



CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN INFORME DE AUDITORÍA

Organización:	UNIVERSIDAD DE GRANADA - SERVICIO DE SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES		
Dirección:	C/ Cuesta del Hospicio, s/n, 18071 Granada		
Normas y acreditaciones:	ISO 45001:2018 (ENAC)		
Representante:	D. Javier Machado Santiago (Director)		
Emplazamientos auditados:	Ver apartado 6	Fechas de auditoría:	14, 18, 19, 20, 21, 24, 25 de mayo, 25 de junio, 1 y 6 de julio de 2021
Nº efectivo de personal:	4592 (6291 total)	Technical Area:	OH 7.3, 15.8, 15.11
Auditor Jefe:	José A. Molina Quesada	Otros miembros del equipo auditor:	Nemesia Martín Arcos Antonio J. Delgado Martín

Emplazamientos auditados:

1. Central (Servicio De Prevención de Riesgos Laborales): Hospital Real, Cuesta del Hospicio, s/n, 18071, Granada.
2. Centro de Investigaciones Biomédicas. Campus de la Salud, Avenida del Conocimiento, s/n; 1807, GRANADA.
3. Colegio Mayor Isabel La Católica: C/ Rector López Argüeta, s/n; 18071 GRANADA.
4. Facultad de Bellas Artes: Restauración. Avda. Andalucía s/n, Campus de Aydanamar 18071, Granada.
5. Facultad de Traducción e Interpretación: C/ Puentezuelas, 55, 18071, Granada.
6. Centro de Servicios de Informática y Redes de Comunicaciones: Campus Universitario de Cartuja, Edificio Mecenas, s/n; 18071 GRANADA.
7. Facultad de Ciencias de la Salud: Avenida de la Ilustración 60, 18071 GRANADA.
8. Facultad de Psicología: Campus Universitario de Cartuja, s/n; 18071 GRANADA.
9. E.T.S. de Ingeniería de Caminos, Canales y Puertos: Campus Universitario de Fuentenueva, Edificio Politécnico, C/ Severo Ochoa, s/n, 18071, GRANADA.
10. Facultad de Ciencias Políticas: Rector Lopez Argueta s/n, 18071 GRANADA.

NO CONFORMIDADES

No conformidad	Nº 1 de 8	☐ Mayor / ☒ menor	
Departamento/ función	Prevención	Norma /cláusula	ISO 45001:2018/9.1.2
Doc. de referencia	P10	Edición / rev.	06
Descripción de la no conformidad	Derivado del cierre parcial de NC 4 de anterior auditoria, aunque la organización ha identificado los requisitos legales de aplicación de todos los centros del alcance en la aplicación CTAIMA, a fecha de auditoria no se evidencia que la organización haya identificado la evaluación de cumplimiento legal de requisitos identificados de aplicación.		
Hallazgos	Ausencia de registro de evaluaciones de cumplimiento legal por centros muestreados tales como: Equipos a presión: No se ha podido verificar inspecciones reglamentarias aplicables a calderines de aire y/o agua de 900 y 1000 litros respectivamente, P=8bar fabricados en año 2004 presentes en las instalaciones (Centro de Investigaciones biomédicas). No se ha podido verificar inspecciones reglamentarias aplicables a calderines de agua de 700 litros, P=10bar fabricados en año 2012 presentes en las instalaciones (Facultad de Ciencias de la Salud). No se ha podido verificar inspecciones reglamentarias aplicables a calderines asociados a calderas, 3 unidades de 300 litros cada uno, presión de trabajo 6Bar y fabricación año 2007, 2014, 2015 respectivamente. (E.T.S. de Ingeniería de Caminos, Canales y Puertos). Protección contra incendios: No se dispone de inspección reglamentaria de instalación de protección contra incendios según RD 513/2017 para centros en los que es de aplicación. Por parte de la		

	organización se han iniciado los trámites para realizar la inspección de los centros de mayor envergadura y antigüedad, pendientes de ejecutar a fecha de realización de auditoria. Depósitos de combustible: No se ha podido verificar la homologación y certificados de instalación de los depósitos provisionales de combustible para alimentación a caldera instalados en patio interior. (Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales). Se ha solicitado empresa instaladora Castillo confort el certificado de instalación y homologación de los depósitos en diferentes ocasiones, última de fecha 26.03.2021, quedando a la espera de su obtención por parte de Industria.
--	---

No conformidad	Nº 2 de 8	☐ Mayor / ☒ menor	
Departamento/ función	Prevención	Norma /cláusula	ISO 45001:2007/4.4.6
Doc. de referencia	PE-06 IT 01	Edición / rev.	01
Descripción de la no conformidad	Deficiencias en implantación de medidas y respuesta ante situaciones de emergencia en centros muestreados.		
Hallazgos	Derivado del cierre parcial de NC 2 de anterior auditoría y de la visita a los diferentes emplazamientos, se observan deficiencias tales como: - En los servicios Centrales del Hospital Real no se ha podido verificar la disposición de nombramientos de los responsables de actuación ante emergencias en los diferentes turnos de mañana y tarde. - No se ha evaluado la capacidad de respuesta frente a emergencias mediante la realización de simulacros, según se establece en los Planes de Autoprotección. (Centro de Servicios de Informática y Redes de Comunicaciones, Edificio Mecenaz, Facultad de Bellas Artes-Restauración).		

No conformidad	Nº 3 de 8	☐ Mayor / ☒ menor	
Departamento/ función	Prevención	Norma /cláusula	ISO 45001:2018/6.1.2
Doc. de referencia	P05	Edición / rev.	06
Descripción de la no conformidad	No se puede evidenciar que se haya actualizado la evaluación de riesgos de la Facultad de Bellas Artes-Restauración incluyendo la sala de rayos X y los riesgos derivados de su uso (p.e. radiaciones ionizantes) una vez que ésta se encuentra operativa.		
Hallazgos	La Evaluación de riesgos de la Facultad de Bellas Artes-Restauración no incluye la sala de rayos X y los riesgos derivados de su uso ya que en el momento de realizarla ésta no se encontraba operativa.		

