|  |  |
| --- | --- |
| Müşteri Kuruluş | æfirmaadiæ |
| Adres | æfirmaadresiæ |
| İletişim Bilgileri | æfirmatelefonæ æfirmafaksæ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kapsam | æbelgelendirmekapsamiæ | | |
| Standard | ISO 9001:2015 | ISO 14001:2015 | ISO 45001:2018 |
| ISO 22000:2018 | ISO 50001:2018 | |
| Denetim Tipi | İlk Belgelendirme  Gözetim 1  Gözetim 2  Yeniden Belgelendirme  Özel | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Başdenetçi | æbasdenetciadiæ |
| Denetçi | ædenetciadi1æ |
| Denetçi | ædenetciadi2æ |
| Teknik Uzman | æteknikuzmanadi1æ |
| Teknik Uzman | æteknikuzmanadi2æ |
| Gözlemci | ægozlemciadi1æ |
| Değerlendirici | ægozlemciadi1æ |

|  |  |
| --- | --- |
| Müşteri KuruluşYetkili Temsilcisi | æyonetimtemsilcisiadiæ |

|  |
| --- |
| Bu raporun içeriği, müşteri kuruluşun kendisi ve Aliment dışında gizlidir.  Bu raporun tamamı veya bir kısmının müşteri kuruluşun çalışanları veya Aliment dışında çoğaltılması ve dağıtılması, dağıtımdan önce yazılı mutabakat ile mümkündür (TÜRKAK hariç).  Bu raporda yer alan uygunsuzluklar, örnekleme usulü yapılan çalışma sonucunu yansıtır ve bu sebeple başka uygunsuzluk olmadığı anlamını taşımaz. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Denetim Tarihi | ædenetimtarihleriæ | Denetim/Gün Sayısı | ædenetimzamaniæ |

|  |  |
| --- | --- |
| Denetim Hedefi | 1. Denetim kriterleri kullanılarak, müşterinin yönetim sisteminin veya bir bölümünün uygunluğunun tayini, 2. Yönetim sisteminin yeteneği ile müşterinin uygulanabilir, yasal, düzenleyici ve sözleşme gerekliliklerini karşıladığından emin olunmasının tayini, 3. Müşterinin, belirlenen hedeflere ulaşılabileceği beklentisini güvence altına almak için yönetim sisteminin etkinliğinin tayini, 4. Uygun olması durumunda, yönetim sisteminin potansiyel iyileştirme alanlarının tanımı. |
| Denetim Kriterleri | El kitabı, prosesler, prosedürler, yönetmelik vb. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denetlenen Adresler | | Tarihler |
| Saha Adresleri | æsubeadresiaæ |  |
| æsubeadresibæ |  |
| æsubeadresicæ |  |

\* Saha sayısı 3’den fazla ise gerektiği kadar satır eklenebilir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Uygulanabilir Olmayan Madde/Hariç Tutma | | |
| Hariç Tutulan/ Uygulanabilir Olmayan Maddeler | Uygulanabilir Olmamanın/Hariç Tutmanın Gerekçeleri | Sonuç  (√/U/G)\* |
| æharictutulanmaddeleræ |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Çalışan Sayısı | ætamzamanlicalisansayisiæ | Taşeron Çalışan Sayısı | ætaseroncalisansayisiæ | Toplam  Çalışan Sayısı | ætoplamcalisansayisiæ |

|  |
| --- |
| Rapor Özeti |
| æfirmaadiæ’ in, EYS kurulmasında ve işletilmesi konusunda ihtiyaç duyulan dokümantasyonu oluşturduğu ve sistemin, bazı eksiklikleri ile etkin bir şekilde yürütüldüğü gözlemlendi.  æfirmaadiæ’ in üst yönetiminin ve personelin bakış açısı ve alt yapı olarak, EYS şartlarına hazır olduğu gözlemlendi.  Denetim esnasında, 20 adet uygunsuzluk tespit edilmiş olup, bunlardan 6 tanesi majör/kritik, 14 tanesi minör uygunsuzluk olarak belirlendi.  Denetim esnasında, æfirmaadiæ’ in, yönetim sisteminin bazı yönlerini geliştirmesi gerektiği gözlenmiş bunların bir kısmı raporda uygunsuzluk/iyileştirmeye açık alan olarak belirtildi. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Toplam majör uygunsuzluk |  | Toplam minör uygunsuzluk |  | Toplam kritik uygunsuzluk |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Genel | |
| Varsa denetim planından herhangi bir sapma ve nedenleri | Denetim planından herhangi bir sapma söz konusu olmamıştır. |
| Varsa denetim programını etkileyen durumlar | Denetim programında değişiklik gerektirecek her hangi bir durum görülmemiştir. |
| Varsa son denetimden sonra müşterinin yönetim sistemini etkileyen değişiklikler | Son denetimden sonra, æfirmaadiæ’ nin yönetim sistemini etkileyen her hangi bir değişiklik uygulaması görülmemiştir. |
| Varsa çözümlenmemiş hususlar | Çözümlenmemiş her hangi bir husus bulunmamaktadır. |
| Önceki denetimde tespit edilmiş olan uygunsuzluklara ait düzeltici faaliyetlerin etkinlik kontrolü | Önceki denetimde Aşama 1’ de tespit edilmiş olan 4 adet uygunsuzluğa ait düzeltici faaliyetlerin etkinlik kontrolü yapılmış ve tamamının 3 tanesinin kapatıldığı, 1 tanesinin de kapatılmadığı tespit edilmiş ve Aşama 2’ de tekrar uygunsuzluk açılmıştır. |
| Sertifika, marka ve logo kullanımı | Sertifika, marka ve logo kullanımının uygun olduğu görülmüştür. |
| Yönetim sistem/lerinin uygulanabilir gereklilikler ve beklenen çıktıları karşılama yeteneği | Yönetim sistem/lerinin uygulanabilir şartlar ve beklenen çıktıları karşılayacak yapıda oluşturulduğu ve uygulandığı görülmüştür. |
| İç denetim ve yönetimin gözden geçirmesi prosesleri | 2020 yılı iç denetimlerinin, tarihleri arasında yapıldığı görüldü.  Toplam 3 bölüm/birimde iç denetim gerçekleştirildiği görüldü.  İç denetimlerde, 1 adet uygunsuzluk belirlendiği görüldü.  2020 yılında 12.05.2020 tarihinde gerçekleştirildiği görüldü.  İlgili standardların girdi ve çıktılarının ele alındığı görüldü. |
| Kapsam ve sınırların teyidi |  |
| EnYS’ nin sürekli iyileştirilmesinin başarıldığına ve enerji performansının iyileştirilmesine ilişkin kanıtlar |  |
| Uygulandı ise denetim tipi | Birleşik  Ortak  Entegre |
| Denetim hedeflerine ulaşma durumu | Denetimde;   1. Denetim kriterleri kullanılarak, müşterinin yönetim sisteminin veya bir bölümünün uygunluğunun tayini, 2. Yönetim sisteminin yeteneği ile müşterinin uygulanabilir, yasal, düzenleyici ve sözleşme şartlarını karşıladığından emin olunmasının tayini, 3. Müşterinin, belirlenen hedeflere ulaşılabileceği beklentisini güvence altına almak için yönetim sisteminin etkinliğinin tayini, 4. Uygun olması durumunda, yönetim sisteminin potansiyel iyileştirme alanlarının tanımı.   görüldüğünden, denetim hedeflerine ulaşılmıştır. |

|  |  |
| --- | --- |
| Gözlemler | |
| No | Olumlu Yönler |
|  |  |
|  |  |
| No | İyileştirmeye Açık Alanlar |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bulgular | | | |
| No | Standard/Madde No | Uygunsuzluk Sınıfı | Uygunsuzluk Açıklaması |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Denetim Sonucuna İlişkin Denetim Ekibinin Tavsiye Kararı | |
| İlk  Belgelendirme | Sertifika verilmesi |
| Sertifika verilmemesi |
| Takip denetimi yapılması |
| Gözetim | Belgelendirmenin sürdürülmesi |
| Belgelendirmenin askıya alınması |
| Takip denetimi yapılması |
| Yeniden  Belgelendirme | Belgelendirmenin yenilenmesi |
| Belgelendirmenin yenilenmemesi |
| Takip denetimi yapılması |
| Diğer | Kapsam değişikliği yapılması |
| Adres değişikliği yapılması |

|  |
| --- |
| Aliment, gerçekleştirilen her denetimden sonra, denetim raporlarını, müşteri kuruluşa iletmektedir.  Belgelendirme sözleşmesi gereği raporları, 3 yıllık belgelendirme çevrimi boyunca muhafaza etmeniz ve talep edilmesi durumunda ibraz etmeniz gerekmektedir. |

|  |
| --- |
| Başdenetçi |
| æbasdenetciadiæ |
| İmza |
|  |

*\* Denetimde kullanılmayan standardla ilgili tabloyu siliniz.*

*\* Denetimin entegre olması durumunda; 4, 5 ve 7.2, 7.3, 7.5, 9.2, 9.3 ve 10. maddeler, ortak incelenmekte midir?*

*\* Ortak incelenen maddelerdeki bulguların, ilk tablodaki ilgili standard maddeleri altında yazılması yeterlidir.*

