Auditorías previas al SG del cliente realizadas por los miembros del equipo auditor.

Los auditores en formación podrán incorporarse al equipo auditor como participantes, siempre que haya un evaluador con la competencia necesaria para asumir las tareas y responsabilidad final de las actividades y los hallazgos del auditor en formación.

La asignación de las tareas de la auditoría la realizará el auditor líder teniendo en cuenta las competencias de cada uno de los miembros del equipo de manera que quede asegurado el logro de los objetivos de la auditoría. Si sólo hubiera un auditor, éste tendría las competencias para realizar las tareas de un líder del equipo auditor.

FAQ dará acceso tanto a los auditores como a los expertos técnicos, si los hubiera, a los procedimientos actualizados relacionados con el proceso de auditoría, así como a toda la información pertinente sobre las actividades de certificación.

Una vez encomendadas al equipo auditor las tareas, estas se comunicarán a la organización cliente, proporcionándole además el nombre completo de cada uno de los participantes en la auditoría para permitir que el cliente pueda objetar justificadamente la designación de alguno de estos miembros.

Se deberá comunicar al cliente antes de la realización de la auditoría la presencia de observadores durante la misma. El equipo auditor se asegurará que tanto los observadores, como los guías que les acompañarán durante la auditoría no interfieren en el proceso o resultado de la misma.

 	PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	EDICIÓN	FECHA
	5	10/05/2016
		Página 6 de 22

5.3 Determinación del tiempo de auditoría

Este aspecto ha sido tratado en el PE02 **Ofertas y Contratos** donde se especifica el método elegido por FAQ para determinar el tiempo de auditoría para cada cliente. Dicho método toma como referencia lo establecido en el documento publicado por ENAC. Certificación de Sistemas de Gestión de la Calidad. Criterios específicos de acreditación.

El tiempo empleado por un miembro del equipo que no haya sido designado como auditor (es decir, expertos técnicos, los traductores, interpretes, observadores y los auditores en formación), no se contabilizará en el tiempo determinado para la auditoría.

5.4 Muestreo Multisitio

Se aplica cuando la organización cliente es multisitio, es decir, que cuenta con varias implantaciones geográficas (sedes, sucursales, oficinas...) y ha implantado un único y similar sistema de gestión.

Las actividades y procesos relativos a la certificación deben ser similares en cada emplazamiento, de manera que la gestión y estructura del sistema han de estar centralizados y al menos las siguientes actividades estarán centralizadas: documentación y modificaciones del sistema de gestión, revisión por la dirección, reclamaciones, evolución de las medidas correctivas y planificación de las auditorías internas y la evaluación de sus resultados.

En ese caso, FAQ desarrollará un programa de muestreo y justificará para cada cliente el plan de muestreo realizado, de manera que se asegure la auditoría apropiada del SG, según se detalla en el Procedimiento PE10 Auditorías a emplazamientos multisites.

5.5 Preauditoría

Por solicitud del cliente, se puede llevar a cabo una auditoría previa o preauditoría como servicio adicional o independiente al proceso de certificación. El objeto de esta preauditoría es identificar mejoras potenciales del sistema de gestión implantado. Estas preauditorías serán llevadas a cabo por un único auditor, el cual formará parte del equipo auditor posterior que realizará la auditoría de certificación. El auditor tras la visita informa al cliente de los resultados de la auditoría en la reunión final y en el informe de preauditoría PE05-02

5.6 Auditoría Inicial de Certificación

Una vez aceptada la oferta, según se describe en el PE02 Ofertas y Contratos, FAQ designará un equipo auditor para la realización de la auditoría inicial, que estará compuesto de un auditor jefe y uno o varios auditores, en función de las características de la auditoría y del tiempo asignado a la misma. Si procede, también podrán contar

	PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	EDICIÓN	FECHA
	5	10/05/2016
		Página 7 de 22

con asesores o expertos técnicos y/o la presencia de observadores y auditores en formación, en estos casos la Fundación debe comunicar al cliente la asistencia de observadores, en el señalamiento, pudiendo el cliente rechazar la asistencia de estos.

La auditoría inicial de certificación se realizará en dos fases:

Auditoría fase 1:

Esta fase permite analizar el grado de preparación de la organización para el proceso de certificación y se realiza con el objetivo de:

