



## **Bureau Veritas Certification**

# **Certificación de Sistemas de Gestión Informe de Auditoría para la Visita de seguimiento Del**

# **FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA**

<b>Información de la Organización</b>			
Nombre de la Organización	<b>FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA</b>		
Dirección	Calle 13 N° 18-24 Estacion de la Sabana	Ciudad	Bogotá - Colombia
Teléfono No.	(1) 3817171	Fax No.	(1) 3817171
Página Web	<a href="http://www.fps.gov.co">http://www.fps.gov.co</a>		
Contrato(s) No(s).			
<b>Información de Contacto</b>			
Nombre y cargo persona contacto	Mauricio Villaneda Jimenez	Teléfono No.	3144453178
Dirección e-mail	planeacion@fps.gov.co		
<b>Información de la Auditoría</b>			
Norma(s)	ISO 9001:2008 / NTC GP 1000:2009		
Código(s) Actividad Industrial	36		
N° de Empleados	210	N° Turnos	1
Tipo de Auditoría	Visita de seguimiento 1/2		
Fecha Inicio Auditoría	27/03/2015	Fecha Fin Auditoría	27/03/2015
Fecha Próxima Auditoría	Marzo de 2016	Duración próxima auditoría	2 DIA AUDITOR
<b>Información del Auditor</b>			
Auditor Líder	LUISA FERNANDA RAMIREZ		
Auditor (es) (Miembros de Equipo)	BELCY FLOREZ VASQUEZ		
Especialista	N/A		
Horario de los Turnos	08:00 am – 5:00 pm		
Si se trata de una auditoria “multi-site”, se establece un Apéndice relacionando todos los emplazamientos relevantes y/o centros remotos establecidos y anexos al informe de auditoría.			
Distribución	Cliente / Equipo Auditor / Oficina BV Certification		

Resumen de los Hallazgos de la Auditoría:					
Número de No Conformidades registradas:		Mayores:	3	Menores:	0
¿Se requiere una Auditoría Extraordinaria?	no	Duración de la Auditoría Extraordinaria		n/a	día(s)
Fecha(s) real(es) de la Auditoría Extraordinaria			Inicio:	Fin:	
Observaciones de la Auditoría Extraordinaria:					
n/a					
Recomendación del Equipo Líder					
Norma(s)	Recomendación				
ISO 9001:2008					
NTC GP 1000:2009					
Equipo Líder (1):	Auditor (es) (Miembros de Equipo)				
Luisa Fernanda Ramírez	BELCY FLOREZ VASQUEZ				
Alcance (el Alcance debe ser verificado y se refleja en el espacio inferior)					
Alcance 1 Reconocimiento de prestaciones económicas legales y convencionales a los pensionados y beneficiarios de las liquidadas empresas Ferrocarriles Nacionales de Colombia y Alcalis y la administración de los servicios de salud de los pensionados y beneficiarios de las empresas liquidadas Ferrocarriles Nacionales y Puertos de Colombia en todo el País.					
Acreditación					
Nº de Certificados requeridos					
Idiomas					
Motivo para emitir el Certificado	Se ha dado cumplimiento a todos los requisitos de la norma ISO 9001:2008 e internos para proceder a la certificación				
Instrucciones Adicionales (instrucciones adicionales para el certificado o información para la oficina) :					
Especificar los cambios en la Organización (alcance, número de empleados, emplazamientos, dirección, gestión, organización...). Ver coherencia con la Solicitud de Certificación No hay cambios					

## Resumen de la Auditoría

### 1. Objetivos de la Auditoría

Los Objetivos de esta auditoría son :

1. Confirmar que el Sistema de Gestión cumple todos los requisitos aplicables de la norma auditada;
2. Confirmar que la Organización ha implementado efectivamente las disposiciones planificadas
3. Confirmar que el Sistema de Gestión es capaz de cumplir la política y alcanzar los objetivos de la Organización.

Para Etapa 1:

1. Validar el alcance.
2. Confirmar que el Sistema de Gestión cubre adecuadamente todos los requerimientos de la norma auditada.
3. Confirmar que los elementos fundamentales del Sistema de Gestión son implementados incluyendo al menos un ciclo de auditorías internas y revisión por la dirección.
4. Confirmar la preparación de la Organización para la auditoría al Sistema completo (Etapa 2).
5. Recolectar la información relevante para la efectiva planificación de la auditoría al Sistema completo (Etapa 2).

