

TETKİK RAPORU

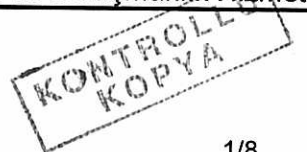
1. FİRMA:	
Adı:	Simet Teknoloji San.Tic. A.Ş.
Adres:	1065.Cad.1280.Sok.No:5/17-18 Öveçler/ANKARA
İletişim Bilgileri:	
Müşteri Temsilcisi:	Zehra KURT
Görevi:	Yönetim Temsilcisi
Telefon:	0 312 472 87 87
Fax:	0 312 472 31 31
Website:	www.simet.com.tr
E-mail:	simelb@simet.com.tr
Denetlenen Saha(lar):	
1065.Cad.1280.Sok.No:5/17-18 Öveçler/ANKARA	

2. TETKİK				
Tetkik Türü:	Aşama 2 ☐	Gözetim ☐	Yenileme ya da Transfer ☒	Özel ☐
	Tek ☒	Entegre ☐	Birleşik ☐	Ortak ☐
Denetim Tarih(leri):	Denetim Süresi	Rapor No:	H 0177 04	
23.05.2017	1,5 Adam / Gün	Belge No:	M 9885	
		Son Geçerlilik Tarihi:		

3. TETKİK EKİBİ	
Baş Tetkikçi:	Cumhur Büyükduman
Tetkik Ekibi Üyeleri:	Mehmet Özen
Gözlemciler/Çevirmenler/Teknik Uzmanlar:	
Aday Denetçi:	

4. TETKİK KRİTERLERİ	
Standart(lar):	OHSAS 18001:2007
Tetkik Kriterleri:	Kuruluşun tanımlı süreçleri ve dokümantasyonu ile yukarıda belirtilen standart(lar).

5. TETKİK DETAYLARI	
Tetkik Hedefleri:	- Tetkik kriteri ile birlikte kuruluşun yönetim sisteminin uygunluğunun değerlendirilmesi, - Kuruluşun uygulanabilir kanun, mevzuat ve sözleşme gereksinimlerinin karşılandığından emin olmak için yönetim sistemi yeterliliğinin değerlendirilmesi - Kuruluşun devamlı şekilde belirli amaçlarını karşıladığından emin olmak için yönetim sisteminin etkinliğinin değerlendirilmesi - Uygulanabilir olacak şekilde, yönetim sisteminin potansiyel geliştirilebilir alanlarının tayin edilmesi
Belgelendirme Kapsamı:	Proje ve Proje Yönetimi (Network, İletişim ve Geniş Alan Ağı, Ağ Güvenliği), Yapısal Kablolama, Bilgisayar, Bilgisayar Yan Donanımları (Sunucu, İş İstasyonu, Kişisel Bilgisayar, Diz Üstü Bilgisayar), Görüntüleme, Projeksiyon, İnternet, Görüntü İletimi, Veri, Ses, İletişim, Uydu, Yerel ve Geniş Alan Ağı, Ölçü ve Test Cihazları, Yazılım ve Yazılım Güvenliği Tasarımı, Geliştirilmesi, Satışı ve Satış Sonrası Teknik Destek Hizmetleri, Eğitim ve Danışmanlık Hizmetleri



TETKİK RAPORU

İzin Verilen Hariç Tutmalar:	Hariç tutma bulunmamaktadır.
IAF ve NACE Kod / Cat:	33 J 62.0

6. UYGUNSUZLUKLAR			
Major Uygunsuзluklar Sayısı:		Minor Uygunsuзluklar Sayısı:	
--			
Önceki Denetim Uygunsuзluklarının Etkinlik Doğrulanması:			
Yenileme denetiminde uygunsuзluk tespit edilmemiştir.			

7. GELİŞME OLANAKLARI
-Gelişme olanağı bulunmamaktadır.

8. TETKİK GEÇMİŞİNİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ (YENİLEME/TRANSFER)			
Belgelendirme	25.06.2014		2 adam/gün
1. Gözetim Denetimi	30.06.2015	—	1 adam/gün
2. Gözetim Denetimi	23.06.2016		1 adam/gün
Uygundur.			



