

Finding Detail

GT002, rev. 2

Document # F103-21

Release Date: 04-feb-2013

Page 1 of 10

SECTION 1: BASIC DATA - AUDIT

Client: **Alpemar S.A.**Client ID#: **CMFY-058123**Audit Criteria: **9001:2008**Date(s) of audit: **4 y 5 de diciembre de 2017**

SECTION 2: FINDING DATA

Finding #: **NC#1**

Finding classification

☐ Major Nonconformity☒ Minor Nonconformity☐ Opportunity for improvement☐ Minor Area of concern for Stage II☐ Major Area of concern for Stage II

Action required

☐ Submit corrective action plan by (date): _____☒ Submit corrective action by (date): **5 enero de 2018**☐ No response required☐ No response required. Action to be taken prior to Stage IIAudit Criteria reference #: **4.2**Management system documentation reference #: **P02 Control de Documentos**

Finding:

Se han establecido modificaciones y mejoras al Sistema documental del SGC. Sin embargo se evidencia que no hay un cumplimiento del procedimiento de Control de documentos

Requirement:

4.2.3 a) Aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes su emisión

4.2.3 c) asegurarse que se identifican los cambios y estado de versión vigente

4.2.3 d) asegurar que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponible en puntos de uso

4.2.3 e) asegurar que los documentos se encuentran legibles y fácilmente identificables

4.3.3 g) prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.

Objective Evidence: (Evidence recorded at, if multi site: _____)

Manual del SGC en Plataforma Sugar que no es el vigente.

Procedimiento P01 Control de No conformidades que no fue fácilmente identificado

Procedimiento Checklist I01 en uso la revisión 7 y en Sugar revisión 2010.

Issued by: Miguel Angel León

SECTION 3: CORRECTIVE ACTION PLAN (To be completed by the client)

Root Cause (Required in all cases)

Al momento de migrar los documentos dentro del Sistema Sugar se obvio pasar el manual del sgc, el procedimiento de control de no conformidades y el Checklist I 01.

Correction (if not required, please justify)

Se incluirán estos documentos en el Sistema Sugar

Finding Detail

GT002, rev. 2

Document # F103-21

Release Date: 04-feb-2013

Page 2 of 10

Corrective action plan (Required in all cases)

Se revisara la totalidad en el Sistema Sugar si se encuentra actualizada la documentacion del SGC en su totalidad.

Plan for verification of effectiveness (Required in all cases)

En la proxima ronda de auditoria interna a realizarse en Junio de 2018 se verificara la correcta implementacion de la accion correctiva.

**Target date for completion:** Junio 2018**Signature:** Damian Dominello**Date:** 18/12/2017**SECTION 4: ACCEPTANCE OF CORRECTIVE ACTION PLAN** (For Intertek's use only)

Major nonconformity: Acceptance of corrective action plan stated above.

Accepted by:**Date:**

Minor nonconformity: Acceptance of corrective action plan stated above. Implementation to be verified during the next audit.

Accepted by:**Date:****SECTION 5: VERIFICATION OF IMPLEMENTATION** (For Intertek's use only)

Implementation of the corrective action plan

Effectiveness of corrective action

Nonconformity closed: Corrective action(s) verified to be implemented.

Verified by:**Date:**

Finding Detail

GT002, rev. 2

Document # F103-21

Release Date: 04-feb-2013

Page 3 of 10

SECTION 1: BASIC DATA - AUDIT

Client: **Alpemar S.A.**Client ID#: **CMPY-058123**Audit Criteria: **9001:2008**Date(s) of audit: **4 y 5 de diciembre de 2017**

SECTION 2: FINDING DATA

Finding # : **NC#2**

Finding classification

☐ Major Nonconformity☒ Minor Nonconformity☐ Opportunity for improvement☐ Minor Area of concern for Stage II☐ Major Area of concern for Stage II

Audit Criteria reference # : 5.2

Action required

☐ Submit corrective action plan by (date): _____☒ Submit corrective action by (date): 5 enero 2018☐ No response required☐ No response required. Action to be taken prior to Stage II

Management system documentation reference # :

Acciones Correctivas y Preventivas P04

Finding:

La eficacia de las acciones tomadas para una de las NC de la auditoría previa no han sido evidenciadas en su totalidad. No se evidencia las acciones correctivas asociadas a la no conformidad de auditoría interna al sitio San Lorenzo.

Requirement: La organización debe establecer un procedimiento documentado para:

c) evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir,

d) determinar e implementar las acciones necesarias,

e) registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4), y

f) revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas

Objective Evidence: (Evidence recorded at, if multi site:)

Registro de NC#3 auditoría noviembre 2016

Registro de NC Auditoría Interna de San Lorenzo

Issued by: Miguel Angel León

SECTION 3: CORRECTIVE ACTION PLAN (To be completed by the client)

Root Cause (Required in all cases)

No se siguió correctamente el proceso de análisis de las no conformidades detectadas en la auditoría interna.

