



INFORME D'AUDITORIA ETAPA 2

DADES GENERALS

ORGANITZACIÓ: AIGÜES DE MANRESA, S.A

Domicili social: C/ Plana de l'Om, 6 , 08241 - Manresa, Barcelona, España: (Gerència, RR.HH., Compres, Atenció Telefònica, Informació)

Adreça de les oficines d'operacions:

Pça de Salt, 1, 8241 Manresa, Barcelona, España: Oficines d'Atenció a l'abonat

C/ de la Concòrdia, 121-127 , 08242 - Manresa, Barcelona, España: ETAP Manresa

Ctra. d'Abrera a Manresa 1, 08240 Manresa, Barcelona, España:: EDAR Manresa

C/ de Viladordis, 5, 08241 Manresa, Barcelona, España:: Piscina Municipal

Representant del client: Mar Cases, Tècnica de Seguretat i Salut

Guies de clients: Salut i Eva Corbella, Cap de la Qualitat i Control Sanitari i Mar Cases, Tècnica de Seguretat

Auditoria de dades: 12-13/09/23

Durada d'auditor/a: 3

ABAST, OBJECTIUS I CRITERIS DE L'AUDITORIA

EXP: 17-55/2020/1948/021

NORMA: ISO 9001:2015 ISO 14001:2015
 BS OHSAS 18001:2007 ISO 22000:2005
 ISO 50001:2018 Altres: ISO 45001:2018

TIPUS D'AUDITORIA: INICIAL ET. II MANTENIMENT 1 EXTRAORDINARIA
RENOVACIÓ MANTENIMENT 2 SEMESTRAL
EXTENSIÓ ALTRE:

Codis EA / Àrea Tècnica: Marco 3,4i5 (45001) i EN1, EN9 (50001)

ABAST PROVISIONAL (verificat a ETAPA I o present en el certificat vigent):

SERVEI DE 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

Normes, lleis, reglaments o requisits del sistema de gestió en què es basa la realització de l'auditoria:

ISO 14001:2015

ISO 50001:2018

ISO 45001:2018

IAF MD4:2018 (Auditoria TIC)

IAF MD11:2019 (Auditoria de sistemes integrats de gestió)

CG. PG-03.2 - Condicions generals de l'ICDQ

PG.07.1.1 "Prestació del servei de certificació" ICDQ

IL-2.6.8 "Ús del logotip de certificació" ICDQ

Legislació marc sectorial (les principals)

Equip d'auditoria COMPOSICIÓ

RGVI. (Auditor en Cap:) Rafel Feliu

GVI: (Auditor): Antonio Fernández

GVI: (Auditor)

Expert tècnic / Intèrpret:

Auditor en formació:

Observador:

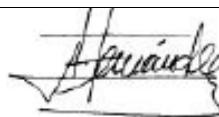
REUNIÓ INICIAL

Present per el client:

Present per ICDQ:

Rafel Feliu

Antonio Fernández

Antoni Ventura, Gerent

Mar Cases, Tècnica
de Seguretat i Salut

(empresa)

Esther Costa, Directora
d'Operacions

Eva Corbella, Cap
de la Qualitat i
Control Sanitari

(cognoms i cognoms)

Auditor en Cap:

