

SULIT

	SIRIM QAS INTERNATIONAL SDN. BHD. JABATAN PENSIJILAN SISTEM PENGURUSAN Blok 4, SIRIM Complex, No. 1, Persiaran Dato' Menteri Section 2, 40700 Shah Alam, Selangor Darul Ehsan	No. Fail : 20190100614
	QMS (ISO 9001:2015) LAPORAN AUDIT PEMANTAUAN	

ORGANISASI:
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA

ALAMAT LOKASI UTAMA YANG DIAUDIT :
(Untuk pensijilan berkelompok, senarai lokasi tambahan adalah seperti di lampiran - Lampiran 3 dan Lampiran 4):

43400 SERDANG
SELANGOR DARUL EHSAN
MALAYSIA

TARIKH AUDIT :22/09/2025 - 26/09/2025 / 35.0 hari auditor	STANDARD : ISO 9001:2015 (Including AMD 1:2024)
--	--

SKOP PENSIJILAN :

PERKHIDMATAN PENGAJIAN PENDIDIKAN DI PERINGKAT TERTIARY, PENGURUSAN DAN PERLAKSANAAN PENYELIDIKAN, PERHUBUNGAN INDUSTRI DAN MASYARAKAT, PENGURUSAN PEMBANGUNAN PELAJAR DAN ALUMNI, DAN PERKHIDMATAN KORPORAT.

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.

TEACHING FACULTIES, INSTITUTES, CENTRES, OFFICE, DIVISION, ACADEMIES AND COLLEGES COVERED BY THIS CERTIFICATION ARE LISTED IN THE ANNEX TO THIS CERTIFICATE.

PASUKAN AUDIT :

1) SITI RAHMAH BT AHMAD	KETUA JURUAUDIT	5 HARI AUDITOR
2) DR MONTAJ MUSTAKIM	JURUAUDIT	3 HARI AUDITOR
3) MOHAMAD ABDUL KADIR BIN JOHARI	JURUAUDIT	1 HARI AUDITOR
4) MOHD NASIM BIN ZAKARIA	JURUAUDIT	3 HARI AUDITOR
5) CHUA MEA KENG	JURUAUDIT	3 HARI AUDITOR
6) MAZNAH BT MAT ISA	JURUAUDIT	5 HARI AUDITOR
7) PARIMALA DEVI A/P GANESAN	JURUAUDIT	5 HARI AUDITOR
8) SARASVATHY A/P SUNDARA PATHAR	JURUAUDIT	5 HARI AUDITOR
9) ZARINA MOHD SHARIF	JURUAUDIT	2 HARI AUDITOR
10) MUHAMMAD NAZMIE BIN MAT NASIR	JURUAUDIT	3 HARI AUDITOR

BILANGAN KAKITANGAN (yang berkaitan dengan skop pensijilan): 7702 anggota kerja
(Nota: Kakitangan tetap dan sementara tidak termasuk bilangan kakitangan di Lampiran 3 dan Lampiran 4)

Laporan oleh Ketua Pasukan Audit

Nama : SITI RAHMAH BT AHMAD

Tarikh : 26/09/2025

DOKUMEN INI ADALAH JANAAN KOMPUTER. TIADA TANDATANGAN DIPERLUKAN

LAPORAN AUDIT PEMANTAUAN	
1	PERUBAHAN KETARA YANG DIBUAT KEPADA RANCANGAN AUDIT DAN SEBAB-SEBABNYA (JIKA BERKENAAN) Tiada perubahan ketara yang dibuat kepada rancangan audit.
2	PINDAAN KETARA DALAM SISTEM PENGURUSAN KUALITI ORGANISASI SEJAK TARIKH AKHIR AUDIT (JIKA BERKENAAN) : Terdapat beberapa perubahan, di antaranya : 1. Pengarah Pusat Jaminan Kualiti selaku Wakil Pengurusan mulai 11 Ogos 2025 2. Timbalan Naib Canselor Akademik Dan Antarabangsa mulai 11 Ogos 2025 3. Pengarah Pusat Perhubungan Alumni mulai 1 Jun 2025 4. Penambahan Hospital Sultan Abdul Aziz Shah (HSAAS) di dalam skop pensijilan QMS ISO 9001:2015 mulai 2025
3	RINGKASAN TINDAKAN YANG TELAH DIAMBIL KE ATAS KETAKAKURAN YANG DIKENALPASTI PADA AUDIT TERDAHULU (Senaraikan perincian laporan ketakakuran dan status di Lampiran 1) : Hanya satu saja NCR sahaja dibangkitkan pada audit tahun 2024. Tindakan telah diambil dan keberkesanan dipantau. Kesemua 20 OFI telah diambil tindakan dan ditentukan keberkesannya.
4	PENGUNAAN LOGO PENSIJILAN / AKREDITASI (SIJIL) : (pemilihan jawapan) 1)Tidak Digunakan 2) Digunakan; diterima 3)Digunakan; tidak diterima Digunakan; diterima
5	RINGKASAN PENEMUAN AUDIT : 5.1 Perubahan dalam isu luaran dan dalaman yang berkaitan dengan sistem pengurusan kualiti UPM telah menentukan isu luaran dan dalaman yang relevan terhadap matlamat dan arah tuju strategik, serta Visi, Misi, Dasar Kualiti, Matlamat dan Piagam Pelanggan yang boleh memberi kesan terhadap kemampuannya mencapai keputusan Sistem Pengurusan Kualiti yang telah disasarkan. Pernyataan isu-isu ini dikenalpasti oleh 71 PTJ setelah dibincang dan disahkan di peringkat PTJ masing-masing. Bagi tahun 2024 sebanyak 397 isu telah dikenalpasti di mana 62 isu luaran dan 335 isu dalaman. Bagi tahun 2025 pula terdapat 396 isu di mana kebanyakannya adalah lanjutan dari isu-isu 2024 (338). Dari data ini hanya 58 saja merupakan isu baharu. Didapati 89 isu (22.5 peratus) tersebut adalah berkaitan dengan Pentadbiran dan Perkhidmatan Isu-isu luaran dan dalaman yang didokumenkan dipantau dan disemak secara berkala oleh PTJ berkaitan. Perincian keseluruhan isu luaran dan dalaman UPM dikenalpasti sebagaimana di 'Dokumen Risiko Operasi Sistem Pengurusan Kualiti (QMS) (e-OPRISK)' yang dipautkan pada Portal eISO. 5.2 Kesesuaian risiko dan peluang yang dikenal pasti dan tindakan yang diambil untuk menanganinya Terdapat 2 peringkat pemantauan risiko Universiti - Peringkat Operasi dan Strategik. Terdapat 8 kategori Risiko yang telah dikenalpasti- Strategik, Operasi, Kewangan, Pengurusan Sumber Manusia, Pengurusan Keselamatan Dan Kesihatan Pekerja, Penasihat Undang-Undang, Pembangunan Dan Pengurusan Aset serta Pembangunan Maklumat dan komunikasi. Mesyuarat Jawatankuasa Pengurusan Risiko Universiti dibentuk bagi pemantauan risiko Universiti. Jawatankuasa ini telah bermesyuarat sekali dalam tahun 2024 dan 2025. Pengurusan risiko di peringkat Operasi berkaitan rapat dengan isu yang dikenalpasti seperti di 'Dokumen Risiko Operasi Sistem Pengurusan Kualiti (QMS) (e-OPRISK)' yang dipautkan pada Portal eISO, Pengenalpastian Isu Dan Risiko serta Penilaian Awal Risiko. Daftar risiko ini mengambil kira Penyataan Isu, Pengenalpastian risiko, Kesan dan Kawalan Sedia ada, Penilaian Awal Risiko serta Strategi dan Bukti Tindakan. Pada keseluruhannya kawalan terhadap risiko boleh diterima mengikut keperluan Standard MS ISO 9001:2015. 5.3 Ringkasan prestasi terhadap objektif dan tindakan yang diambil jika berkenaan Objektif Kualiti UPM terdiri daripada tiga (3) kategori iaitu Petunjuk Prestasi Utama (KPI) UPM, Pelan Tindakan Peringkat Fungsian dan Aras dan Piagam Pelanggan (terdiri daripada proses utama Universiti, proses sokongan dan operasi perkhidmatan sokongan). KPI UPM tahun 2024 kesemuanya adalah sebanyak 82 di mana 59 KPI adalah telah mencapai sasaran 100%, 7 KPI belum mencapai sasaran, 3 tidak mencapai sasaran manakala 13 KPI belum diukur.

Pencapaian Pelan Tindakan Peringkat Fungsian dan Aras Tahun 2024 pula, , 47 petunjuk prestasi mencapai sasaran , tujuh petunjuk prestasi tidak mencapai sasaran dan dua petunjuk prestasi tidak diukur. 20 piagam pelanggan proses utama yang direkodkan pada tahun 2024 mengikut kategori iaitu piagam pelanggan Siswazah sebanyak 6, piagam pelanggan Prasiswazah sebanyak 8 dan piagam pelanggan Penyelidikan dan Inovasi sebanyak 6. Kesemuanya sasaran capai.. Terdapatn sebanyak 137 piagam pelanggan untuk Operasi dan Sokongan bagi 44 pusat tanggungjawab. 37 PTJ capai sasaran manakala 7 PTJ tidak capai sasaran. PTJ yang mendapat skor terendah ialah i PUTRA.