### 2. Resultados de la Auditoría Previa

Los resultados de la última auditoría de este Sistema han sido revisados, en particular para asegurar que se han implantado las adecuadas correcciones y acciones correctivas para tratar cualquier no conformidad identificada.

Nº de no conformidades de la anterior auditoría	Mayores	1	Menores	5
Nº de no conformidades cerradas	Mayores	1	Menores	2
Nº de no conformidades abiertas de nuevo	Mayores	2	Menores	0

Las conclusiones de esta revisión son:

1/6: Se observan acciones tomadas, sin embargo aún se observan demoras en los tiempos definidos para la toma de acciones.

2/6: Se observa cierre adecuado

3/6: Se observa que actualmente aún se encuentran algunas quejas que no se responden en los tiempos o que no están adecuadamente relacionadas en el aplicativo ORFEO.

4/6 Cerrada por Nydia Torres durante la realización de la anterior auditoria

5/6 En esta acción se ha avanzado con algunas acciones, no obstante a la visita de la presente auditoria esta acción no ha sido eficaz. Por lo anterior se deja abierta esta acción.

6/6 se creó un procedimiento de supervisión y seguimiento a contratos de prestación de servicios de salud y PEDT, el cual está desarrollándose actualmente.

**2.1 Verificación del ciclo completo previo de informes de Auditoría de Bureau Veritas Certification**

La Auditoría tendrá en cuenta el desempeño del Sistema de Gestión durante el período de certificación a verificar

- Eficacia de todo el Sistema de Gestión considerando cambios internos y externos, la importancia continua del Sistema de Gestión y aplicabilidad del alcance de gestión.
- Demostrar compromiso en mantener la eficacia y la mejora del Sistema de Gestión con el fin de mejorar el desempeño general.
- Si el funcionamiento del Sistema de Gestión certificado contribuye al logro de la Política y Objetivos de la Organización.

Comparacion útil con los hallazgos de auditoría previos

Grado en que los hallazgos de auditoría previos han sido abordados por el Sistema.

Grado en que los hallazgos de auditoría actuales coinciden con los anteriores.

**3. Insumos Básicos y Planificación Inicial**

Actividades/locaciones/procesos/funciones de la organización basados en el plan de auditoría que fue presentado y se acordó con el auditado antes de la auditoría y fueron cubiertos y enumerados en la Sección de Resumen de Auditoría (Matriz de Auditoría) del informe.

PLAN AUDITORIA ACTUAL	
<b>Auditor Líder:</b> Luisa Fernanda Ramírez	<b>Tipo de Auditoría:</b> Auditoría de Re-certificación
<b>Auditor(es):</b> Belcy Florez	<b>Fecha Inicio Auditoría:</b> 24/03/2015
	<b>Fecha Fin Auditoría:</b> 27/03/2015
	<b>Auditoría a ser realizada según la(s) siguiente(s) norma(s)</b>
	1. ISO 9001:2008

Fecha	Hora	Actividad	Proceso	Auditor (Iniciales)						
24/03/2015	8:30	REUNION DE APERTURA		B	F					
	9:00		ATENCION AL CIUDADANO CARTAGENA	B	F					
	12:00	ALMUERZO		B	F					
	1:00		SERVICIOS DE SALUD CARTAGENA	B	F					
27/03/2015	7:30	REUNION DE APERTURA		L	F	R				
	8:00		MEDICION Y MEJORA	L	F	R				
	10:00		ATENCION AL CIUDADANO	L	F	R				
	12:00	ALMUERZO		L	F	R				
	1:00		PRESTACIONES ECONOMICAS	L	F	R				
	2:30		DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO							
	3:30	PREPARACIÓN DE INFORME		L	F	R				
	4:00	REUNION DE CIERRE		L	F	R				

**4. Personas claves entrevistadas / involucradas**

<b>Nombre</b>	<b>Departamento/Proceso</b>
Raymundo Cohen / Lina morales / Marbeluz Florez / Cindy López	ATENCION AL CIUDADANO
Raymundo Cohen / Lina morales / Cindy López	SERVICIOS DE SALUD
Lina Alejandra Morales / Mauricio Alejandro Villaneda / Jaime Escobar	MEDICION Y MEJORA
Roselys Silva / Virginia Escobar / Arlina Tovia	ATENCION AL CIUDADANO
José Jaime Azar Molina / Humberto Malaver	PRESTACIONES ECONOMICAS
Jaime Luis Lacouture Peñaloza	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

**5. Hallazgos de Auditoría**

El equipo auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos significativos, riesgos y objetivos. La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de las actividades y revisión de documentos y registros

La Auditoría en sitio inició con una Reunión de Apertura, contando con la asistencia de altos directivos de la organización.

Los hallazgos de auditoría fueron comunicados a la Dirección de la Organización durante la Reunión de Cierre, al igual que las conclusiones finales referentes a los resultados de la auditoría y recomendaciones dadas por el equipo auditor.

**5.1 Adecuación del Manual**

Se verifica manual de calidad, V.10. Se hace uso del mapa de procesos y la caracterización por cada uno de ellos evidenciando la interacción de los mismos.

**5.2 Validación del Alcance y Exclusiones**

Se observa que actualmente se excluye el numeral 7. 3 de la norma ya que las características del servicio están definidas por ley. Así mismo se excluye el numeral 7.6 de la norma, al cual se hace la observación de verificar su inclusión en el sistema de gestión de calidad ya que es un numeral que se aplica desde la prestación del servicio por las IPS, o entidades prestadoras del servicio de salud pero que actualmente la organización ha considerado que no está en su poder dar control ya que se contrata a dichas entidades para asegurar la prestación del servicio de salud.

**5.3 Nivel de Integración (en caso de una Auditoría de Sistema de Gestión Integrado)**

N/A

**5.4 Cumplimiento de los Compromisos de Política y Objetivos**

Se observa adecuado conocimiento y apropiación de la política de calidad y objetivos en el personal de la organización y se cuenta con matriz para el control del cumplimiento de estos por medio de indicadores de gestión

**5.5 Descripción de la conformidad y capacidad del Sistema**

Se evidencia un Sistema de Calidad fortalecido con cambios adecuados para su mejora continua. Así mismo se observa que el Sistema de Gestión cuenta con adecuada capacidad de adaptación al cambio sin que se vea afectada su integridad.

**5.5.1 General**

El FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA es una organización dedicada al Reconocimiento de prestaciones económicas legales y convencionales a los pensionados y beneficiarios de las liquidadas empresas Ferrocarriles Nacionales de Colombia y Alcalisis y la administración de los servicios de salud de los pensionados y beneficiarios de las empresas liquidadas Ferrocarriles Nacionales y Puertos de Colombia en todo el País

El Sistema de Gestión de Calidad está conformado por 14 procesos, los cuales identifican su interacción por medio de cada una de las caracterizaciones definidas para ellos.

Se han definido mecanismos de seguimiento y medición en cada proceso.

**5.5.2 Planificación**

La organización ha establecido adecuadamente los procedimientos requeridos por la norma ISO 9001:2008 y GP1000:2009, así como una política de calidad y objetivos apropiados a las actividades realizadas por esta.

El FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ha identificado adecuadamente todos los requisitos legales a los que debe dar cumplimiento acorde a las actividades certificadas.

**5.5.3 Implementación y Operación**

A lo largo de la auditoria a los procesos misionales, se observa adecuada determinación y aplicación de los requisitos de planificación, los asociados a la determinación de las necesidades del cliente, controles a la prestación del servicio y al producto final.

**5.5.4 Seguimiento y Medición**

Actualmente todos los procesos auditados cuentan con indicadores de gestión para medir y controlar el cumplimiento de su gestión, en la mayoría de ellos con adecuados cumplimientos y toma de acción cuando se ha requerido, en otros casos se han definido mecanismos de control a las actividades desarrolladas.

**5.5.5 Mejora**

El FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA, cuenta con análisis de datos en cada uno de sus indicadores y en la revisión gerencial se puede evidenciar análisis y toma de acciones relativas a la percepción del cliente y otros aspectos.

**5.6 Fortalezas del Sistema**

- Compromiso y apertura a las oportunidades de mejora, por parte de todo el personal auditado.
- Compromiso y provisión de recursos por parte de la alta dirección
- Infraestructura apropiada para la prestación del servicio.
- Percepción del cliente y usuarios frente a la prestación del servicio

**5.7 No Conformidades**

**NC #1:** Se evidencia que la no conformidad numerada como 5/6 de la auditoria de re-certificación referente a la desactualización de los procedimientos de: Auditoria médica de puntos de atención, código# MIGSSGSSPY01, funcionamiento comité técnico científico y pago por conceptos medicamentos, servicios médicos, y prestaciones de salud, código# MIGSSGSSPY03, no ha sido eficaz ya que se evidencian desactualizados aun en el aplicativo del Sistema de Gestión de Calidad.

**NC #2:** Se está haciendo uso del logo de Bureau Veritas Certification en plantillas de comunicaciones internas tales como oficios y memorandos en los cuales se observa que el número de certificado no cuenta con el número actualizado del certificado entregado en la auditoria del año anterior.

**NC #3:** Se evidencia que la no conformidad numerada como 3/6 de la auditoria de re-certificación referente a que no se evidencia la respuestas a algunas quejas dentro de los términos de ley (código contencioso administrativo), no ha sido eficaz ya que en los siguiente casos de la muestra se observa:

- 201522000000157: según el sistema ORFEO la queja aun esta abierta. La queja se respondió el 23 de enero llega a la entidad el 2 de enero
- 201522000000437: recibida el 9 de enero de 2015 sin respuesta a la fecha, última actuación en ORFEO el momento en que se digitalizó la queja.
- 201522000000567: recibida el 9 de enero de 2015 sin respuesta a la fecha, última actuación en ORFEO el momento en que se digitalizó la queja.
- 201522000000677: según el sistema ORFEO la queja aún está abierta. La queja se respondió el 11 de febrero llega a la entidad el 13 de enero con respuesta por fuera de tiempos acorde al nuevo Código Contencioso Administrativo

**Nota:**

Las no conformidades relacionadas anteriormente, serán tratadas mediante el proceso de acciones correctivas de la Organización, de acuerdo con los requisitos relevantes de la norma de auditoría, relativos a las acciones correctivas, con acciones que prevengan su repetición y conservando registros completos de las mismas.

Las acciones correctivas para tratar las no conformidades **mayores** identificadas, serán llevadas a la práctica de manera inmediata y se notificará a Bureau Veritas Certification de dichas acciones, en un plazo de 30 días. Nuestro auditor podrá llevar a cabo una **auditoría extraordinaria** o solicitará el envío de las evidencias de implementación en un plazo de 90 días para confirmar las acciones tomadas, evaluar su eficacia y determinar si la certificación puede ser concedida o mantenida.

La Organización deberá hacer llegar a Bureau Veritas Certification un Plan de Acciones Correctivas para tratar las no conformidades **menores** identificadas en un plazo máximo de 90 días, este Plan será llevado a la práctica por la Organización que mantendrá registros con evidencias de ello.

La respuesta a las no conformidades pueden ser enviadas bien sea mediante documentos en soporte papel o en soporte electrónico (preferentemente), utilizando el formato de No conformidad incluido en el informe que debe ser enviado al Auditor Líder.

Esta información deber ser enviada al correo [documentacion.bvc@co.bureauveritas.com](mailto:documentacion.bvc@co.bureauveritas.com) con copia al Auditor Líder.

En la próxima auditoría programada, el equipo auditor de BV Certification realizará el seguimiento de todas las no conformidades identificadas previamente, para confirmar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.

## **INFORME DE NO CONFORMIDADES**

Las no conformidades aquí detalladas deberán ser tratadas a través del proceso para acciones correctivas de la organización y en acuerdo con los requerimientos para acciones correctivas para el estándar auditado. Las mismas deberán ser respondidas y enviadas al auditor en los formularios SF02 incluidos en el informe de la auditoría.

A continuación encontrará los requerimientos de Bureau Veritas Certification para:

- a. Plazos previstos para el tratamiento de no conformidades
- b. Contenido de la respuesta

### **a. Plazos previstos para el tratamiento de no conformidades**

Las acciones correctivas para tratar no conformidades mayores que se hayan detectado deben llevarse a cabo de forma inmediata. La corrección, el análisis de causa raíz y el plan de acciones correctivas, junto con evidencias de implementación satisfactorias, deben presentarse dentro de los 30 días para no conformidades mayores y 90 días para no conformidades menores desde el último

día de auditoría (reunión de cierre), excepto que Bureau Veritas Certification y el cliente acuerden un período de tiempo menor.

La revisión de no conformidades se realiza a través una revisión de oficina. Sin embargo, dependiendo de la severidad de los hallazgos, el auditor puede realizar una auditoría de seguimiento para confirmar las acciones tomadas, evaluar su efectividad y determinar si se recomienda otorgar la certificación o su continuidad, según corresponda.

