

CONFIDENTIAL

	SIRIM QAS INTERNATIONAL SDN. BHD. MANAGEMENT SYSTEM CERTIFICATION DEPARTMENT Block 4, SIRIM Complex, No. 1, Persiaran Dato' Menteri Section 2, 40700 Shah Alam, Selangor Darul Ehsan	File No. : 20190100614
	QUALITY MANAGEMENT SYSTEM RECERTIFICATION AUDIT REPORT	
CLIENT : UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA		
ADDRESS OF MAIN SITE AUDITED : (In the case of multisite certification, additional sites are listed in the attachment) : UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA 43400 SERDANG SELANGOR DARUL EHSAN, MALAYSIA		
CERTIFICATION NO : QMS 00794		STANDARD : ISO 9001:2015 (Amd 1:2024)
AUDIT DATE : 14-23 OKT 2024 / 42 auditor day(s)		LAST AUDIT DATE : 9-13 OKT 2023
SCOPE OF CERTIFICATION : PERKHIDMATAN PENGAJIAN PENDIDIKAN DI PERINGKAT TERTIARY, PENGURUSAN DAN PERLAKSANAAN PENYELIDIKAN, PERHUBUNGAN INDUSTRI DAN MASYARAKAT, PENGURUSAN PEMBANGUNAN PELAJAR DAN ALUMNI, DAN PERKHIDMATAN KORPORAT. <i>TEACHING AND LEARNING SERVICES AT TERTIARY LEVEL, MANAGEMENT AND IMPLEMENTATION OF RESEARCH, NETWORKING WITH INDUSTRY AND COMMUNITY, MANAGEMENT OF STUDENT DEVELOPMENT AND ALUMNI, AND CORPORATE SERVICES.</i>		
AUDIT TEAM :	1) NUR HANA ROSHIDA BINTI HAIRUDIN 2) NURSHEIRIE SHEIRIENA BINTI MOHAMMAD ZA'IM 3) HADIE AIZZAT ASLI 4) MUHAMMAD NAZMIE BIN MAT NASIR 5) PARIMALA DEVI GANESAN 6) NUR FATIN E'ZZATI BINTI MASRUHAIZAN 7) MARIAM BT MOHAMED ZIN 8) MOHD KHAIRULNIZAM BIN AHMAD WAMI 9) MD SHAH BIN MD SAID 10) JAMILAH BT HUSAIN 11) SARASVATHY SUNDARA PATHAR	AUDIT TEAM LEADER AUDITOR AUDITOR AUDITOR AUDITOR AUDITOR AUDITOR AUDITOR AUDITOR AUDITOR AUDITOR
		6 HARI AUDIT 2 HARI AUDIT 6 HARI AUDIT 5 HARI AUDIT 2 HARI AUDIT 4 HARI AUDIT 5 HARI AUDIT 3 HARI AUDIT 3 HARI AUDIT 3 HARI AUDIT 3 HARI AUDIT
NO. OF EMPLOYEES (Applicable to the scope of certification) : 7442 (Termasuk Kampus Bintulu dan HSAAS)		
<u>Report by Audit Team Leader</u> Name : NUR HANA ROSHIDA BINTI HAIRUDIN Signature :  Date : 23 OKTOBER 2024		<u>Acknowledgement by Client's Representative</u> Name : PROF. IR. DR. ABD. RAHIM ABU TALIB Pengarah Pusat Jaminan Kualiti Universiti Putra Malaysia 43400 UPM Serdang Selangor Darul Ehsan Signature :  Date :
The Audit Plan and following attachments form part of this report : Nonconformity Report(s) ☐ Opportunities for Improvement ☐ / List of additional site(s) ☐ / Tick (✓) where applicable		Report reviewed and recommendation approved by : _____ (Section Head) _____ Date

RECERTIFICATION AUDIT REPORT

1. ANY DEVIATION FROM THE AUDIT PLAN AND THEIR REASONS (IF APPLICABLE)

N/A

2. SIGNIFICANT CHANGES TO ORGANIZATION'S QUALITY MANAGEMENT SYSTEM/ SCOPE OF CERTIFICATION AND DOCUMENTATION SINCE ORIGINAL CERTIFICATION OR LAST CERTIFICATION AUDIT.

- 1) Pelantikan YBhg. Prof. Ts. Dr. Ahmad Farhan Mohd Sadullah sebagai Naib Canselor Universiti Putra Malaysia (UPM) yang Ke-6 berkuatkuasa pada 2 Oktober 2023.
- 2) Pelantikan 18 Dekan Fakulti/Sekolah & Pengarah ASPUTRA berkuatkuasa 1 Februari 2024.
- 3) Pelantikan 11 Pengarah Institut berkuatkuasa 1 Februari 2024.
- 4) Pelantikan 25 Pengarah PTj Perkhidmatan berkuatkuasa 1 April 2024.
- 5) Pelantikan 10 Pengetua Kolej Kediaman berkuatkuasa 1 April 2024.
- 6) Pindaan ke atas dokumen kualiti, mengikut prosedur tadbir urus terkini.
- 7) Penjenamaan PUTRA – Pertanian Untuk Rakyat.
- 8) Penambahan PTj entiti di bawah Pejabat Naib Canselor iaitu HSAAS, PPPA dan PPDN.
- 9) Penambahan Hospital Sultan Abdul Aziz Shah (HSAAS) di dalam skop pensijian.

3. MANUAL REFERENCE (including revision number) : MANUAL KUALITI (UPM/PGR/MK) NO. SEMAKAN 07, NO. ISU 03, BERKUATKUASA 11 OKTOBER 2024.

4. SUMMARY OF EFFECTIVENESS OF ACTIONS TAKEN ON NONCONFORMITIES IDENTIFIED DURING THE PREVIOUS AUDIT (detail of NCR's and their status are to be listed in the Appendix 1):

NCR dikeluarkan pada audit yang lepas telah diambil tindakan sewajarnya dan ditutup.