ædeletekysæ

| ISO 9001:2015 | | |
| --- | --- | --- |
| Gereklilikler | | Bulgular |
| 4 4.1*\** | KURULUŞUN BAĞLAMI Kuruluş ve bağlamının anlaşılması Kuruluş, amacı ve stratejik yönü ile ilgili olan ve kalite yönetim sistemlerinin amaçlanan sonucuna/sonuçlarına ulaşabilme yeteneğini etkileyen, iç ve dış hususları tayin etmiş mi? Kuruluş bu iç ve dış hususlarla ilgili bilgiyi izlemiş ve gözden geçirmiş mi?  *Kuruluş, iklim değişikliği ile ilgili bir husus olup olmadığını belirlemiş mi?* | CANADA GREEN GATE’ in bağlamının anlaşılması için, entegre yönetim sisteminin amaçlanan sonuçlarına ulaşabilme yeteneğini etkileyen iç ve dış hususlarla ilgili bilgilerin, EEK Entegre El Kitabı (02.01.2020 Rev:1) ve DD-25 İlgili Taraflar Listesi (01.02.2016 Rev:0) nde belirlenmiş olduğu görüldü.  Örnek dış huşular: Yasal, teknolojik, rekabetçi, pazar, kültürel, sosyal ve ekonomik çevrelerden (uluslararası, ulusal, bölgesel ve yerel olabilir) kaynaklanan hususlar  Örnek iç hususlar: Değerler, kültür, bilgiler ve performans  CANADA GREEN GATE’ in, iç ve dış hususlarla ilgili bilgiyi, üst yönetim tarafından, DD-25 İlgili Taraflar Listesi (01.02.2016 Rev:0) ile izlenmekte ve gözden geçirilmekte olduğu görüldü. |
| 4.2*\** | İlgili tarafların ihtiyaç ve beklentilerinin anlaşılması Kuruluş, müşteri ve uygulanabilir birincil ve ikincil mevzuat hükümlerini karşılayan ürünleri ve hizmetleri düzenli olarak sağlama yeteneğine etkisi veya potansiyel etkisinden dolayı, aşağıdakileri belirlemiş mi?  a) Kalite yönetim sistemi ile ilgili tarafları, b) Bu ilgili tarafların kalite yönetim sistemi ile ilgili gereklilikleri, Kuruluş, bu ilgili taraflar hakkındaki bilgileri ile bu tarafların gerekliliklerini izlemiş, ihtiyaçlarını tespit etmiş ve gözden geçirmiş mi?  *Not: İlgili tarafların iklim değişikliği ile ilgili gereklilikleri olabilir.* | CANADA GREEN GATE’ in, ilgili taraflar ile ihtiyaç ve beklentilerinin bir başka deyişle şartlarının ve bunlardan hangilerinin uygunluk yükümlülükleri olacağının, DD-25 İlgili Taraflar Listesi (01.02.2016 Rev:0) nde belirlenmiş olduğu görüldü.  Örnek ilgili taraflar: Sağlık Bakanlığı, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ile yönetim, müşteriler, tedarikçiler, çalışanlar  CANADA GREEN GATE’ in, ilgili taraflar hakkındaki bilgileri ile bu tarafların şartlarını, DD-25 İlgili Taraflar Listesi (01.02.2016 Rev:0) nde belirlediği ve gözden geçirmekte olduğu görüldü. |
| 4.3*\** | Kalite yönetim sisteminin kapsamının belirlenmesi Kuruluş, kapsamı belirlemek amacıyla, kalite yönetim sisteminin sınırlarını ve uygulanabilirliğini aşağıdakilere göre tayin etmiş mi? a) Madde 4.1’de atıf yapılan iç ve dış hususları, b) Madde 4.2’de atıf yapılan ilgili tarafların gerekliliklerini, c) Kuruluşun, ürün ve hizmetlerini. Kuruluşun kalite yönetim sisteminin kapsamı, dokümante edilmiş bilgi şeklinde muhafaza ediyor mu?  Kapsam, kapsanan ürün ve hizmet tiplerini belirtiyor mu? Kuruluşun ürün ve hizmetlerinin uygunluğunu, müşteri memnuniyetini artırmayı güvence altına alma yeteneğini ve kabiliyetini etkilememesi durumunda, standardın herhangi bir gerekliliği, uygulanabilir olmayan olarak tayin edilmiş ve gerekçelendirilmiş mi? | CANADA GREEN GATE’ in, kapsamını belirlerken iç ve dış hususlar ile ilgili tarafların şartlarını ve kendisinin ürün ve hizmetlerini dikkate aldığı görüldü.  Kapsam: “Dezenfektan Üretimi”  Yönetim sistemi kapsamının, EEK Entegre El Kitabı (02.01.2020 Rev:1) nda belirlenmiş olduğu görüldü.  CANADA GREEN GATE’ in, ISO 9001:2015 standardın herhangi bir şartını, uygulanabilir olmayan olarak belirlemediği ve belirtilen kapsam dâhilinde olan tüm şartların uygulandığı görüldü. |
| 4.4 | Kalite yönetim sistemi ve prosesleri 4.4.1 Kuruluş, ISO 9001 standardının gerekliliklerine uygun olarak, ihtiyaç duyulan prosesler ve bunların birbiri ile etkileşimi dâhil, uyguladığı, sürekliliğini sağladığı ve sürekli iyileştirme yaptığı bir kalite yönetim sistemi kurmuş mu? Kuruluş, kalite yönetim sistemi için ihtiyaç duyulan prosesleri, aşağıdakileri ve bunların kuruluşun tamamında uygulamalarını tayin etmiş mi? a) Bu proseslerin istenen girdileri ile beklenen çıktılarını tayin etmiş mi? b) Bu proseslerin sırası ve birbirleri ile etkileşimini tayin etmiş mi? c) Proseslerin etkili işletimi ve kontrolünü güvence altına almak için ihtiyaç duyulan kriter ve yöntemleri (izleme, ölçme ve ilgili performans kriterleri dâhil) tayin etmiş ve uyguluyor mu? d) Bu prosesler için ihtiyaç duyulan kaynakları tayin etmekte ve varlığını güvence altına almış mı? e) Bu prosesler için yetki ve sorumlulukları belirlenmiş mi? f) Madde 6.1’in gerekliliklerine göre tayin edilmiş risk ve fırsatları belirlenmiş mi?  4.4.2 Kuruluş, ihtiyaç duyulan ölçüde:   1. Bu proseslerin işletimini desteklemek için dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza etmekte, 2. Proseslerin planlanan şekilde yürütüldüğünden emin olmak için dokümante edilmiş bilgiyi sürdürmekte midir? | CANADA GREEN GATE’ in, ilgili standardların gereklilikleri uyarınca bir entegre yönetim sistemi oluşturduğu, uyguladığı, sürdürdüğü görüldü.  İhtiyaç duyulan prosesler ve bu proseslerin etkileşimlerinin, DD-19 Prosesler Arası Etkileşim Şeması (01.02.2016 Rev:0) nda belirlediği ve 8 adet prosese oluşturulduğu görüldü.  İhtiyaç duyulan prosesler için;  - Girdiler ile beklenen çıktıları, - Etkili işletim ve kontrolü güvence altına almak için ihtiyaç duyulan kriter ve yöntemleri (izleme, ölçme ve ilgili performans kriterleri dahil), - İhtiyaç duyulan kaynakları,  - Yetki ve sorumlulukları, - Risk ve fırsatları  ilgili proses dokümanlarında belirlediği ve uyguladığı görüldü.  Örnek:  PS.01 Satınalma Prosesi  PS.02 Bakım-Onarım Prosesi  PS.03 Müşteri İlişkileri Prosesi  PS.04 İnsan Kaynakları Prosesi (01.02.2016 Rev: 0)  PS.05 Satış-Pazarlama Prosesi  PS.06 Uygunsuzluk ve Düzeltici Faaliyet Prosesi  PS.07 Genel Üretim Prosesi  PS.08 Tasarım Prosesleri |
| 5 5.1 5.1.1 | LİDERLİK Liderlik ve taahhüt Genel Üst yönetim, aşağıdakiler vasıtasıyla kalite yönetim sistemi için liderlik ve taahhüt göstermiş mi? a) Kalite yönetim sisteminin etkinliği için hesap verilebilirliği, b) Kalite politikası ve kalite hedeflerini oluşturulduğu ve bunların kuruluşun stratejik yönü ve bağlamı ile uyumluluğunun güvence altına alınması, c) Kalite yönetim sistemi gerekliliklerinin, kuruluşun iş prosesleri ile entegre olduğunun güvence altına alınması, d) Proses yaklaşımı ve risk temelli düşünmenin kullanımının teşvik edilmesi, e) Kalite yönetim sistemi için gerekli kaynakların varlığının güvence altına alınması, f) Etkin kalite yönetimi ve kalite yönetim sistem gerekliliklerine uygunluğun öneminin paylaşılması, g) Kalite yönetim sisteminin amaçlanan çıktılarına ulaşmasının güvence altına alınması, h) Kalite yönetim sisteminin etkinliğine katkı sağlayacak kişilerin, işe alınması, yönlendirilmesi ve desteklenmesi, i) İyileştirmenin teşvik edilmesi, j) Diğer ilgili yönetim görevlilerinin (kendi sorumluluk alanlarına uygulanması bakımından) liderliğini göstermek için desteklenmesi. | Genel Müdür Ahmed Ali BURHANUDIN’ in, Afganistan’ da olması ve Covid 19 salgını sebebiyle gelememesi sebebiyle, üst yönetim adına görüşülen Ahmet Can GÖKÇE ‘nin, liderlik ve bağlılığının gösterilmesi açısından sorumluluklarını, söylem ve uygulamaları ile gösterdiği görüldü.  Aralarında İngiltere ve Almanya dahil 68 ülkeye ihracat yapıldığı beyan edildi.  Yapılan görüşmeler esnasında, üst yönetim adına görüşülen Ahmet Can GÖKÇE ‘nin;  - Yönetim sisteminin etkinliği için hesap verilebilirlik,  - Yönetim sistemi şartlarının, kuruluşun iş prosesleri ile entegre olduğunu güvence altına almak,  - Yönetim sisteminin etkinliğine katkı sağlayacak kişilerin, işe alınması, yönlendirilmesi ve desteklenmesi  dahil, genel sorumluluğu üstlendiği görüldü.  Ayrıca, denetim sırasındaki söylem ve yaklaşımları ile üst yönetim adına görüşülen Ahmet Can GÖKÇE ‘nin sistemi sahiplendiği ve EYS’ nin amaçlanan çıktılarını destekleyen bir kültür geliştirmekte, öncülük etmekte ve teşvik etmekte olduğu görüldü. |
| 5.1.2 | Müşteri odaklılık Üst yönetim, aşağıdakileri güvence altına alarak, müşteri odaklılıkla ilgili liderlik ve taahhüt göstermiş mi? a) Müşteri ihtiyaçlarının ve uygulanabilir birincil ve ikincil mevzuat gerekliliklerinin tayin edildiği, anlaşıldığı ve düzenli olarak karşılandığını, b) Ürün ve hizmetlerin uygunluğunu etkileyebilecek risk ve fırsatlar ile müşteri memnuniyetinin artırılması için yeteneğin tayin edilmesi ve belirlenmesini, c) Müşteri memnuniyetinin artırılması odağının sürdürülmesini. | Üst yönetim adına görüşülen Ahmet Can GÖKÇE ‘nin, müşteri odaklılıkla ilgili olarak;  a) Müşteri ihtiyaçları ile yasal ve diğer şartların belirlenmesine, anlaşılmasını ve karşılanmasını, b) Ürün ve hizmetlerin uygunluğunu etkileyebilecek risk ve fırsatlar ile müşteri memnuniyetinin artırılması için yapılacakların belirlenmesini, c) Müşteri memnuniyetinin artırılmasının sürdürülmesini  destekleyen bir anlayışa, öncülük etmekte ve teşvik etmekte olduğu kendisi ve ilgili personelle yapılan görüşmeler sırasında görüldü.  Satış-Pazarlama Bölümünün, müşterilerin memnuniyetini ölçmek, beklenti ve ihtiyaçlarını tespit etmek, mevcut ürünleri ve yeni ürünleri tanıtmak için rutin olarak müşteri veya potansiyel müşteri ziyaretlerinde bulunduğu görüldü. |
| 5.2 | Kalite Politikası 5.2.1 Kalite Politikasının oluşturulması Üst yönetim,  a) Kuruluşun amaç ve bağlamına uygun ve stratejik istikametini destekleyen, b) Kalite hedeflerinin belirlenmesi için bir çerçeve sağlayan, c) Uygulanabilir gereklilikleri yerine getirme için bir taahhüt içeren, d) Kalite yönetim sisteminin sürekli iyileştirilmesi için bir taahhüt içeren. Yukarıdakileri karşılayan, uyguladığı ve sürekliliğini sağladığı bir kalite politikası oluşturulmuş mu?  5.2.2 Kalite politikasının duyurulması Kalite politikası: a) Dokümante edilmiş bilgi olarak var mı? Sürekliliği sağlanıyor mu? b) Kuruluş içerisinde duyurulmuş mu? Anlaşılması sağlanmış ve uygulanıyor mu? c) İlgili tarafların erişimine uygun şekilde açılmış mı? | Genel Müdür Ahmed Ali BURHANUDIN tarafından onaylanmış, DD-02 Entegre Şirket Politikası (02.01.2020 Rev:1) görüldü. Politikanın, CANADA GREEN GATE’ in amaç ve bağlamı ile uyumlu olduğu görüldü.  Ayrıca politikanın;  - Uygunluk yükümlülüklerinin yerine getirileceğine dair bir taahhüdü içerdiği,  - Entegre yönetim sisteminin sürekli iyileştirilmesine dair bir taahhüdü içerdiği  teyit edildi.  CANADA GREEN GATE içerisinde duyurulduğu görüldü.  CANADA GREEN GATE tarafından ilgili tarafların erişimine web sitesinde yayınlanması suretiyle ilgili tarafların erişimine açıldığı/açılmadığı görüldü.  Uygunsuzluk: #1-Minör  Entegre Yönetim Sistemi Politikasının, CANADA GREEN GATE personeline ait bir sosyal medya hesabı üzerinden ilgili tarafların erişimine açıldığı görüldü. Ancak politikanın, ilgili sosyal medya platformunda hesabı olmayan ilgili tarafların erişimine uygun şekilde açık olmadığı tespit edildi. |
| 5.3 | Kurumsal görev, yetki ve sorumluluklar Üst yönetim, ilgili görevler için yetki ve sorumlulukların belirlemiş mi? Kuruluş içerisinde duyurulmuş mu? Üst yönetim aşağıdakiler için yetki ve sorumlulukları belirlemiş mi? a) Kalite yönetim sisteminin, ISO 9001 standardının gerekliliklerini karşılamasının güvence altına alınması, b) Proseslerin istenen sonuçları ortaya çıkarmasının güvence altına alınması, c) Kalite yönetim sisteminin performansı ve iyileştirme (bk. Madde 10.1) için fırsatlar ile ilgili raporlama (özellikle üst yönetime raporlama), d) Kuruluşun tamamında müşteri odaklılığın teşvik edilmesinin güvence altına alınması, e) Kalite yönetim sistemindeki değişiklikler planlanır ve uygulanırken, kalite yönetim sisteminin bütünlüğünün güvence altına alınması. | CANADA GREEN GATE’ in organizasyon yapısını tanımlayan, DD-01 Organizasyon Şeması (02.01.2020 Rev:1) görüldü.  İlgili görevler için yetki ve sorumlulukların belirlendiği toplam 34 adet Görev Tanımlarında (GT-01-34 Rev:0); görev, sorumluluklar, as-üst ilişkisi, vekalet durumlarının belirlenmiş olduğu görüldü.  Örnek;  GT-14 Ar-Ge Sorumlusu ve GT-19 Üretim Sorumlusu, GT-22 Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi Görev Tanımları görüldü.  İlgili standardların şartlarını sağlamak üzere Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi olarak yetki ve sorumluluklar verilen Ahmet Can GÖKÇE’ nin, 01.02.2016 tarihli yazı ile atandığı görüldü. |
| 6 6.1\* | PLANLAMA Risk ve fırsatları belirleme faaliyetleri  6.1.1 Kuruluş, kalite yönetim sistemini planlarken, Madde 4.1’de atıf yapılan hususları, Madde 4.2’de atıf yapılan gereklilikleri ve aşağıdakilere atıfta bulunması gereken risk ve fırsatların tayinini değerlendirmiş mi? a) Kalite yönetim sisteminin amaçlanan çıktısına/çıktılarına ulaşabileceğine güvence vermek; b) İstenen etkileri geliştirmek, c) İstenmeyen etkileri önlemek veya azaltmak, d) İyileşmeye erişim.  6.1.2 Kuruluş aşağıdakileri planlamış mı? a) Bu risk ve fırsatları belirleme faaliyetlerini, b) Aşağıdakileri nasıl yapacağını: 1) Faaliyetleri kalite yönetim sistem prosesleri içerisine nasıl entegre edeceği ve uygulayacağını, 2) Bu faaliyetlerin etkinliğini nasıl değerlendireceğini. | Kurumsal risk ve fırsatların ele alınması amacıyla, PR.13 Risk ve Fırsat Analizi Prosedürü (02.01.2020 Rev: 1) oluşturulduğu görüldü.  PL.01 Risk ve Fırsat Analiz Planı (02.01.2020 Rev: 1) oluşturularak, kurumsal riskler ve fırsatların belirlendiği ve değerlendirildiği görüldü.  Kurumsal risk ve fırsatların belirlenmesinde; iç ve dış hususların,  İlgili taraflar ve bunların şartlarının ve yönetim sisteminin kapsamının dikkate alındığı teyit edildi.  Örnek: “Tedarikçinin uygun olmayan ürün göndermesi”, “Kalite kontrolün düzgün yapılmaması” vb.  Olasılık; 1,2,3,4,5 olarak puanlanmış. Etki; 1,2,3,4,5 olarak puanlanmış. Risk: Olasılık x Etki: 25 puan Önemsiz Risk: 1,2,3 Düşük Risk: 4,5,6 Orta Risk: 8,9,10,12 Yüksek Risk: 15,16,20 Tolere edilemez Risk:25  Prosedürde belirtildiği üzere, tolere edilemez, yüksek ve orta riskleri ortadan kaldırmak için, faaliyetler başlatılmadığı görüldü.  Uygunsuzluk: #2-Majör  Risk ve fırsat belirleme faaliyetlerinin, etkin olarak gerçekleştirilmediği tespit edildi.  Örnek: PL.01 Risk ve Fırsat Analiz Planı dokümanında;   * **Belirlenen risk ve fırsatların, CANADA GREEN GATE’ in kalite&çevre ve gıda güvenliği yönetim sistemlerinin hangisiyle ilgili olduğunun ayırt edilememesi/belirgin şekilde ele alınmaması**   Risk ve fırsatlar ile ilgili faaliyetleri ilgili yönetim sistem prosesleri içerisine nasıl entegre edileceği, uygulanacağı ve etkinliğini nasıl değerlendirileceğinin dikkate alınmaması |
| 6.2\* | Kalite hedefleri ve bunlara erişmek için planlama 6.2.1 Kuruluş, kalite yönetim sistemi için ihtiyaç duyulan ilgili fonksiyon, seviye ve proseslerde kalite hedeflerini oluşturmuş mu? Kalite hedefleri aşağıdaki gereklilikleri yerine getirir doğrultuda hazırlanmış mı? a) Kalite politikası ile uyumlu olmak b) Ölçülebilir olmak c) Uygulanabilir gereklilikleri dikkate almak d) Ürün ve hizmetlerin uygunluğu ve müşteri memnuniyetini arttırmaya uygun olmak e) İzlenmek f) Duyurulmak g) Uygun şekilde güncellenmek Kuruluş, kalite hedeflerini dokümante edilmiş bilgi olarak muhafaza ediyor mu?  6.2.2 Kuruluş, kalite hedeflerine ulaşmak için planlama yaparken,  a) Ne yapılacağını, b) Hangi kaynakların gerekeceğini, c) Kimin sorumlu olacağını, d) Ne zaman tamamlanacağını, e) Sonuçların nasıl değerlendirileceğini tayin etmiş mi? | 2020 yılı için toplam 13 adet hedef belirlendiği, hedefler ve aksiyonlar için, DD-10 Kalite, Çevre ve GGYS Hedefleri (15.01.2020 tarihli) oluşturulduğu görüldü.  Hedeflerin, politika ile uyumlu ve ölçülebilir hedefler olarak belirlendiği görüldü.  Örnek:  Hedef: Fire oranını düşürmek  Aksiyon: Üretim alanı ve üretim akışının yeniden düzenlenmesi  Sorumlu: Üretim Sorumlusu  Kaynak: Finans ve yeni ekipman  Planlanan Tarih: Aralık 2020  Hedef: Memnuniyet oranını yükseltmek  Aksiyon: Memnuniyetsizliğe yol açan durumları ortadan kaldırmak  Sorumlu: Satş-Pazarlama Sorumlusu  Kaynak: -  Planlanan Tarih: Aralık 2020 |
| 6.3 | Değişikliklerin planlanması Kuruluş aşağıdakileri değerlendiriyor mu? a) Değişikliklerin amaçları ve potansiyel sonuçlarını, b) Kalite yönetim sistemini bütünlüğünü, c) Kaynakların varlığını, d) Yetki ve sorumlulukların belirlenmesi veya yeniden belirlenmesini. | Değişikliklerin planlanması için, EEK Entegre El Kitabı (02.01.2020 Rev:1) Bolüm 6.3 uygulandığı görüldü.  Yönetim sisteminde değişiklik ihtiyacı oluştuğunda, yazılı olarak bildirilen konunun ve Üst Yönetimin onayıyla, öngörülen değişikliklerin etkileşim içinde olduğu diğer proseslere olan potansiyel etkiler de göz önüne alınarak, gerekli değişikliklerin uygulamaya konduğu teyit edildi.  Örnek:  23.09.2019 tarihli, Değişiklik Kontrol Formu görüldü/Böyle bir gereklilik olmadığı beyan edildi. |
| 7 7.1 7.1.1 | DESTEK Kaynaklar Genel Kuruluş, kalite yönetim sisteminin oluşturulması, uygulanması, sürekliliğinin sağlanması ve sürekli iyileştirilmesi için ihtiyaç duyulan kaynakları tayin etmiş ve devamlılığını sağlıyor mu? Kuruluş aşağıdakileri değerlendiriyor mu? a) Var olan iç kaynakların yetenekleri ve kısıtlamalarını, b) Dış tedarikçilerden neyin tedarik edileceğini. | CANADA GREEN GATE’ in, EYS uygulanması ve sürekli iyileştirilmesi için makina-ekipman, personel-alt yapı-proseslerin işletimi için ortam gibi ihtiyaç duyulan kaynakları belirlediği ve sağladığı görüldü. |
| 7.1.2 | Kişiler Kuruluş, kalite yönetim sisteminin etkili şekilde işletilmesi ile proseslerin işletilmesi ve kontrolü için gerekli personeli tayin ve tedarik etmiş mi? | CANADA GREEN GATE’ in, EYS’ nin ve proseslerin etkili şekilde işletilmesi ve kontrolü için gerekli personeli,  PS.04 İnsan Kaynakları Prosesi (01.02.2016 Rev: 0) doğrultusunda tayin ve tedarik etmekte olduğu görüldü.  CANADA GREEN GATE’ in, personel istihdamında, kişinin görev yapacağı pozisyonun gerektirdiği bilgi ve nitelikleri taşıması esas almakta olduğu görüldü.  2020 yılı için yapılmış FR-41 Çalışan Memnuniyeti Formu görüldü. % 87 ortalama ile hedeflenen % 85 oranında daha iyi bir sonucu çıkmış olduğu görüldü. |
| 7.1.3 | Altyapı Kuruluş, proseslerin işletilmesi, ürün ve hizmetlerin uygunluğunu elde etmek için gerekli altyapıyı, tayin etmiş, tedarik etmiş ve sürekliliğini sağlamış mı? | 2020 yılı bakım faaliyetleri için, DD-03 Makina Bakım Planı (2020) oluşturulduğu görüldü.  Bakım periyotlarının, kullanılan makinaların/üretim ekipmanlarının manuel/kılavuzları doğrultusunda belirlendiği ve bakım sonuçlarına göre değiştirilebildiği görüldü.  DD-03 Makina Bakım Planı (2020) nda; Dolum Makinası Shiling Makinası, Etiketleme Makinaları vb. bulunduğu görüldü.  Örnek: Dolum Makinası için, 03.10.2020 tarihinde, FR-114 Makina Bakım Kayıt Formu (01.02.2016 Rev: 0) ile bakım yapıldığı görüldü. Veli BAĞCILAR tarafından gerçekleştirildiği görüldü. |
| 7.1.4 | Proseslerin işletimi için çevre Kuruluş, proseslerin işletilmesi ile ürün ve hizmetlerin uygunluğa erişimi için gerekli çevreyi tayin etmiş, tedarik etmiş ve sürekliliğini sağlamış mı? | Psikolojik baskı başta olmak üzere insan haklarını koruyucu hükümler dikkate alınarak, proseslerin işletilmesi ile üretimin uygunluğa erişimi için gerekli sosyal, psikolojik ve fiziksel ortam sağlandığı görüldü.  Çalışma ortamı için, ürün ve hizmetlerin uygunluğa erişimi için gerekli çalışmanın gerçekleştirildiği fiziksel, çevresel ve diğer faktörlerin (örnek; gürültü, sıcaklık, nem, ışıklandırma vb.) belirlendiği ve sağlandığı görüldü. |
| 7.1.5 | İzleme ve Ölçme Kaynakları  7.1.5.1 Genel Kuruluş, ürün ve hizmetlerin gerekliliklere uygunluğunu doğrulamak amacıyla izleme ve ölçme kullandığı zaman, geçerli ve güvenilir sonuçları güvence altına almak için ihtiyaç duyulan kaynakları tayin ve tedarik etmiş mi? Kuruluş, sağlanan kaynaklarla ilgili aşağıdakileri güvence altına almış mı? a) Gerçekleştirilen belirli izleme ve ölçme faaliyet tipleri için uygun olduğunu, b) Amaçlarına sürekli uygunluğu güvence altına almak için sürdürülebilir olduğunu. Kuruluş, uygun dokümante edilmiş bilgiyi, izleme ve ölçüm kaynaklarının amaca uygunluğunun kanıtı olarak muhafaza etmiş mi?  7.1.5.2 Ölçüm izlenebilirliği Ölçüm izlenebilirliği istendiğinde ya da kuruluş tarafından ölçüm sonuçlarının geçerliliği açısından uygunluk sağlamanın önemli bir parçası olarak görüldüğünde, ölçüm teçhizatı aşağıdaki gereklilikleri sağlıyor mu? a) Uluslararası ve ulusal ölçüm standardlarına izlenebilir ölçüm standardlarına karşı, belirlenmiş aralıklarda veya kullanımdan önce kalibre edilmekte veya doğrulanmakta ya da her ikisi birden yapılmakta, b) Durumlarını tayin etmek için tanımlanmakta, c) Kalibrasyon durumu ve sonraki ölçüm sonuçlarını geçersiz kılacak şekilde ayarlamadan, hasardan ve bozulmadan korunmakta olmaktadır Kuruluş, ölçüm teçhizatının istenen amaç için uygun olmadığı zaman, önceki ölçüm sonuçlarının geçerliliğinin olumsuz şekilde etkilendiğini tayin etmiş ve gerekli uygun faaliyetleri gerçekleştirmiş mi? | PR-19 Kalibrasyon Prosedürü uygulandığı görüldü.  2020 yılı için, DD-09 Kalibrasyon Ekipman Listesi oluşturulduğu görüldü.  DD-09 Kalibrasyon Ekipman Listesinde yer alan, nem ölçer HTC-2, otomatik büret BE 4262 ve diğer tüm ölçüm ekipmanlarının, TÜRKAK tarafından akredite edilmiş olan Gazi Kalibrasyon yaptırıldığı görüldü.  Gazi Kalibrasyon tarafından 2020 yılında, 39 adet ölçüm ekipmanının kalibrasyonunun yaptırıldığı görüldü.  Uygunsuzluk:  Hand sanitizer analizlerinde kullanılan alkolmetrenin kalibrasyonunun yaptırılmadığı tespit edilmiştir (ISO 22000:2018 madde 8.7’ de ele alınmıştır) |
| 7.1.6 | Kurumsal bilgi Kuruluş, proseslerinin işletilmesi, ürün ve hizmetlerinin uygunluğa erişmesi için ihtiyaç duyulan sürdürülebilir ve gerekli şekilde ulaşılabilir olan bilgiyi tayin etmiş mi? Değişiklik ihtiyacı ve eğilimleri ele alındığı zaman, kuruluş; mevcut bilgi birikimini değerlendirmiş ve ihtiyaç duyulan herhangi bir ilave bilgiyi ve gerekli güncellemeleri nasıl kazanacağı veya bunlara nasıl erişebileceğini tayin etmiş mi? | CANADA GREEN GATE’ in, proseslerinin işletilmesi, ürün ve hizmetlerinin uygunluğa erişmesi için ihtiyaç duyulan kurumsal bilgiyi, oluşturulmuş olan prosedür, talimat, kayıtlar vb. dokümante edilmiş bilgide tayin ettiği görüldü.  Örnek: Böyle bir uygulama gereği oluşmadığı beyan edildi. Değişiklik ihtiyacı ve eğilimleri ele alındığı zaman, CANADA GREEN GATE’ in; mevcut bilgi birikimini değerlendireceği ve ihtiyaç duyulan herhangi bir bilgiye ilgili dokümante edilmiş bilgiden ve çalışanların bilgi ve tecrübelerinden erişebileceği beyan edildi. |
| 7.2 | Yetkinlik  Kuruluş: a) Kalite yönetim sisteminin performansını ve etkinliğini etkileyen kendi kontrolü altında çalışan kişi/kişilerin gerekli yetkinliğini belirlemiş mi? b) Bu kişilerin, uygun eğitim, öğretim ve tecrübelerini dikkate alarak yeterliliklerini güvence altına alınmış mı? c) Uygulanabildiğinde, ihtiyaç duyulan yeterliliği kazanması için gerekli faaliyetleri yapmış ve bu faaliyetlerin etkinliğini değerlendirmiş mi? Uygun dokümante edilmiş bilgiyi yeterliliğin kanıtı olarak muhafaza etmiş mi? | Personel için yetkinlik kriterlerinin, Görev Tanımlarında belirlendiği ve işe alımlarda bunların dikkate alındığı, özlük dosyalarından incelenerek, teyit edildi.  Örnek;  GT-14 Ar-Ge Sorumlusu ve GT-19 Üretim Sorumlusu, GT-22 Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi Görev Tanımları görüldü.  İşe yeni başlayan her personelin, FR-17 İşbaşı Eğitim Oryantasyon Formu (01.02.2016 Rev:0) ile oryante edildiği görüldü.  Örnek:  İşe giriş tarihi; 01.09.2020 Erman ÖZEL ve  İşe giriş tarihi; 17.08.20208 Halil ÖZEMİR  Eğitim faaliyetleri için, PR-12 Eğitim Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) uygulandığı tespit edildi.  EYS’ nin sürekliliğinin sağlanması ve geliştirilmesi amacıyla ilgili tüm personelin, çeşitli eğitimlere katılmalarının sağlandığı görüldü. Bu amaçla, eğitim ihtiyaçlarının, FR-06 Eğitim Talep Formu (01.02.2016 Rev:0) ile belirlendiği ve DD-13 Yıllık Eğitim Planı (2020) oluşturulduğu görüldü.  Planlamış eğitimlerden, gerçekleştirilenler incelendi.  CANADA GREEN GATE içerisinde yapılan eğitimlerde, FR-38 Eğitim Katılım Formu (01.02.2016 Rev:0) ile eğitime katılanların ve eğitimcinin imzasının alındığı görüldü.  CANADA GREEN GATE dışında gerçekleşen eğitimlerde, eğitim veren kurum ve/veya kişiden eğitim katılım belgesi alındığı görüldü.  DD-13 Yıllık Eğitim Planı (2020)nda öngörülen eğitim tarihinde yapılmayan eğitimler için neden yapılamadığının gerekçeleri belirtildiği, gerçekleşemeyen eğitimlerin, gereklilikler göz önünde bulundurularak, bir sonraki yılın FR.12 na dahil edildiği görüldü.  Bu eğitimlerin etkinliğinin, eğitim sonunda yapılan sınavlar ve FR-40 Eğitim Etkinlik Değerlendirme Formu yoluyla değerlendirildiği görüldü.  Yetkinliğin kanıtı olarak uygun dokümante edilmiş bilgilerin, özlük dosyalarında muhafaza edildiği teyit edildi.  Uygunsuzluk: #6-Majör  Personelin, ihtiyaç duyulan yetkinliği kazanması için uygulanacağı belirlenen eğitim faaliyetlerin etkin olarak gerçekleştirilmediği tespit edildi.  Örnek:   * **Personel için gerekli yetkinliğin etkin olarak belirlenmemesi (3 yıl tecrübe kriteri konulmuş 1 yıl tecrübeli personel işe alınmış)** * **Eğitim faaliyetleri ile yetkinliğin kanıtı olan kayıtların tutulmaması**   Eğitimlerin etkinliğinin değerlendirilmemesi |
| 7.3 | Farkındalık  Kuruluş, kontrolü altında çalışan kişilerin aşağıdakilerin farkında olduğunu güvence altına almış mı? a) Kalite politikası, b) İlgili kalite hedefleri, c) İyileştirilmiş performansın faydaları dâhil, kendilerinin kalite yönetim sisteminin etkinliğine katkıları, d) Kalite yönetim sistemi gerekliliklerinin yerine getirilmediği durumlarda müdahil olmak. | Çalışanların farkındalığının eğitimler, toplantılar ve bu amaçla oluşturulmuş dokümanlar ile sağlandığı görüldü.    Çalışanların EYS politikası il ilgili bilgisi olduğu görüşülen personel ile teyit edildi.  Ayrıca çalışanların, kendilerinin yönetim sisteminin etkinliğine etkileri ve yönetim sistemi şartlarının yerine getirilmemesine müdahil olmaları konularında bilgilerinin olduğu da teyit edildi.  Politikanın; Denetim esnasında görüşülen Gonca ATAŞ, Nilay DOLAZ ve M. Burkay KILAVUZ’ un politikaya hâkim olduğu görüldü. |
| 7.4 | İletişim  Kuruluş; aşağıdaki hususlar dâhil olmak üzere kalite yönetim sistemi ile ilgili gerekli olan iç ve dış iletişimleri belirlemiş mi? a) Neyle ilgili iletişim kuracağını, b) Ne zaman iletişim kuracağını, c) Kiminle iletişim kuracağını, d) Nasıl iletişim kuracağını, e) Kimin iletişim kuracağını. | Aşağıdaki hususlar dahil olmak üzere yönetim sistemi ile ilgili gerekli olan iç ve dış iletişimlerin, PR-14 İletişim Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) , PL.15 İletişim Planı (01.02.2016 Rev:0) ve DD-23 İletişim Listesi (01.02.2016 Rev:0) nde belirlenmiş olduğu görüldü:  a) Neyle ilgili iletişim kuracağını, b) Ne zaman iletişim kuracağını, c) Kiminle iletişim kuracağını, d) Nasıl iletişim kuracağını, e) Kimin iletişim kuracağını.  Örnek: 16.01.2019 tarihli OSB yönetimi ile yapılan atık su deşarj izni ile ilgili yazışma incelendi. |
| 7.5\* 7.5.1 | Dokümante edilmiş bilgi Genel Kuruluşun aşağıdakileri içeren kalite yönetim sistemi mevcut mu? a) ISO 9001 standardında istenen dokümante edilmiş bilgiyi, b) Kuruluş tarafından, kalite yönetim sisteminin etkinliğini artırmak için belirlenen dokümante edilmiş bilgiyi. | Dokümante edilmiş bilgilerin kontrolü için, PR-01 Dokümanların Kontrolü Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) oluşturulduğu görüldü.  EEK Entegre El Kitabı (02.01.2020 Rev:1) nda, yönetim sisteminin;   * Entegre El Kitabı * Prosedürler * Prosesler * Talimatlar * Akış Şemaları * Tablolar * Planlar * Listeler * Formlar * Destek Dokümanlar   içerdiğinin belirlendiği görüldü. |
| 7.5.2 | Oluşturma ve güncelleme Kuruluş; dokümante edilmiş bilgileri oluştururken ve güncellerken aşağıdakileri uygun şekilde güvence altına almış mı? a) Tanımlama ve açıklama (örneğin, bir başlık, tarih, yazar veya referans numarası), b) Format (örneğin, dil, yazılım sürümü, grafikler) ve ortam (örneğin, kâğıt, elektronik), c) Uygunluk ve kifayeti için gözden geçirme ve onay. | PR-01 Dokümanların Kontrolü Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) nde, dokümante edilmiş bilgilerden dokümanların, Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi tarafından veya yeterli bilgiye sahip kişi tarafından hazırlanacağı ve Genel Müdür tarafından onaylanacağının tanımlandığı görüldü.  Dokümanların güncelliğinin, FR-01 Doküman Listesi Kayıtları ve Dağıtım Formu (01.02.2016 Rev:0) ile takip edildiği görüldü. |
| 7.5.3 | Dokümante edilmiş bilginin kontrolü Kalite yönetim sistemi ve ISO 9001 standardı tarafından istenen dokümante edilmiş bilgi, aşağıdakileri güvence altına almak için kontrol edilmiş mi? a) İhtiyaç olduğu yer ve zamanda kullanım için varlığı ve uygun olması, b) Uygun şekilde korunması (örneğin, gizliliğin yok olması, uygun olmayan kullanım veya bütünlüğün kaybolması).  Dokümante edilmiş bilginin kontrolü için kuruluş aşağıdaki faaliyetlerden uygulanabilir olanları belirlemiş mi? a) Dağıtım, erişim, kullanım ve tekrar kullanım, b) Niteliğinin korunması dâhil, arşivleme ve koruma, c) Değişikliklerin kontrolü (örneğin, sürüm kontrolü), d) Muhafaza ve elden çıkarma. Kalite yönetim sisteminin planlaması ve işletimi için gerekli olduğu, kuruluş tarafından belirlenen dış kaynaklı dokümante edilmiş bilgi, uygun şekilde tanımlanmış mı? Uygunluğun kanıtı olarak muhafaza edilen dokümante edilmiş bilgi, istenmeyen değişikliklere karşı korunma oluşturulmuş mu? | Dokümanların kullanım için varlığı ve uygunluğu için dağıtımlarının elektronik yolla yapıldığı görüldü.  Tutulan kayıtların ilgili klasörlerde veya bilgisayar ortamında muhafaza edildiği görüldü.  Kayıtların saklama süreleri ve sorumlularının, FR-01 Doküman Listesi Kayıtları ve Dağıtım Formu (01.02.2016 Rev:0) nda tanımlandığı görüldü.  Saklama süresi sona eren kayıtların, ilgili bölüm sorumlusu veya Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisinin kontrolünde arşive kaldırıldığı veya imha edildiği teyit edildi.  Elektronik ortamda bulunan tüm doküman ve kayıtların, uygun yedeklemeler yapılarak, güvenli şekilde saklandığı görüldü.  Dış kaynaklı dokümante edilmiş bilgilerin güncelliğinin, DD-14 Dış Kaynaklı Doküman Listesi (16.07.2020 Rev:1) ile izlendiği görüldü.  Dış kaynaklı dokümante edilmiş bilgilerin güncelliğinin, Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi tarafından takip edildiği teyit edildi. |
| 8 8.1\* | OPERASYON Operasyonel planlama ve kontrol Kuruluş, ürün ve hizmet sunmak için gereklilikleri karşılamak ve Madde 6’da tayin edilen faaliyetleri gerçekleştirmek için ihtiyaç duyulan prosesleri; aşağıdakiler vasıtası ile planlamamış, oluşturmuş, uygulamamış ve kontrol etmiş mi? a) Ürün ve hizmetler için gereklilikleri tayin etmiş mi? b) Aşağıdakiler için kriter oluşturmakta: 1) Prosesler, 2) Ürün ve hizmet kabulü. c) Ürün ve hizmet gerekliliklerine uygunluğu sağlamak için ihtiyaç duyulan kaynakları tayin etmiş mi? d) Kriterlere göre proseslere kontrol uygulamamış mı? e) Aşağıdakileri sağlamak için gerekli olan kapsamda, dokümante edilmiş bilgiyi tayin etmiş, muhafaza etmiş ve sürekliliğini sağlamış mı\* 1) Proseslerin planlanan şekilde işletildiğini güvence altına almak, 2) Ürün ve hizmetlerin gerekliliklerine uygunluğunu göstermek. Kuruluş, planlı değişikleri kontrol etmiş ve istenmeyen değişikliklerin sonuçlarını, olumsuz etkilerini azaltacak gerekli faaliyetleri gerçekleştirerek gözden geçirmiş mi? Kuruluş, dışarıya yaptırdığı proseslerin kontrol edildiğini güvence altına almış mı? (bk. Madde 8.4). | Operasyonel planlama ve kontrol faaliyetleri için, PS-07 Genel Üretim Prosesi uygulandığı görüldü.  Ürün ve Hizmet planlanmasının, Üretim Sorumlusu tarafından yapıldığı görüldü.  Bu çerçevede;  - Ürün ve hizmetler için şartların belirlendiği, - Prosesler, ürün ve hizmet kabulü için şartların belirlendiği görüldü.  Proseslerin planlanan şekilde işletildiğini güvence altına almak, ürün ve hizmetlerin şartlarına uygunluğunu göstermek için kayıtlar oluşturulduğu görüldü (Satınalma ve tedarikçi kayıtları, üretim kayıtları vb.).  Dışarıya yaptırılan proses olmadığı teyit edildi. |
| 8.2 8.2.1 | Ürün ve hizmetler için gereklilikler Müşteri ile iletişim Müşteri ile iletişim aşağıdakileri içeriyor mu? a) Ürün ve hizmetle ilgili bilgi sağlanmasını, b) Değişiklikler dâhil, elleçleme soruları, sözleşme ve siparişleri, c) Müşteri şikayetleri dâhil, ürün ve hizmetlerle ilgili müşterilerden geri bildirimler sağlanmasını, d) Müşteri mülkiyetinin elleçlenmesi ve kontrolünü, e) Beklenmedik durumlar için özel gereklilikler belirlenmesini (uygun olduğu zaman). | Ürün/hizmetler için şartların, PS-05 Satış-Pazarlama Prosesi (01.02.206 Rev:0) doğrultusunda belirlendiği görüldü.  Satış-pazarlama faaliyetleri için “Tiger” yazılım kullanıldığı tespit edildi.  Müşterilerle, telefon ile mail ve mesaj yolu ile iletişim sağlandığı görüldü.  Siparişlerin, “Tiger” yazılımı ile ile alındığı ve ürünün/hizmetin müşteri şartlarına uygun sağlanabilirliğinin kontrol edildiği görüldü.  Siparişler; telefon What’s App ve mail yoluyla alınıyor. Proforma hazırlanıp, müşteri onayı için mail yoluyla gönderiliyor. Müşterinin proformayı onayı ile ithalat bilgileri, MSDS ve analiz sertifikaları talep ediliyor. Ödeme yapıldığında swift alınıyor. Sipariş “Tiger” a giriliyor. Yükleme tarihinin müşteri tarafından bildirilmesini takiben “Çeki Listesi” hazırlanıp, yükleme gerçekleştiriliyor.  Örnek:   1. Azerbaycan “Velioğlu” siparişi incelendi. Müşterinin yetkili personeli “Zaur Ekberov” siparişler incelendi. 2. Romanya “MIKE TECH” siparişi incelendi. Müşterinin yetkili personeli “Lexi”   Şikâyetlerin ele alınması değerlendirilmesi faaliyetleri için, PR-23 Müşteri İlişkileri Yönetimi Prosedürü (01.02.2016 Rev: 0) uygulandığı görüldü.  Öncelikle, gelen şikâyetin ilgili ve haklı olup olmadığının değerlendirildiği görüldü.  2020 yılı içerisinde toplam 3 şikâyet geldiği, bunlardan 2 tanesinin haklı, 1 tanesinin ise haksız olarak değerlendirildiği ve müşterilere geri dönüş yapıldığı tespit edildi.  Örnek: 05.10.2020 tarihinde ve 11.09.2020 gelen şikâyetler incelendi. |
