

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Informe de Auditoría

Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN: 2008/0030/ER/09 NORMA DE APLICACIÓN: UNE-EN ISO 9001:2015	Nº INFORME: 03 TIPO DE AUDITORÍA: 1ª SEGUIMIENTO Auditoría: Individual <input checked="" type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Integrada <input type="checkbox"/> Requiere envío de Acciones Correctivas: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

Fecha de realización de la Auditoría: 2022-12-12 y 13

DATOS GENERALES

A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la Organización	FACULTAD DE ODONTOLOGÍA (UNIVERSIDAD DE SEVILLA)
Dirección	CL AVICENA, S/N. 41009 - SEVILLA
Representante de la Organización (nombre y cargo)	D. José Luis GUTIÉRREZ PÉREZ (Decano)

B. EQUIPO AUDITOR

Función	Nombre	Iniciales
Auditor Jefe	D. José MARTÍNEZ HERVÁS	JMH

C. CRITERIOS DE AUDITORÍA

El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:

- Requisitos de la/s norma/s de sistema de gestión de referencia
- Los procesos definidos y la documentación del sistema de gestión desarrollada por el cliente
- Los requisitos legales y reglamentarios aplicables

D. USO DE TÉCNICAS DE AUDITORÍA EN REMOTO

Si durante la auditoría se utilizan técnicas de auditoría en remoto en alguna medida, cumplimentar la siguiente tabla:

Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)	Herramientas y descripción
Herramienta(s) a utilizar	
Plataforma(s) IT del cliente	

Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Descripción (cuando proceda)
Revisión documental (no en tiempo real) (ej., revisión de documentos en web)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Videollamada (WebEx)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Captura de Pantallas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Video en tiempo real o no real	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Grabación de video	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Intercambio de fotografías	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
COMENTARIOS:		

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Cuestiones generales para todos los Sistemas de Gestión

Confirmación de la realización de la auditoría
Se ha realizado la auditoría 1ª de Seguimiento de Certificación del Sistema de Gestión de calidad de la organización FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - UNIVERSIDAD DE SEVILLA donde se ha comprobado la adecuada implantación del Sistema respecto a los requisitos especificados en la norma de referencia ISO 9001:2015.
Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado
La prestación de los servicios de: - Impartición de formación universidad reglada de grado en odontología. - Realización de prácticas clínicas en el ámbito odontológico docente.
¿Es adecuado el alcance del certificado? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indicar si se han producido cambios o modificaciones, desde la anterior auditoría: NINGUNA
Alcance de la auditoría: ¿Se han auditado todas las actividades incluidas en el alcance del certificado (sólo para auditorías de seguimiento)? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> En caso negativo incluir descripción del muestreo realizado (actividades, proyectos, líneas de producto, tipos de servicio, emplazamientos temporales, etc.). Se ha auditado la prestación de los servicios de impartición de formación universidad reglada de grado en odontología.
Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión
Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión: 1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados El Sistema de Gestión de calidad de la organización FACULTAD DE ODONTOLOGIA (UNIVERSIDAD DE SEVILLA), cumple con los requisitos de la norma de referencia y con el resto de criterios de auditoría (requisitos legales y reglamentarios, requisitos del cliente y requisitos propios del sistema de gestión interno) y se considera que se encuentra adecuadamente implantado, a excepción de las no conformidades reflejadas en el presente informe. 2. Auditoría interna y el proceso de revisión del sistema por la Dirección En cuanto al proceso de <u>Auditoría Interna</u> : La evaluación del grado de implementación del sistema de gestión de calidad se ha realizado por parte de un equipo auditor externo. Durante la auditoría se ha verificado la calificación del equipo auditor según los requisitos definidos en el procedimiento en vigor. Al mismo tiempo se ha verificado la competencia, idoneidad, e imparcialidad con respecto a las áreas auditadas. La auditoría ha evaluado la totalidad de los requisitos establecidos en las normas de referencia, comprobándose la eficacia de este proceso como herramienta de seguimiento y de implantación del sistema de gestión acorde a la norma UNE-EN ISO 9001:2015. Durante la auditoría interna, que se ha realizado con fecha 13 y 14 de octubre de 2022, se han detectado un total de tres no conformidades, las cuales han sido tratadas por la organización.