TETKİK RAPORU

9. TETKİK ÖZETİ (SINIRLI ÖRNEK İNCELEME İLE GÖZLEMLENMİŞTİR)

GEREKSİNİM		EVET	HAYIR	N/A
2 Aşama tetkik amaçları ISO/IEC 17021-1:2015 standardının 9.3.1.3 e göre 2. Aşama tetkikin amacı, müşterinin yönetim sisteminin etkinliği dâhil, uygulamayı değerlendirmektir. 2 Aşama tetkiki, müşterinin bütün sahasında/sahalarında yapılmalıdır. Aşama 2 tetkiki en azından aşağıdaki hususları içermelidir.		☒	☐	☐
1	Uygulanabilir yönetim sistem standardı veya diğer hüküm ifade eden dokümanların şartlarına uygunluk hakkındaki bilgi ve kanıt.	☒	☐	☐
2	Temel performans hedefleri ve amaçlarına yönelik (uygulanabilir yönetim sistem standardı veya diğer hüküm ifade eden dokümanlardaki beklentilerle tutarlı) performansın izlenmesi, ölçülmesi, kayıt altına alınması ve gözden geçirilmesi.	☒	☐	☐
3	Müşterinin yönetim sistemi kabiliyeti ve uygulanabilir statüsel, düzenleyici ve yapısal şartların karşılanması ile ilgili performansı.	☒	☐	☐
4	Müşteri proseslerinin operasyonel kontrolü.	☒	☐	☐
5	İç tetkik ve yönetimin gözden geçirilmesi.	☒	☐	☐
6	Müşteri politikaları için yönetimin sorumluluğu.	☒	☐	☐
Yeniden belgelendirme tetkik amaçları ISO/IEC 17021-1:2015 standardının 9.6.3.2.1 e göre Yeniden belgelendirme tetkiki, aşağıdaki hususları ele alan, bir saha tetkikini kapsamalıdır.		EVET	HAYIR	N/A
1	İç ve dış kaynaklı değişiklikler ve bunun belgelendirme kapsamının süregelen ilgisi ve uygulanabilirliği ışığında bir bütün olarak yönetim sisteminin etkinliğini.	☐	☐	☐
2	Bütünsel performansı arttırmak için yönetim sisteminin etkinliğini ve iyileştirilmesini sürdürmeye yönelik gösterilen taahhüdünü	☐	☐	☐
3	Belgelendirilmiş müşterinin amaçlarına ulaşma ve ilgili yönetim sistemi/ sistemlerinin amaçlanan sonuçları bakımından yönetim sisteminin etkinliğini.	☐	☐	☐

10. REFERANS	TETKİK BULGULARI
KIWA MEYER ve Akreditasyon logosu/işareti kullanımı uygun mu?	Uygun: ☒ Uygun Değil: ☐
Müşterinin prosesler etkileşimi ana lokasyonu destekleyen tüm destek/uzak lokasyonları belirtiyor mu?	Uygulanabilir değil: ☒ Uygulanabilir: ☐ (eğer uygulanabilir ise özetle anlatınız):
Önceki tetkike ait uygunsuzluk raporlarının geçerliliği (eğer uygulanabilirse özetle anlatınız): Uygulanabilir değil	
Son tetkikten itibaren doküman değişiklikleri dahil KYS'nin yapısı ve revizyon durumu (eğer uygulanabilirse özetle anlatınız): Uygulanabilir değil	
Tetkik planında herhangi bir sapma var mı? Varsa nedeni. Yok	
Tetkik programını etkileyen durum var mı? Varsa açıklayınız. Yok	

TETKİK RAPORU

Belgelendirme kapsamı kuruluşun faaliyet alanına, proseslerine uygun mu? Hayır ise açıklayınız.

Evet

Firma çoklu tesislere sahip mi? Evet ise örnekleme gerekçelerini açıklayınız.