| 8.2.2 | Ürün ve hizmetler için gerekliliklerin tayin edilmesi Müşteriye teklif edilecek ürün ve hizmetler için gereklilikler tayin edilirken, kuruluş aşağıdakileri güvence altına almış mı? a) Aşağıdakiler dâhil ürün ve hizmetler için gerekliliklerin tanımlandığını: 1) Ürüne uygulanabilir birincil ve ikincil mevzuat gereklilikleri, 2) Kuruluşun gerekli olduğunu düşündüğü gereklilikleri. b) Kuruluşun, teklif ettiği ürün ve hizmetler için beyan ettiği gereklilikleri karşılayabileceğini. | Ürün/hizmetler için şartların tayin edilmesinin, PS-05 Satış-Pazarlama Prosesi (01.02.206 Rev:0) doğrultusunda yürütüldüğü görüldü.  Bu çerçevede;  Siparişlerle ilgili olarak, ürün/hizmetler için şartların tanımlandığının ve ürün/hizmetler için beyan edilen şartların karşılayabileceğinin güvence altına alındığı görüldü.  Örnek:   1. Azerbaycan “Velioğlu” siparişi incelendi. Müşterinin yetkili personeli “Zaur Ekberov” siparişler incelendi.   Romanya “MIKE TECH” siparişi incelendi. Müşterinin yetkili personeli “Lexi” |
| 8.2.3 | Ürün ve hizmetler için gerekliliklerin gözden geçirilmesi Kuruluş, müşteriye ürünü sağlamayı taahhüt etmesinden önce, aşağıdakileri içeren bir gözden geçirme yapıyor mu? a) Teslimat ve teslimat sonrası faaliyetlerle ilgili gereklilikler dâhil, müşteri tarafından belirtilen gereklilikler, b) Müşteri tarafından ifade edilmeyen ancak belirtilmiş veya amaçlanan kullanım için gerekli olan gereklilikler, bilindiğinde, c) Kuruluş tarafından belirtilen gereklilikler, d) Ürün ve hizmetlere uygulanabilir birincil ve ikincil mevzuat gereklilikleri, e) Önceden ifade edilenden farklı sözleşme veya sipariş gereklilikleri. Kuruluş, daha önceden tanımlanandan farklı sözleşme veya sipariş gereklilikleri ile ilgili hususların çözüldüğünü güvence altına almış mı? Müşteri, gerekliliklerini dokümante edilmiş bir şekilde beyan etmediğinde; müşteri gereklilikleri, kabulden önce kuruluş tarafından teyit ediliyor mu?  Kuruluş aşağıdakilerle ilgili dokümante edilmiş bilgiyi, uygulanabildiği şekilde muhafaza ediyor mu? a) Gözden geçirme sonuçları, b) Ürün ve hizmetler için yeni gereklilikleri. | Ürün/hizmetler için şartların gözden geçirilmesinin, PS-05 Satış-Pazarlama Prosesi (01.02.206 Rev:0) doğrultusunda yürütüldüğü görüldü.  Gözden geçirme sonuçları ve gözden geçirmeden sonra ortaya çıkan faaliyetlerin kayıtlarının, “Tiger” yazılımında ve ilgili müşteri maillerinde belirtildiği, ürün/hizmetler ile ilgili dokümante edilmiş bilgilerin muhafaza edildiği görüldü.  Örnek:   1. Azerbaycan “Velioğlu” siparişi incelendi. Müşterinin yetkili personeli “Zaur Ekberov” siparişler incelendi. 2. Romanya “MIKE TECH” siparişi incelendi. Müşterinin yetkili personeli “Lexi” |
| 8.2.4 | Ürün ve hizmetler için gerekliliklerin değişmesi Ürün veya hizmetler için gereklilikler değiştiğinde kuruluş, ilgili dokümante edilmiş bilginin değiştirilmiş olduğunu ve ilgili personelin değişen gerekliliklerin farkında olduğunu güvence altına almış mı? | Ürün/hizmetler için şartların değişmesi durumlarının, PS-05 Satış-Pazarlama Prosesi (01.02.206 Rev:0) doğrultusunda yürütüldüğü görüldü.  Ürün/hizmetler için şartlar değiştiğinde, ilgili dokümante edilmiş bilginin değiştirildiği ve ilgili personelin değişen şartların hakkında bilgilendirilmesinin güvence altına alındığı ile ilgili dokümante edilmiş bilgilerin muhafaza edildiği görüldü.  Örnek:   1. Azerbaycan “Velioğlu” siparişi incelendi. Müşterinin yetkili personeli “Zaur Ekberov” siparişler incelendi.   Romanya “MIKE TECH” siparişi incelendi. Müşterinin yetkili personeli “Lexi” |
| 8.3 8.3.1 | Ürün ve hizmetlerin tasarımı ve geliştirilmesi Genel Kuruluş, ürün ve hizmetlerin daha sonraki sunumunu güvence altına almak için bir tasarım ve geliştirme prosesi oluşturmuş, uygulamış ve sürekliliğini sağlamış mı? | Ürün/hizmetlerin tasarımı/geliştirilmesi faaliyetlerinin, PS.08 Tasarım Prosesi (01.02.2016 Rev:0) doğrultusunda yürütüldüğü görüldü. |
| 8.3.2 | Tasarım ve geliştirmenin planlanması Tasarım ve geliştirmenin aşamaları ve kontrolleri tayin edilirken kuruluş aşağıdakileri değerlendirmiş mi? a) Tasarım ve geliştirme faaliyetlerinin yapısı, süresi ve karmaşıklığı, b) Uygulanabilir tasarım ve geliştirme gözden geçirmeleri dâhil, gerekli proses aşamaları, c) Gerekli tasarım ve geliştirme doğrulama ve geçerli kılma faaliyetleri, d) Tasarım ve geliştirme prosesinde yetki ve sorumlulukları, e) Ürün ve hizmetlerin tasarım ve geliştirilmesi için ihtiyaç duyulan iç ve dış kaynakları, f) Tasarım ve geliştirme faaliyetlerinde yer alan personel arasındaki ara yüzlerin kontrol ihtiyaçları, g) Müşteri ve kullanıcıların tasarım ve geliştirme prosesinde yer alma ihtiyaçları, h) Ürün ve hizmetlerin daha sonraki sunumu için gereklilikleri, i) Tasarım ve geliştirme prosesi için müşteri ve diğer ilgili taraflarca beklenilen kontrol seviyesi, j) Tasarım ve geliştirme gerekliliklerinin karşılandığını göstermek için ihtiyaç duyulan dokümante edilmiş bilgi. | Tasarım/Geliştirme planlaması faaliyetlerinin, PS.08 Tasarım Prosesi (01.02.2016 Rev:0) doğrultusunda yürütüldüğü görüldü.  Tasarım/Geliştirmenin aşamalarının ve kontrollerin belirlendiği, FR-111 Tasarım ve Geliştirme Planı (01.02.2016 Rev:0) oluşturulduğu görüldü.  Örnek:  18.03.2020 başlangıç tarihli “Clinico Hand Sanitizer” tasarım çalışması |
| 8.3.3 | Tasarım ve geliştirme girdileri Kuruluş, tasarımı ve geliştirilmesi yapılacak belirli ürün ve hizmet tipleri için önemli gereklilikleri belirlemiş ve aşağıdakileri değerlendirmiş mi? a) Fonksiyonel ve performans gereklilikleri, b) Önceki benzer tasarım ve geliştirme faaliyetlerinden elde edilen bilgi, c) Birincil ve ikincil mevzuat gereklilikleri, d) Kuruluşun uygulamayı taahhüt ettiği standardlar veya uygulama esasları, e) Ürün veya hizmetin yapısından kaynaklanan başarısızlığın potansiyel sonuçları. Girdiler, tasarım amaçlarına uygun mu? Tam ve başka şekilde anlaşılmayacak tarzda girdi var mı? Birbiri ile çatışan tasarım ve geliştirme girdileri çözülmüş mü? Kuruluş, tasarım ve geliştirme girdileri ile ilgili dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza ediyor mu? | Tasarım/Geliştirme girdilerinin belirlenmesi ve gözden geçirilmesinin, PS.08 Tasarım Prosesi (01.02.2016 Rev:0) doğrultusunda yürütüldüğü görüldü.  Tasarım/Geliştirme girdilerinin belirlenmesi ve gözden geçirilmesi için, FR-108 Tasım Değişiklik Kayıt ve Takip Formu (01.02.2016 Rev:0) oluşturulduğu görüldü.  Örnek:  18.03.2020 başlangıç tarihli “Clinico Hand Sanitizer” tasarım çalışması |
| 8.3.4 | Tasarım ve geliştirmenin kontrolü Kuruluş, aşağıdakileri güvence altına almak için tasarım ve geliştirme prosesine kontroller uyguluyor mu? a) Erişilmesi amaçlanan sonuçların tanımlandığı, b) Tasarım ve geliştirme sonuçlarının gereklilikleri karşılama kabiliyetini değerlendirmek için gözden geçirmelerin yapıldığı, c) Tasarım ve geliştirme çıktılarının, girdi gerekliliklerini karşıladığını güvence altına almak için doğrulama faaliyetlerinin yapıldığı, d) Ortaya çıkan ürün ve hizmetlerin, belirtilmiş uygulama veya amaçlanan kullanımı için gereklilikleri karşılamasını güvence altına almak için geçerli kılma faaliyetlerinin yapıldığı, e) Gözden geçirme veya doğrulama ve geçerli kılma faaliyetleri esnasında tayin edilen problemler için gerekli herhangi bir faaliyetin yapıldığı, f) Bu faaliyetlerle ilgili dokümante edilmiş bilgilerin muhafaza edildiği. | Tasarım/Geliştirmenin kontrolü faaliyetlerinin, PS.08 Tasarım Prosesi (01.02.2016 Rev:0) doğrultusunda yürütüldüğü görüldü.  Tasarım/Geliştirmenin kontrolü için, doğrulama ve geçerli kılma ile ilgili bilgileri de içeren, FR-108 Tasım Değişiklik Kayıt ve Takip Formu (01.02.2016 Rev:0) oluşturulduğu görüldü.  Örnek:  18.03.2020 başlangıç tarihli “Clinico Hand Sanitizer” tasarım çalışması |
| 8.3.5 | Tasarım ve geliştirme çıktıları Kuruluş, tasarım ve geliştirme çıktılarının aşağıdakileri karşılamasını güvence altına almış ve ilgili dokümante edilmiş bilgileri muhafaza etmiş mi? a) Girdi gerekliliklerini karşıladığını, b) Ürün ve hizmetin sunumu ile ilgili daha sonraki proseslerin uygunluğunu, c) İzleme ve ölçüm gerekliliklerini içermekte veya bunlara atıfta bulunmakta ve uygun olduğunda ürün kabul kriterlerini de içermesini, d) Ürün ve hizmetlerin istenen amacı ile güvenli ve uygun kullanımı için zorunlu olan ürün özelliklerini belirtmesini. | Tasarım/Geliştirme çıktılarının belirlenmesi ve gözden geçirilmesinin, PS.08 Tasarım Prosesi (01.02.2016 Rev:0) doğrultusunda yürütüldüğü görüldü.  Tasarım/Geliştirme çıktılarının belirlenmesi ve gözden geçirilmesi için, FR-108 Tasım Değişiklik Kayıt ve Takip Formu (01.02.2016 Rev:0) oluşturulduğu görüldü.  Örnek:  18.03.2020 başlangıç tarihli “Clinico Hand Sanitizer” tasarım çalışması |
| 8.3.6 | Tasarım ve geliştirme değişiklikleri Kuruluş, ürün ve hizmetlerin tasarımı ve geliştirilmesi esnasında veya sonrasında gerçekleştirilen değişiklikleri, gerekliliklerin karşılanmasına olumsuz bir etki olmamasını güvence altına almak için ihtiyaç duyulan derecede tanımlamış gözden geçirmiş ve kontrol etmiş mi? Kuruluş aşağıdakilerle ilgili dokümante edilmiş bilgileri muhafaza etmiş mi? a) Tasarım ve geliştirme değişiklikleri, b) Gözden geçirme sonuçları, c) Değişiklik yetkisi, d) Olumsuz etkileri önlemek için yapılan faaliyetler. | Tasarım/Geliştirme değişikliklerinin, PS.08 Tasarım Prosesi (01.02.2016 Rev:0) doğrultusunda yürütüldüğü görüldü.  Tasarım/Geliştirme değişikliklerinin belirlenmesi ve gözden geçirilmesi için, FR-108 Tasım Değişiklik Kayıt ve Takip Formu (01.02.2016 Rev:0) oluşturulduğu görüldü.  Örnek:  18.03.2020 başlangıç tarihli “Clinico Hand Sanitizer” tasarım çalışması. Ancak, Tasarım/Geliştirme değişikliği gerektiren her hangi bir durum olmadığı görüldü. |
| 8.4 8.4.1 | Dışarıdan tedarik edilen proses, ürün ve hizmetlerin kontrolü Genel Kuruluş, dışarıdan tedarik edilen proses, ürün ve hizmetlerin gerekliliklere uygun olmasını güvence altına almış mı? Kuruluş, aşağıdaki durumlarda, dışarıdan tedarik edilen proses, ürün ve hizmetlere uygulanacak kontrolleri tayin etmiş mi? a) Dış tedarikçilerden gelen ürün ve hizmetlerin, kuruluşun kendi ürün ve hizmetleri ile birleştirilmesi amaçlandığında, b) Ürün ve hizmetler, kuruluş adına dış tedarikçiler tarafından doğrudan müşteri/müşterilere tedarik edilirse, c) Kuruluşun kararı ile bir proses veya prosesin bir bölümü, dış tedarikçi tarafından tedarik edildiğinde. Kuruluş, dış tedarikçilerin proses, ürün ve hizmetleri tedarik etme yeteneklerini temel alarak, gerekliliklere göre, değerlendirmek, seçmek, performanslarını izlemek ve yeniden değerlendirmek için kriterler tayin etmiş ve uyguluyor mu? Kuruluş, bu faaliyetler ve değerlendirme sonucunda ihtiyaç duyulan faaliyetlerle ilgili dokümante edilmiş bilgileri muhafaza etmiş mi? | Dışarıdan tedarik edilen proses, ürün ve hizmetlerin kontrolü faaliyetlerinin, PR-07 Satınalma ve Tedarikçi Değerlendirme Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) ve PS.01 Satınalma Prosesi (01.02.2016 Rev:0) doğrultusunda yürütüldüğü görüldü.  Örnek:  10.11.2020 tarihli koli satınalma faaliyetleri incelendi.  Dış tedarikçileri, değerlendirme, seçme, performanslarını izleme ve yeniden değerlendirme faaliyetlerinin, PR-07 Satınalma ve Tedarikçi Değerlendirme Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) ve PS.01 Satınalma Prosesi (01.02.2016 Rev:0) doğrultusunda yürütüleceği belirtilmesine rağmen, uygulamanın yapılmadığı tespit edildi.  Tedarikçi seçme, izleme ve yeniden değerlendirme ile ilgili dokümante edilmiş bilgilerinin muhafaza edilmediği tespit edildi.  Örnek:  10.11.2020 tarihli koli satınalma faaliyetleri incelendi.  Uygunsuzluk: #4-Majör  Dışarıdan sağlanan proses, ürün ve hizmetlerin şartlara uygun olmasını sağlamak ve dış sağlayıcıları değerlendirmek, seçmek, performanslarını izlemek ve yeniden değerlendirmek için kriterler belirlenmediği ve uygulanmadığı tespit edildi. |
| 8.4.2 | Kontrolün tipi ve boyutu Kuruluş, dışarıdan tedarik edilen proses, ürün ve hizmetlerin, kuruluşun müşteriye düzenli şekilde uygun ürün ve hizmet sağlama yeteneğini olumsuz şekilde etkilememesini güvence altına almış mı? Kuruluş: a) Dışarıdan tedarik edilen proseslerin kuruluşun kalite yönetim sisteminin kontrolünde olduğunu güvence altına almış mı? b) Bir dış tedarikçiye ve tedarik ettiği sonuçlara uygulamayı amaçladığı kontrolleri tanımlamış mı?, c) Aşağıdakileri değerlendirmiş mi? 1) Dışarıdan tedarik edilen proses, ürün ve hizmetlerin, kuruluşun; müşteri ve uygulanabilir birincil ve ikincil mevzuat gerekliliklerini karşılayan ürünü düzenli olarak sağlama yeteneği üzerindeki potansiyel etkisi, 2) Dış tedarikçiler tarafından uygulanan kontrollerin etkinliği. d) Dışarıdan tedarik edilen proses, ürün ve hizmetlerin gereklilikleri karşıladığını güvence altına almak için ihtiyaç duyulan doğrulama veya diğer faaliyetleri tayin etmiş mi? | Tedarikçilere uygulanacak kontrolün tipi ve boyutunun belirlenmesi ve bunların uygulanmasına ilişkin faaliyetlerin, PR-07 Satınalma ve Tedarikçi Değerlendirme Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) ve PS.01 Satınalma Prosesi (01.02.2016 Rev:0) doğrultusunda yürütüleceği belirtilmesine rağmen, uygulamanın yapılmadığı tespit edildi.  Dışarıdan tedarik edilen proses, ürün ve hizmetlerin şartları karşıladığını güvence altına almak için, PL.14 Girdi Kontrol Planı (01.02.2016 Rev:0) ve FR-30 Girdi Kontrol Formu (01.02.2016 Rev:0) ile faaliyetlerin yürütüleceği belirtilmesine rağmen, uygulamanın yapılmadığı tespit edildi.  Örnek:  10.11.2020 tarihli koli satınalma faaliyetleri incelendi. |
| 8.4.3 | Dış tedarikçi için bilgi Kuruluş, dış tedarikçiyle paylaşmadan önce, gerekliliklerin uygunluğunu güvence altına almış mı? Kuruluş, aşağıdakilerle ilgili dış tedarikçiye bilgi sağlıyor mu? a) Tedarik edilecek, proses, ürün ve hizmetler, b) Aşağıdakilerin onaylanması: 1) Ürün ve hizmetler, 2) Yöntemler, prosesler ve teçhizat, 3) Ürün ve hizmetlerin piyasaya sürülmesi. c) Personelin istenen vasıflandırılması dâhil yeterlilik, d) Dış tedarikçilerin kuruluş ile etkileşimi, e) Kuruluş tarafından dış tedarikçilerin performansına uygulayacağı kontrol ve izleme, f) Kuruluş veya müşterisi tarafından dış tedarikçinin tesislerinde yapmayı amaçladığı doğrulama veya geçerli kılma faaliyetleri. | Dış tedarikçiyle paylaşılacak şartların uygunluğunu güvence altına almak için faaliyetlerin, PR-07 Satınalma ve Tedarikçi Değerlendirme Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) ve PS.01 Satınalma Prosesi (01.02.2016 Rev:0) doğrultusunda yürütüleceği belirtilmesine rağmen, uygulamanın yapılmadığı tespit edildi.  Örnek:  10.11.2020 tarihli koli satınalma faaliyetleri incelendi. |
| 8.5 8.5.1\* | Üretim ve hizmetin sunumu Üretim ve hizmet sunumunun kontrolü Kuruluş, üretim ve hizmetin sunumunu kontrollü şartlarda yürütüyor mu? Kontrollü gereklilikler uygulanabildiği ölçüde aşağıdakileri kapsıyor mu? a) Aşağıdakileri tanımlayan dokümante edilmiş bilgilerin mevcudiyetini: 1) Üretilecek ürünlerin, sunulacak hizmetlerin veya gerçekleştirilecek faaliyetlerin karakteristikleri, 2) Erişilmesi amaçlanan sonuçlar. b) Uygun izleme ve ölçme kaynaklarının varlığı ve kullanımını, c) Proses veya çıktıların kontrolü için kriterler ile ürün ve hizmetler için kabul kriterlerinin, karşılandığının uygun aşamalarda doğrulanması için izleme ve ölçme faaliyetlerinin uygulanmasını, d) Proseslerin işletimi için uygun altyapı ve çevrenin kullanımı, e) Gerekli vasıflandırma dâhil, yeterli olan personel görevlendirilmesi, f) Üretim ve hizmetin sunumu için proseslerin planlanan sonuçlara erişme yeteneğinin, sonuçtaki çıktılar daha sonra izlenemediği veya ölçülemediği durumda, geçerli kılınması ve periyodik olarak yeniden vasıflandırılması, g) İnsan hatalarını önlemek için faaliyetlerin gerçekleşmesi, h) Ürünün piyasaya sürülmesi, teslimatı ve teslimat sonrası faaliyetlerin uygulanmasını kapsamakta mıdır? | Üretim/Hizmet sunumu faaliyetlerin, PS.07 Genel Üretim Prosesi (01.02.2016 Rev:0) doğrultusunda yürütüldüğü görüldü.  Üretim/Hizmetin kontrollü şartlar şartlarda yürütülmesi için İAŞ-05 Genel Üretim İş Akış Şeması (01.02.2016 Rev:0) oluşturulduğu görüldü.  Her üretim/hizmet prosesini tetikleyen noktalar ve proses içerisindeki iş akışı ve referans dokümanlar ve tutulacak kayıtların yer aldığı görüldü.  Her üretim/hizmet prosesi için ayrı ayrı olarak prametreler ve bu parametrelerin kontrol noktalarının belirlendiği görüldü.  Örnek:  Lot No: 34412 ve Lot No: 34342  FR-65 Yarı Mamul İş Emri Formu  FR-15 Yarı Mamul Proses Akışı  FR-33 Yarı Mamul Kalite Kontrol Formu  FR-66 Dolum İş Emri ve Depo Teslim Formu  incelendi. Hem üretim/hizmet kontrolü hem de kalite kontroller gerçekleştirildiği görüldü.  f) bendinin, kuruluşun daha sonraki çıktıların izlenemediği durumlar bulunamadığından uygulanabilir olmayan madde olarak belirlendiği görüldü. |
| 8.5.2\* | Tanımlama ve izlenebilirlik Ürün ve hizmetlerin uygunluğundan emin olmak için gerektiğinde, kuruluş çıktıları uygun vasıtalarla tanımlanıyor mu? Kuruluş çıktının durumunu, üretim ve hizmetin sunumu boyunca izleme ve ölçme gereklilikleri açısından tanımlamış mı? İzlenebilirlik bir şart olduğunda kuruluş, çıktıların her birine özel olan tanımlamayı kontrol altında bulundurmuş ve izlenebilirliği güvence altına almak için dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza edilmiş mi? | Ürün/Hizmet tanımlamalarının her bir ürün/hizmet ve proses için oluşturulan PR-21 Tanımlama ve İzlenebilirlik Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) uyarınca sağlandığı görüldü.  Örnek:  Lot No: 34412 ve Lot No: 34342  FR-65 Yarı Mamul İş Emri Formu  FR-15 Yarı Mamul Proses Akışı  FR-33 Yarı Mamul Kalite Kontrol Formu  FR-66 Dolum İş Emri ve Depo Teslim Formu  incelendi. |
| 8.5.3\* | Müşteri veya dış tedarikçiye ait mülkiyet Kuruluş, kullanım için veya kendi ürünü ve hizmetiyle birleştirilecek müşteri veya dış tedarikçiye ait mülkiyeti tanımlamış, doğrulamış, korumuş ve güvenliğini sağlamış mı? Herhangi bir müşteri veya dış tedarikçiye ait mülkiyet kaybolur, zarar görür veya bir şekilde kullanım için uygun olmadığı tespit edilirse kuruluş, bu durumu müşteriye veya dış tedarikçiye rapor ediyor mu? Durum ile ilgili dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza ediyor mu? | Müşteri veya dış tedarikçiye ait mülkiyet ile ilgili faaliyetlerin, EEK Entegre El Kitabı (02.01.2020 Rev:1) Bolüm 8.5.3 doğrultusunda yürütüldüğü görüldü.  CANADA GREEN GATE, kullanım için veya kendi ürünü/hizmetiyle birleştirilecek müşteri veya dış tedarikçiye ait mülkiyeti tanımladığı, doğruladığı, koruduğu ve güvenliğini sağladığı görüldü.  Örnek:  Tedarikçi Kale Kimya’ ya ait ürünler  Müşteri CVZ Ltd e ait ürünler  Herhangi bir müşteri veya dış tedarikçiye ait mülkiyet kaybolur, zarar görür veya bir şekilde kullanım için uygun olmadığı tespit edilirse bu durumun müşteriye veya dış tedarikçiye rapor edileceğinin, EEK Entegre El Kitabı (02.01.2020 Rev:1) Bolüm 8.5.3 doğrultusunda gerçekleştirileceği görüldü.  Böyle bir gereklilik olmadığı beyan edildi. |
| 8.5.4\* | Muhafaza Kuruluş, üretim veya hizmet sunumu esnasındaki çıktıları, gerekliliklere uygunluğu güvence altına almak için gerekli olduğu derecede muhafaza ediyor mu? | CANADA GREEN GATE bünyesinde, PR-09 Depo Kontrol Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) ile TL-43 Depolama Talimatı (01.02.2016 Rev:0) uygulandığı tespit edildi.  İlgili kayıtların, FR-66 Dolum İş Emri ve Depo Teslim Formu (01.02.2016 Rev:0) nun tutulduğu görüldü.  Kayıtlar için ayrıca; “Depo Stok” excell ve “Tiger” yazılımı kullanılıyor.  “Tiger” dan, “Satış Sipariş Listesi” çıktısı alınıyor ve sevkiyat buna göre gerçekleştiriliyor.  Örnek:  12.11.2020 tarihli ve “Lokman Mehdi” adlı müşteriye ait sevkiyat |
| 8.5.5\* | Teslimat sonrası faaliyetler Kuruluş, ürün ve hizmetlerle ilgili teslimat sonrası faaliyetler için gereklilikleri karşılıyor mu? Gerekli teslimat sonrası faaliyetleri tayin ederken, kuruluş aşağıdakileri değerlendiriyor mu? a) Birincil ve ikincil mevzuat gereklilikleri, b) Ürün ve hizmetler ile ilgili istenmeyen potansiyel sonuçlar, c) Ürün ve hizmetlerin yapısı, kullanımı ve amaçlanan ömrü, d) Müşteri gereklilikleri, e) Müşteri geri bildirimleri. | Teslimat sonrası faaliyetlerin, EEK Entegre El Kitabı (02.01.2020 Rev:1) Bolüm 8.5.5 doğrultusunda yürütüleceği, ancak, uygulama olmadığı beyan edildi.  Örnek: |
| 8.5.6\* | Değişikliklerin kontrolü Kuruluş, gerekliliklere uygunluğu sürdürmeyi güvence altına almak amacıyla üretim ve hizmet sunumu için değişiklikleri gerekli derecede gözden geçirip ve kontrol ediyor mu? Kuruluş, gözden geçirme sonuçlarını, değişikliğe onay veren kişi/kişileri ve gözden geçirme sonucu ortaya çıkan gerekli herhangi bir faaliyeti tarif eden dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza ediyor mu? | Üretim/Hizmet sunumu için değişikliklerin EEK Entegre El Kitabı (02.01.2020 Rev:1) Bolüm 8.5.6 doğrultusunda yürütüleceği, ancak, böyle bir gereklilik olmadığı beyan edildi. |
| 8.6\* | Ürün ve hizmetin serbest bırakılması  Kuruluş, uygun aşamalarda ürün ve hizmetin gereklilikleri karşıladığını doğrulamak için planlı düzenlemeleri uyguluyor mu? Ürün ve hizmetlerin serbest bırakılması, planlanan düzenlemeler başarılı bir şekilde tamamlanmadan, ilgili bir yetkili ve uygulanabilir olduğunda müşteri tarafından onaylanmadığı takdirde gerçekleştiriliyor mu? Kuruluş ürün ve hizmetin serbest bırakılması ile ilgili dokümante edilmiş ve aşağıdakileri içeren bilgiyi muhafaza ediyor mu?  a) Kabul kriterlerine göre uygunluğun kanıtı, b) Sunumu onaylayan kişi/kişilere kadar izlenebilirlik. | Ürün/Hizmetin serbest bırakılması faaliyetlerinin, İAŞ-03 Kalite Kontrol İş Akış Şeması (01.02.2016 Rev:0) ve TL-47 Yarı Mamul Kalite Kontrol Talimatı (01.02.2016 Rev:0) doğrultusunda yürütüldüğü görüldü.  Ürün/Hizmetin serbest bırakılması faaliyetlerinin yürütülmesi için FR-33 Yarı mamul kalite Kontrol Formu (01.02.2016 Rev:0) ve FR-37 Bitmiş Ürün Kalite Kontrol Formu (01.02.2016 Rev:0) ile kayıtların oluşturulduğu görüldü.  Örnek:  Lot No: 34412 ve Lot No: 34342  FR-33 Yarı Mamul Kalite Kontrol Formu  FR-37 Bitmiş Ürün Kalite Kontrol Formu  incelendi. |
| 8.7 | Uygun olmayan çıktının kontrolü 8.7.1 Kuruluş, gerekliliklere uymayan çıktının, istenmeyen kullanımının veya teslimatının önlenmesi için tanımlanmasını ve kontrol altında bulundurulmasını güvence altına almış mı? Kuruluş, uygunsuzluğun yapısı ile ürün ve hizmetin uygunluğu üzerindeki etkisini esas alarak uygun faaliyetleri gerçekleştirmiş mi? Kuruluş uygun olmayan çıktıyı aşağıdaki yollardan biri veya fazlası ile ele almış mı? a) Düzeltilmesi, b) Sunulan ürün ve hizmetin; ayrılması, karantinaya alınması, geri çağırılması veya askıya alınması, c) Müşterinin bilgilendirilmesi, d) Şartlı kabulü için yetkilendirme elde edilmesi. Uygun olmayan çıktılar düzeltildiğinde, gerekliliklere uygunluğunu göstermek için ürün yeniden doğrulamaya tâbi tutuluyor mu?  8.7.2 Kuruluş, aşağıdakileri kapsayan dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza ediyor mu? a) Uygunsuzluğu tanımlayan, b) Yapılan faaliyetleri tanımlayan, c) Herhangi bir şartlı kabulü tanımlayan, d) Uygunsuzlukla ilgili işleme karar veren yetkiliyi tanımlayan. | Uygun olmayan çıktının kontrolünün, PR-05 Uygun Olmayan Ürün Kontrol Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) doğrultusunda yürütüldüğü görüldü.  Uygun olmayan çıktının, ne şekilde ele alınacağı ve şartlara uygunluğunu göstermek için yeniden doğrulamaya tâbi tutulacağının, PR-05 Uygun Olmayan Ürün Kontrol Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) nde belirlendiği görüldü. Kayıtların, FR-31 Uygun Olmayan Ürün Kontrol Formu (01.02.2016 Rev:0) ile tutulacağı, ancak böyle bir gereklilik olmadığı beyan edildi.  Örnek: |
| 9 9.1 9.1.1 | PERFORMANS DEĞERLENDİRME İzleme, ölçme, analiz ve değerlendirme Genel Kuruluş aşağıdakileri tayin etmiş mi? a) Neyin izlenmesi ve ölçülmesi gerektiğini, b) Geçerli sonuçları güvence altına almak amacıyla ihtiyaç duyulan izleme, ölçme, analiz ve değerlendirme için yöntemlerini, c) İzleme ve ölçmenin ne zaman gerçekleştirmesi gerektiğini, d) İzleme ve ölçme sonuçlarının ne zaman analizi ve değerlendirilmesi gerektiğini. Kuruluş, kalite yönetim sisteminin performansını ve etkinliğini değerlendiriyor mu? Kuruluş, sonuçların kanıtı olarak, uygun dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza ediyor mu? | Performans izleme, ölçme, analiz etme ve değerlendirme için, aşağıdakileri içeren, PL.16 Performans İzleme ve Ölçme Planı (01.02.2016 Rev:0) oluşturulduğu görüldü:  a) Neyin izlenmesi ve ölçülmesi gerektiği,  b) İzleme, ölçme, analiz ve değerlendirme yöntemleri,  c) Performansın neye göre değerlendireceğini gösteren kriterler ve uygun göstergeler,  d) İzleme ve ölçmenin ne zaman gerçekleştirilmesi gerektiği,  e) İzleme ve ölçme sonuçlarının ne zaman analiz edilmesi ve değerlendirilmesi gerektiği.  PL.16 Performans İzleme ve Ölçme Planı (01.02.2016 Rev:0) nda; toplam 6 konuda planlama yapılmıştır.  Örnek:  Tedarikçi performans değerlendirme  Puan: %78,4  Müşteri memnuniyet oranı  Puan: %90 |
| 9.1.2 | Müşteri memnuniyeti Kuruluş, müşterinin kendi ihtiyaç ve beklentilerinin ne ölçüde karşılandığını algılamasını izliyor mu? Kuruluş, bu bilginin elde edilmesi, izlenmesi ve gözden geçirilmesi için yöntemler tayin etmiş mi? | Mayıs 2020’ de, FR-56 Müşteri Memnuniyeti Ölçme Anketi (01.02.2016 Rev:0) yapılmış olduğu görüldü.  Müşteri Memnuniyet Anketinde, toplam 6 adet soru yöneltilmiş olduğu görüldü.  Tüm müşterilere anket gönderilmiş olduğu, 8 geri dönüş olduğu görüldü.  Örnek:  Burhan Group, Golden Rice Co., Parvatt Co.  Müşteri memnuniyet hedefinin, % 90 olarak belirlendiği, anket sonuçlarının değerlendirilmediği görüldü.  Uygunsuzluk: #3-Minör  Müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin ne ölçüde karşılandığının izlenmesine ilişkin olarak Müşteri Memnuniyet Anketi uygulandığı görüldü. Ancak, elde edilen bilgilerin gözden geçirilmediği ve analiz edilmediği tespit edildi. |
| 9.1.3 | Analiz ve değerlendirme Kuruluş, izleme ve ölçmeden gelen uygun veri ve bilgiyi analiz ediyor ve değerlendiriyor mu? Analiz sonuçları, aşağıdakilerin değerlendirmesi için kullanılıyor mu? a) Ürün ve hizmetlerin uygunluğu, b) Müşteri memnuniyet derecesi, c) Kalite yönetim sisteminin performansı ve etkinliği, d) Planlamanın etkin şekilde yapılıp yapılmadığı, e) Risk ve fırsatları belirlemek için yürütülen faaliyetlerin etkinliği, f) Dış tedarikçilerin performansı, g) Kalite yönetim sisteminin iyileştirme ihtiyaçları. | Analiz ve değerlendirmelerinin uygulandığı görüldü.  Müşteri memnuniyeti, ürün şartlarına uygunluk, dahil olmak üzere, proseslerin ve ürünlerin özellikleri ve eğilimleri ve tedarikçilerle ilgili veri analizleri, ilgili bölümlerde incelendi.  Örnek:  Fire oranı  Puan: %3 |
| 9.2\* | İç denetim 9.2.1 Kuruluş, kalite yönetim sisteminin aşağıdakilerle ilgili durumunu belirlemek için planlanan aralıklarda iç denetimler yapıyor mu? a) Aşağıdakilere uygunluğu: 1) Kuruluşun kalite yönetim sisteminin gerekliliklerine, 2) Bu Standardın gerekliliklerine. b) Etkili bir şekilde uygulandığı ve sürekliliğinin sağlandığı.  9.2.2 Kuruluş, a) Sıklık, yöntemler, sorumluluklar, planlama gereklilikleri ve raporlama dâhil, söz konusu proseslerin önemi, kuruluşu etkileyen değişiklikler ve önceki denetim sonuçları değerlendirilerek, bir denetim programı/programları planlıyor, oluşturuyor ve sürekliliğini sağlıyor mu? b) Her bir denetim için denetim kriteri ve kapsamı belirlenmiş mi? c) Denetim prosesinin objektifliği ve tarafsızlığını güvence altına almak için denetçiler seçiyor ve denetimleri yapıyor mu? d) Denetim sonuçlarının ilgili yönetime rapor edilmesinin güvence altına almış mı? e) Herhangi bir gecikmeye mahal vermeden uygun düzeltme ve düzeltici faaliyet gerçekleştirilmiş mi? f) Denetim programının uygulanmasının ve denetim sonuçlarının kanıtı olarak dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza ediyor mu? | PR-03 İç Denetim Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) uygulandığı görüldü.  İç denetimler için, DD-07 İç Denetim Planı (2020) oluşturulduğu görüldü.  İç denetim planı doğrultusunda, iç denetimlerin,  01-03.06.2020 tarihlerinde yapılmış olduğu görüldü.  İç denetimlerin, Ahmed Ali BURHANUDIN, Ahmet Can GÖKÇE, Mustafa YEŞİLYURT ve Abdulahad KHORAM tarafından gerçekleştirildiği görüldü. 4 kişinin de prosedürleri uyarınca, entegre yönetim sistemleri ve iç denetim konularında eğitim almış olduğu görüldü.  Denetçilerin, denetim yapılan fonksiyonlardan bağımsız olmaları gözetilerek görevlendirildikleri görüldü.  İç denetimlerin, DD-08 İç Denetim Soru Listesi (02.01.2020 Rev:1) kullanılarak yapıldığı görüldü.  İç denetimler sonrasında, FR-115 İç Denetim Raporu (01.02.2016 Rev:0) oluşturulduğu görüldü.  İç denetimlerde, 1 adet uygunsuzluk bulunduğu görüldü.  Uygunsuzluk: #4-Minör  2020 iç denetimlerinin planlandığı ve gerçekleştirildiği görüldü. Ancak, iç denetimlerin etkin olarak gerçekleştirilmediği ve gerçekleştirmeye ilişkin kayıtların oluşturulmadığı tespit edildi.  Örnek:  9 departmanda 4 ayrı iç denetçinin görev aldığı ve ayrı ekipler oluşturularak yapılan iç denetimler için, ortak 1 tane İç Denetim Soru Formu oluşturulması |
| 9.3\* 9.3.1 | Yönetimin gözden geçirmesi Genel Üst yönetim, kuruluşun kalite yönetim sisteminin amacına uygunluğunu, yeterliliğini ve etkinliğini sürdürmesini ve kuruluşun stratejik yönü ile uyumluluğunu güvence altına almak için planlı aralıklarla kalite yönetim sistemini gözden geçiriyor mu? | Yönetimin gözden geçirmesi için, PR-06 Yönetimin Gözden Geçirmesi Prosedürü (02.01.2020 Rev:1) nün uygulandığı ve yönetimin gözden geçirmesinin, yılda 1 defa gerçekleştirilmekte olduğu görüldü.  2020 yılı YGG’ nin 15.06.2020 tarihinde gerçekleştirildiği görüldü. |
| 9.3.2 | Yönetimin gözden geçirmesi girdileri Yönetimin gözden geçirmesi aşağıdakileri dikkate alınarak planlanarak gerçekleştiriliyor mu? a) Önceki yönetimin gözden geçirme toplantılarında karar alınan faaliyetlerinin durumu, b) Kalite yönetim sistemi ile ilgili iç ve dış hususlardaki değişiklikler, c) Aşağıdakilerdeki eğilimler dâhil, kalite yönetim sisteminin performansı ve etkinliği ile ilgili bilgi: 1) Müşteri memnuniyeti ve ilgili taraflardan gelen geri bildirimler, 2) Kalite hedeflerine erişme derecesi, 3) Proses performansı ile ürün ve hizmetlerin uygunluğu, 4) Uygunsuzluklar ve düzeltici faaliyetler, 5) İzleme ve ölçme sonuçları, 6) Denetim sonuçları, 7) Dış tedarikçilerin performansı. d) Kaynakların varlığı, e) Risk ve fırsatları belirleme faaliyetleri (bk. Madde 6.1) için gerçekleştirilen faaliyetlerin etkinliği, f) İyileştirme için fırsatlar. | Yönetimin gözden geçirmesi için, FR-07 Toplantı Tutanak Formu oluşturulduğu ve uygulandığı görüldü. Girdilerin, tüm ilgili standardları kapsayacak şekilde 21 başlıkta oluşturulduğu tespit edildi.  Toplantının Genel Müdür, Finans Müdürü, İnsan Kaynakları Müdürü, Ar-Ge Sorumlusu, Üretim Sorumlusu, Satınalma Sorumlusu, İhracat Pazarlama Sorumlusu ve Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi katılımı ile gerçekleştirildiği görüldü. |
| 9.3.3 | Yönetimin gözden geçirmesi çıktıları Yönetimin gözden geçirmesi çıktıları, aşağıdaki konularla ilgili karar ve faaliyetleri kapsıyor mu? a) İyileştirme için fırsatlar, b) Kalite yönetim sistemi ile ilgili değişiklik ihtiyacı, c) İhtiyaç duyulan kaynaklar. Kuruluş, yönetimin gözden geçirmesi sonuçlarının kanıtı olarak dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza ediyor mu? | Toplantı girdileri ve çıktıları incelendi, ilgili standardların şartlarının karşılandığı görüldü. |
| 10\* 10.1 | İYİLEŞTİRME Genel Kuruluş iyileştirme için fırsatları tayin etmiş ve seçmiş mi? Müşteri gerekliliklerini karşılamak ve müşteri memnuniyetini arttırmak için aşağıdaki maddeleri içeren gerekli faaliyetleri uyguluyor mu? a) Gereklilikleri karşılamak ve bununla birlikte gelecekteki ihtiyaç ve beklentileri de belirleyerek ürün ve hizmetleri iyileştirmek, b) İstenmeyen etkileri düzeltmek, önlemek veya azaltmak, c) Kalite yönetim sisteminin performans ve etkinliğini arttırmak. | CANADA GREEN GATE’ in, iyileştirme için fırsatları belirlemiş ve seçmiş, amaçlanan çıktılara erişmek için gerekli faaliyetleri uygulamakta olduğu görüldü. |
| 10.2 | Uygunsuzluk ve düzeltici faaliyet 10.2.1 Bir uygunsuzluk oluştuğunda, şikayetlerden kaynaklananlar dâhil, kuruluş: a) Uygunsuzluğa tepki vermekte ve uygulanabildiği şekilde: 1) Uygunsuzluğu kontrol etmek ve düzelmek için faaliyet yapılıyor mu? 2) Sonuçları değerlendiriliyor mu? b) Uygunsuzluğun; tekrar veya başka bir yerde oluşmaması için nedenlerini ortadan kaldırmak amacıyla faaliyet ihtiyacının aşağıdakileri dikkate alarak değerlendiriliyor mu? 1) Uygunsuzluğun gözden geçirilmesi ve analizi, 2) Uygunsuzluğun sebeplerinin tayini, 3) Benzer uygunsuzlukların varlığı veya potansiyel olarak oluşabileceğinin tayini. c) İhtiyaç duyulan herhangi bir faaliyeti gerçekleştiriliyor mu? d) Gerçekleştirilen düzeltici faaliyetlerin etkinliğini gözden geçiriliyor mu? e) Gerektiğinde, planlama esnasında tayin edilen risk ve fırsatları güncelleniyor mu? f) Gerektiğinde, kalite yönetim sisteminde değişiklik yapılıyor mu? Düzeltici faaliyet, karşılaşılan uygunsuzluğun etkisine uygun mu?  10.2.2 Kuruluş, aşağıdakilerin kanıtı olarak dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza ediyor mu? a) Uygunsuzlukların yapısı ve peşinden yapılan faaliyet, b) Düzeltici faaliyetlerin sonucu | PR-04 Düzeltici Faaliyet Prosedürü (01.02.2026 Rev:0) uygulandığı görüldü.  Düzeltici faaliyet taleplerinin, FR-10 Düzeltici Faaliyet Formu (01.02.2026 Rev:0) ile Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisine iletildiği görüldü.  Başlatılan düzeltici faaliyetlerin, Formu (01.02.2026 Rev:0) ile Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi tarafından takip edildiği görüldü.  2020 yılında, toplam 5 DF açılmış olduğu görüldü. 4 tanesinin kapatılmış, 1 tanesinin de devam ettiği görüldü.  Örnek:  DF/2/2020 numaralı ve 08.05.2020 tarihli kayıt incelendi. |
| 10.3 | Sürekli iyileştirme Kuruluş, kalite yönetim sisteminin uygunluğunu, yeterliliğini ve etkinliğini sürekli iyileştiriyor mu? Kuruluş; analiz ve değerlendirmenin sonuçlarını, yönetimin gözden geçirmesi çıktılarını, sürekli iyileşmenin parçası olarak ihtiyaç ve fırsatların belirlenmesinin tayini için değerlendiriyor mu? | Yönetim sisteminin uygunluğunu, yeterliliğini ve etkinliğinin, belirlenen iyileştirme için fırsatlarının (analiz ve değerlendirmenin sonuçlarını, yönetimin gözden geçirmesi çıktıları) uygulanması suretiyle sürekli iyileştirildiği görüldü. |