En cuanto al proceso de Revisión del sistema por la Dirección:

Se ha auditado en base al acta de revisión del sistema por dirección de fecha noviembre de 2022, en la que se realiza un análisis de todos los elementos de entrada de la norma de referencia, así como en el que se definen las acciones de mejora derivadas del análisis de dichos datos contenidos en el informe de revisión por dirección.

Adicionalmente se ha evaluado el grado de adecuación de los objetivos de Calidad planificados para el curso 2022/2023, así como el seguimiento y cierre de datos de los objetivos relativos al periodo anterior. Los objetivos auditados están alineados con la política y a su vez con la estrategia de la organización.

3. Estado de implantación y cierre de No conformidades detectadas en la anterior auditoría (en el caso de auditoría de renovación se revisarán todas las no conformidades del ciclo): Cerradas correctamente las correspondientes a FASE II.

Cambios significativos con respecto a la anterior visita y su impacto en el Sistema de Gestión

No aplica al ser auditoría inicial.

Confirmación sobre el cumplimiento de los objetivos de auditoría

Los objetivos de la auditoría son:

- *Determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización / empresa auditada, o partes de dicho sistema, con los criterios de auditoría.*
- *Determinar su capacidad para asegurar que la organización cumple con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables (teniendo siempre presente que una auditoría de certificación de un sistema de gestión no es una auditoría de cumplimiento legal).*
- *Determinar la eficacia del sistema de gestión, para asegurar que el cliente puede tener expectativas razonables en relación con el cumplimiento de los objetivos especificados; y cuando corresponda, identificar posibles áreas de mejora.*

(Si procede, añadir objetivos específicos de la presente auditoría)

¿Se han cumplido los objetivos de la auditoría? SI NO

Se indicará si se ha producido cualquier situación durante la auditoría que haya afectado a la consecución de sus objetivos (imposibilidad de evaluar una actividad, centro, requisito...), así como cualquier cuestión significativa que afecte al programa de auditoría y/o al **Plan** de auditoría, incluyendo las causas que las han generado.

¿Qué cuestiones han quedado por resolver a la finalización de esta auditoría? NINGUNA

Cuestiones para Sistema de Gestión adaptados a la Estructura de Alto Nivel

Comprensión del contexto de la organización

La organización ha realizado el análisis de contexto con fecha diciembre de 2020 y revisado con fecha octubre de 2022, en el cual se han identificado los factores internos y externos relevantes para el Sistema de gestión de calidad.

En cuanto a los grupos de interés, la organización ha identificado las partes interesadas, así como sus necesidades y expectativas.

Enfoque a riesgos y oportunidades
Durante la auditoria se ha revisado la identificación realizada por la organización en relación con los riesgos y oportunidades derivados tanto del análisis de contexto como de las partes interesadas y procesos. Para cada riesgo la organización ha planificado las acciones encaminadas a su mitigación. Al mismo tiempo se ha podido comprobar el análisis de la eficacia de las acciones planificadas para el periodo anterior.
Liderazgo
La alta dirección, Decano, demuestra su liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión. Como evidencia, cabe señalar que el decano de la facultad asume la máxima responsabilidad de la eficacia del sistema de gestión, aprueba la política y objetivos del sistema, asegura que son compatibles con la estrategia de la facultad, ha promovido e implantado el enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos, y asegura la disponibilidad de recursos necesarios para el sistema de gestión.
Otras consideraciones del equipo auditor
Ninguna consideración adicional.
Puntos fuertes
<ul style="list-style-type: none"> - Esfuerzo de la organización para el mantenimiento del Sistema de gestión. - Ampliación de la oferta de asignaturas optativas para el primer curso 2022/23.
Oportunidades de mejora
<ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda el establecimiento de valores de referencia iguales entre los indicadores de control de proceso y los incluidos en la Carta de Servicios de la organización. - Se recomienda la realización de una evaluación estratégica del análisis de contexto, partes interesadas y riesgos y oportunidades una vez finalizado el curso, de manera que las acciones planteadas y planificadas sean más representativas a la situación de la organización. En dicha matriz, concretar en mayor medida el cierre y eficacia de las medidas tomadas para el curso finalizado. - Podría fortalecer el control sobre la evaluación de alumnos, el establecimiento de unos ejercicios de homogeneización / calibración a la hora de la corrección de pruebas entre distinto profesorado de la materia. - Profundizar en mayor medida en los análisis de las encuestas de partes interesadas. - Realización de encuestas adicionales a las realizadas por la Universidad de Sevilla. - En relación al mantenimiento de infraestructura, se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> • Utilización de un GMAO para el registro y control de las tareas (Gestión de Mantenimiento Asistida por Ordenador). • Fortalecer el registro en el sistema de la resolución de correctivos ante deficiencias detectadas en preventivos. • Seguimiento de las inspecciones reglamentarias de instalaciones en el Plan de Mantenimiento. - Incluir dentro de la automatización de indicadores el seguimiento de la planificación de prácticas y clínicas.