Hayır

11. DENETİM EKİBİ TAVSİYESİ:

- ☐ İlk Belgelendirme (Aşama 2 Denetimi)
- ☒ Yeniden Belgelendirme (Yeniden Belgelendirme Denetimi)
- ☐ İlk Belgelendirme (Aşama 2 Denetimi) / (Yeniden Belgelendirme Denetimi) (Uygunsuzluklar Kapatıldıktan Sonra)
- ☐ Belgelendirmeyi Sürdürme (Gözetim Denetimi)
- ☐ Belgelendirmeyi Sürdürme (Gözetim Denetimi) (Uygunsuzlukların Kapatılarak, Yeniden Uygunluğun Sağlanmasına Bağlı Olarak)
- ☐ Belgelendirmeyi Askıya Alma
- ☐ Belgelendirmeyi İptal Etme

Tetkik mevcut bilgilerin örnekleme prosesi esas alınarak gerçekleştirilmiştir. Bu raporun içeriği, tetkik sırasında alınan notlar, kontrol listeleri sıkı bir gizlilikle korunacak, akreditasyon Kurumlarının Kiwa Meyer Belgelendirme Hizmetleri A.Ş.'nin tetkiki sırasındaki talepleri ve yasal otoritelerin dışında hiçbir üçüncü tarafa müşterinin yazılı izni olmadan verilmeyecektir.

12. PROSESLER VE İLGİLİ STANDART MADDELERİ DEĞERLENDİRİLMESİ (OHSAS 18001)

Sapmalar, Yorum ve Gözlemler

4.1 Genel Şartlar

Gereksinimler:

- ☒ Yeterli
- ☐ Kısmen Yeterli, Bakınız Minor Uygunsuzluk No. Kapatıldı mı ☐ Evet ☐ Hayır
- ☐ Yetersiz, Bakınız Major Uygunsuzluk No ; Kapatıldı mı ☐ Evet ☐ Hayır

4.1

Firma uygun İSG yönetim sistemini kurmuş ve bu sistemi İş Sağlığı ve Güvenliği El Kitabı KEK, Prosedürler, Talimatlar, İş Akışları, Organizasyon El Kitabı, Formlar ve Destek Dokümantasyon için ayrı ayrı oluşturulmuş ve doküman etmiştir.

Uygulamalar oluşturulan formlar üzerinde kayıtlarla ispatlanmıştır.
Sistem 22.03.2014 tarihinde yürürlüğe girmiştir

4.2 İSG Politikası

Gereksinimler:

- ☒ Yeterli
- ☐ Kısmen Yeterli, Bakınız Minor Uygunsuzluk No. Kapatıldı mı ☐ Evet ☐ Hayır
- ☐ Yetersiz, Bakınız Major Uygunsuzluk No ; Kapatıldı mı ☐ Evet ☐ Hayır

4.2

İSG Politikası:

İSG Politikası; İSG, hizmet kalitesi, sürekli iyileştirme, standart ve yasal koşullara uygunluk, çevreye duyarlılık ifadelerini içerecek şekilde doküman etilmiş ve tüm personele duyurulmuştur. 22.03.2014, herhangi bir revizyon bulunmamaktadır.

4.3 Planlama

Gereksinimler:

- ☒ Yeterli
- ☐ Kısmen Yeterli, Bakınız Minor Uygunsuzluk No. Kapatıldı mı ☐ Evet ☐ Hayır
- ☐ Yetersiz, Bakınız Major Uygunsuzluk No ; Kapatıldı mı ☐ Evet ☐ Hayır

4.3.1

Tehlike tanımlama, Risk değerlendirme, Kontrollerin belirlenmesi:

Kiwa - Meyer Belgelendirme Hizmetleri A.Ş.
İTOSB 9. Cadde No:15 Tepeören Tuzla - İstanbul / TÜRKİYE
Tel: +90 216 593 25 75; Fax: +90 216 593 25 74
www.kiwa.com.tr