- a. Auditar la documentación del sistema de gestión del cliente
- b. Evaluar la ubicación y las condiciones específicas del sitio del cliente e intercambiar información con el personal del cliente con el fin de determinar el estado de preparación para la auditoría de la etapa 2
- c. Revisar el estado del cliente y su grado de comprensión de los requisitos de la norma, en particular en lo que concierne a la identificación de desempeños clave o aspectos, procesos, objetivos y funcionamiento significativo del sistema de gestión
- d. Recopilar la información necesaria correspondiente al alcance del sistema de gestión, a los procesos y a las ubicaciones de las organización cliente, así como los aspectos legales y reglamentarios relacionados y su cumplimiento
- e. Revisar la asignación de recursos para la auditoría de la etapa 2 y acordar con el cliente los detalles de la auditoría de la etapa 2
- f. Proporcionar un enfoque para la planificación de la etapa 2, obteniendo una comprensión suficiente del sistema de gestión del cliente y de las operaciones del sitio en el contexto de los posibles aspectos significativos.
- g. Evaluar si las auditorías internas y la revisión por la dirección se planifican y se realizan, y si el nivel de implementación del SG confirma que la organización cliente está preparada para la auditoría de la etapa 2

De forma general, la etapa 1 se recomienda que se lleve a cabo en las instalaciones del cliente pero en el caso de que no se realice en el emplazamiento de la organización, el auditor jefe solicitará que el cliente envíe esta documentación al equipo auditor con al menos 3 semanas de antelación a la realización de la auditoría de la fase 2.

Durante esta fase se va a verificar la viabilidad de la fase 2, los aspectos reglamentarios y jurídicos aplicables, documentación sobre la organización, etc.

Una vez finalizada la fase 1, se debe enviar al cliente un informe PE05-03 en el que se establece la viabilidad de la fase y si se puede realizar la fase 2. Si existen

 	PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	EDICIÓN	FECHA
	5	10/05/2016
		Página 8 de 22

potenciales desviaciones (identificadas en el informe como hallazgos críticos y no críticos), el auditor establecerá el plazo de tiempo adecuado entre las dos etapas para que se puedan subsanar estas desviaciones, no siendo este plazo superior a 6 meses (plazo de validez del informe emitido) ni inferior a 2 semanas.

Auditoría Fase 2

El objetivo de esta fase es evaluar la implantación eficaz del SG. Se realizará siempre en las instalaciones del cliente (auditoría in situ).

Con una antelación mínima de dos semanas el auditor jefe deberá enviar al Plan de auditoría informando de la temporización de la misma y la hora de las reuniones programadas.

En la auditoría de fase 2, se comprobará:

- La información y las evidencias de conformidad con todos los requisitos de la norma del SGC u otro documento normativo aplicable.
- La realización por el cliente de un seguimiento, medición, informe y revisión con relación a los objetivos y metas de desempeño clave (coherente con las expectativas de la norma de sistemas de gestión u otro documento normativo aplicable).
- El sistema de gestión del cliente y su desempeño en relación con el cumplimiento de la legislación.
- El control operacional de los procesos del cliente.
- Las auditorías internas y la revisión por la dirección.
- La responsabilidad de la dirección en relación con las políticas del cliente.
- Los vínculos entre los requisitos normativos, la política, los objetivos y metas de desempeño (coherentes con las expectativas de la norma de sistemas de gestión u otro documento normativo aplicable), cualquier requisito legal aplicable, la responsabilidad y la competencia del personal, las operaciones los procedimientos, los datos del desempeño y los hallazgos y conclusiones de auditorías internas.

Una vez finalizada la auditoría se entregará al cliente el informe de auditoría PE05-04 en el que se documentan los hallazgos encontrados durante la realización de la misma.

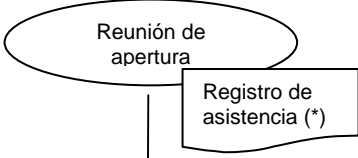
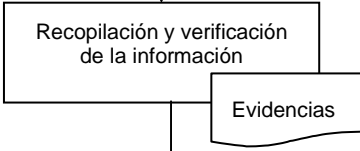
Las no conformidades detectadas se categorizan en mayores o menores, siendo las mayores aquellas en la que se constate ausencia o fallo en implantar y mantener de forma sistemática uno o más de los requisitos de la norma o cualquier situación que genere una duda razonable sobre la capacidad del sistema de gestión para alcanzar los resultados pretendidos.

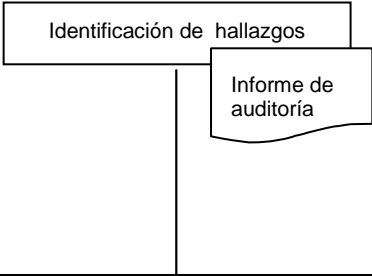
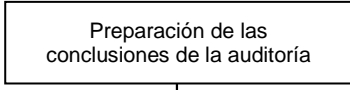
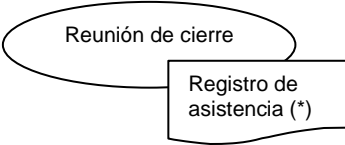
Las No conformidades menores, es una no conformidad detectada que por sus características no llega a la gravedad de la anterior. (El incumplimiento afecta de forma parcial y/o puntual a un requisito de la norma, sistema o directriz de referencia, no pone en riesgo significativo la calidad del producto o servicio)

Las No conformidades deben ser objetivas, estar fundamentadas en evidencias y ser entendidas y aceptadas por la organización.