æ/deletekysæ

ædeletecysæ

| 14001:2015 | | |
| --- | --- | --- |
| Gereklilikler | | Bulgular |
| 4 4.1*\** | KURULUŞUN BAĞLAMI Kuruluş ve bağlamının anlaşılması Kuruluş, amacıyla ilgili olan ve çevre yönetim sistemlerinin amaçlanan çıktılarına ulaşmak için yeteneğini etkileyen iç ve dış hususları tayin etmiş midir? Bu hususlar, kuruluş tarafından etkilenen ve kuruluşu etkileme potansiyeli olan çevre durumlarını kapsamakta mıdır?  *Kuruluş, iklim değişikliği ile ilgili bir husus olup olmadığını belirlemiş mi?* | CANADA GREEN GATE’ in bağlamının anlaşılması için, entegre yönetim sisteminin amaçlanan sonuçlarına ulaşabilme yeteneğini etkileyen iç ve dış hususlarla ilgili bilgilerin, EEK Entegre El Kitabı (02.01.2020 Rev:1) ve DD-25 İlgili Taraflar Listesi (01.02.2016 Rev:0) nde belirlenmiş olduğu görüldü.  Örnek dış huşular: Yasal, teknolojik, rekabetçi, pazar, kültürel, sosyal ve ekonomik çevrelerden (uluslararası, ulusal, bölgesel ve yerel olabilir) kaynaklanan hususlar  Örnek iç hususlar: Değerler, kültür, bilgiler ve performans  CANADA GREEN GATE’ in, iç ve dış hususlarla ilgili bilgiyi, üst yönetim tarafından, DD-25 İlgili Taraflar Listesi (01.02.2016 Rev:0) ile izlenmekte ve gözden geçirilmekte olduğu görüldü. |
| 4.2*\** | İlgili tarafların ihtiyaç ve beklentilerinin anlaşılması Kuruluş, aşağıdakileri belirlemiş midir?   1. Çevre yönetim sistemi ile ilgili tarafları 2. Bu ilgili tarafların ilgili ihtiyaç ve beklentilerini (bir başka deyişle gereklilikler) 3. Bu ihtiyaç ve beklentilerden hangilerinin uygunluk yükümlülükleri olacağını   *Not: İlgili tarafların iklim değişikliği ile ilgili gereklilikleri olabilir.* | CANADA GREEN GATE’ in, ilgili taraflar ile ihtiyaç ve beklentilerinin bir başka deyişle şartlarının ve bunlardan hangilerinin uygunluk yükümlülükleri olacağının, DD-25 İlgili Taraflar Listesi (01.02.2016 Rev:0) nde belirlenmiş olduğu görüldü.  Örnek ilgili taraflar: Sağlık Bakanlığı, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ile yönetim, müşteriler, tedarikçiler, çalışanlar  CANADA GREEN GATE’ in, ilgili taraflar hakkındaki bilgileri ile bu tarafların şartlarını, DD-25 İlgili Taraflar Listesi (01.02.2016 Rev:0) nde belirlediği ve gözden geçirmekte olduğu görüldü. |
| 4.3*\** | Çevre yönetim sisteminin kapsamının belirlenmesi Kuruluş, kapsamı belirlemek amacıyla çevre yönetim sisteminin sınırlarını ve uygulanabilirliğini belirlemiş midir?  Bu kapsam belirlenirken, kuruluş aşağıdakileri değerlendirmiş midir?   1. Madde 4.1’de atıf yapılan iç ve dış hususları 2. Madde 4.2’de atıf yapılan uygunluk yükümlülüklerini 3. Kuruluşun, kurumsal birim, fonksiyon ve fiziksel sınırlarını 4. Kuruluşun, faaliyet, ürün ve hizmetlerini 5. Kuruluşun, kontrol ve etkiyi gerçekleştirmek için yetki ve yeteneğini   Kapsam belirlendikten sonra, kuruluşun kapsama dâhil bütün faaliyetleri, ürünleri ve hizmetlerinin çevre yönetim sistemine dâhil edilmiş midir?  Kapsam, dokümante edilmiş bilgi şeklinde muhafaza edilmekte ve ilgili tarafların erişimine açık mıdır? | CANADA GREEN GATE’ in, kapsamını belirlerken iç ve dış hususlar ile ilgili tarafların şartlarını ve kendisinin ürün ve hizmetlerini dikkate aldığı görüldü.  Kapsam: “Dezenfektan Üretimi”  Yönetim sistemi kapsamının, EEK Entegre El Kitabı (02.01.2020 Rev:1) nda belirlenmiş olduğu görüldü.  CANADA GREEN GATE’ in, ISO 14001:2015 standardın belirtilen kapsam dâhilinde olan tüm şartların uygulandığı görüldü. |
| 4.4 | Çevre yönetim sistemi  Kuruluş, çevre performansını arttırmak dâhil amaçlanan çıktılara ulaşmak için, ISO/IEC 14001:2015 standardının gerekliliklerine uygun olarak, prosesler ve bunların etkileşimi dâhil, kurduğu, uyguladığı, sürdürdüğü ve sürekli iyileştirdiği bir çevre yönetim sistemi mevcut mu?  Kuruluş, çevre yönetim sistemini kurarken ve sürdürürken Madde 4.1 ve Madde 4.2’de elde edilen bilgileri de değerlendirmiş mi? | CANADA GREEN GATE’ in, ilgili standardların gereklilikleri uyarınca bir entegre yönetim sistemi oluşturduğu, uyguladığı, sürdürdüğü görüldü.  CANADA GREEN GATE’ in, entgre yönetim sistemini kurarken ve sürdürürken Madde 4.1 ve Madde 4.2’de elde edilen bilgileri de değerlendirmiş olduğu görüldü.  Örnek:  İlgili taraf (Çevre ve Şehircilik Bakanlığı) gereklilikleri (Yönetmelik vb.) |
| 5 5.1 | LİDERLİK Liderlik ve taahhüt Üst yönetim, aşağıdakiler vasıtasıyla, çevre yönetim sistemi için liderlik ve taahhüt göstermiş mi?  a) Çevre yönetim sisteminin etkinliği için hesap verilebilirliği,  b) Çevre politikası ve çevre amaçlarının oluşturulduğu ve bunların kuruluşun stratejik yönü ve bağlamı ile uyumluluğunun güvence altına alınması,  c) Çevre yönetim sistemi gerekliliklerinin, kuruluşun iş prosesleri ile entegre olduğunun güvence altına alınması,  d) Çevre yönetim sistemi için gerekli kaynakların varlığının güvence altına alınması,  e) Etkin çevre yönetimi ve çevre yönetim sistem gerekliliklerine uygunluğun öneminin paylaşılması,  f) Çevre yönetim sisteminin amaçlanan çıktılarına ulaşmasının güvence altına alınması,  g) Çevre yönetim sisteminin etkinliğine katkı sağlayacak personelin yönetilmesi ve desteklenmesi,  h) Sürekli iyileştirmenin teşvik edilmesi,  i) Diğer ilgili yönetim görevlerinin (kendi sorumluluk alanlarına uygulanması bakımından) liderliğini göstermek için desteklenmesi. | Genel Müdür Ahmed Ali BURHANUDIN’ in, Afganistan’ da olması ve Covid 19 salgını sebebiyle gelememesi sebebiyle, üst yönetim adına görüşülen Ahmet Can GÖKÇE ‘nin, liderlik ve bağlılığının gösterilmesi açısından sorumluluklarını, söylem ve uygulamaları ile gösterdiği görüldü.  Aralarında İngiltere ve Almanya dahil 68 ülkeye ihracat yapıldığı beyan edildi.  Yapılan görüşmeler esnasında, üst yönetim adına görüşülen Ahmet Can GÖKÇE ‘nin;  - Yönetim sisteminin etkinliği için hesap verilebilirlik,  - Yönetim sistemi şartlarının, kuruluşun iş prosesleri ile entegre olduğunu güvence altına almak,  - Yönetim sisteminin etkinliğine katkı sağlayacak kişilerin, işe alınması, yönlendirilmesi ve desteklenmesi  dahil, genel sorumluluğu üstlendiği görüldü.  Ayrıca, denetim sırasındaki söylem ve yaklaşımları ile üst yönetim adına görüşülen Ahmet Can GÖKÇE ‘nin sistemi sahiplendiği ve EYS’ nin amaçlanan çıktılarını destekleyen bir kültür geliştirmekte, öncülük etmekte ve teşvik etmekte olduğu görüldü. |
| 5.2 | Çevre politikası  Üst yönetim, kuruluşun çevre politikasını tanımlamış mı? Uygulayarak sürekliliğini sağlıyor mu?  Çevre yönetim sisteminin tanımlı kapsamı dâhilinde bu politikanın:  a) Kuruluşun; yapısı, ölçeği ve faaliyetleri, ürünleri ve hizmetlerinin çevresel etkileri dâhil, kuruluşun amaç ve bağlamı ile uygunluğunu,  b) Çevre hedeflerinin belirlenmesi için bir çerçeve sağlaması,  c) Kirliliğin önlenmesi ve kuruluşun bağlamına uygun diğer belirli taahhüt/taahhütler dâhil, çevrenin korunmasını içeren bir taahhüt,  d)Uygunluk yükümlülüklerinin yerine getirileceğine dair bir taahhüdü içermesi,  e) Çevre performansının arttırılması için çevre yönetim sisteminin sürekli iyileştirilmesine dair bir taahhüdü içermesi sağlanıyor mu?  Çevre politikası;   * Dokümante edilmiş bilgi şeklinde muhafaza ediliyor mu? * Kuruluş içerisinde duyurulmuş mu? * İlgili tarafların erişimine açık mı? | Genel Müdür Ahmed Ali BURHANUDIN tarafından onaylanmış, DD-02 Entegre Şirket Politikası (02.01.2020 Rev:1) görüldü. Politikanın, CANADA GREEN GATE’ in amaç ve bağlamı ile uyumlu olduğu görüldü.  Ayrıca politikanın;  - Çevresel etkiler dâhil, kuruluşun amaç ve bağlamı ile uygunluğunu,  - Kirliliğin önlenmesi ve çevrenin korunmasını içeren bir taahhüt,  - Çevre performansının arttırılması için çevre yönetim sisteminin sürekli iyileştirilmesine dair bir taahhüdü  içerdiği teyit edildi.  CANADA GREEN GATE içerisinde duyurulduğu görüldü.  CANADA GREEN GATE tarafından ilgili tarafların erişimine web sitesinde yayınlanması suretiyle ilgili tarafların erişimine açıldığı/açılmadığı görüldü.  Uygunsuzluk: #1- Minör  Entegre Yönetim Sistemi Politikasının, CANADA GREEN GATE personeline ait bir sosyal medya hesabı üzerinden ilgili tarafların erişimine açıldığı görüldü. Ancak politikanın, ilgili sosyal medya platformunda hesabı olmayan ilgili tarafların erişimine uygun şekilde açık olmadığı tespit edildi. |
| 5.3 | Kurumsal görev, yetki ve sorumluluklar  Üst yönetim, ilgili görevler için yetki ve sorumlulukların belirlendiğini ve kuruluş içerisinde duyurulduğunu güvence altına almış mı?  Üst yönetim aşağıdakiler için yetki ve sorumlulukları belirlemiş mi?  a) Çevre yönetim sisteminin, ISO 14001 standardının gerekliliklerini karşılamasının güvence altına alınması,  b) Çevre performansı dâhil, çevre yönetim sisteminin performansının üst yönetime rapor edilmesi. | CANADA GREEN GATE’ in organizasyon yapısını tanımlayan, DD-01 Organizasyon Şeması (02.01.2020 Rev:1) görüldü.  İlgili görevler için yetki ve sorumlulukların belirlendiği toplam 34 adet Görev Tanımlarında (GT-01-34 Rev:0); görev, sorumluluklar, as-üst ilişkisi, vekalet durumlarının belirlenmiş olduğu görüldü.  Örnek;  GT-14 Ar-Ge Sorumlusu ve GT-19 Üretim Sorumlusu, GT-22 Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi Görev Tanımları görüldü. Çevre performansı dahil, çevre yönetim sisteminin performansının üst yönetime rapor edilmesi GT-22 Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi görev tanımında belirtildiği tespit edildi.  İlgili standardların şartlarını sağlamak üzere Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi olarak yetki ve sorumluluklar verilen Ahmet Can GÖKÇE’ nin, 01.02.2016 tarihli yazı ile atandığı görüldü. |
| 6 6.1 6.1.1\* | PLANLAMA  Risk ve fırsat belirleme faaliyetleri  Genel  Kuruluş; Madde 6.1.1 ila Madde 6.1.4’te belirtilen gereklilikleri karşılamak için, uyguladığı ve sürekliliğini sağladığı gerekli proses/prosesleri oluşturmuş mu?  Kuruluş, çevre yönetim sistemi için planlama yaparken, aşağıdakileri değerlendirilmiş mi?  a) Madde 4.1’de atıf yapılan hususları,  b) Madde 4.2’de atıf yapılan gereklilikleri,  c) Kendi çevre yönetim sisteminin kapsamını  Aşağıdakilere atıfta bulunması gereken, Madde 4.1 ve Madde 4.2’de tanımlanan; çevre boyutları, uygunluk yükümlülükleri ile diğer hususlar ve gereklilikleri ile ilgili riskleri ve fırsatları tayin etmiş mi?  - Çevre yönetim sisteminin amaçlanan çıktılarına ulaşabileceğine güvence vermek,  - Kuruluşu etkileyecek dış çevresel gereklilikler için potansiyel etkiler dâhil, istenmeyen etkilerin önlenmesi veya azaltılması,  - Sürekli iyileştirmeyi sağlamak.  Kuruluş, çevre yönetim sisteminin kapsamı içerisinde, potansiyel acil durumları (çevresel etkileri olabilecek olanlar dâhil) belirlemiş mi?  Kuruluş aşağıdakilerle ilgili dokümante edilmiş bilgileri muhafaza ediyor mu?  - Belirlenmesi gereken risk ve fırsatlar,  - Madde 6.1.1 ila Madde 6.1.4’te istenen proses/prosesler (bunların planlı bir şekilde yürütüldüğünden emin olunacak şekilde). | Kurumsal risk ve fırsatların ele alınması amacıyla, PR.13 Risk ve Fırsat Analizi Prosedürü (01.02.2016 Rev: 0) oluşturulduğu görüldü.  PL.01 Risk ve Fırsat Analiz Planı (01.02.2016 Rev: 0) oluşturularak, kurumsal riskler ve fırsatların belirlendiği ve değerlendirildiği görüldü.  Kurumsal risk ve fırsatların belirlenmesinde; iç ve dış hususların, ilgili taraflar ve bunların şartlarının ve yönetim sisteminin kapsamının dikkate alındığı teyit edildi.  Örnek: “Tedarikçinin uygun olmayan ürün göndermesi”, “Kalite kontrolün düzgün yapılmaması” vb.  Olasılık; 1,2,3,4,5 olarak puanlanmış. Etki; 1,2,3,4,5 olarak puanlanmış. Risk: Olasılık x Etki: 25 puan Önemsiz Risk: 1,2,3 Düşük Risk: 4,5,6 Orta Risk: 8,9,10,12 Yüksek Risk: 15,16,20 Tolere edilemez Risk:25  Prosedürde belirtildiği üzere, tolere edilemez, yüksek ve orta riskleri ortadan kaldırmak için, faaliyetler başlatılmadığı görüldü.  Uygunsuzluk: #2-Majör  Risk ve fırsat belirleme faaliyetlerinin, etkin olarak gerçekleştirilmediği tespit edildi.  Örnek: PL.01 Risk ve Fırsat Analiz Planı dokümanında;   * **Belirlenen risk ve fırsatların, CANADA GREEN GATE’ in kalite, çevre ve gıda güvenliği yönetim sistemlerinin hangisiyle ilgili olduğunun ayırt edilememesi/belirgin şekilde ele alınmaması**   Risk ve fırsatlar ile ilgili faaliyetleri ilgili yönetim sistem prosesleri içerisine nasıl entegre edileceği, uygulanacağı ve etkinliğini nasıl değerlendirileceğinin dikkate alınmaması |
| 6.1.2\* | Çevre boyutları  Kuruluş, çevre yönetim sisteminin tanımlanmış kapsamında, faaliyet, ürün ve hizmetleri ile ilgili kontrol edebileceği, etkileyebileceği ve bunlarla ilişkili çevre boyutlarını yaşam döngüsü yaklaşımını değerlendirerek belirlemiş mi?  Kuruluş, çevre boyutlarını belirlerken aşağıdakileri dikkate almış mı?  a) Faaliyet, ürün ve hizmetlerdeki; planlı veya yeni gelişmeler dâhil değişiklikler ile yeni veya değiştirilmiş faaliyetler,  b) Normal olmayan durumlar ve öngörülemeyen acil durumlar.  Kuruluş, önemli çevresel etkileri olan veya olabilecek boyutları, bir başka deyişle, önemli çevre boyutlarını, oluşturulmuş kriterleri kullanarak belirlemiş mi?  Kuruluş, önemli çevre boyutlarını kuruluş içerisinde uygun şekilde, farklı seviyelerde ve fonksiyonlarda duyurulmuş mu?  Kuruluş aşağıdakilerle ilgili dokümante edilmiş bilgilerin sürekliliğini sağlıyor mu?  - Çevre boyutları ve ilgili çevresel etkileri,  - Önemli çevre boyutlarını tayin etmek için kullandığı kriterleri,  - Önemli çevre boyutlarını. | Çevre boyutlarının ve önemli çevre boyutlarının, yaşam döngüsü yaklaşımını değerlendirerek belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla, PR-22 Çevre Boyut Etki Değerlendirme Prosedürü oluşturulduğu görüldü.  Çevre boyutlarının, etkilerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi için, PL.08 Çevre Boyutları Analizi (01.02.2016 Rev: 0) oluşturulduğu ve önemli çevre boyutlarının belirlendiği görüldü.  PL.08 Çevre Boyutları Analizi (01.02.2016 Rev: 0) inde, yaşam döngüsü yaklaşımının değerlendirildiği teyit edildi.  Örnek: Ürünlerin yaşam döngüsünde yer alan kimyasallar ve ambalajlar  Çevre boyutları belirlenirken;  - Faaliyet, ürün ve hizmetlerdeki; planlı veya yeni gelişmeler dâhil değişiklikler ile yeni veya değiştirilmiş faaliyetler,  - Normal olmayan durumlar ve öngörülemeyen acil durumların  Genel olarak dikkate alındığı teyit edildi.  Örnek: Çevre kazaları, yeni ürün ve yeni üretim hatları  Önemli çevre boyutlarının, CANADA GREEN GATE içerisinde ilgili seviyelerde ve fonksiyonlarda duyurulması amacıyla “Duyuru Panosu” nda asıldığı teyit edildi.  Uygunsuzluk:#7 Minör:  Hammadde kimyasallarından kaynaklı kontemine atık IBC tank ve bidonların PL.08 Çevre boyutları planında Coruk Hurda ambalaj firmasına verildiği tanımlanmaktadır. Ancak 02.06.2020 tarihinde Üç Yıldız Geri Dönüşüm firmasıyla bu konuda sözleşme yapıldığı görüldü. |
| 6.1.3\* | Uygunluk yükümlülükleri  Kuruluş, aşağıdaki maddeleri içeren uygunluk yükümlülüklerini dokümante edilmiş bilgi olarak muhafaza ediyor mu?  a) Çevre boyutları ile ilgili uygunluk yükümlülüklerini belirlemiş ve bunlar erişilebilir olmasını sağlamış mı?  b) Bu uygunluk yükümlülüklerinin kuruluşa nasıl uygulanacağını belirlemiş mi?  c) Çevre yönetim sistemlerini; kurarken, uygularken, sürekliliğini sağlarken ve sürekli iyileştirirken bu uygunluk yükümlülüklerini dikkate almış mı? | Uygunluk yükümlülüklerinin belirlenmesi ve yönetimi için,  PR-16 Uygunluk Yükümlülükleri Prosedürü oluşturulduğu görüldü.  Çevre boyutları ile ilgili uygunluk yükümlülüklerinin güncelliğinin takibi için, DD-27 Çevre Mevzuatı Takip Listesi oluşturulduğu ve güncellik takibinin aylık olarak yapıldığı görüldü.  Herhangi bir mevzuat değişikliği olması durumunda DD-27 Çevre Mevzuatı Takip Listesi uyarınca, ilgili personelin bilgilendirildiği görüldü.  Örnek:  Resmi Gazete No: 30829  Yayınlayan Kurum: Çevre ve Şehircilik Bakanlığı  Doküman Adı: Sıfır Atık Yönetmeliği  Yayın Tarihi: 12.07.2019  Takip Sorumlusu: EYST  Takip Periyodu: Aylık-İnternet  Uygunsuzluk #8 Minör:  Uygunluk yükümlülüklerinin güncelliğinin, Dış Kaynaklı Doküman Listesi ile sağlandığı, ancak uygulamanın Uygunluk Yükümlülükleri Prosedüründe bu şekilde tanımlanmadığı görüldü. Prosedür uyarınca, uygunluk yükümlülüklerinin günceliğinin, DD.27 Çevre Mevzuatları Takip Listesi ile yapıldığı görüldü. |
| 6.1.4\* | Planlama faaliyeti  Kuruluş aşağıdakileri planlamış mı?  a) Aşağıdakileri belirlemek için yapılacak faaliyetleri:  1) Önemli çevre boyutlarını,  2) Uygunluk yükümlülüklerini,  3) Madde 6.1.1’de tanımlanan risk ve fırsatları.  b) Aşağıdakileri nasıl yapacağını:  1) Çevre yönetim sistem prosesleri (bk. Madde 6.2, Madde 7, Madde 8 ve Madde 9.1) veya diğer iş proseslerindeki faaliyetleri; entegre etmek ve uygulamak,  2) Bu faaliyetlerin etkinliğinin değerlendirilmesi (bk. Madde 9.1).  Kuruluş; bu faaliyetleri planlarken, teknolojik seçenekleri ile finansal, operasyonel ve işle ilgili diğer gereklilikleri değerlendirmiş mi? | Planlama faaliyetleri için;  - Çevre boyutlarının ve önemli çevre boyutlarının belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla, PR-22 Çevre Boyut Etki Değerlendirme Prosedürü (01.02.2016 Rev: 0)  - Kurumsal risk ve fırsatların ele alınması amacıyla, PR-13 Risk ve Fırsatların Değerlendirilmesi Prosedürü (01.02.2016 Rev: 0) oluşturulduğu görüldü.  Çevre yönetim sistem prosesleri veya diğer iş proseslerindeki faaliyetleri; entegre etmek, uygulamak ve faaliyetlerin etkinliğinin değerlendirirken, teknolojik seçenekler ile finansal, operasyonel ve işle ilgili diğer şartların dikkate alındığı teyit edildi.  Örnek:  Jeneratör yakıt dolum işlemi |
| 6.2\* | Çevre hedefleri ve bunlara ulaşmak için planlama  6.2.1 Çevre hedefleri  Kuruluş, önemli çevre boyutlarını ve ilgili uygunluk yükümlülüklerini dikkate alarak, risk ve fırsatları değerlendirerek, kuruluş içerisinde ilgili fonksiyonlarda ve seviyelerde, çevre hedeflerini oluşturmuş mu?  Çevre hedefleri:  a) Çevre politikası ile tutarlı mı?  b) Ölçülebilir mi? (Uygulanabildiğinde),  c) İzleniyor mu?  d) Duyurulmuş mu?  e) Uygun şekilde güncellenmiş mi?  Kuruluş, çevre amaçlarını dokümante edilmiş bilgi olarak muhafaza ediyor mu?  6.2.2 Çevre hedeflerine ulaşmak için faaliyetlerin planlanması  Çevre hedeflerine ulaşmak için planlama yaparken, kuruluş:  a) Ne yapılacağını,  b) Hangi kaynakların gerekeceği,  c) Kimin sorumlu olacağını,  d) Ne zaman tamamlanacağını,  e) Sonuçların nasıl değerlendirileceğini belirlemiş mi?  Kuruluş, çevre amaçlarına erişmek için yapılacak faaliyetlerin, kuruluşun diğer iş prosesleri ile entegre edilebileceğini değerlendirmiş mi? | 2020 yılı hedefleri ve aksiyonlar için, DD-10 Kalite-Çevre-GGYS Hedefler (2020) oluşturulduğu görüldü.  Hedeflerin, politika ile uyumlu ve ölçülebilir hedefler olarak belirlendiği görüldü.  Örnek:  Hedef: Kişi Başı Ambalaj Atık miktarının %15 azaltılması  Aksiyon: Personele bu konuda eğitim verilmesi, gereksiz ambalaj tüketiminin önlenmesi  Sorumlu: Entegre Yönetim Temsilcisi  Kaynak: Çevre Danışmanlığı Hizmeti  Planlanan Tarih: Aralık 2020 |
| 7 7.1 | DESTEK  Kaynaklar  Kuruluş, çevre yönetim sisteminin oluşturulması, uygulanması, sürdürülmesi ve sürekli iyileştirilmesi için ihtiyaç duyulan kaynakları belirlemiş ve sağlıyor mu? | Yönetim sisteminin oluşturulması, uygulanması, sürdürülmesi ve sürekli iyileştirilmesi için ihtiyaç duyulan kaynakların belirlenmiş ve sağlanmış olduğu görüldü. |
| 7.2 | Yetkinlik  Kuruluş;  a) Çevre performansını ve uygunluk yükümlülüklerini yerine getirme yeteneğini etkileyen kendi kontrolü altında çalışan kişi/kişilerin gerekli yetkinliğini belirlemiş mi?  b) Bu kişilerin, uygun eğitim, öğretim ve tecrübeleri dikkate alınarak yeterliliklerini garanti altına almış mı?  c) Çevre boyutları ve çevre yönetim sistemi ile ilgili eğitim ihtiyaçlarını belirlemiş mi?  d) Uygulanabilir olduğunda, ihtiyaç duyulan yetkinliğin kazanılması için faaliyet yapılması ve bu faaliyetlerin etkinliğini değerlendirmiş mi?  Kuruluş, yetkinliğin kanıtı olarak uygun dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza ediyor mu? | Personel için yetkinlik kriterlerinin, Görev Tanımlarında belirlendiği ve işe alımlarda bunların dikkate alındığı, özlük dosyalarından incelenerek, teyit edildi.  Örnek;  GT-14 Ar-Ge Sorumlusu ve GT-19 Üretim Sorumlusu, GT-22 Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi Görev Tanımları görüldü.  İşe yeni başlayan her personelin, FR-17 İşbaşı Eğitim Oryantasyon Formu (01.02.2016 Rev:0) ile oryante edildiği görüldü.  Örnek:  İşe giriş tarihi; 01.09.2020 Erman ÖZEL ve  İşe giriş tarihi; 17.08.2020 Halil ÖZEMİR  Eğitim faaliyetleri için, PR-12 Eğitim Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) uygulandığı tespit edildi.  EYS’ nin sürekliliğinin sağlanması ve geliştirilmesi amacıyla ilgili tüm personelin, çeşitli eğitimlere katılmalarının sağlandığı görüldü. Bu amaçla, eğitim ihtiyaçlarının, FR-06 Eğitim Talep Formu (01.02.2016 Rev:0) ile belirlendiği ve DD-13 Yıllık Eğitim Planı (2020) oluşturulduğu görüldü.  Planlamış eğitimlerden, gerçekleştirilenler incelendi.  CANADA GREEN GATE içerisinde yapılan eğitimlerde, FR-38 Eğitim Katılım Formu (01.02.2016 Rev:0) ile eğitime katılanların ve eğitimcinin imzasının alındığı görüldü.  CANADA GREEN GATE dışında gerçekleşen eğitimlerde, eğitim veren kurum ve/veya kişiden eğitim katılım belgesi alındığı görüldü.  Uygunsuzluk: #6-Majör  Personelin, ihtiyaç duyulan yetkinliği kazanması için uygulanacağı belirlenen eğitim faaliyetlerin etkin olarak gerçekleştirilmediği tespit edildi.  Örnek:   * **Personel için gerekli yetkinliğin etkin olarak belirlenmemesi (3 yıl tecrübe kriteri konulmuş 1 yıl tecrübeli personel işe alınmış)** * **Eğitim faaliyetleri ile yetkinliğin kanıtı olan kayıtların tutulmaması**   Eğitimlerin etkinliğinin değerlendirilmemesi |
| 7.3 | Farkındalık  Kuruluş, kontrolü altında çalışan kişilerin aşağıdaki hususların farkında olduğunu güvence altına almış mı?  a) Çevre politikası,  b) Önemli çevre boyutları ve kendi işlerinde, önemli çevre boyutları ile ilgili oluşan veya potansiyel çevresel etkileri,  c) Geliştirilmiş çevre performansın faydaları dâhil, kendilerinin çevre yönetim sisteminin etkinliğine etkileri,  d) Kuruluşun uygunluk yükümlülüklerini yerine getirememesi dâhil, çevre yönetim sistemi gerekliliklerinin yerine getirilmemesine müdahil olmaları. | Çalışanların farkındalığının eğitimler, toplantılar ve bu amaçla oluşturulmuş dokümanlar ile sağlandığı görüldü.    Çalışanların EYS politikası il ilgili bilgisi olduğu görüşülen personel ile teyit edildi.  Ayrıca çalışanların, kendilerinin yönetim sisteminin etkinliğine etkileri ve yönetim sistemi şartlarının yerine getirilmemesine müdahil olmaları konularında bilgilerinin olduğu da teyit edildi.  Politikanın; Denetim esnasında görüşülen Muharrem ÇELİKER, İsmail DEMİR ve Gençer BELLUR’ un politikaya hâkim olduğu görüldü. |
| 7.4 | İletişim  7.4.1 Genel  Kuruluş; aşağıdaki hususlar dâhil, iç ve dış iletişim için gerekli olan proses/prosesleri oluşturmuş mu? Uyguluyor ve sürekliliği sağlıyor mu?  a) Neyle ilgili iletişim kuracağını,  b) Ne zaman iletişim kuracağını,  c) Kiminle iletişim kuracağını,  d) Nasıl iletişim kuracağını.  İletişim prosesi/prosesleri oluştururken, kuruluş:   * Uygunluk yükümlülüklerini dikkate almış mı? * İletişimde kullanılan bilginin çevre yönetim sisteminden üretilen bilgi ile uyumlu ve güvenilir olduğunu güvence altına almış mı?   Kuruluş, çevre yönetim sistemi ile ilgili iletişimlere cevap verebiliyor mu?  Kuruluş, iletişimin kanıtı olarak dokümante edilmiş bilgiyi uygun şekilde saklıyor mu?  7.4.2 İç iletişim  Kuruluş:  a) Çevre yönetim sistemi ile ilgili değişiklikler dâhil, çevre yönetim sistemi ile ilgili bilgileri, kuruluşun farklı seviyelerinde ve fonksiyonlarında uygun şekilde paylaşıyor mu?  b) İletişim proses/proseslerinin, kuruluşun kontrolü altında çalışan kişilerin sürekli iyileştirmeye katkı sağlamasına yardımcı olmasını güvence altına almış mı?  7.4.3 Dış iletişim  Kuruluş; çevre yönetim sistemi ile ilgili bilgileri, oluşturulmuş iletişim prosesi/proseslerinde yer aldığı gibi, uygunluk yükümlülüklerinde belirtildiği gibi dışarı ile paylaşmış mı? | Aşağıdaki hususlar dahil olmak üzere yönetim sistemi ile ilgili gerekli olan iç ve dış iletişimlerin, PR-14 İletişim Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) , PL.15 İletişim Planı (01.02.2016 Rev:0) ve DD-23 İletişim Listesi (01.02.2016 Rev:0) nde belirlenmiş olduğu görüldü:  a) Neyle ilgili iletişim kuracağını, b) Ne zaman iletişim kuracağını, c) Kiminle iletişim kuracağını, d) Nasıl iletişim kuracağını, e) Kimin iletişim kuracağını  Örnek: 16.01.2019 tarihli OSB yönetimi ile yapılan atık su deşarj izni ile ilgili yazışma incelendi. |
| 7.5\* 7.5.1 | Dokümante edilmiş bilgi  Genel  Kuruluşun çevre yönetim sistemi aşağıdakileri içeriyor mu?  a) ISO 14001 standardında istenen dokümante edilmiş bilgileri,  b) Kuruluş tarafından, çevre yönetim sisteminin etkinliğini arttırmak için belirlenen dokümante edilmiş bilgileri. | Dokümante edilmiş bilgilerin kontrolü için, PR-01 Dokümanların Kontrolü Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) oluşturulduğu görüldü.  EEK Entegre El Kitabı (02.01.2020 Rev:1) nda, yönetim sisteminin;   * Entegre El Kitabı * Prosedürler * Prosesler * Talimatlar * Akış Şemaları * Tablolar * Planlar * Listeler * Formlar * Destek Dokümanlar   içerdiğinin belirlendiği görüldü. |
| 7.5.2 | Oluşturma ve güncelleme  Kuruluş; dokümante edilmiş bilgileri oluştururken ve güncellerken aşağıdakileri uygun şekilde güvence altına almış mı?  a) Tanımlama ve açıklama (örneğin, başlık, tarih, yazar veya referans numarası),  b) Format (örneğin, dil, yazılım sürümü, grafikler) ve ortam (örneğin, kâğıt, elektronik),  c) Uygunluk ve doğruluk için gözden geçirme ve onay. | PR-01 Dokümanların Kontrolü Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) nde, dokümante edilmiş bilgilerden dokümanların, Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi tarafından veya yeterli bilgiye sahip kişi tarafından hazırlanacağı ve Genel Müdür tarafından onaylanacağının tanımlandığı görüldü.  Dokümanların güncelliğinin, FR-01 Doküman Listesi Kayıtları ve Dağıtım Formu (01.02.2016 Rev:0) ile takip edildiği görüldü. |
| 7.5.3 | Dokümante edilmiş bilginin kontrolü  Çevre yönetim sistemi ve ISO 14001 standardı tarafından istenen dokümante edilmiş bilgi, aşağıdakileri güvence altına almak için kontrol edilmiş mi?  a) Nerede ve ne zaman istenirse, kullanım için varlığı ve uygunluğu,  b) Uygun şekilde korunduğu (örneğin, gizliliğin kaybolmasından, uygun olmayan kullanım veya bütünlüğün bozulması).  Dokümante edilmiş bilgi için, kuruluş aşağıdaki faaliyetlerden uygulanabilir olanları belirlemiş mi?  - Dağıtım, erişim, tekrar erişim ve kullanım,  - Niteliğinin korunması dâhil, arşivleme ve korunması,  - Değişikliklerin kontrolü (örneğin, sürüm kontrolü),  - Muhafaza ve elden çıkarma.  Kuruluş tarafından çevre yönetim sisteminin planlanması ve işletimi için gerekli olduğu belirlenen dış kaynaklı dokümante edilmiş bilgi, uygun şekilde tanımlanmış ve kontrol ediliyor mu? | Dokümanların kullanım için varlığı ve uygunluğu için dağıtımlarının elektronik yolla yapıldığı görüldü.  Tutulan kayıtların ilgili klasörlerde veya bilgisayar ortamında muhafaza edildiği görüldü.  Kayıtların saklama süreleri ve sorumlularının, FR-01 Doküman Listesi Kayıtları ve Dağıtım Formu (01.02.2016 Rev:0) nda tanımlandığı görüldü.  Saklama süresi sona eren kayıtların, ilgili bölüm sorumlusu veya Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisinin kontrolünde arşive kaldırıldığı veya imha edildiği teyit edildi.  Elektronik ortamda bulunan tüm doküman ve kayıtların, uygun yedeklemeler yapılarak, güvenli şekilde saklandığı görüldü.  Dış kaynaklı dokümante edilmiş bilgilerin güncelliğinin, DD-14 Dış Kaynaklı Doküman Listesi (16.07.2020 Rev:1) ile izlendiği görüldü.  Dış kaynaklı dokümante edilmiş bilgilerin güncelliğinin, Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi tarafından takip edildiği teyit edildi. |
| 8 8.1\* | OPERASYON  Operasyonel planlama ve kontrol  Kuruluş, çevre yönetim sistemi gerekliliklerini karşılamak ve Madde 6.1 ve Madde 6.2’de tanımlanan faaliyetleri gerçekleştirmek için ihtiyaç duyulan prosesleri oluşturmuş mu? Uyguluyor mu? Kontrol ederek sürekliliğini aşağıdakiler ile sağlıyor mu?  - Proses/ prosesler için operasyonel kriterler oluşturarak,  - Operasyonel kriterlere uygun şekilde, proses/ proseslerin kontrolünü yaparak.  Kuruluş planlı değişikleri kontrol ediyor mu? Gerektiğinde olumsuz etkilerini azaltacak faaliyetleri gerçekleştirerek istenmeyen değişikliklerin sonuçlarını gözden geçiriyor mu?  Kuruluş, dışarıya yaptırdığı proseslerin kontrol edildiği veya yönlendirildiğini güvence altına almış mı? Proses/ proseslere uygulanacak kontrol veya yönlendirmenin tipi ve kapsamı çevre yönetim sistemi içerisinde tanımlanmış mı?  Yaşam döngüsü bakış açısı ile uyumlu olarak, kuruluş:  a) Her bir yaşam döngüsü aşamasını değerlendirerek, ürün veya hizmet için proseslerin tasarımı ve geliştirmesi esnasında, çevre şart/gerekliliklerinin tanımlandığını güvence altına almak için uygun kontrolleri oluşturmuş mu?  b) Ürün ve hizmetlerin alımı için uygun çevre şart/gerekliliklerini belirlemiş mi?  c) Uygun çevre şart/gerekliliklerini, taşeronları dâhil tedarikçileri ile paylaşılmış mı?  d) Ürün ve hizmetlerinin; taşınması ve sevkiyatı, kullanımı, yaşam sonu işlemi ve elden çıkarılması ile ilgili potansiyel önemli çevresel etkileri konusunda bilgi sağlamaya olan ihtiyacını değerlendirmiş mi?  Kuruluş, proseslerin planlandığı şekilde yapıldığını güvence altına almak için ihtiyaç duyacağı kapsamda dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza ediyor mu? | Atık yönetimi için, PR-15 Atık Yönetimi Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) uygulandığı görüldü. Atıklar, Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi tarafından, nihai bertaraf için, FR-107 Atık Teslim Formu (01.02.2016 Rev: 0) ve FR-100 Yıllık Atık Faaliyet Formu (01.02.2016 Rev: 0) ile izlendiği ve lisanslı kuruluşlar vasıtasıyla bertarafın gerçekleştirildiği görüldü.  Örnek:  1- Tarih: 03.01.2020  Atık Adı: Kağıt  Miktar: 1000 kg  Bertaraf: CORUK HURDA AMBALAJ LTD.ŞTİ.  2- Tarih: 10.04.2020  Atık Adı: Tehlikeli Atık  Oluşan Miktar: 750 KG  Atıkların Verildiği Geri Kazanım Kuruluşu: ITC ADANA  Kimyasal kullanımı için, PL.04 Endüstriyel Atık Yönetim Planı (01.02.2016 Rev:0) uygulandığı görüldü. Kimyasallar için MSDS’ lerin, Satınalma Birimi tarafından temin edildiği ve Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisine iletildiği görüldü.  Yaşam döngüsü bakış açısı ile uygun kontrollerin oluşturulduğu görüldü. Yaşam döngüsünü girdileri ve ürün/hizmet çıktısına kadar değerlendirildiği PL.07 Yaşam Döngüsü Planı (01.02.2016 Rev: 0) görüldü.  Örnek:  FR-100 Yıllık Atık Faaliyet Formu (01.02.2016 Rev: 0) ile bertaraf izleme yapılmaktadır.    Uygun çevre şartlarını, taşeronları dâhil tedarikçileri ile sözleşmeler yapılmak suretiyle paylaşıldığı görüldü.  Ürün/hizmetlerinin; taşınması ve sevkiyatı, kullanımı, yaşam sonu işlemi ve elden çıkarılması ile ilgili potansiyel önemli çevresel etkileri konusunda bilgi sağlama ihtiyacı olmadığı teyit edildi.  Uygunsuzluk #9 Major:  1. PL.08 Çevre Boyutları Analizinde, çevre boyutu olarak tanımlanan ambalaj atıklarının kontrol faaliyeti için belirtilen Geçici Tehlikesiz Atık Depolama alanının Atık Yönetimi Yönetmeliğinin tanımlamış olduğu özellikleri karşılayamadığı tespit edildi.  2.PL.08 Çevre Boyutları Analizinde çevre boyutu olarak değerlendirilen atık su için kurulan pH kontrol ünitesinin kimyasal tanklarının zeminle bağlantısının kesilmediği tespit edildi.  3.PL.07 Yaşam Döngüsü planı içerisinde Depolama Prosesi dâhilinde bulunan tehlikeli maddelerin nasıl değerlendirildiği ve yönetildiğinin tanımlanmadığı görüldü.  Uygunsuzluk:  Dışarıdan sağlanan proses, ürün ve hizmetlerin şartlara uygun olmasını sağlamak ve dış sağlayıcıları değerlendirmek, seçmek, performanslarını izlemek ve yeniden değerlendirmek için kriterler belirlenmediği ve uygulanmadığı tespit edildi (ISO 9001:2015 madde 8.4’ de ele alınmıştır) |
| 8.2\* | Acil duruma hazır olma ve müdahale  Kuruluş, Madde 6.1.1’de tanımlanan muhtemel acil durumlara hazırlık ve bunlara nasıl müdahale edeceği ile ilgili gerekli prosedür/prosedürleri oluşturmuş mu? Uyguluyor mu? ve sürekliliğini sağlıyor mu?  Kuruluş:  a) Acil durumlardan kaynaklanan olumsuz çevresel etkileri önlemek veya azaltmak için faaliyetleri planlayarak müdahaleye hazırlanmış mı?  b) Gerçek acil durumlara müdahale ediyor mu?  c) Acil durum sonuçlarını önlemek veya etkisini azaltmak için acil durumun büyüklüğüne ve muhtemel çevresel etkilerine uygun faaliyetleri gerçekleştiriliyor mu?  d) Planlanan müdahale faaliyetlerini belirli aralıklarla test ediliyor mu? (Uygulanabilir olanları),  e) Proses/prosesler ve planlanan müdahale faaliyetlerini, (özellikle acil durumların oluşması ve testlerden sonra) belirli aralıklarla gözden geçiriyor ve revize ediyor mu?  f) İlgili uygun taraflara, kendi kontrolü altında çalışan kişiler dâhil, uygun şekilde, acil duruma hazır olma ve müdahale ile ilgili gerekli bilgi ve eğitimi sağlıyor mu?  Kuruluş, proseslerin planlandığı şekilde yapıldığını güvence altına almak için ihtiyaç duyacağı kapsamda dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza ediyor mu? | Acil duruma hazır olma ve müdahale için, PR-26 Acil Durum Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) oluşturulduğu görüldü.  Acil durumlar ve bunlara müdahale için, PL.05 Çevre Acil Durum Planı (16.07.2020 Rev: 1) oluşturulduğu, olası acil durumlar, bunlara müdahale yöntemleri ve sorumluların belirlendiği görüldü.  Acil durumlarda iletişim için, DD-22 Acil Durum İletişim Listesi (16.07.2020 Rev: 1) oluşturulduğu görüldü.  15.05.2020 tarihinde tatbikat yapıldığı ve tatbikata toplam 5 personel katıldığı görüldü. Tatbikat sonrasında, FR-113 Çevresel Tatbikat Formu (2020) oluşturulduğu görüldü.  Uygunsuzluk #10 Major  Çevresel acil durumlarda nasıl hareket edilmesi ve ne yapılması ile ilgili personelin eğitim almadığı ve kayıtlarının olmadığı tespit edildi.  15.05.2020 tarihinde yapılan çevre tatbikatında kullanılan tehlikeli maddenin özelliklerinin tatbikat tanımı içerisinde belirtilmediği tespit edildi. Tatbikatın etkin olarak yapılamadığı görüldü. |
| 9 9.1 9.1.1 | PERFORMANS DEĞERLENDİRME  İzleme, ölçme, analiz ve değerlendirme  Genel  Kuruluş; çevre performansını izlemekte, ölçmekte, analiz etmekte ve değerlendirmekte midir? Kuruluş aşağıdakileri tayin ediyor mu?  a) Neyin izlenmesi ve ölçülmesi gerektiğini,  b) Uygulanabildiğinde, geçerli sonuçları güvence altına almak amacıyla izleme, ölçme, analiz ve değerlendirme yöntemlerini,  c) Kuruluşun çevre performansını neye göre değerlendireceğini gösteren kriterler ve uygun göstergeleri,  d) İzleme ve ölçmenin ne zaman gerçekleştirilmesi gerektiğini,  e) İzleme ve ölçme sonuçlarının ne zaman analiz edilmesi ve değerlendirilmesi gerektiğini.  Kuruluş; kalibrasyonu yapılmış veya doğrulanmış, izleme ve ölçme Makina ve teçhizatının kullanıldığını ve sürekliliğinin sağlandığını uygun şekilde güvence altına almış mı?  Kuruluş, çevre performansını ve çevre yönetim sisteminin etkinliğini değerlendiriyor mu?  Kuruluş, iletişim proses/proseslerinde tanımlandığı ve uygunluk yükümlülüklerinde istenen şekilde ilgili çevre performans bilgisini kuruluş içinde ve dışında paylaşmış mı?  Kuruluş; izleme, ölçme, analiz ve değerlendirme sonuçlarının kanıtı olarak, uygun dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza ediyor mu? | Performans izleme, ölçme, analiz etme ve değerlendirme için, aşağıdakileri içeren, PL.16 Performans İzleme ve Ölçme Planı (01.02.2016 Rev:0) oluşturulduğu görüldü:  a) Neyin izlenmesi ve ölçülmesi gerektiği,  b) İzleme, ölçme, analiz ve değerlendirme yöntemleri,  c) Performansın neye göre değerlendireceğini gösteren kriterler ve uygun göstergeler,  d) İzleme ve ölçmenin ne zaman gerçekleştirilmesi gerektiği,  e) İzleme ve ölçme sonuçlarının ne zaman analiz edilmesi ve değerlendirilmesi gerektiği.  PL.06 Performans İzleme ve Ölçme Planı (01.02.2016 Rev:0)  Toplam 6 konuda planlama yapılmıştır.  FR-119 Doğal Kaynak Tüketim Takip Formu (01.02.2016 Rev:0) ile kaynakların tüketimin değerlendirilmesi yapıldığı görüldü.  Örnek:  No:1  Aktivite: Elektrik tüketiminin takip edilmesi, Eylül: 32260 kwh, Ekim: 31160 kwh  Kontrol: Elektrik  Parametre: kwh  Periyot: Aylık  İzleme Sorumlusu: Bakım-Onarım Sorumlusu  No:3  Konu: Su Tüketimi  Aktivite: Su tüketiminin takip edilmesi  Ağustos: 2110 m3, Eylül: 1650 m3  Periyot: Aylık  İzleme Sorumlusu: Bakım-Onarım Sorumlusu |
| 9.1.2\* | Uygunluğun değerlendirilmesi  Kuruluş, uygunluk yükümlülüklerinin yerine getirildiğini değerlendirmek için gerekli olan proses/ prosesleri oluşturmuş mu? Uyguluyor ve sürekliliğini sağlıyor mu?  Kuruluş;  a) Uygunluğun değerlendirme sıklığını tayin etmiş mi?  b) Uygunluğu değerlendirmiş ve gerektiğinde faaliyetleri gerçekleştirmiş mi?  c) Bilgi sağlamak ve uygunluk durumunu anlamayı sürdürüyor mu?  Kuruluş; uygunluk değerlendirmenin kanıtı olarak, uygun dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza ediyor mu? | CANADA GREEN GATE’ de, uygunluk değerlendirmeler; PR-16 Uygunluk Yükümlülükleri Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) ve DD-27 Çevre Mevzuat Takip Listesi (01.02.2016 Rev:0) nde tanımlanan yasal şartlara uygunluğa göre Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi tarafından 3 aylık periyotlar ile yapılmakta olup, uygunluk sağlanması durumunda uygun yazılmakta, uygunluğun sağlanmaması durumunda düzeltici faaliyet başlatılmakta olduğu görüldü.  Son uygunluk değerlendirme tarihi: 19.10.2020  Şartlara uygun olmayan her hangi bir durum mevcut olmadığı görüldü.  Örnek:  Resmi Gazete No: 30283  Yayınlayan Kurum: Çevre ve Şehircilik Bakanlığı  Doküman Adı: Ambalaj Atıklarının Kontrolü Yönetmeliği  Yayın Tarihi: 27.12.2017  Takip Sorumlusu: Y.T.  Takip Periyodu: Aylık-İnternet  Sorumluluklar: Atıkların bertarafının doğru yapılması  Mevcut Durum: Takibi yapılmaktadır.  Değerlendirme Tarihi: 19.10.2020  Uygunsuzluk: #11 Major  DD.27 Çevre mevzuatları takip listesinde kuruluşun beyan ettiği Atıkların Düzenli Depolanmasına dair Yönetmeliği ile ilgili kuruluşun uymakla yükümlü olduğu yönetmelik maddesinin yönetmelik içerisinde tanımlı olmadığı, yönetmelik ile belirtilen maddenin uyuşmadığı tespit edildi. |
| 9.2\* | İç denetim  9.2.1 Genel  Kuruluş, çevre yönetim sisteminin aşağıdakilerle ilgili durumunu belirlemek için planlanan aralıklarla iç denetimler yapıyor mu?  a) Aşağıdakilere uygunluğu:  1) Kuruluşun çevre yönetim sistemi için gerekliliklere,  2) Standardın gerekliliklerine.  b) Etkili bir şekilde uygulandığı ve sürekliliğinin sağlandığı.  9.2.2 İç denetim programı  Kuruluş; sıklık, yöntem, sorumluluk, planlama gereklilikleri ve iç denetim raporlamasını içeren iç denetim programı/ programları oluşturmuş ve sürekliliğini sağlıyor mu?  İç denetim programı oluşturulurken, kuruluş; söz konusu proseslerin çevresel önemini, kuruluşu etkileyen değişiklikleri ve önceki denetim sonuçlarını dikkate alıyor mu?  Kuruluş:  a) Her bir denetim için, denetim kriterlerini ve kapsamını tanımlamış mı?  b) Denetim prosesinin objektifliği ve tarafsızlığını güvence altına almak için denetçileri seçmiş ve denetimi gerçekleştirmiş mi?  c) Denetim sonuçlarının ilgili yönetime rapor edilmesini güvence altına almış mı?  Kuruluş; denetim programının gerçekleştirilmesi ve denetim sonuçlarının kanıtı olarak, dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza ediyor mu? | PR-03 İç Denetim Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) uygulandığı görüldü.  İç denetimler için, DD-07 İç Denetim Planı (2020) oluşturulduğu görüldü.  İç denetim planı doğrultusunda, iç denetimlerin,  01-03.06.2020 tarihlerinde yapılmış olduğu görüldü.  İç denetimlerin, Ahmed Ali BURHANUDIN, Ahmet Can GÖKÇE, Mustafa YEŞİLYURT ve Abdulahad KHORAM tarafından gerçekleştirildiği görüldü. 4 kişinin de prosedürleri uyarınca, entegre yönetim sistemleri ve iç denetim konularında eğitim almış olduğu görüldü.  Denetçilerin, denetim yapılan fonksiyonlardan bağımsız olmaları gözetilerek görevlendirildikleri görüldü.  İç denetimlerin, DD-08 İç Denetim Soru Listesi (02.01.2020 Rev:1) kullanılarak yapıldığı görüldü.  İç denetimler sonrasında, FR-115 İç Denetim Raporu (01.02.2016 Rev:0) oluşturulduğu görüldü.  İç denetimlerde, 1 adet uygunsuzluk bulunduğu görüldü.  Uygunsuzluk: #4-Minör  2020 iç denetimlerinin planlandığı ve gerçekleştirildiği görüldü. Ancak, iç denetimlerin etkin olarak gerçekleştirilmediği ve gerçekleştirmeye ilişkin kayıtların oluşturulmadığı tespit edildi.  Örnek:  9 departmanda 4 ayrı iç denetçinin görev aldığı ve ayrı ekipler oluşturularak yapılan iç denetimler için, ortak 1 tane İç Denetim Soru Formu oluşturulması |
| 9.3\* | Yönetimin gözden geçirmesi  Kuruluşun üst yönetimi, planlanan aralıklarla, çevre yönetim sisteminin, uygunluğu, yeterliliği ve etkinliğinin sürekliliğini güvence altına almak amacıyla gözden geçiriyor mu?  Yönetimin gözden geçirmesinde, aşağıdaki hususlar değerlendiriliyor mu?  a) Önceden yapılan yönetimin gözden geçirmeleri sonucunda yapılan faaliyetlerin durumu,  b) Aşağıdakilerle ilgili değişiklikler:  1) Çevre yönetim sistemi ile ilgili iç ve dış hususlar,  2) İlgili tarafların, uygunluk yükümlülükleri dâhil ihtiyaç ve beklentileri,  3) Önemli çevre boyutları,  4) Risk ve fırsatlar.  c) Çevre hedeflerine ne dereceye kadar ulaşıldığı,  d) Aşağıdakilerle ilgili eğilimler dâhil, kuruluşun çevre performansı ile ilgili bilgi:  1) Uygunsuzluklar ve düzeltici faaliyetler,  2) İzleme ve ölçme sonuçları,  3) Uygunluk yükümlülüklerinin yerine getirilme durumu,  4) Denetim sonuçları.  e) Kaynakların yeterliliği,  f) Şikayetler dâhil olmak üzere, ilgili taraflardan gelen bildirim/bildirimler,  g) Sürekli iyileştirmeyle ilgili fırsatlar. | Yönetimin gözden geçirmesi için, PR-06 Yönetimin Gözden Geçirmesi Prosedürü (02.01.2020 Rev:1) nün uygulandığı ve yönetimin gözden geçirmesinin, yılda 1 defa gerçekleştirilmekte olduğu görüldü.  2020 yılı YGG’ nin 15.06.2020 tarihinde gerçekleştirildiği görüldü.  Yönetimin gözden geçirmesi için, FR-07 Toplantı Tutanak Formu oluşturulduğu ve uygulandığı görüldü. Girdilerin, tüm ilgili standardları kapsayacak şekilde 21 başlıkta oluşturulduğu tespit edildi.  Toplantının Genel Müdür, Finans Müdürü, İnsan Kaynakları Müdürü, Ar-Ge Sorumlusu, Üretim Sorumlusu, Satınalma Sorumlusu, İhracat Pazarlama Sorumlusu ve Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi katılımı ile gerçekleştirildiği görüldü.  Toplantı girdileri ve çıktıları incelendi, ilgili standardların şartlarının karşılandığı görüldü. |
| 10\* 10.1 | İYİLEŞTİRME  Genel  Kuruluş, iyileştirme için fırsatları tayin etmiş mi? Çevre yönetim sisteminin amaçlanan çıktılarına erişmek için gerekli faaliyetleri gerçekleştirmiş mi? | CANADA GREEN GATE’ in, iyileştirme için fırsatları belirlemiş ve seçmiş, amaçlanan çıktılara erişmek için gerekli faaliyetleri uygulamakta olduğu görüldü. |
| 10.2 | Uygunsuzluk ve düzeltici faaliyet  Bir uygunsuzluk oluştuğunda, kuruluş:  a) Uygunsuzluğa tepki veriyor mu? Uygulanabildiği şekilde:  1) Uygunsuzluğu kontrol etmek ve düzelmek için faaliyet yapılıyor mu?  2) Sonuçları ile ilgileniliyor mu? (olumsuz çevresel etkilerini azaltmak dâhil).  b) Uygunsuzluğun; tekrar veya başka yerde oluşmaması için, sebeplerini ortadan kaldırmak amacıyla faaliyet ihtiyacının aşağıdakilerle değerlendirilmesi sağlanıyor mu?  1) Uygunsuzluğun gözden geçirilmesi,  2) Uygunsuzluğun sebeplerinin tayini,  3) Benzer uygunsuzlukların varlığı veya potansiyel olarak oluşabileceğinin tayini.  c) İhtiyaç duyulan herhangi bir faaliyetin gerçekleştirilmesi sağlanıyor mu?  d) Gerçekleştirilen düzeltici faaliyetlerin etkinliğinin gözden geçiriliyor mu?  e) Gerektiğinde çevre yönetim sisteminde değişiklik yapılıyor mu?  Düzeltici faaliyet, karşılaşılan uygunsuzluğunun (çevresel etki/ etkileri dâhil) etkisinin önemine uygun olarak mı oluşturulmuş?  Kuruluş, aşağıdakilerin kanıtı olarak dokümante edilmiş bilgileri muhafaza ediyor mu?  - Uygunsuzluğun yapısı ve peşinden gerçekleştirilen faaliyetler,  - Düzeltici faaliyetin sonuçları. | PR-04 Düzeltici Faaliyet Prosedürü (01.02.2026 Rev:0) uygulandığı görüldü.  Düzeltici faaliyet taleplerinin, FR-10 Düzeltici Faaliyet Formu (01.02.2026 Rev:0) ile Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisine iletildiği görüldü.  Başlatılan düzeltici faaliyetlerin, Formu (01.02.2026 Rev:0) ile Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi tarafından takip edildiği görüldü.  2020 yılında, toplam 5 DF açılmış olduğu görüldü. 4 tanesinin kapatılmış, 1 tanesinin de devam ettiği görüldü.  Örnek:  DF/5/2020 numaralı ve 02.06.2020 tespit tarihli “Arıtma Tesisinin Revize Edilmesi” düzeltici faaliyet kaydı incelendi. Düzeltici faaliyetin henüz kapatılmadığı görüldü. |
| 10.3 | Sürekli iyileşme  Kuruluş; çevre performansını geliştirmek için, çevre yönetim sisteminin uygunluğunu, yeterliliğini ve etkinliğini sürekli iyileştiriyor mu? | Yönetim sisteminin uygunluğunu, yeterliliğini ve etkinliğinin, belirlenen iyileştirme için fırsatlarının uygulanması suretiyle sürekli iyileştirildiği görüldü. |

æ/deletecysæ

ædeleteggys18æ

| ISO 22000:2018 | | |
| --- | --- | --- |
| Gereklilikler | | Bulgular |
| 4 4.1\* | KURULUŞUN BAĞLAMI  Kuruluşu ve bağlamını anlama  Kuruluş, amacıyla ilgili ve GGYS’sinin istenen sonucunun/sonuçlarının gerçekleştirilmesine ilişkin kabiliyetini olumsuz etkileyen iç ve dış hususları belirlemiş midir?  Kuruluş, bu dış ve iç hususlar hakkındaki bilgileri tanımlamış, gözden geçirmiş ve güncellemiş midir?  *Kuruluş, iklim değişikliği ile ilgili bir husus olup olmadığını belirlemiş mi?* | CANADA GREEN GATE’ in bağlamının anlaşılması için, entegre yönetim sisteminin amaçlanan sonuçlarına ulaşabilme yeteneğini etkileyen iç ve dış hususlarla ilgili bilgilerin, EEK Entegre El Kitabı (02.01.2020 Rev:1) ve DD-25 İlgili Taraflar Listesi (01.02.2016 Rev:0) nde belirlenmiş olduğu görüldü.  Örnek dış huşular: Yasal, teknolojik, rekabetçi, pazar, kültürel, sosyal ve ekonomik çevrelerden (uluslararası, ulusal, bölgesel ve yerel olabilir) kaynaklanan hususlar  Örnek iç hususlar: Değerler, kültür, bilgiler ve performans  CANADA GREEN GATE’ in, iç ve dış hususlarla ilgili bilgiyi, üst yönetim tarafından, DD-25 İlgili Taraflar Listesi (01.02.2016 Rev:0) ile izlenmekte ve gözden geçirilmekte olduğu görüldü. |
| 4.2\* | İlgili tarafların ihtiyaçlarının ve beklentilerinin anlaşılması  Kuruluş, gıda güvenliğine yönelik geçerli yasal ve düzenleyici gereklilikleri ve müşteri gerekliliklerini karşılayan ürün ve hizmetleri tutarlı şekilde sunma becerisine sahip olmasının sağlanması için kuruluş, aşağıdakileri belirlemiş midir?  a) GGYS ile ilgili taraflar;  b) bu ilgili tarafların ilgili gereklilikleri.  Kuruluş, ilgili taraflar ve gereklilikleri hakkındaki bilgileri tanımlamış, gözden geçirmiş ve güncellemiş midir?  *Not: İlgili tarafların iklim değişikliği ile ilgili gereklilikleri olabilir.* | CANADA GREEN GATE’ in, ilgili taraflar ile ihtiyaç ve beklentilerinin bir başka deyişle şartlarının ve bunlardan hangilerinin uygunluk yükümlülükleri olacağının, DD-25 İlgili Taraflar Listesi (01.02.2016 Rev:0) nde belirlenmiş olduğu görüldü.  Örnek ilgili taraflar: Sağlık Bakanlığı ile yönetim, müşteriler, tedarikçiler, çalışanlar  CANADA GREEN GATE’ in, ilgili taraflar hakkındaki bilgileri ile bu tarafların şartlarını, DD-25 İlgili Taraflar Listesi (01.02.2016 Rev:0) nde belirlediği ve gözden geçirmekte olduğu görüldü. |
| 4.3\* | Gıda güvenliği yönetim sisteminin kapsamının belirlenmesi  Kuruluş, kapsamını oluşturabilmek için GGYS’nin sınırlarını ve uygulanabilirliğini belirlemiş midir?  Kapsamda, GGYS’ye dâhil olan ürün ve hizmetler, prosesler ve üretim sahası/sahaları belirtilmiş midir?  Kapsam, nihai ürünlerinin gıda güvenliği üzerinde etkisi olabilecek etkinlikler, prosesler, ürünler veya hizmetleri içermiş midir?  Bu kapsamı belirlerken kuruluş, aşağıdakileri göz önünde bulundurmuş mudur?  a) 4.1’de belirtilen dış ve iç hususlar;  b) 4.2’de belirtilen gereklilikler.  Kapsam dokümante edilmiş bilgi olarak mevcut mudur? ve sürekliliği sağlanmış mıdır? | CANADA GREEN GATE’ in, kapsamını belirlerken iç ve dış hususlar ile ilgili tarafların şartlarını ve kendisinin ürün ve hizmetlerini dikkate aldığı görüldü.  Kapsam: “Dezenfektan Üretimi” (gıda ile temas eden yüzeyler için dezenfektan)  Yönetim sistemi kapsamının, EEK Entegre El Kitabı (02.01.2020 Rev:1) nda belirlenmiş olduğu görüldü. |
| 4.4 | Gıda güvenliği yönetim sistemi  Kuruluş standardın gerekliliklerine uygun şekilde, ihtiyaç duyulan prosesler ve bu proseslerin etkileşimlerini içeren bir GGYS oluşturmuş, uygulamakta, sürekliliğini sağlamakta, güncellemekte ve sürekli iyileştirmekte midir? | CANADA GREEN GATE’ in, ilgili standardların gereklilikleri uyarınca bir entegre yönetim sistemi oluşturduğu, uyguladığı, sürdürdüğü görüldü.  İhtiyaç duyulan prosesler ve bu proseslerin etkileşimlerinin, DD-19 Prosesler Arası Etkileşim Şeması (01.02.2016 Rev:0) nda belirlediği ve 8 adet prosese oluşturulduğu görüldü.  İhtiyaç duyulan prosesler için;  - Girdiler ile beklenen çıktıları, - Etkili işletim ve kontrolü güvence altına almak için ihtiyaç duyulan kriter ve yöntemleri (izleme, ölçme ve ilgili performans kriterleri dahil), - İhtiyaç duyulan kaynakları,  - Yetki ve sorumlulukları, - Risk ve fırsatları  ilgili proses dokümanlarında belirlediği ve uyguladığı görüldü.  Örnek:  PS.01 Satınalma Prosesi  PS.02 Bakım-Onarım Prosesi  PS.03 Müşteri İlişkileri Prosesi  PS.04 İnsan Kaynakları Prosesi (01.02.2016 Rev: 0)  PS.05 Satış-Pazarlama Prosesi  PS.06 Uygunsuzluk ve Düzeltici Faaliyet Prosesi  PS.07 Genel Üretim Prosesi  PS.08 Tasarım Prosesi |
| 5 5.1 | Liderlik  Liderlik ve taahhüt  Üst yönetim, GGYS açısından liderlik ve taahhüt göstermek amacıyla aşağıdakileri gerçekleştirmekte midir?  a) Gıda güvenliği politikası ve GGYS hedeflerinin oluşturulması ve bunların, kuruluşun stratejik yönü ile uyumlu olmasının sağlanması;  b) GGYS gerekliliklerinin, kuruluşun iş proseslerine entegre olmasının sağlanması;  c) GGYS için gerekli kaynakların mevcut olmasının sağlanması;  d) etkili gıda güvenliği yönetiminin ve GGYS gerekliliklerinin, geçerli yasal ve düzenleyici gerekliliklerin ve gıda güvenliğine ilişkin müşteriyle üzerinde anlaşılan gerekliliklerin öneminin duyurulması;  e) GGYS’nin istenen sonuca/sonuçlara ulaşması için değerlendirilmesinin ve sürekliliğinin sağlanmasının temini;  f) kişilerin, GGYS’nin etkililiğine katkıda bulunmaya yönlendirilmesi ve bu konuda desteklenmesi;  g) sürekli iyileştirmenin teşvik edilmesi;  h) diğer ilgili yönetim pozisyonlarının kendi alanlarında liderliklerini göstermelerine destek olunması; | Genel Müdür Ahmed Ali BURHANUDIN’ in, Afganistan’ da olması ve Covid 19 salgını sebebiyle gelememesi sebebiyle, üst yönetim adına görüşülen Ahmet Can GÖKÇE ‘nin, liderlik ve bağlılığının gösterilmesi açısından sorumluluklarını, söylem ve uygulamaları ile gösterdiği görüldü.  Aralarında İngiltere ve Almanya dahil 68 ülkeye ihracat yapıldığı beyan edildi.  Yapılan görüşmeler esnasında, üst yönetim adına görüşülen Ahmet Can GÖKÇE ‘nin;  - Yönetim sisteminin etkinliği için hesap verilebilirlik,  - Yönetim sistemi şartlarının, kuruluşun iş prosesleri ile entegre olduğunu güvence altına almak,  - Yönetim sisteminin etkinliğine katkı sağlayacak kişilerin, işe alınması, yönlendirilmesi ve desteklenmesi  dahil, genel sorumluluğu üstlendiği görüldü.  Ayrıca, denetim sırasındaki söylem ve yaklaşımları ile üst yönetim adına görüşülen Ahmet Can GÖKÇE ‘nin sistemi sahiplendiği ve EYS’ nin amaçlanan çıktılarını destekleyen bir kültür geliştirmekte, öncülük etmekte ve teşvik etmekte olduğu görüldü. |
| 5.2 | Politika  5.2.1 Gıda güvenliği politikasının oluşturulması  Üst yönetim:  a) kuruluşun amacına ve bağlamına uygun;  b) GGYS hedeflerinin oluşturulması ve gözden geçirilmesi için bir çerçeve sunan;  c) yasal ve düzenleyici gereklilikler ve gıda güvenliğine ilişkin müşteriyle üzerinde anlaşılan gereklilikler dâhil, geçerli gıda güvenliği gerekliliklerinin karşılanmasına yönelik bağlılık gösteren;  d) iç ve dış iletişimi yürüten;  e) GGYS’nin sürekli iyileştirilmesine yönelik bağlılık içeren;  f) gıda güvenliğine ilişkin yetkinliğin sağlanmasına yönelik ihtiyacı ele alan bir gıda güvenliği politikası oluşturmuş, uygulamış ve sürekliliğini sağlamakta mıdır?  5.2.2 Gıda güvenliği politikasının duyurulması  Gıda güvenliği politikası;  a) dokümante edilmiş bilgi olarak mevcut ve sürekliliği sağlanmış mı?  b) kuruluşun her kademesinde duyurulmuş, anlaşılmış ve uygulanmakta mı?  c) ilgili tarafların erişimine uygun şekilde açık mı? | Genel Müdür Ahmed Ali BURHANUDIN tarafından onaylanmış, DD-02 Entegre Şirket Politikası (02.01.2020 Rev:1) görüldü. Politikanın, CANADA GREEN GATE’ in amaç ve bağlamı ile uyumlu olduğu görüldü.  Ayrıca politikanın;  - Uygunluk yükümlülüklerinin yerine getirileceğine dair bir taahhüdü içerdiği,  - Entegre yönetim sisteminin sürekli iyileştirilmesine dair bir taahhüdü içerdiği  - Gıda güvenliğine ilişkin müşteriyle üzerinde anlaşılan gereklilikler dâhil, geçerli gıda güvenliği gerekliliklerinin karşılanmasına yönelik bağlılık gösteren taahhüdü  içerdiği teyit edildi.  CANADA GREEN GATE içerisinde duyurulduğu görüldü.  CANADA GREEN GATE tarafından ilgili tarafların erişimine web sitesinde yayınlanması suretiyle ilgili tarafların erişimine açıldığı/açılmadığı görüldü.  Uygunsuzluk: #1-Minör  Entegre Yönetim Sistemi Politikasının, CANADA GREEN GATE personeline ait bir sosyal medya hesabı üzerinden ilgili tarafların erişimine açıldığı görüldü. Ancak politikanın, ilgili sosyal medya platformunda hesabı olmayan ilgili tarafların erişimine uygun şekilde açık olmadığı tespit edildi. |
| 5.3 | Kurumsal görev, sorumluluk ve yetkiler  5.3.1 Üst yönetim, ilgili görev pozisyonları için sorumlulukların ve yetkilerin atanmasını ve kuruluş içinde duyurulmasını ve anlaşılmasını sağlamış mı?  5.3.2 Üst yönetim, aşağıda belirtilenler için sorumlulukları ve yetkileri atamış mı?  a) GGYS’nin, ISO 22000 standardının gerekliliklerine uygunluğunun sağlanması;  b) GGYS performansı hakkında üst yönetime rapor verilmesi;  c) gıda güvenliği ekibinin ve gıda güvenliği ekip liderinin görevlendirilmesi;  d) faaliyetleri başlatma ve dokümante etme konusunda tanımlanmış sorumluluk ve yetkiye sahip kişilerin atanması.  5.3.3 Gıda güvenliği ekip lideri aşağıdakilerden sorumlu tutulmuş mu?  a) GGYS’nin oluşturulması, uygulanması, sürekliliğinin sağlanması ve güncellenmesi;  b) gıda güvenliği ekibinin işlerinin yönetilmesi ve organize edilmesi;  c) gıda güvenliği ekibi için uygun eğitim ve yetkinliklerin sağlanması (bk. 7.2);  d) GGYS’nin etkililiği ve uygunluğu hakkında üst yönetime rapor verilmesi.  Tüm kişiler, GGYS’ye ilişkin sorunları belirlenmiş kişiye/kişilere bildirmekle sorumlu tutulmuş mudur? | CANADA GREEN GATE’ in organizasyon yapısını tanımlayan, DD-01 Organizasyon Şeması (02.01.2020 Rev:1) görüldü.  İlgili görevler için yetki ve sorumlulukların belirlendiği toplam 34 adet Görev Tanımlarında (GT-01-34 Rev:0); görev, sorumluluklar, as-üst ilişkisi, vekalet durumlarının belirlenmiş olduğu görüldü.  Tüm personelin, GGYS ile ilgili sorunları belirlenen kişi ye (Gıda Güvenliği Ekip Lideri) bildirmekle sorumlu olduğu görev tanımlarında görülmüştür.  Örnek:  GT-32 Gıda Güvenliği Ekibi, GT- 31 Gıda Güvenliği Ekip Lideri, GT- 19 Üretim Sorumlusu Görev Tanımları görüldü.  DD-24 Gıda Güvenliği Ekip Listesi kriterleri incelendi.02.01.2020 tarihli atama yazısı görüldü. Ahmet Can GÖKÇE, Turgay Mete COŞKAN, M .Burkay KILAVUZ ve Gençer BELLUR GGE (Gıda Güvenliği Ekibi) olarak atanmış olduğu görüldü.  GT- 31 Gıda Güvenliği Ekip Lideri Görev Tanımı (02.01.2020 Rev:0) nda, aşağıda verilenlerin yer aldığı teyit edildi:  a) GGYS’nin oluşturulması, uygulanması, sürekliliğinin sağlanması ve güncellenmesi;  b) Gıda güvenliği ekibinin işlerinin yönetilmesi ve organize edilmesi;  c) Gıda güvenliği ekibi için uygun eğitim ve yetkinliklerin sağlanması;  d) GGYS’nin etkililiği ve uygunluğu hakkında üst yönetime rapor verilmesi. |
| 6\*  6.1 | Planlama  Riskleri ve fırsatları ele alma faaliyetleri  6.1.1 GGYS için planlama yaparken kuruluş, 4.1’de atıfta bulunulan hususlar ile 4.2 ve 4.3’te atıfta bulunulan gereklilikleri göz önünde bulundurmuş ve aşağıda belirtilen amaçlarla ele alınması gereken riskleri ve fırsatları belirlemiş midir?  a) GGYS’nin beklenen sonuç(lar)a ulaşabileceğine dair güvence verilmesi;  b) istenen etkilerin artırılması;  c) istenmeyen etkilerin önüne geçilmesi veya bunları azaltılması;  d) sürekli iyileştirmenin sağlanması.  6.1.2 Kuruluş aşağıda belirtilenleri planlamış mıdır?  a) riskleri ve fırsatları ele alma faaliyetleri;  b) aşağıda belirtilenlerin yapılış şekli:  1) faaliyetleri GGYS proseslerine entegre ederek uygulama;  2) bu faaliyetlerin etkililiğini değerlendirme.  6.1.3 Riskler ve fırsatları ele almak için kuruluş tarafından yapılacak faaliyetler aşağıdakiler ile orantılı mıdır? :  a) gıda güvenliği gereklilikleri üzerindeki etkisi;  b) gıda ürün ve hizmetlerinin müşterilere uygun olması;  c) ilgili tarafların gıda zincirindeki gereklilikleri. | Kurumsal risk ve fırsatların ele alınması amacıyla, PR.13 Risk ve Fırsat Analizi Prosedürü (02.01.2020 Rev: 1) oluşturulduğu görüldü.  PL.01 Risk ve Fırsat Analiz Planı (02.01.2020 Rev: 1) oluşturularak, kurumsal riskler ve fırsatların belirlendiği ve değerlendirildiği görüldü.  Kurumsal risk ve fırsatların belirlenmesinde; iç ve dış hususların,  İlgili taraflar ve bunların şartlarının ve yönetim sisteminin kapsamının dikkate alındığı teyit edildi.  Örnek: “Tedarikçinin uygun olmayan ürün göndermesi”, “Kalite kontrolün düzgün yapılmaması” vb.  Olasılık; 1,2,3,4,5 olarak puanlanmış. Etki; 1,2,3,4,5 olarak puanlanmış. Risk: Olasılık x Etki: 25 puan Önemsiz Risk: 1,2,3 Düşük Risk: 4,5,6 Orta Risk: 8,9,10,12 Yüksek Risk: 15,16,20 Tolere edilemez Risk:25  Prosedürde belirtildiği üzere, tolere edilemez, yüksek ve orta riskleri ortadan kaldırmak için, faaliyetler başlatılmadığı görüldü.  Uygunsuzluk: #2-Majör  Risk ve fırsat belirleme faaliyetlerinin, etkin olarak gerçekleştirilmediği tespit edildi.  Örnek: PL.01 Risk ve Fırsat Analiz Planı dokümanında;   * **Belirlenen risk ve fırsatların, CANADA GREEN GATE’ in kalite&çevre ve gıda güvenliği yönetim sistemlerinin hangisiyle ilgili olduğunun ayırt edilememesi/belirgin şekilde ele alınmaması**   Risk ve fırsatlar ile ilgili faaliyetleri ilgili yönetim sistem prosesleri içerisine nasıl entegre edileceği, uygulanacağı ve etkinliğini nasıl değerlendirileceğinin dikkate alınmaması |
| 6.2 | Gıda güvenliği yönetim sisteminin hedefleri ve bunlara ulaşmanın planlaması  6.2.1 Kuruluş, ilgili işlevlerde ve düzeylerde GGYS’ye ait hedefleri belirlemiş midir?  GGYS’nin hedefleri aşağıdaki maddelere uygun mudur?  a) gıda güvenliği politikası ile tutarlı olmaktadır;  b) ölçülebilir olmaktadır (uygulanabilir ise);  c) yasal ve düzenleyici gereklilikler ve müşteri gereklilikleri dâhil geçerli gıda güvenliği gerekliliklerini dikkate almaktadır;  d) izlenmekte ve doğrulanmaktadır;  e) bildirilmekte midir?  f) uygun olduğunda sürekliliği sağlanmakta ve güncellenmekte midir?  Kuruluş, GGYS hedeflerine ilişkin dokümante edilmiş bilgileri tutmakta mıdır?  6.2.2 Kuruluş; GGYS hedeflerine nasıl ulaşacağını planlarken aşağıdakileri belirlemiş midir?  a) ne yapılacağı;  b) hangi kaynaklara ihtiyaç duyulacağı;  c) kimin sorumlu olacağı;  d) ne zaman tamamlanacağı;  e) sonuçların nasıl değerlendirileceği. | 2020 yılı için toplam 13 adet hedef belirlendiği, hedefler ve aksiyonlar için, DD-10 Kalite, Çevre ve GGYS Hedefleri (02.01.2020 Rev:1) (15.01.2020 tarihli) oluşturulduğu görüldü.  Hedeflerin, politika ile uyumlu ve ölçülebilir hedefler olarak belirlendiği görüldü.  Örnek:  Hedef: KKN ve OÖGP ölçüm noktalarındaki ölçüm zamanlarına uyum  Aksiyon: Takiplerin yapılıp GGEL' ye rapor edilmesi ve personelin bu konuda uyarılması  Sorumlu: Gıda Güvenliği Ekip Lideri  Kaynak: Kontrol materyalleri ve kontrol cihazları  Planlanan Tarih: Aralık 2020  Hedef: Mikrobiyolojik analiz sayısını artırmak ( el, ekipman, ortam)  Aksiyon: Mikrobiyolojik analiz yapılan laboratuvar ile görüşmeleri sağlamak  Sorumlu: Gıda Güvenliği Ekip Lideri  Kaynak: Laboratuvar firması  Planlanan Tarih: Aralık 2020 |
| 6.3 | Değişiklikleri planlama  Kuruluşun personel değişiklikleri dâhil, GGYS’de değişiklik yapma ihtiyacı belirlemesi durumunda, söz konusu değişiklikler planlı bir şekilde gerçekleştirmiş ve bildirmiş midir?  Kuruluş bu değişiklikleri planlarken aşağıda belirtilenleri göz önünde bulundurmuş mudur?  a) değişikliklerin amacı ve bunların potansiyel sonuçları;  b) GGYS’nin sürekli bütünlüğü;  c) değişikliklerin etkili biçimde uygulanabilmesi için kaynakların mevcudiyeti;  d) sorumlulukların ve yetkilerin tahsisi ve yeniden tahsisi. | Değişikliklerin planlanması için, EEK Entegre El Kitabı (02.01.2020 Rev:1) Bolüm 6.3 uygulandığı görüldü.  Yönetim sisteminde değişiklik ihtiyacı oluştuğunda, yazılı olarak bildirilen konunun ve Üst Yönetimin onayıyla, öngörülen değişikliklerin etkileşim içinde olduğu diğer proseslere olan potansiyel etkiler de göz önüne alınarak, gerekli değişikliklerin uygulamaya konduğu teyit edildi.  Örnek:  23.09.2019 tarihli, Değişiklik Kontrol Formu görüldü/Böyle bir gereklilik olmadığı beyan edildi. |
| 7  7.1  7.1.1 | Destek  Kaynaklar  Genel  Kuruluş; GGYS’nin oluşturulması, uygulanması, sürekliliğinin sağlanması, güncellenmesi ve devamlı geliştirilmesi için gerekli kaynakları belirlemiş ve sağlamış mıdır?  Kuruluş bu kaynakları belirlerken ve sağlarken aşağıda belirtilenleri göz önünde bulundurmuş mudur?  a) mevcut iç kaynakların ve bunlara ilişkin kısıtlamaların durumu;  b) dış kaynaklara olan ihtiyaç. | CANADA GREEN GATE’ in, EYS uygulanması ve sürekli iyileştirilmesi için makina-ekipman, personel-alt yapı-proseslerin işletimi için ortam gibi ihtiyaç duyulan iç ve dış kaynakları belirlediği ve sağladığı görüldü. |
| 7.1.2 | Kişiler  Kuruluş, etkili bir GGYS’nin işletilmesi ve sürekliliğinin sağlanması için gerekli olan kişilerin yetkin kişilerden oluşmasını sağlamış mıdır?  GGYS’nin geliştirilmesi, uygulanması, işletilmesi ve değerlendirilmesi için dış uzmanların yardımından faydalanıldığında, bu dış uzmanların yetkinliğini, sorumluluğunu ve yetkisini tanımlayan sözleşme veya anlaşmaların kanıtları dokümante edilmiş bilgi olarak tutulmuş mudur? | CANADA GREEN GATE’ in, EYS’ nin ve proseslerin etkili şekilde işletilmesi ve kontrolü için gerekli personeli, PS.04 İnsan Kaynakları Prosesi (01.02.2016 Rev: 0) doğrultusunda tayin ve tedarik etmekte olduğu görüldü.  GGYS’ nin uygulanması ve sürekliliğinin sağlanması için gerekli olan kişilerin yetkinliği DD-24 Gıda Güvenliği Ekibi Listesi (02.01.2020 Rev:1) kriterleri ile sağlanmış, bu kriterlere uygun atamalar yapılmıştır.  Örnek: Mehmet Burkay KILAVUZU’ un CV, eğitim ve diğer kayıtların yer aldığı dosyası incelenmiş, kriterleri karşıladığı görülmüştür. |
| 7.1.3 | Altyapı  Kuruluş, GGYS’nin gerekliliklerine uygunluğun sağlanması için gerekli altyapının belirlenmesi, kurulması ve sürekliliğinin sağlanması için ilgili kaynakları temin etmiş midir? | 2020 yılı bakım faaliyetleri için, DD-03 Makina Bakım Planı (2020) oluşturulduğu görüldü.  Bakım periyotlarının, kullanılan makinaların/üretim ekipmanlarının manuel/kılavuzları doğrultusunda belirlendiği ve bakım sonuçlarına göre değiştirilebildiği görüldü.  DD-03 Makina Bakım Planı (2020) nda; Dolum Makinası Shiling Makinası, Etiketleme Makinaları vb. bulunduğu görüldü.  Örnek: Dolum Makinası için, 03.10.2020 tarihinde, FR-114 Makina Bakım Kayıt Formu (01.02.2016 Rev: 0) ile bakım yapıldığı görüldü. Veli BAĞCILAR tarafından gerçekleştirildiği görüldü.  Uygunsuzluk: #12 Minör Kuruluşta, GGYS gerekliliklerine uygun alt yapı eksikleri görüldü. Örnek: 1 - Üretim alanında açıkta su borusunun bulunması 2-Hem üretim hem depolama alanlarında bulunan aydınlatmaların kontrolünün yapılmama 3-Depo yerleşimlerinin düzensiz olması ve depolama faaliyetlerinin etkin olarak uygulanmaması 4-Soyunma odalarında personel dolaplarında temiz-kirli ayırımının olmadığı, personel isimlerinin dolap üzerlerinde doğru yerleştirmediği-olmadığı |
| 7.1.4 | Çalışma ortamı  Kuruluş, GGYS’nin gerekliliklerine uygunluğun sağlanması için gerekli çalışma ortamının kurulması, yönetimi ve sürekliliğinin sağlanması için ilgili kaynakları belirlemiş, temin etmiş ve sürdürmüş müdür? | Psikolojik baskı başta olmak üzere insan haklarını koruyucu hükümler dikkate alınarak, proseslerin işletilmesi ile üretimin uygunluğa erişimi için gerekli sosyal, psikolojik ve fiziksel ortam sağlandığı görüldü.  Çalışma ortamı için, ürün ve hizmetlerin uygunluğa erişimi için gerekli çalışmanın gerçekleştirildiği fiziksel, çevresel ve diğer faktörlerin (örnek; gürültü, sıcaklık, nem, ışıklandırma vb.) belirlendiği ve sağlandığı görüldü. |
| 7.1.5 | Gıda güvenliği yönetim sisteminin dışarıda geliştirilen unsurları  Kuruluş, ÖGP’ler, tehlike analizi ve tehlike kontrol planı dâhil, GGYS’nin dışarıda geliştirilen unsurlarını kullanarak kendi GGYS’sini kurmuş, sürekliliğini sağlamış, güncellemiş ve sürekli olarak iyileştirirken temin edilen aşağıdaki unsurların varlığından emin olmuş mudur?  a) ISO 22000 standardının gerekliliklerine uygun biçimde geliştirildiğinden;  b) kuruluşun sahaları, prosesleri ve ürünlerine uygun olduğundan;  c) kendi prosesleri ve ürünlerine gıda güvenliği ekibi tarafından özel olarak adapte edildiğinden;  d) ISO 22000 standardının gerektirdiği şekilde uygulandığı, sürekliliğinin sağlandığı ve güncellendiğinden;  e) dokümante edilmiş bilgi olarak tutulduğundan | GGYS’ nin, her hangi bir kısmının, dışarıda geliştirilmediği beyan edildi. |
| 7.1.6 | Dışarıdan tedarik edilen proseslerin, ürünlerin veya hizmetlerin kontrolü  Kuruluş dışarıdan proses ya da ürün tedarik ettiğinde aşağıdakileri sağlamış mıdır?  a) proseslerin, ürün ve hizmetlerin dış tedarikçilerinin değerlendirilmesi, seçilmesi, performansının izlenmesi ve tekrar değerlendirilmesi için gerekli kriterleri oluşturmakta ve uygulamakta mıdır?  b) dış tedarikçilere gerekliliklerin yeterli biçimde iletilmesini sağlamakta mıdır?  c) dışarıdan tedarik edilen proseslerin, ürünlerin veya hizmetlerin kuruluşun GGYS’nin gerekliliklerini daimî biçimde yerine getirme becerisini olumsuz etkilememesini sağlamakta mıdır?  d) bu faaliyetlere ve değerlendirmelerin ve yeniden değerlendirmelerin sonucunda gerekli faaliyetlere ait dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza etmekte midir? | Dışarıdan tedarik edilen proses, ürün ve hizmetlerin kontrolü faaliyetlerinin, PR-07 Satınalma ve Tedarikçi Değerlendirme Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) ve PS.01 Satınalma Prosesi (01.02.2016 Rev:0) doğrultusunda yürütüldüğü görüldü.  Örnek:  10.11.2020 tarihli koli satınalma faaliyetleri incelendi.  Dış tedarikçileri, değerlendirme, seçme, performanslarını izleme ve yeniden değerlendirme faaliyetlerinin, PR-07 Satınalma ve Tedarikçi Değerlendirme Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) ve PS.01 Satınalma Prosesi (01.02.2016 Rev:0) doğrultusunda yürütüleceği belirtilmesine rağmen, uygulamanın yapılmadığı tespit edildi.  Tedarikçi seçme, izleme ve yeniden değerlendirme ile ilgili dokümante edilmiş bilgilerinin muhafaza edilmediği tespit edildi.  Örnek:  10.11.2020 tarihli koli satınalma faaliyetleri incelendi.  Uygunsuzluk:  Dışarıdan sağlanan proses, ürün ve hizmetlerin şartlara uygun olmasını sağlamak ve dış sağlayıcıları değerlendirmek, seçmek, performanslarını izlemek ve yeniden değerlendirmek için kriterler belirlenmediği ve uygulanmadığı tespit edildi (ISO 9001:2015 madde 8.4’ de ele alınmıştır) |
| 7.2 | Yetkinlik  Kuruluş:  a) gıda güvenliği performansını ve GGYS’nin etkililiğini etkileyen dış tedarikçiler dâhil olmak üzere kontrolü altında çalışan kişilerin gerekli yetkinliğini belirlemiş midir?  b) gıda güvenliği ekibi ve tehlike kontrol planından işletilmesinden sorumlu olanlar dâhil, bu kişilerin uygun öğrenim, eğitim ve/veya deneyimler bağlamında yetkin olduklarından emin midir?  c) gıda güvenliği ekibinin çok disiplinli bilgiye ve GGYS’yi geliştirme ve uygulamada deneyime birlikte sahip olduğundan emin midir? (GGYS kapsamında kuruluşun ürünler, prosesler, donanım ve gıda güvenliği tehlikeleri dâhil, ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere);  d) uygulanabilir olduğunda, gerekli yetkinliği edinmek için faaliyetlerde bulunmuş ve gerçekleştirilen faaliyetlerin etkililiğini değerlendirmiş midir?  e) yetkinliğin kanıtı olarak uygun dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza etmekte midir? | Personel için yetkinlik kriterlerinin, Görev Tanımlarında belirlendiği ve işe alımlarda bunların dikkate alındığı, özlük dosyalarından incelenerek, teyit edildi.  Örnek;  GT-14 Ar-Ge Sorumlusu ve GT-19 Üretim Sorumlusu, GT-22 Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi Görev Tanımları görüldü.  İşe yeni başlayan her personelin, FR-17 İşbaşı Eğitim Oryantasyon Formu (01.02.2016 Rev:0) ile oryante edildiği görüldü.  Örnek:  İşe giriş tarihi; 01.09.2020 Erman ÖZEL ve  İşe giriş tarihi; 17.08.2020 Halil ÖZEMİR  Eğitim faaliyetleri için, PR-12 Eğitim Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) uygulandığı tespit edildi.  EYS’ nin sürekliliğinin sağlanması ve geliştirilmesi amacıyla ilgili tüm personelin, çeşitli eğitimlere katılmalarının sağlandığı görüldü. Bu amaçla, eğitim ihtiyaçlarının, FR-06 Eğitim Talep Formu (01.02.2016 Rev:0) ile belirlendiği ve DD-13 Yıllık Eğitim Planı (2020) oluşturulduğu görüldü.  Planlamış eğitimlerden, gerçekleştirilenler incelendi.  CANADA GREEN GATE içerisinde yapılan eğitimlerde, FR-38 Eğitim Katılım Formu (01.02.2016 Rev:0) ile eğitime katılanların ve eğitimcinin imzasının alındığı görüldü.  CANADA GREEN GATE dışında gerçekleşen eğitimlerde, eğitim veren kurum ve/veya kişiden eğitim katılım belgesi alındığı görüldü.  Uygunsuzluk: #6-Majör  Personelin, ihtiyaç duyulan yetkinliği kazanması için uygulanacağı belirlenen eğitim faaliyetlerin etkin olarak gerçekleştirilmediği tespit edildi.  Örnek:   * **Personel için gerekli yetkinliğin etkin olarak belirlenmemesi (3 yıl tecrübe kriteri konulmuş 1 yıl tecrübeli personel işe alınmış)** * **Eğitim faaliyetleri ile yetkinliğin kanıtı olan kayıtların tutulmaması**   Eğitimlerin etkinliğinin değerlendirilmemesi |
| 7.3 | Farkındalık  Kuruluş, kuruluşun kontrolünde iş yapan tüm kişilerin, aşağıda belirtilenlere ilişkin farkındalığa sahip olmasını sağlamış mıdır?  a) gıda güvenliği politikası;  b) görevlerine ilişkin GGYS’nin hedefleri;  c) gıda güvenliği performansının iyileştirilmesi dâhil, GGYS’nin etkililiğine bireysel katkıları;  d) GGYS gerekliliklerine uygun olmama göstergeleri. | Çalışanların farkındalığının eğitimler, toplantılar ve bu amaçla oluşturulmuş dokümanlar ile sağlandığı görüldü.    Çalışanların EYS politikası il ilgili bilgisi olduğu görüşülen personel ile teyit edildi.  Ayrıca çalışanların, kendilerinin yönetim sisteminin etkinliğine etkileri ve yönetim sistemi şartlarının yerine getirilmemesine müdahil olmaları konularında bilgilerinin olduğu da teyit edildi.  Politikanın; Denetim esnasında görüşülen Muharrem ÇELİKER, İsmail DEMİR ve Gençer BELLUR’ un politikaya hâkim olduğu görüldü. |
| 7.4  7.4.1 | İletişim  Genel  Kuruluş, aşağıda belirtilenler dâhil, GGYS ile ilgili iç ve dış iletişimleri belirlemiş midir?  a) neyin iletileceği;  b) ne zaman iletileceği;  c) kime iletileceği:  d) nasıl iletileceği;  e) kimin ileteceği.  Kuruluş; etkili iletişim gerekliliğinin, faaliyetleri gıda güvenliği üzerinde etkisi olan tüm personel tarafından anlaşıldığından emin midir? | Aşağıdaki hususlar dahil olmak üzere yönetim sistemi ile ilgili gerekli olan iç ve dış iletişimlerin, PR-14 İletişim Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) , PL.15 İletişim Planı (01.02.2016 Rev:0) ve DD-23 İletişim Listesi (01.02.2016 Rev:0) nde belirlenmiş olduğu görüldü:  a) Neyle ilgili iletişim kuracağını, b) Ne zaman iletişim kuracağını, c) Kiminle iletişim kuracağını, d) Nasıl iletişim kuracağını, e) Kimin iletişim kuracağını  Örnek: 16.01.2019 tarihli OSB yönetimi ile yapılan atık su deşarj izni ile ilgili yazışma incelendi. |
| 7.4.2 | Dış iletişim  Kuruluş harici olarak yeterli bilginin iletildiğinden ve bu bilgilerin gıda zincirindeki ilgili taraflara açık olduğundan emin midir?  Kuruluş aşağıdakiler ile etkili iletişim yolları oluşturmuş, uygulamış ve sürdürmekte midir?  a) dış tedarikçiler ve yükleniciler;  b) aşağıdakilere ilişkin müşteriler ve/veya tüketiciler:  1) ürünün gıda zinciri içerisinde veya tüketici tarafından elleçlenmesi, gösterimi, depolanması, hazırlanması, dağıtımı ve kullanımını sağlamak için gıda güvenliğine ait ürün bilgisi;  2) gıda zincirindeki diğer kuruluşlarca ve/veya müşterilerce kontrol edilmesi gereken tanımlı gıda güvenliği tehlikeleri;  3) tadilleri dâhil olmak üzere, sözleşme düzenlemeleri, teklif istemleri ve siparişler;  4) şikâyetler dâhil müşteri ve/veya müşteri geri bildirimi;  c) yasal ve düzenleyici merciler;  d) GGYS’nin etkililiği veya güncellemesi üzerinden etkisi olan veya bundan etkilenecek olan diğer kuruluşlar.  Belirli kişilerin, gıda güvenliğine dair her tür bilginin dışarı iletilmesinde tanımlı bir sorumluluğu ve yetkisi var mıdır? İlgili durumlarda, dış iletişim yoluyla elde edilen bilgiler yönetim gözden geçirmesi ve GGYS’nin güncellenmesi için girdi olarak eklenmiş midir?  Dış iletişim kanıtı dokümante edilmiş bilgi olarak muhafaza edilmiş midir? | Yönetim sistemi ile ilgili gerekli olan iç ve dış iletişimlerin, PR-14 İletişim Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) , PL.15 İletişim Planı (01.02.2016 Rev:0) ve DD-23 İletişim Listesi (01.02.2016 Rev:0) nde belirlenmiş olduğu görüldü.  Örnek: 16.01.2019 tarihli OSB yönetimi ile yapılan atık su deşarj izni ile ilgili yazışma incelendi. |
| 7.4.3 | İç iletişim  Kuruluş gıda güvenliği üzerinde etkisi olan konuların iletimi için etkili bir sistem kurmuş, uygulamakta ve sürdürmekte midir?  GGYS’nin etkililiğini sürdürmek için, kuruluş gıda güvenliği ekibinin aşağıdakiler konusunda zamanında bilgi sahibi olduğundan emin midir?  a) ürünler veya yeni ürünler;  b) ham maddeler, bileşenler ve hizmetler;  c) üretim sistemleri ve donanım;  d) üretim tesisleri, donanımın yeri ve çevre ortamı;  e) temizlik ve sağlık programları;  f) ambalajlama, depolama ve dağıtım sistemleri;  g) yetkinlikler ve/veya sorumlulukların ve yetkilerin tahsis edilmesi;  h) geçerli yasal ve düzenleyici gereklilikler;  i) gıda güvenliği ve kontrol önlemlerine ilişkin bilgi birikimi;  j) müşteri, sektör ve kuruluşun gözlemlediği diğer gereklilikler;  k) ilgili dış taraflardan gelen teklif istemleri ve iletişimler;  l) nihai ürün ile alakalı gıda güvenliği tehlikelerine işaret eden şikâyetler ve uyarılar;  m) gıda güvenliği üzerinde etkisi olan diğer gereklilikler.  Gıda güvenliği ekibi, GGYS güncellenirken bu bilgilerin dâhil edildiğinden emin midir?  Üst yönetim, ilgili bilgilerin yönetim gözden geçirmesine girdi olarak dâhil edilmesini sağlamakta mıdır? | Yönetim sistemi ile ilgili gerekli olan iç ve dış iletişimlerin, PR-14 İletişim Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) , PL.15 İletişim Planı (01.02.2016 Rev:0) ve DD-23 İletişim Listesi (01.02.2016 Rev:0) nde belirlenmiş olduğu görüldü.  Örnek:  FR-02 İç-Dış Yazışma Formu (01.02.2016 Rev:0) görüldü. (01.08.2020 tarihli yazı ile 08.08.2020 tarihli eğitimin duyurusu) |
| 7.5\*  7.5.1 | Dokümante edilmiş bilgi  Genel  Kuruluşun GGYS’si aşağıdakileri içermekte midir?  a) ISO 22000 standardının gerektirdiği dokümante edilmiş bilgi;  b) GGYS’nin etkililiği için gerekli olan, kuruluşça belirlenen dokümante edilmiş bilgi;  c) yasal, düzenleyici merciler ve müşteri tarafından şart şarttan gıda güvenliği gereklilikleri ve dokümante dilmiş bilgiler. | Dokümante edilmiş bilgilerin kontrolü için, PR-01 Dokümanların Kontrolü Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) oluşturulduğu görüldü.  EEK Entegre El Kitabı (02.01.2020 Rev:1) nda, yönetim sisteminin;   * Entegre El Kitabı * Prosedürler * Prosesler * Talimatlar * Akış Şemaları * Tablolar * Planlar * Listeler * Formlar * Destek Dokümanlar   içerdiğinin belirlendiği görüldü. |
| 7.5.2 | Oluşturma ve güncelleme  Kuruluş, dokümante edilmiş bilgiyi oluştururken ve güncellerken, aşağıdakilerin uygun bir şekilde yapılmasını sağlamış mıdır?  a) tanımlama ve açıklama (ör. bir başlık, tarih, yazar veya referans numarası);  b) biçim (ör. dil, yazılım sürümü, şekiller) ve ortam (ör. kâğıt elektronik ortam);  c) uygunluk ve yeterlilik için gözden geçirme ve onaylama. | PR-01 Dokümanların Kontrolü Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) nde, dokümante edilmiş bilgilerden dokümanların, Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi tarafından veya yeterli bilgiye sahip kişi tarafından hazırlanacağı ve Genel Müdür tarafından onaylanacağının tanımlandığı görüldü.  Dokümanların güncelliğinin, FR-01 Doküman Listesi Kayıtları ve Dağıtım Formu (01.02.2016 Rev:0) ile takip edildiği görüldü.  Uygunsuzluk #13 Minör Kuruluşta, uygulamada olan ama sisteme dahil olmayan formlar olduğu (Ör: Palet Takip Formu), dokümantasyon uygulamalarında kuruluştan bağımsız ifadelerin formlarda yer aldığı (Ör: ÖGP Planı-Veteriner Hekim), tanımlanan bazı formların olmadığı (Üretim Kontrol Formu) görüldü. |
| 7.5.3 | Dokümante edilmiş bilginin kontrolü  7.5.3.1 GGYS’nin ve bu dokümanın gerektirdiği dokümante edilmiş bilgi, aşağıdakileri sağlamak üzere kontrol edilmekte midir?  a) bilginin ihtiyaç duyulduğu yer ve zamanda erişilebilir ve kullanıma uygun olması;  b) bilginin yeterli oranda korunması (ör. gizliliğin kaybı, uygun olmayan kullanım veya bütünlüğün bozulmasına karşı).  7.5.3.2 Dokümante edilmiş bilginin kontrolü için kuruluş, uygulanabilir olduğu ölçüde aşağıdaki faaliyetleri ele almakta mıdır?  a) dağıtım, erişim, geri kazanım ve kullanım;  b) okunaklılığın korunması dâhil olmak üzere depolama ve koruma;  c) değişikliklerin kontrolü (ör. sürüm kontrolü);  d) muhafazası ve elden çıkarılması.  Kuruluşça GGYS’nin planlanması ve işletilmesi için gerekli olduğu tespit edilen dış kaynaklı, dokümante edilmiş bilgi uygun şekilde belirlemekte ve kontrol etmekte midir?  Uygunluğun kanıtı olarak muhafaza edilen dokümante edilmiş bilgiler istenmeyen değişikliklere karşı korunmakta mıdır? | Dokümanların kullanım için varlığı ve uygunluğu için dağıtımlarının elektronik yolla yapıldığı görüldü.  Tutulan kayıtların ilgili klasörlerde veya bilgisayar ortamında muhafaza edildiği görüldü.  Kayıtların saklama süreleri ve sorumlularının, FR-01 Doküman Listesi Kayıtları ve Dağıtım Formu (01.02.2016 Rev:0) nda tanımlandığı görüldü.  Saklama süresi sona eren kayıtların, ilgili bölüm sorumlusu veya Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisinin kontrolünde arşive kaldırıldığı veya imha edildiği teyit edildi.  Elektronik ortamda bulunan tüm doküman ve kayıtların, uygun yedeklemeler yapılarak, güvenli şekilde saklandığı görüldü.  Dış kaynaklı dokümante edilmiş bilgilerin güncelliğinin, DD-14 Dış Kaynaklı Doküman Listesi (16.07.2020 Rev:1) ile izlendiği görüldü.  Dış kaynaklı dokümante edilmiş bilgilerin güncelliğinin, Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi tarafından takip edildiği teyit edildi. |
| 8  8.1\* | Operasyon  Operasyonel planlama ve kontrol  Kuruluş, güvenli ürünlerin elde edilmesi gerekliliklerinin yerine getirilmesi ve 6.1’de belirlenen faaliyetlerin aşağıdakiler yoluyla uygulanması için gerekli prosesleri planlamakta, uygulamakta, kontrol etmekte, sürekliliğini sağlamakta ve güncellemekte midir?  a) prosesler için kriterlerin oluşturulması;  b) kriterlere uygun biçimde proseslerin kontrol edilmesi;  c) proseslerin planlanan şekilde yürütüldüğünü göstermek için gereken ölçüde dokümante edilmiş bilginin muhafazası.  Kuruluş, planlı değişiklikleri kontrol etmekte ve istemsiz değişikliklerin sonuçlarını, olumsuz etkileri uygun biçimde azaltmak için gerektiği şekilde tedbir alarak gözden geçirmekte midir?  Kuruluş, dışarıya verilen proseslerin kontrol edilmesini sağlamakta mıdır? (bk. 7.1.6). | Operasyonel planlama ve kontrol faaliyetleri için, PR-24 Gıda Güvenliği Prosedürü (02.01.2020 Rev:1) PS-07 Genel Üretim Prosesi (01.02.2016 Rev:0) ve ilgili üretim akış şemalarının uygulandığı görüldü.  Bu çerçevede;  - Prosesler için kriterlerin oluşturulduğu;  - Kriterlere uygun biçimde proseslerin kontrol edildiği;  - Proseslerin planlanan şekilde yürütüldüğünü göstermek için gereken ölçüde dokümante edilmiş bilginin muhafaza edildiği, ilgili kayıtların tutulduğu görüldü.  Örnek:  İAŞ-07 Üretim Akış Şemaları (02.01.2020 Rev:1)  Planlı değişiklikleri kontrol etmek ve kontrol dışı değişikliklerin sonuçlarını, olumsuz etkileri uygun biçimde azaltmak için, gerektiği şekilde tedbir alarak gözden geçirmekte olduğu görüldü. |
| 8.2\* | Ön gereksinim programları (ÖGP’ler)  8.2.1 Kuruluş, ürünlerde, ürün işlemesinde ve çalışma ortamında kirleticilerin önlenmesini ve/veya azaltılmasını kolaylaştırmak için (gıda güvenliği tehlikeleri dâhil) ÖGP’ler oluşturmuş, uygulamakta, sürekliliğini sağlamakta ve güncellemekte midir?  8.2.2 ÖGP’ler:  a) Kuruluşa ve gıda güvenliğine dair kuruluş bağlamına uygun mudur?  b) çalışmaların büyüklüğüne ve türüne ve üretilen ve/veya elleçlenen ürünlerin yapısına uygun mudur?  c) gerek genel olarak geçerli programlarda gerekse özel bir ürün veya proses için geçerli programlarda tüm üretim sistemi boyunca uygulanmakta mıdır?  d) gıda güvenliği ekibi tarafından onaylanmış mıdır?  8.2.3 ÖGP’ler seçilirken ve/veya oluşturulurken, kuruluş geçerli yasal, düzenleyici ve müşteri ile birlikte uzlaşılan gerekliliklerin tanımlanmasını sağlamış mıdır?  8.2.4 Kuruluş ÖGP’leri oluştururken ISO 22000 standardının aşağıda belirttiği maddeleri göz önünde bulundurmuş mudur?  a) ISO/TS 22002 serisinin uygulanabilir bölümü;  b) geçerli standardlar, uygulama kuralları ve kılavuzlar.  ÖGP’ler oluşturulurken kuruluş aşağıdakileri göz önünde bulundurmuş mudur?  a) binaların yapılışı, yerleşim planı ve bunlarla ilişkili hizmetler;  b) imar, çalışma alanları ve çalışanlara yönelik tesisler dâhil olmak üzere binaların yerleşimi;  c) hava, su, enerji ve diğer hizmetlerin tedariki;  d) haşere kontrolü, atık ve atık su bertarafı ve destek hizmetleri;  e) temizlik ve bakım için donanımın uygunluğu ve donanıma erişebilirlik;  f) tedarikçi onayı ve güvence prosesleri (ör. ham maddeler, bileşenler, kimyasallar ve ambalajlama);  g) gelen malzemelerin kabulü, ürünlerin depolanması, piyasaya arzı, taşınması ve elleçlenmesi;  h) çapraz bulaşmanın önlenmesi için tedbirler;  i) temizleme ve dezenfeksiyon;  j) kişisel hijyen;  k) ürün bilgisi/tüketici farkındalığı;  l) uygun olduğunda diğerleri.  Dokümante edilmiş bilgiler ÖGP’lerin seçimi, oluşturulması, geçerli izleme ve doğrulamasını içermekte midir? | Ürünlerde, ürün işlemesinde ve çalışma ortamında kirleticilerin önlenmesini ve/veya azaltılmasını kolaylaştırmak için, PL.02 Ön Gereksinim Programı (02.01.2020 Rev:1) ve PL.12 ÖGP Kontrol Planı (02.01.2020 Rev:1) oluşturulduğu ve uygulandığı görüldü.  ÖGP’ lerin, genel olarak ISO 22000:2018 standardının gerekliliklerini içerdiği görüldü.  Uygunsuzluk #14 Minör PL.02 Ön Gereksinim Programı’nın Gıda Güvenliği Ekibi tarafından onaylanmadığı görüldü. |
| 8.3\* | İzlenebilirlik sistemi  İzlenebilirlik sistemi, tedarikçilerden gelen malzemeyi ve nihai ürünün dağıtım rotasının ilk aşamasını benzersiz biçimde tanımlamakta mıdır?  Kuruluş izlenebilirlik sistemini oluşturulurken ve uygulanırken, en azından aşağıdakileri göz önünde bulundurmuş mudur?  a) alınan malzeme, bileşen ve ara ürün partilerinin nihai ürünlerle olan ilişkisi;  b) malzemelerin/ürünlerin yeniden işlenmesi;  c) nihai ürünün dağıtımı.  Kuruluş uygulanabilir yasal, düzenleyici ve müşteri gerekliliklerinin tanımlanmasını sağlamakta mıdır?  İzlenebilirlik sisteminin kanıtı olan dokümante edilmiş bilgiler en az ürünün raf ömrünü içerecek şekilde tanımlanan bir süre boyunca muhafaza edilmekte midir? Kuruluş izlenebilirlik sisteminin etkililiğini doğrulamakta ve denemekte midir? | Ürün/Hizmet tanımlamalarının her bir ürün/hizmet ve proses için oluşturulan PR-21 Tanımlama ve İzlenebilirlik Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) uyarınca sağlandığı görüldü.  Örnek:  Lot No: 34352 ve Lot No: 34133  FR-65 Yarı Mamul İş Emri Formu  FR-15 Yarı Mamul Proses Akışı  FR-33 Yarı Mamul Kalite Kontrol Formu  FR-66 Dolum İş Emri ve Depo Teslim Formu  incelendi. |
| 8.4\* | Acil durumlara hazırlık ve müdahale  8.4.1 Genel  Üst yönetim, kuruluşun gıda zincirindeki göreviyle ilgili olan gıda güvenliğini etkileyebilecek olası acil durumlara veya olaylara müdahale etmek üzere prosedürlerin oluşturulmasını sağlamış mıdır?  Bu gibi durum ve olayları yönetmek üzere dokümante edilmiş bilgi oluşturulmuş ve sürekliliği sağlanmış mıdır?  8.4.2 Acil durumların ve olayların ele alınması  Kuruluş:  a) gerçek acil durumlara ve olaylara aşağıdaki şekilde müdahale etmekte midir?  1) geçerli yasal ve düzenleyici gerekliliklerin tanımlanmasını sağlayarak;  2) iç iletişimle;  3) dış iletişimle (ör. tedarikçiler, müşteriler, ilgili kurumlar, medya);  b) acil durumun veya olayın büyüklüğüne ve gıda güvenliğine olası etkisine uygun olarak acil durumun sonuçlarını azaltacak adımlar atmakta mıdır?  c) uygun olduğu durumlarda prosedürleri periyodik olarak denemekte midir?  d) her türlü olayın, acil durumun veya denemelerin ardından gözden geçirme yapmakta ve gerekli olduğu durumlarda dokümante edilmiş bilgiyi güncellemekte midir? | Gıda güvenliğini etkileyebilecek olası acil durumlara hazırlık ve müdahale faaliyetleri için, PR-26 Acil Durum Prosedürü (02.01.2020 Rev: 1) ve PL.09 Gıda Acil Durum Planı (02.01.2020 Rev: 1) oluşturulduğu ve uygulandığı görüldü.  Uygunsuzluk: #15 Minör Acil durumlara hazırlık ve müdahale faaliyetleri için, acil durum ekiplerinin belirlenmediği ve kuruluş içine iletiminin sağlanmadığı, Gıda Acil Durum Planının GGYS açısından detaylı ve yeterli olmadığı görüldü. Acil durum tatbikat kayıtları görülemedi. |
| 8.5\*  8.5.1  8.5.1.1 | Tehlike kontrolü  Tehlike analizi için uygulanacak ön aşamalar  Genel  Tehlike analizi yapmak için, gıda güvenliği ekibi tarafından önceden dokümante edilmiş bilgiler toplanmakta, bunların sürekliliği sağlanmakta ve güncellenmekte midir? Bu, aşağıdakilerle sınırlı kalmamak üzere, aşağıdakileri içermekte midir?  a) geçerli yasal ve düzenleyici gereklilikler ve müşteri gereklilikleri;  b) kuruluşun ürünleri, prosesleri ve donanımı;  c) GGYS’ye ilişkin gıda güvenliği tehlikeleri. | Tehlike analizi yapmak için, gıda güvenliği ekibi tarafından bilgilerin toplanmakta ve güncellenmekte olduğu görüldü.  Örnek:  PL.10 Tehlike Analizi ve Risk Değerlendirme Planı (02.01.2020 Rev:1) |
| 8.5.1.2\* | Ham maddelerin, bileşenlerin ve ürünle temas eden malzemelerin karakteristikleri  Kuruluş, uygulanabilir tüm yasal ve düzenleyici gıda güvenliği gerekliliklerinin tüm ham maddeler, bileşenler ve ürünle temas eden malzemeler için belirlenmesini sağlamakta mıdır?  Kuruluş, tehlike analizini gerçekleştirmek için (bk. 8.5.2), gerekli olduğu ölçüde, tüm ham maddeler, bileşenler ve ürünle temas eden malzemelere ilişkin dokümante edilmiş bilgilerin sürekliliğini sağlamakta mıdır?  Bu bilgiler, uygun olduğu ölçüde aşağıdakileri içermekte midir?  a) biyolojik, kimyasal ve fiziksel karakteristikler;  b) katkı maddeleri ve prosesleme yardımcıları dâhil, formüle edilmiş bileşenlerin bileşimi;  c) kaynak (ör. hayvan, mineral veya bitki);  d) menşe yeri (orijin);  e) üretim yöntemi;  f) ambalajlama ve dağıtım yöntemi;  g) depolama şartları ve raf ömrü;  h) kullanım veya işlemden önce hazırlama ve/veya elleçleme;  i) kullanım amaçlarına uygun olarak, gıda güvenliğine ilişkin kabul kriterleri veya satın alınan malzemelerin ve bileşenlerin özellikleri. | Uygulanabilir tüm yasal ve düzenleyici gıda güvenliği gerekliliklerinin tüm ham maddeler, bileşenler ve ürünle temas eden malzemeler için FR-125 Hammadde Kimlik Kartı (01.02.2016 Rev:0) ile hammaddelerin biyolojik, kimyasal ve fiziksel özellikleri, menşe, üretim, ambalajlama ve depolama yöntemleri, hazırlık koşulları ve kullanım amaçlarının tanımlandığı görüldü.  FR-125 Hammadde Kimlik Kartı (01.02.2016 Rev:0) nın, ISO 22000:2018 standardının gerekliliklerini karşıladığı görüldü.  Örnek:  Etil Alkol  Benzofenon-4  Caramel Powder |
| 8.5.1.3\* | Nihai ürünlerin karakteristikleri  Kuruluş, uygulanabilir tüm yasal ve düzenleyici gıda güvenliği gerekliliklerinin, üretilmesi amaçlanan tüm nihai ürünler için belirlenmesini sağlamakta mıdır?  Kuruluş, tehlike analizini gerçekleştirmek için (bk. 8.5.2), gerekli olduğu ölçüde, nihai ürünlerin karakteristiklerine ilişkin dokümante edilmiş bilgilerin sürekliliğini sağlamakta mıdır?  Bu bilgiler, uygun olduğu ölçüde aşağıdakilere ilişkin olmakta mıdır?  a) ürün ismi veya benzeri tanımlaması;  b) bileşim;  c) gıda güvenliği ile ilgili biyolojik, kimyasal ve fiziksel karakteristikler;  d) öngörülen raf ömrü ve depolama şartları;  e) ambalajlama;  f) gıda güvenliği ve/veya elleçleme, hazırlama ve amaçlanan kullanım ile ilgili etiketleme;  g) dağıtım ve teslimat yöntemi/yöntemleri. | Uygulanabilir tüm yasal ve düzenleyici gıda güvenliği gerekliliklerinin, üretilmesi amaçlanan tüm nihai ürünler için, FR-87 Ürün Kimlik Kartı (01.02.2016 Rev:0) nın oluşturulduğu ve uygulandığı görüldü.  Uygunsuzluk: #16 Minör Ürünler için hazırlanan Ürün Kimlik Kartlarının GGYS gerekliliklerinin karşılamadığı görüldü. (Bileşim ve özellikleri) |
| 8.5.1.4\* | Amaçlanan kullanım  Amaçlanan kullanım, nihai ürünün makul ölçüde beklenen elleçlenmesi ve amaçlanan haricî kullanımı dâhil, makul ölçüde beklenen yanlış elleçlenmesi ve yanlış kullanımı hariç olacak şekilde göz önünde bulundurulmakta ve amaçlanan kullanıma dair bilginin, tehlike analizini gerçekleştirmek için gerektiği ölçüde, dokümante edilmiş bilgi olarak sürekliliği sağlanmakta mıdır? (bk. 8.5.2).  Uygun olduğu yerlerde, tüketici/kullanıcı grupları her bir ürün için tanımlanmış mıdır?  Belirli gıda güvenliği tehlikelerine karşı özellikle duyarlı olan tüketici/kullanıcı grupları tanımlanmış mıdır? | Nihai ürünün amaçlanan kullanımına dair FR-87 Ürün Kimlik Kartı (01.02.2016 Rev:0) nın oluşturulduğu ve uygulandığı görüldü.    Uygunsuzluk: #17 Minör Nihai ürünler için hazırlanan Ürün Kimlik Kartlarında amaçlanan kullanıma dair bilgilerin yer almadığı görüldü. |