5.4 Kawalan proses secara keseluruhan berkaitan dengan skop persijilan termasuk proses utama dan sokongan

Pada keseluruhannya kawalan dan pemantauan terhadap proses berkaitan dengan skop persijilan dan prosedur kerja adalah memuaskan dan ianya disokong dengan pengwujudan rekod-rekod yang mencukupi dan diselenggara dengan baik.. Pemantauan berterusan terhadap pelaksanaan aktiviti teras universiti dilaku dan laporan disediakan. Secara keseluruhan, didapati pelaksanaan tindakan kawalan terhadap Sistem Pengurusan Kualiti bersesuaian dan relevan dengan skop pensijilan.

5.5 Audit Dalam

UPM telah melaksanakan Audit Dalam QMS selari dengan ISMS bagi tempoh bermula 7 April hingga 6 Jun 2025. Seramai 33 orang auditor terlatih telah terlibat dengan pengauditan kali ini. Penemuan Audit Dalam QMS Tahun 2025 adalah sebanyak 135 NCR dan 233 OFI. Maklum balas pelan tindakan serta bukti pelaksanaan tindakan bagi penemuan audit dalaman direkodkan melalui Portal Jaminan Kualiti (PortalCQA) mengikut tempoh yang ditetapkan oleh PTJ dengan persetujuan bersama Ketua Juruaudit Dalam. Pemantauan bagi penutupan penemuan audit dalaman dibuat secara berkala melalui: i. Mesyuarat Pengurusan PTJ; ii. Mesyuarat Jawatankuasa Kualiti UPM.

Proses dengan jumlah ketidakakuran tertinggi:

1. OSH - Pengurusan keselamatan dan Kesihatan pekerjaan - 18 NCR
 2. PS - Prasiswazah - 17 NCR
 3. PYG - Peralatan, Kemudahan Infrastruktur dan Kenderaan - 16 NCR
- Setakat ini hanya 34 NCR and 98 OFI telah berjaya ditutup dan ditentusahkan.

5.6 Kajian semula pengurusan

MINIT MESYUARAT KAJIAN SEMULA PENGURUSAN (MKSP) ISO UPM TAHUN 2025 (KALI KE-15) telah diadakan pada 19 Ogos 2025. Mesyuarat ini telah dipengerusikan oleh YBhg. Dato' Naib Canselor dan dihadiri juga oleh Timbalan Canselor, Bursar Ketua Pustakawan, ahli-ahli JPU, Ketua-ketua PTJ, Wakil Pengurusan and Timbalan Wakil Pengurusan, Peneraju Proses dan wakil-wakil PTJ. Agenda mesyuarat memenuhi keperluan klausa 9.3.2 dan 9.3.3. Input dan Output yang dinyatakan dalam klausa tersebut telah dibincangkan secara terperinci dan keputusan untuk tindakan dinyatakan dengan jelas.

5.7 Pengendalian aduan pelanggan

Universiti telah menggunakan SISPA dan U Respon untuk mengumpul maklumbalas pelanggan. Maklumbalas yang diterima melalui U Respon bagi tahun 2024 ialah sebanyak 714 and bagi tahun 2025 pula sebanyak 456 (sehingga September). Jumlah aduan bagi bagi tahun 2024 ialah 198 and 154 bagi tahun semasa. Bagi tahun 2024 pula, bilangan aduan yang diterima melalui SiSPAA adalah sebanyak 40 di mana aduan berkaitan dengan 'tindakan tidak adil' adalah tertinggi iaitu sebanyak 18 aduan. Aduan melalui SISPA bagi tahun semasa pula adalah 24 sahaja (sehingga September). Setiap aduan telah disiasat untuk kesahihan dan tindakan direkod.

Di samping itu, Kajian Kepuasan Pelanggan bagi tahun 2024 telah dilaksanakan untuk 4 skop - pengajaran dan pembelajaran, perkhidmatan dan sokongan, penyelidikan dan inovasi dan jalinan masyarakat. Bagi skop pengajaran dan pembelajaran, analisis pencapaian kajian maklum balas pihak berkepentingan dari persepsi pelajar adalah 2.96 daripada skala 5.00 di mana 66.88% responden memilih pada skala 4.00 ke atas manakala 33.13% memilih skala 3.00 ke bawah.

Hasil kajian maklum balas pihak berkepentingan bagi skop jaringan industri dan masyarakat (industri) maklum balas staf mendapat purata skor 3.6, industri mendapat purata skor 4.12 manakala maklumbalas komuniti mendapat purata skor 4.66.

5.8 Peningkatan berterusan

Peningkatan berterusan dan inisiatif yang diambil oleh UPM:

1. Pelaksanaan tindakan aktiviti/inisiatif berasaskan lima (5) strategi utama yang telah diketengahkan menerusi Perutusan Naib Canselor 2025, dengan tema Menjulung Kesohoran, Memaknai True North UPM
2. Penjenamaan semula UPM Kampus Bintulu kepada UPM Sarawak
3. Memperkenalkan Sistem Putraliner bagi tempahan kenderaan di bawah seliaan Bahagian Hal Ehwal Pelajar.
4. Meminda Peraturan-Peraturan Universiti Putra Malaysia (Pemilihan Kesatuan Pelajar-Pelajar Universiti Bagi Majlis Perwakilan Pelajar) 2024
5. Membangunkan Garis Panduan Menjalankan Aktiviti Hiburan (Konsert)
6. Memperhebat Pendigitalan Kampus
7. Sistem Universiti yang Dikonsolidasikan Menjadi Sistem Bersepadu
8. Ketersediaan sistem utama UPM

9. Ketersediaan Dashboard Data bagi Menyokong Pembuatan Keputusan
10. Pembangunan Enterprise Architecture (EA)
11. Pembudayaan Digital
13. Penstrukturan Semula Organisasi iDEC
14. Pengwujudan Fungsi Pengurusan Projek ICT (PMO)
15. Penyelarasan Pemakaian Polisi/Garis Panduan/Arahan Surat Pekeliling Sektor Awam berkaitan ICT

5.9 Perbandingan berguna dengan keputusan audit yang lepas

Pelaksanaan sistem pengurusan kualiti UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA boleh diterima dan menepati keperluan Standard ISO 9001:2015.

6 LAPORAN KETAKAKURAN (NCR)

Jumlah Ketakakuran Kecil (minor NCR) : 1	Senarai : 2501
Jumlah Ketakakuran Besar (major NCR) : 0	Senarai : -

7 ISU-ISU YANG TIDAK DAPAT DISELESAIKAN, JIKA BERKENAAN

Tiada

8 ISU-ISU PENTING YANG MUNGKIN MEMBERI KESAN KEPADA PROGRAM AUDIT

TIADA BAGI AUDIT KALI INI

9 KESIMPULAN KEPADA KEPATUHAN DAN KEBERKESANAN SISTEM

Secara keseluruhannya, berdasarkan tinjauan dokumentasi dan sampel rawak yang dipilih sepanjang pelaksanaan audit, audit telah mengumpulkan bukti yang lengkap dan dapat dinyatakan bahawa UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA masih mengekalkan, mengamalkan dan melaksanakan sistem pengurusan kualiti mengikut keperluan Standard ISO 9001:2015 berkaitan dengan skop pensijilan. Pelaksanaan sistem untuk setiap aktiviti proses utama /teras, dan proses sokongan lain dapat dilihat. Dalam mencapai hasil yang diharapkan, penyertaan dan komitmen daripada pihak pengurusan dan kakitangan dalam melaksanakan penambahbaikan secara berterusan dan menjurus kepada keberkesanan sistem pengurusan kualiti ini dapat dilihat. Tinjauan audit dalam dan kajian semula pengurusan yang telah dijalankan mengikut keperluan prosedur dan mematuhi keperluan ISO 9001:2015 bagi memastikan sistem terlaksana dan dilaksanakan secara berkesan. Perbincangan mengenai keberkesanan sistem ini dibuktikan semasa Mesyuarat Kajian Semula Pengurusan yang telah dijalankan.

10 KESESUAIAN SKOP PENSIJILAN YANG DICADANGKAN

Ya

11 ADAKAH KESEMUA OBJEKTIF AUDIT TELAH DIPENUHI?

Ya

12 PENGESYORAN

Laporan Ketakakuran Kecil direkodkan. Disyorkan untuk diteruskan pensijilan tanpa pindaan setelah Laporan Ketakakuran ditutup dengan memuaskan.

Nota:

a) Pelan tindakan pembetulan untuk kesemua ketakakuran yang dikeluarkan hendaklah dihantar kepada Ketua Pasukan Audit dalam tempoh 1 bulan dan bukti pelaksanaan dalam tempoh 3 bulan dari

tarikh laporan ini. Kegagalan mematuhi kehendak ini boleh menyebabkan pensijilan digantung atau ditarik balik.

b) Jika terdapat sebarang isu yang tidak dapat diselesaikan pada akhir audit, ia akan dibawa kepada perhatian pengurusan SIRIM QAS Intl untuk diputuskan. Pelanggan akan diberitahu secara bertulis keputusan itu dalam tempoh dua minggu dari tarikh laporan ini.

c) Jika bukti tindakan pembetulan yang dikemukakan tidak mencukupi, SIRIM QAS Intl berhak untuk menjalankan semula audit bagi mengesahkan keberkesanan tindakan pembetulan yang telah diambil.

d) Pengauditan adalah berdasarkan proses pensampelan maklumat yang sedia ada

SUSULAN TERHADAP KETAKAKURAN YANG DIKELUARKAN

Tidak berkenaan

Ketua Pasukan Audit : SITI RAHMAH BT AHMAD

LAPORAN AUDIT PEMANTAUAN

No. Fail: 20190100614

[illegible]

[illegible]

[illegible]

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	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		

11 Other Certification Requirements

11.1	Use of marks/ certificate	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	Jumlah NCR		-	1	-	-	-	-	-	-	-		1

Nota:

- 1) Tandakan (/) di kotak yang berkenaan untuk keperluan standard yang telah diaudit dan (-) untuk keperluan standard yang tidak diaudit.
- 2) Sekiranya keperluan standard telah diaudit dan ada ketakakuran terlibat, gantikan tanda (/) dengan jumlah ketakakuran.
- 3) Sekiranya keperluan standard tidak berkenaan, tandakan "TB" di kotak yang berkenaan.

FUNGSI/ PROSES/ LOKASI PROJEK

- P1 - QUALITY / MANAGEMENT
- P2 - TEACHING AND LEARNING -SEKOLAH PERNIAGAAN DAN EKONOMI (SBE), FAKULTI PERUBATAN VETERINAR (FPV), FAKULTI PERUBATAN VETERINAR (FPV), FAKULTI PENGAJIAN PENDIDIKAN (FPP) , FAKULTI PERUBATAN DAN SAINS KESIHATAN (FPSK), FAKULTI REKABENTUK DAN SENIBINA (FRSB)
- P3 - PTJs - SEKOLAH PENGAJIAN SISWAZAH,
- P4 - PTJs - BAHAGIAN PERUMAHAN DAN PENEMPATAN UPM, BAHAGIAN HAL EHWAL PELAJAR, BAHAGIAN KEMASUKAN DAN BAHAGIAN URUS TADBIR AKADEMIK
- P5 - PTJs - PEJABAT BURSAR, PEJABATN PEMBANGUNAN DAN PENGURUSAN ASET, PEJABAT PENDAFTAR, PEJABAT PENGURUSAN KESELAMATAN DAN KESIHATAN PEKARJA (PPKKP)
- P6 - PTJs - PUSAT PEMAJUAN KOMPETENSI BAHASA (CALC), PUSAT KOKURIKULUM DAN PEMBANGUNAN PELAJAR, PUSAT STRATEGI DAN PERHUBUNGAN KORPORAT, PUSAT ANTARABANGSA (i-PUTRA), PUSAT PEMBANGUNAN KEUSAHAWANAN DAN KEBOLEHPASARAN GRADUAN (CEM)
- P7 - RESEARCH INSTITUTE - INSTITUT PENYELIDIKAN PENUAAN MALAYSIA (IPPM), INSTITUT ANTARABANGSA AKUAKULTUR DAN SAINS AKUATIK (iAQUAS) i), INSTITUT PERHUTANAN TROPIKA DAN PRODUK HUTAN (INTROP), INSTITUT NANOSAINS DAN NANOTEKNOLOGI (ION2), INSTITUT KAJIAN PERLADANGAN (IKP)
- P8 - HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH UPM
- P9 - KOLEJ PENDETA ZA'BA, KOLEJ DUA BELAS, KOLEJ CANSELOR (KC), KOLEJ SRI RAJANG – BINTULU

LAMPIRAN 1 : VERIFIKASI KEATAS LAPORAN KETAKAKURAN YANG DIKELUARKAN PADA AUDIT TERDAHULU:

No. Fail: 20190100614

No.	No. Rujukan Laporan Ketakakuran	Bukti yang dilihat bagi pelaksanaan tindakan pembetulan	Keberkesanan tindakan pembetulan	Komen
Tiada Laporan Ketakakuran yang dibangkitkan sebelum ini				

