

| DADES GENERALS     |   |   |   |
|--------------------|---|---|---|
| Organització:      | AIGÜES DE MANRESA, S.A.   | Nº Exp:   | 1/2020/1948-1/021   |
| Adreça (SC):       | C/ Plana de l'Om, 6 , 08241 - Manresa, Barcelona, España: (Gerència, RR.HH., Compres, Atenció Telefònica, Informació) |   |   |
| Adreça (S1):       | Pça de Salt, 1, 8241 Manresa, Barcelona, España: Oficines d'Atenció a l'abonat  |   |   |
| Adreça (S2):       | C/ de la Concòrdia, 121-127 , 08242 - Manresa, Barcelona, España: ETAP Manresa  |   |   |
| Adreça (S3):       | Ctra. d'Abrera a Manresa 1, 08240 Manresa, Barcelona, España:: EDAR Manresa   |   |   |
| Adreça (S4):       | C/ de Viladordis, 5, 08241 Manresa, Barcelona, España:: Piscina Municipal   |   |   |
| Norma(s):          | <input checked="" type="checkbox"/> ISO 9001:2015   | <input type="checkbox"/> ISO 14001:2015   | <input type="checkbox"/> EMAS <input type="checkbox"/> Altra: |
| Tipus d'auditoria: | <input type="checkbox"/> Inicial E-2<br><input type="checkbox"/> VSEG-1<br><input type="checkbox"/> VSEG-2            | <input checked="" type="checkbox"/> Renovació<br><input type="checkbox"/> Extraordinària<br><input type="checkbox"/> Altra: |   |
| Data Auditoria:    | 14 i 15/09/23   | Durada Auditoria:   | 3 Data Informe: 19/09/23                                      |

| ABAST, OBJECTE I CRITERIS   |
|---|
| <b>ABAST DE CERTIFICACIÓ:</b><br>GESTIÓ DEL CICLE DE L'AIGUA (SERVEI D'ABASTAMENT D'AIGUA POTABLE I CLAVEGUERAM. EXPLOTACIÓ DE SISTEMES DE SANEJAMENT. PLANIFICACIÓ I EXECUCIÓ D'OBRES I SERVEIS D'INFRAESTRUCTURA. SERVEI DE LABORATORI DE SALUT PÚBLICA (ANÀLISIS D'AIGUA DESTINADES AL CONSUM HUMÀ, AIGÜES CONTINENTALS, AIGÜES RESIDUALS, FANGS, COMPOST I SÒLS). PRESTACIÓ I GESTIÓ DE SERVEIS DE CARÀCTER ESPORTIU).  |
| <b>CRITERIS:</b> Conjunt de polítiques, procediments, normes, legislació i requisits del SG emprats en la realització de l'auditoria i que serveixen com a referència a l'evidència de l'auditoria:   |
| ISO 9001:2015   |
| Prestació del servei de certificació ICDQ   |
| Us de la Marca de certificació ICDQ   |
| Normativa marc del sector (la principal que afecta al producte)<br>Codi Instrucció 3.07-P01-I09 versió 1 de 05/01/2021 Control de requisits legals i altres requisits.<br>Gestionats a través de l'empresa ALMGESTIÓ.<br>Excel de control de requisits legals penjat al servidor. Mensualment, Enric Comes de Almgestió, actualitza la normativa que és d'aplicació mensualment. A través de correu electrònic informa de normativa nova que els hi és d'aplicació i actualitzant excel de normativa i posteriorment informen als treballadors i parts interessades per el seu coneixement. L'excel està a disposició de tota la organització només amb mode lectura. Última actualització juny 2022.<br>Aquest any estan treballant amb Almgestió per a la implantació |

| EQUIP AUDITOR        |                   |          |
|----------------------|-------------------|----------|
| FUNCIÓ               | NOM Y COGNOM(S)   | INICIALS |
| Auditor Cap:         | Rafel Feliu       | R.F.     |
| Auditor:             | Antonio Fernández | A.F.     |
| Expert Tècnic:       |                   |          |
| Auditor en Formació: |                   |          |
| Observador:          |                   |          |

| RELACIÓ DE PARTICIPANTS |  |                |            |              |
|-------------------------|--|----------------|------------|--------------|
| NOM I COGNOMS           | CÀRREC / ÀREA                                    | REUNIÓ INICIAL | ENTREVISTA | REUNIÓ FINAL |
| Antoni Ventura          | Gerent   | X              | X          | X            |
| Esther Costa            | Directora d'Operacions                           | X              | X          | X            |
| Mar Cases               | Tècnica de la Qualitat                           | X              | X          | X            |
| Eva Corbella            | Cap de la Qualitat i Conctrol Sanitari           | X              | X          | X            |
| Rafel Feliu             | Auditor en Cap de la Qualitat i Control Sanitari | X              |            | X            |
| Antonio Fernández       | Auditor  | X              |            | X            |

| RELACIÓ DE CENTRES VISITATS  |   |   |
|--|---|---|
| Aplica a totes les organitzacions de qualsevol àrea tècnica i per activitats realitzades fora de la seu central i operativa (exemples: neteja construcció, instal·lacions, menjadors, formació, gestió de residus, transport de mercaderies i persones, etc.). |   |   |
| DATA   | ADREÇA  | TIPUS DE VERIFICACIÓ  |
| 13/09/23   | Ctra. d'Abrera a Manresa 1, 08240 Manresa, Barcelona, España:: EDAR Manresa | <input checked="" type="checkbox"/> Observació d'activitats<br><input checked="" type="checkbox"/> Documental |
| 13/09/23   | C/ de Viladordis, 5, 08241 Manresa, Barcelona, España:: Piscina Municipal   | <input checked="" type="checkbox"/> Observació d'activitats<br><input checked="" type="checkbox"/> Documental |
| 13/09/23   | Xarxa carrer Puig Brucardes a Sant Fruitós de Baiges                        | <input checked="" type="checkbox"/> Observació d'activitats<br><input checked="" type="checkbox"/> Documental |

| PRINCIPALS PROCESSOS DESENVOLUPATS PER L'ORGANITZACIÓ (RELACIONATS AMB LES ACTIVITATS QUE FORMEN PART DE L'ABAST DE CERTIFICACIÓ) I ESPECIFICAR QUE S'HA VERIFICAT COM S'EXECUTEN (1) I QUINS DOCUMENTALMENT (2)   |
|--|
| <p><b>(1) Descripció de los processos que formen l'abast de certificació i que s'ha observat la seva execució.</b></p> <p>SERVEI DE CLAVEGUERAM. EXPLOTACIÓ DE SISTEMES DE SANEJAMENT.<br/>           SERVEI DE LABORATORI DE SALUT PÚBLICA (ANÀLISIS D'AIGUA DESTINADES AL CONSUM HUMÀ, AIGÜES CONTINENTALS, AIGÜES RESIDUALS, FANGS, COMPOST I SÒLS)<br/>           PRESTACIÓ I GESTIÓ DE SERVEIS DE CARÀCTER ESPORTIU</p> |
| <p><b>(2) Descripció dels processos que formen l'abast de certificació i que s'han verificat documentalment</b></p> <p>SERVEI DE CLAVEGUERAM. EXPLOTACIÓ DE SISTEMES DE SANEJAMENT.<br/>           SERVEI DE LABORATORI DE SALUT PÚBLICA (ANÀLISIS D'AIGUA DESTINADES AL CONSUM HUMÀ, AIGÜES CONTINENTALS, AIGÜES RESIDUALS, FANGS, COMPOST I SÒLS)<br/>           PRESTACIÓ I GESTIÓ DE SERVEIS DE CARÀCTER ESPORTIU</p>    |