5. USE OF CERTIFICATION / ACCREDITATION MARKS & CERTIFICATION DOCUMENT (CERTIFICATE)

☐

Not in use

☐

Used; unacceptable

☐ / ☐

Used; acceptable

Action required :

6. SUMMARY ON FINDINGS

6.1 Documentation

Dokumen yang telah dibangunkan adalah bersesuaian dan menyokong proses operasi UPM bagi pensijilan standard ISO 9001:2015. Dokumentasi yang telah dibangunkan adalah meliputi Manual Kualiti, Prosedur Kerja, Arahan Kerja, 58 borang-borang, log, serta rekod-rekod berkaitan proses kerja. Dokumentasi yang dibangunkan ini boleh dicapai secara atas talian melalui Portal e-ISO dan ia diselenggarakan oleh Pegawai Dokumentasi Pusat Jaminan Kualiti sendiri. Dokumen yang disediakan adalah mematuhi keperluan. Walaubagaimanapun, penambahbaikan boleh dilaksanakan seperti yang dinyatakan di dalam laporan OFI.

6.2 Changes in the external and internal issues relevant to the quality management system

Isu-isu dalaman dan luaran telah disemak dan dibincangkan secara berkala melalui Mesyuarat Jawatankuasa Kualiti (Khas: Kajian Semula Pengurusan). Perubahan isu dalam dan luaran telah direkodkan melalui rekod pengendalian Kajian Semula Pengurusan. Isu-isu dalaman dan luaran yang dikenalpasti adalah didapati relevan dengan fungsi, dasar, objektif kualiti dan pelan strategik organisasi. Antara isu dalaman dikenalpasti adalah berkaitan nilai, budaya, pengetahuan dan prestasi organisasi, persekitaran, perundangan, teknologi, persaingan, pasaran, budaya, sosial dan ekonomi. Isu luaran pula adalah berkaitan kesan kewangan, politik, perundangan, reputasi dan perubahan persekitaran. Selari dengan keperluan standard, UPM juga dengan jelas telah mengenalpasti bagaimana impak perubahan iklim mempengaruhi SPK di UPM. Isu berkaitan impak perubahan iklim telah dikenal pasti dan dinyatakan di dalam Manual Kualiti UPM, dan risiko berkaitan impak perubahan iklim telah dikenal pasti.

6.3 Appropriateness of risks and opportunities identified and actions taken to address them

Pengurusan risiko dan peluang dilaksanakan mengikut Garis Panduan Pengurusan Risiko (tahun 2017) bagi risiko kategori strategik dan mengikut Panduan Pengisian Daftar Risiko Operasi bagi risiko kategori operasi. Penyeliaan risiko strategik dilaksanakan oleh Pusat Strategik dan Komunikasi Korporat (PSPK), UPM manakala penyeliaan risiko operasi oleh Pusat Jaminan Kualiti (CQA), UPM. Risiko dan peluang telah dikenalpasti berdasarkan isu-isu dalaman dan luaran, pematuhan kepada keperluan pihak berkepentingan yang dibincangkan secara berkala melalui mesyuarat-mesyuarat dan perbincangan oleh peneraju dan pemegang proses. Pemantauan terhadap keberkesanan tindakan kawalan dilakukan secara berkala dan dilaporkan setiap 6 bulan. Matriks pengukuran tahap risiko

RECERTIFICATION AUDIT REPORT

menggunakan kaedah "*possibility x impact*".

Sehingga penilaian kedua (HY2) tahun 2023, terdapat 99 risiko strategik didaftarkan oleh peneraju/PTJ di mana 4 daripadanya risiko tahap tinggi, 34 pada tahap sederhana dan selebihnya pada tahap rendah. Trend tahap risiko menunjukkan penurunan berbanding dengan penilaian pertama (HY1) tahun 2023 iaitu terdapat 6 risiko tahap tinggi dan 51 risiko tahap sederhana. 4 risiko yang kekal pada tahap tinggi sehingga penilaian kedua ialah risiko berkaitan peneraju Kewangan & Aset dan Kemampuan Kewangan. Isunya adalah berkaitan peruntukan yang diluluskan oleh pihak kementerian adalah berkurangan dari keperluan, perniagaan yang dijalankan oleh anak syarikat tidak mencapai margin keuntungan, kekangan mencapai KPI dan tiada Garis Panduan Endowmen dibangunkan. Kawalan dan strategi tindakan bagi risiko-risiko tinggi ini dibincangkan dan dibentangkan semasa Mesyuarat Jawatankuasa Pengurusan Risiko Universiti (JKPRU) dan Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan (MKSP) yang dipengerusikan Naib Canselor, UPM sendiri.

Bagi kategori risiko operasi, risiko dikenalpasti dan diukur di setiap PTJ dimana ia diketuai oleh Ketua PTJ dan dipantau Pegawai Risiko yang dilantik di setiap PTJ sebelum laporan dihantar ke CQA. Terdapat 397 risiko didaftarkan sehingga penilaian pertama (HY1) tahun 2024 di mana 38 risiko pada tahap tinggi, 238 risiko tahap sederhana dan selebihnya pada tahap rendah. Kawalan terhadap risiko yang dikenalpasti telah dilaksanakan dalam proses-proses yang berkaitan. Risiko pada tahap tinggi yang berulang dilaporkan semasa Mesyuarat JKPRU dan MKSP. Pemantauan terhadap daftar risiko dan kawalan ke atas risiko dilaksanakan di peringkat PTJ sendiri dilaporkan ke PSPK (bagi risiko strategik) dan CQA (bagi risiko operasi) dalam selang masa setiap 6 bulan. **Penambahbaikan boleh dilaksanakan dengan kajian semula ke atas dokumen Garis Panduan Pengurusan Risiko bagi memastikan struktur kerja Pengurusan Risiko UPM selari dengan struktur terkini yang digunakan.**

6.4 Summary of performance against objectives and actions taken if applicable

UPM mengukur pencapaian prestasi dan objektif kualiti dalam proses kerja melalui pencapaian 3 kategori pengukur prestasi iaitu, Petunjuk Prestasi Utama (KPI) UPM, pencapaian Pelan Tindakan peringkat Fungsian dan Aras, dan Piagam Pelanggan (terdiri daripada proses utama universiti, proses sokongan dan operasi perkhidmatan sokongan). Terdapat 50 KPI UPM tahun 2023 dibangunkan berdasarkan 9 skop utama iaitu Akademik & Antarabangsa, Penyelidikan & Inovasi, Hal Ehwal Pelajar & Alumni, Jaringan Industri & Masyarakat, Pertanian, Sumber Manusia, Pengurusan Kewangan & Aset, Kemampuan Kewangan dan Perkhidmatan Perpustakaan & ICT. Pencapaian KPI secara keseluruhan adalah sebanyak 93.34% iaitu pada tahap hijau dimana sebanyak 30 daripada 50 KPI, telah mencapai 100%, 9 KPI pada tahap kuning antara 75%-99% dan 10 KPI bawah 74%, manakala 1 KPI belum dinilai.