- Presenta els membres de l'equip d'Auditoria, incloent una breu descripció de les funcions i reitera l'existència de l'acord de confidencialitat (a excepció de qualsevol sol·licitud de les Autoritats Competents) que s'informa en el contracte existent entre ICDQ i l'organització del client.
- Confirmar l'idioma que utilitzareu durant l'auditoria.
- Confirma l'abast de certificació requerida i aclareix que és provisional, recordant que durant la reunió final i en funció del SG implementat, es fixarà l'abast final.
- Confirmar el pla d'auditoria, abast, objectius i criteris de l'auditoria. També confirma qualsevol canvi o altres acords realitzats amb el client com data i hora per a la reunió d'obertura, qualsevol reunió intermèdia de l'equip d'auditoria i gestió del client.
- S'explica com es realitza l'Auditoria (sobre una base de mostra), els canals de comunicació formals entre l'equip d'auditoria i el client i com classificar qualsevol troballa que es trobi durant la mateixa (No Conformitat Major/Menor - Observacions).
- Aclareix que el RGVI és l'encarregat de dur a terme l'auditoria, ha de controlar l'execució del pla d'auditoria, incloses les activitats i línies d'investigació de l'auditoria i que les activitats es realitzaran amb la màxima confidencialitat i confidencialitat. També aclareix que l'activitat d'avaluació duta a terme per ICDQ no s'ha de considerar com una forma d'alliberament contra les comprovacions realitzades per les autoritats competents.
- Confirma si es disposa dels recursos i la logística necessaris per a l'execució de l'auditoria i es pregunta si els responsables dels departaments i centres afectats poden respectar l'horari previst en el pla i, si escau, revisar-lo segons la seva disponibilitat.
- Demana el nombre de centres operatius que han de verificar en l'abast i verificació que coincideixen amb els informats en el pla d'auditoria, confirma els centres itinerants informats per a l'auditoria in situ i l'estat actual d'aquestes activitats (només en el cas de comprovacions presencials).
- Demana facilitar al equip d'Auditoria informació detallada sobre els riscos específics existents en l'entorn en què es treballarà, i sobre les mesures de prevenció i emergència adoptades en relació amb l'activitat (inclosos els EPI proporcionats i disponibles, les vies de sortida i emergència) per permetre que l'Auditoria es dugui a terme de forma segura.
- Demana confirmació de la disponibilitat i identitat dels guies i observadors presents.
- Confirmar que durant l'auditoria sempre s'informarà al client sobre el progrés de l'auditoria i els problemes que s'hagin produït.
- Comunicar les circumstàncies que puguin portar a anticipar el tancament de l'auditoria.
- Demana confirmació de l'estat de les troballes relacionades amb l'auditoria anterior.

- Comunica, en cas de presència del consultor de l'organització, que el mateix podrà assistir a l'auditoria, però només com a observador i no podrà participar en la mateixa.
- S'obre una ronda de preguntes perquè els membres de l'organització puguin demanar qualsevol aclariment sobre l'assumpte.
- Tanca la reunió inicial.

NOTA:

(Només per a verificacions de manteniment/renovació/transfèrència) :

- Assegura l'execució i eficàcia de les accions correctores relatives a N.C. Menors, detectades durant l'auditoria anterior (quan es presenti);
- monitoritza l'eficàcia del tancament de les N.C. Majors proposades després de l'auditoria anterior (quan n'hi hagi);
- verifica la possible presa de decisió i la consegüent implementació de les observacions indicades després de l'auditoria anterior (si n'hi ha) o justifica la no gestió de les mateixes.

LLISTA DE CENTRES VERIFICATS/VISITATS			
Tant les activitats internes com les activitats realitzades fora de les oficines legals i/o operatives (exemples: neteja, construcció, instal·lacions, menjadors, formació, gestió de residus, transport, centres polivalents, etc.).			
Dades	Adreça	Ver. presencial (1)	Ver. Documents (2)
27/06/22	C/ de la Concòrdia, 121-127 , 08242 - Manresa, Barcelona, España: ETAP Manresa	X	X
28/06/22	Ctra. d'Abrebra a Manresa 1, 08240 Manresa, Barcelona, España: EDAR Manresa	X	X
28/06/22	C/ de Viladordis, 5, 08241 Manresa, Barcelona, España: Piscina Municipal	X	X

ENUMERAR ELS PRINCIPALS PROCESSOS REALITZATS PER L'ORGANITZACIÓ (AMB REFERÈNCIA A LES ACTIVITATS QUE FORMEN L'ABAST DE CERTIFICACIÓ) I ESPECIFICAR QUINS HAN ESTAT VERIFICATS PRESENCIALMENT (1) I QUINS DOCUMENTALMENT (2)