En el caso de no conformidades menores, la corrección, el análisis de causa raíz y el plan de acción correctivo deben ser aprobados por el líder del grupo. La verificación de la implementación y efectividad de la acciones correctivas tomadas se llevarán a cabo en la próxima visita.

Es recomendable que el cliente provea de una respuesta temprana a fin de que haya tiempo para revisiones adicionales en caso de ser necesarias.

Para recertificaciones, el plazo para el tratamiento de no conformidades será definido por el líder del equipo auditor a fin de que las acciones correctivas sean implementadas previo al vencimiento del certificado.

Toda respuesta a las no conformidades que detectadas debe realizarse en formato utilizando el formulario SF02 incluido en el informe de la auditoría y enviado a Bureau Veritas Certification ([documentacion.bvc@co.bureauveritas.com](mailto:documentacion.bvc@co.bureauveritas.com)).

#### **b. Contenido previsto de la respuesta**

La respuesta del cliente ante una NC debe ser revisada por el líder del equipo auditor en tres partes: corrección, análisis de causa raíz y acciones correctivas. En la revisión de estas tres partes, el auditor busca un plan y la evidencia de que dicho plan se esté implementando.

##### **Corrección**

1. La extensión de la no conformidad fue determinada (la NC fue corregida y el cliente examinó el sistema para identificar si había otros ejemplos que necesitaban ser corregidos). Asegurarse de que la corrección responda a la pregunta “¿Es este un caso aislado o no?”, en otras palabras “¿Hay algún riesgo de que esto pueda volver a ocurrir en los otros sitios / departamentos?”.
2. Si la corrección no puede ser inmediata; será apropiado diseñar un plan para corregir la NC (responsable y fecha)
3. Evidencia de la corrección se implementó o de que el plan está siendo implementado.

##### **Análisis de Causa Raíz**

1. La Causa Raíz no debe simplemente repetir el hallazgo, tampoco debe hacerlo la causa directa del problema.
2. Un análisis profundo para determinar la verdadera causa raíz, ej. Que alguien no haya seguido un proceso puede ser una causa directa. Determinar por qué alguien no siguió un proceso conducirá a la verdadera causa raíz.
3. La declaración de la causa raíz debe hacer foco en un solo problema sin ninguna pregunta obvia de “por qué”. Si una pregunta de “por qué” puede razonablemente ser preguntada sobre el análisis de causa raíz, es un indicativo de que el análisis no es lo suficientemente profundo.
4. Asegúrese de que la causa raíz responda la pregunta “¿Qué aspecto del sistema tuvo que fallar para que el problema ocurra?”.
5. Culpabilizar al empleado no será aceptado como la única causa raíz.
6. Abordar problemas con el proceso al igual que identificar qué sistema de detección falló.

##### **Acción Correctiva**

1. La acción correctiva o el plan de acción correctivo tratan la/s causa/s raíz/raíces determinada/s en el análisis de causa raíz. De no haber definido una verdadera causa raíz no podrá prevenir la repetición del problema.
2. Para poder ser aceptado, el plan debe incluir:
  - acciones para tratar la o las causas raíz.
  - identificación de los responsables por las acciones
  - un cronograma (con fechas) para su implementación

- siempre debe incluir un "cambio" en el sistema. Capacitación y/o la publicación de un boletín, generalmente no son cambios en el sistema.

3. Para que la evidencia de su implementación sea aceptada debe cumplir:

a. Se debe proveer evidencia suficiente para demostrar que el plan está siendo implementado según lo detallado en la respuesta (y de acuerdo al cronograma).

b. Nota: En algunos casos, no se requiere de evidencias completas para el cierre de la NCR; alguna evidencia puede ser revisada durante una auditoría futura cuando se revisen las acciones correctivas.

### **5.8 Observaciones**

Ver informe adjunto.

### **5.9 Oportunidades de Mejora**

Ver informe adjunto.

### **5.10 Uso del Logo**

Se está haciendo uso en plantillas de comunicaciones internas tales como oficios y memorandos en los cuales se observa que el número de certificado no cuenta con el número actualizado del certificado entregado en la auditoria del año anterior.