Nº	Observaciones	Norma/s
01	De manera puntual, en la revisión por la dirección de octubre 2022 no incluye el análisis de las medidas tomadas ante el riesgo identificado en la matriz "alertas sanitarias".	UNE EN ISO 9001:2015

02	En la página web de la Facultad aparece las Hojas Informativas del Plan de Estudios correspondientes al curso 2021/22.	UNE EN ISO 9001:2015
----	--	-------------------------

Documentos adjuntos al informe de auditoría:

- Matriz de actividades de auditoría
- Hoja de Datos
- Otros:

ANEXO

Cuestiones particulares del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001

a. ISO 9001 (Sistemas de Gestión de Calidad)

i. Información sobre satisfacción de Cliente

Para la medición de la satisfacción de los diferentes grupos de interés identificados por la organización en el Sistema de Gestión de Calidad, la organización sigue manteniendo la sistemática de recopilación de esta información mediante la realización de encuestas a: pacientes, alumnos de grado, alumnos egresados, PAS y PDI, operativa que se encuentra definida en el procedimiento PG 07.

A continuación se presentan los datos de las valoraciones medias obtenidas en el último periodo (2021-2022): escala 1-5.

- Alumnos= 3,69
- PAS= 3,71
- PDI= 3,96

Durante el curso 2021-2022, se han recibido 33 quejas/reclamaciones las cuales han sido contestadas de media en 2 días. Ninguna superando los 7 días de contestación. Todas tratadas conforme a lo establecido en el procedimiento correspondiente.

ii. Enfoque a procesos

La organización tiene definido un cuadro de mandos para el seguimiento y control de los procesos del Sistema de gestión. Durante la auditoria se ha evidenciado la medición de los correspondientes al año académico 2021/2022, estando todos ellos dentro de los valores de referencia establecidos.

Información específica del sistema de gestión a adjuntar al informe, cuando aplique:

- Listado de proyectos
- Listado de obras y/o servicios
- Listado completo de centros temporales
- Otros:

ANEXO - MATRIZ ACTIVIDADES DE AUDITORÍA

PLAN DE VISITA					
Proceso / Actividad / Departamento	Responsable Empresa	Auditor	Centro	Día	Hora
<i>REUNIÓN INICIAL</i>	DIRECCIÓN / RESPONSABLE	JMH	1	1	08:00-09:00
Sistema de Gestión	RESPONSABLE	JMH	1	1	09:00-10:30
Contexto	RESPONSABLE	JMH	1	1	10:30-11:00
Planificación	RESPONSABLE	JMH			11:00-11:30
Liderazgo	RESPONSABLE	JMH	1	1	11:30-12:00
Riesgos y oportunidades	RESPONSABLE	JMH	1	1	12:00-13:00
Seguimiento y Medición de los Procesos	RESPONSABLE	JMH	1	1	13:00-14:00
Auditoría Interna	RESPONSABLE	JMH	1	1	14:00-14:30
No Conformidades	RESPONSABLE	JMH	1	1	14:30-15:00
Mantenimiento	RESPONSABLE	JMH	1	1	15:00-16:00
Compras	RESPONSABLE	JMH	1	2	08:00-10:00
Impartición de Formación	RESPONSABLE	JMH	1	2	10:00-14:00
<i>ELABORACIÓN INFORME DE AUDITORÍA</i>	DIRECCIÓN / RESPONSABLE	JMH	1	2	14:00-15:30
<i>REUNIÓN FINAL</i>	DIRECCIÓN / RESPONSABLE	JMH	1	2	15:30-16:00

