

Esquema de Certificación
ICOP – Procedimiento
Operativo de TEDAE.

TEDAE QC 9104-002

Edición 01

Fecha: 16/01/2013

Resumen

Este documento:

- Se crea con motivo de un proceso de mejora identificado.
- Describe el proceso de vigilancia continua a las Entidades de Certificación (EC) tanto en auditorias de oficina como en visita de acompañamiento en el marco del Esquema ICOP dentro del CBMC español.
- Trata de explicar el proceso operativo, los tiempos y requisitos según normativa 9104-1 y 9104-2.
- Se complementa con los requisitos establecidos en TEDAE QC 9104-001 y TEDAE QC 9104-003.

Esquema de Certificación
ICOP – Procedimiento
Operativo de TEDAE.

TEDAE QC 9104-002

Edición 01

Fecha: 16/01/2013

Índice de Revisiones

edición	fecha	observaciones
1	16/01/2013	Edición inicial

Índice de Distribución

- Comité de Gestión de Entidades de Certificación (CBMC).
- Comité de Calidad de TEDAE (CCT).
- Grupo de trabajo del CBMC de TEDAE.
- AAB de TEDAE.
- TPAB de TEDAE.

Esquema de Certificación
ICOP – Procedimiento
Operativo de TEDAE.

TEDAE QC 9104-002

Edición 01

Fecha: 16/01/2013

Contenido

1	Ámbito de Aplicación	4
2	Roles y responsabilidades	4
3	Proceso a seguir Auditorias de vigilancia a Entidades de Certificación	5
4	Confidencialidad y Conflictos de Interés.....	7
5	Registros.....	7

Anexos

Annex F	Certification body (CB) office assessment check sheet	8
Annex G	Certification (CB) witness assessment check sheet.....	11
Annex I	ICOP declaration form for other party (OP) assessors conducting EN9104 oversight.....	14
Annex J	Oversight nonconformity record.....	15
Annex K	Oversight assessment summary report.....	17

1 **Ámbito de Aplicación**

Este documento trata de describir el proceso de vigilancia continua a las Entidades de Certificación (auditorías de oficina y visita de acompañamiento) en el marco del Esquema ICOP dentro del CBMC español.

Se trata de explicar el proceso operativo, los tiempos y requisitos según normativa 9104-1 y 9104-2.

2. **Roles y responsabilidades**

El equipo auditor estará compuesto por el equipo de auditoría designado por ENAC con un auditor jefe de ENAC y acompañado por un experto de ENAC (AB Assessor) y un OP Assessor.

Líder equipo auditor (Team leader):

Durante las auditorías conjuntas (AB y OP Assessor) el AB Assessor será el líder del equipo auditor y durante las no conjuntas (sin AB Assessor) lo será el OP Assessor (EN 9104-2, 9.2.1).

Requisitos OP Assessors:

Según 9104-2, 5.1. el OP Assessor contará como mínimo con los requisitos de formación y educación respecto a la EN ISO 19011 y de forma continuada cubrirá los siguientes requisitos:

- a) Experiencia en auditoría: haber realizado al menos tres auditorías AQMS o evaluación Other Party por un mínimo de 9 días, dentro de los últimos tres años.
- b) Experiencia laboral: cuatro años de experiencia en la industria aeroespacial dentro de los últimos diez años (ver 9104-002, 5.1.5).

La calificación del OP Assessor incluirá formación de lo siguiente:

- EN 9104-001 ; EN 9104-002; EN 9104-003.
- AQMS standards (EN 9100, EN 9110, EN 9120).
- EN ISO 19011.
- EN ISO/IEC 17021
- IAF MD 1:2007 "IAF Mandatory Document for the Certification of Multiple Sites Based on Sampling"
- IAF MD 2:2007 "IAF Mandatory Document for the Transfer of Accredited Certification of Management Systems"
- IAF MD 3:2008 "IAF Mandatory Document for Advanced Surveillance and Recertification Procedures (ASRP)"
- IAF MD 4:2008 "IAF Mandatory Document for the Use of Computer Assisted Auditing Techniques ("CAAT") for Accredited Certification of Management Systems"
- IAF MD 5:2009 "IAF Mandatory Document for Duration of QMS and EMS Audits"
- Requisitos en cuanto a conflicto de interés y confidencialidad.

- Proceso de resolución de quejas.
- Cualquier documento aplicable al esquema (documentos EAQG, Communications Log, ...) y documentación TEDAE que aplique (TEDAE QC 9104-01, TEDAE QC 9104-03,...)