| NO APLICABILITAT DE REQUISITS DEL SISTEMA DE GESTIÓ |
|---|
| DISSENY   |

| CANVIS RESPECTE AL PLA D'AUDITORIA |
|------------------------------------|
| CAP                                |

| CANVIS SIGNIFICATIUS DES DE L'ÚLTIMA AUDITORIA QUE AFECTEN AL SG AUDITAT |
|--|
| CAP  |

| CANVIS SIGNIFICATIUS QUE PODRIEN AFECTAR AL PROGRAMA D'AUDITORIA |
|--|
| CAP  |

| RESUMEN DE L'AUDITORIA                      |   |
|---|---|
| PROCÉS                                      | AVALUACIÓ DE LA CONFORMITAT   |
| Context, lideratge i informació documentada | <p><b>Context:</b><br/> <i>Comprovem que tenen definit el seu context havent determinat les qüestions tant externes com internes pertinents per al seu propòsit i la direcció estratègica que afecten la seva capacitat per assolir els resultats previstos. Aquestes qüestions inclouen les condicions ambientals capaces d'afectar o veure's afectades per l'organització. El context ha estat revisat en data 11/05/23 durant la Revisió per la Direcció.</i></p> <p><b>Parts Interessades:</b><br/> <i>Comprovem que han determinat les parts interessades havent estat revisades en data 11/05/23 sense haver identificat cap canvi</i></p> <p><b>Processos:</b><br/> <i>Mantenen el mateix <b>Mapa de Processos</b> aprovat amb data 01/03/2022, actualment en fase de revisió.</i></p> <p><b>Lideratge:</b><br/> <i>Durant aquesta auditoria hem pogut comprovar que la direcció demostra el lideratge i el compromís respecte al SG vetllant per l'establiment tant de la Política com dels seus Objectius. Així mateix, comprovem que es promou l'enfocament a processos i el pensament basat en regs i la promoció de la millora, així com la resta de requisits exigits per la Norma, tot això amb un clar enfocament al client</i></p> <p><b>Política del SG:</b><br/> <i>Aigües de Manresa va revisar la seva Política del SG en data en data <a href="#">11/05/23</a> contemplant-hi la Política de Seguretat de la Informació d'Aigües de Manresa (101-P01-D03) i el projecte d'adequació per a compliment de l'esquema nacional de seguretat (ENS) (101-P01-D04</i><br/> <i>Comprovem que la Política del SG ha estat posada a disposició de les parts interessades pertinents tant internes com externes trobant-se penjada a l'entrada de les oficines i a la pàgina web. Al llarg d'aquesta auditoria podem comprovar que aquesta Política de SG s'ha comunicat, entès i aplicat dins de l'organització.</i></p> <p><b>Rols, responsabilitats i autoritat:</b><br/> <i>Podem comprovar que la direcció s'ha preocupat i assegurat de comunicar i fer entendre les responsabilitats, els rols i les autoritats als individus afectes a aquestes.</i><br/> <i>Compten amb un Organigrama aprovat en dat 01/03/22 ben definit que es comprova reflecteix clarament les diferents responsabilitats i nivells d'autoritat.</i><br/> <i>S'hi comprova que s'ha designat Cristina Mauri com a Responsable del Sistema</i></p> |
| Planificació                                | <p><b>Riscos i Oportunitats:</b><br/> <i>Per l'anàlisi de Riscos i Oportunitats utilitzen el format 3.04-P11-R01_2022_10. En aquest format, es fa un anàlisi per departament i</i></p>  |

per procés. En cada una de les fitxes s'hi defineix la fitxa de procés, entrades i sortides, organigrama, i definint el DAFO i de cada risc i de cada oportunitat detectada es fa la seva avaluació i quan surt MIG o ALT s'obre una acció i es gestiona amb el format Incidències 3.04-P03-R03.

La última avaluació del DAFO data de 11/05/23. La avaluació es fa anualment i es fa amb tots els responsables de departament. Mantenen els mateixos criteris de tipificació del risc. Risc alt de 13 a 16, risc mig de 9 a 12 i risc moderat de 5 a 8 i de 1 a 4 risc baix. (probabilitat x conseqüència)

Actualment no tenen identificat cap risc alt.

Destacar com a principal risc de nivell mig, dins del Departament de Laboratori, el canvi de normativa que els obliga a acreditar -se en molts paràmetres i en relatiu poc temps (2028)

### OBJECTIUS DEL SG

Segueixen amb el Pla Estratègic a 5 anys de l'any 2021-2025 amb uns 80 objectius associats amb més de 400 fites associades

Podem comprovar que els objectius del SG compleixen els requisits de norma havent estat comunicats a l'organització a través de dels panells informatius i que són mesurables i coherents amb la política del SG.

Comprovem que els objectius del SG contempen el que es pretén amb ells, els recursos necessaris per abordar-los, els responsables de complir-los, dates i metes a assolir, així com una avaluació periòdica dels mateixos. Podem comprovar la planificació d'accions previstes per aconseguir-ho.

Total 61 objectius dels que 8 corresponen a sostenibilitat amb un nivell d'acompliment del 67,94%

L'organització duu a terme avaluacions semestrals havent estat la darrera avaluació duta a terme la de data maig/2023 amb un nivell de compliment global del 67,94%

Per l'any 2023 han planificat 41 projectes amb un total de 131 tasques de les 145 identificades.

La majoria coincideixen amb els de l'any anterior

Tenen plantejats 28 projectes i 137 objectius dels que son 8 d'Eficiència Energètica

Comprovem la corresponent planificació dels esmentats Objectius del SIG

### Planificació dels Canvis:

*Podem comprovar* que tenen una sistemàtica establerta per a la planificació de canvis quan l'organització determinés la necessitat de dur-los a terme per afectar el seu SG

Aquesta sistemàtica inclou el propòsit dels canvis i la seva afectació al SG, la disponibilitat de recursos, l'assignació de responsabilitats i autoritats per dur a terme el canvi així com els possibles riscos que aquest canvi pugui comportar.

|  |  |
|--|--|
|  | <p><i>Comprovem que han planificat correctament els següents canvis:</i><br/> Entrada en servei de les noves instal·lacions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EDAR Avinyó</li> <li>• EDAR Balsareny</li> </ul>   |
| <p>Infraestructures, Recursos Humans, Coneixements i Comunicació</p> | <p><b>Infraestructures:</b><br/> Compten amb un pla de manteniment preventiu documentat al registre MAXIMO sobre el qual podem verificar que estan complint els venciments establerts.<br/> Comprovem la correcte execució de les ordres de manteniment planificades.<br/> Comprovem així mateix que tenen planificat el manteniment reglamentari que duen a terme.<br/> En relació al manteniment correctiu comentar que el tenen sota control gràcies al bon manteniment preventiu de que disposen.<br/> Al llarg d'aquesta auditoria es comprova que l'ambient per a l'operació dels processos/serveis és adequat.<br/> Pel que fa a determinar i proporcionar recursos necessaris per assegurar la validesa i fiabilitat dels resultats per verificar la conformitat dels productes/serveis amb els requisits, ho hem auditat a l'apartat "Producció i Prestació del Servei" que de forma general ho hem considerat sota control i, en cas contrari, hem indicat les irregularitats detectades.</p> <p><b>Calibració / Verificació d'Equips de Mesura:</b><br/> L'organització compta amb un registre per inventariar i control dels seus equips de mesurament.<br/> Comprovem que tots estan correctament identificats.<br/> Comprovem que els equips patró estan degudament conservats i custodiats<br/> Comprovem que, en cas de disposar d'equips danyats, tenen previst identificar-los com a no aptes i estan degudament segregats de la resta<br/> Compten amb un Parc Mòbil de 77 vehicles degudament mantinguts.</p> <p><b>Persones:</b><br/> Durant aquesta auditoria hem pogut comprovar que l'organització ha determinat i proporcionat les persones necessàries per a la implementació eficaç de l'SG i per a l'operació i el control dels seus processos.</p> <p><b>Coneixements:</b><br/> Compten amb una Comissió de Formació que es reuneixen entre 3 o 4 cops a l'any<br/> A finals d'any des de RR.HH. es demanen als diferents necessitats dels caps de departament i recollides directament des de Persones i Talent. Utilitzen el formulari 3.01-P02-R04<br/> Auditem sobre el Pla d'Accions Formatives executades durant l'any 2022 que s'hagi valorat l'eficàcia de les accions següents així com l'evidència de la seva execució:<br/> Fan una valoració per part del treballador pel que fa a la valoració de l'execució del curs i el seu professorat.<br/> Per altre banda fan la valoració de l'eficàcia de la formació a través del formulari 3 01-P02-R10</p> |