LAMPIRAN 2

SENARAI LOKASI TAMBAHAN				
No. Fail: 20190100614				
No.	Nama & alamat lokasi	Skop Sijil (sekiranya berbeza daripada lokasi utama)	Bilangan kakitangan yang efektif	Diaudit
1	UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA KAMPUS BINTULU, JALAN NYABAU, 97008 BINTULU, SARAWAK, MALAYSIA	PERKHIDMATAN PENGAJIAN PENDIDIKAN DI PERINGKAT TERTIARY, PENGURUSAN DAN PERLAKSANAAN PENYELIDIKAN, PERHUBUNGAN INDUSTRI DAN MASYARAKAT, PENGURUSAN PEMBANGUNAN PELAJAR DAN ALUMNI, DAN PERKHIDMATAN KORPORAT. 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.	357	/
2	UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH (HSAAS), UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA, 43400 SERDANG, SELANGOR DARUL EHSAN, MALAYSIA	PENGURUSAN PERKHIDMATAN PERUBATAN MANAGEMENT OF MEDICAL SERVICES.	1648	/

Nota :

Senaraikan semua lokasi mengikut semakan kontrak.

SIRIM QAS INTERNATIONAL SDN. BHD.**NONCONFORMITY REPORT (NCR)**

Client:

UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA (UPM)**Status:** Open**File No. :** 20190100614**Audit Type:** Surveillance Audit 1**NCR No:** 2501**Standard Name:** ISO 9001:2015**Last audit date:****Classification:** Minor**Section 1 - Details of nonconformity****Requirement:****8.5.1 Control of production and service provision**

The organization shall implement production and service provision under controlled conditions. Controlled conditions shall include, as applicable:

a) the availability of documented information that defines:

1) the characteristics of the products to be produced, the services to be provided, or the activities to be performed;

2) the results to be achieved;

b) the availability and use of suitable monitoring and measuring resources;

c) the implementation of monitoring and measurement activities at appropriate stages to verify that criteria for control of processes or outputs, and acceptance criteria for products and services, have been met;

d) the use of suitable infrastructure and environment for the operation processes;

e) the appointment of competent persons, including any required qualification;

f) the validation, and periodic revalidation, of the ability to achieve planned results of the processes for production and service provision, where the resulting output cannot be verified by subsequent monitoring or measurement;

g) the implementation of actions to prevent human error;

h) the implementation of release, delivery and post-delivery activities.

Finding

Pengendalian pengurusan penilaian berterusan (60%) dan peperiksaan akhir (40%) bagi kursus VPK 5733 : Anestesiologi Veterinar (Master in veterinary Medicine (MVM), tidak dilaksanakan mengikut keperluan rangka kursus dan garis panduan pengajaran dan pembelajaran (siswazah) untuk pensyarah. Kod dokumen: PU/S/GP003/PENSYARAH.

Objective evidence

Tiada bukti Penilaian berterusan (60%) dan peperiksaan akhir (40%) bagi kursus VPK 5733 dilaksanakan mengikut keperluan struktur kursus dan garis panduan pengajaran dan pembelajaran (siswazah) untuk pensyarah. Kod dokumen: PU/S/GP003 /PENSYARAH.

Auditor

MAZNAH BT MAT ISA

Client Representative

PUAN ZENAIDA MD ZENON

Section 2 - Result of investigation and determination of root cause**Client Representative**

PUAN ZENAIDA MD ZENON

Section 3 - Correction (if applicable) and corrective action plan including completion date

Client Representative
PUAN ZENaida MD ZENON
Accepted by

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

Verify by:
NCR close out:

OPPORTUNITIES FOR IMPROVEMENT			
Clause	Details	Comments on action taken	STATUS
10.3	<u>Continual improvement</u> UPMS telah berjaya mendapat bajet sebanyak 7.1 juta ringgit untuk penambahbaikan infrastruktur (tandas dan dewan makan) di Kolej Sri Rajang. Walaubagaimanapun UPMS boleh mempertimbangkan untuk memabhbah perkara-perkara berikut: 1. Analisa dan penilaian keatas data yang di peroleh melalui proses pemantauan dan pengukuran keatas infrastruktur (sila rujuk juga klausa 9.1.3) 2. Menilai keberkesanan tindakan yang telah diambil keatas ketidakpatuhan dan tindakan pembetulan terkini keatas infrastruktur (sila rujuk juga klausa 10.2)		Status Open
Auditor: C			
8.5.1	<u>Control of production and service provision</u> Berdasarkan klausa 12.5(iii) PU/S/GP003 /PENSYARAH , pengerusi JKPPT perlu memastikan laporan viva voce dimajukan ke SPS dalam tempoh tujuh (7) hari selepas viva voce berlangsung. Pelaksanaan keperluan ini boleh dibuktikan secara konsisten bagi kesemua viva voce yang telah dilaksanakan. Program : Ph D; No. Matrix: GS60893		Status Open
8.5.1	<u>Control of production and service provision</u> Berdasarkan garis panduan System i-GIMS notis penyerahan tesis Borang 14A sehingga penyerahan tesis Borang 15A telah ditetapkan ia itu dalam tempoh 9 bulan. Namun pemantauan dan penguatkuasaan keperluan ini boleh dibuktikan secara konsisten untuk semua pelajar. Program: Master; No. Matrix: GS 52146 Program : Ph D; No. Matrix : GS 50006		Status Open
Auditor: DR MONTAJ MUSTAKIM			
4.3	<u>Determining the scope of the quality management system</u> UPM boleh menyemak semula skop sistem pengurusan kualiti HSAAS agar ianya meliputi 3 fungsi utama hospital dengan jelas.		Status Open
Auditor: MAZNAH BT MAT ISA			