CUADRO DE NO CONFORMIDADES

Ref. NC	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma UNE ISO 9001:2015	Categoría N. C.
	No se han detectado no conformidades.		

Nota 1: Para todas las NC descritas en esta tabla, será necesario que la Organización establezca y documente las acciones correctivas pertinentes.

Nota 2: Aunque puedan existir apartados / subapartados que se auditen conjuntamente (cuando así lo indique la Matriz de Actividades), las NC se asignarán al subapartado específico en el que se detectan.

DISPOSICIONES FINALES

- Las observaciones y no conformidades han sido aclaradas y entendidas.
- A la vista de los resultados de la auditoría, el Auditor Jefe realiza la siguiente propuesta sobre la certificación:

MANTENIMIENTO

- No obstante, los Servicios Técnicos de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. son el órgano responsable de la decisión final sobre la certificación, una vez analizados los resultados reflejados en este informe de auditoría y en el plan de acciones correctivas (cuando proceda) enviado por la organización. En consecuencia, la propuesta del equipo auditor sobre la certificación podrá ser ratificada o no.
- Teniendo en cuenta las no conformidades indicadas en este informe, si fuese necesaria la presentación del Plan de Acciones Correctivas, la Organización se compromete a enviarlo a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. (a la dirección de correo electrónico facilitada por la Sede) en 30 días naturales a partir de la fecha de emisión del informe de auditoría, con la información requerida por la *Guía para la elaboración del plan de acciones correctivas*. En caso de que el Plan de Acciones Correctivas no fuera satisfactorio, la organización dispone de un plazo de 15 días naturales para el envío de la documentación adicional que le sea requerida por AENOR INTERNACIONAL S.A.U., a partir de la fecha de recepción dicho requerimiento.
- Indicar las no conformidades del presente informe a las cuales la organización tiene intención de presentar apelación. En este caso, la organización deberá enviar a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. en el plazo de 7 días naturales, a contar desde la fecha del último día de auditoría, la justificación y evidencias documentales necesarias para su valoración por los servicios de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. Asimismo, se informa a la organización que cualquier queja o reclamación sobre la actuación de AENOR INTERNACIONAL S.A.U., estas deben ser remitidas a la siguiente dirección: calidad@aenor.com
- El Equipo Auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe y hace entrega al Representante de la Organización del Informe de Auditoría.
- Durante la auditoría se ha comprobado el uso de la marca correspondiente a la/s Norma/s auditada/s, identificándose en el presente informe cualquier desviación que pudiera haberse detectado al respecto.
- Las no conformidades pueden referirse a incumplimientos de los requisitos de la norma de referencia aplicable, o de cualquier otro requisito establecido en el Sistema de Gestión de la Organización.
- Se acuerda con la Organización, las siguientes fechas para la realización de la próxima auditoría:

Fecha próxima auditoría:	Primera quincena diciembre 2023
Fecha expiración del actual certificado: (no cumplimentar en Fase I / Fase II)	2025-01-11

- Comentarios si procede, sobre la planificación de la próxima auditoría (a cumplimentar por el Auditor Jefe):
- Con antelación a la realización de la próxima auditoría, se determinarán en el Plan de Auditoría los centros a visitar y la planificación de actividades prevista.
- Una vez concedida la Certificación, la organización se compromete a poner a disposición de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. durante la realización de las auditorías la documentación vigente del Sistema de Gestión.
- Para cualquier aspecto relacionado con el proceso de certificación, la organización puede dirigirse al Técnico Responsable de su Expediente (TRE). **Alicia DELGADO GALLARDO** adelgado@aenor.com