|           |  |
|-----------|--|
|           | <p>Comprovem la valoració de l'eficàcia de les accions formatives. Comprovem que han planificat 41 accions formatives per a l'any 2023 en el seu formulari 3.01-P02-R02 en el que indiquen les accions realitzades, no realitzades, en planificació i pendents de planificar</p> <p><b>Competència:</b><br/>Es comprova que l'organització vetlla pel manteniment de la competència necessària per a les persones que executen treballs que afecten l'exercici i l'eficàcia del SG mitjançant les següents sistemes:<br/>Han definit 7 diferents grups per tipus de responsabilitats acabant-ho concretant amb 97 Perfils de Treball sobre 250 treballadors</p> <p><b>Presa de consciència:</b><br/>Comprovem que els treballadors de l'organització tenen consciència tant de la Política com dels Objectius, els aspectes ambientals significatius i els impactes ambientals reals i potencials relacionats amb la seva feina, del SG a través dels canals interns que tenen establerts</p> <p><b>Comunicació:</b><br/>Podem comprovar que l'organització ha determinat les comunicacions internes i externes pertinents a l'SG d'acord amb els requisits de la Norma.</p> |
| Comercial | <p>S'evidencia que l'organització determina els requisits per als serveis que ofereix als seus clients, inclosos aquells legals i reglamentaris que són aplicables.<br/>Abans de l'acceptació de qualsevol comanda, l'organització s'assegura que té la capacitat per complir els requisits i que qualsevol diferència entre la comanda o el contracte i els expressats prèviament.</p> <p><i>Evidències Auditades:</i><br/>Procés de GESTIÓ DE SERVEIS MUNICIPALS. (Activitat comercial)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documents auditats:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2.11 P02Versió 2 25/03/21</li> <li>○ 2.11-P01 Versió 2 25/03/21</li> </ul> </li> </ul> <p>Gestió realitzada mitjançant Programa informàtic de suport: KON</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditem expedient generic10650</li> <li>• Auditem expedient particular de l'ajuntament de Navarces</li> </ul> <p>Procés d'ATENCIÓ AL PÚBLIC (COMERCIAL)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditem Web Aigües MANRESA.CAT.TRÀMITS</li> <li>• Documents auditats: Documentació tipus per a NOU CONTRACTE de subministrament</li> </ul>       |
| Disseny   | NO APLICA  |
| Compres   | <p>L'organització s'assegura que els processos, els productes i els serveis subministrats externament són conformes als requisits. S'ha evidenciat que l'organització aplica criteris per a l'avaluació, la selecció, el seguiment i la reavaluació dels proveïdors externs i se'n conserva la informació documentada.<br/>Per això, aplica els controls en funció de si la compra s'incorpora dins de la pròpia organització o es tracta d'un procés extern.</p>  |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>A partir de les comandes s'ha pogut evidenciar que l'organització comunica els requisits del producte, el servei o l'externalització als proveïdors.</p> <p>Evidències Auditades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentació per els tràmits de les licitacions: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de necessitats</li> <li>• Plec particular</li> <li>• Obertura de sobres</li> <li>• Resolució de l'adjudicació</li> </ul> </li> </ul> <p>Comandes Auditades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• COMANDA DE PLAQUES SOLARS:<br/>Nom del Proveïdor : Domini Ambiental, S.L.<br/>Data de la comanda: 31/05/2023</li> <li>• COMANDA TERMÓMETRE MODULAR<br/>Nom proveïdor: Endress Hauser, nº 410037200<br/>Data comanda: 05/01/23<br/>Nº Comanda: 226065</li> <li>• COMANDA: : Reparació d'una bomba ETAP de Santpedor<br/>Nom de proveïdor: Tecnical Manresa<br/>Nº comanda : 226320<br/>Data de la Comanda: 04/01/23</li> <li>• COMANDA: Preostat<br/>Nom del proveïdor: Indestan Normaseal,<br/>Nº comanda: 234534<br/>Data comanda: 04/08/23</li> </ul>   |
| <p>Producció i prestació del servei</p> | <p>La prestació del servei s'ha evidenciat que es fa sota condicions controlades. Entre d'altres, a través de la informació documentada, l'ús de recursos adequats, la realització de controls a les etapes apropiades per verificar que es compleixen els criteris d'acceptació definits.</p> <p>Procés Auditat – Planificació i Execució d'Obres i Serveis d'Infraestructura</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Projecte Auditat: Expt. 10298 Millora de clavegueram carrer Infants 1.7 de Manresa</li> </ul> <p><b>Procés d'Obra Auditada:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renovació ramal xarxa carrer Puig Brucardes a Sant Fruitós de Baiges</li> <li>• Num. Projecte: 000121164</li> <li>• Nº OT de l'Obra: 181006</li> <li>• OT de Gestió: 181007</li> <li>• Data Alta: 13/06/23</li> </ul> <p><b>Procés Auditat: Servei de Clavegueram, Explotació de Sistemes de Sanejament</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificació del control sanitari de l'aigua el qual està definit dins del programa informàtic NAVIA, i el calendari del 13/09/23 correcte</li> <li>• Calendari de presa de mostres de l'any 2023 complert Informe de la mostra 2023_10701 correcte</li> </ul> |



**Procés Auditat: DISTRIBUCIÓ XARXA EDAP Manresa**

- S'auditen registres de control d'incidències de la xarxa de distribució i dels col·lectors

**Procés Auditat: EDAR Manresa**

- Registre de Control d'Operació corresponent al dia 13/09/23 correcte
- El control i seguiment de les depuradores i alarmes (Ex. El Xup) correcte
- Descàrrega de Clorur Fèrric realitzat el 13/09/23 correcte
- Visita a les instal·lacions de la depuradora. Tot conforme

**Procés Auditat: COMPLEX ESPORTIU MANEL ESTIARTE**

- Comprovem que tots els paràmetres de control de l'aigua i ambient son correctes
- Comprovem que l'estat de neteja és molt bo
- Comprovem que els equips i mesures de seguretat personal pels visitants son adequats
- L'espai dedicat a taller de manteniment és correcte i endreçat
- La sala de Fitness podem comprovar que es troba en perfectes condicions tant de neteja com de manteniment
- Comprovem el bon control dels següents Plans:
  - Pla de Salvament i Socorrisme
  - Pla de *d'Atenció* al Client
  - Pla de Piscines
- A nivell de de Manteniment Comprovem el bon control dels següents Plans:
  - Pla de Neteja i Desinfecció 2.10-P01-I08
  - Revisió comptadors i Netejes de Filtres.
  - Manteniment i control risc legionel·losi
  - Pla de tractament aigua vasos piscina
  - Pla de manteniment per a complir les condicions higiènics sanitàries en l'aigua del vas de les piscines i aire
- A nivell d'anàlisis fisio-químics i microbiològics Comprovem el bon control dels següents Plans:
  - Pla de Desratització i Desinfecció
  - Pla de neteja i manteniment del sistema de Ventilació i Calefacció
  - Pla de Manteniment Anyal 2.10-P01-R07 pel que fa a recursos