Responsabilidades del OP Assessor:

- Cooperar con el equipo auditor para la consecución de objetivos de la auditoria.
- Aceptar y completar las asignaciones de la auditoria según establezca el líder del equipo auditor.
- Documentar los resultados de la misma, incluyendo los anexos correspondientes.
- Generar report de auditoria
- Elevar cualquier posible queja o tema a TEDAE si se requiere.

Requisitos y responsabilidades AB Assesors:

El documento ENAC donde se especifica requisito AB Assessor (experto ENAC): PO-22 (Cualificación de Expertos Técnicos y Auditores Técnicos)

3. Proceso a seguir Auditorias de vigilancia a Entidades de Certificación

Se realizará una auditoria de oficina y al menos una de acompañamiento **anual** a cada Entidad de Certificación (EN 9104-002, 8.6.1)

- **Auditoria de oficina:** se trata de la evaluación in situ a ENAC, AAB o TPAB, o a las oficinas centrales de una Entidad de certificación, a los requisitos de estándares AQMS usando las herramientas y métodos de los estándares de la serie 9104.

Para el caso de auditoría de oficina se cumplimentara el CB Office Assessment Check Sheet (**Annex F**).

- **Visita de acompañamiento (VA):** evaluación de un equipo auditor en cuanto a su habilidad y competencia al desarrollar auditorias AQMS, así como la eficacia del plan de auditoría, según normativa aplicable (EN 9104-002, 8.2.1).

Durante la VA el OP Assesor asistirá desde su apertura a su cierre (EN 9104-002, 8.2.2).

Para el caso de la visita de acompañamiento se cumplimentará el CB Witness Assessment Check Sheet (**Annex G**).

Los resultados de la auditoria se registrarán en el Oversight Assessment Summary Report (**Annex K**) por el OP Assessor.

Cualquier no conformidad identificada durante la vigilancia realizada se registrará en el Oversight Nonconformity Record (ver Annex J) .

Todos estos registros serán realizados conforme a los tiempos establecidos por los requisitos EN 9104 por el **OP Assessor** y remitidos a TEDAE en los siguientes momentos:

- Una vez realizada la auditoría y aceptado el resultado de la misma por el auditado: La fecha desde la que empieza a contar el plazo para establecer plan de acción se corresponde al envío oficial del Informe de Auditoría (IA) por parte de ENAC a la Entidad de Certificación, es decir dentro de los 20 días naturales desde la fecha de finalización de la auditoría.
- Una vez se acepte el plan de acción de las no conformidades de existir estas: el plan de acción llegará a ENAC vía PAC (Plan de AACC), dentro del plazo establecido, (15 días hábiles (20 días naturales) y siempre dentro del plazo requerido por EN 9104 (30 días de la fecha de No Conformidad, es decir desde que se emite el Informe de Auditoría). El OP Assessor cumplimentará en el Annex J su aceptación.
- Una vez corregidas satisfactoriamente las No Conformidades a su paso por la Comisión de Acreditación de ENAC el OP Assessor cumplimentará en el Annex J su cierre, en las fechas establecidas.

Para ello el experto técnico de ENAC (AB Assessor) y el OP Assessor reciben correos electrónicos automáticos de aviso cuando el Auditor Jefe envía (vía SEGNAC) el plan e informe de auditoría, cuando la Entidad responde a las NC's identificadas durante las auditorías y cuando el Auditor Jefe introduce el informe para la Comisión de la Acreditación. Una vez recibido cualquier aviso, el experto técnico es capaz de entrar en el SEGNAC y descargar el informe de auditoría, AACC enviadas por la Entidad e Informe de la Comisión de la Acreditación de ENAC. El OP Assessor recibirá la documentación vía correo electrónico por ENAC.

Tipos de NC:

ENAC en su documento NO 11 "Desviaciones, clasificación y tratamiento", establece varias categorías a las discrepancias identificadas durante la auditoría:

- No Conformidad: se piden AA.CC a la Entidad de Certificación y evidencias de implantación.
- Observación: se piden AA.CC a la Entidad de Certificación
- Comentario: no se piden AA.CC.

La clasificación según EN 9104-002 establece No Conformidad Menor, No Conformidad Mayor (Annex J).

Puede darse el caso que una NC menor sea clasificada por ENAC como observación, el proceso no cambia puesto que se exige a la EC entregar un PAC y el seguimiento es el mismo que para una NC, ahora bien ENAC ha de tener en cuenta en su paso por comisión que para TEDAE y en concreto para el OP Assessor ha sido considerada No Conformidad de cara a mantener o no la acreditación.