Correction (if not required, please justify)

Se completará el formulario de no conformidades para asentar este hallazgo e iniciar el proceso de análisis de causa, desarrollo de la acción correctiva y seguimiento de esta.

Finding Detail

GT002, rev. 2

Document # F103-21

Release Date: 04-feb-2013

Page 4 of 10

Corrective action plan (Required in all cases)

Se reforzara el entrenamiento de los auditores en cuanto al seguimiento de las no conformidades que se detectan en el proceso de auditoria interna.

Plan for verification of effectiveness (Required in all cases)

En la proxima ronda de auditoria interna a realizarse en Junio de 2018, en la auditoria al Sistema de gestion se verificara el seguimiento de las observaciones en las sucursales.

Target date for completion: Junio 2018

Signature:  Damian Dominello

Date: 18/12/2017

SECTION 4: ACCEPTANCE OF CORRECTIVE ACTION PLAN (For Intertek's use only)

Major nonconformity: Acceptance of corrective action plan stated above.

Accepted by:
Date:

Minor nonconformity: Acceptance of corrective action plan stated above. Implementation to be verified during the next audit.

Accepted by:
Date:
SECTION 5: VERIFICATION OF IMPLEMENTATION (For Intertek's use only)

Implementation of the corrective action plan

Effectiveness of corrective action

Nonconformity closed: Corrective action(s) verified to be implemented.

Verified by:
Date:

Finding Detail

GT002, rev. 2

Document # F103-21

Release Date: 04-feb-2013

Page 5 of 10

SECTION 1: BASIC DATA - AUDIT

Client: **Alpemar S.A.**Client ID#: **CMPY-058123**Audit Criteria: **9001:2008**Date(s) of audit: **4 y 5 de diciembre de 2017**

SECTION 2: FINDING DATA

Finding # : **NC#3**

Finding classification

☐ Major Nonconformity☒ Minor Nonconformity☐ Opportunity for improvement☐ Minor Area of concern for Stage II☐ Major Area of concern for Stage II

Audit Criteria reference # : 8.2.2

Action required

☐ Submit corrective action plan by (date): _____☒ Submit corrective action by (date): 5 de Enero de 2018☐ No response required☐ No response required. Action to be taken prior to Stage II

Management system documentation reference # : P05 Auditoría Interna

Finding:

No se evidencia que se auditan algunos de los elementos de gestión de la norma (ver OM anterior) y tampoco las formaciones requeridas para los auditores incluida en el Procedimiento de Auditoría P05

Requirement:

Se debe planificar un programa de auditorías tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorías previas. Se deben definir los criterios de auditoría, el alcance de la misma, su frecuencia y la metodología. La selección de los auditores y la realización de las auditorías deben asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría. Los auditores no deben auditar su propio trabajo.

Objective Evidence: (Evidence recorded at, if multi site: _____)

Programa de Auditoría año 2017. Informes de Auditoría. No se evidencian la capacitación de los auditores.

Issued by: Miguel Angel León

SECTION 3: CORRECTIVE ACTION PLAN (To be completed by the client)

Root Cause (Required in all cases)

Al ser Alpemar un agente de transporte naviero y aduanero se dio prioridad en el proceso de auditoría a los aspectos operativos del negocio dejando relegado los aspectos de gestión y se privilegio los conocimientos técnicos del negocio naviero de los auditores.

Correction (if not required, please justify)

En enero de 2018, se realizara una auditoría interna con personal externo a Alpemar para auditar los requerimientos de gestión de la norma.

Finding Detail

GT002, rev. 2

Document # F103-21

Release Date: 04-feb-2013

Page 6 of 10

Corrective action plan (Required in all cases)

Se diseñara un check list para auditar los elementos de gestion de la norma ISO 9000 y se incluirea en el legajo de los auditores las evidencias de capacitacion en auditorias internas.

Plan for verification of effectiveness (Required in all cases)

En la proxima ronda de auditoria interna a realizarse en Junio de 2018, en la auditoria al Sistema de gestion se verificara el seguimiento de las observaciones en las sucursales.

Target date for completion: Junio 2018

Signature: Damian Dominello

Date: 18/12/2017

SECTION 4: ACCEPTANCE OF CORRECTIVE ACTION PLAN (For Intertek's use only)

Major nonconformity: Acceptance of corrective action plan stated above.

Accepted by:

Date:

Minor nonconformity: Acceptance of corrective action plan stated above. Implementation to be verified during the next audit.

Accepted by:

Date:

SECTION 5: VERIFICATION OF IMPLEMENTATION (For Intertek's use only)

Implementation of the corrective action plan

Effectiveness of corrective action

Nonconformity closed: Corrective action(s) verified to be implemented.