Bagi pencapaian Pelan Tindakan Peringkat Fungsian dan Aras 2023 pula, terdapat 76 objektif telah diukur mengikut beberapa skop iaitu 3 objektif bagi skop proses prauniversiti, 11 objektif bagi skop proses utama, 11 objektif bagi skop proses sokongan dan 51 objektif bagi skop proses operasi perkhidmatan sokongan. Secara keseluruhan, 64 objektif mencapai sasaran, dan 10 objektif tidak mencapai sasaran dan 2 objektif tidak diukur pada tahun semasa.

Seterusnya, bagi Piagam Pelanggan Proses Utama meliputi 8 Pra Siswazah, 12 Siswazah dan 6 Penyelidikan dan Inovasi, di mana maklumbalas keseluruhan adalah 23 Piagam Pelanggan dapat dicapai manakala 3 Piagam Pelanggan adalah tidak tercapai. Bagi Piagam Pelanggan proses sokongan dan operasi perkhidmatan sokongan, sebanyak 115 Piagam Pelanggan dapat dicapai, manakala sebanyak 11 Piagam Pelanggan adalah tidak tercapai. Analisis bagi setiap KPI/ objektif beserta perancangan dan inisiatifnya direkodkan dengan jelas dan dibincangkan didalam mesyuarat-mesyuarat yang berkaitan dan dilaporkan semasa MKSP.

6.5 Overall control of processes related to the scope of certification including core and support processes

Secara keseluruhan kawalan proses utama dan sokongan telah dibangunkan dengan baik. Kawalan dalaman telah dibangunkan dengan sewajarnya berlandaskan polisi, pelan, prosedur dan arahan kerja yang dibangunkan. Pemantauan kawalan juga dilaksanakan dengan kepatuhan kepada arahan semasa KPT, Akta, Pekeliling, Badan Profesional, Badan Akreditasi dan Badan Pensijilan. Pemantauan dan pengukuran telah dibuat secara berkala dan berterusan. Dokumen sokongan beserta rekod-rekod bukti pelaksanaan proses-proses tersebut telah dikendalikan dengan baik. Keberkesanan kawalan dalaman juga telah dipantau melalui audit dalaman dan penilaian risiko. Namun, beberapa penambahbaikan boleh dilaksanakan seperti yang dilaporkan dalam laporan penambahbaikan. Rujuk OFI.

6.6 Internal audit

UPM merancang pelaksanaan audit dalaman satu kali setahun mengikut Prosedur Audit Dalaman ISO (UPM/PGR/P004). Audit dalaman terkini telah dijalankan pada 22 April hingga 5 Julai 2024 bagi Sistem Pengurusan Kualiti (QMS). Audit Dalaman Sistem Pengurusan Kualiti (QMS) telah dilaksanakan oleh 50 pasukan juruaudit dalam yang diketuai 50 orang Ketua Juruaudit terlatih. Perlantikan juruaudit adalah diperingkat PTJ masing-masing manakala Ketua Juruaudit pula perlulah daripada PTJ lain yang disenaraikan oleh Pusat Jaminan Kualiti (CQA) sendiri. Ketua Juruaudit tidak dibenarkan dipilih untuk mengaudit PTJ yang sama untuk tiga tahun secara berturutan. Liputan audit merangkumi semua proses utama, proses sokongan dan pengurusan melibatkan 50 PTJ/entiti gabungan. Juruaudit terkecuali dari mengaudit proses mereka sendiri dimana audit dijalankan secara "*cross-department*" atau "*cross-section*". Audit dalam menemui 156 NCR dan 284 OFI. Analisis dapatan audit menunjukkan penurunan dari segi jumlah dapatan audit di mana audit terdahulu (2023) menemui 206 NCR dan 237 OFI. Rekod dan dokumen berkaitan

RECERTIFICATION AUDIT REPORT

pelaksanaan dan dapatan audit diselenggara dengan baik melalui Portal CQA. Pelaksanaan boleh ditambahbaik dengan menyatakan secara jelas panduan pemilihan Ketua Juruaudit Dalam, yang mana, PTJ tidak dibenarkan memilih Ketua Juruaudit Dalam yang sama selama tiga tahun berturut atau Ketua Juruaudit Dalam yang pernah berkhidmat di PTJ dalam tempoh yang ditentukan.

6.7 Management review

Semakan pengurusan telah dirancang sekali setahun dan dilaksanakan melalui Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan (MKSP) ISO UPM, Sistem Pengurusan Kualiti (QMS) ISO 9001 dan Sistem Pengurusan Keselamatan Maklumat (ISMS) ISO 27001. Semakan dilaksanakan mengikut Prosedur Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan ISO UPM (UPM/PGR/P008). Semakan terakhir telah dilaksanakan pada 19 September 2024 (Khamis) di Dewan Senat, UPM dan menerusi Aplikasi Google Meet. Mesyuarat ini dipengerusikan oleh YBhg. Dato' Profesor Dr. Ahmad Farhan Mohd Sadullah, Naib Canselor, dan dihadiri barisan Ahli Pengurusan Tertinggi UPM, Barisan Dekan, Barisan Pengarah, serta wakil-wakil yang berkaitan. Input perbincangan merangkumi pencapaian objektif kualiti, penilaian prestasi proses-proses dalam organisasi, kepuasan pelanggan, keputusan audit dalaman termasuk tindakan pembetulan, prestasi pemberi perkhidmatan luar dan pengurusan risiko termasuk peluang-peluang penambahbaikan. Semakan audit mendapati pengendalian semakan pengurusan telah dilaksanakan dengan baik dan mematuhi keperluan standard ISO 9001:2015. Rekod dan laporan berkaitan pelaksanaan Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan diselenggara dengan baik dan boleh dicapai secara atas talian melalui Portal e-ISO.