**Procés Auditat: Laboratori**

- Auditat analítiques d'aigua residuals
  - Procediment LP0160 Exercici d'Intercomparació
  - Data: 15/03/23
  - Mostra nº 2303215 (GSC)
- Auditat analítiques d'aigua de consum
  - Mostra nº 2310067 rebuda per NAVIA/LIMS
  - Data: 04/09/23



|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
|                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hora recollida de mostra: 07:16h</li> <li>○ Mostra de Sortida ETAP Manresa</li> <li>○ Paràmetre analitzat: Alumini</li> <li>● Analítica Residual de la EDAR Manresa             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entrada des de NAVIA / LIMS</li> <li>○ Punt de mostreig: 51M003</li> <li>○ Data: 01/09/23</li> <li>○ Mostra nº: 2310035</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Calibratge d'Equips Laboratori:</b></p> <p>En el Laboratori compten amb el registre d'equips de mesura és el LR001</p> <p>Els aparells que tenen sotmesos a Calibració externa es troben totes en regla</p> <p>Compten amb la instrucció LU015 sobre confirmació metrològica i ús de balances.</p> <p>Els equips estan ben controlats y custodiats els patrons</p> <p>Els certificats de calibratge auditats tots estan correctes i en data</p>   |
| <p>Avaluació del comportament</p> | <p><b>Informació Documentada:</b></p> <p>Durant aquesta auditoria hem evidenciat que l'organització té la informació documentada requerida per la norma que mantenen en condicions controlades tant en la creació com en l'actualització.</p> <p><b>Indicadors de Procés:</b></p> <p>Els indicadors estan definits per processos.</p> <p>Estan documentats en el programa Busines Intelligent. Es fa seguiment anual, trimestral, y mensual, depenen de l'indicador. El responsable del procés controla l'evolució del seus indicadors.</p> <p>Les conclusions a grans trets, són que dels 33 indicadors que s'han establert, 29 es troben dins dels llindars marcats i 4 amb valors fora de rang. Per aquest es prenen mesures correctores.</p> <p><b>Satisfacció de Clients:</b></p> <p>Han deixat d'externalitzar aquest servei passant-ho a gestionar directament des del Departament de Comunicació i RSC.</p> <p>Per realitzar la satisfacció dels clients i conèixer el grau d'acompliment de les seves necessitats i expectatives, l'organització realitza una enquestes telefòniques havent recollit un total de 383 respostes.</p> <p>La valoració global del servei de l'any 2022 ha estat dl 8,26 que coincideix amb la valoració de l'any anterior</p> <p>Desgranen els següents col·lectius als que es dirigeixen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ajuntaments i Administracions Públiques → Resultat satisfactori</li> <li>● Enquestes Abonats → Resultat → 95% de respostes satisfactòries</li> <li>● Usuaris Piscina Municipal → Resultat → 8,3/10 de mitjana (enquesta molt ampla)</li> </ul> |

|                |  |
|----------------|--|
|                | <p><b>Auditoria Interna:</b><br/>         Comprovem l'existència d'un programa/planificació previ a l'auditoria :04/05/23<br/>         S'evidencia l'existència d'informe d'auditoria de 06/06/23<br/>         Podem evidenciar que les notes de l'auditor es conserven sobre l'auditoria practicada<br/>         Es comprova la independència dels auditors per tractar-ser de personal extern a l'Organització<br/>         El resultat de l'Auditoria Interna va ser el següent:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 NNCC</li> <li>• 39 Obs</li> <li>• 20 O. Millora</li> <li>• 8P. Forts</li> </ul> <p>Es comprova que l'organització ha emprès accions de millora sobre els resultats anteriors</p> <p><b>Revisió per la direcció</b><br/>         Duen a terme reunions bimensuals sobre el Sistema de Gestió i reunions setmanals del Comitè de Direcció<br/>         Durant la present avaluació s'ha pogut comprovar que la direcció demostra el seu lideratge i compromís amb el SG vetllant per l'establiment tant de la política com dels seus objectius. Tanmateix, es comprova que es promou l'enfocament a processos i al pensament basat en riscos i la millora.<br/>         Realitzada 12/05/2023</p> |
| <p>Millora</p> | <p><b>No Conformitats:</b><br/>         S'evidencia que l'organització rep, registra les no-conformitats rebudes, bé sigui a través de queixes i/o reclamacions del client o qualsevol altra part interessades, bé a través del seguiment i mesurament realitzat a nivell intern. De l'anàlisi de les no-conformitats s'evidencia que l'organització pren accions per controlar i corregir-les, així mateix s'avalua la necessitat d'establir accions correctives<br/>         Les accions de millora es segueixen a través del Registre Incidències, NC i accions de millora 3.04-P03-R03<br/>         El 2022 s'ha tancat amb un total de 41 incidències. El departament majoritari que n'ha rebut més és: Compres, Medis i Magatzem.<br/>         De les 41 incidències obertes se n'han resolt 31 que representa un 75.6 % del total.<br/>         Es pot observar que el nombre d'incidències del registre general continua baixant i és degut a que encara hi ha reticències per anotar-les.</p>   |

|   |  |
|---|--|
| Us de la Marca de Certificació                      | Comprovem l'ús correcte a la plana web |
| Tancament de no conformitats d'auditories anteriors | N/A per inexistència d'elles           |

## VALIDACIÓ DE L'EQUIP AUDITOR SOBRE L'EFICÀCIA DEL SISTEMA DE GESTIÓ

- S'EVIDENCIA L'EFICÀCIA DEL SISTEMA, NO SENT NECESSÀRIES ACCIONS CORRECTIVES, ES RECOMANA LA CERTIFICACIÓ
- ES CREU QUE EL SISTEMA SERÀ EFICAÇ QUAN S'ACCEPTI LA PROPOSTA D'ACCIONS CORRECTIVES PARA LAS NO CONFORMITATS MENORS I LES EVIDENCIES DE QUALSEVOL NO CONFORMITAT MAJOR.
- ES RECOMANA LA REALITZACIÓ D'UNA AUDITORIA EXTRAORDINÀRIA
- Sol·licitud d'Auditoria Extraordinària per la verificació al lloc de l'efectivitat de les accions correctives implantades

## PUNTS FORTS

1. Continuar ressaltant l'alt nivell de coneixement de Sistema i implicació per part dels responsables del SIG que ens han atès així com la resta de personal auditat.
2. Destacar la bona gestió del canvi que duen a terme amb l'ajuda del registre 304P12R01 v7 (Gestió de la Depuradora d'Avinyó EDAR i EBAR)
3. Ressaltar el detall de les descripcions/perfils dels llocs de treball
4. Destacar que documenten l'aprenentatge que sorgeix a cada projecte nodrint una BB.DD. anomenada "a tenir en compte"
5. Posar en valor el bon control que porten dels Equips de Mesura
6. Posar de manifest la bona planificació del servei de que disposen amb el seu protocol 2.10-P03-I39 d'Obertura i tancament de les Instal·lacions
7. Actualment estant treballant amb el departament TIC en un Panel de Comandament automàtic d'indicadors, prèvia una feina important de digitalització de les dades
8. Posar en valor el bon nivell de l'Informe de Revisió per la Direcció
9. Altre cop destacar la molt bona l'Auditoria Interna duta a terme
10. Destacar l'excel·lent transparència de l'aigua amb l'ús policlorur d'alumini
11. Bon control del procés de compres amb documentació ben detallada que s'acompleix amb exactitud
12. Gran experiència per prestar el servei de filtres i facilitar la sol·licitud de subvencions als ajuntaments
13. Servei de Prevenció Propi molt funcional i amb bona activitat del Comitè de Seguretat i Salut i bona implicació de tot el personal en temes de PRL
14. Bones instal·lacions i equip humà professional i molt implicat a la EDAR
15. Destacar la celeritat en l'aplicació de les Accions Correctives derivades de l'auditoria interna

## OPORTUNITATS DE MILLORA

- Podria facilitar la gestió de les competències unificar els diferents excels que treballen en un de sol hipervinculat  
Podria aportar valor contemplar en el punt 3.4 (Funcions i Documents a preparar per els agents implicats) en el subapartat de Director d'Obra afegir el tenir en consideració d'alimentar el registre "de tenir en compte" (Instrucció 2.02\_P01-I09 / Instrucció 2.02\_P01-I01)
- Posar a disposició de públic, a través del canal intern, la informació de les analítiques de la piscina

## ADEQUACIÓ DE L'ABAST DE CERTIFICACIÓ

És apropiat l'abast de certificació?  SI  NO  
En cas negatiu indicar el motiu:

## OBJECTIUS DE L'AUDITORIA

S'han aconseguit les objectius de l'auditoria?  SI  NO  
En cas negatiu indicar el motiu:

| IDENTIFICACIÓ DE CANVIS                             |                     | Emplenar en cas de modificació |
|---|---------------------|--------------------------------|
| Sense canvis des de l'any anterior                  |                     |                                |
| Nombre de la organització                           |                     |                                |
| CIF   |                     |                                |
| Adreça Seu Central<br>(Adreça completa, numero, CP) | Número de personal: |                                |
| Adreça Seu 1<br>(Adreça completa, numero, CP)       | Número de personal: |                                |
| Adreça Seu 2<br>(Adreça completa, numero, CP)       | Número de personal: |                                |
| Representant de la Direcció i<br>Càrrec             |                     |                                |
| e-mail del Representant                             |                     |                                |
| Contacte de Direcció                                |                     |                                |
| e-mail Direcció                                     |                     |                                |
| Contacte Administració                              |                     |                                |
| e-mail Administració                                |                     |                                |
| Telèfon   |                     |                                |
| Número de persones en<br>plantilla                  |                     |                                |
| ABAST DE CERTIFICACIÓ<br>(Idioma)                   |                     |                                |
| ABAST DE CERTIFICACIÓ<br>(Altres Idiomes)*          |                     |                                |

\*En cas d'altres idiomes el client ha de proporcionar la traducció del mateix.

| Nº TROBALLA | CATEGORIA | DESCRIPCIÓ DE LA TROBALLA  | Punt Norma |
|-------------|-----------|--|------------|
| 1           | Obs       | Puntualment es detecta un control trimestral (març/23) d'equips d'extinció pendent de documentar                       | 7.1.3.     |
| 2           | Obs       | Caldria planificar les correccions a dur a terme fruit de la revisió d'ascensors                                       | 7.1.3.     |
| 3           | Obs       | Puntualment es detecta la manca de fitxes d'equips de mesura (Bàscula de Compostatge i Dinamòmetre N° Sèrie HT03792L)  | 7.1.5.     |
| 4           | Obs       | No en tots els casos estan argumentant les causes de la no execució de les accions formatives                          | 7.1.6.     |
| 5           | Obs       | Caldria actualitzar el croquis de maquinaria existent a la sala de màquines de les Instal·lacions Esportives i Piscina | 8.5.2.     |

**NC:** no conformitat major, **nc:** no conformitat menor i **Obs.** Observació  
En el cas d'EMAS qualsevol no conformitat s'ha de categoritzar com NC

## REUNIÓ DE TANCAMENT

1. L'organització client es queda amb còpia del present informe d'auditoria.
2. Les troballes ha estat convenientment explicades per l'equipo auditor.  
Per totes les troballes l'organització haurà de:
  - ✓ Redactar un informe de no conformitat intern d'acord amb el seu propi procediment i en el que, a l'apartat de descripció de la no conformitat es copii exactament la desviació evidenciada.
  - ✓ Efectuar un complet anàlisi de las causes sobre els possibles aspectes afectats por la no conformitat.
  - ✓ Proposar un pla d'accions correctores d'acord amb el seu procediment intern.
  - ✓ En cas de no conformitat major, aportar evidencia de que s'ha implantat el pla d'accions correctores proposades.
  - ✓ L'organització client disposa de 45 dies des de la data de finalització de l'auditoria per remetre a l'equip auditor les accions correctives i les evidències corresponents.
3. La present auditoria s'ha dut a terme seguint el pla d'auditoria enviat i mitjançant un mostreig, podent existir altres desviacions no recollides en aquest informe.
4. Les dades contingudes en aquest informe, així com la informació avaluada en el procés d'auditoria, son propietat de l'organització client, ICDQ es compromet a que tota aquest informació i qualsevol altre derivada de la present auditoria i d'altres activitats relacionades amb la certificació son tractades amb absoluta confidencialitat excepte autorització escrita per part de l'organització client.
5. L'organització client coneix la identitat de l'equip auditor i coneix que pot, en qualsevol moment, recusar a qualsevol dels seus membres si té la mínima sospita de l'existència de qualsevol conflicte d'interès.
6. Els recordem que prèviament a la propera auditoria, hauran d'informar-nos de qualsevol canvi que pugui afectar de manera significativa al sistema de gestió (nº de treballadors, canvis d'ubicació, nous centres de treball, etc.)

Existeixen discrepàncies     NO existeixen discrepàncies

### DESCRIPCIÓ:

En cas que l'organització tingui la intenció de presentar al·legacions a alguna de les no conformitats detectades durant la present auditoria o qualsevol altra discrepància, haurà d'enviar un mail a [atencioncliente@icdq.es](mailto:atencioncliente@icdq.es) amb la justificació i en cas necessari les evidències documentals necessàries per ser analitzades per ICDQ.

Per la Organització

Nom:

Càrrec:

Per ICDQ, l'Auditor Cap

Nom: Rafel Feliu