El Equipo auditor puede realizar observaciones de auditoría, que en ningún momento tienen connotación de desviación ó incumplimiento, siendo oportunidades de mejora o no conformidades potenciales para próximas auditorías si no se trabaja sobre ellas.

5.7 Realización de auditorías in situ

Responsables / Asistentes	Proceso	Actividades desarrolladas
Equipo auditor (EA), Dirección del Cliente (y/o quien su ésta designe para su representación).		Confirmación de: <ul style="list-style-type: none"> - Participantes y sus tareas. - Plan de auditoría y horarios establecidos. - Interlocutores y recursos que necesite el EA. - Temas de confidencialidad. - Procedimientos de Protección, emergencia y seguridad. - Guías y observadores. - Método para categorizar hallazgos - Condiciones que darán por terminada la auditoría. - EA es el responsable de la auditoría. - Estado hallazgos revisión o auditoría anterior. - Método de muestreo, si aplica. - Idioma a utilizar Oportunidad del cliente para realizar preguntas. Durante toda la auditoría el EA evaluará el progreso de la auditoría y lo comunicará al cliente, así como cualquier modificación que haya que realizarse respecto del Plan.
Equipo auditor		<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas. - Observación de procesos y actividades. - Revisión de la documentación y los registros.

Responsables / Asistentes	Proceso	Actividades desarrolladas
Equipo auditor		<ul style="list-style-type: none"> - Resumen de Conformidades - Detalle de No Conformidades (NC) relacionadas con un requisito e identificando las evidencias en las que se basa. - Hacer entender al cliente las NC. Registrar las diferencias de opinión no resueltas y remitirlas a FAQ. - No sugerir causa o solución de las NC. - Identificación de Oportunidades de Mejora.
Equipo auditor		<ul style="list-style-type: none"> - Revisar las evidencias y hallazgos (fase I y II en auditorías iniciales de certificación) - Acordar las conclusiones. - Identificar las acciones de seguimiento. - Confirmar adecuación programa de auditoría.
Equipo auditor (EA), Dirección del Cliente (y/o quien su ésta designe para su representación).	 <p>(*) Estos registros se incluirán en el Informe de auditoría, no siendo necesaria la firma en los formatos electrónicos.</p>	<p>Informar al cliente de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evidencias de auditoría reunidas. - Método y plazo de presentación del informe escrito de la auditoría. - Procedimiento de FAQ para el tratamiento de las NC. - Plazo para que el cliente presente un Plan de Acciones Correctivas y/o Apelaciones (PAC), si aplica. - Actividades de FAQ tras la auditoría. - Tratamiento de Quejas y Apelaciones. <p>Oportunidad del cliente para realizar preguntas.</p>

El informe de auditoría debe hacer referencia a lo siguiente:

- Identificación de FAQ (organismo de certificación).
- Nombre y dirección del cliente y del representante de la dirección del cliente.
- Criterios de la auditoría.
- Objetivos de la auditoría.
- Alcance de la auditoría.
- Identificación del líder y de los miembros del equipo auditor, así como de cualquier persona acompañante.
- Fechas y lugar donde se realizaron actividades de auditoría.

 	PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	EDICIÓN	FECHA
	5	10/05/2016
		Página 11 de 22

- Hallazgos, evidencias y conclusiones de la auditoría, y
- Cualquier problema no resuelto, si fuera identificado.

Tras la entrega al cliente del informe final de la auditoría de fase 2, el cliente deberá presentar a FAQ un Plan de Acciones Correctivas (PAC) donde se detallen las acciones correctivas a las desviaciones detectadas durante la auditoría y descritas en el informe final.

Este plan deberá contener, al menos, el análisis de las causas de las desviaciones y la descripción de cada acción correctiva, así como el plazo establecido para su implantación, adjuntado asimismo la documentación del SG del solicitante que se hubiese modificado a raíz de la implantación de dichas acciones correctivas, en el caso que se soliciten evidencias.

El plazo para la presentación del Plan de Acciones Correctivas o de las alegaciones, para no conformidades mayores será de 3 meses y deberán adjuntar evidencias de cierre.

Para no conformidades menores será de 1 mes, no siendo obligatorio enviar evidencias, éstas pueden ser solicitadas a criterio del equipo auditor.

El auditor jefe revisará el PAC/alegaciones enviado por la organización cliente, determinando si son aceptables y verificando su eficacia, haciendo hincapié en que se haya hecho un correcto análisis de las causas por las que se ha producido la desviación

Se deben registrar las evidencias obtenidas que confirmen la resolución de las no conformidades e informando al cliente del resultado de la revisión y de la verificación. Se utilizará el PE05-06 para el cierre del PAC por parte del auditor jefe

Como resultado de dicha revisión puede resultar necesaria realizar una auditoría completa o limitada adicional, o enviar evidencias documentadas, para verificar la eficacia de las correcciones y acciones correctivas propuestas por el cliente.