Durante la reunión del equipo auditor una vez realizada la auditoría ha de asegurarse que al menos todas las NC mayores ENAC las identifica como NC.

Para el caso de coincidir que un comentario para ENAC sea considerado NC para el OP Assessor será el OP Assessor quien se encargue del resto del proceso, es decir,

solicitar acciones correctoras y cerrarlas en el plazo establecido por EN 9104-1. Este caso hay que intentar evitarlo.

4. Confidencialidad y Conflictos de Interés

Antes de efectuar las auditorias que correspondan se tendrá en cuenta posibles conflictos de interés (por ejemplo: OP Assessors contratados por ENAC) y de existir han de ser resueltos por ambas partes.

Todos los participantes deben asegurar tener la autorización apropiada de su organización previa la participación en la auditoria.

Las compañías miembros del IAQG se asegurarán de que sus OP Assessors designados son calificados de acuerdo con la norma 9104, proporcionando evidencia de la misma completando el Declaration Form (Annex I) al menos cada **tres años** (ver 9104-2, 5.1.2). Es responsabilidad del OP Assessor el tener dicha declaración completa y entregada a TEDAE antes de realizar la auditoria.

5. Registros

Tal como se especifica en TEDAE QC 9104-001, 9.16:

Los registros generados por este proceso son:

- Los formatos del Anexo I de 9104-2 cumplimentados por los OP Assessor que realizan vigilancia de las organizaciones participantes en el esquema ICOP.
- Los formatos de los distintos Anexos de 9104-2 (ver Anexos a este documento) cumplimentados aplicables a la vigilancia de las organizaciones participantes en el esquema ICOP.

Los registros se mantendrán por un periodo mínimo de **seis años** por el CBMC de TEDAE y se tratarán de forma confidencial, pudiendo ser objeto de una auditoría o revisión, en cualquier momento, por el CBMC, los organismos reglamentarios o gubernamentales aplicables y el OPMT EAQG

Todas las personas y organizaciones que participan en la gestión, implementación y vigilancia del esquema ICOP revisarán periódicamente su participación y las interacciones con sus clientes, y deberán revelar cualquier conflicto de interés conocido o potencial, como se describe en la norma 9104-2.

ANEXOS

Anexo F - Certification body (CB) office assessment check sheet

Annex F (normative)

Certification body (CB) office assessment check sheet

CB Name	
Address	
City, State, Country	
Contact Name	
Assessment Date(s)	Day(s)/Month/Year
OP Assessor(s)	First Name, Last Name; Assessment Team Role, Organizations Name
Submitted by	Name
Date Submitted	Day/Month/Year

	Item	Reference	Assessment Results	Assessment Evidence / Comments
		EN 9104 (unless otherwise noted)	A - Acceptable X - Issue Identified NA - Not Applicable NE - Not Evaluated	Briefly note observed objective evidence, including strengths and issues identified during the assessment. Ensure supporting documentation exists for all identified issues.
Certification Body Management System				
1.	Organizational structure; changes in structure and/or Management/personnel have been submitted to the AB.	AB Agreement		
2.	An individual(s) who participates in the management committee or advisory group has aerospace background and knowledge.	6.3		
3.	An internal audit process is in place and is effective.	ISO Guide 62, 2.1.6		
4.	An effective process exists for the resolution of complaints received from clients, AB or IAQG member companies.	10.7		
5.	Any training or consulting to a potential registration client has been disclosed to AB prior to registration.	6.4.1 Note		
6.	Training for a registration client is conducted and managed separately from registration.	6.4.1 Note		