## **6. Incertidumbre / Obstáculos que podrían afectar la confiabilidad de las conclusiones de la auditoria**

NINGUNO

## **7. Opiniones divergentes (discrepancias) sin resolver entre el Equipo Auditor y el Auditado**

NINGUNA

## **8. Actividades de Seguimiento acordadas**

- Ninguna

## **9. Conclusión:**

- Se ha demostrado la conformidad de la documentación del Sistema de Gestión, con los requisitos de la norma auditada y dicha documentación proporciona estructura suficiente para apoyar la implantación y mantenimiento del sistema de gestión,
- La Organización ha demostrado la efectiva implantación y mantenimiento / mejora de su Sistema de Gestión.
- La Organización ha demostrado el establecimiento y seguimiento de adecuados objetivos y metas clave de desempeño, y ha realizado el seguimiento del progreso hacia su consecución.
- El programa de auditorías internas ha sido implantado en su totalidad y demuestra su eficacia como herramienta para mantener y mejorar el Sistema de Gestión.
- A través del proceso de auditoría, se ha demostrado la total conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos de la norma auditada.

**10. Recomendación final**

El Equipo Auditor ha realizado una auditoría basada en los procesos, centrada en los aspectos/riesgos significativos y objetivos requeridos por la(s) norma(s). La metodología de auditoría empleada ha consistido en entrevistas, observación de actuaciones, muestreo de las actividades y revisión de documentos y registros.

El desarrollo de la auditoría se realizó de acuerdo al plan de auditoría y a la matriz de procesos auditados incluidos en los apéndices de este informe resumen de auditoría.

El equipo auditor llega a la conclusión de que la Organización FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA ha establecido y mantenido su sistema de gestión de acuerdo a los requisitos de la(s) norma(s) ISO 9001:2008 y GP1000:2009, demostrando la capacidad del sistema para lograr que se cumplan los requisitos para los productos y/o servicios incluidos en el alcance, así como la política y los objetivos de la Organización.

Por lo tanto, el equipo auditor, basado en los resultados de esta auditoría y el estado de desarrollo y madurez demostrado del Sistema establece que la certificación de este Sistema de Gestión sea:

- **Mantenida, sujeta a un plan de acciones correctivas satisfactorio**

**Este informe es confidencial y su distribución está limitada al equipo auditor, la propia Organización y la oficina de BV Certification**

INFORME RESUMEN DE LA AUDITORÍA PARA ISO 9001:2008

Exclusiones / Justificación		Proceso / Actividad / Departamento																	INC T O T A L E S		
		Rev Doc																			
7.3		Cumplimiento (S/N) Ver comentarios abajo																			
7.6																					
Cláusula	Descripción																				
4.1	Requisitos generales	X	X	X																X	
4.2	Requisitos de la documentación	X	X	1	X			X	X											1	
5.1	Compromiso de la Dirección	X						X													
5.2	Enfoque al cliente	X	X	X																X	
5.3	Política de la calidad	X		X					X											X	
5.4	Planificación	X				X															
5.5	Responsabilidad, autoridad y comunicación	X																			
5.6	Revisión por la dirección	X						X													
6.1	Provisión de recursos	X						X													
6.2	Recursos Humanos	X																			
6.3	Infraestructura	X																			
6.4	Ambiente de trabajo	X																			
7.1	Planificación de la realización del producto	X	X	X					X											X	
7.2	Procesos relacionados con el cliente	X	X	X					1											1	
7.3	Diseño y desarrollo																				
7.4	Compras	X																			
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio	X		X						X										X	
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio	X		X																X	
7.5.3	Identificación y trazabilidad	X		X						X										X	
7.5.4	Propiedad del cliente	X		X																X	
7.5.5	Preservación del producto	X		X																X	
7.6	Control de los dispositivos de seguimiento y medición																				
8.1	Medición, análisis y mejora/Generalidades	X		X				X												X	
8.2.1	Satisfacción del cliente	X	X	X					X											X	
8.2.2	Auditoría interna	X																			
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos	X	X	X					X	X										X	
8.2.4	Seguimiento y medición del producto	X		X																X	
8.3	Control del producto no conforme	X		X																X	
8.4	Análisis de datos	X	X	X				X	X	X										X	
8.5.1	Mejora continua	X																			
8.5.2	Acción correctiva	X	X	X	X															X	
8.5.3	Acción preventiva	X	X	X	X															X	
	Uso del Logo							1												1	
<b>Observaciones a la Revisión de la Documentación :</b>																					
<b>Solicitud de Certificación / Revisión de la Documentación</b>																					
<b>Cláusula / Descripción y Comentarios</b>																					