TETKİK RAPORU

	Tehlikeler belirlenmiş, Risk tanımlamaları yapılmış, gözetim denetim sonucu DOF lerinin Ekindedir. Risk analiz formu Frm.69(İSG Risk Analiz Formu) yayın tarihi 18.09.2014
4.3.2	Yasal gereklilikler tespit edilmiş, dokümanite edilmiştir. Yasal Mevzuat takip prosedürü görülmüştür. Yasal şartlar periyodik gözden geçilmektedir. 10.01.2017 tarihli YGG kayıtları görülmüştür. YGG 02 Ticaret Odası Faaliyet Belgesi Ticaret sicil gazetesi İşyeri Tescil tarihi GSM İşletme Ruhsatı Görülmüştür.
4.3.3	İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin hedefler belirlenmiştir. Hedefler belirlenmiştir. - 2017 Hedefleri DD.5.4.1: - en az 1 çalışana ilkyardım sertifikası aldirmek - Herkeze en az bir İSG eğitimi aldirmek - Yılda en az 1 defa yangın – isg tatbikatı yapmak ve eğitimini vermek - 2017 yılı içerisinde 1 adet portör muayenesinin yapılması İş sağlığı ve İş güvenliği yönetim programları DD.5.4.1 ile Yönetilmekte ve takibi yapılmaktadır.
4.4 Uygulama ve Çalıştırma Gereksinimler: ☒ Yeterli ☐ Kısmen Yeterli, Bakınız Minor Uygunluk No. Kapatıldı mı ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Yetersiz, Bakınız Major Uygunluk No ; Kapatıldı mı ☐ Evet ☐ Hayır	
4.4.1	Organizasyon şeması oluşturulmuştur ÇİEK. Organizasyon Şemasında yer alan bölümler ve sorumlulara ilişkin görev tanımları hazırlanmıştır. Genel Müdür, Satınalma Müdürü Teknik Müdür, Yönetim Temsilcisi ve Kalite Yönetim Sorumlusu, İSG Koordinatörü pozisyonları oluşturulmuştur. OEK 22.03.2014 Rev.00 Kalite Yönetim Temsilcisi atama yazısı ve yönetim onayı ile Sibel Bedir'dir. İç İletişim kanalları iç yazışmalar, duyuru panoları, görsel iletişim ortamları, planlı ve plansız eğitimler, çalışanların verdiği öneriler, çalışan memnuniyeti anketleri, periyodik gözden geçirme ve bilgilendirme toplantıları olarak belirlenmiştir.
4.4.2	İnsan Kaynakları Prosedürü bulunmaktadır. Eğitim sürecine ilişkin Eğitim Talimatı görülmüştür. Planlı olarak eğitimler gerçekleştirilmektedir. Eğitim Planı görülmüştür. İlk Yardım eğitim kayıtları görülmüştür. F.002 Eğitim Kayıt formu görülmüştür. Tarih: 13.05.2017 Eğitimi veren: SGI OSGB
4.4.3	İç İletişim kanalları iç yazışmalar, duyuru panoları, görsel iletişim ortamları, planlı ve plansız eğitimler, çalışanların verdiği öneriler, çalışan memnuniyeti anketleri, periyodik gözden geçirme ve bilgilendirme toplantıları olarak belirlenmiştir. Tedarikçi Listesi, Tedarikçi Belirleme Formu ve Tedarikçi Değerlendirme Formu görülmüştür. Düzenli düzensiz toplantılar, işbaşı toplantıları, Eğitim katılım tutanakları ve kayıtlarda görülmüştür.