6.8 Handling of customer complaints

Mekanisma penerimaan maklum balas dan aduan pelanggan telah dibangunkan dengan baik samada secara online (Portal U-Respons, SISPA, e-mel) dan offline (panggilan telefon, walk-in) mengikut Prosedur Pengendalian Maklum Balas Pelanggan (UPM/SOK/PEL/P001) dan Garis Panduan Pengendalian Maklum Balas Pelanggan (SOK/PEL/GP01/MB. A.AWAM) yang dibangunkan. 149 aduan, 27 cadangan, 13 penghargaan dan 255 pertanyaan direkodkan bagi tahun 2023 dan 152 aduan, 30 cadangan, 24 penghargaan dan 392 pertanyaan direkodkan bagi tahun 2024 (sehingga tarikh pengauditan). Maklumbalas merangkumi perkara berkaitan kemasukan dan permohonan transkrip, permohonan kemasukan, geran penyelidikan, perkhidmatan HSAAS, penjawatan, kewangan, latihan anjuran UPM, belian benih pokok, kolej kediaman dan fasiliti di UPM sendiri. Maklumbalas direspon dan dijawab dalam tempoh yang wajar mengikut jenis dan kategori maklumbalas.

UPM juga melaksanakan Kajian Kepuasan Pelanggan terhadap perkhidmatannya melalui Google Form QR code. Responden terdiri daripada pelanggan UPM sama ada pelajar, staf, pembekal dan orang awam yang berurusan dengan pihak UPM. Kajian adalah berkaitan perkhidmatan melibatkan Akademik, Hal Ehwal Pelajar, Rawatan di HSAAS, Kewangan, Penyelidikan dan Penerbitan, Sumber Manusia, Jaringan Industri dan Masyarakat, Perhubungan Awam dan Inovasi. Kajian kepuasan adalah berkaitan aspek persekitaran perkhidmatan, penampilan kakitangan, kemudahan akses kepada perkhidmatan, tahap kepuasan terhadap keperluan yang dipenuhi, tempoh masa perkhidmatan, sikap profesionalism kakitangan, kecekapan tindak balas, tahap mudah dihubungi, pengetahuan dalam perkhidmatan, keyakinan pelanggan dalam berurusan, penuhi jangkaan pelanggan, keprihatinan terhadap kebajikan pelanggan, dan waktu berurusan bagi perkhidmatan. cfkejelasan maklumat yang disampaikan, penilaian terhadap pegawai, dan penilaian keseluruhan terhadap UPM. Keseluruhan laporan, dan analisis berkaitan dilaporkan ke peringkat pengurusan dan melalui MKSP dan tindakan ke atas hasil kajian dan laporan yang dibentangkan juga dibincangkan untuk tindakan pemegang proses, atau PTJ dan peneraju berkaitan.

6.9 Continual improvement

Pihak UPM berterusan dalam meningkatkan lagi mutu pemberian perkhidmatan dari masa ke semasa. Pemantauan terhadap pencapaian objektif kualiti telah dipantau dalam pelaksanaan proses-proses kerja utama dan sokongan di bawah PTJ yang terlibat. Penambahbaikan hasil dapatan melalui audit dalam, penilaian risiko serta analisa pencapaian objektif kualiti juga dilaksanakan. Antara penambahbaikan dikenal pasti pada audit kali ini ialah penstrukturan semula PTJ, pengemaskinian prosedur, pembangunan sistem atas talian dan lain-lain lagi.

6.10 Useful comparisons with previous audit results

Komitmen yang tinggi dari pihak pengurusan, pemilik-pemilik proses dan staf yang bertanggungjawab masih kekal dalam memastikan sistem pengurusan kualiti dilaksanakan dengan baik. Masih terdapat laporan ketakakuran dikeluarkan pada audit kali ini namun jumlahnya menurun kepada 1 berbanding 3 pada tahun lepas.

7. NONCONFORMITY REPORT(S)

Total no. of minor NCR(s) : 1 List : NCR10900614-1

Total no. of major NCR(s) : - List : -

List of minor NCRs which collectively constitute major NCR(s) : -

RECERTIFICATION AUDIT REPORT	
8.	ANY UNRESOLVED ISSUES, IF APPLICABLE NA
9.	ANY SIGNIFICANT ISSUES THAT MAY IMPACT THE AUDIT PROGRAMME NA
10.	CONCLUSION ON THE CONFORMITY AND EFFECTIVENESS OF THE SYSTEM Komitmen daripada pihak pengurusan dan kakitangan di Universiti Putra Malaysia (UPM) terhadap pelaksanaan Sistem Pengurusan Kualiti (SPK) adalah baik, namun kefahaman terhadap kepentingan dan pelaksanaan SPK masih boleh dipertingkatkan. Pencapaian dan kawalan ke atas proses-proses utama dan sokongan juga boleh ditambahbaik lagi lagi agar pelaksanaannya lebih efektif. Laporan ketidakakuran yang dikeluarkan perlu diambil tindakan secara menyeluruh bagi mengelakkan dapatan yang berulang.
11.	APPROPRIATENESS OF THE SCOPE OF CERTIFICATION ☒ Yes ☐ No (please comment) :
12.	EFFECTIVENESS OF USING ICT IN ACHIEVING AUDIT OBJECTIVES (applicable for REMOTE AUDIT only) ☐ Yes ☐ No (please comment) :
13.	HAVE THE AUDIT OBJECTIVES BEEN FULFILLED? ☒ Yes ☐ No (please comment) :

RECERTIFICATION AUDIT REPORT	
14.	RECOMMENDATION ☐ No NCR recorded. Renewal of certification *with/ without change. ☒ Minor NCR(s) recorded. Renewal of certification *with/ without change conditional upon satisfactory verification of corrective actions taken. ☐ Major NCR(s) recorded. Recommendation for renewal of certification *with/ without change will be made after : ☐ On-site audit of the following area(s) including verification of corrective action : ☐ Off-site verification of corrective action(s). Records of implementation of proposed corrective action to be submitted for verification. * Nature of change : Addition of site 3 – Hospital Sultan Abdul Aziz Shah (if applicable) ☐ Withdrawal (Non-renewal) of certification.