En Sevilla, a 13 de diciembre de 2022

ANEXO A CENTROS VISITADOS

DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)
CENTROS FIJOS
CENTRO 1: CENTRO ÚNICO DIRECCIÓN: CL AVICENA, S/N. 41001 SEVILLA ACTIVIDADES DEL ALCANCE: COMPLETO
CENTROS TEMPORALES
CENTRO 1: DIRECCIÓN: ACTIVIDADES DEL ALCANCE:

ANEXO B PROGRAMA DE AUDITORÍA

Datos Generales de la Organización y Cuestiones a considerar

Tamaño de la organización y el alcance: ver Hoja de Datos anexa.

Nº Turnos (el número de turnos y su tipología se tendrán en cuenta en programación de actividades, considerando que si se trabaja a más de 1 turno, se debe justificar si procede o no auditar todos los turnos de trabajo)

N/A

Reflejar si ha habido alguna incidencia o cambios que deban ser tenidos en cuenta para programar las auditorías del ciclo en cuanto al nivel de eficacia del sistema de gestión, su complejidad, sus productos o procesos, resultados de auditorías previas (NC mayores o resultados insatisfactorios), quejas recibidas sobre el cliente o comunicaciones relevantes de alguna parte interesada sobre el cliente, cambios en requisitos de certificación, cambios legislativos, cambios en requisitos de acreditación u otros.

Tabla de Programación de actividades de auditoría del ciclo completo de certificación

	AUDITORÍA INICIAL (Fase 1 y Fase 2)		AS1 (no más allá de los 12 meses de la fecha de concesión)		AS2		AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración)		
Fecha aproximada (mes/año) <i>(duplicar fila cuando los ciclos no sean coincidentes)</i>	FASE I: SEPTIEMBRE 2021		-		-		-		
	FASE II: OCTUBRE 2021								
ALCANCE	COMPLETO		Impartición formación		COMPLETO		COMPLETO		
CENTROS A AUDITAR (FIJOS, TEMPORALES Y VIRTUALES)	CENTRO ÚNICO		CENTRO ÚNICO		CENTRO ÚNICO		CENTRO ÚNICO		
NORMA									
	Auditoría completa		Indicar qué aspectos del SG no se auditan (requisitos, procesos, áreas, actividades...): 7.2, 7.3		Indicar qué aspectos del SG no se auditan (requisitos, procesos, áreas, actividades...): 8.4		Auditoría completa		
ISO 9001:2015									
PROCESOS/ACTIVIDADES/ÁREAS	FASE I		FASE II						
	P	R	P	R	P	R	P	R	
Dirección	X	X	X	X	X	X	X	X	
Calidad	X	X	X	X	X	X	X	X	
Contexto de la organización	X	X	X	X	X	X	X	X	
Planificación	X	X	X	X	X	X	X	X	
Liderazgo	X	X	X	X	X	X	X	X	

	AUDITORÍA INICIAL (Fase 1 y Fase 2)				AS1 (no más allá de los 12 meses de la fecha de concesión)		AS2		AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración)	
Fecha aproximada (mes/año) <i>(duplicar fila cuando los ciclos no sean coincidentes)</i>	FASE I: SEPTIEMBRE 2021									
	FASE II: OCTUBRE 2021									
ALCANCE	COMPLETO				Impartición formación		COMPLETO		COMPLETO	
CENTROS A AUDITAR (FIJOS, TEMPORALES Y VIRTUALES)	CENTRO ÚNICO				CENTRO ÚNICO		CENTRO ÚNICO		CENTRO ÚNICO	
Soporte	X	X	X	X	X	X	X		X	
Riesgos y oportunidades	X	X	X	X	X	X	X		X	
Procesos relacionados con el cliente comercial/Venta/Marketing	X	X	X	X	X	X	X		X	
Compras	X	X	X	X	X	X	-		X	
Recursos Humanos	X	X	X	X	-	-	X		X	
Infraestructura /Logística	X	X	X	X	X	X	X		X	
Ambiente de Trabajo	X	X	X	X	X	X	X		X	
Impartición de formación	-	-	X	X	X	X	X		X	
Realización de prácticas clínicas	-	-	X	X	X	X	X		X	
Seguimiento y Medición de los procesos	X	X	X	X	X	X	X		X	
Auditoría Interna	X	X	X	X	X	X	X		X	
No conformidades/ AACC	X	X	X	X	X	X	X		X	