A nivel interno, se cumplimentará por el auditor jefe el PE05-11 formato de seguimiento del ciclo de auditoría en el que se planificará a tres años las actividades a auditar, teniendo en cuenta los puntos obligatorios a revisar de forma anual.

5.8 Decisión de certificación

La decisión de certificación o renovación de la certificación de la Organización Cliente será tomada siempre por personas, que en ningún caso habrán participado en la realización de la auditoría y que habrán sido designadas con el fin de asegurar que se dispone de la competencia apropiada, siendo la dirección técnica (SGT) quien aprobará la emisión de los certificados, tras la revisión de los

 	PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	EDICIÓN	FECHA
	5	10/05/2016
		Página 12 de 22

registros PE02-03 revisión de la solicitud, el PE05-07 revisión del expediente y el PE05-08 de revisión y toma de decisiones. En el caso que haya incidencias posteriores a la revisión del expediente (por auditorías posteriores) o porque desde la dirección técnica se considere necesario dejar por escrito alguna incidencia se cumplimentará el formato PE05-16 Revisión expedientes_incidencias.

La toma de esta decisión que se basará en la evaluación de los hallazgos y conclusiones del equipo auditor y cualquier otra información relevante, se confirmará que:

1. **La información proporcionada por el equipo auditor es suficiente para poder decidir y que incluirá como mínimo:**
 - Informes de auditoría.
 - Comentarios sobre las NC y, si procede, las correcciones y acciones correctivas llevadas a cabo por el cliente.
 - Confirmación de la información proporcionada a la Fundación y utilizada para la revisión de la solicitud.
 - Confirmación de que se han logrado los objetivos de la auditoría.
 - Recomendación de otorgar o no la certificación o renovación, junto con cualquier condición u observación.
2. **Se ha revisado, aceptado y verificado la eficacia de las correcciones y acciones correctivas, para todas las no conformidades que representan:**
 - Incumplimiento de uno o más requisitos de la norma de SG (estas no conformidades pueden categorizarse en el informe de auditoría como no conformidades menores) (plazo antes de 30 días)
 - Una situación que genere dudas significativas sobre la capacidad del sistema de gestión del cliente para alcanzar los resultados pretendidos (estas no conformidades pueden categorizarse en el informe de auditoría como no conformidades mayores) (plazo antes de 90 días)

En el caso de que el número de desviaciones constatadas o su naturaleza pongan de manifiesto graves defectos de funcionamiento se puede solicitar la realización de una auditoría extraordinaria, complementaria, antes de tomar la decisión de certificación.

Si la Fundación o puede verificar la implementación de las correcciones y acciones correctivas de cualquier no conformidad mayor dentro de los 6 meses posteriores al último día de la etapa 2, la fundación deberá realizar otra etapa 2 antes de recomendar la certificación.

En el caso de que no se reciba el cierre de las NC el proceso de certificación se podría cancelar.

 	PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	EDICIÓN	FECHA
	5	10/05/2016
		Página 13 de 22

3. Se ha revisado y aceptado el PAC del cliente para cualquier otra NC.

El certificado emitido tendrá una validez de 3 años desde la fecha de decisión de la certificación.

El mantenimiento de la validez de un certificado queda sometido al cumplimiento de los requisitos de certificación y se emitirá tras la cumplimentación del PE05-09 de solicitud de emisión del certificado

Se mantendrá la certificación de un cliente con base a una conclusión positiva formulada por el líder del equipo auditor, sin una decisión y revisión independiente posterior, siempre que:

- a) para cualquier no conformidad mayor u otra situación que pueda llevar a suspender o retirar la certificación, la Fundación Tenga un sistema que requiera que el líder del equipo auditor informe al organismo de certificación sobre la necesidad de certificación sobre la necesidad de iniciar una revisión por personal competente y diferente de aquel que llevó a cabo la auditoría, con el fin de determinar si se puede mantener la certificación.
- b) El personal competente del organismo de certificación realice seguimiento de sus actividades de seguimiento, incluido el seguimiento de los informes de sus auditores, con el fin de confirmar que la actividad de la certificación funciona de manera eficaz.

El contenido del certificado emitido por FAQ, se ajustará a los requisitos definidos en la norma ISO 17021 para dar cumplimiento a los mismos.

La utilización de la marca de certificación queda regulada según el Manual de uso de la Marca de Certificación (MMC) que se le enviará al cliente junto con el certificado. Las marcas de certificación se pueden utilizar para promocionar la certificación del sistema de gestión de la organización y en la documentación, pero nunca se utilizará sobre el producto, o su embalaje primario.