| 8.5.1.5\* | Akış diyagramları ve proseslerin açıklanması  Akış diyagramlarının hazırlanması  Gıda güvenliği ekibi, ürünler veya ürün kategorileri ile GGYS kapsamındaki prosesler için dokümante edilmiş bilgiler olarak akış diyagramları oluşturmuş, bunların sürekliliğini sağlamış ve güncellemiş midir?  Akış diyagramları, prosese dair bir grafiksel gösterim sağlamakta mıdır? Akış diyagramları tehlike analizinin gerçekleştirilmesinde, gıda güvenliği tehlikelerinin meydana gelme, artma, azalma veya ortaya çıkma olasılıklarının değerlendirilmesi için bir dayanak olarak kullanılmış mıdır?  Akış diyagramları, tehlike analizini gerçekleştirmek için gerekli olduğu ölçüde açık, doğru ve yeterli düzeyde ayrıntılı mıdır? Akış diyagramları, uygun olduğu ölçüde, aşağıdakileri içermekte midir?  a) işletimdeki tüm aşamaların sırası ve etkileşimi;  b) dışarıya yaptırılan tüm prosesler;  c) ham maddelerin, bileşenlerin, işleme yardımcılarının, ambalajlama malzemelerinin, yardımcı ürünlerin ve ara ürünlerin akışa dâhil olduğu yerler;  d) yeniden işleme ve geri dönüşümün gerçekleştiği yerler;  e) nihai ürünlerin, ara ürünlerin, yan ürünlerin ve atıkların serbest kaldığı veya uzaklaştırıldığı yerler.  Akış diyagramlarının yerinde onaylanması  Gıda güvenliği ekibi, akış diyagramlarının doğruluğunu yerinde onaylamakta, uygun olduğu yerlerde akış diyagramlarını güncellemekte ve bunları dokümante edilmiş bilgiler olarak muhafaza etmekte midir?  Proseslerin ve proses ortamının açıklanması  Gıda güvenliği ekibi, tehlike analizini gerçekleştirmek için gerekli olduğu ölçüde, aşağıdakileri açıklamakta mıdır?  a) gıdaların ve gıda olmayan maddelerin işlendiği alanları içeren tesis düzeni;  b) proses ekipmanı ve temas eden malzemeler, proses yardımcıları ve malzemelerin akışı;  c) mevcut ÖGP’ler, proses parametreleri, kontrol tedbirleri (varsa) ve/veya bunların uygulanmasındaki katılık, veya gıda güvenliğini etkileyebilen prosedürler;  d) tercihleri ve uygulanan kontrol tedbirlerinin katılığını etkileyebilen (ör. yasal veya düzenleyici makamlar veya müşterilerden kaynaklanan) dış gereklilikler.  Beklenen dönemsel değişikliklerden ve vardiya düzenlerinden kaynaklanan değişiklikler uygun biçimde eklenmekte midir?  Açıklamalar uygun biçimde güncellenmekte ve bunların dokümante edilmiş bilgi olarak sürekliliği sağlanmakta mıdır? | Ürünler veya ürün kategorileri için, İAŞ-07 Üretim Akış Şemaları (01.02.2016 Rev: 0) oluşturulmuş ve uygulandığı görüldü.  İAŞ-07 Üretim Akış Şemaları (01.02.2016 Rev: 0) nın, ISO 22000:2018 standardının şartlarını karşıladığı görüldü.  İAŞ-07 Üretim Akış Şemaları (01.02.2016 Rev: 0) nın, GGYS kapsamındaki prosesler (el dezenfektanı ve yüzey dezenfektanı) için, Gıda Güvenliği Ekibi tarafından yerinde doğrulandığı görülmüştür. |
| 8.5.2\*  8.5.2.1 | Tehlike analizi  Genel  Gıda güvenliği ekibi, kontrol edilmesi gereken tehlikeleri belirlemek için, ön bilgileri temel alarak bir tehlike analizi gerçekleştirmekte midir? Uygulanan kontrolün düzeyi gıda güvenliğini temin etmekte ve uygun olan yerlerde, kontrol tedbirlerinin bir kombinasyonu kullanılmakta mıdır? | Gıda Güvenliği Ekibinin, kontrol edilmesi gereken tehlikeleri belirlemek için, ön bilgileri temel alarak bir tehlike analizi gerçekleştirdiğini içeren, PL.10 Tehlike Analizi ve Risk Değerlendirme Planı (02.01.2020 Rev: 1) oluşturduğu görüldü.  Örnek:  Hammadde giriş; fiziksel tehlike; hammadde içerisinde yabancı madde varlığı nedeniyle ürüne fiziksel kontaminasyon |
| 8.5.2.2\* | Tehlikelerin tanımlanması ve kabul edilebilir düzeylerin belirlenmesi  Kuruluş; ürün tipine, proses türüne, fiili üretim alanlarına ilişkin olarak makul ölçüde ortaya çıkması beklenen tüm gıda güvenliği tehlikelerini tanımlamakta ve dokümante etmekte midir?  Tanımlama, aşağıdakileri esas almakta mıdır?  a) 8.5.1’e uygun olarak toplanan ön bilgi ve veriler;  b) deneyim;  c) mümkün olduğu ölçüde epidemiyolojik, bilimsel ve diğer geçmiş verileri içeren iç ve dış bilgiler;  d) nihai ürünlerin, ara ürünlerin ve tüketim aşamasındaki gıdanın güvenliğine ilişkin gıda güvenliği tehlikeleri konusunda gıda zinciri içerisindeki bilgiler;  e) yasal ve düzenleyici gereklilikler ve müşteri gereklilikleri.  Kuruluş, bir gıda güvenliği tehlikesinin mevcut olabileceği, ortaya çıkabileceği, artış gösterebileceği veya devam edebileceği aşamayı/aşamaları (ör. ham maddelerin alınması, işleme tabi tutulması, dağıtımı ve teslimi) tanımlamış mıdır?  Kuruluş, tehlikeleri tanımlarken aşağıdakileri göz önünde bulundurmakta mıdır?  a) gıda zincirinde önceki veya akabindeki aşamalar;  b) akış diyagramındaki tüm aşamalar;  c) proses donanımı, yardımcı gereklilikler/hizmetler, proses ortamı ve kişiler.  Kuruluş, mümkün olduğu yerlerde, tanımlanan her bir gıda güvenliği tehlikesinin nihai üründeki kabul edilebilir düzeyini belirlemiş midir?  Kuruluş, kabul edilebilir düzeyleri belirlerken aşağıdakileri yapmakta mıdır?  a) uygulanabilir yasal ve düzenleyici gereklilikler ve müşteri gerekliliklerinin tanımlanmasını sağlamakta mıdır?  b) nihai ürünlerin amaçlanan kullanımını göz önünde bulundurmakta mıdır?  c) ilgili tüm diğer bilgileri göz önünde bulundurmakta mıdır?  Kuruluş, kabul edilebilir düzeylerin belirlenmesi ve kabul edilebilir düzeylerin gerekçelerine ilişkin dokümante edilmiş bilgilerin sürekliliğini sağlamakta mıdır? | Ürün tipine, proses türüne, fiili üretim alanlarına ilişkin olarak makul ölçüde ortaya çıkması beklenen tüm gıda güvenliği tehlikelerinin PL.10 Tehlike Analizi ve Risk Değerlendirme Planı (02.01.2020 Rev: 1) nda, tanımladığı görüldü.  Uygunsuzluk: #18 Minör Tehlike Analiz Planında incelenen proses basamaklarının detaylı şekilde incelenmediği, bazı proses aşamalarının hiç değerlendirilmediği, plan üzerinde yer alan kısaltma ve tanımlar için atıf yapılmadığı görüldü. |
| 8.5.2.3\* | Tehlike değerlendirmesi  Kuruluş, tanımlanan her bir gıda güvenliği tehlikesi için, bu tehlikelerin önlenmesinin veya kabul edilebilir bir düzeye indirilmesinin kati surette gerekli olup olmadığını belirlemek için bir tehlike değerlendirmesi gerçekleştirmiş midir?  Kuruluş, her bir gıda güvenliği tehlikesini, aşağıdakilere göre değerlendirmiş midir?  a) kontrol tedbirlerinin uygulanmasından önce nihai üründe tehlikenin meydana gelme ihtimali;  b) amaçlanan kullanıma ilişkin olarak tehlikenin sağlığa olumsuz etkilerinin şiddeti (bk. 8.5.1.4).  Kuruluş, önemli tüm gıda güvenliği tehlikelerini tanımlamış mıdır?  Kullanılan yöntemler açıklanmış ve tehlike değerlendirmesinin sonuç bilgisinin dokümante edilmiş bilgi olarak sürekliliği sağlanmış mıdır? | Tanımlanan her bir gıda güvenliği tehlikesi için, bu tehlikelerin önlenmesinin veya kabul edilebilir bir düzeye indirilmesinin kati surette gerekli olup olmadığını belirlemek için PL.10 Tehlike Analizi ve Risk Değerlendirme Planı (02.01.2020 Rev: 1) nın oluşturulduğu görüldü.  PL.10 Tehlike Analizi ve Risk Değerlendirme Planı (02.01.2020 Rev: 1) nın, ISO 22000:2018 standardının gerekliliklerini karşıladığı görüldü. |
| 8.5.2.4\* | Kontrol tedbirinin/tedbirlerinin seçilmesi ve kategorize edilmesi  Kuruluş, tehlike değerlendirmesini esas alarak, tanımlanan önemli gıda güvenliği tehlikelerini önleyebilecek veya bunları tanımlanan kabul edilebilir düzeylere düşürebilecek olan uygun bir kontrol tedbirini veya kontrol tedbirlerinin bir kombinasyonunu seçmiş midir?  Kuruluş, seçilen tanımlanmış kontrol tedbirini/tedbirlerini,  O-ÖGP(ler) (bk. 3.30) olarak veya KKN’lerde (bk. 3.11) yönetilecek biçimde kategorize etmiş midir?  Kategorizasyon, sistematik bir yaklaşım kullanılarak gerçekleştirilmiş midir? Seçilen her bir kontrol tedbiri için, aşağıdakilerin bir değerlendirmesi gerçekleştirilmekte midir?  a) işlevini yerine getirmede başarısız olma ihtimali;  b) işlevini yerine getirmede başarısız olduğu durumda meydana gelecek sonucun şiddeti; bu değerlendirme aşağıdakileri içermekte midir?  1) tanımlanan önemli gıda güvenliği tehlikeleri üzerindeki etki;  2) diğer kontrol tedbirine/tedbirlerine bağlı konum;  3) tehlikeleri kabul edilebilir bir düzeye düşürmek için özel olarak oluşturulup oluşturulmadığı ve uygulanıp uygulanmadığı;  4) tek bir tedbir olup olmadığı veya kontrol tedbirinin/tedbirlerinin kombinasyonunun parçası olup olmadığı.  Ek olarak, her bir kontrol tedbiri için sistematik yaklaşım, aşağıdakilerin fizibilitesinin bir değerlendirmesini içermekte midir?  a) ölçülebilir kritik sınırları ve/veya ölçülebilir/gözlemlenebilir faaliyet kriterlerini oluşturmak;  b) kritik sınır ve/veya ölçülebilir/gözlemlenebilir faaliyet kriterleri dâhilinde kalmak için tüm hataların tespiti amacıyla izlemek;  c) hata durumunda düzeltmeleri vaktinde uygulamak.  Karar alma prosesi ve kontrol tedbirlerinin seçimi ve kategorizasyonu bilgisinin, dokümante edilmiş bilgi olarak sürekliliği sağlanmakta mıdır?  Kontrol tedbirlerinin seçilmesi ve katılığını etkileyebilen dış gerekliliklerin de (ör. Yasal ve düzenleyici gereklilikler ve müşteri gereklilikleri) dokümante edilmiş bilgi olarak sürekliliği sağlanmakta mıdır? | Tehlike değerlendirmesini esas alarak, tanımlanan önemli gıda güvenliği tehlikelerini önleyebilecek veya bunları tanımlanan kabul edilebilir düzeylere düşürebilecek olan uygun kontrol tedbirlerini veya kontrol tedbirlerinin bir kombinasyonunu PL.10 Tehlike Analizi ve Risk Değerlendirme Planı (02.01.2020 Rev: 1) nında ele aldığı görüldü.  Seçilen tanımlanmış kontrol tedbirinin, O-ÖGP(ler) olarak veya KKN’lerde yönetilecek biçimde PL.10 Tehlike Analizi ve Risk Değerlendirme Planı (02.01.2020 Rev: 1) nında kategorize edildiği görüldü.  Örnek;  Karıştırma prosesinde; sıcaklığın yetersiz olması nedeniyle mikrobiyal bulaşma olması ve ürünün özelliğini yitirmesi-  Kontrol tedbiri: KKN |
| 8.5.3\* | Kontrol tedbirinin/tedbirlerinin ve bunların kombinasyonlarının geçerli kılınması  Gıda güvenliği ekibi, seçilen kontrol tedbirlerinin, önemli gıda güvenliği tehlikesi/tehlikelerinin kontrolünü, amaçlanan şekilde gerçekleştirme yeterliliğinin geçerli kılınmasını sağlamakta mıdır? Bu geçerli kılma faaliyeti, tehlike kontrolü planına eklenecek kontrol tedbirinin/tedbirlerinin ve bunların kombinasyonlarının uygulanmasından önce (bk. 8.5.4) ve kontrol tedbirinde yapılan herhangi bir değişiklikten sonra gerçekleştirilmekte midir? (bk. 7.4.2, 7.4.3, 10.2 ve 10.3).  Geçerli kılmanın sonucu kontrol tedbirinin/tedbirlerinin amaçlanan kontrolü başarma becerisine sahip değilse, gıda güvenliği ekibi kontrol tedbirini/tedbirlerini ve/veya bunların kombinasyonunu/kombinasyonlarını değiştirmekte ve yeniden değerlendirmekte midir?  Gıda güvenliği ekibi, amaçlanan kontrolün sağlanması için geçerli kılma metodolojisinin ve kontrol tedbirinin/tedbirlerinin kapasitesinin ispatının sürekliliğini dokümante edilmiş bilgi olarak sağlamakta mıdır? | Gıda Güvenliği Ekibinin, seçilen kontrol tedbirlerinin, önemli gıda güvenliği tehlikesi/tehlikelerinin kontrolünü, amaçlanan şekilde gerçekleştirme yeterliliğinin geçerli kılınmasını, PL.13 Doğrulama ve Geçerli Kılma Planı (02.01.2020 Rev:1) ile sağladığı görüldü.  Örnek:  Parametre; OGP  Yöntem; gözden geçirme ve yerinde tespit  Sorumlu Gıda Güvenliği Ekibi  Sıklık: Yılda 1 |
| 8.5.4\*  8.5.4.1 | Tehlike kontrol planı (HACCP/O-ÖGP planı)  Genel  Kuruluş, bir tehlike kontrol planını oluşturmuş, uygulamakta ve planın sürekliliğini sağlamakta mıdır? Tehlike kontrol planının dokümante edilmiş bilgi olarak sürekliliği sağlanmakta ve plan, her bir KKN veya OÖGP’deki her bir kontrol tedbiri için aşağıdaki bilgileri içermekte midir?  a) KKN’de veya O-ÖGP tarafından kontrol edilecek gıda güvenliği tehlikesi/tehlikeleri;  b) KKN’de verilen kritik sınır/sınırlar veya O-ÖGP için faaliyet kriterleri;  c) izleme prosedürü/prosedürleri;  d) kritik sınırlar veya faaliyet kriterleri karşılanmadıysa yapılması gereken düzeltme/düzeltmeler;  e) sorumluluklar ve yetkiler;  f) izleme kayıtları. | PL.11 HACCP Planı (02.01.2020 Rev: 1) ve PL.06 O-ÖGP Planı (02.01.2020 Rev: 1) nın oluşturulduğu ve uygulandığı görüldü.  PL.11 HACCP Planı (02.01.2020 Rev: 1) ve PL.06 O-ÖGP Planı (02.01.2020 Rev: 1) nın, ISO 22000:2018 standardının şartlarını karşıladığı görüldü.  Uygunsuzluk: #19 Minör HACCP Planının ürün bazlı olarak hazırlanmadığı ve KKN’lerin etkin olarak değerlendirilmediği görüldü. |
| 8.5.4.2\* | Kritik sınırlar ve faaliyet kriterlerinin belirlenmesi  KKN’lerde verilene kritik sınırlar ve O-ÖGP’ler için faaliyet kriterleri belirlenmiş midir? Bunların belirlenmesinin gerekçe bilgisinin, dokümante edilmiş bilgi olarak sürekliliği sağlanmakta mıdır?  KKN’lerde verilen kritik sınırlar ölçülebilir midir? Kritik sınırlara uygunluk, kabul edilebilir düzeyin aşılmadığını sağlamakta mıdır?  O-ÖGP’ler için faaliyet kriterleri ölçülebilir ve gözlemlenebilir midir? Faaliyet kriterlerine uygunluk, kabul edilebilir düzeyin aşılmadığının güvencesine katkıda bulunmakta mıdır? | KKN’lerde verilene kritik sınırlar ve O-ÖGP’ler için faaliyet kriterlerin, PL.11 HACCP Planı (02.01.2020 Rev: 1) ve PL.06 O-ÖGP Planı (02.01.2020 Rev: 1) nında belirlendiği görüldü.  Uygunsuzluk: #19 Minör HACCP Planının ürün bazlı olarak hazırlanmadığı ve KKN’lerin etkin olarak değerlendirilmediği görüldü. |
| 8.5.4.3\* | KKN’lerde ve O-ÖGP’ler için izleme sistemleri  Kritik sınırlar dâhilinde kalmada herhangi bir başarısızlığın belirlenmesi amacıyla, her bir KKN’de, her bir kontrol tedbiri veya kontrol tedbirinin/tedbirlerinin kombinasyonu için bir izleme sistemi oluşturulmuş mudur? Sistem, kritik sınıra/sınırlara ilişkin tüm planlanmış ölçmeleri içermekte midir?  Faaliyet kriterini karşılamada başarısızlığın belirlenmesi amacıyla, her bir O-ÖGP için, kontrol tedbiri veya kontrol tedbirinin/tedbirlerinin kombinasyonu için bir izleme sistemi oluşturulmuş mudur?  Her bir KKN’de ve her bir O-ÖGP için, izleme sistemi, aşağıdakileri içeren dokümante edilmiş bilgileri içermekte midir?  a) yeterli bir zaman çerçevesi içerisinde sonuç veren ölçme ve gözlemler;  b) kullanılan izleme yöntemleri veya aygıtları;  c) uygulanabilir kalibrasyon yöntemleri veya O-ÖGP’ler için, güvenilir ölçme veya gözlemlerin doğrulanması için eş değer yöntemler (bk. 8.7);  d) izleme sıklığı;  e) izleme sonuçları;  f) izlemeye ilişkin sorumluluk veya yetkiler;  g) izleme sonuçlarının değerlendirilmesine ilişkin sorumluluk veya yetki.  Her bir KKN’de, izleme yöntemi ve sıklığı, ürünün zamanında izole edilmesi ve değerlendirilmesine izin vermek için, kritik sınırlar dâhilinde kalmada tüm başarısızlıkların zamanında tespit edilebilmesini sağlamakta mıdır? (bk. 8.9.4).  Her bir O-ÖGP için izleme yöntemi ve sıklığı, başarısızlık olasılığı ve sonuçların şiddeti ile orantılı mıdır?  Yöntem, bir O-ÖGP’nin izlenmesinin gözlemlerden alınan öznel verilere dayandığı yerlerde (ör. Gözle muayene), talimat ve tariflerle desteklenmiş midir? | KKN’de, kontrol tedbirlerinin kombinasyonu için bir izleme sisteminin, PL.11 HACCP Planı (02.01.2020 Rev: 1) ve PL.06 O-ÖGP Planı (02.01.2020 Rev: 1) nında belirlendiği görüldü.  Uygunsuzluk: #19 Minör HACCP Planının ürün bazlı olarak hazırlanmadığı ve KKN’lerin etkin olarak değerlendirilmediği görüldü. |
| 8.5.4.4\* | Kritik sınırların veya faaliyet kriterlerinin karşılanmadığı durumlardaki faaliyetler  Kuruluş, kritik sınırlar ve faaliyet kriterinin karşılanmadığı zamanlarda yapılması gereken düzeltmeleri (bk. 8.9.2) ve düzeltici faaliyetleri (bk. 8.9.3) belirtmekte ve aşağıdakileri sağlamakta mıdır?  a) potansiyel olarak güvenli olmayan ürünlerin piyasaya sunulmaması (ör. 8.9.4);  b) uygun olmama sebebinin tanımlanması;  c) KKN’de veya O-ÖGP tarafından kontrol eden parametrenin/parametrelerin kritik sınırlar içerisine dönmesi ve faaliyet kriterlerine uymasının yeniden sağlanması;  d) Tekrarının önlenmesi.  Kuruluş, düzeltmeleri 8.9.2’ye ve düzeltici faaliyetleri 8.9.3’e uygun olarak yapmakta mıdır? | Kritik sınırlar ve faaliyet kriterinin karşılanmadığı zamanlarda yapılması gereken düzeltmeleri ve düzeltici faaliyetlerinin, PL.11 HACCP Planı (02.01.2020 Rev: 1) ve PL.06 O-ÖGP Planı (02.01.2020 Rev: 1) nında belirlendiği görüldü.  Uygunsuzluk: #19 Minör HACCP Planının ürün bazlı olarak hazırlanmadığı ve KKN’lerin etkin olarak değerlendirilmediği görüldü. |
| 8.5.4.5\* | Tehlike kontrol planının uygulanması  Kuruluş, tehlike kontrol planını uygulamakta ve planın sürekliliğini sağlamakta ve uygulama ispatını dokümante edilmiş bilgi olarak muhafaza etmekte midir? | PL.11 HACCP Planı (02.01.2020 Rev: 1) ve PL.06 O-ÖGP Planı (02.01.2020 Rev: 1) nın, oluşturulduğu ve uygulamakta olduğu görüldü. |
| 8.6\* | ÖGP’leri ve tehlike kontrol planını belirten bilgilerin güncellenmesi  Tehlike kontrol planının oluşturulmasından sonra kuruluş, gerektiğinde aşağıdaki bilgileri güncellemekte midir?  a) ham maddelerin, bileşenlerin ve ürünle temas eden malzemelerin karakteristikleri;  b) nihai ürünlerin karakteristikleri;  c) amaçlanan kullanımı;  d) proseslerin ve proses ortamının akış diyagramlarını ve açıklamaları.  Kuruluş, tehlike kontrol planı ve/veya ÖGP’nin/ÖGP’lerin güncel olmasını sağlamış mıdır? | Gerekli durumlarda, PL.12 ÖGP Kontrol Planı (02.01.2020 Rev: 1) nda, GGYS şartlarını karşılayacak şekilde güncelleme yapmak üzere, yapının oluşturulduğu görüldü.  Örnek:  Üretim alanındaki makinaların temizliği |
| 8.7 | İzlemenin ve ölçümün kontrolü  Kuruluş, belirtilen izleme ve ölçüm yöntemlerinin ve kullanılan donanımın, ÖGP/ÖGP’ler ve tehlike kontrol planı ile ilişkili izleme ve ölçüm faaliyetleri için yeterli olduğuna dair kanıt sunabilmekte midir?  Kullanılan izleme ve ölçüm donanımı,  a) kullanımdan önce belirtilen aralıklarla kalibre edilmiş veya doğrulanmış mıdır?  b) gerekli olduğu şekilde ayarlanmış ve yeniden ayarlanmış mıdır?  c) belirlenecek kalibrasyon durumunu mümkün kılmak için tanımlanmış mıdır?  d) ölçüm sonuçlarını geçersiz kılabilecek (invalidasyon) ayarlamalara karşı emniyete alınmış mıdır?  e) hasar ve bozulmaya karşı korunmakta mıdır?  Kalibrasyon ve doğrulama sonuçları, dokümante edilmiş bilgiler olarak muhafaza edilmekte midir? Tüm donanımın kalibrasyonu, ulusal ve uluslararası ölçüm standardlarına uygun mudur? mevcut bir standard yoksa, kalibrasyon ve doğrulama için kullanılan dayanak, dokümante edilmiş bilgi olarak muhafaza edilmekte midir?  Donanım veya proses ortamının gerekliliklere uygun olmadığının tespit edilmesi durumunda kuruluş, daha önceki ölçme sonuçlarının geçerliliğini değerlendirmekte midir? Kuruluş, donanım veya proses ortamından ve uygun olmama durumundan etkilenen herhangi bir ürüne ilişkin olarak uygun faaliyeti gerçekleştirmekte midir?  Değerlendirme ve sonuçta gerçekleştirilen faaliyet bilgisinin, dokümante edilmiş bilgi olarak sürekliliği sağlanmakta mıdır?  GGYS dâhilinde ölçüm ve izleme için kullanılan yazılım; kullanımdan önce kuruluş, yazılım tedarikçisi veya üçüncü bir tarafça geçerli kılınmakta mıdır? Geçerli kılma faaliyetleri ile ilgili dokümante edilmiş bilgilerin kuruluş tarafından sürekliliği sağlanmakta ve yazılım, zamanında güncellenmekte midir?  Kullanıma hazır ticari yazılımda konfigürasyon/modifikasyon dâhil olmak üzere, değişiklikler olduğu zamanlarda, bu değişiklikler uygulanmadan önce onaylanmakta, dokümante edilmekte ve geçerli kılınmakta mıdır? | PR-19 Kalibrasyon Prosedürü uygulandığı görüldü.  2020 yılı için, DD-09 Kalibrasyon Ekipman Listesi oluşturulduğu görüldü.  DD-09 Kalibrasyon Ekipman Listesinde yer alan, nem ölçer HTC-2, otomatik büret BE 4262 ve diğer tüm ölçüm ekipmanlarının, TÜRKAK tarafından akredite edilmiş olan Gazi Kalibrasyon yaptırıldığı görüldü.  Gazi Kalibrasyon tarafından 2020 yılında, 39 adet ölçüm ekipmanının kalibrasyonunun yaptırıldığı görüldü.  Uygunsuzluk #20 Minör Alkolmetrenin kalibrasyonunun yaptırılmadığı tespit edilmiştir. |
| 8.8\* | ÖGP’ler ve tehlike kontrol planı ile ilgili doğrulama  8.8.1 Doğrulama  Kuruluş; doğrulama faaliyetleri oluşturmuş, uygulamakta ve sürekliliğini sağlamakta mıdır? Doğrulama planlaması, doğrulama faaliyetleri için amaç, yöntem, sıklık ve sorumlulukları içermekte midir?  Doğrulama faaliyetleri aşağıdaki hususları teyit etmekte midir?  a) ÖGP/ÖGP’ler uygulanmış ve etkili kılınmıştır;  b) tehlike kontrol planı uygulanmış ve yetkili kılınmıştır;  c) tehlike düzeyleri tanımlı, kabul edilmiş düzeyler içinde midir?  d) tehlike analizi girdileri güncellenmiştir;  e) kuruluş tarafından belirlenen diğer faaliyetler uygulanmış ve etkili kılınmıştır.  Kuruluş, doğrulama faaliyetlerinin, aynı faaliyetleri izlemekle görevli kişi tarafından yerine getirilmemesini sağlamış mıdır?  Doğrulama sonuçları dokümante edilmiş bilgi olarak muhafaza edilmekte ve iletilmekte midir?  Doğrulama, nihai ürün numuneleri veya doğrudan proses numunelerinin deneye tabi tutulmasına dayanıyorsa ve bu deney numuneleri gıda güvenliği tehlikelerinin kabul edilebilir düzeyine uygun değilse  (bk. 8.5.2.2), kuruluş bu ürün grubunu/gruplarını potansiyel olarak güvenli değil olarak ele almış (bk.8.9.4.3) ve 8.9.3’e uygun olarak düzeltici faaliyetler uygulamış mıdır?  8.8.2 Doğrulama faaliyetleri sonuçlarının analizi  Gıda güvenliği ekibi, GGYS’nin performans değerlendirmesi için girdi olarak kullanılacak olan doğrulama sonuçlarının bir analizini gerçekleştirmiş midir? (bk. 9.1.2). | PL.13 Doğrulama ve Geçerli Kılma Planı (02.01.2020 Rev: 1) doğrultusunda doğrulama faaliyetleri oluşturulmuş ve uygulamakta olduğu görüldü.  Doğrulama planlamasının, doğrulama faaliyetleri için amaç, yöntem, sıklık ve sorumlulukları, PL.13 Doğrulama ve Geçerli Kılma Planı (02.01.2020 Rev: 1) nda tanımladığı görüldü.    Doğrulama faaliyetlerinin, aynı faaliyeti gerçekleştiren kişi tarafından yapılmadığı görüldü.    PL.13 Doğrulama ve Geçerli Kılma Planı (02.01.2020 Rev: 1) içinde yer alan “Ön Gereksinim Doğrulama Faaliyetleri Kapsamında Yapılacak Analizler ve Parametreler Tablosu” görüldü.  Gerçekleştirilen doğrulama faaliyetlerinin sonuçlarının analiz edildiği görüldü.  Örnek:  Laboratuvar analizleri (Kuruluş içi)  Mikrobiyolojik analizler (Kuruluş dışı)  Rutin kontroller (Kuruluş içi) |
| 8.9\*  8.9.1 | Ürün ve proses uygunsuzluklarının kontrolü  Genel  Kuruluş, O-ÖGP’lerin izlenmesinden ve KKN’lerden elde edilen verilerin, düzeltme yapma ve düzeltici faaliyet başlatma yetkisine sahip, atanmış ve yetkin kişiler tarafından değerlendirilmesini sağlamakta mıdır? | O-ÖGP’lerin izlenmesinden ve KKN’lerden elde edilen verilerin, düzeltme ve düzeltici faaliyet başlatma yetkisine sahip, atanmış ve yetkin kişiler tarafından değerlendirildiği, PR-24 Gıda Güvenliği Prosedürü (02.01.2020 Rev: 1) ve PR-04 Düzeltici Faaliyet Prosedürü (01.02.2016 Rev: 0) nde tanımlanmış olduğu görüldü. |
| 8.9.2\* | Düzeltmeler  Kuruluş, KKN/KKN’lerde kritik sınırlar ve/veya O-ÖGP’lerde faaliyet kriterleri sağlanmadığı zaman, bu durumdan etkilenen ürünleri belirlenmekte ve kullanım ve piyasaya sunma bakımından kontrol edilmesini sağlamakta mıdır?  Kuruluş, aşağıdakileri içeren dokümante edilmiş bilgi oluşturmuş, sürekliliğini sağlamış ve güncellemiş midir?  a) etkilenen ürünlerin uygun şekilde ele alınmasını sağlayacak bir belirleme, değerlendirme ve düzeltme yöntemi;  b) yapılan düzeltmelerin gözden geçirilmesi için düzenlemeler.  KKN’lerdeki kritik sınırlara uyulmadığında, etkilenen ürünler potansiyel güvenli olmayan ürünler olarak tanımlanmakta ve ele alınmakta mıdır? (bk 8.9.4).  O-ÖGP için faaliyet kriterleri sağlanmadığında, aşağıdakiler yapılmakta mıdır?  a) bu olumsuz durumun gıda güvenliği bakımından yol açacağı sonuçların belirlenmesi;  b) bu olumsuz durumun nedenlerinin belirlenmesi;  c) bu olumsuz durumdan etkilenen ürünlerin belirlenmesi ve 8.9.4 çerçevesinde ele alınması.  Kuruluş, değerlendirme sonuçlarını dokümante edilmiş bilgi olarak muhafaza etmekte midir?  Uygunsuz ürünlerde ve proseslerde yapılan düzeltmeleri tarif eden, aşağıdakileri içeren dokümante edilmiş bilgi muhafaza edilmekte midir?  a) uygunsuzluğun yapısı;  b) bu olumsuz durumun nedeni/nedenleri;  c) uygunsuzluktan kaynaklanan sonuçlar. | KKN için kritik limitler aşıldığında veya operasyonel OGP’ da kontrol kaybedildiğinde, etkilenen ürünlerin kullanımı ve piyasaya arzının önlenmesinin kontrol edilmesinin, PL.11 HACCP Planı (02.01.2020 Rev: 1) ve PL.06 O-ÖGP Planı (02.01.2020 Rev: 1) nda belirlenmiş olduğu görüldü.  Örnek:  % 20 Castor Oil sabun bazı  Proses: Karıştırma  KKN: Sıcaklık  Düzeltme/Düzeltici faaliyet: Kritik limite ulaşılıncaya kadar ısıtmaya devam edilmesi |
| 8.9.3\* | Düzeltici faaliyetler  KKN/KKN’lerde kritik sınırlar ve/veya O-ÖGP’lerde faaliyet kriterleri sağlanmadığı durumlarda düzeltici faaliyetlere duyulan ihtiyaç değerlendirilmekte midir?  Kuruluş, uygunsuzlukların tespit edilmesi ve bunlara yol açan nedenlerin ortadan kaldırılması, yeniden oluşmasının önlenmesi ve bir uygunsuzluk tespit edildikten sonra prosesin kontrole geri dönmesi için uygun faaliyetleri belirleyen dokümante edilmiş bilgi oluşturmuş ve sürekliliğini sağlamış mıdır?  Bu faaliyetler aşağıdakileri içermekte midir?  a) müşteri tarafından ve/veya müşterinin şikâyetleri ile ve/veya düzenleyici muayene raporları ile tespit edilen uygunsuzlukların gözden geçirilmesi;  b) kontrol kaybına işaret eden izleme sonuçlarındaki eğilimlerin gözden geçirilmesi;  c) uygunsuzlukların nedenlerinin belirlenmesi;  d) uygunsuzlukların yeniden oluşmamasını sağlamak için gerekli faaliyetlerin belirlenmesi ve uygulanması;  e) gerçekleştirilen düzeltici faaliyetlerin sonuçlarının dokümante edilmesi;  f) etkili olduklarını garanti etmek amacıyla gerçekleştirilen düzeltici faaliyetlerin doğrulanması.  Kuruluş, tüm düzeltici faaliyetler ile ilgili dokümante edilmiş bilgileri muhafaza etmekte midir? | KKN için kritik limitler aşıldığında veya operasyonel OGP’ da kontrol kaybedildiğinde, etkilenen ürünlerin kullanımı ve piyasaya arzının önlenmesinin kontrol edilmesinin, PL.11 HACCP Planı (02.01.2020 Rev: 1) ve PL.06 O-ÖGP Planı (02.01.2020 Rev: 1) nda belirlenmiş olduğu görüldü.  Örnek:  % 20 Castor Oil sabun bazı  Proses: Karıştırma  KKN: Sıcaklık  Düzeltme/Düzeltici faaliyet: Kritik limite ulaşılıncaya kadar ısıtmaya devam edilmesi |
| 8.9.4  8.9.4.1 | Potansiyel olarak güvenli olmayan ürünlerin ele alınması  Genel  Kuruluş, potansiyel olarak güvenli olmayan ürünlerin gıda zincirine girmesini aşağıdakilerin gerçekleştiğini gösteremediği sürece engellemekte midir?  a) endişe konusu gıda güvenliği tehlikesi/tehlikeleri, tanımlanmış kabul edilebilir düzeylere düşürülür;  b) endişe konusu gıda güvenliği tehlikesi/tehlikeleri, gıda zincirine girişten önce tanımlanmış kabul edilebilir düzeylere düşürülür veya  c) ürün, uygunsuzluğa rağmen tanımlı kabul edilebilir gıda güvenliği tehlikesi/tehlikeleri düzeyleri içinde kalmaktadır.  Kuruluş, potansiyel olarak güvenilir olmadığı tespit edilen ürünleri, bu ürünler değerlendirilip elden çıkarma şekli belirlenene kadar kontrolü altında muhafaza etmekte midir?  Kuruluşun kontrolü dışına çıkan ürünlerin daha sonra güvenli olmadığı tespit edilirse, kuruluş, ilgili tarafları haberdar etmekte ve geri çekme/ geri çağırma işlemi başlatmakta mıdır? (bk. 8.9.5).  İlgili tarafların müdahalesi ve verdiği karşılık ile potansiyel olarak güvenli olmayan ürünlerin ele alınması yetkisi, dokümante edilmiş bilgi olarak muhafaza edilmekte midir? | Potansiyel güvenli olmayan ürünlerin GGYS gerekliliklerini karşılamadığı sürece gıda zincirine girmesinin, engellenmesi amacıyla, PR-05 Uygun Olmayan Ürün Prosedürü (01.02.2016 Rev: 0) nün oluşturulduğu ve uygulandığı görüldü.  Denetim tarihi itibarıyla böyle bir uygulama (geri çekme/geri çağırma) gereği olmadığı beyan edildi. |
| 8.9.4.2 | Piyasaya uygunluk değerlendirmesi  Uygunsuzluktan etkilenen her bir ürün grubu değerlendirilmekte midir?  KKN’de kritik sınırlar içinde kalmayan ürünler piyasaya sunulmakta ve 8.9.4.3’e uygun şekilde ele alınmakta mıdır?  O-ÖGP’ler için faaliyet kriterini karşılamayan ürünler, ancak aşağıdaki gerekliliklerden bir tanesi geçerli ise güvenli olarak piyasaya sunulmakta mıdır?  a) izleme sistemi dışındaki bulgular, kontrol tedbirlerinin etkili olarak uygulandığını göstermekte midir?  b) elde edilen bulgular, belirli bir ürün için kontrol tedbirlerinin birleşik etkisinin beklenen performansa (tanımlanan kabul edilebilir düzeylere) uygun olduğunu göstermekte midir?  c) numune alma, analiz ve/veya başka geçerli kılma faaliyetlerinin sonuçları, ilgili gıda güvenliği tehlikesi/tehlikeleri için etkilenen ürünlerin tanımlı, kabul edilebilir sınırlara uygun olduğunu göstermektedir.  Ürünlerin piyasaya sunulması ile ilgili değerlendirme sonuçları dokümante edilmiş bilgi olarak muhafaza edilmekte midir? | Uygunsuzluktan etkilenen her ürün partisinin, değerlendireceğine ilişkin yöntemin, PR-24 Gıda Güvenliği Prosedürü (02.01.2020 Rev: 1) nde belirlendiği görüldü.  KKN’de kritik sınırlar içinde kalmayan ürünlerin piyasaya sunulmadığı teyit edildi.  O-ÖGP’ler için faaliyet kriterini karşılamayan ürünlerin, belirlenmiş koşullardan en az bir tanesi geçerli ise güvenli olarak piyasaya sunulacağı teyit edildi.  Denetim tarihi itibarıyla böyle bir uygulama (piyasaya sunmanın değerlendirilmesi) gereği olmadığı beyan edildi. |
| 8.9.4.3 | Uygun olmayan ürünün elden çıkarılması  Piyasaya sunmaya uygun olmayan ürünler şunlar mıdır?  a) gıda güvenliği tehlikesinin kabul edilir sınırlara düşürülmesi için kuruluş içinde veya kuruluş dışında yeniden işleme tabi tutulan veya daha ileri işlemler uygulanan ürünler veya  b) gıda zincirindeki gıda güvenliği etkilenmediği sürece başka kullanımlar için ayrılan ürünler veya  c) imha edilen ve/veya çöp olarak atılan ürünler.  Onaylama yetkisine sahip kişinin/kişilerin kimlik bilgisi dâhil uygunsuz ürünlerin elden çıkarılması ile ilgili dokümante edilmiş bilgi muhafaza edilmekte midir? | Uygun olmayan ürün tanımlamalarının, PR-24 Gıda Güvenliği Prosedürü (02.01.2020 Rev: 1) nde belirlendiği görüldü.  PR-24 Gıda Güvenliği Prosedürü (02.01.2020 Rev: 1) nde,  girdi aşamalarında tespit edilen, proses aşamalarında, müşteriye ulaştıktan sonra tespit edilen ve müşteri tarafından tespit edilen uygun olmayan ürünler ile ilgili yöntemler belirlenmiş olduğu görüldü. |
| 8.9.5 | Geri çekme/geri çağırma  Kuruluş, potansiyel olarak güvenli olmadığı belirlenen nihai ürün gruplarının zamanında geri çekilmesini/geri çağrılmasını, bu işlemini başlatma ve gerçekleştirme yetkisine sahip yetkin kişiyi/kişileri görevlendirmiş midir?  Kuruluş, aşağıdaki konularda dokümante edilmiş bilgi oluşturmuş ve bu bilgilerin güncelliğini sürdürmekte midir?  a) konu ile ilgili taraflara bildiride bulunma (örneğin yasal ve düzenleyici otoritelere, müşterilere ve/veya tüketicilere);  b) geri çekilen/geri çağrılan ürünlere ek olarak, hâlâ kuruluşun stoklarında bulunan ürünler;  c) gerçekleştirilecek faaliyetler sıralaması.  Geri çekilen/geri çağrılan ürünler ve hâlâ stokta bulunan nihai ürünler, 8.9.4.3’e uygun olarak işleme tabi tutulana kadar, güvence altına alınmakta veya kuruluşun kontrolü altında tutulmakta mıdır?  Geri çekme/geri çağıma, nedeni, kapsamı ve sonuçları dokümante edilmiş bilgi olarak muhafaza edilmekte midir? ve yönetim gözden geçirmesinde girdi olarak kullanılmak üzere, üst yönetime rapor edilmekte midir? (bk. 9.3).  Kuruluş, uygun tekniklerin kullanılması yoluyla (örneğin prova veya tatbikat şeklindeki geri çekme/geri çağırma), geri çekme/geri çağırma uygulamakta ve bu uygulamanın etkililiğini doğrulamakta ve dokümante edilen ilgili bilgileri muhafaza etmekte midir? | Potansiyel olarak güvenli olmadığı belirlenen nihai ürün gruplarının zamanında geri çekilmesini/geri çağrılmasının, PR-11 Geri Çekme Prosedürü (01.02.2016 Rev: 0) doğrultusunda gerçekleştirileceği görüldü.  Örnek:  20.05.2020 tarihinde Irak-Akya Company’ ye gönderilen 500 ml’lik 2000 koli Clinico Hand Sanitizer müşteri şikayeti sebebiyle geri çekilmesi    07.04.2020 tarihli;  FR-66 Dolum İş Emri (01.02.2016 Rev: 0)  FR-65 Yarı Mamul İş Emri (01.02.2016 Rev: 0)  FR-33 Yarı Mamul Kalite Kontrol Formu (01.02.2016 Rev: 0)  FR-48 Geri Çekme Formu (01.02.2016 Rev: 0)  FR-32 In-Proses Kontrol Formu (01.02.2016 Rev: 0) kayıtlarının tutulduğu görüldü. |
| 9  9.1  9.1.1 | Performans değerlendirmesi  İzleme, ölçme, analiz ve değerlendirme  Genel  Kuruluş aşağıdaki hususları belirlemiş midir?  a) neyin izlenmesi ve ölçülmesi gerektiği;  b) uygulanabilirse, geçerli sonuçlar elde etmek için izleme, ölçme, analiz ve değerlendirme yöntemleri;  c) izleme ve ölçmenin ne zaman gerçekleştirileceği;  d) izleme ve ölçme sonuçlarının ne zaman analiz edileceği ve değerlendirileceği;  e) izleme ve ölçme sonuçlarını kimin analiz edeceği ve değerlendireceği  Kuruluş, sonuçların kanıtı olarak uygun şekilde dokümante edilmiş bilgileri muhafaza etmekte midir?  Kuruluş, GGYS performansını ve etkililiğini değerlendirmekte midir? | Performans izleme, ölçme, analiz etme ve değerlendirme için, aşağıdakileri içeren, PL.16 Performans İzleme ve Ölçme Planı (01.02.2016 Rev:0) oluşturulduğu görüldü:  a) Neyin izlenmesi ve ölçülmesi gerektiği,  b) İzleme, ölçme, analiz ve değerlendirme yöntemleri,  c) Performansın neye göre değerlendireceğini gösteren kriterler ve uygun göstergeler,  d) İzleme ve ölçmenin ne zaman gerçekleştirilmesi gerektiği,  e) İzleme ve ölçme sonuçlarının ne zaman analiz edilmesi ve değerlendirilmesi gerektiği.  PL.16 Performans İzleme ve Ölçme Planı (01.02.2016 Rev:0) nda; toplam 6 konuda planlama yapılmıştır.  Örnek:  Tedarikçi performans değerlendirme  Puan: %78,4  Müşteri memnuniyet oranı  Puan: %90 |
| 9.1.2 | Analiz ve değerlendirme  Kuruluş, ÖGP ve tehlike kontrol planı ile ilgili doğrulama faaliyetleri sonuçları, (bk. 8.8 ve 8.5.4), iç denetimler (bk. 9.2) ve dış denetimler dâhil, izleme ve ölçmelerden elde edilen uygun veri ve bilgileri analiz ederek değerlendirmekte midir?  Analiz, aşağıda sıralanan amaçlar için yapılmakta mıdır?  a) sistemin genel performansının planlanan düzenlemeleri ve kuruluş tarafından belirlenen GGYS gerekliliklerinin karşılandığının teyit edilmesi;  b) GGYS’nin güncellenmesi ve iyileştirme ihtiyacının belirlenmesi;  c) potansiyel olarak güvenli olmayan ürünlerin daha yüksek olasılıkla ortaya çıkmasının ve proses hatalarını gösteren eğilimlerin tespit edilmesi;  d) denetime tabi tutulacak konuların durumu ve önemi ile ilgili iç denetim programının planlanmasına yönelik bilgilerin toplanması;  e) düzeltme ve düzeltici faaliyetlerin etkili olduğuna dair kanıtların sağlanması.  Analizin sonuçları ve analiz sonucundan kaynaklanan faaliyetler ile ilgili dokümante edilmiş bilgi muhafaza edilmekte midir?  Sonuçlar üst yönetime rapor edilmekte ve yönetim gözden geçirmesinde (bk. 9.3) ve GGYS’nin güncellenmesinde (bk. 10.3) girdi olarak kullanılmakta mıdır? | Analiz ve değerlendirmelerinin uygulandığı görüldü.  Müşteri memnuniyeti, ürün şartlarına uygunluk, dahil olmak üzere, proseslerin ve ürünlerin özellikleri ve eğilimleri ve tedarikçilerle ilgili veri analizleri, ilgili bölümlerde incelendi.  Örnek:  Fire oranı  Puan: %3 |
| 9.2\* | İç denetim  9.2.1 Kuruluş, GGYS’nin aşağıdaki hususları karşılayıp karşılamadığına dair bilgi edinmek için planlı aralıklarla GGYS’nin iç denetimini yapmakta mıdır?  a) Sistem, aşağıdakilere uygun mudur?  1) kuruluşun kendi GGYS’sine dair gereklilikler;  2) ISO 22000 standardının gereklilikleri;  b) etkili olarak uygulanıp sürekliliği sağlanmakta mıdır?  9.2.2 Kuruluş,  a) ilgili proseslerin önemini, GGYS’deki değişiklikleri ve önceki izlemelerin, ölçmelerin ve denetimlerin sonuçlarını hesaba katan, sıklık, yöntemler, sorumluluklar, planlama gereklilikleri ve raporlama dâhil bir denetim programı/programları planlamış, uygulamakta ve sürdürmekte midir?  b) denetim kriterleri ve her bir denetimin kapsamını belirlenmiş midir?  c) yetkin denetçileri seçmiş ve denetim prosesinin nesnellik ve tarafsızlığını sağlamış mıdır?  d) denetim sonuçlarının gıda güvenliği ekibine ve ilgili yönetime raporlandığını garanti etmiş midir?  e) denetim programı ve denetim sonuçlarının uygulanmasına kanıt olarak dokümante edilmiş bilgileri muhafaza etmekte midir?  f) üzerinde anlaşmaya varılmış süre içinde gerekli düzeltmeyi yapmakta ve gerekli düzeltici faaliyetleri gerçekleştirmekte midir?  g) GGYS’nin gıda güvenliği politikasının amaçlarını (bk. 5.2) ve GGYS’nin (bk. 6.2) hedeflerini karşılayıp karşılamadığını belirlemiş midir?  Kuruluşun gerçekleştireceği takip faaliyetleri, alınan tedbirlerin doğrulanmasını ve doğrulama sonuçlarının raporlanmasını kapsamakta mıdır? | -03 İç Denetim Prosedürü (01.02.2016 Rev:0) uygulandığı görüldü.  İç denetimler için, DD-07 İç Denetim Planı (2020) oluşturulduğu görüldü.  İç denetim planı doğrultusunda, iç denetimlerin,  01-03.06.2020 tarihlerinde yapılmış olduğu görüldü.  İç denetimlerin, Ahmed Ali BURHANUDIN, Ahmet Can GÖKÇE, Mustafa YEŞİLYURT ve Abdulahad KHORAM tarafından gerçekleştirildiği görüldü. 4 kişinin de prosedürleri uyarınca, entegre yönetim sistemleri ve iç denetim konularında eğitim almış olduğu görüldü.  Denetçilerin, denetim yapılan fonksiyonlardan bağımsız olmaları gözetilerek görevlendirildikleri görüldü.  İç denetimlerin, DD-08 İç Denetim Soru Listesi (02.01.2020 Rev:1) kullanılarak yapıldığı görüldü.  İç denetimler sonrasında, FR-115 İç Denetim Raporu (01.02.2016 Rev:0) oluşturulduğu görüldü.  İç denetimlerde, 1 adet uygunsuzluk bulunduğu görüldü.  Uygunsuzluk: #4-Minör  2020 iç denetimlerinin planlandığı ve gerçekleştirildiği görüldü. Ancak, iç denetimlerin etkin olarak gerçekleştirilmediği ve gerçekleştirmeye ilişkin kayıtların oluşturulmadığı tespit edildi.  Örnek:  9 departmanda 4 ayrı iç denetçinin görev aldığı ve ayrı ekipler oluşturularak yapılan iç denetimler için, ortak 1 tane İç Denetim Soru Formu oluşturulması |
| 9.3\* | Yönetim gözden geçirmesi  9.3.1 Genel  Üst yönetim, kuruluşun GGYS’ni, bu sistemin uygunluk, yeterlilik ve etkililiğinin sürekliliğini temin etmek için planlanmış aralıklarla gözden geçirmekte midir?  9.3.2 Yönetim gözden geçirmesinin girdileri  Yönetim gözden geçirmesi aşağıdaki hususları dikkate almış mıdır?  a) önceki yönetim gözden geçirmelerinde ele alınan faaliyetlerin durumu;  b) kuruluş yapısındaki değişiklikler ve kuruluşun kapsamı dâhil, GGYS ile ilgili önemli iç ve dış hususlardaki değişiklikler (bk. 4.1);  c) aşağıdaki eğilimler dâhil, GGYS’nin performansı ve etkililiği ile ilgili bilgi:  1) sistem güncelleme sonucu/sonuçları (bk. 4.4 ve10.3);  2) izleme ve ölçme sonuçları;  3) ÖGP’ler ve tehlike kontrol planı ile ilgili doğrulama faaliyetleri sonuçlarının analizi (bk. 8.8.2);  4) uygunsuzluklar ve düzeltici faaliyetler;  5) denetim sonuçları (iç ve dış);  6) muayeneler (ör. düzenleyici kuruluş, müşteri);  7) dış tedarikçilerin performansı;  8) risk ve fırsatların ve bunlara karşılık olarak yapılan faaliyetlerin etkililiğinin gözden geçirilmesi (bk. 6.1);  9) GGYS amaçlarının ne düzeyde yerine getirildiği;  d) kaynakların yeterliliği;  e) bir acil durum, bir olay (bk. 8.4.2) veya meydana gelmiş geri çekme/geri çağırma vakası (bk. 8.9.5);  f) ilgili tarafların istek ve şikayetleri dâhil, dış (bk. 7.4.2) ve iç (bk. 7.4.3) haberleşmeden elde edilen önemli bilgi;  g) sürekli iyileştirme için fırsatlar.  Veri, üst yönetimin bilgiyi GGYS’nin beyan edilen amaçları ile ilişkilendirebilmesini sağlayacak bir şekilde sunulmuş mudur?  9.3.3 Yönetim gözden geçirmesi çıktıları  Yönetim gözden geçirmesine ait çıktılar aşağıdakileri içermekte midir?  a) sürekli iyileştirme fırsatları ile ilgili kararlar ve faaliyetler;  b) kaynak ihtiyaçları ve gıda güvenliği politikasının gözden geçirilmesi ile GGYS amaçları dâhil, GGYS’nin tüm güncellenme ve revizyon ihtiyaçları.  Kuruluş, yönetim gözden geçirmelerinin kanıtı olarak dokümante edilmiş bilgileri muhafaza etmekte midir? | Yönetimin gözden geçirmesi için, PR-06 Yönetimin Gözden Geçirmesi Prosedürü (02.01.2020 Rev:1) nün uygulandığı ve yönetimin gözden geçirmesinin, yılda 1 defa gerçekleştirilmekte olduğu görüldü.  2020 yılı YGG’ nin 15.06.2020 tarihinde gerçekleştirildiği görüldü.  Yönetimin gözden geçirmesi için, FR-07 Toplantı Tutanak Formu oluşturulduğu ve uygulandığı görüldü. Girdilerin, tüm ilgili standardları kapsayacak şekilde 21 başlıkta oluşturulduğu tespit edildi.  Toplantının Genel Müdür, Finans Müdürü, İnsan Kaynakları Müdürü, Ar-Ge Sorumlusu, Üretim Sorumlusu, Satınalma Sorumlusu, İhracat Pazarlama Sorumlusu ve Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi katılımı ile gerçekleştirildiği görüldü.  Toplantı girdileri ve çıktıları incelendi, ilgili standardların şartlarının karşılandığı görüldü. |
| 10\*  10.1 | İyileştirme  Uygunsuzluk ve düzeltici faaliyet  10.1.1 Bir uygunsuzluk meydana geldiğinde, kuruluş:  a) uygunsuzluğa karşı harekete geçmekte midir? ve geçerli ise,  1) önlem alıp, uygunsuzluğu kontrol altına almış ve düzeltmiş midir?  2) uygunsuzluğun sonuçlarını ele almış mıdır?  b) aşağıdakiler yapılarak uygunsuzluğun tekrar meydana gelmemesi veya başka bir yerde ortaya çıkmaması için uygunsuzluğun sebeplerinin ortadan kaldırılması amacıyla faaliyete geçme ihtiyacını değerlendirmiş midir?  1) uygunsuzluğun gözden geçirilmesi;  2) uygunsuzluğun nedenlerinin belirlenmesi;  3) benzer uygunsuzlukların var olup olmadığının veya potansiyel olarak meydana gelme olasılığının belirlenmesi;  c) ihtiyaç duyulan tüm faaliyetleri uygulamaktadır;  d) gerçekleştirilen düzeltici faaliyetlerin etkililiğini gözden geçirmekte midir?  e) gerekli olduğu durumda GGYS’de değişiklikler yapmakta mıdır?  Düzeltici faaliyetler, karşılaşılan uygunsuzlukların etkileri ile orantılı mıdır?  10.1.2 Kuruluş, dokümante edilmiş bilgileri aşağıdakilerin kanıtı olarak muhafaza etmekte midir?  a) uygunsuzlukların ve akabinde gerçekleştirilen faaliyetlerin niteliği;  b) her türlü düzeltici faaliyetin sonuçları. | PR-04 Düzeltici Faaliyet Prosedürü (01.02.2026 Rev:0) uygulandığı görüldü.  Düzeltici faaliyet taleplerinin, FR-10 Düzeltici Faaliyet Formu (01.02.2026 Rev:0) ile Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisine iletildiği görüldü.  Başlatılan düzeltici faaliyetlerin, Formu (01.02.2026 Rev:0) ile Entegre Yönetim Sistemleri Temsilcisi tarafından takip edildiği görüldü.  2020 yılında, toplam 5 DF açılmış olduğu görüldü. 4 tanesinin kapatılmış, 1 tanesinin de devam ettiği görüldü.  Örnek:  DF/5/2020 numaralı ve 02.06.2020 tespit tarihli “Arıtma Tesisinin Revize Edilmesi” düzeltici faaliyet kaydı incelendi. Düzeltici faaliyetin henüz kapatılmadığı görüldü. |
| 10.2 | Sürekli İyileştirme  Kuruluş, GGYS’nin uygunluğunu, yeterliliğini ve etkililiğini sürekli iyileştirmekte midir?  Üst yönetim, haberleşme (bk. 7.4), yönetim gözden geçirmesi (bk. 9.3), iç denetim (bk. 9.2), doğrulama faaliyetlerinin sonuçlarının analizi (bk. 8.8.2), kontrol tedbiri/tedbirlerinin ve kontrol tedbiri/kontrol tedbirleri kombinasyonu/kombinasyonlarının geçerli kılınması (bk. 8.5.3), düzeltici faaliyetler (bk. 8.9.3) ve GGYS güncellemesi (bk. 10.3) kullanarak kuruluşun GGYS’nin etkililiğini sürekli olarak iyileştirmesini sağlamakta mıdır? | Yönetim sisteminin uygunluğunu, yeterliliğini ve etkinliğinin, belirlenen iyileştirme için fırsatlarının uygulanması suretiyle sürekli iyileştirildiği görüldü. |
| 10.3 | Gıda güvenliği yönetim sisteminin güncellenmesi  Üst yönetim, GGYS’nin sürekli olarak güncellenmesini sağlamakta mıdır? Bu amaca ulaşmak için gıda güvenliği ekibi GGYS’yi planlanmış aralıklarla değerlendirmekte midir? Bu ekip, tehlike analizini (bk. 8.5.2), oluşturulan tehlike kontrol planını (bk. 8.5.4) ve oluşturulan ÖGP’leri (bk. 8.2) gözden geçirmeye gerek olup olmadığını değerlendirmekte midir?  Güncelleme faaliyetleri, aşağıdakileri esas almakta mıdır?  a) iç ve dış haberleşme girdileri (bk. 7.4);  b) GGYS’nin uygunluğu, yeterliliği ve etkililiği konusunda başka bilgilerden sağlanan girdiler;  c) doğrulama faaliyetlerinin (bk. 9.1.2) sonuçlarının analizinin çıktıları;  d) yönetim gözden geçirmeden elde edilen çıktılar (bk. 9.3).  Sistem güncelleme faaliyetleri dokümante edilmiş bilgi olarak muhafaza edilmekte ve yönetim gözden geçirmesine girdi olmak üzere raporlanmakta mıdır? (bk. 9.3). | GGYS’nin sürekli olarak güncellenmesinin sağlanması amacıyla, Gıda Güvenliği Ekibi tarafından, FR-116 Gıda Güvenliği Ekip Toplantı Formu (01.02.2016 Rev:0) doğrultusunda, değerlendirme yapıldığı görüldü.  Bu değerlendirmede; tehlike analizi, oluşturulan tehlike kontrol planı ve oluşturulan ÖGP’lerin, gözden geçirmeye gerek olup olmadığının değerlendirildiği teyit edildi.  Örnek:  02.09.2020 tarihli toplantı kaydı  03.06.2020 tarihli toplantı kaydı  Bu değerlendirmelerde, ISO 22000:2018 standardının şartlarının (iç ve dış haberleşme girdileri, GGYS’nin uygunluğu, yeterliliği ve etkililiği konusunda başka bilgilerden sağlanan girdiler, doğrulama faaliyetlerinin sonuçlarının analizinin çıktıları ve yönetim gözden geçirmeden elde edilen çıktılar) ele alındığı teyit edildi. |