P: Programado R: Realizado

Nota 1: Se incluirán en la tabla las columnas que procedan relativas a **auditorías extraordinarias** que hayan sido necesarias realizar a lo largo del ciclo, detallando los procesos y apartados de la norma que hayan sido auditados en cada caso.

Nota 2: La descripción de los procesos se realizará atendiendo a los requisitos de cada tipo de Sistema de Gestión. La información de la Tabla debe ser trazable con los datos (procesos, centros y apartados de Norma) identificados en la Matriz. Se incluyen en cursiva y corchetes los procesos generales de la Estructura de Alto Nivel. **Estos procesos deben particularizarse para cada organización y cada tipo de Sistema de Gestión.**

Nota 3: En caso de tratarse de una transferencia el Programa deberá empezar con la auditoría del ciclo de certificación que corresponda.

ANEXO C RELACIÓN DE PARTICIPANTES (marcar con X el tipo de participación)

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	Desarrollo Auditoría	Reunión final
D. JOSÉ LUIS GUTIEREZ PEREZ	DECANO		X	
DÑA. Mª ANGELES SERRERA FIGALLO	VICEDECANA DE CALIDAD E INNOVACIÓN DOCENTE	X	X	X
DÑA. LUZ MARINA HERNANDEZ BATUECA	VICEDECANA DE ORDENACIÓN ACADÉMICA Y PROFESORA DE ODONTOLOGÍA FORENSE		X	
D. GUILLERMO MACHUCA PROTILLO	CATEDRÁTICO UNIVERSIDAD. DIRECTOR DEPARTAMENTO ESTOMATOLOGÍA. IMPARTE ODONTOLOGÍA PACIENTES ESPECIALES.		X	
D. JUAN SUÁREZ CAMPOS	JEFE SERVICIO TÉCNICO		X	
DÑA. BLANCA CERVIÑO BENITO	RESPONSABLE UNIDAD GESTIÓN ECONÓMICA		X	
DÑA. Mª CARMEN ROBLES GONZÁLEZ	RESPONSABLE ADMINISTRACIÓN CENTRO SECRETARÍA		X	
DÑA. ROCÍO GUIADO MUÑOZ	AUXILIAR ADMINISTRATIVO SERVICIO SECRETARÍA		X	
DÑA. Mª JOSÉ GAMERO SOLANO	GESTORA DE CENTRO SECRETARÍA DE ALUMNO		X	
D. MIGUEL ÁNGEL MÉRIDA PANEQUE	CONSULTOR	X	X	X

ANEXO - HOJA DE DATOS

DATOS GENERALES		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Nombre de la Organización	UNIVERSIDAD DE SEVILLA	
Factoría/Planta/Delegación	FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	
Domicilio Social	CALLE SAN FERNANDO, 4, 41004 - SEVILLA	
C.I.F.	Q4118001I	
NACE	85.42 - 86.23 -	
Grupo (si aplica)		
Correo electrónico	fius@us.es	
Representante de la Dirección		
Nombre	D. José Luis GUTIÉRREZ PÉREZ	
Cargo	Decano	
Teléfono	954481110	
Correo electrónico	foddecanato@us.es	
Director General		
Nombre	D. Miguel Ángel CASTRO ARROYO	
Cargo	Rector Universidad de Sevilla	
Contacto de Facturación		
Nombre		
Cargo		
Teléfono		
Correo electrónico		
Contacto de contabilidad		
Nombre		
Cargo		
Teléfono		
Correo electrónico		