Además, la entidad mantendrá información actualizada accesible al público en su página Web de las organizaciones certificadas, así mismo el listado de todas las certificaciones emitidas PE05-10 y su validez se podrá consultar mediante petición a info@fundaq.org . Esta información incluirá para cada cliente su nombre, norma de referencia pertinente, alcance y ubicación física (ciudad y país).

5.9 Actividades de vigilancia

Estas actividades se desarrollarán para realizar el seguimiento regular de las áreas y funciones representativas, cubiertas por el alcance del SG, y se tengan en cuenta los cambios que puedan producirse tanto en el cliente certificado como en su SG.

Se realizarán auditorías in situ, que evalúen el cumplimiento del sistema de gestión certificado del cliente con respecto a la norma frente a la que otorga la certificación. Otras actividades de vigilancia pueden incluir:

 	PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	EDICIÓN	FECHA
	5	10/05/2016
		Página 14 de 22

- a. La petición de información del organismo de certificación al cliente certificado sobre aspectos relativos a la certificación
- b. La revisión de cualquier declaración del cliente relativa a sus operaciones (por ejemplo, material promocional, sitios en Internet)
- c. La solicitud al cliente para que proporcione información documentada (en papel o en medios electrónicos)
- d. Otros medios de seguimiento del desempeño del cliente certificado.

5.10 Auditorías de seguimiento

Se realizarán auditorías de seguimiento con una periodicidad anual, para comprobar que el SG certificado continúa cumpliendo los requisitos de la norma de referencia.

La fecha de seguimiento después de la certificación inicial no debe realizarse transcurridos más de los 12 meses desde la fecha en la que se tomó la decisión sobre la certificación.

Estas auditorías no serán necesariamente de todo el sistema debiendo contener el plan de auditoría, al menos:

- Una revisión de las acciones tomadas sobre las NC identificadas durante la auditoría previa.
- Auditorías internas y revisión por la dirección.
- Tratamiento de las quejas.
- Eficacia del SG en relación con el logro de los objetivos del cliente certificado y los resultados previstos del sistema de gestión
- Progreso de las actividades planificadas dirigidas a la mejora continua.
- Continuidad en el control operativo.
- Revisión de cualquier cambio
- Utilización de marca y/o cualquier otra referencia a la certificación.

FAQ mantendrá la certificación basándose en la demostración de que el cliente continúa satisfaciendo los requisitos de la norma de gestión.

En el caso de que el cliente solicite una auditoría especial para la ampliación del alcance de su certificación, ésta podrá realizarse conjuntamente con una auditoría de seguimiento.

 	PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	EDICIÓN	FECHA
	5	10/05/2016
		Página 15 de 22

5.11 Auditoría de renovación o recertificación

El propósito de la auditoría de renovación es confirmar la conformidad y eficacia continuas del sistema de gestión en su conjunto, así como su pertinencia y aplicabilidad continuas para el alcance de la certificación. Una auditoría de renovación se planificará y llevará a cabo para evaluar el cumplimiento continuo de todos los requisitos de la norma del SG pertinente u otro documento normativo.

La auditoría de renovación debe planificarse y llevarse a cabo en el tiempo apropiado para permitir la renovación oportuna antes de la fecha de caducidad del certificado.

Si el cliente desea renovar el certificado deberá seguir los pasos establecidos en el PE02 Ofertas y Contratos para solicitar a FAQ dicho servicio.

Si se han producido cambios significativos en el SG del cliente o en el contexto en el que opera, puede ser necesario incluir una auditoría de la fase 1.

Estas auditorías incluirán una auditoría in situ que trate lo siguiente:

- Eficacia del SG en su conjunto, a la vista de los cambios internos y externos que hayan podido producirse y su pertinencia y aplicabilidad continuada para el alcance de la certificación.
- Compromiso demostrado para mantener la eficacia y mejora del SG con el fin de reforzar el desempeño global.
- Si la operación del SG certificado contribuye al logro de la política y objetivos de la organización.

Para todas las NC mayores, detectadas las acciones correctivas se deben implementar y verificar antes de la expiración de la certificación

Cuando se hayan completado exitosamente las actividades de renovación de la certificación antes de la expiración de la certificación existente, la fecha de expiración de la nueva certificación puede basarse en la fecha de expiración de la certificación existente. La fecha de emisión de un nuevo certificado debe ser la fecha de la decisión de la renovación o una posterior.

Si la Fundación no ha completado la auditoría de renovación o no puede verificar la implementación de las correcciones y acciones correctivas para cualquier no conformidad mayor antes de la fecha de expiración de la certificación, entonces no se debe recomendar la renovación de la certificación y no se debe extender la validez de la certificación. La fundación le informará al cliente y le explicará las consecuencias de no cerrar las NC a tiempo.