æ/deleteggys18æ

ædeleteo4500118æ

| ISO 45001:2018 | | |
| --- | --- | --- |
| Gereklilikler | | Bulgular |
| 4  4.1\* | KURULUŞUN BAĞLAMI  Kuruluşun ve bağlamının anlaşılması  Kuruluş, amacı ve İSG yönetim sistemlerinin amaçlanan çıktı/çıktılarına ulaşabilme yeteneğini etkileyen, dış ve iç hususları belirlemiş mi?  *Kuruluş, iklim değişikliği ile ilgili bir husus olup olmadığını belirlemiş mi?* |  |
| 4.2\* | Çalışanlar ve diğer ilgili tarafların ihtiyaç ve beklentilerinin anlaşılması  Kuruluş aşağıdakileri belirlemiş mi?  a) çalışanlara ek olarak, İSG yönetim sistemleri ile ilgili diğer ilgili tarafları;  b) çalışanların ve diğer ilgili tarafların ilgili ihtiyaç ve beklentilerini (bir başka deyişle gereklilikleri),  c) bu ihtiyaç ve beklentilerden hangilerinin yasal gereklilikler ve diğer gereklilikler olduğu veya olabileceği.  *Not: İlgili tarafların iklim değişikliği ile ilgili gereklilikleri olabilir.* |  |
| 4.3\* | İSG yönetim sisteminin kapsamının belirlenmesi  Kuruluş, kapsamı belirlemek amacıyla, İSG yönetim sisteminin sınırlarını ve uygulanabilirliğini tayin etmiş mi?  Bu kapsamı belirlerken, kuruluş:  a) Madde 4.1’de atıf yapılan dış ve iç hususları değerlendirmekte,  b) Madde 4.2’de atıf yapılan gereklilikleri dikkate almakta,  c) işle ilgili planlanmış veya gerçekleştirilmiş faaliyetleri dikkate almakta mıdır?  İSG yönetim sistemi, kuruluşun İSG performansını etkileyebilecek kuruluşun kontrolü ve etkisi dâhilindeki faaliyetleri, ürünleri ve hizmetleri kapsamakta mıdır?  Kapsam, dokümante edilmiş bilgi şeklinde bulunmakta mıdır? |  |
| 4.4 | İSG yönetim sistemi  Kuruluş, ISO 45001 standardının gerekliliklerine uygun olarak, ihtiyaç duyulan prosesler ve bunların birbiri ile etkileşimi dâhil, bir İSG yönetim sistemi kurmakta, uygulamakta, sürekliliğini sağlamakta ve sürekli iyileştirmekte mi? |  |
| 5  5.1 | LIDERLIK ve ÇALIŞAN KATILIMI  Liderlik ve taahhüt  Üst yönetim, İSG yönetim sistemine ilişkin liderlik ve taahhüdü aşağıdakiler ile göstermekte midir?  a) Güvenli ve sağlıklı işyerleri ve faaliyetlerinin sağlanmasının yanı sıra işle ilgili yaralanma ve sağlığın bozulmasının önlenmesi için genel sorumluluğu ve hesap verebilirliği üstlenmesi,  b) İSG politikası ve ilgili İSG hedeflerinin oluşturulduğunun ve bunların kuruluşun stratejik yönü ile uyumlu olduğunun güvence altına alınması,  c) İSG yönetim sistemi gerekliliklerinin, kuruluşun iş prosesleri ile entegre olduğunun güvence altına alınması,  d) İSG yönetim sistemini oluşturmak, uygulamak, sürekliliğini sağlamak ve geliştirmek için gerekli kaynakların varlığının güvence altına alınması,  e) etkin İSG yönetimi ve İSG yönetim sistem gerekliliklerine uygunluğun öneminin iletilmesi,  f) İSG yönetim sisteminin amaçlanan çıktı/çıktılarına ulaşmasının güvence altına alınması,  g) İSG yönetim sisteminin etkinliğine katkı sağlayacak personelin yönlendirilmesi ve desteklemesi,  h) sürekli iyileştirmeyi güvence altına alması ve teşvik etmesi,  i) diğer ilgili yönetim görevlerini yerine getiren personeli, kendi sorumluluk alanlarına uygulanması bakımından liderliğini göstermek için desteklemesi  j) kuruluşta, İSG yönetim sisteminin amaçlanan çıktılarını destekleyen bir kültür geliştirmesi, öncülük etmesi ve teşvik etmesi,  k) çalışanların olayları, tehlikeleri, riskleri ve fırsatları raporlarken misillemeden korunması,  l) kuruluşun danışma ve çalışanların katılımı (bk. 5.4) için proses/prosesleri oluşturma ve uygulamasını güvence altına alması,  m) sağlık ve güvenlik kurullarının (bk. 5.4 e) oluşturulması ve faaliyette bulunmasını desteklemesi. |  |
| 5.2 | İSG politikası  Üst yönetim, aşağıdakileri karşılayan bir İSG politikası oluşturmuş, uygulamakta ve sürekliliğini sağlamakta mıdır?  a) işle ilgili yaralanma ve sağlığın bozulmasının önlenmesi için güvenli ve sağlıklı çalışma gerekliliklerinin sağlanmasına yönelik taahhüdünü içeren, kuruluşun amacına, büyüklüğüne, bağlamına ve İSG risklerine ve fırsatlarının doğasına uygunluğunu,  b) İSG hedeflerinin belirlenmesi için bir çerçeve sağlaması,  c) yasal gereklilikler ve diğer gerekliliklerin yerine getirilmesi için bir taahhüt içermesi,  d) tehlikeleri ortadan kaldırmak ve İSG risklerini (bk. 8.1.2) azaltmak için bir taahhüt içermesi,  e) İSG yönetim sisteminin sürekli iyileştirilmesi için bir taahhüt içermesi,  f) Çalışanların ve bulundukları yerde varsa, çalışan temsilcilerinin danışma ve katılımı için bir taahhüt içermesi,  İSG politikası:   dokümante edilmiş bilgi olarak erişime açık mıdır?   kuruluş içerisinde iletilmiş midir?   uygun şekilde, ilgili tarafların erişimine açık mıdır?   kuruluşa özgü ve uygun mudur? |  |
| 5.3 | Kurumsal görev, yetki ve sorumluluklar  Üst yönetim, kuruluş içerisinde tüm seviyelerde, İSG yönetim sistemi içindeki ilgili görevler için sorumlulukların ve yetkilerin belirlendiğini, iletildiğini ve dokümante edilmiş bilginin sürekliliğinin sağlandığını güvence altına almış mıdır?  Kuruluşun her seviyesindeki çalışanlar, üzerinde kontrol sahibi oldukları faaliyetler için İSG yönetim sistemi açısından sorumluluğu üstlerine almış mıdır?  *NOT Sorumluluk ve yetki belirlemesine rağmen, sonuçta üst yönetim İSG yönetim sisteminin işleyişinde hesap vermede sorumludur.*  Üst yönetim aşağıdakiler için yetki ve sorumlulukları belirlemekte midir?  a) İSG yönetim sisteminin, ISO 45001 standardının gerekliliklerine uygunluğunun güvence altına alınması,  b) İSG yönetim sisteminin performansının üst yönetime raporlanması. |  |
| 5.4 | Çalışanların görüşlerinin alınması ve çalışanların katılımı  Kuruluş, İSG yönetim sisteminin geliştirilmesi, planlanması, uygulanması, performans değerlendirmesi ve iyileştirme faaliyetlerinde, danışma ve uygun olan tüm seviyelerde çalışanların ve bulundukları yerde varsa, çalışan temsilcilerinin katılımı için proses/prosesleri oluşturmuş, uygulamakta ve sürekliliğini sağlamakta mıdır?  Kuruluş:  a) danışma ve katılım için gerekli uygulama yöntemini, zamanı, eğitimi ve kaynakları sağlamakta,  *NOT 1 Çalışan temsilcisi danışma ve katılım için bir yöntem olabilir.*  b) İSG yönetim sistemi hakkındaki bilgi açık ve anlaşılır olmakta mıdır? bilgiye zamanında erişimi sağlamakta,  c) katılım için engelleri veya bariyerleri belirlemekte ve kaldırmakta ve kaldırılamayanları en aza indirmekte,  *NOT 2 Engeller veya bariyerler, çalışan tavsiyeleri veya önerilerine karşılık vermede yetersizlik, dil veya okuryazarlık bariyerleri, misillemeler veya misilleme tehditleri ve çalışan katılımının yıldırılma veya cezalandırılma politika ve uygulamalarını içerebilir.*  d) karar verme yetkisi olmayan çalışanlara aşağıdaki konularda, danışılmasını sağlamakta mıdır?  1) ilgili tarafların ihtiyaç ve beklentilerini belirleme (bk. 4.2),  2) İSG politikasının oluşturma (bk. 5.2),  3) uygulanabildiğinde, görevler, sorumluluklar ve yetkileri belirleme (bk. 5.3),  4) yasal gereklilikler ve diğer gereklilikleri nasıl yerine getireceğini belirleme (bk. 6.1.3),  5) İSG hedeflerini oluşturma ve bunlara ulaşmak için planlama (bk. 6.2),  6) dışarıya yaptırma, satın alma ve yükleniciler için uygun olan kontrolleri belirleme (bk.8.1.4),  7) nelerin izlenmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi gerektiğini belirleme (bk. 9.1),  8) denetim program/programlarını planlama, oluşturma, uygulama ve sürekliliğini sağlama (bk. 9.2.2),  9) sürekli iyileşmeyi güvence altına alma (bk. 10.3),  e) aşağıdaki konularda, karar verme yetkisi olmayan çalışanların katılımını sağlamakta mıdır?  1) onların danışma ve katılımı için uygulama yöntemlerini belirleme,  2) tehlikeleri tanımlama ve riskleri ve fırsatları değerlendirme (bk. 6.1.1 ve 6.1.2),  3) tehlikeleri ortadan kaldırmak ve İSG risklerini azaltmak için faaliyetleri belirleme (bk. 6.1.4),  4) yetkinlik gerekleri, eğitim ihtiyaçları, eğitim ve eğitimi değerlendirme (bk. 7.2),  5) hangi ihtiyaçların iletilmesi gerektiği ve bunun nasıl yapılacağını belirleme (bk. 7.4),  6) kontrol önlemleri ve etkin uygulama ve kullanımlarını belirleme (bk. 8.1, 8.1.3 ve 8.2),  7) olayları ve uygunsuzlukları araştırma ve düzeltici faaliyetleri belirleme (bk. 10.2).  *NOT 3 Yönetim kadrosunda bulunmayan çalışanlara danışma ve onların katılımını vurgulama iş faaliyetlerini yerine getiren kişiler için olsa da örneğin iş faaliyetlerinden etkilenen yöneticileri veya kuruluş içerisindeki diğer etkenleri hariç tutmak amaçlanmamıştır.*  *NOT 4 İşçilere ücretsiz eğitim verilmesinin ve eğitimin, mümkünse, iş saatleri içerisinde verilmesinin, çalışan katılımının önündeki belirli engelleri ortadan kaldırabileceği bilinmekte midir?* |  |
| 6\*  6.1  6.1.1\* | PLANLAMA  Risk ve fırsatları belirleme faaliyetleri  Genel  Kuruluş, İSG yönetim sistemini planlarken, Madde 4.1’de (bağlam) atıf yapılan hususları, Madde 4.2 (ilgili taraflar) ve Madde 4.3’te (İSG yönetim sisteminin kapsamı) atıf yapılan gereklilikleri dikkate almış mıdır ve:  a) İSG yönetim sisteminin amaçlanan çıktısına/çıktılarına ulaşabileceğine güvence vermek,  b) istenmeyen etkileri önlemek veya azaltmak,  c) sürekli iyileşmeyi sağlamak için ele alınması gereken risk ve fırsatları belirlemekte midir?  Ele alınması gereken İSG yönetim sistemi risk ve fırsatlarını ve amaçlanan çıktılarını belirlerken, kuruluş aşağıdakileri dikkate almış mıdır?   tehlikeler (bk. 6.1.2.1),   İSG riskleri ve diğer riskler (bk. 6.1.2.2),   İSG fırsatları ve diğer fırsatlar (bk. 6.1.2.3),   yasal gereklilikler ve diğer gereklilikler (bk. 6.1.3).  Kuruluş, kendi planlama proses/proseslerinde; kuruluş içinde, proseslerinde veya İSG yönetim sistemindeki değişikliklerle bağlantılı İSG yönetim sisteminin amaçlanan çıktıları ile ilgili risklerini ve fırsatlarını belirlemiş ve değerlendirmiş midir? Kalıcı veya geçici olmasına bakılmaksızın planlanmış değişikliklerde söz konusu değerlendirme değişiklik uygulanmadan önce gerçekleştirilmekte midir (bk. 8.1.3)?  Kuruluş aşağıdakilerle ilgili dokümante edilmiş bilgilerin sürekliliğini sağlamakta mıdır?   risk ve fırsatlar,   bunların planlı bir şekilde yürütüldüğünden emin olacak şekilde gerekli proses/prosesleri ve risk ve fırsatların (Madde 6.1.2 ila Madde 6.1.4) belirlenmesi ve ele almak için ve faaliyetler. |  |
| 6.1.2\*  6.1.2.1 | Tehlike tanımlaması ve risk ve fırsatları değerlendirme  Tehlike tanımlaması  Kuruluş, devam eden ve proaktif olan tehlike tanımlaması için proses/prosesler oluşturmuş, uygulamakta ve sürekliliğini sağlamakta mıdır? Proses/prosesler aşağıdakileri dikkate almakta, fakat bunlarla sınırlı olmamakta mıdır?  a) çalışmanın nasıl organize edildiği, sosyal faktörler (iş yükü, çalışma saatleri, mağduriyet, taciz ve zorbalık dâhil), liderlik ve kuruluş içindeki kültür,  b) Aşağıdakilerden kaynaklanan tehlikeler dâhil olmak üzere, rutin ve rutin olmayan faaliyetler ve durumlar:  1) iş yerinin altyapısı, ekipmanı, malzemeleri, maddeleri ve fiziksel şartları,  2) ürün ve hizmet tasarımı, araştırma, geliştirme, test etme, üretim, montaj, kurulum/inşa, hizmet sunumu, bakım ve bertaraf,  3) insan kaynaklı etkenler,  4) işin yapılma şekli,  c) kuruluş içinde veya dışında, acil durumlar da dâhil olmak üzere, geçmiş ilgili olaylar ve bunların nedenleri,  d) potansiyel acil durumlar  e) aşağıdakileri göz önünde tutarak, kişiler:  1) çalışanlar, yükleniciler, ziyaretçiler ve diğer kişiler dâhil olmak üzere iş yerine ve işyerindeki faaliyetlere erişimi olanlar,  2) iş yerinin yakınında bulunan ve kuruluşun faaliyetlerinden etkilenebilecek olanlar,  3) kuruluşun doğrudan kontrolü altında olmayan bir yerde çalışanlar,  f) aşağıdakileri göz önünde tutarak, diğer konular:  1) ilgili çalışanların ihtiyaçları ve yeteneklerine uyumlu olacak şekilde, çalışma alanlarının tasarımı, prosesler, tesisler, makineler/ekipmanlar, işletme prosedürleri ve iş organizasyonu,  2) kuruluşun kontrolü altında gerçekleşen işle ilgili faaliyetlerden kaynaklanan iş yerinin yakınında oluşan durumlar,  3) kuruluş tarafından kontrol edilmeyen ve iş yerinin yakınında oluşan iş yerinde insanların yaralanmasına ve sağlığın bozulmasına neden olabilecek durumlar,  g) kuruluşta, operasyonlarda, proseslerde, faaliyetlerde ve İSG yönetim sisteminde mevcut veya önerilen değişiklikler (bk. 8.1.3),  h) tehlikeler hakkındaki bilgi ve bilgi birikimine yönelik değişiklikler. |  |
| 6.1.2.2 | İSG risklerinin ve İSG yönetim sistemi ile ilgili diğer risklerin değerlendirilmesi  Kuruluş aşağıdakiler için proses/prosesler oluşturmuş, uygulamakta ve sürekliğini sağlamakta mıdır?  a) mevcut kontrollerin etkinliğini dikkate alarak, tanımlanmış tehlikelerden kaynaklanan İSG risklerinin değerlendirmek,  b) İSG yönetim sisteminin oluşturulması, uygulanması, işletilmesi ve sürekliliğinin sağlaması ile ilgili diğer riskleri belirlemek ve değerlendirmek.  Kuruluş; İSG risklerini değerlendirme yöntem/yöntemlerini ve kriterlerini, tepkisel değil proaktif olduklarını ve sistematik bir şekilde kullanılmalarını güvence altına almak için kuruluşun kapsamına, doğasına ve zamanlamasına göre tanımlamış mıdır?  Yöntem/yöntemler ve kriterler hakkında dokümante edilmiş bilginin sürekliliği sağlanmakta ve muhafaza edilmekte midir? |  |
| 6.1.2.3 | İSG fırsatlarının ve İSG yönetim sistemi ile ilgili diğer fırsatların değerlendirilmesi  Kuruluş aşağıdakileri değerlendirmek için proses/prosesler oluşturmuş, uygulamakta ve sürekliğini sağlamakta mıdır?  a) Kuruluşa, politikalarına, proseslerine veya faaliyetlerine yönelik planlı değişiklikleri dikkate alarak İSG performansını artırmaya yönelik İSG fırsatları ve:  1) işin, iş organizasyonunun ve çalışma ortamının çalışanlara uyarlanmasına yönelik fırsatlar,  2) tehlikeleri ortadan kaldırma ve İSG risklerini azaltmaya yönelik fırsatlar,  b) İSG yönetim sistemini iyileştirilmesi için diğer fırsatlar.  *NOT İSG riskleri ve İSG fırsatları, kuruluş için diğer riskler ve fırsatlara neden olabilir.* |  |
| 6.1.3\* | Yasal gereklilikler ve diğer gerekliliklerin belirlenmesi  Kuruluş aşağıdakiler için proses/prosesler oluşturmuş, uygulamakta ve sürekliğini sağlamakta mıdır?  a) tehlikelere, İSG risklerine ve İSG yönetim sistemine uygun güncel yasal gereklilikleri ve diğer gereklilikleri belirlemek ve ulaşmak,  b) bu yasal gerekliliklerin ve diğer gerekliliklerin kuruluşa nasıl uygulanacağını ve hangi ihtiyaçların iletilmesi gerektiğini belirlemek,  c) İSG yönetim sistemini oluştururken, uygularken, sürekliliğini sağlarken ve sürekli iyileştirirken, bu yasal gereklilikleri ve diğer gereklilikleri dikkate almak.  Kuruluş, yasal gereklilikler ve diğer gereklilikler hakkında dokümante edilmiş bilginin sürekliliğini sağlamakta ve muhafaza etmekte midir ve herhangi bir değişikliği yansıtmak üzere güncellendiğini güvence altına almış mıdır?  *NOT Yasal gereklilikler ve diğer gereklilikler kuruluş için riskler ve fırsatlara neden olabilir.* |  |
| 6.1.4\* | Planlama faaliyeti  Kuruluş aşağıdakileri planlamakta mıdır?  a) aşağıdakilere yönelik faaliyetler:  1) riskleri ve fırsatları ele alma (bk. 6.1.2.2 ve 6.1.2.3),  2) yasal gereklilikleri ve diğer gereklilikleri ele alma (bk. 6.1.3),  3) acil duruma hazır olma ve müdahale (bk. 8.2),  b) aşağıdakileri nasıl yapacağı:  1) faaliyetleri İSG yönetim sistemi proseslerine veya diğer iş proseslerine entegre etme ve uygulama,  2) bu faaliyetlerin etkinliğini değerlendirme,  Kuruluş, faaliyet gerçekleştirmeyi planlarken kontrol hiyerarşisi (bk. 8.1.2) ve İSG yönetim sisteminin çıktılarını dikkate almakta mıdır?  Kuruluş, faaliyetlerini planlarken, en iyi uygulamalar ve teknolojik seçenekleri ile finansal, işletme ve isle ilgili gereklilikleri değerlendirmekte midir? |  |
| 6.2\*  6.2.1 | İSG hedefleri ve bunlara ulaşmak için planlama  İSG hedefleri  Kuruluş, İSG yönetim sisteminin ve İSG performansının (bk. 10.3) sürekliliğini sağlamak ve sürekli iyileştirmek için ilgili fonksiyonlarda ve seviyelerde İSG hedeflerini oluşturmuş mudur?  İSG hedefleri:  a) İSG politikası ile uyumlu olmakta,  b) ölçülebilir olmakta (uygulanabildiğinde) veya performans değerlendirmesi yapmak için yeterli olmakta,  c) aşağıdakileri dikkate almakta:  1) uygulanabilir gereklilikler,  2) risklerin ve fırsatların değerlendirme sonuçları (bk. 6.1.2.2 ve 6.1.2.3),  3) çalışanlar (bk. 5.4) ve bulundukları yerde varsa, çalışan temsilcileri ile danışmanın sonuçları,  d) izlenmekte,  e) iletilmekte,  f) uygun şekilde güncellenmekte midir? |  |
| 6.2.2 | İSG hedeflerine ulaşmak için planlama  İSG hedeflerine nasıl ulaşılacağını planlarken, kuruluş aşağıdakileri belirlemekte midir?  a) ne yapılacağını,  b) hangi kaynakların gerekeceği,  c) kimin sorumlu olacağını,  d) ne zaman tamamlanacağını,  e) izleme için göstergeler dâhil olmak üzere sonuçların nasıl değerlendirileceğini,  f) İSG hedeflerine ulaşma faaliyetlerinin, kuruluşun iş proseslerine nasıl entegre edileceğini.  Kuruluş, İSG hedefleri ve onlara ulaşma için planları hakkında dokümante edilmiş bilginin sürekliliğini sağlamakta ve muhafaza etmekte midir? |  |
| 7  7.1 | DESTEK  Kaynaklar  Kuruluş, İSG yönetim sisteminin oluşturulması, uygulanması, sürdürülmesi ve sürekli iyileştirilmesi için ihtiyaç duyulan kaynakları belirlemiş ve sağlamakta mıdır? |  |
| 7.2 | Yetkinlik  Kuruluş:  a) İSG performansını etkileyen veya etkileyebilecek çalışanların gerekli yetkinliğini belirlemiş,  b) uygun öğrenim, eğitim ve tecrübelerine dayanarak çalışanların yetkinliklerini (tehlikeleri tanımlama becerisi dâhil) güvence altına almış,  c) uygulanabilir olduğunda, gerekli yetkinliği elde etmek ve sürekliliğini sağlamak için faaliyetleri gerçekleştirmekte ve gerçekleştirilen faaliyetlerin etkinliğini değerlendirmekte,  d) yetkinliğin kanıtı olarak uygun dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza etmekte midir?  *NOT Uygulanabilir faaliyetler; örneğin, mevcut çalışan personelin, eğitim sağlanması, bunlara mentörlük verilmesi veya görev değişikliği ya da yetkin personelin işe alınması veya sözleşmekte olarak çalıştırılmasını kapsayabilir.* |  |
| 7.3 | Farkındalık  Çalışanların aşağıdakilerin farkında olmaları sağlanmakta mı?  a) İSG politikası ve İSG hedefleri,  b) İyileştirilmiş İSG performansının faydaları dâhil olmak üzere, kendilerinin İSG yönetim sisteminin etkinliğine katkısı,  c) İSG yönetim sisteminin gerekliliklerinin yerine getirilmemesinin etkileri ve potansiyel sonuçları,  d) olaylar ve bunlarla ilgili araştırmaların çıktıları,  e) tehlike, İSG riskleri ve bunlarla ilgili belirlenen faaliyetler, yaşamlarına veya sağlıklarına yönelik mutlak ve ciddi bir tehlike oluşturduğunu düşündükleri iş durumlarından kendilerini uzaklaştırma becerisinin yanı sıra, bunlardan kaynaklanan uygunsuz sonuçlardan kendilerini korumaya yönelik düzenlemeler. |  |
| 7.4  7.4.1 | İletişim  Genel  Kuruluş, aşağıdaki hususları belirleme dâhil olmak üzere, İSG yönetim sistemi ile ilgili iç ve dış iletişim için gerekli olan proses/prosesleri oluşturmuş, uygulamakta ve sürekliliğini sağlamakta mıdır?  a) ne ile ilgili iletişim kuracağını,  b) ne zaman iletişim kuracağını,  c) kiminle iletişim kuracağını:  1) dâhili olarak kuruluşun farklı seviyeleri ve fonksiyonları arasında  2) işyerindeki yükleniciler ve ziyaretçiler arasında  3) diğer ilgili taraflar arasında  d) nasıl iletişim kuracağını.  İletişim ihtiyaçlarını değerlendirirken kuruluş çeşitlilik boyutunu (Örneğin, cinsiyet, dil, kültür, okuma yazma, engellilik) dikkate almakta mıdır?  Kuruluş kendi iletişim prosesi/proseslerini oluştururken dış ilgili tarafların görüşlerini değerlendirdiğini güvence altına almış mıdır?  İletişim prosesi/prosesleri oluştururken, kuruluş:  - yasal gerekliliklerini ve diğer gerekliliklerini dikkate almakta mıdır?  - iletilecek İSG bilgisinin İSG yönetim sisteminde oluşan bilgi ile uyumlu ve güvenilir olduğunu güvence altına almış mıdır?  Kuruluş, İSG yönetim sistemi ile ilgili iletişimlere cevap vermekte midir?  Kuruluş, iletişimin kanıtı olarak dokümante edilmiş bilgiyi uygun şekilde muhafaza etmekte midir? |  |
| 7.4.2 | İç İletişim  Kuruluş:  a) İSG yönetim sistemi ile ilgili değişiklikler dâhil, İSG yönetim sistemi ile ilgili bilgileri, kuruluşun farklı seviyelerinde ve fonksiyonlarında uygun şekilde paylaşmakta mıdır?  b) İletişim proses/proseslerinin, çalışanların sürekli iyileştirmeye katkı sağlamasını güvence altına almış mıdır? |  |
| 7.4.3 | Dış İletişim  Kuruluş; oluşturduğu iletişim prosesi/proseslerinde yer alan ve yasal gereklilikleri ve diğer gereklilikleri dikkate alarak, İSG yönetim sistemi ile ilgili bilgilerin dış iletişimini sağlamakta mıdır? |  |
| 7.5\*  7.5.1 | Dokümante Edilmiş Bilgi  Genel  Kuruluşun İSG yönetim sistemi aşağıdakileri içermekte midir?  a) ISO 45001 standardının gerektirdiği dokümante edilmiş bilgiyi,  b) Kuruluş tarafından, İSG yönetim sisteminin etkinliği için gerekli olduğu belirlenen dokümante edilmiş bilgiyi. |  |
| 7.5.2 | Oluşturma ve güncelleme  Kuruluş; dokümante edilmiş bilgileri oluştururken ve güncellerken aşağıdakilerin uygunluğunu güvence altına almış mıdır?  a) tanımlama ve açıklama (örneğin, bir başlık, tarih, yazar veya referans numarası),  b) format (örneğin, dil, yazılım sürümü, grafikler) ve ortam (örneğin, kâğıt, elektronik),  c) uygunluk ve yeterlik için gözden geçirme ve onay. |  |
| 7.5.3 | Dokümante edilmiş bilginin kontrolü  İSG yönetim sistemi ve ISO 14001 standardının gerektiği dokümante edilmiş bilgi, aşağıdakileri güvence altına almak için kontrol edilmekte midir?  a) ihtiyaç olduğu yer ve zamanda, kullanım için hazır ve uygun olduğunu,  b) yeterli düzeyde korunduğunu (örneğin, gizliliğin yitirilmesinden, uygunsuz kullanımdan veya bütünlüğün kaybolmasından).  Kuruluş, dokümante edilmiş bilginin kontrolü için aşağıdaki faaliyetlerden uygulanabilir olanları ele almış mıdır?  a) dağıtım, erişim, bulma ve kullanım,  b) okunabilirliğinin korunması dâhil, depolama ve koruma,  c) değişikliklerin kontrolü (örneğin, sürüm kontrolü),  d) muhafaza ve elden çıkarma.  Kuruluş tarafından İSG yönetim sisteminin planlaması ve işletimi için gerekli olduğu belirlenen dış kaynaklı dokümante edilmiş bilgi, uygun şekilde tanımlanmış ve kontrol altında tutulmakta mıdır? |  |
| 8  8.1  8.1.1\* | OPERASYON  Operasyonel Planlama ve Kontrol  Genel  Kuruluş, İSG yönetim sisteminin gerekliliklerini karşılamak için ihtiyaç duyulan prosesleri aşağıdakiler yoluyla planlamış, uygulamakta, kontrol etmekte ve sürekliliğini sağlamakta mıdır ve Madde 6’da belirlenen faaliyetleri uygulamakta mıdır?  a) prosesler için kriterler oluşturmak,  b) kriterlere uygun şekilde, proseslerin kontrolünü uygulamak,  c) Proseslerin planlanan şekilde yürütüldüğünden emin olmak için gerekli ölçüde, dokümante edilmiş bilginin sürekliliğini sağlamak ve muhafaza etmek,  d) işi çalışanlara uyarlamak.  Çok işverenli işyerlerinde kuruluş, İSG yönetim sisteminin ilgili bölümlerini diğer kuruluşlarla koordine etmekte midir? |  |
| 8.1.2\* | Tehlikeleri ortadan kaldırma ve İSG risklerini azaltma  Kuruluş, aşağıdaki kontrol hiyerarşisini kullanarak tehlikeleri ortadan kaldırmak ve İSG risklerini azaltmak için proses/prosesler oluşturmuş, uygulamakta ve sürekliliğini sağlamakta mıdır?  a) tehlikeleri ortadan kaldır,  b) daha az tehlikeli prosesler, operasyonlar, malzemeler veya ekipman ile ikame et,  c) mühendislik kontrollerini uygula ve işin yeniden yapılanmasını sağla,  d) eğitim dâhil olmak üzere idari kontrolleri kullan,  e) yeterli kişisel koruyucu donanım kullan. |  |
| 8.1.3 | Değişim yönetimi  Kuruluş, aşağıdakiler dâhil olmak üzere, İSG performansını etkileyen planlı, geçici ve kalıcı değişiklikleri uygulamak ve kontrol etmek için proses/prosesler oluşturmuş mudur?  a) yeni ürünler, hizmetler ve prosesler veya var olan ürünler, hizmetler ve proseslerde aşağıdakileri içeren değişiklikler:  - işyerinin bulunduğu yer ve çevresi,  - iş organizasyonu,  - çalışma şartları,  - donanım,  - işgücü,  b) yasal gereklilikler ve diğer gerekliliklerde değişiklikler  c) tehlike ve İSG riskleri hakkında bilgi birikimi veya bilgide değişiklikler,  d) bilgi ve teknolojideki gelişmeler.  Kuruluş, istenmeyen değişikliklerin sonuçlarını gözden geçirmekte, gerektiğinde olumsuz etkileri azaltmak için faaliyet gerçekleştirmekte midir? |  |
| 8.1.4  8.1.4.1 | Satınalma  Genel  Kuruluş, İSG yönetim sistemine uygunluğunu güvence altına almak için ürün ve hizmet satın almayı kontrol etmek için proses/prosesler oluşturmuş, uygulamakta ve sürekliliğini sağlamakta mıdır? |  |
| 8.1.4.2 | Yükleniciler  Kuruluş, aşağıdakilerden kaynaklanan tehlikeleri tanımlamak ve İSG risklerini değerlendirmek ve kontrol etmek için yüklenicileri ile satın alma prosesi/proseslerini koordine etmekte midir?  a) kuruluşu etkileyen yüklenicilerin faaliyet ve operasyonları,  b) yüklenici çalışanlarını etkileyen kuruluşun faaliyet ve operasyonları,  c) işyerinde diğer ilgili tarafları etkileyen yüklenicilerin faaliyet ve operasyonları.  Kuruluş, İSG yönetim sisteminin gerekliliklerinin yükleniciler ve çalışanları tarafından karşılanmasını güvence altına almış mıdır?  Kuruluşun satınalma prosesi/prosesleri yüklenici seçiminde iş sağlığı ve güvenliği kriterlerini tanımlamış ve uygulamakta mıdır? |  |
| 8.1.4.3 | Dışarıya yaptırma  Kuruluş dışarıya yaptırdığı fonksiyonlar ve proseslerin kontrol edildiğini güvence altına almış mıdır?  Kuruluş dışarıya yaptırma düzenlemelerinin, yasal gereklilikler ve diğer gereklilikler ve İSG yönetim sisteminin amaçlanan çıktılarına ulaşma ile tutarlı olduğunu güvence altına almış mıdır?  Bu fonksiyonlara ve proseslere uygulanacak kontrolün tipi ve derecesi İSG yönetim sistemi içerisinde tanımlanmış mıdır? |  |
| 8.2\* | Acil duruma hazır olma ve müdahale  Kuruluş, aşağıdakiler dâhil olmak üzere, Madde 6.1.2.1’de tanımlanan muhtemel acil durumlara hazırlık ve bunlara nasıl müdahale edeceği ile ilgili gerekli proses/prosesleri oluşturmuş, uygulamakta ve sürekliliğini sağlamakta mıdır?  a) ilk yardım sağlanması dâhil acil durumlara bir müdahale planı oluşturulması,  b) planlanan müdahale için eğitim sağlanması,  c) planlanan müdahale yeteneğinin test edilmesi ve tatbik edilmesi,  d) test edildikten sonra ve özellikle acil durumların ortaya çıkmasından sonrası da dâhil olmak üzere, performansın değerlendirilmesi ve planlanan müdahalenin, gerektiğinde, revize edilmesi,  e) tüm çalışanlara görevleri ve sorumlulukları ile ilgili bilgilerin iletilmesi ve sağlanması,  f) yüklenicilere, ziyaretçilere, acil müdahale hizmetlerine, resmi makamlara ve uygun olduğunda, yerel halka ilgili bilgilerin iletilmesi,  g) ilgili tarafların ihtiyaçlarının ve yeteneklerinin dikkate alınması ve planlanan müdahalenin geliştirilmesinde, uygun şekilde, katılımlarının sağlanması.  Kuruluş proses/prosesler ve potansiyel acil durumlara müdahale etme planları ile ilgili dokümante edilmiş bilgilerin sürekliliğini sağlamakta ve muhafaza etmekte midir? |  |
| 9  9.1  9.1.1 | PERFORMANS DEĞERLENDİRME  İzleme, ölçme, analiz ve değerlendirme  Genel  Kuruluş, izleme, ölçme, analiz ve performans değerlendirme proses/proseslerini oluşturmuş, uygulamakta ve sürekliliğini sağlamakta mıdır?  Kuruluş şunları belirlemiş midir?  a) aşağıdakiler de dâhil olmak üzere neyin izlenmesi ve ölçülmesi gerektiğini,  1) yasal gereklilikler ve diğer gerekliliklerin ne ölçüde yerine getirildiği,  2) tanımlanan tehlikeler, riskler ve fırsatlar ile ilgili faaliyetlerini ve operasyonlarını,  3) kuruluşun İSG hedeflerine ulaşma yönündeki ilerlemesi,  4) operasyonel ve diğer kontrollerin etkinliği,  b) uygulanabildiğinde, geçerli sonuçları güvence altına almak için izleme, ölçme, analiz ve performans değerlendirme yöntemleri,  c) kuruluşun İSG performansını değerlendireceği kriterleri,  d) izleme ve ölçmenin ne zaman gerçekleştirilmesi gerektiğini,  e) izleme ve ölçme sonuçlarının ne zaman analiz edilmesi, değerlendirilmesi ve iletilmesi gerektiğini.  Kuruluş, İSG performansını ve İSG yönetim sisteminin etkinliğini değerlendirmekte midir?  Kuruluş; izleme ve ölçme donanımının uygulanabildiğinde kalibre edilmesini veya doğrulanmasını ve uygun şekilde kullanılıp sürekliliğinin sağlandığını güvence altına almış mıdır? |  |
| 9.1.2\* | Uygunluk değerlendirmesi  Kuruluş, yasal gereklilikler ve diğer gerekliliklere uygunluğu değerlendirmek için proses/prosesleri oluşturmuş, uygulamakta ve sürekliliğini sağlamakta mıdır (bk. 6.1.3)?  Kuruluş:  a) uygunluğu değerlendirme sıklığını ve yöntem/yöntemlerini belirlemekte,  b) uygunluğu değerlendirmekte ve gerektiğinde faaliyet gerçekleştirmekte (bk. 10.2),  c) yasal gereklilikler ve diğer gerekliliklere uygunluk durumunu anlamakta ve bu konuda edinilen bilgi birikiminin sürekliğini sağlamakta,  d) uygunluk değerlendirmesinin sonucu/sonuçlarına ait dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza etmekte midir? |  |
| 9.2\*  9.2.1 | İç Denetim  Genel  Kuruluş, İSG yönetim sisteminin aşağıdakilerle ilgili durumunu belirlemek için planlanan aralıklarla iç denetimler yapmakta mıdır?  a) aşağıdakilere uygun olup olmadığı:  1) kuruluşun İSG politikası ve İSG hedefleri dâhil olmak üzere kendi İSG yönetim sistemi için olan gerekliliklere,  2) ISO 45001 standardının gerekliliklerine, etkili bir şekilde uygulanıp uygulanmadığı ve sürekliliğinin sağlanıp sağlanmadığı. |  |
| 9.2.2 | İç Denetim Programı  Kuruluş:  a) sıklık, yöntemler, sorumluluklar, danışma, planlama gereklilikleri ve raporlama dâhil, ilgili proseslerin önemi ve önceki denetim sonuçlarını dikkate alarak, bir denetim programı/programları planlamakta, oluşturmakta ve sürekliliğini sağlamakta,  b) her bir denetim için denetim kriterleri ve kapsamı belirlemekte,  c) denetim prosesinin objektifliği ve tarafsızlığını güvence altına almak için deneticileri seçmekte ve denetimleri gerçekleştirmekte,  d) denetim sonuçlarının ilgili yönetime rapor edilmesini güvence altına almış; ilgili denetim sonuçlarının çalışanlara, bulundukları yerde varsa, çalışan temsilcilerine ve diğer ilgili taraflara rapor edilmesini güvence altına almış,  e) uygunsuzlukları ele almak ve İSG performansını sürekli iyileştirmek (bk. Madde 10) için faaliyet gerçekleştirmekte,  f) denetim programının uygulandığının ve denetim sonuçlarının kanıtı olarak dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza etmekte midir? |  |
| 9.3\* | Yönetimin Gözden Geçirmesi  Kuruluşun üst yönetimi, planlanan aralıklarla, İSG yönetim sisteminin uygunluğu, yeterliliği ve etkinliğinin sürekliliğini güvence altına almak amacıyla gözden geçirmekte midir?  Yönetimin gözden geçirmesinde, aşağıdaki hususlar değerlendirilmekte midir?  a) önceden yapılan yönetimin gözden geçirmelerindeki faaliyetlerin durumu,  b) İSG yönetim sistemi ile ilgili dış ve iç hususlardaki değişiklikler, aşağıdakiler de dâhil olmak üzere:  1) ilgili tarafların ihtiyaç ve beklentileri,  2) yasal gereklilikler ve diğer gereklilikler,  3) risk ve fırsatlar,  c) İSG politikası ve İSG hedeflerine ulaşma derecesi,  d) aşağıdakilerle ilgili eğilimler dâhil, kuruluşun İSG performansı hakkında bilgi:  1) olaylar, uygunsuzluklar, düzeltici faaliyetler ve sürekli iyileştirme,  2) izleme ve ölçme sonuçları,  3) yasal gereklilikler ve diğer gerekliliklere uygunluğu değerlendirme sonuçları,  4) denetim sonuçları,  5) danışma ve çalışanların  6) risk ve fırsatlar,  e) etkin bir İSG yönetim sisteminin sürekliliği için kaynakların yeterliliği,  f) ilgili taraflarla iletişim(ler),  g) sürekli iyileştirme için fırsatlar  Yönetimin gözden geçirmesine ait çıktılar aşağıdakilerle ilgili kararları içermekte midir?  - amaçlanan çıktılara ulaşmada İSG yönetim sisteminin uygunluğu, yeterliliği ve etkinliğinin sürekliliği,  - sürekli iyileştirme fırsatları,  - İSG yönetim sistemine olan herhangi bir değişiklik ihtiyacı,  - ihtiyaç duyulan kaynaklar,  - faaliyetler, gerektiğinde,  - diğer iş prosesleri ile İSG yönetim sisteminin entegrasyonun geliştirilmesi için fırsatlar,  - kuruluşun stratejik yönü ile ilgili çıkarımlar.  Üst yönetim yönetimin gözden geçirmesine ait ilgili çıktıları çalışanlara ve bulundukları yerde varsa, çalışan temsilcilerine (bk. 7.4) iletmekte midir?  Kuruluş yönetimin gözden geçirmesi sonuçlarının kanıtı olarak, dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza etmekte midir? |  |
| 10\*  10.1 | İYİLEŞTİRME  Genel  Kuruluş, iyileştirme için fırsatları belirlemekte (bk. Madde 9) ve İSG yönetim sisteminin amaçlanan çıktılarına ulaşmak için gerekli faaliyetleri gerçekleştirmekte midir? |  |
| 10.2 | Olay, uygunsuzluk ve düzeltici faaliyet  Kuruluş olayları ve uygunsuzlukları belirleme ve yönetmek için raporlama, araştırma ve faaliyet gerçekleştirme dâhil olmak üzere proses/prosesler oluşturmuş, uygulamakta ve sürekliliğini sağlamakta mıdır?  Bir olay veya bir uygunsuzluk oluştuğunda, kuruluş:  a) olaya veya uygunsuzluğa zamanında tepki vermekte ve uygulanabildiği durumda:  1) uygunsuzluğu kontrol etmek ve düzelmek için faaliyet gerçekleştirmekte,  2) sonuçları değerlendirmekte,  b) Olay veya uygunsuzluğun tekrar veya başka bir yerde oluşmaması için kök neden(ler)ini ortadan kaldırmak amacıyla düzeltici faaliyet ihtiyacını, çalışanların katılımı (bk. 5.4) ve diğer ilgili tarafları dâhil ederek, aşağıdakilerle değerlendirmekte,  1) olayı araştırma veya uygunsuzluğu gözden geçirme,  2) olayın veya uygunsuzluğun neden(ler)ini belirleme,  3) benzer olayların oluşup oluşmadığı, uygunsuzlukların var olup olmadığı veya potansiyel olarak ortaya çıkabileceğinin belirlenmesi,  c) İSG riskleri ve diğer risklerin var olan değerlendirmelerini gözden geçirmekte, uygulanabildiği durumda (bk. 6.1),  d) kontrol hiyerarşisi (bk.8.1.2) ve değişim yönetimine (bk.8.1.3) uygun olarak, düzeltici faaliyet de dâhil olmak üzere, ihtiyaç duyulan her türlü faaliyeti belirlemekte ve uygulamakta,  e) faaliyet gerçekleştirmeden önce yeni veya değişmiş tehlikelerle ilgili İSG risklerini değerlendirmekte,  f) düzeltici faaliyet de dâhil olmak üzere gerçekleştirilen faaliyetin etkinliğini gözden geçirmekte,  g) gerektiğinde, İSG yönetim sisteminde değişiklik yapmakta mıdır?  Düzeltici faaliyet, olayların etkilerine veya potansiyel etkilerine veya karşılaşılan uygunsuzluğun etkisine uygun olmakta mıdır?  Kuruluş, aşağıdakilerin kanıtı olarak dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza etmekte midir?   olayların veya uygunsuzlukların yapısı ve sonrasında gerçekleştirilen herhangi bir faaliyet,   herhangi faaliyet ve düzeltici faaliyetin etkinliği de dâhil olmak üzere, bunların sonuçları.  Kuruluş, bu dokümante edilmiş bilgiyi ilgili çalışanlara ve bulundukları yerde varsa, çalışan temsilcilerine ve diğer alakalı ilgili taraflara iletmekte midir? |  |
| 10.3 | Sürekli İyileştirme  Kuruluş, İSG yönetim sisteminin uygunluğunu, yeterliğini ve etkinliğini, aşağıdakiler ile sürekli iyileştirmekte midir?  a) İSG performansının arttırılması,  b) İSG yönetim sistemini destekleyen bir kültürün teşvik edilmesi,  c) İSG yönetim sisteminin sürekli iyileştirilmesi için faaliyetlerin uygulanmasında çalışanların katılımının teşvik edilmesi,  d) çalışanlara ve bulundukları yerde varsa, çalışan temsilcilerine sürekli iyileştirmenin ilgili sonuçlarının iletilmesi, sürekli iyileşmenin kanıtı olarak dokümante edilmiş bilgiyi tayin etmekte, sürekliliğini sağlamakta ve muhafaza etmekte midir? |  |