(1) Descripció dels processos que formen l'abast de certificació proposat

SERVEI DE CLAVEGUERAM. EXPLOTACIÓ DE SISTEMES DE SANEJAMENT. 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

(2) Descripció dels processos de conformitat de l'abast de certificació proposat i verificats documentalment

SERVEI DE CLAVEGUERAM. EXPLOTACIÓ DE SISTEMES DE SANEJAMENT. 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

REQUISITS NO APLICABLES DEL SG (justificació):

CAP

Autoritzacions, llicències, reclamacions, etc.:

Codi Instrucció 3.07-P01-I09 versió 1 de 05/01/2021 Control de requisits legals i altres requisits.

Gestionats a través de l'empresa ALMGESTIÓ.

R.D. 390/2021 de 1 de juny en el que s'aprova el procediment bàsic per la certificació de l'eficiència energètica dels edificis

Llei Catalunya 24/2015 de 29/07/15 sobre subministraments bàsics (pobresa energètica)

Compten amb un Informe d'Auditoria Jurídica del seu Sistema De Gestió d'Energia

Estan reforçant l'acompliment de la Compliance

- Llei 31/95 de Prevenció de Riscos Laborals
- Llei 54/2003 de reforma del marc normatiu de la prevenció de riscos laborals
- Reial decret 39/1997 pel qual s'aprova el Reglament dels serveis de prevenció
- Reial Decret 604/2006 pel qual modifiquen el Reial Decret 39/1997 i el Reial Decret 1627/1997

• Reglamentació general i específica aplicable al sector d'activitat i tipus d'empresa auditada.

• Criteris de l'Institut Nacional de Seguretat i Higiene al Treball per a la realització de auditories del sistema de prevenció de riscos laborals regulades al capítol V del Reglament dels serveis de prevenció.

L'empresa encarrega una Auditoria jurídica anual, realitzada per Almgestió Solucions Empresariales, S.L el 08/09/2023. Auditor: Sr. Enric Comas (Advocat. Núm. Col. 690 (ICAVIC)

L'empresa té implantat un Sistema Integrat de gestió en matèria ambiental, de qualitat i de seguretat que compleix amb la planificació de la prevenció que estableix l'art. 2 del RD 39/1997.

L'Empresa compleix amb la planificació anual de l'activitat preventiva segons els criteris de l'Art. 9 del RD 39/1997

Compleixen també amb l'art. 37.3 del RD 39/1997, en el cas de la vigilància de la Salut anual

L'empresa declara que compleix amb l'obligació legal de reservar un 2% de llocs de treball per a treballadors discapacitats

Els treballadors han rebut una formació tècnica –pràctica adequada al seu lloc de treball, sempre en horari laboral i d'acord amb el que estableix l'art. 19 de la LPRL

Qualsevol canvi respecte al pla d'auditoria enviat al client i motivacions

CAP

Canvis significatius des de l'última auditoria que afecti el sistema de gestió auditat

CAP

Aspectes significatius que puguin afectar el programa d'auditoria

CAP

CONFIRMACIÓ DEL NOMBRE DE TREBALLADORS:

190

LLISTAT DELS PRINCIPALS DOCUMENTS VISTOS PER A L'AVALUACIÓ DE LA CONFORMITAT DEL SISTEMA DE GESTIÓ AUDITAT

*Nota1: Quan s'han utilitzat tècniques d'auditoria remota (TIC), indiqueu fins a quin punt es van utilitzar les TIC en la realització de l'auditoria i com va ajudar a verificar la seva eficàcia i eficiència.