ALCANCE DEL CERTIFICADO (añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Norma de referencia	UNE-EN ISO 9001:2015	
Alcance Español	La prestación de los servicios de: - Impartición de formación universidad reglada de grado en odontología. - Realización de prácticas clínicas en el ámbito odontológico docente.	
Alcance Inglés	The provision of services: - Delivery of formal university training in dentistry degree. - Conducting clinical practice in the dentistry faculty.	
Procesos subcontratados (mencionar procesos)		
Productos/Proyectos		

CENTROS DE ACTIVIDAD Y Nº PERSONAS					Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)				
	Pers Prop	Pers Subc	Colectivo (*)	Nº		Pers Prop	Pers Subc	Colectivo (*)	Nº
Total personas implicadas en el alcance del certificado:			N.A.		Total, personas implicadas en el alcance del certificado:			ELIJA..	
Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado (añadir tantas filas como sean necesarias)	Pers Prop	Pers Subc	Colectivo	Nº	Indicar posibles modificaciones en los centros (añadir tantas filas como sean necesarias)	Pers Prop	Pers Subc	Colectivo	Nº
CL AVICENA, S/N. 41009 - SEVILLA			ELIJA..					N.A.	
			N.A.					ELIJA..	

(*) Explicación sobre colectivos:

ACTIVIDAD DE LA ORGANIZACIÓN	Colectivo	Explicación y exclusiones:
Cualquier actividad	Comerciales	
Limpieza	Limpiadores	No se incluye en este colectivo a Limpiadores especializados (por ejemplo: limpiadores de quirófanos, centrales nucleares, zonas contaminadas, etc.)
Seguridad	Personal de Seguridad	No se incluye en este colectivo, a los Servicios especiales de seguridad (por ejemplo: guardaespaldas, personal de los furgones de seguridad, instalaciones especiales, etc.).
Transporte	Conductores	
	Conductores de transportes especiales	Por ejemplo: conductores de camiones con material muy voluminoso, mercancías peligrosas, mercancías que requieran cadena de frío, transporte de pasajeros, etc.).
Sanitaria en hospitales y residencias	Celadores	No se incluye en este colectivo el personal de enfermería (enfermeros o auxiliares de enfermería)
Construcción / Actividades extractivas a cielo abierto	Peones	No se incluye en este colectivo al Personal especializado (oficiales de primera, encargados de obra, montadores de andamios, instaladores, etc.)
Call-centers y Tele-marketing	Telefonistas	No se incluye en este colectivo al Personal que realiza actividades de teleasistencia
Agraria	Recolectores	

Emplazamientos temporales	Nº Centros:		Emplazamientos temporales	Nº Centros:	
	Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):			Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):	

OTROS DATOS SOBRE EL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN				Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)			
Personal estacional	Nº Personas:		Periodo:		Personal estacional	Nº Personas:	Periodo:
Personal a tiempo parcial	Nº Personas:		Duración jornada:		Personal a tiempo parcial	Nº Personas:	Duración jornada:
Personal en turnos	Nº Personas:		Nº turnos:		Personal en turnos	Nº Personas:	Nº turnos:
Distribución personal por área				Distribución personal por área			
Dirección:		Producción:		Comercial:		Admón:	

ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL ESQUEMA AUDITADO		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Indicar los apartados de la Norma en los que se realizan exclusiones		
Reglamentación aplicable al alcance del certificado		

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL DIMENSIONAMIENTO DE LA AUDITORÍA			Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Volumen de proyectos (ISO 166002)			
Superficie (m ²)/ n° Líneas/N° APPCC (ISO 22000)			
Consumo anual de energía (Mwh/año) / N° de fuentes de energía / N° usos significativos de energía (ISO 50001)			
N° Usuarios con privilegios de administración y gestión (ISO 27001)			
Áreas/departamentos implicados en el <i>Business Impact Analysis</i> (ISO 22301)			
Otros esquemas			

OTROS ASPECTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Sistema de Gestión integrado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Grado de integración (en %)		