	Item	Reference	Assessment Results	Assessment Evidence / Comments
7.	Training of auditors for a registration client conforms to EN 9104-003.	6.4.1 Note		
Auditor Process				
8.	The CB uses an auditor training program conforming to AQMS requirements.	6.4.b		
9.	The CB has maintained its AB approved auditor-training program.	6.4.c		
10.	Each auditor is approved, certified and/or qualified, as appropriate.	6.4.d		
11.	CB assessment team leader is a qualified lead auditor and approved/certified as an AEA or AIEA.	8.1.1		
12.	The CB assessment team members are at least approved/certified AAs.	8.1.2		
13.	CB audit team includes an auditor, or technical expert, qualified for the technological and industrial sector.	8.1.3		
14.	Are the CB auditors AQMS approval/certifications current (renewed every three years)?	7.5		
15.	<p>Has any individual who has, in the past two years, provided consulting services to a supplier, had no involvement with the AQMS standards certification of that supplier?</p> <p>Where there might appear to be a conflict of interest, either through consulting or the offering of training to a potential client was it disclosed to the relevant NAB prior to performing the registration process to determine if there is a conflict of interest.</p> <p>Note: More than one pre-audit on any one site in the same company shall be considered consulting.</p>	6.4.J		
Audit Process				
16.	CB has a process in place to conform to AQMS audit day requirements.	8.2.1, IAF Guidance on the Application of ISO Guide 62, Annex 2		
17.	CB conforms to audit duration guidelines.	8.2.1, IAF Guidance on the Application of ISO Guide 62, Annex 2		
18.	Does the CB ensure that multi-site sampling is not allowed, except for EN 9120 certifications?	8.2.3		
19.	All clients upgrading to an AQMS standard from ISO had a full assessment (ISO and AQMS).	8.2.4		
20.	CB has conducted surveillances in accordance with ISO/IEC Guide 62 and IAF Guidance on the Application of Guide 62.	8.5		

	Item	Reference	Assessment Results	Assessment Evidence / Comments
21.	Aerospace audits (initial, surveillance or re-assessment) are documented using the appropriate checklist or electronic facsimile.	8.4		
22.	CB appropriately categorizes all nonconformities generated during AQMS audits as minor or major.	8.3		
23.	Audit reports conform to defined requirements.	8.4		
24.	Does the CB have a process to submit the results of AQMS assessments into the IAQG OASIS database within 1 month of the certification or assessment?	6.4.h, 8.4, 8.5, 8.7.2, Annex A		
25.	Does the submitted information include the minimum items required by EN 9104:2006 Annex A?	6.4.h, 8.4, 8.5, 8.7.2, Annex A		
26.	The effectiveness of corrective action is reviewed during subsequent audits.	ISO Guide 62, 2.1.4.3.k		
Certification Process				
27.	Does the CB have a person with aerospace background and knowledge involved with the certification decision?	6.4.a		
28.	No certificates have been issued until the CB has verified all corrective actions, including the root cause analysis for all nonconformities (minor or major).	8.3		
29.	The CB has not certified any company, which it, or a related body, has provided consulting services within the past two years.	6.4.l		
30.	In case of assessments outside the country of accreditation, was the assessment managed by and the certification decision taken by the accredited office?	10.4		
31.	The CB's AQMS certificates conform to established requirements.	8.6		
32.				
33.				

NOTAS:

1. La cabecera deberá ir cumplimentada en su totalidad (CB Name, Assessment Date(s), OP Assessor(s), ..etc)
2. En los casos de NA (No Aplicable) y NE (No Evaluado) no aparecerán cumplimentados los campos de evidencia /comentarios (Assessment Evidence/Comments)

Anexo G – Certification (CB) witness assessment check sheet

Annex G (normative)

Accreditation body (AB) / certification body (CB) witness assessment check sheet

AB/CB Name	
Address	
City, State, Country	
Contact Name	
Assessment Date(s)	Day(s)/Month/Year
OP Assessor(s)	First Name, Last Name; Assessment Team Role, Organizations Name
Submitted by	Name
Date Submitted	Day/Month/Year

	Item	Reference	Assessment Results	Assessment Evidence / Comments
		EN 9104 (unless otherwise noted)	A - Acceptable X - Issue Identified NA - Not Applicable NE - Not Evaluated	Briefly note observed objective evidence, including strengths and issues identified during the assessment. Ensure supporting documentation exists for all identified issues.
Pre-Audit				
1.	Is the audit team leader an approved or certified AEA or AIEA?	8.1.1		
2.	Are the audit team members at least approved/certified Aerospace Auditors?	7.1, 8.1.2		
3.	In addition to the aerospace sector specific training and qualifications, does a member of the audit team have sufficient knowledge of the technological Industrial sector?	8.1.3		
4.	Does the audit plan reflect the scope and complexity of the audit?	EN ISO 19011:2002; 6.4.1		
5.	Did the audit team leader/audit plan define the roles of consultants or other observers during the audit?	EN ISO 19011:2002; 6.4.1		
6.	Has the appropriate number of auditor days been quoted and scheduled for this audit?	8.2.1		