RECERTIFICATION AUDIT REPORT

Note :

- a) Corrective action plans for all nonconformities (minor/ major) raised shall be submitted within one month and evidence of implementation within 3 months of the date of this report or before the expiry of the certificate (whichever earlier) to the Audit Team Leader. Failure to comply shall result in either suspension or withdrawal of the certification.
- b) Certificate will only be issued upon satisfactory verification of corrective actions for nonconformities raised.
- c) If corrective action responses are received and verified after the expiry of the certificate, renewal of certificate will begin from the date of certification decision i.e. after the expiry of previous certificate.
- d) If nonconformity(ies) remain open six months after the expiry of the certificate, the certificate shall not be renewed.
- e) If there is any unresolved issue at the end of the audit, it shall be brought to the attention of the management of SIRIM QAS Intl for resolution. The client will be notified in writing of the decision within two weeks of the date of this report.
- f) In case the evidence of correction/ corrective actions submitted is not adequate, SIRIM QAS Intl reserves the right to conduct an on-site audit to verify the effectiveness of correction/ corrective actions taken.
- g) Auditing is based on a sampling process of the available information.

FOLLOW UP ON NCR(s)

It is confirmed that all corrective actions taken have been satisfactorily verified. Recommended to continue certification.

Audit Team Leader : NUR HANA ROSHIDA BINTI
HAIRUDIN

(Name)



(Signature)

23 OKTOBER
2024

(Date)

RECERTIFICATION AUDIT REPORT															
SUMMARY BY FUNCTION/ PROCESS/ PROJECT SITE															
File No. : 20190100614															
ISO 9001:2015		Requirement audited	Adequacy of documentation	FUNCTION/ PROCESS/ PROJECT SITE										NCR	
				Pengurusan / Pusat Jaminan Kualiti, PSPK	HSAAS, PHJI, CADE-Lead, Pejabat Buncar	FBSSB, FPAS, RMC, FKPS, FP, ESTM, BHEP, PPDN	Pusat Pertanian Putra, Bhg Perumahan & Penempatan	ISS, ITAFOS, HPRI, IEB, SPS, PKPP, Putra Science Park	Bhg Audit Dalam, Pejabat Naib Canselor, Pejabat Pedafiar	Akademi Sukan, Institut Biosains KMB, KTDI, KSASS	Bhg Kemasukan & Urustadbir Akademik, PSAS, PPPA	Major	Minor		
4. Context of the organization															
4.1	Understanding the organization and its context	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
4.2	Understanding the needs and expectations of interested parties	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
4.3	Determining the scope of the quality management system	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
4.4	Quality management system and its processes	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
5. Leadership															
5.1	Leadership and commitment	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
5.1.1	General	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
5.1.2	Customer focus	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
5.2	Policy	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
5.2.1	Establishing the quality policy	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
5.2.2	Communicating the quality policy	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
5.3	Organizational roles, responsibilities and authorities	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
6. Planning															
6.1	Actions to address risks and opportunities	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
6.2	Quality objectives and planning to achieve them	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
6.3	Planning of changes	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
7. Support															
7.1	Resources	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
7.1.1	General	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
7.1.2	People	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
7.1.3	Infrastructure	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
7.1.4	Environment for the operation of processes	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
7.1.5	Monitoring and measuring resources	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
7.1.5.1	General	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
	Major	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
	Minor	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				

Note :

- Indicate in the "Requirement audited" column with a (√) the requirements that were audited and (-) for requirements that were not audited. Indicate with (NA) if the requirement is not applicable.
- In the case where requirements were audited and nonconformities detected, replace the (√) with the number of nonconformities (no. of major/ minor)
- Tick (√) for adequacy of documentation. For requirements which have been deemed to be inadequately addressed in the documented quality system, NCR shall be raised.

RECERTIFICATION AUDIT REPORT														
SUMMARY BY FUNCTION/ PROCESS/ PROJECT SITE														
ISO 9001:2015			Requirement audited	Adequacy of documentation	FUNCTION/ PROCESS/ PROJECT SITE								NCR	
					Pengurusan / Pusat Jaminan Kualiti PSPK	HSAAS, PHJI, CADE-Lead, Pejabat Bursar	FBSB, FPAS, RMC, FKPS, FP, FSTM, BHEP, PPDN	Pusat Pertanian Putra, Bhg Perumahan & Penempatan	ISS, ITAFOS, HPRI, IEB, SPS, PKPP, Putra Science Park	Bhg Audit Dalam, Pejabat Naib Canselor, Pejabat Pendaftar	Akademi Sukan, Institut Biosains KMB, KTDL, KSASS	Bhg Kemasyarakatan & Urustadbir Akademik PSAS, PPPA	Major	Minor
7.1.5.2	Measurement traceability	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
7.1.6	Organizational knowledge	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
7.2	Competence	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
7.3	Awareness	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
7.4	Communication	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
7.5	Documented information	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
7.5.1	General	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
7.5.2	Creating and updating	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
7.5.3	Control of documented information	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8. Operation														
8.1	Operational planning and control	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8.2	Requirements for products and services	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8.2.1	Customer communication	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8.2.2	Determining the requirements for products and services	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8.2.3	Review of the requirements for products and services	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8.2.4	Changes to requirements for products and services	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8.3	Design and development of products and services	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8.3.1	General	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8.3.2	Design and development planning	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8.3.3	Design and development inputs	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8.3.4	Design and development controls	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8.3.5	Design and development outputs	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8.3.6	Design and development changes	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8.4	Control of externally provided processes, products and services	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8.4.1	General	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8.4.2	Type and extent of control	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
8.4.3	Information for external providers	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
	Major	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
	Minor	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			

Note :

- Indicate in the "Requirement audited" column with a (✓) the requirements that were audited and (-) for requirements that were not audited. Indicate with (NA) if the requirement is not applicable.
- In the case where requirements were audited and nonconformities detected, replace the (✓) with the number of nonconformities (no. of major/ minor)
- Tick (✓) for adequacy of documentation. For requirements which have been deemed to be inadequately addressed in the documented quality system, NCR shall be raised.