Después de la expiración de la certificación, FAQ puede restaurar la certificación dentro de los 6 meses siguientes, siempre y cuando hayan completado las actividades de renovación de la certificación pendientes: de otro modo se debe realizar mínimo una etapa 1. La fecha de vigencia del certificado debe ser la fecha de la decisión de la

 	PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	EDICIÓN	FECHA
	5	10/05/2016
		Página 16 de 22

nueva certificación o una posterior y la fecha de expiración se debe basar en el ciclo de certificación anterior.

FAQ basará su decisión de renovar el certificado en función de los resultados de las auditorías de renovación de la certificación, así como en los resultados de la revisión del sistema durante el período de certificación y las quejas recibidas por parte de usuarios de la certificación.

5.12 Auditoría especial: de ampliación de alcance

FAQ en respuesta a la solicitud de ampliación de alcance de una certificación ya otorgada, se realizará una revisión de la solicitud y se determinará cualquier actividad de auditoría necesaria para decidir si se concede o no la ampliación de la certificación. La ampliación de alcance se puede realizar conjuntamente con la auditoría de seguimiento.

5.13 Auditoría especial: con notificación a corto plazo

Se realizarán visitas notificadas a corto plazo con el fin de investigar quejas, en respuesta a cambios o como seguimiento de clientes con la certificación suspendida.

En estos casos FAQ informará al cliente con antelación de las condiciones en las que se realizarán estas visitas y designará al equipo auditor cuidadosamente debido a la imposibilidad del cliente, dado el escaso tiempo de notificación, de formular objeciones a algún miembro de dicho equipo.

5.14 Transferencia de certificado de otra entidad certificadora.

Una transferencia de certificación, es el reconocimiento de un certificado del SG existente y válido concedido por una entidad certificadora acreditada por parte de la Fundación. Para ello se realizará una auditoría en la que se evidenciarán entre otros puntos lo siguiente:

- ✓ Que el certificado está en vigor y no hay ningún proceso sancionador.
- ✓ Que las no conformidades si las hubiera de informes anteriores estuvieran cerradas.
- ✓ Las quejas recibidas y acciones llevadas a cabo para su cierre
- ✓ Cumplimiento legal
- ✓ La etapa del ciclo actual de certificación.

El proceso de transferencia está desarrollado el PE09 de transferencia de certificaciones de Sistemas de Gestión Acreditados, en el cual se indica que se deberá enviar al auditor un plan de auditoría transfer PE05-12 y emitir un informe cumplimentado el formato PE05-05 Informe Transfer.

 	PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	EDICIÓN	FECHA
	5	10/05/2016
		Página 17 de 22

5.15 Directrices de auditoría.

La dirección técnica de la Fundación Ad Qualitatem ha desarrollado un documento, “PE05-15 Directrices de actuación del auditor AdQ”, en el que se incluyen distintos supuestos que puede encontrar el equipo auditor cuando vaya a certificar al cliente y la actuación aprobada desde la dirección técnica.

Este documento es de obligado cumplimiento para todos los auditores de AdQ.

5.16 Satisfacción del cliente

Con el objetivo de analizar el grado de satisfacción de la organización auditada y la percepción sobre el equipo auditor, desde el área de certificación se les enviará una vez realizada la auditoría, la encuesta de satisfacción al cliente PE05-13.

El RSG analizará la información obtenida de las encuestas de satisfacción enviadas por los clientes, proponiendo las acciones que considere adecuadas para subsanar desviaciones o detectar áreas de mejora, para ello se cumplimentará el PE05-14 Seguimiento Satisfacción del cliente.

5.17 Imparcialidad, confidencialidad, suspensión y retirada de certificados, apelaciones y quejas.

Gestión de la Imparcialidad

Las actividades de certificación llevadas a cabo por FAQ se realizan con total imparcialidad, reconociendo su importancia mediante la declaración de imparcialidad (DDI), accesible a las organizaciones certificadas, donde se pone de manifiesto el interés de la entidad en mantener la independencia y la imparcialidad, gestionar adecuadamente los conflictos de interés y asegurar la objetividad en sus actividades de certificación.

Para asegurar dicha imparcialidad, FAQ ha analizado todas sus actividades y la forma de informar, comunicar y comercializar las mismas para identificar conflictos de interés y gestionarlos de manera que se realicen de un modo independiente, imparcial e íntegro.

Para velar por el cumplimiento de esta declaración se ha creado el Comité de Imparcialidad, quien ha firmado la misma, y cuya composición estará accesible a disposición de cualquier parte interesada.

El equipo auditor firmará un documento por el que se compromete a comunicar la existencia de cualquier conflicto de interés que detecte sobre el cliente a auditar, con el fin de asegura la imparcialidad del mismo en el proceso de auditoría.

	PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	EDICIÓN	FECHA
	5	10/05/2016
		Página 18 de 22

Confidencialidad

Todos los miembros de la plantilla de FAQ, o aquellos que contratados externamente actúen en nombre de ésta y tengan acceso a cualquier tipo de información o documento derivado del proceso de auditoría, se comprometen, por medio de la firma del documento “Normativa de Confidencialidad” (en el caso del personal interno) o mediante la firma del contrato de prestación de servicios (personal externo a AdQ), a tratar dicha información de forma estrictamente confidencial. Este compromiso únicamente podrá ser alterado en caso de:

- Solicitud judicial.
- Acuerdo por escrito con el cliente.

Suspensión y retirada de la certificación

FAQ se reserva el derecho a suspender o retirar los certificados emitidos si el cliente incurre en alguna de las siguientes situaciones:

- La organización cliente no completa las acciones correctivas que corrijan los incumplimientos detectados durante las auditorías realizadas por FAQ, en el plazo establecido.
- El SG certificado del cliente ha dejado de cumplir de forma persistente o grave los requisitos de la certificación, incluidos los requisitos relativos a la eficacia del sistema de gestión
- El cliente certificado no permite la realización de las auditorías de seguimiento o de renovación de la certificación acuerdo con la periodicidad establecida.
- La organización certificada ha pedido voluntariamente la suspensión
- Existen evidencias del uso inadecuado de la Marca de certificación o del logo del FAQ por parte del cliente.
- La organización cliente no respeta los acuerdos técnicos y comerciales firmados con FAQ.

FAQ facilitará a la organización un plazo para permitir a ésta subsanar los incumplimientos que hubieran dado lugar a la suspensión del certificado.

El plazo máximo establecido para la resolución de estas anomalías es de 6 meses, por tanto, si durante este período no se resuelven los problemas que dieron lugar dicha suspensión, se retirará definitivamente el certificado o se reducirá el alcance de la certificación.

El procedimiento de suspensión, retirada y reducción del alcance está más desarrollado en el PE06 Suspensión, retirada o reducción de alcance.

 	PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	EDICIÓN	FECHA
	5	10/05/2016
		Página 19 de 22

Apelaciones

Las organizaciones pueden apelar las decisiones de FAQ en los siguientes casos:

- Rechazo a aceptar la solicitud de certificación.
- No emisión, suspensión o retirada del certificado.
- No aceptación del cliente de una No Conformidad referida en un informe de auditoría emitido por FAQ.
- No aceptación por parte de FAQ de una acción correctiva propuesta por el cliente para la corrección de un incumplimiento referido en un informe de auditoría emitido por FAQ.

Las apelaciones son gestionadas por el Secretario General Técnico y resueltas por el Comité de Imparcialidad quien finalmente emite una decisión unánime e inapelable en el plazo máximo de dos meses, desde la recepción de la apelación. Este procedimiento está desarrollado en el procedimiento PE07 apelaciones

Quejas

La Dirección de FAQ toma bajo su responsabilidad la investigación de la causa de la queja presentada por clientes o terceras partes, evaluando y registrando el tipo de acción a llevar a cabo para prevenir la repetición de la misma.

El reclamante recibirá una respuesta formal del resultado del tratamiento de la queja en el plazo máximo de un mes.

Ver procedimiento PG05 quejas.

[5.18 Transición norma ISO 9001:2015](#)

La transición a la nueva versión de la norma conlleva unos cambios que se deben de tener en cuenta en el proceso de certificación, siendo estos;

- ✓ Los clientes tienen tres años para poder hacer la transición de la norma ISO 9001:2008 a la norma ISO 9001:2015.
- ✓ Las certificaciones iniciales bajo acreditación, a partir de marzo del 2017 deben realizarse respecto a la ISO 9001:2015.
- ✓ Después del 15 de septiembre del 2018 todos los certificados de la ISO 9001:2008 dejarán de tener validez.

Se informará a todos los clientes certificados de la Fundación Ad Qualitatem de los puntos claves de la transición de la ISO 9001:2008- ISO 9001:2015 y de que los auditores les dirán que puntos de la norma no cumplirían ante la nueva versión del 2015.

 	PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	EDICIÓN	FECHA
	5	10/05/2016
		Página 20 de 22

Hay que tener en cuenta, que se deben ver todos los puntos de la norma, por lo que si el cliente quiere hacer la transición en un seguimiento, se tendrán que ampliar el número de jornadas, por lo que se recomienda realizarlo en la recertificaciones.

Para facilitar la transición, se les recordará a los clientes que pueden contratar preauditorías para revisar el grado de implantación de la nueva versión de la norma.