TETKİK RAPORU

4.4.4	P-001 Dokümanların Kontrolü Prosedürüne göre dokümanlar kontrol edilmektedir. Tüm sistem dokümanları El Kitapları, Prosedürler, Talimatlar için Doküman Ana Listesi revizyon durumlarını ve dağıtılan bölümleri (dokümanın kullanıldığı alanda mevcudiyetini garanti altına alabilmek için), Kalite Kayıtları Listesi) kayıtların revizyon durumları - birincil ve ikincil arşiv saklama süreleri – süresi dolanların elden çıkarması (imha) yöntemlerini içerecek şekilde hazırlanmış – uygulanmakta ve sürdürülmektedir. Dış kaynaklı dokümanlar (Ulusal ve Uluslararası Standartları – Yasal Koşulları – Teknik Şartnameleri içerecek şekilde) belirlenmiştir DD.4.2.3 Açıklamalı Kamu İhale Kanunu Atık Yönetmelikleri OHSAS 18001:2007 Standardı İş güvenliği Şartnamesi Atık Yönetmelikleri İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü
4.4.5	Kuruluş,İSG şartlarını sağlamak amacıyla bütün dökümanları ve verileri kontrol etmek için prosedürler oluşturmuş uyguluyor -Pro.04 Dokümanların Kontrolü Prosedürü -Acil Durumlar Prosedürü Pro 4.4.7 -Döküman ana listesi DD.4.2.3 Kaşeleme sistemi İptal, Kontrollü kopya, Kontrolsüz kopya, şeklinde kullanım olduğu görüldü
4.4.6	Operasyon Kontrolü: İSG Prosedürü Pro 05 gibi prosedürler İlkyardım Talimatı Tal.07, İş Kazası Talimatı Tal.08, gibi talimatlar hazırlanmıştır. Acil müdahale odası tanımlanmıştır. Çalışabilir raporu İş Yeri Hekimi tarafından yapılmaktadır, Akciğer filmleri Medikana Hastanesi tarafından İş akciğer filmleri ve muayeneleri yaptırılmıştır. İş Yerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Konularında Hizmet Sözleşmesi yapılmıştır. 06 ADC 937 Plakalı araç acil durumlar için hazır tutulmakta ve tanımlaması yapılmaktadır. Şirket içerisinde çalışan tüm personelin eğitim aldığı görülmüştür. Şirket içerisinde yürüme yolları tanımlanmıştır. Risk çizelgesi görülmüştür.
4.4.7	Acil eylem planı yapılmış, riskler analiz edilmekte, duyurusu yapılmış, gerektiğinde eğitimler düzenlenmekte ve periyodik bakım planına uygun olarak gerçekleştirilmektedir. Acil Durum prosedürü bulunmaktadır. Acil Eylem Planı bulunmaktadır. Son yangın tatbikatı 11.05.2017 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Acil Durum Uygulama ve tatbikat formu görülmüştür.
4.5 Kontrol ve Düzeltici Faaliyet Gereksinimler: ☒ Yeterli ☐ Kısmen Yeterli, Bakınız Minor Uygunluk No. Kapatıldı mı ☐ Evet ☒ Hayır	