Procés	Codificació i títol del document i/o evidència	Avaluació i notes de conformitat*	Treballadors entrevistats (nom i funció)
Context, Lideratge i Informació Documentada	Context	<p>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.</p> <p>El context ha estat revisat en data 11/05/23 durant la Revisió per la Direcció</p> <p>Tenen treballat un DAFO que poc es diferencia de l'auditat l'any passat però que a nivell d'ISO 50001 hi ha les següents novetats:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortaleses --> Han passat a ser els gestors energètics de l'Ajuntament de Manresa • Debilitats --> Manca d'agilitat en la presa de decisions dins de la pròpia organització • Oportunitats --> Reducció de facturació elèctrica a través d'instal·lacions fotovoltaïques compartides • Amenaces --> Baixa agilitat en la presa de decisions per part de l'Ajuntament de Manresa i Canvis en el govern municipal 	<p>Antoni Ventura, Gerent</p> <p>Esther Costa, Directora d'Operacions</p> <p>Mar Cases, Tècnica de la Qualitat</p> <p>Eva Corbella, Cap de la Qualitat i Control Sanitari</p> <p>Albert Duran Responsable d'Energia</p>
	Parts Interessades	<p>Parts Interessades:</p> <p>Comprovem que han determinat les parts interessades havent estat revisades en data 11/05/23 sense haver identificat cap canvi</p>	
	Processos	<p>Mantenen el mateix Mapa de Processos aprovat amb data 01/03/2022, actualment en fase de revisió, on s'identifiquen els següents:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processos Estratègics - Gerència - Direcció organització - Direcció explotació - Direcció tècnica 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Direcció econòmica financera - Direcció TIC i Transformació Digital - Processos clau <ul style="list-style-type: none"> o Gestió de clients o Atenció a l'abonat o Oficina tècnica o Obres o Gestió d'actius o Depuració o Tractament o Explotació de xarxes o Laboratori o Piscina - Processos de suport <ul style="list-style-type: none"> o Persones i talent o Secretaria general o Comunicació o Seguretat i Salut o Compres, medis i magatzem o Sistema integrat de gestió o Innovació o Gestió econòmica o Sistemes d'informació 	
	<p>Lideratge</p>	<p>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.</p>	
	<p>Rols, responsabilitats i autoritat</p>	<p>Comprovem 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.</p> <p>Compten amb un Organigrama modificat en data 03/08/23 ben definit que es comprova reflecteix clarament les diferents responsabilitats i nivells d'autoritat.</p> <p>En aquesta darrera revisió han incorporat els següents canvis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laboratori s'integra dins de Qualitat i Control Sanitari passant a formar part de l'Àrea d'Operacions. • El Departament d'Estudis i Innovació s'ha integrat a l'Àrea d'Operacions <p>S'hi comprova que s'ha designat Eva Corbella com a Responsable del Sistema, en substitució de Cristina Mauri.</p> <p>Comprovem que tenen documentats els perfils i descripció de llocs de treball entre els quals auditem les següents:</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> • Instal·lacions i Obres • Gestió de Serveis Municipal • Persones i Talent • Energia 	
	<p>Consulta i Participació dels Treballadors</p>	<p>D'acord amb el que estableix l'art. 33 de la LPRL l'empresa facilita que els treballadors participen amb les qüestions relacionades amb la prevenció de riscos laborals.</p> <p>D'acord amb el que estableix l'art. 38 de la LPRL tenen designats Delegats de Prevenció que formen part del Comitè de Seguretat i Salut que es reuneix de manera periòdica (trimestralment).</p> <p>L'Empresa te constituït el Servei de Prevenció Propi Mancomunat</p> <p>Hi han anomenats 3 Delegats de Prevenció d'acord amb al Reglament dels Serveis de Prevenció: Sr. Alex Domínguez, Sr. Jordi Téllez Álvarez i Sra. Laura Grau. Disposen de la formació mínima imprescindible per exercir com a tals.</p> <p>Es disposa d'una instrucció completa, procediment 3.06.P09, que exposa com actuar amb la figura preventiva del Recurs Preventiu. Hi ha també un llistat de tots els recursos Preventius nomenats dins Aigües de Manresa. 78 en total, xifra que es va incrementant cada any.</p> <p>A l'obra de averia visitada en el carrer Montcau nº 16 de Manresa, el recurs preventiu present era el encarregat Sr. Jordi Sánchez.</p> <p>Durant l'auditoria s'ha observat la bona disposició respecte dels treballadors de la tasca preventiva i concretament entre aquests i els tècnics del SPM. Hi ha diàleg, coordinació i es treballa conjuntament per obtenir un bon nivell preventiu general.</p> <p>Hi ha un règim de funcionament intern per a l'esmentat Comitè de Seguretat i Salut, recollit en un procediment ref. 3.06-P08-I01 des de fa molts anys.</p>	