8.5.1	<u>Control of production and service provision</u> 1. Penggunaan sistem PUTRA HIS di HSAAS boleh diperluaskan bagi merekodkan semua data pemerhatian tanda vital dan lain-lain maklumat seperti yang dinyatakan dalam borang DM/HPT secara terus ke dalam sistem bagi mengelakkan kesilapan semasa proses memasukkan semula maklumat/data yang direkodkan dalam borang tersebut. 2. Pemantauan bagi pengendalian proses kalibrasi peralatan BME boleh dipastikan oleh PTj dan pihak Redicare agar tiada peralatan yang melewati tarikh luput penyelenggaraan seperti yang dijadualkan. 3. Pengurusan penilaian berterusan (60%) dan peperiksaan akhir (40) mengikut keperluan struktur kursus perlu difail secara sistematik dan bukti pelaksanaan, sampel alat penilaian, serta contoh jawapan pelajar boleh disertakan dengan lengkap. (EOH 3206, MCP 5102-1) 4. Panduan dan buku log untuk Latihan Industri bagi kursus Bacelor yang dikendalikan oleh Jabatan Sains Kesihatan kecuali Bacelor Kejururawatan, boleh diselaraskan agar kawalan maklumat dalam garispanduan serta borang-borang penilaian LI dapat dilaksanakan secara seragam dan terkawal. 5. Bukti pemantauan untuk kejadian insiden dimakmal boleh dilaksanakan dan direkod dengan jelas. (Makmal Kemahiran klinikal dan Makmal Kesihatan Persekitaran Pekerjaan.) 6. Pengurusan peperiksaan dan pengendalian pemarkahan dilaksanakan mengikut garispanduan yang disediakan, namun proses pengesahan dan pengesahan semula markah yang dimasukkan dalam eSMP dan iGIMS bagi final marksheet boleh dibuktikan. (EOH 3206, MCP 5102-1)	Status Open
Auditor: MAZNAH BT MAT ISA		
8.5.1	<u>Control of production and service provision</u> SBE 1. Kriteria/komponen penilaian Latihan Industri untuk program BACC boleh dikemaskini dalam dokumen Guideline for Industrial Training (9/8 /2025) agar selaras dengan sukatan kursus. Rujuk course outline ACN 4901. 2. Pindaan markah untuk kertas ulangan/Re-sit boleh disokong dengan justifikasi yang jelas. Terdapat penggredan berbeza yang dilaporkan untuk pelajar GS72003, namun justifikasi markah tambahan boleh didokumenkan dengan jelas untuk memastikan ianya diluluskan dan disokong dengan gred akhir yang dilaporkan. Student ID: GS 72003, Code Subject: FIN 5100 (Sem 2 2024 /2025) 4. Pihak fakulti boleh memastikan Assessment /komponen penilaian dalam Rangka kursus dan rancangan pengajaran yang disediakan adalah mengikut sukatan pelajaran. Rujuk Code Subjek: MGM 5181 (Sem 3 2024/2025)	Status Open
Auditor: PARIMALA DEVI A/P GANESAN		