No conformidad	Nº 4 de 8	☐ Mayor / ☒ menor	
Departamento/ función	Prevención	Norma /cláusula	ISO 45001:2018/8.1
Doc. de referencia	P05 IT05 P05 IT06	Edición / rev.	01
Descripción de la no conformidad	Ausencia de controles periódicos para mantenimiento, revisión y control de instalaciones tales como armarios de almacenamiento de productos químicos y campanas de extracción/flujo laminar de laboratorios.		
Hallazgos	Durante la visita a las instalaciones, no se ha podido verificar: - Plan de mantenimiento y revisiones periódicas según APQ 10 “almacenamiento en recipientes móviles”, para los armarios de productos químicos disponibles en los emplazamientos muestreados (Centro de investigaciones biomédicas, Facultad de Bellas Artes-Restauración, Facultad de Ciencias de la Salud).		

	- Plan de mantenimiento y/o revisiones periódicas establecidas por el fabricante para el control periódico de las campanas de extracción/flujo laminar que garanticen el flujo mínimo de extracción, en los emplazamientos muestreados (Centro de investigaciones biomédicas, Facultad de Bellas Artes-Restauración, Facultad de Ciencias de la Salud).
--	---

No conformidad	Nº 5 de 8	☐ Mayor / ☒ menor	
Departamento/ función	Dirección	Norma /cláusula	ISO 45001:2018/7.4
Doc. de referencia	P03	Edición / rev.	06
Descripción de la no conformidad	Ausencia de comunicaciones relevantes en la organización.		
Hallazgos	Por parte de la organización, aún no se ha procedido a comunicar entre el personal, representantes de los trabajadores y/o partes interesadas, según apliquen: - Objetivos de mejora. - Hallazgos de auditorías internas/externas. - Resultados pertinentes del informe de revisión por la dirección.		

No conformidad	Nº 6 de 8	☐ Mayor / ☒ menor	
Departamento/ función	Prevención	Norma /cláusula	ISO 45001:2018/10
Doc. de referencia	P14	Edición / rev.	04
Descripción de la no conformidad	Incompleto proceso de investigación de incidentes según formato empleado.		

Hallazgos.	En los informes de investigación de incidentes, no se incluye la evaluación de la eficacia de las acciones correctivas implantadas, así como la necesidad de revisión de la evaluación de riesgos, para comprobar que el riesgo se encuentra identificado y evaluado.
------------	---

No conformidad	Nº 7 de 8	☐ Mayor / ☒ menor	
Departamento/ función	Prevención	Norma /cláusula	ISO 45001:2018/7.1
Doc. de referencia	Plan de prevención de riesgos laborales	Edición / rev.	08
Descripción de la no conformidad	Ausencia de designación de personal en la constitución del servicio de prevención propio que cubra la especialidad técnica de seguridad en el trabajo.		
Hallazgos	La organización dispone de un servicio de prevención propio de riesgos laborales formado en cuanto a especialidades técnicas por un TSPRL en Higiene Industrial, un TSPRL en Ergonomía y psicología, TSPRL en Seguridad, 2 técnicos de prevención nivel superior, seis técnicos especialistas en PRL nivel intermedio, del que actualmente no se ha podido verificar la designación del personal que cubre la especialidad de Seguridad en el trabajo.		

No conformidad	Nº 8 de 8	☐ Mayor / ☒ menor	
Departamento/ función	Prevención	Norma /cláusula	ISO 45001:2018/5.2
Doc. de referencia	Política	Edición / rev.	31.01.2017
Descripción de la no conformidad	La política de seguridad y salud laboral no se encuentra adaptada a la norma de seguridad y salud en el trabajo en su versión actual ISO45001.		



Hallazgos	Política de seguridad y salud laboral de la Universidad de Granada de fecha 31.01.2017 referente al sistema de gestión de seguridad y salud laboral según norma OHSAS 18001.
-----------	--

Las No conformidades deben tratarse mediante el proceso de acciones correctivas de la organización y según los requisitos de la norma, incluyendo el análisis de causas y las acciones necesarias para evitar su reaparición, así como el mantenimiento de los registros oportunos. Además:

- ☐ NC Mayores: Se debe enviar al auditor jefe una propuesta de acciones correctoras antes de 30 días y antes de 90 días SGS realizará una visita extraordinaria de verificación para confirmar el cierre.
 - ☐ NC Mayores: Se enviará al auditor jefe una propuesta de acciones correctoras antes de 30 días, posteriormente se remitirán los registros y evidencias demostrativas del cierre antes de 90 días.
 - ☐ NC menores (iniciales, renovaciones, cambios): Se enviará al auditor jefe una propuesta de acciones correctoras antes de 30 días. En la próxima auditoría se realizará un seguimiento de las mismas.
 - ☒ NC menores (iniciales, renovaciones y cambios): Se ha presentado al auditor jefe una propuesta de acciones correctoras con resultado satisfactorio. En la próxima auditoría se realizará un seguimiento de las mismas.
 - ☐ NC menores (seguimientos sin cambio): No se requiere contestación. En la próxima auditoría se realizará un seguimiento de las mismas.
- Estos plazos no son aplicables cuando exista un límite inferior más estricto, por ejemplo, la necesidad de evaluar y tomar una decisión sobre el expediente antes de expirar la fecha de validez del certificado.
 - El cierre de NC mayores y la respuesta a NC menores y su aceptación por el auditor jefe son requisitos para la emisión de un certificado.