RECERTIFICATION AUDIT REPORT															
SUMMARY BY FUNCTION/ PROCESS/ PROJECT SITE															
ISO 9001:2015				FUNCTION/ PROCESS/ PROJECT SITE										NCR	
		Requirement audited	Adequacy of documentation	Pengurusan / Pusat Jaminan Kualiti, PSPK	HSAAS, PHJI, CADE-Lead, Pejabat Bursar	FBSB, FPAS, RMC, FKPS, FP, FSTM, BHEP, PPDN	Pusat Pertanian Putra, Bhg Perumahan & Penempatan	ISS, ITAFOS, HPRI, IEB, SPS, PkPP, Putra Science Park	Bhg Audit Dalam, Pejabat Naib Canselor, Pejabat Pedafiar	Akademi Sukan, Institut Biosains, KMB, KTDL, KSASS	Bhg Kemasukan & Urustadbir Akademik, PSAS, PPPA		Major	Minor	
8.5	Production and service provision	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
8.5.1	Control of production and service provision	/	/	/	/	0/1	/	/	/	/	/			1	
8.5.2	Identification and traceability	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
8.5.3	Property belonging to customers or external providers	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
8.5.4	Preservation	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
8.5.5	Post-delivery activities	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
8.5.6	Control of changes	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
8.6	Release of products and services	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
8.7	Control of nonconforming outputs	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
9. Performance evaluation															
9.1	Monitoring, measurement, analysis and evaluation	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
9.1.1	General	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
9.1.2	Customer satisfaction	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
9.1.3	Analysis and evaluation	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
9.2	Internal audit	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
9.3	Management review	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
9.3.1	General	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
9.3.2	Management review inputs	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
9.3.3	Management review outputs	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
10. Improvement															
10.1	General	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
10.2	Nonconformity and corrective action	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
10.3	Continual improvement	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
Other Certification Requirements															
1.	Use of marks/ certificate	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
	Major	/	/	/	/	0/1	/	/	/	/	/				
	Minor	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			1	

Note :

- Indicate in the "Requirement audited" column with a (√) the requirements that were audited and (-) for requirements that were not audited. Indicate with (NA) if the requirement is not applicable.
- In the case where requirements were audited and nonconformities detected, replace the (√) with the number of nonconformities (no. of major/ minor)
- Tick (√) for adequacy of documentation. For requirements which have been deemed to be inadequately addressed in the documented quality system, NCR shall be raised.

APPENDIX 1 : VERIFICATION OF PREVIOUSLY RAISED NONCONFORMITY REPORTS:

File No. : 20190100614

No.	NCR Reference No.	Evidence sighted for the implementation of the corrective action	Effectiveness of corrective action (Y/N)	Remarks
1	NCR1090061 4-1	Kalendar Akademik Siswazah, hebahan calendar akademik, Penambahan maklumat dalam calendar akademik.	Ya	NCR ditutup
2	NCR1030006 14-1	Surat OBE- CAS Sem II 2022/2023 di dalam PutraOBE	Ya	NCR ditutup
3	NCR0080061 4-1	Pelan tindakan bagi NCR dikeluarkan, laporan status audit sehigga Februari 2024, Surat peringatan kemaskini maklumbalas audit.	Ya	NCR ditutup

Note:

If the corrective action has not been effectively implemented, a new NCR shall be reissued and indicate in the "Remarks" column.

Auditor Name : NUR HANA ROSHIDA BINTI HAIRUDIN

Date : 23
OKTOBER
2024

SIRIM QAS INTERNATIONAL SDN. BHD.		
File No : 20190100614	NONCONFORMITY REPORT (NCR)	NCR No : NCR10900614-1
Audit Type : Recertification Audit	Classification : Minor Standard Name: ISO 9001:2015	Last audit date : 23-Oct-2024 Page 1 of 2
Client : UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA		
Section 1 - Details of nonconformity		
Requirement:		
MS ISO 9001:2015 - Klausa 8.5.1 -Kawalan penyediaan pengeluaran dan perkhidmatan		
Organisasi hendaklah melaksanakan penyediaan pengeluaran dan perkhidmatan dalam keadaan terkawal.		
c) pelaksanaan aktiviti pemantauan dan pengukuran pada tahap yang sesuai untuk menentusahkan bahawa kriteria kawalan proses atau output, dan kriteria penerimaan produk dan perkhidmatan telah dipenuhi;		
g) pelaksanaan tindakan bagi mencegah kesilapan manusia;		
Finding:		
Organisasi tidak menjalankan penyediaan pengeluaran dan perkhidmatan di bawah keadaan terkawal. Didapati kesilapan dalam conversion markah Peperiksaan Akhir (40%) yang dilaporkan dalam eSMP keputusan akhir bagi kesemua pelajar dari kumpulan ini, di mana terdapat perbezaan dalam markah yang dilaporkan dengan markah yang dikira semasa audit.		
Objective evidence:		
Program: Bachelor Sains Pengurusan Perkhidmatan Makanan		
Subject code - FSM 3304 - Sem 1 2023/2024		
Student ID: 224616, 223030 etc.		
Justification (for IATF only) :		
Auditor Parimala Devi Ganesan	Client Representative	
Section 2 - Result of investigation and determination of root cause		
Client Representative:		

SIRIM QAS INTERNATIONAL SDN. BHD.**File No :** 20190100614**NONCONFORMITY REPORT (NCR)****NCR No :** NCR10900614-1**Audit Type :** Recertification Audit**Classification :** Minor**Last audit date :** 23-Oct-2024**Standard Name:** ISO 9001:2015