Los certificados emitidos con respecto a la norma antigua durante el periodo de transición (iniciales, recertificaciones, etc) deberán reflejar en su fecha de caducidad cómo máximo la fecha del fin del periodo de transición de tres años desde que se publiquen las normas, independientemente de su fecha de emisión o renovación.

Y los auditores deberán ser formados y evaluados con respecto a los requisitos de esta norma previo a la realización de las auditorías de transición con la nueva versión de la norma, al igual que el personal interno y aquel que desarrolle funciones y toma de decisión en el proceso de certificación.

El resto del proceso de certificación se mantiene sin cambios.

6. ANEXOS

- ✓ PE05-01 Plan de auditoría
- ✓ PE05-02 Informe de preauditoría
- ✓ PE05-03 Informe de Fase I
- ✓ PE05-04 Informe de Fase II
- ✓ PE05-05 Informe de transfer
- ✓ PE05-06 Documento de cierre de PAC
- ✓ PE05-07 Revisión expediente
- ✓ PE05-08 Revisión y toma de decisiones
- ✓ PE05-09 Solicitud de emisión del certificado
- ✓ PE05-10 listado de certificaciones
- ✓ PE05-11 Ciclo de auditoría
- ✓ PE05-12 Plan de transfer
- ✓ PE05-13 Encuestas de satisfacción
- ✓ PE05-14 Seguimiento satisfacción cliente
- ✓ PE05-15 Directrices de Auditoría
- ✓ PE05-16 Revisión de expedientes-Incidencias
- ✓ PE05-17 Documento informativo uso exclusivo auditores.

7. REGISTROS

Responsable	Código	Registro	Tiempo Archivo	Acceso
Auditor Líder	PE05-01	Plan de auditoría emitido por FAQ	Indefinido	EA (equipo auditor) RE(Revisor expediente) RSG / SGT
Auditor Líder	-	Evidencias recogidas durante la auditoría	Indefinido	EA (equipo auditor) RE(Revisor expediente) RSG/ SGT
Auditor Líder	PE05-02	Informe de preauditoría emitido por FAQ	Indefinido	EA (equipo auditor) RE(Revisor expediente) RSG/ SGT
Auditor líder	PE05-03	Informe de auditoría fase I	Indefinido	EA (equipo auditor) RE(Revisor expediente) RSG/ SGT
Auditor líder	PE05-04	Informe de auditoría fase II	Indefinido	EA (equipo auditor) RE(Revisor expediente) RSG/ SGT
Auditor líder	PE05-05	Informe de auditoría transfer	Indefinido	EA (equipo auditor) RE(Revisor expediente) RSG/ SGT
Auditor líder	PE05-06	Documento cierre pac	Indefinido	EA (equipo auditor) RE(Revisor expediente) RSG/ SGT
RE	PE05-07	Revisión del expediente	Indefinido	RSG/ SGT/ RE
SGT	PE05-08	Revisión y toma de decisiones	Indefinido	RSG/ SGT/RE
SGT	PE05-09	Solicitud de emisión del certificado	Indefinido	RSG/ SGT/RE
SGT	-	Certificado del SGC (emitido por FAQ)	Indefinido	RSG/ SGT/ RE
RSG	PE05-10-	Listado de certificaciones emitidas	Indefinido	Público
RSG	PE05-11	Ciclo de auditoría	Indefinido	RSG/SGT/ RE
RSG	PE05-12	Plan de transfer	Indefinido	RSG/SGT/RE/EA
Cliente	PE05-13	Encuestas de satisfacción	Indefinido	RSG/SGT/ RE
RSG	PE05-14	Seguimiento satisfacción cliente	Indefinido	RSG/SGT/ RE
RSG	PE05-15	Diretrices de Auditoría	Indefinido	RSG/SGT/RE /EA
RSG	PE05-16	Revisión de Expedientes_ incidencias	Indefinido	RSG/SGT/RE
Cliente	-	Plan de Acciones Correctivas / Alegaciones	Indefinido	RSG/SGT/REI

 	PE05 CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	EDICIÓN	FECHA
	5	10/05/2016
		Página 22 de 22

8. DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN RELACIONADOS

- PE01 Gestión de la Imparcialidad.
- PE02 Ofertas y Contratos.
- PE03 Competencia y Evaluación.
- PE04 Formación del personal involucrado en actividades de certificación.
- PE06 Suspensión, retirada o reducción del alcance de la certificación.
- PE07 Apelaciones.
- PE08 Conversión de certificados no acreditados en certificados acreditados.
- PE09 transferencia de certificados
- PE10 Auditorías a emplazamientos múltiples
- PE11 Auditorías de sistemas de gestión integrados
- PE12 TAAO
- PE14 Procedimiento de identificación y evaluación de riesgos
- PG04 NC, AC
- PG05 Quejas.
- DDO Derechos y Obligaciones de los Clientes Certificados.
- MMC - Manual de Uso de la Marca de Certificación.