8.5.1	<u>Control of production and service provision</u> FRSB 1. Borang Senarai semak penyediaan soalan peperiksaan akhir boleh disemak semula agar penyalaras kursus yang menyemak soalan adalah bukan pensyarah yang menyediakan kertas soalan. Code Subjek: IND 3801 (Sem 2 2024/2025) 2. Pensyarah subjek boleh memastikan pengiraan markah akhir daripada skrip jawapan adalah mengikut markah yang diberikan. Didapati terdapat kesilapan markah, di mana satu daripada soalan hanya dikira sebagai 11 markah namun ia sepatutnya 15 markah kesemuanya. Walau bagaimanapun ini tidak mengubah gred akhir pelajar. Rujuk Student ID: 230377, Code Subjek: ARC 3421 3. Pengurusan fail pensyarah bagi Postgraduate Program boleh dipertingkatkan lagi bagi memastikan rekod yang diperlukan tersedia ada untuk tujuan pengauditan. Refer Code Subjek: URB 5100 (Sem 1 2024/2025) 4. Secara keseluruhan, Pemetaan CO dan PO boleh dipertingkatkan lagi untuk memastikan ianya mengikut Sukatan kursus. Learning Outcome yang dinyatakan dalam Course Assessment Plan (CAP) dan Course Assessment Marks (CAM) perlu dipastikan agar sama dengan hasil pembelajaran. Refer Code Subjek: URB 5100 (Sem 1 2024/2025) & URB 5900 (Sem 2 2024/2025)		Status Open
Auditor: PARIMALA DEVI A/P GANESAN			
8.5.4	<u>Preservation</u> 1. Bahan kimia luput yang telah digunapakai untuk proses penyelidikan boleh dilabelkan dan diasingkan. 2. Tarik buka bahan kimia boleh direkodkan dengan jelas untuk memantau tempoh penggunaannya. Rujuk Institut Nano sains dan Nano Teknologi - Makmal NPTL - 2		Status Open
Auditor: PARIMALA DEVI A/P GANESAN			
9.1.3	<u>Analisis dan Penilaian</u> Perkhidmatan Kaunter melalui Sistem SmartPutraQ menyediakan laporan harian berkaitan nombor/tiket yang dikeluarkan serta statistik kehadiran pelajar bagi pelbagai urusan di kaunter. Sistem ini turut merekodkan nombor/tiket yang dibatalkan. Ringkasan laporan yang menyatakan sebab-sebab pembatalan urusan perkhidmatan di kaunter boleh di jana bagi tujuan analisis dan penambahbaikan. Location: I-Putra		
7.5	<u>Dokumentasi maklumat</u> Setiap permohonan bagi Program Mobility Inbound dan Outbound perlu mendapat kelulusan melalui Mesyuarat Jawatankuasa Mobility UPM yang diadakan setiap bulan.. Namun, minit mesyuarat hanya merekodkan bilangan program yang diluluskan tanpa perincian lanjut. Lampiran boleh disertakan bersama minit mesyuarat bagi memaparkan perincian program yang diluluskan bagi memudahkan rujukan. Location: I-Putra.		

8.5.1	Kawalan Penyediaan dan Penyampaian Perkhidmatan “Enforcement application” ialah permohonan rasmi oleh pelajar untuk tindakan pembetulan atau penyelesaian kes imigresen apabila berlaku pelanggaran syarat visa atau pas, seperti pas tamat tempoh(overstay). Permohonan di senaraikan di “Masterfile Visa dan Pas” yang merekodkan Tarikh mula hingga Tarikh tamat proses. Status permohonan juga hendaklah dipaparkan secara konsisten bagi memudahkan tindakan susulan yang diperlukan dan memastikan proses mendapat penutupan yang jelas. Dokumen “Checklist Application for Study Abroad(Outbound)” telah dilengkapkan oleh pemohon dan disemak. Dokumen ini boleh di cop, tandatangi dan di tarikhkan secara konsisten bagi bukti semakan dan pengesahan. Location: I-Putra		
8.4.2	Type and extent of control Pemantauan kerja-kerja penyelenggaraan boleh dipertingkatkan dengan merekodkan ke dalam log bagi memastikan perkhidmatan sediaaan luar memenuhi keperluan tempoh 14 hari seperti yang ditetapkan dalam Arahan Kerja secara konsisten. Location: PPPA		
8.5.3	Property belonging to customers or external providers Salinan kad pengenalan penyedia luar dan pelanggan yang di simpan perlu di potong/di tandakan secara konsisten. PPPA – Penyedia Luar I-Putra - Pelajar		
10.2	Nonconformity and corrective action Aduan daripada pelajar OKU dikendalikan oleh Unit Perkhidmatan & Sokongan OKU. Aduan ini direkodkan dan dilaporkan dalam mesyuarat blanan. Aduan tersebut boleh direkodkan ke dalam Borang Maklum Balas Pelanggan bagi memenuhi keperluan Tindakan pembetulan. Location: BHEP		
9.3	Performance evaluation Kerosakan dan pembaikan kenderaan dilaksanakan tanpa gangguan perkhidmatan. Maklumat in boleh direkodkan/disimpulkan dalam log bagi pemantauan yang lebih baik. Location: BHEP		
Auditor: SARASVATHY SUNDARA PATHAR			