Verified by:

Date:

Finding Detail

GT002, rev. 2

Document # F103-21

Release Date: 04-feb-2013

Page 7 of 10

SECTION 1: BASIC DATA - AUDIT

Client: **Alpemar S.A.**Client ID#: **CMPY-058123**Audit Criteria: **9001:2008**Date(s) of audit: **4 y 5 diciembre de 2017**

SECTION 2: FINDING DATA

Finding # : **OM#1**

Finding classification

☐ Major Nonconformity☐ Minor Nonconformity☒ Opportunity for improvement☐ Minor Area of concern for Stage II☐ Major Area of concern for Stage II

Audit Criteria reference # : 8.2.3

Action required

☐ Submit corrective action plan by (date): _____☐ Submit corrective action by (date): _____☐ No response required☐ No response required. Action to be taken prior to Stage IIManagement system documentation reference # : Seguimiento y
Medición de los procesosFinding: **OM#1**

Se ha verificado que Alpemar ha establecidos algunos indicadores globales para la medición de su desempeño cumpliendo requisitos. Sin embargo se identifica como oportunidad de mejora establecer indicadores en los diferentes procesos de la organización. Una vez implementada esta mejora permitirá a la organización evaluar el desempeño de manera individual de sus procesos y estar preparados para el cambio de la nueva versión 2015

Requirement:

Objective Evidence: (Evidence recorded at, if multi site:)

Issued by: Miguel Angel León

SECTION 3: CORRECTIVE ACTION PLAN (To be completed by the client)

Root Cause (Required in all cases)

No aplica

Correction (if not required, please justify)

No aplica

Finding Detail

GT002, rev. 2

Document # F103-21

Release Date: 04-feb-2013

Page 8 of 10

Corrective action plan (Required in all cases)

No aplica

Plan for verification of effectiveness (Required in all cases)

No aplica

Target date for completion:

Signature:

Date:

SECTION 4: ACCEPTANCE OF CORRECTIVE ACTION PLAN (For Intertek's use only)

Major nonconformity: Acceptance of corrective action plan stated above.

Accepted by:

Date:

Minor nonconformity: Acceptance of corrective action plan stated above. Implementation to be verified during the next audit.

Accepted by:

Date:

SECTION 5: VERIFICATION OF IMPLEMENTATION (For Intertek's use only)

Implementation of the corrective action plan

Effectiveness of corrective action

Nonconformity closed: Corrective action(s) verified to be implemented.

Verified by:

Date:

Finding Detail

GT002, rev. 2

Document # F103-21

Release Date: 04-feb-2013

Page 9 of 10

SECTION 1: BASIC DATA - AUDIT

Client: **Alpemar S.A.**Client ID#: **CMPY-058123**Audit Criteria: **9001:2008**Date(s) of audit: **4 y 5 de diciembre de 2017**

SECTION 2: FINDING DATA

Finding # :OM#2

Finding classification

☐ Major Nonconformity☐ Minor Nonconformity☒ Opportunity for improvement☐ Minor Area of concern for Stage II☐ Major Area of concern for Stage II

Audit Criteria reference # : 5.4.1

Action required

☐ Submit corrective action plan by (date): _____☐ Submit corrective action by (date): _____☐ No response required☐ No response required. Action to be taken prior to Stage II

Management system documentation reference # : Objetivos de la Calidad

Finding:

Se han establecido objetivos de la Calidad y cumple lo exigido por la norma ISO 9001:2008. Sin embargo se identifica como oportunidad de mejora que algunos objetivos sean medibles, con fechas de finalización y responsables/recursos. Esta implementación permitirá realizar un seguimiento del avance de los objetivos del SGC

Requirement:

Objective Evidence: (Evidence recorded at, if multi site:)

Issued by: Miguel Angel León

SECTION 3: CORRECTIVE ACTION PLAN (To be completed by the client)

Root Cause (Required in all cases)

No Aplica

Correction (if not required, please justify)

No aplica

Finding Detail

GT002, rev. 2

Document # F103-21

Release Date: 04-feb-2013

Page 10 of 10

Corrective action plan (Required in all cases)

No aplica

Plan for verification of effectiveness (Required in all cases)

No aplica

Target date for completion:

Signature:

Date:

SECTION 4: ACCEPTANCE OF CORRECTIVE ACTION PLAN (For Intertek's use only)**Major nonconformity:** Acceptance of corrective action plan stated above.

Accepted by:

Date:

Minor nonconformity: Acceptance of corrective action plan stated above. Implementation to be verified during the next audit.

Accepted by:

Date:

SECTION 5: VERIFICATION OF IMPLEMENTATION (For Intertek's use only)**Implementation of the corrective action plan****Effectiveness of corrective action****Nonconformity closed:** Corrective action(s) verified to be implemented.

Verified by:

Date: