一阶段审核计划

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受审核方 | | | 河北惠康餐饮管理有限公司 | | | | | | | | | | | | | | |
| 注册地址（同营业执照） | | | 保定市竞秀区新市场街道办事处天鹅西路538号门脸 | | | | | | | | | | | | | | |
| 经营地址（同审核现场） | | | 河北省保定市七一中路103号（学生三食堂）（承包中央司法警察学院食堂） | | | | | | | | | | | | | | |
| 合同编号 | | | 0867-2021-H | | | | 审核领域 | | | | □QMS□50430□EMS□OHSMS  □FSMS ■HACCP □EnMS | | | | | | |
| 联系人 | | | 安小琪 | | | | 联系电话 | | | | 15103121650 | | | | 邮箱 | 1140192385@qq.com | |
| 最高管理者或管理者代表 | | | 胡红亮 | | | | 联系电话 | | | |  | | | |
| 审核目的 | | | **1、了解组织的基本情况（现场分布、产品和生产工艺）。**  **2、了解组织建立的管理体系对认证审核的准备程度，确认是否具备第二阶段审核的条件，确定第二阶段审核的重点及资源配置。**  **3、确认审核范围和认证范围。** | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核类型 | | | **一阶段非现场** | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核方法 | | | □现场审核■远程审核□非现场 □现场非现场审核（仅限一阶段） | | | | | | | | | | | | | | |
| 远程审核方式 | | | ☑音频☑视频☑数据共享☑远程接入 | | | | | | | | | | | | | | |
| 远程审核资源 | | | ☑网络☑智能手机□台式电脑☑笔记本电脑□录像机□照相机□可穿戴设备 | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核范围 | | | 位于河北省保定市七一中路103号（学生三食堂）河北惠康餐饮管理有限公司资质范围内的单位食堂热食类食品制售 | | | | | | | | | | 项目专业代码 | | E | | |
| 审核准则 | | | **□GB/T19001-2016/ISO 9001:2015** **□GB/T 50430-2017**  **□GB/T24001-2016/ISO 14001:2015** **□GB/T 45001-2020/ISO45001：2018**  **□GB/T 23331-2020/ISO50001：2018标准□RB/T （行业认证标准）**  **FSMS：****□ISO22000：2018**  **HACCP：****■ GB/T27341-2009 ☑ GB 14881-2013**  **□《危害分析与关键控制点（HACCP体系）认证补充要求 1.0》**  **☑适用于受审核方的法律法规及其他要求；☑认证合同**  **☑受审核方管理体系文件 (手册版本号： )** | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核日期 | | | **现场审核于****2021年11月25日 上午至2021年11月25日 上午，共****0.5天。**  **远程审核于年月日至年月日，共天。** | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核语言 | | | ☑**普通话**□**英语**□**其他** | | | | | | | | | | | | | | |
| **审核员信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 组内身份 | | 姓名 | | 性别 | 注册证书号 | | | 审核方式 | | | | 专业代码 | | 联系电话 | | | 见证安排 |
| 组长 | | 张静 | | 女 | 2021-N1HACCp-3011923 | | | 现场审核 | | | | E | | 13501146660 | | |  |
| 组员 | | 任学礼 | | 男 | 2021-N1HACCP-1232990 | | | 远程审核 | | | |  | | 15708225160 | | |  |
|  | |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  |
| **技术专家信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 组内身份 | | 姓名 | | 性别 | 现工作单位名称 | | | | 职务或职称 | | | 专业代码 | | 组内代码 | | | 联系电话 |
|  | |  | |  |  | | | |  | | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  |  | | | |  | | |  | |  | | |  |
| **承诺: 在审核过程中接触的有关受审核方特定产品或机密信息，未经受审核方书面同意不得透露给第三方。当法律要求需要信息提供给第三方时，本机构书面通知受审核方所要提供的信息。** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 审核组长 | 张静 | | | | | 受审核方  签字及公章 | | | |  | | | | | | | |
| 联系电话 | 13501146660 | | | | |
| 日期 | 2021-11-20 | | | | | 日期 | | | |  | | | | | | | |

一阶段现场审核计划

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **审核日程安排** | | | |
| **日期** | **时间** | **受审核部门、场所及审核内容** | **审核人员** |
| **11-25** | **8:30-9:00** | **首次会议** | **审核组** |
|  | **9:00-10:00** | 合同基本信息确认:   * 核对资质证书（营业执照、生产（安全）许可证、行业许可证、3C证书等）**原件**和复印件/扫描件的一致性 * 确定审核范围的合理性（地址、产品/服务） * 确定多现场和临时现场的地址 * 确定有效的员工人数 * 生产、服务的班次 * 体系运行时间是否满足3个月 | **审核员A** |
|  | **10:00-10:30** | 了解企业基本情况：   * 组织环境 * 主要的相关方和期望 * 风险的识别和评价 * 组织机构的设置 * 外部提供过程、产品和服务 * 被主管部门处罚和曝光情况 * 其他机构转入情况（适用时） | **审核员A** |
|  | **9:00-09:30** | 文件化体系策划情况  -管理手册；  -文件化的程序；  -作业文件；  -记录表格 | **审核员B** |
|  | **9:30-10:30** | **各**管理体系的运行情况：   * 管理方针制定与贯彻情况 * 管理目标及完成统计 * 员工对相关标准的认知和能力（贯标培训、应知应会、持证上岗等） * 相关方/客户的反馈 * 内审的策划和实施 * 管理体系的评审 * 对多场所/临时场所建立的控制的水平（适用时） * 识别二阶段审核的资源配置情况和可行性 | **审核员B** |
|  | **10:30-12:00** | FSMS/HACCP运行情况：   * 查看食品安全危害识别的充分性和评估的合理性 * 查看人流、物流、水流、气流的合理性 * 查看PRP、OPRP和HACCP计划（仅限FSMS） * 查看GMP、SSOP和HACCP计划（仅限HACCP） * 了解食品安全的关键控制点、关键限值的确定及其支持性证据。 * 了解员工的健康（证）的情况； * 了解适用的食品安全法律（产品执行的标准或技术要求）和其他要求的获取、识别程序实施情况和合规性评价 * 控制措施的确认、活动的验证和改进方案符合食品安全管理体系标准的要求; * 食品安全管理体系的文件和安排适合内部沟通和与相关供应商、顾客、利益相关方的沟通; * 标识、追溯计划和产品召回/撤回 * 查看产品食品安全性检验的证据（报告） * 充分识别委托加工等生产活动对食品安全的影响程度； * 了解产品顾客投诉处理 * 了解应急准备和响应情况 | **审核员B** |
|  | **10:30-12:00** | FSMS/HACCP场所巡查:   * 巡视生产区域（厂区、车间、库房、实验室等） * 巡视动力设施和辅助设施（水源井、软化水间、锅炉房、高低压配电室、空压站、制冷站、食堂等） * 确认生产/服务流程 * 观察基础设施完好并运行（生产设备和员工设施等） * 观察食品安全相关的监视和测量设备的种类并了解检定/校准情况 * 观察使用特种设备的种类并了解定期检测和备案登记情况 * 观察工作环境（清洁、消毒、虫害防治等） | **审核员A** |
|  | **12:00-12:30** | 末次会议 |  |

**注：根据项目涉及的体系选择上述内容；可将无关的体系内容删除！**

**若是全日审核，请明确午餐时间！**