Page 2 of 2

Client : UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA**Section 3 - Correction (if applicable) and corrective action plan including completion date**

Client Representative:

Accepted by

Section 4 - Verification of corrective action(s) (to be filled up by Auditor)

Verified by:

NCR close out:

Close date:

Client :
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA

File Ref :
20190100614



OPPORTUNITIES FOR IMPROVEMENT		
Clause	Details	Comments on action taken
10.1	Penambahbaikan Punca ketidakcapaian piagam pelanggan dan tindakan pembetulan dari peneraju proses sokongan ada dilaporkan semasa MKSP. Namun begitu, audit mendapati terdapat, tindakan pembetulan yang belum dikenalpasti iaitu bagi piagam pelanggan yang tidak dicapai, yang diterajui Pejabat Penasihat Undang-Undang. sample Piagam Pelanggan 1: Memberikan khidmat nasihat undang-undang secara bertulis dalam tempoh 30 hari dari tarikh penerimaan dokumen lengkap dari Pusat Tanggungjawab bagi isu undang-undang yang dirujuk.	

Auditor : NUR HANA ROSHIDA BINTI HAIRUDIN

Date : 22-Oct-2024

Client :
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA

File Ref :
20190100614



OPPORTUNITIES FOR IMPROVEMENT		
Clause	Details	Comments on action taken
6.1.2	Tindakan menyatakan risiko dan peluang Organisasi telah merancang tindakan yang baik untuk menangani risiko dan peluang. Namun, semakan audit di PUTRA Science Park mendapati terdapat ruang untuk penambahbaikan dalam senarai risiko yang didaftarkan, khususnya berkaitan risiko yang berpunca daripada isu luaran dan dalaman.	
7.1.5	Sumber pemantauan dan pengukuran Penyelenggaraan dan kebersihan infrastruktur untuk latihan di bawah Jabatan Pendaftar telah dilaksanakan dengan baik. Namun, semakan audit mendapati ruang untuk penambahbaikan dengan mewujudkan dokumen rekod peralatan di lokasi tertentu bagi memastikan pemantauan keluar masuk dan ketersediaan barang lebih sistematik untuk aktiviti akan datang. Bukti: Dewan Taklimat Serdang dan Foyer Dewan Taklimat Serdang di Zon Abu Bakar As Siddiq	

Auditor : HADIE AIZZAT ASLI

Date : 23-Oct-2024

Client :
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA

File Ref :
20190100614



OPPORTUNITIES FOR IMPROVEMENT		
Clause	Details	Comments on action taken
8.1	Perancangan dan kawalan operasi Pelaporan bagi keseluruhan acara yang telah dilaksanakan boleh ditambah baik dengan menyediakan ruangan bagi tujuan pengesahan dan juga tarikh laporan dikeluarkan supaya pelaksanaannya lebih baik. - Akademi Sukan	
8.5.1	Kawalan penyediaan pengeluaran dan perkhidmatan Rubrik bagi penilaian markah kerja kursus atau tugas pelajar telah diwujudkan. Namun, penambahbaikan boleh dilaksanakan dengan menyatakan dengan lebih jelas pemberat pembahagian markah bagi setiap jawapan yang diberikan oleh pelajar. - Fakulti Pertanian	
9.1.2	Kepuasan pelanggan Aduan pelanggan telah dikendalikan dengan baik oleh pihak kolej iaitu menetapkan tempoh penyelesaian dalam 2 hari bekerja. Namun, penambahbaikan boleh dilakukan dengan memastikan sebarang aduan yang melebihi tempoh yang ditetapkan disertakan dengan sebab, agar tindakan susulan dapat dilaksanakan dengan lebih berkesan. - Kolej Tun Dr. Ismail (KTDI)	

Auditor : MUHAMMAD NAZMIE BIN MAT NASIR

Date : 22-Oct-2024

Client :
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA

File Ref :
20190100614



OPPORTUNITIES FOR IMPROVEMENT		
Clause	Details	Comments on action taken
8.5.1	1. Pengendalian Latihan Industri telah pun dilaksanakan dengan berkesan. Walaubagaimanapun rubrik penilaian yang jelas boleh dikenaspasti bagi komponen penilaian laporan LI (10%). 2. Keperluan prasyarat boleh ditentukan dengan jelas. Didapati subjek FMO 4902 telah pun dijalankan pada semester ke-7 tanpa memenuhi prasyarat FMO 4901. 3. Borang Penilaian Industri yang dihantar oleh pihak industri boleh dicop dengan jelas.	

Auditor : Parimala Devi Ganesan

Date : 23-Oct-2024

Client :
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA

File Ref :
20190100614



OPPORTUNITIES FOR IMPROVEMENT		
Clause	Details	Comments on action taken
7.5.3	Kawalan maklumat didokumentasikan Kehadiran bagi setiap sesi latihan direkodkan melalui sistem PutraPresence. Walau bagaimanapun, aktiviti pengesahan kehadiran yang dijana oleh sistem tersebut bolehlah dipaparkan.	
7.1.3	Prasarana Fasiliti bagi kegunaan tenaga pengajar dan pelajar seperti makmal komputer and perpustakaan telah dilengkapi dengan peti pertolongan cemas. Namun begitu, pihak UPMKB bolehlah mempamerkan aktiviti semakan keatas barangan didalam peti pertolongan cemas tersebut.	