	Item	Reference	Assessment Results	Assessment Evidence / Comments
7.	Was a document review conducted for this audit?	EN ISO 19011:2002, 6.3		
8.	Review OASIS database and ensure information is correct. Is the address, dates, multi-site (CB audits only) and scope of certification/accreditation accurate?	6.4.h, 8.4, 8.5, 8.7.2, Annex A		
Audit Execution				
9.	Does the audit team demonstrate knowledge of the standard and industrial sector being assessed?	ISO Guide 62, 2.2.2, 2.2.3		
10.	For audit teams of more than one auditor, did the AEA(s) provide adequate guidance to the audit team?	8.1.4		
11.	Did the audit team leader perform an acceptable opening meeting?	EN ISO 19011:2002, 6.5.1		
12.	Did the audit team confer at appropriate times and often enough to maintain control of the audit?	EN ISO 19011:2002, 6.5.2		
13.	Did the audit team communicate progress and concerns to the auditee at appropriate intervals?	EN ISO 19011:2002, 6.5.2		
14.	Did the audit team collect and verify information relative to the interfaces between functions, activities and processes by using appropriate sampling?	EN ISO 19011:2002, 6.5.4		
15.	Did the audit team go to sufficient depth in order to draw conclusions?	EN ISO 19011:2002, 6.5.4		
16.	Did the audit team assess all activities and processes of the defined scope of registration and as defined by the audit plan?	ISO Guide 61 or ISO Guide 62, 3.3		
17.	Did the audit team demonstrate adequate knowledge and skills relative to audit management and communication?	EN ISO 19011:2002, 7.3.1		
18.	Did the audit team close/review any remaining document review issues and/or nonconformities from the previous audit?	EN ISO 19011:2002, 6.3		
19.	If the previous audit was a registration audit, were the nonconformities closed and verified prior to issuance of the certificate?	8.3		
20.	Did the audit team record all nonconformities identified and classify them correctly (minor or major)?	8.3		
21.	Did the audit team assess all of the mandatory items for surveillance audits?	IAF Guidance on the Application of ISO Guide 61, G.3.5.5 & G.3.5.6 or IAF Guidance on the Application of ISO Guide 62, G.3.6.4 & G.3.6.5		

	Item	Reference	Assessment Results	Assessment Evidence / Comments
22.	For upgrade audits from EN ISO 9001 to EN 9100- series standards, was a full assessment conducted of all AQMS requirements (including ISO) using the complete checklist?	8.2.5		
23.	Did the audit team document the audit results on the appropriate checklist?	8.4		
24.	Did the audit team prepare appropriately for a closing meeting and arrive at acceptable conclusions using appropriate guidelines for audit teams?	EN ISO 19011:2002, 6.5.6		
25.	Did the audit team leader provide an acceptable closing meeting and a clear statement of conclusion?	EN ISO 19011:2002, 6.5.7		
Post-Audit				
26.	Did the audit report conform to established requirements?	8.4		
CB Audits Only				
27.	Does the client's AQMS certificate(s) conform to requirements?	8.6		
28.				
29.				
30.				

NOTAS:

1. La cabecera deberá ir cumplimentada en su totalidad (CB Name, Assessment Date(s), OP Assessor(s), ..etc)
2. En los casos de NA (No Aplicable) y NE (No Evaluado) no aparecerán cumplimentados los campos de evidencia /comentarios (Assessment Evidence/Comments)

Anexo I – ICOP declaration form for other party (OP) assessors conducting EN9104 oversight



Esquema Español de Certificación del Sector Aeroespacial.

Acuerdos de Confidencialidad y declaración de Conflicto de Interés

Fecha de revisión: 20/10/2011

Yo,

(Nombre Completo)

Empleado de.....

(Nombre completo y domicilio social de la organización)

Suscribo que llevaré a cabo mis responsabilidades en el EAQG OPMT y/o cualquiera de sus Grupos de Trabajo de la mejor forma que sea capaz y de acuerdo con los requerimientos de las series EN 9104, los Procedimientos del EAQG OPMT y cualquier otra documentación aplicable.

Asimismo declaro no estar, personal o financieramente, comprometido con ninguna organización externa incluida o con intereses en el Esquema ICOP Aeroespacial, Espacial y de Defensa excepto aquéllas que pongo en conocimiento a continuación, junto con las tareas que desempeño en ellas:

Nombre de la Organización:

País:

Tareas:

.....
.....

También reconozco que potencialmente pueden surgir conflictos de interés como resultado directo de mi puesto laboral, por lo que, para que quede constancia, declaro las siguientes situaciones:

Nombre de la organización.....

EC responsable de la Certificación Aeroespacial de la organización.....

Autenticado como AEA/AA: Sí/No AAB Responsable de la autenticación.....