TETKİK RAPORU

☐ Yetersiz, Bakınız Major Uygunsuzluk No ; Kapatıldı mı ☐ Evet ☐ Hayır	
4.5.1	İSG El kitabında detaylandırılmıştır Pro.06 İSG Şikayetleri Değerlendirme Prosedürü İç Tetkik Prosedüründe Pro 8.2.2 İSG Prosedürü Pro 05 Tal.05Bakım Onarım Talimatı Pro.07 Tehlike ve Risklerin Güvence Altına Alınması Prosedürü Tal.02 Veri Analiz Talimatı Herhangi bir iş kazası yaşanmamış ve raporlanmamıştır
4.5.2	Uygunlukla ilgili taahhüdü ile tutarlı olarak, yürürlükteki yasal şartlara olan uygunluğunu periyodik olarak değerlendirmek amacıyla, prosedürlerini oluşturmuş uyguluyor ve sürekliliğini sağlamaktadır. 17.02.2017 tarihi YGG kayıtları görülmüştür.
4.5.3	Uygunsuzluk, Düzeltici ve Önleyici Faaliyet: Düzeltici Faaliyet Prosedürü altında Önleyici Faaliyet Prosedürü görülmüştür. Prosedürde revizyon bulunmamaktadır. Uygunsuzluklarda Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Formu doldurulmaktadır. Düzeltici Faaliyet Takip Formu görülmüştür. Sistem kurulduğundan bu yana herhangi yeni bir DÖF kayıt altına alınmamıştır.
4.5.4	Kayıtların korunması, uygunluğu için Kayıtların kontrolü Prosedürü hazırlanmıştır. Kalite Kayıtları, Kalite Kayıtları Listesinde listelenmiştir. Tüm kayıtlar bölümde 1 yıl, arşivde 5 yıl boyunca saklanmaktadır.
4.5.5	İç denetim faaliyetleri İç Tetkik Prosedüründe Pro. 8.2.2 dokümanına edilmiştir. İç denetimler yılda bir kere gerçekleştirilmektedir. İç denetim faaliyetleri İç Tetkik Prosedüründe Pro. 8.2.2 dokümanına edilmiştir. İç denetimler yılda bir kere gerçekleştirilmektedir. Denetimler DD.8.2.2.1 İç Denetim Planı aracılığıyla planlanmaktadır. * DD.8.2.2.1 İç Denetim Planı 2017 görülmüştür. Denetimler Kasımın ikinci haftası için planlanmıştır. Kayıtlar doğrultusunda İç denetim 10.02.2017 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Denetim Programı 10.01.2017 tarihinde oluşturulmuştur. Programdam bölümlerin kimler tarafından denetleneceği planlanmıştır. En son iç denetim 10.02.2017'da DD.8.2.2.1 İç denetim planına ve İç Tetkik Soru Listesi D.8.2.2 'e göre gerçekleştirilmiştir ve ilgili bölümler kendi bölümlerinden bağımsız denetçiler tarafından denetlenmiştir D.8.2.2. İç tetkik soru listeleri denetimlerde kullanılmış ve uygun bulunmuştur. İç denetimlerde uygunsuzluğa rastlanmamıştır. Eğitilmiş Denetçiler Sinan Bedir Sibel Bedir
4.6 Yönetim Gözden Geçirmesi Gereksinimler: ☒ Yeterli ☐ Kısmen Yeterli, Bakınız Minor Uygunsuzluk No.	
Kapatıldı mı ☐ Evet ☒ Hayır	

TETKİK RAPORU

☐ Yetersiz, Bakınız Major Uygunsuzluk No ; Kapatıldı mı ☐ Evet ☐ Hayır	
4.6	İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Yönetim Sisteminin, organizasyonun hedeflerine ulaşmasında yardımcı olmak, sürekli iyileştirmeyi arttırmak ve kirliliği önlemek için etkili olduğu görülmektedir. Yönetimin taahhüdü mevcuttur. Düzeltici ve önleyici faaliyet sistemi etkilidir. Yönetim toplantıları Kalite El Kitabına göre senede en az 1 kere gerçekleştirilmektedir (KEK sayfa 7/20) En son Yönetimi Gözden Geçirme toplantısı 19.03.2016 tarihinde üst yönetim ve ilgili birim sorumlularının katılımı ile gerçekleştirildiği görülmüştür. * FRM.03 Toplantı Tutanak Formu ile kayıt altına alınmıştır. YGG toplantısının gündemini kalite politikası, iç tetkik sonuçları, düzeltici faaliyetlerin ve müşteri tatmini sonuçları olduğu görülmüştür. Toplantı gündeminin standardın gereklerini karşıladığı görülmüştür. En son YGG toplantıları 17.02.2017 tarihinde gerçekleşmiştir Toplantı Konuları: Tetkik sonuçları Kalite Politikası Kalite İSG Yönetim sistemini Etkileyebilecek Değişiklikler Yükümlülükler Hedefler DÖF ler İSG uygulamalarındaki Başarı derecesi

13. NOTLAR

14. EKLER

- 1- Denetim Programı
- 2- Denetim Matrisi
- 3- Tetkik planı
- 4- Açılış/Kapanış Toplantı Tutanağı
- 5- Tavsiye raporu
- 6- Bulgular - Uygunsuzluk raporu

Baş Denetçi

İsim : Cumhur BÜYÜKDUMAN

İmza :

Tarih : 23.05.2017