æ/deleteo4500118æ

ædeleteo5000118æ

| ISO 50001:2018 | | |
| --- | --- | --- |
| Gereklilikler | | Bulgular |
| 4 4.1\* | KURULUŞUN BAĞLAMI  Kuruluş ve bağlamının anlaşılması  EnYS iç ve dış hususları belirlenmiş midir?  *Kuruluş, iklim değişikliği ile ilgili bir husus olup olmadığını belirlemiş mi?* |  |
| 4.2\* | İlgili tarafların ihtiyaç ve beklentilerinin anlaşılması  a) Enerji performansı ve EnYS ile ilgili tarafları;  b) Bu ilgili taraflarla ilgili gereklilikleri;  c ) Belirlenmiş ihtiyaç ve beklentilerden hangilerine EnYS içerisinde yer verildiği belirlenmiş midir?  - Enerji verimliliği, enerji kullanımı ve enerji tüketimine ilişkin uygulanabilir yasal gerekliliklere ve diğer gerekliliklere erişilebilmekte midir?  - Bunların enerji verimliliğine, enerji kullanımına ve enerji tüketimine nasıl uygulandığı belirlenmiş midir?  - Bunlar göz önünde bulundurulmakta mıdır?  - Tabi olunan yasal gereklilikleri ve diğer gereklilikleri belirli aralıklarla gözden geçirilmekte midir?  *Not: İlgili tarafların iklim değişikliği ile ilgili gereklilikleri olabilir.* |  |
| 4.3\* | Enerji yönetim sisteminin kapsamının belirlenmesi  Kapsamın oluşturabilmesi için EnYS’nin sınırları ve uygulanabilirliği belirlenmiş midir?  EnYS’nin kapsamını belirlenirken, aşağıda belirtilenleri göz önünde bulundurulmuş mudur?  a) 4.1’de atıfta bulunulan dış ve iç hususlar;  b) 4.2’de atıfta bulunulan gereklilikler.  Kapsam ve sınırlar çerçevesinde enerji verimliliği, enerji kullanımı ve enerji tüketimi kontrol edebilmekte midir? Kapsam ve sınırlar çerçevesinde, bir enerji tipi dışarıda bırakılmakta mıdır?  EnYS’nin kapsamı ve sınırları dokümante edilmiş bilgi olarak tutulmakta mıdır? |  |
| 4.4 | Enerji Yönetim Sistemi  ISO 50001 standardı uyarınca bir EnYS oluşturulmuş, uygulanmakta, sürdürülmekte ve sürekli iyileştirilmekte midir? |  |
| 5 5.1 | LİDERLİK  Liderlik ve taahhüt  Üst yönetim, aşağıda belirtilen şekilde, EnYS’nin etkililiği ve enerji performansının sürekli iyileştirilmesi açısından liderlik ve bağlılık göstermekte midir?  a) EnYS kapsamı ve sınırlarının oluşturulmasını sağlayarak;  b) enerji politikasının (bk. 5.2), amaçlarının ve enerji hedeflerinin (bk. 6.2) oluşturulmasını ve kuruluşun stratejik yönü ile uyumlu olmasını sağlayarak;  c) EnYS gerekliliklerinin, kuruluşun iş proseslerine entegre olmasını sağlayarak;  d) faaliyet planlarının onaylanmasını ve uygulanmasını sağlayarak;  e) EnYS için gerekli kaynakların mevcut olmasını sağlayarak;  f) etkili enerji yönetiminin ve EnYS gerekliliklerine uygunluğun önemini duyurarak;  g) EnYS’nin, amaçlanan çıktıları vermesini sağlayarak;  h) Enerji performansı ve EnYS’nin sürekli iyileştirilmesini destekleyerek;  i) bir enerji yönetimi ekibinin oluşturulmasını sağlayarak;  j) EnYS’nin etkililiğine ve enerji performansının iyileştirilmesine katkıda bulunmak üzere insanları yönlendirerek ve destekleyerek;  k) diğer yönetim görevlerinin, kendi alanlarında liderliklerini göstermelerine destek olarak;  l) EnPG’nin/EnPG’lerin, enerji performansını uygun şekilde temsil etmesini sağlayarak;  m) EnYS’yi ve EnYS kapsamı ve sınırları çerçevesindeki enerji performansını etkileyen değişiklikleri tanımlayacak ve bu değişiklikleri ele alacak proseslerin oluşturulmasını ve uygulanmasını sağlayarak. |  |
| 5.2 | Enerji Politikası  Üst yönetim,  a) kuruluşun amacına uygun;  b) amaçların ve enerji hedeflerinin oluşturulması ve gözden geçirilmesi için bir çerçeve sunan (bk. 6.2);  c) amaçların ve enerji hedeflerinin gerçekleştirilmesi için bilgi ve gerekli kaynakların varlığını sağlama taahhüdü içeren;  d) enerji verimliliği, enerji kullanımı ve enerji tüketimine ilişkin uygulanabilir yasal gereklilikleri ve diğer gereklilikleri (bk. 4.2) karşılama taahhüdü içeren;  e) enerji performansının ve EnYS’nin sürekli iyileştirilmesi (bk. 10.2) taahhüdü içeren;  f) enerji performansını etkileyen, enerji bakımından verimli ürün ve hizmetlerin tedarik edilmesini (bk.8.3) destekleyen;  g) enerji performansının iyileştirilmesini dikkate alan tasarım faaliyetlerini destekleyen (bk. 8.2) bir enerji politikası oluşturmuş mudur?  Enerji politikası,  - dokümante edilmiş bilgi şeklinde bulunmakta mıdır (bk. 7.5);  - kuruluş içerisinde duyurulmakta mıdır?  - uygun görüldüğü şekilde, ilgili tarafların erişimine açılmakta mıdır?  - düzenli aralıklarla gözden geçirilmekte ve gerektiğinde güncellenmekte midir? |  |
| 5.3 | Kurumsal görev, yetki ve sorumluluklar  İlgili görevler için yetki ve sorumlulukların belirlenmesi ve kuruluş içinde duyurulmasını sağlanmış mıdır?  Üst yönetim, enerji yönetim ekibine aşağıda belirtilenler için sorumluluk ve yetki vermiş midir?  a) EnYS’nin oluşturulması, uygulanması, sürdürülmesi ve sürekli iyileştirilmesi;  b) EnYS’nin, bu dokümanın gerekliliklerine uygunluğunun sağlanması;  c) Enerji performansının sürekli iyileştirilmesi için faaliyet planlarının (bk. 6.2) uygulanması;  d) EnYS’nin performansına ve enerji performansının iyileştirilmesine ilişkin üst yönetime düzenli aralıklarla rapor verilmesi;  e) EnYS uygulamaları ve kontrolünün etkili olmasını sağlamaya yönelik gerekli kriter ve yöntemlerin belirlenmesi. |  |
| 6 6.1\* | PLANLAMA  Risk ve fırsatları belirleme faaliyetleri  6.1.1 EnYS için planlama yapılırken, 4.1’de atıfta bulunulan hususlar ile 4.2 ’de atıfta bulunulan gereklilikler göz önünde bulundurulmakta ve enerji performansını etkileyen faaliyetler ve prosesler gözden geçirilmekte midir? Planlama, enerji politikasıyla tutarlı olmakta ve enerji performansının sürekli iyileştirilmesiyle sonuçlanacak faaliyetlere yönlendirmekte midir?  Aşağıda belirtilen amaçlar için, ele alınması gereken riskler ve fırsatlar belirlenmiş midir?  - EnYS’nin, enerji performansı iyileştirmesi dâhil istenen sonuçları gerçekleştirebileceğine dair güvence vermek;  - istenmeyen etkileri önlemek veya azaltmak;  - EnYS’nin ve enerji performansının sürekli iyileştirilmesini sağlamak.  6.1.2 Aşağıda belirtilenler planlamakta mıdır?  a) riskleri ve fırsatları belirleme faaliyetleri;  b) aşağıdakileri nasıl yapacağını:  1) faaliyetleri EnYS'ye ve enerji performansı proseslerine entegre ederek uygulama;  2) bu faaliyetlerin etkililiğini değerlendirme. |  |
| 6.2\* | Amaçlar, enerji hedefleri ve bunlara ulaşmanın planlanması  6.2.1 İlgili fonksiyon ve seviyelerde amaçlar ve enerji hedefleri belirlenmiş midir?  Amaçlar ve enerji hedefleri:  a) Enerji politikasıyla tutarlı mıdır? (bk. 5.2);  b) Ölçülebilir midir? (Uygulanabilir ise);  c) Uygulanabilir gereklilikleri dikkate almakta mıdır?  d) ÖEK’leri göz önünde bulundurmakta mıdır? (bk 6.3);  e) Enerji performansını iyileştirme fırsatlarını (bk. 6.3) dikkate almakta mıdır?  f) İzlenmekte midir?  g) Duyurulmakta mıdır?  h) Uygun olduğunda güncellenmekte midir?  6.2.2 Amaçlar ve enerji hedeflerinin nasıl gerçekleştirileceği planlanırken, aşağıdakileri içeren faaliyet planları oluşturulmuş mudur?  - Ne yapılacağı;  - Ne tür kaynaklar gerekeceği;  - Kimin sorumlu olacağı;  - Ne zaman tamamlanacağı;  - Enerji performansının iyileştirilmesinin doğrulanması için, sonuçlarının nasıl değerlendirileceği (bk. 9.1). |  |
| 6.3\* | Enerji gözden geçirmesi  Bir enerji gözden geçirmesi geliştirilmiş ve uygulanmakta mıdır?  Enerji gözden geçirmesinde, aşağıda belirtilen konuların ele alınmış mıdır?  a) ölçüm ve diğer verilere bakarak enerji kullanımı ve tüketiminin analizi yani:  1) enerjinin mevcut çeşitlerinin tanımlanması  2) geçmişteki ve mevcut enerji kullanımı/kullanımları ve tüketiminin değerlendirilmesi  b) analize dayalı olarak ÖEK’lerin tanımlanması  c) her bir ÖEK için:  1) ilgili değişkenler belirlenmesi  2) mevcut enerji performansının belirlenmesi  3) ÖEK’leri etkileyen veya değiştiren kontrolü altında çalışan kişilerin tanımlanması  d) enerji performansının iyileştirilmesi için fırsatlar belirlenmesi ve önceliklendirilmesi  e) gelecekteki enerji kullanımları ve enerji tüketimi tahmin edilmesi |  |
| 6.4\* | Enerji Performansı Göstergeleri  Aşağıdaki gibi EnPG’ler belirlenmiş midir?  a) enerji performansını ölçmek ve izlemek için uygun olanlar;  b) kuruluşun enerji performansı gelişimini göstermesini sağlayanlar. |  |
| 6.5\* | Enerji Referans Çizgisi  Uygun bir zaman dilimi dikkate alınarak, enerji gözden geçirmelerinden gelen bilgiyi kullanarak (bk. 6.3) EnRÇ oluşturulmakta mıdır?  İlgili değişkenlerin enerji performansını önemli derecede etkilediğini gösteren veriler varsa, EnPG değerlerinin ve bunlara karşılık gelen EnRÇ’lerin normalleşmesi sağlanmakta mıdır?  a) EnPG(ler) artık enerji performansını yansıtmıyorsa;  b) statik faktörlerde büyük değişiklikler olmuşsa;  c) önceden belirlenmiş bir yönteme göre.  EnRÇ bilgileri, ilgili değişken verileri ve EnRÇ’lere yapılan değişiklikler dokümante edilmiş bilgi olarak muhafaza etmekte midir? (bk. 7.5). |  |
| 6.6\* | Enerji verilerinin toplanmasının planlanması  Enerji performansını etkileyen çalışmaların önemli karakteristikleri, planlı aralıklarla tanımlanmakta, ölçülmekte, izlenmekte ve analiz edilmekte midir (bk. 9.1)?  Kuruluşun büyüklüğüne, karmaşıklığına, kaynaklarına ve ölçüm ve izleme donanımına uygun bir enerji veri toplama planı tanımlanmış ve uygulamakta mıdır? Plan, önemli karakteristikleri izlemek için gerekli veriyi belirlemekte ve verinin nasıl ve hangi sıklıkta toplanacağını ve tutulacağını göstermekte midir?  Toplanacak veri (veya uygunsa ölçüm ile elde edilecek veri) ve tutulan dokümante edilmiş bilgi belirlenmiş midir? (bk. 7.5)  a) ÖEK’lere ait değişkenler;  b) ÖEK’ler ve kuruluşa ilişkin enerji tüketimi;  c) ÖEK’lere ilişkin çalışma kriterleri;  d) uygunsa, statik faktörler;  e) faaliyet planlarında belirtilen veriler.  Enerji veri toplama planı önceden belirlenmiş aralıklarda uygun biçimde gözden geçirilmekte ve güncellenmekte midir? |  |
| 7 7.1 | DESTEK  Kaynaklar  Enerji performansının ve EnYS’nin oluşturulması, uygulanması, sürdürülmesi ve sürekli iyileştirilmesi için gerekli kaynakları belirlenmiş ve sağlanmış mıdır? |  |
| 7.2 | Yetkinlik  Kuruluş,  a) kontrolü altında iş yapan, enerji performansını ve EnYS’ yi etkileyen işleri yapan kişilerin gerekli yetkinliklerini belirlemekte midir?  b) bu kişilerin, uygun eğitim, öğretim, beceri veya tecrübe temelinde yetkin olmasını sağlamakta mıdır?  c) uygulanabilir olduğunda, gerekli yetkinliği kazanmak için gerekli faaliyetlerde bulunmakta ve gerçekleştirilen faaliyetlerin etkililiğini değerlendirmekte midir?  d) yetkinliğin kanıtı olarak uygun dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza etmekte midir? (bk. 7.5). |  |
| 7.3 | Farkındalık  Kuruluşun kontrolü altında iş yapan kişiler, aşağıda belirtilenlere ilişkin farkındalığa sahip midir?  a) enerji politikası (bk. 5.2);  b) amaçların ve enerji hedeflerinin başarılması (bk. 6.2) da dâhil olmak üzere EnYS’ nin etkililiğine olan katkıları ve iyileştirilmiş enerji performansının faydaları;  c) enerji performansı bağlamında faaliyetlerinin veya davranışlarının etkisi;  d) EnYS gerekliliklerine uymamanın etkileri |  |
| 7.4 | İletişim  Aşağıda belirtilenler dâhil, EnYS ile ilgili iç ve dış iletişimler belirlenmiş midir?  a) neyin ileteceği;  b) ne zaman iletileceği;  c) kiminle iletişime geçileceği:  d) nasıl iletileceği;  e) kimin ileteceği.  Kuruluş, kendi kontrolü altında çalışan herkesin EnYS ve enerji performansı hakkında görüş bildirebileceği ve iyileştirme önerebileceği bir proses oluşturmuş ve uygulamakta mıdır?  Önerilen iyileştirmelere ait dokümante edilmiş bilgiler muhafaza edilmekte midir? |  |
| 7.5\* 7.5.1 | Dokümante edilmiş bilgi  Genel  EnYS, aşağıdakileri içermekte midir?  a) ISO 50001 standardının gerektirdiği dokümante edilmiş bilgi;  b) Kuruluş tarafından belirlenen, EnYS’nin etkinliği ve enerji performansının gelişimini göstermek için gerekli olan dokümante edilmiş bilgi. |  |
| 7.5.2 | Oluşturma ve güncelleme  Dokümante edilmiş bilgiler oluşturulurken ve güncellenirken aşağıdakilerin uygunluğu güvence altına alınmış mıdır?  a) Tanımlama ve açıklama (örneğin, bir başlık, tarih, yazar veya referans numarası),  b) Format (örneğin, dil, yazılım sürümü, grafikler) ve ortam (örneğin, kâğıt, elektronik),  c) Uygunluk ve yeterlilik için gözden geçirme ve onay |  |
| 7.5.3 | Dokümante edilmiş bilginin kontrolü  EnYS’nin ve ISO 50001 standardının gerektirdiği dokümante edilmiş bilgi, aşağıdakileri sağlamak için kontrole dilmekte midir?  a) bilginin ihtiyaç duyulduğu yer ve zamanda erişilebilir ve kullanıma uygun olması;  b) bilginin yeterli oranda korunması (ör. gizliliğin kaybı, uygun olmayan kullanım veya bütünlük kaybına karşı).  Dokümante edilmiş bilginin kontrolü için, uygulanabilir olduğu ölçüde aşağıdaki faaliyetleri ele alınmakta mıdır?  - dağıtım, erişim, geri alma ve kullanma;  - okunaklılığın korunması dâhil olmak üzere depolama ve koruma;  - değişikliklerin kontrolü (ör. sürüm kontrolü);  - muhafaza ve elden çıkarılması. |  |
| 8 8.1\* | OPERASYON  Operasyonel planlama ve kontrol  6.2’de belirlenen faaliyetleri hayata geçirmek ve gereklilikleri yerine getirmek için gerekli olan ÖEK’lere ilişkin (bk. 6.3) prosesler, aşağıdakiler vasıtasıyla planlanmakta, uygulanmakta ve kontrol edilmekte midir?  a) Olmaması durumunda, amaçlanan enerji performansından önemli bir sapmaya sebep olacak; tesislerin, donanımın, sistemlerin ve enerji kullanan proseslerin etkili biçimde çalışması ve bakımı dâhil olmak üzere proseslere ilişkin kriterleri oluşturmak;  b) ilgili kriterleri Kuruluşun kontrolü altında çalışan ilgili kişilere iletmek (bk. 7.4);  c) oluşturulan kriterlere uygun olarak tesislerin, donanımın, sistemlerin ve enerji kullanan proseslerin çalışması ve bakımı dâhil, kriterlere göre prosesleri kontrol etmek;  d) proseslerin planlanan şekilde yürütüldüğünden emin olmak için gereken ölçüde dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza etmek (bk. 7.5).  Planlı değişiklikler kontrol edilmekte ve plansız değişikliklerin sonuçları, olumsuz etkileri azaltmak için gerekli tedbirler alınarak gözden geçirilmekte midir? |  |
| 8.2 | Tasarım  Planlanan veya beklenen çalışma ömrü boyunca, enerji performansı üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilecek yeni, değiştirilmiş ve yenilenmiş tesislerin, donanımın, sistemlerin ve enerji kullanan proseslerin tasarımında, performans artırma fırsatları ve çalışma kontrolleri dikkate alınmakta mıdır?  Uygulanabilir olduğunda, enerji performans değerlendirme sonucu şartname, tasarım ve satınalma faaliyetlerine dâhil edilmekte midir?  Enerji performansına ait tasarım faaliyetlerinin dokümante edilmiş bilgisi muhafaza edilmekte midir? |  |
| 8.3 | Tedarik  ÖEK’ler üzerinde etkisi olan veya olabilecek enerji kullanan ürünler, donanım ve hizmetler satın alınırken, enerji performansının satın almadaki değerlendirme kriterlerinden biri olduğu tedarikçilere bildirilmekte midir?  Uygulanabilir olduğunda, aşağıdakiler için gereklilikler belirlenmekte ve iletilmekte midir?  a) tedarik edilen donanım ve hizmetlerin enerji performansının sağlanması;  b) enerji satın alımı. |  |
| 9 9.1  9.1.1 | PERFORMANS DEĞERLENDİRME  Enerji performansı ve EnYS’nin izlenmesi, ölçümü, analizi ve değerlendirilmesi  Genel  Enerji performansı ve EnYS için aşağıdakileri belirlenmiş midir?  a) aşağıda verilen önemli karakteristikler dâhil neyin izlenmesi ve ölçülmesi gerektiği:  1) amaçlar ve enerji hedeflerini tutturmada faaliyet planlarının etkililiği;  2) EnPG(ler);  3) ÖEK’lerin çalışması;  4) gerçekleşen ile beklenen enerji tüketimi kıyaslanması;  b) uygulanabilir olduğu ölçüde, geçerli sonuçlar elde etmek için izleme, ölçme, analiz ve değerlendirme yöntemleri:  c) izleme ve ölçmenin ne zaman gerçekleştirileceği;  d) izleme ve ölçme sonuçlarının ne zaman analiz edileceği ve değerlendirileceği.  Enerji performansı ve EnYS’nin etkililiği değerlendirilmekte midir? (bk. 6.6).  Enerji performansındaki artış EnPG değerlerinin (bk. 6.4) karşılık gelen EnRÇ(ler) (bk. 6.5) ile kıyaslanması ile değerlendirilmekte midir? Bu değerlendirme ve harekete geçmenin sonuçlarına dair dokümante edilmiş bilgi tutulmakta mıdır? (bk. 7.5)  İzleme ve ölçmenin sonuçlarına dair dokümante edilmiş uygun bilgiyi muhafaza edilmekte midir? (bk. 7.5). |  |
| 9.1.2\* | Yasal gerekliliklere ve diğer gerekliliklere uygunluğun değerlendirilmesi  Planlanan aralıklarda, enerji verimliliği, enerji kullanımı, enerji tüketimi ve EnYS’lere ilişkin olarak yasal ve diğer gerekliliklere (bk. 4.2) olan uygunluk değerlendirilmekte midir? Uygunluk ve alınan önlemlerin sonuçlarının değerlendirilmesine ait dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza edilmekte midir? (bk. 7.5). |  |
| 9.2\* | İç denetim  9.2.1 EnYS’nin aşağıdakileri karşılayıp karşılamadığına dair bilgi edinmek için planlı aralıklarla EnYS’nin iç denetimi yapılmakta mıdır?  a) enerji performansını artırması;  b) aşağıdakilere uygun olması:  Kuruluşun kendi EnYS’sine dair gereklilikler; enerji politikası (bk. 5.2), amaçlar ve enerji hedefler (bk. 6.2); ISO 50001 standardının gereklilikleri;  c) etkili biçimde uygulanması ve sürdürülmesi.  9.2.2 Kuruluş,  a) ilgili proseslerin önemi ve daha önceki denetimlerin sonuçlarını dikkate alan, sıklık, yöntemler, sorumluluklar, planlama gereklilikleri ve raporlama dâhil bir denetim programı planlamış, uygulamakta ve sürdürmekte midir?  b) denetim kriterleri ve her bir denetimin kapsamını belirlemiş midir?  c) denetçiler seçilmiş ve denetim prosesinin bağımsızlığı ve tarafsızlığını sağlamakta mıdır?  d) denetim sonuçları, ilgili yönetimine raporlanmasını sağlamakta mıdır?  e) 10.1 ve 10.2’ye göre uygun faaliyetlerde bulunmakta mıdır?  f) denetim programı ve denetim sonuçlarının uygulanmasına kanıt olarak dokümante edilmiş bilgileri muhafaza etmekte midir? (bk. 7.5). |  |
| 9.3\* | Yönetimin gözden geçirmesi  9.3.1 Üst yönetim, uygunluğunun devamı, yeterliliği, etkililiği ve Kuruluşun stratejik yönü ile uyumluluğunu sağlamak amacıyla EnYS’ni planlı aralıklarda gözden geçirmekte midir?  9.3.2 Yönetimin gözden geçirmesi aşağıdakileri dikkate almakta mıdır?  a) önceki yönetim gözden geçirmelerinde ele alınan faaliyetlerin durumu;  b) EnYS’lere ilişkin iç ve dış hususlar ile bunlara bağlı riskler ve fırsatlardaki değişiklikler;  c) aşağıdaki hususlarla ilgili gidişat dâhil olmak üzere, EnYS performansına dair bilgi:  1) uygunsuzluklar ve düzeltici faaliyetler;  2) izleme ve ölçüm sonuçları;  3) denetim sonuçları;  4) yasal gerekliliklere ve diğer gerekliliklere dair uygunluk değerlendirme sonuçları;  d) yetkinlikle ilgili olanlar dâhil sürekli iyileşmeye ilişkin fırsatlar;  e) enerji politikası.  9.3.3 Yönetimin gözden geçirmesine sunulan enerji performansı girdileri aşağıdakileri içermekte midir?  - amaçlar ve enerji hedeflerinin ne düzeyde karşılandığı;  - EnPG’ler dâhil, izleme ve ölçme sonuçlarına göre enerji performansı ve enerji performans iyileştirilmesi;  - faaliyet planlarının durumu.  9.3.4 Yönetimin gözden geçirmesi çıktıları, sürekli iyileşme fırsatlarına ilişkin kararları ve aşağıdakiler dâhil olmak üzere EnYS’deki tüm değişiklik ihtiyaçlarını içermekte midir?  a) enerji performansını artırma fırsatları;  b) enerji politikası;  c) EnPG(ler) veya EnRÇ(ler);  d) amaçlar, enerji hedefleri, faaliyet planları veya diğer EnYS unsurlar ile tutturulamamışsa yapılacak faaliyetler;  e) iş prosesleri ile entegrasyonu artırma fırsatları;  f) kaynakların tahsisi;  g) yetkinlik, farkındalık ve iletişimin artırılması;  Yönetimin gözden geçirmesi sonuçlarının kanıtı olacak dokümante edilmiş bilgi muhafaza edilmekte midir? |  |
| 10\* 10.1 | İYİLEŞTİRME  Uygunsuzluk ve düzeltici faaliyet  Bir uygunsuzluk tespit edildiğinde,  a) uygunsuzluğa tepki verilmekte, uygulanabildiğinde;  1) uygunsuzluğu kontrol altına almak ve düzeltmek için tedbirler alınmakta mıdır?  2) uygunsuzluğun sonuçları ele alınmakta mıdır?  b) aşağıdakilerin yapılması ile uygunsuzluğun tekrar meydana gelmemesi veya başka bir yerde oluşmaması için sebeplerinin ortadan kaldırılması amacıyla faaliyet ihtiyacı değerlendirilmekte midir?  1) uygunsuzluğun gözden geçirilmesi;  2) uygunsuzluğun sebeplerinin belirlenmesi;  3) benzer uygunsuzlukların var olup olmadığının veya meydana gelme olasılığının belirlenmesi;  c) ihtiyaç duyulan tüm faaliyetler uygulanmakta mıdır?  d) gerçekleştirilen düzeltici faaliyetlerin etkililiği gözden geçirilmekte midir?  e) gerekli olduğu durumda EnYS’de değişiklikler yapılmakta mıdır?  Aşağıdakilere dair dokümante edilmiş bilgileri muhafaza edilmekte midir?  - uygunsuzlukların ve akabinde gerçekleştirilen faaliyetlerin niteliği;  - düzeltici faaliyetlerin sonuçları. |  |
| 10.2 | Sürekli iyileştirme  Kuruluş, EnYS’nin uygunluğunu, yeterliliğini ve etkililiğini sürekli iyileştirmekte midir? Kuruluş enerji performans iyileştirmesinin sürekliliğini göstermekte midir? |  |

æ/deleteo5000118æ