		<p>Com a SPM es compta a més amb la col·laboració de diversos recursos preventius en pràcticament tots els departaments, amb la supervisió de la Sra. Esther Costa, responsable actual d'Organització de l'empresa i antiga responsable de l'SPM com a Tècnic Superior a Prevenció de Riscos Laborals i amb tots els membres del mateix Comitè de Seguretat i Salut.</p>	
	<p>Informació Documentada</p>	<p>Al llarg d'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 style="text-align: center;">Planificació</p>	<p>Riscos i Oportunitats</p>	<p>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 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.</p> <p>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)</p> <p>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)</p>	<p>Antoni Ventura, Gerent</p> <p>Esther Costa, Directora d'Operacions</p> <p>Mar Cases, Tècnica de la Qualitat</p> <p>Eva Corbella, Cap de la Qualitat i Control Sanitari</p> <p>Albert Duran Responsable d'Energia</p>
	<p>Avaluació de riscos llocs de treball i instal·lacions</p>	<p>L'empresa disposa de l'avaluació inicial de riscos de les diferents instal·lacions d'Aigua Potable d'abast d'Aigües de Manresa, SA i de les estacions depuradores d'aigües residuals on fa d'empresa explotadora del servei, del Parc de l'Agulla (on realitzen treballs personal de la Junta de la Sèquia) així com dels llocs de treballs de tots els integrants del Servei.</p> <p>Alguns d'aquests documents, tenen com a origen avaluacions de riscos utilitzant el</p>	

		<p>procediment dels factors i dels agents de risc al treball del Servei de Prevenció Aliè establert, fins setembre de 2005 amb Asepeyo.</p> <p>L'informe corresponent de Planificació de l'Activitat Preventiva s'ha inclòs en el Registre d'Actuacions a Preveure que descriu totes les propostes de tots els àmbits de l'empresa i s'insereixen en les accions preventives de forma que s'integra fermament la prevenció en el funcionament global de l'empresa. Inclou les mesures i les accions correctores dels riscos identificats que ha d'adoptat l'empresa per tal de dur-ne el control d'acord amb les prioritats que s'indiquen a l'informe d'avaluació.</p> <p>En el pla s'estableixen els períodes per a realitzar les avaluacions de riscos de les instal·lacions de les diferents poblacions on l'empresa es fa càrrec del servei d'aigua potable, tot i que les instal·lacions són propietat dels diferents ajuntaments en cas d'aigua potable, o de la mancomunitat de Municipis per al Sanejament, en cas d'aigua residual.</p> <p>Auditem:</p> <p>Avaluació de riscos de les instal·lacions AVALUACIÓ DE RISCOS DE l'edar i EBAR Avinyó CONTROL D'EPI'S: Document: EPI P11 Oficials Xarxa.doc Equips de Protecció Individual</p>	
	<p>Planificació dels Canvis</p>	<p>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>	

		<p>Comprovem que han planificat correctament els següents canvis: Entrada en servei de les noves instal·lacions:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EDAR Avinyó • EDAR Balsareny 	
	<p>Objectius del SIG</p>	<p>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 Objectius del SG de l'any 2022: 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 contemplen 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%. Objectius plantejats per l'any 2023: 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</p>	
	<p>Planificació de l'activitat preventiva</p>	<p>En el desenvolupament de l'activitat preventiva s'ha tingut en compte, per a cada una de les accions, derivades de les avaluacions de riscos, les avaluacions complementàries, les deficiències detectades per treballadors, com a conseqüència de la investigació d'accidents o de controls periòdics de les condicions de treball, comunicacions de</p>	