Auditor : NUR FATIN E'ZZATI BINTI MASRUHAIZAN

Date : 23-Oct-2024

Client :
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA

File Ref :
20190100614



OPPORTUNITIES FOR IMPROVEMENT		
Clause	Details	Comments on action taken
7.1.3	Prasarana - Pusat Pertanian Putra Semasa audit dibengkel kejuruteraan, didapati banyak kerosakan kenderaan yang telah direkodkan dalam borang kerosakkan / penyelenggaraan kenderaan (sejak Mac, April) yang masih belum dapat diperbaiki. Ini boleh menyebabkan operasi pertanian tergendala. Di ladang ternakan haiwan (lembu) , pagar 'english fencing' dan 'cyclone fencing' boleh diperbaiki untuk mengelakkan dari dicerobohi binatang-binatang liar	
8.5.1	Kawalan pemberian perkhidmatan - Pusat Pertanian Putra Penggunaan minyak diesel telah direkodkan dalam borang keluar/masuk jumlah diesel, walaubagaimanapun, pengrekodan penggunaan keluar diesel , masih belum jelas di rekodkan pada borang tersebut	
7.5	Dokumentasi - Institut Penyelidikan dan Produk Halal Salinan keputusan 'Turnitin' tesis pelajar-pelajar pasca siswazah dan Progress report (GS 11) boleh juga disimpan dalam fail pelajar-pelajar tersebut bagi tujuan simpanan rekod	

Auditor : Mariam bt Mohamed Zin

Date : 18-Oct-2024

Client :
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA

File Ref :
20190100614



OPPORTUNITIES FOR IMPROVEMENT		
Clause	Details	Comments on action taken
8.5.1	Kawalan penyediaan pengeluaran dan perkhidmatan Proses kerja berkaitan pelantikan penilai ketiga bagi pemarkahan laporan disertasi/projek fyp telah dilaksanakan dengan baik. Namun penambahbaikan boleh dilakukan dengan pembangunan garis panduan bagi proses berkenaan agar pelaksanaannya lebih selaras.	
8.5.2	Pengenalpastian dan kebolehesanan Makmal Eco-RemTech telah menjalankan pemantauan terhadap penggunaan mesin makmal oleh pelajar seperti incubator shaker bagi tujuan penyelidikan melalui system QR code. Namun, penambahbaikan boleh dilakukan dengan meletakkan notis/nota pemberitahuan yang lengkap (termasuk nama pelajar, tarikh, masa penggunaan dan lain-lain) semasa penggunaan mesin makmal tersebut bagi mengelakkan proses penyelidikan terganggu atau kerosakan pada sampel atau bahan penyelidikan.	

Auditor : MOHD KHAIRULNIZAM BIN AHMAD WAMI

Date : 21-Oct-2024

OPPORTUNITIES FOR IMPROVEMENT		
Clause	Details	Comments on action taken
6.1	PERANCANGAN / TINDAKAN MENYATAKAN RISIKO DAN PELUANG Daftar risiko dan peluang organisasi dikaji semula dua kali setahun yakni pada bulan Jun dan Disember. Daftar risiko dan peluang yang sedia ada masa kini boleh ditambah baik ketika dikaji semula dengan :- • mengambil kira risiko penempatan felo lelaki di blok kediaman perempuan dan felo wanita di blok asrama lelaki (Kolej Sultan Alaeddin Sulaiman Shah), serta • pernyataan risiko yang bertindih atas sebab-sebab pengkategorian risiko (Pejabat Pembangunan dan Pengurusan Aset).	
9.1.3	PENILAIAN PRESTASI / ANALISIS DAN PENILAIAN Penilaian prestasi masa kini didapati lebih bertumpu kepada analisa tahun semasa. Proses ini boleh ditambah baik dengan memperluaskan analisa dengan pendekatan 'Trend Analysis' untuk memantapkan aktiviti pemantauan serta sebagai input kepada perancangan organisasi. Lokasi penemuan : • Kolej Kediaman Sultan Alaeddin Sulaiman Shah	
9.1.2	PENILAIAN PRESTASI / KEPUASAN PELANGGAN Proses mengenalpasti serta analisis tahap kepuasan pelanggan ada di jalankan. Namun demikian, proses ini boleh ditambah baik dengan mengenalpasti pendekatan-pendekatan yang lebih efektif untuk meningkatkan kadar respon buat analisis yang lebih 'representative'. Lokasi penemuan : • Kolej Kediaman Sultan Alaeddin Sulaiman Shah	

Client :
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA

File Ref :
20190100614



7.5	SOKONGAN / MAKLUMAT DIDOKUMENTASIKAN Aktiviti-aktiviti di Pusat Pengimejan Diagnostik Nuklear adalah merujuk kepada garis panduan-garis panduan yang telah dibangunkan pusat. Garispanduan-garispanduan ini boleh di perkemaskini dan dibangunkan sebagai maklumat didokumentasikan pusat.	
-----	--	--

Auditor : Md Shah bin Md Said

Date : 23-Oct-2024

Client :
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA

File Ref :
20190100614



OPPORTUNITIES FOR IMPROVEMENT		
Clause	Details	Comments on action taken
8.5.1 (PPA)	Kawalan penyediaan pengeluaran dan perkhidmatan Garis Panduan Permohonan Data menyatakan bahawa permohonan akan diproses dalam tempoh tujuh (7) hari bekerja dan kaedah untuk memantau pelaksanaan garis panduan ini telah tersedia. Namun, kaedah pemantauan garis panduan ini boleh ditambahbaik seperti berikut: 1. Justifikasi penolakan perlu dinyatakan di dalam panduan. 2. Sebarang permohonan maklumat tambahan yang dilakukan setelah permohonan rasmi diterima perlu dirasmikan dan permohonan secara lisan perlu dielakkan. 3. Membangun mekanisma yang memudahkan pemantauan tarikh surat, tarikh penerimaan surat, tempoh permohonan diproses dan tarikh maklum balas permohonan tersebut.	
8.5.1 (BURSAR)	Kawalan penyediaan pengeluaran dan perkhidmatan Secara umumnya hanya terdapat dua (2) kategori pendaftaran vendor di dalam system My Vendor iaitu aktif (active) dan tidak aktif (inactive). Permohonan pendaftaran vendor yang tidak lengkap/vendor yang belum melakukan pengesahan selepas semakan dokumen oleh Bursar akan dikategorikan sebagai tidak aktif. Sehubungan dengan itu, pendaftaran vendor yang tidak lengkap ini dicadang untuk dikategorikan semula sebagai "incomplete"/atau kategori yang sesuai supaya tidak termasuk dalam kategori "tidak aktif". Oleh kerana sistem My Vendor dalam perubahan proses kepada MyPutra, cadangan boleh di implimentasikan.	

Auditor : Sarasvathy Sundara Pathar

Date : 23-Oct-2024