Comprendo que toda la información declarada es para uso del European Sector Management Structure (SMS) y el EAQG OPMT para gestionar y evitar cualquier posible conflicto de interés tal y como describe la Cláusula 10 de la norma EN 9104-002.

Además, estoy de acuerdo que cualquier información respecto al SMS's, CBMC's, grupos de trabajo o Comités, Entidades de Acreditación, Empresas Certificadoras y sus clientes, AAB's, TPABs o TPs adquirida como miembro del EAQG OPMT o como Other Party (OP) Assessor debe ser confidencial y no puede ser copiada, distribuida o publicada a cualquiera que no sea miembro del EAQG OPMT o cualquiera de los CBMCs Europeos, salvo permiso por escrito de la organización involucrada.

El anterior acuerdo no es aplicable si la información es publicada o puesta a disposición legítimamente del dominio público, o legítimamente obtenida de parte de quien sea libre para su divulgación.

Nombre y Firma..... Fecha:.....

Puesto.....

Acordado y aceptado por el Responsable del CBMC Español en nombre del EAQG OPMT

Nombre y Firma..... Fecha:.....

Appendix J

(normative)

Oversight Nonconformity Record

Instructions for completing the Nonconformity Record (NCR):

1. Complete the entire first page (below).
2. Completing the form shall be done following the audit.
3. Submit the form electronically, if possible.

Organization's Name:		Nonconformity #	
Type of Audit	<input type="checkbox"/> Witness Audit	<input checked="" type="checkbox"/> Office Audit	Classification of nonconformity
		<input type="checkbox"/> Minor	<input type="checkbox"/> Major
Is this a follow-up to a previous nonconformity?		<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
If so, what is the previous assessment & nonconformity numbers:			
Comments on the nonconformity (as expressed by organization)			
Requirement: (specify standard number / organization's procedure number, along with applicable clause / paragraph number, including relevant text)			
Statement of Finding:			
Assessment Evidence:			
NCRs – Plan Due Date: (plan due within 30 days of the NCR date)			
Minor NCR – Date Evidence of Implementation Due: (evidence due within 90 days of the NCR date)			
Major NCR – Date Evidence of Implementation Due: (evidence due within 60 days of the NCR date)			
Auditor or OP Assessor Signature		Date	
Organizations Representative Signature		Date	

Instructions for responding on this form:

1. The organization must complete this form for each NCR issued.
2. Objective evidence provided electronically is preferred;
3. If the initial response(s) was not accepted, complete the appropriate section(s) with an updated response(s).

Correction

Additional response include day / month / year, if required

Root Cause

Additional response include day / month / year, if required

Corrective Action (Prevent Recurrence)

Additional response include day / month / year, if required

**Representative's
Name & Title**

Date

Instructions after reviewing corrective actions:

1. The reviewer must complete this form after reviewing each NCR issued.
2. Once review conducted, complete Section 1, as appropriate.
3. If the initial response(s) reviewed was not accepted or if objective evidence is required, complete Section 2.
4. In section 2, specifically indicate what is required.
5. Provide a due date for the organization to supply a revised response and/or objective evidence.

Section 1

Review results	Date	Reviewer's name
Plan Accepted		
Evidence of implementation was Accepted		
NCR Closed		
<i>Continued effective implementation will be verified at the next audit.</i>		

Section 2

If information provided is not accepted, please complete below:

Date	Name	Reason	Due Date for additional response

Appendix K Oversight Assessment Summary Report

Name (Organization): Address: Representative: Phone: e-mail:		Type of Assessment: Date:
OP Assessor Name(s)	<i>Company Name:</i>	Contact Information (e-mail,etc)
AB Assessor Name(s)	<i>AB Name:</i>	Contact Information (e-mail,etc)
Assessment results		
Assessment Criteria:		
Evidence of Assessment: (Identify assessment check sheets used):		
<input type="checkbox"/> Satisfactory (No Nonconformities) Conclusions/Remarks:		
<input type="checkbox"/> Corrective Action required List all NCRs :	Due Date	
Opportunity for Improvement (OFI) List all noted OFIs: Note: OFIs shall not be nonconformance's (Refs 9104-2 definition section)		
Additional comments/remarks and/or lessons learned:		
Signature		
OP Lead Assessor:	OP Advisor:	Concurrence:
Date:	Date:	Date:

NOTAS: Deben aparecer en la firma el nombre y la fecha, es imprescindible también la firma , nombre y fecha en "Concurrence" como aceptación del informe