		<p>delegats de prevenció i qualsevol altre persona implicada en els treballs de l'empresa, es configura una planificació de la prevenció per a cada poble, la magnitud dels riscos i el nombre de treballadors exposats als mateixos, establint-se una prioritat que varia de prioritat Baixa, Normal o Alta.</p> <p>Les prioritats de les accions són presentades al comitè de seguretat i salut.</p> <p>Respecte al contingut de les accions planificades s'han tingut en compte, en cas d'existir, les disposicions legals relatives a riscos específics, així com els principis de l'acció preventiva assenyalats en l'article 15 de la Llei 31/91 de Prevenció de Riscos Laborals de 8 de novembre de 1995 (BOE 10 de novembre de 1995).</p> <p>Amb la finalitat d'establir un contingut d'acord amb l'article 9 del Reglament dels Serveis de Prevenció, la Planificació de la Prevenció es desenvoluparà conforme a l'estructura determinada al registre d'investigació de l'auditor per cadascuna de les diferents accions.</p>	
RR.HH.		<p>Infraestructura:</p> <p>Comprovem que l'organització ha determinat, proporcionat i està mantenint correctament les infraestructures necessàries per a l'operació dels seus processos i aconseguir la conformitat del producte/servei</p> <p>El manteniment el gestionen amb l'aplicació MAXIMO</p> <p>Comprovem l'execució de les ordres de manteniment planificades per als elements següents:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bàscula de compostatge DP → OT 184407 • Parallamps EDAR 53 → OT 188865 de 20/04/23 <ul style="list-style-type: none"> ○ Informe QUIBAC de 10/05/23 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observacions: Substitució per un parallamps normalitzat ▪ Comprovem oferta econòmica 040946/052115 de 10/05/23 	

		<p>Comprovem així mateix que tenen planificat el manteniment reglamentari i que el porten al dia.</p> <p>Al llarg d'aquesta auditoria es comprova que l'ambient per a l'operació dels processos/serveis és adequat.</p> <p>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>Calibració / Verificació d'Equips de Mesura: L'organització compta amb un registre per inventariar i controlar dels seus equips de mesurament.</p> <p>Comprovem que tots estan correctament identificats i en perfecte estat de revisió.</p> <p>Persones: 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>Coneixements: Compten amb una Comissió de Formació que es reuneixen entre 3 o 4 cops a l'any</p> <p>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</p> <p>Auditem sobre el Pla d'Accions Formatives executades durant l'any 2022 que s'hagi valorat l'eficàcia de les accions</p> <p>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>Competència:</p> <p>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:</p> <p>Han definit 7 diferents grups per tipus de responsabilitats acabant-ho concretant amb</p>	
--	--	--	--

		<p>97 Perfils de Treball sobre 250 treballadors dividits en els següents grups</p> <p>Aposten per la promoció interna del personal</p>	
Producció i Prestació del Servei	Departament Auditat: ENERGIA	<p>Auditem un molt complet Informe d'Energia 2022 del que extraïem les següents dades:</p> <p>La política energètica es troba publicada en la pàgina web, a l'enllaç. https://www.aiguesmanresa.cat/nosaltres/transparencia/#transparencia-politica-qualitat</p> <p>L'any 2017 es va portar a terme una auditoria interna energètica a Aigües Manresa en la que s'ha basat per desenvolupar el compliment dels requisits de la ISO 50001.</p> <p>L'any 2017 es va portar a terme a les piscines municipals una auditoria energètica per l'empresa Ener3.</p> <p>El 2010 l'empresa ATISAE a través de l'ACA va fer auditories energètiques a les diferents EDAR's de gestió d'Aigües de Manresa.</p> <p>Del manteniment de les instal·lacions s'encarrega un grup de treballadors, adscrits al procés de Gestió d'Actius i els processos explotadors. Aquests s'encarreguen de fer el manteniment preventiu, predictiu i correctiu dels equips electromecànics d'aigua potable, sanejament, clavegueram i piscines.</p> <p>Aigües Manresa per a dur a terme una gestió energètica eficaç parteix de l'accés a dades de bona qualitat dels consums i les facturacions i de fer-ne un seguiment acurat. Per a fer-ho s'utilitza el Sistema d'Informació Energètica (SIE).</p> <p>Emissions de gasos amb efecte d'hivernacle (GEH)</p> <p>Evolució de las emissions de GEH global i per usos</p> <p>El consum energètic comporta l'emissió de GEH generats en la combustió de gas natural (emissions directes) i en el procés de producció de l'electricitat (emissions indirectes).</p>	<p>Albert Duran</p> <p>Josep Maria Zaragoza</p>

		<p>Per calcular-les han tingut en compte el factor d'emissió per combustió de gas natural i els factors d'emissió del mix elèctric anual de cada comercialitzadora. (Font: Informe de Garantías de Etiquetado de Electricidad del 2018 a 2021. CNE i CNMC).</p> <p>Aigües de Manresa compra l'electricitat amb garantia d'origen 100% renovable des de mitjans de 2019.</p> <p>L'any 2022, les emissions de GEH d'Aigües de Manresa han estat de 814 tCO₂.</p>	
	<p>Instal·lació EDAR Manresa</p>	<p>Es tracte d'una planta és biològica. Els fangs van a explotació agrícola a 26/27€/tm El volum de fangs suposen 700/800tm/mes No tenen plantes de compostatge. A través de la plataforma de gestió GICA 0 generen tots els informes de la planta que els hi pugui interessar "a la carta". La responsable de la planta comença el servei fent una revisió dels indicadors analògics, comprovació de cabals Programa informàtic: NAVIA. S'audita la planificació del control sanitari de l'aigua el qual està definit dins del programa informàtic NAVIA, i el calendari del 13/09/23. S'audita el calendari de presa de mostres de l'any 2023. Audito el pla de control del dia 13/09/23. Audito el control de clor de la Xarxa de Fonollosa 23_51664_T. Es revisa el control dels valors següents que es troben correctes: Clor lliure, Clor total i pH S'audita l'informe de la mostra 2023_10701 (tot correcte). S'audita la comunicació de l'incompliment (registre sortida 50504 Disposen com a mesura preventiva la utilització d'analitzadors de gasos per als treballs en depuradora o on hi hagi la possibilitat d'atmosfera enrarides, com són</p>	<p>Albert Duran Maria Jou</p>

		<p>elsespais confinats. Es tracta de detectors Dräger amb una durabilitat de 2 anys</p> <p>El 2010 l'empresa ATISAE a través de l'ACA va fer auditories energètiques a les diferents EDAR's de gestió d'Aigües de Manresa.</p> <p>Aigües Manresa per a dur a terme una gestió energètica eficaç parteix de l'accés a dades de bona qualitat dels consums i les facturacions i de fer-ne un seguiment acurat. Per a fer-ho s'utilitza el Sistema d'Informació Energètica (SIE).</p> <p>La despesa energètica de la EDAR ha estat de 1.026.538€, que representa el 35% del total, seguit de Piscina que amb 748.669€ suposa un 25%.</p> <p>El pes de la despesa per tipologia es manté similar al dels anys anteriors, destaquen les tipologies Piscina i bombament potables que són les que més augmenten.</p> <p>L'electricitat és la font que genera més despesa (84%) d'Aigües de Manresa que es completa amb el gas (16%).</p>	
	<p>Instal·lació EDAP Manresa</p>	<p>Auditem el Registre de Control d'Operació corresponent al dia 13/09/23.</p> <p>Auditem el control i seguiment de les depuradores i alarmes (Ex. El Xup).</p> <p>Auditem descàrrega de Clorur Fèrric realitzat el 13/09/23.</p> <p>Visita a les instal·lacions de la depuradora. Tot conforme</p>	<p>Aron Luque</p>
	<p>Piscina Municipal</p>	<p>A nivell de de Serveis compten amb una planificació</p> <p>Actualment es troben en fase de transició de gestionar amb Excel a fer-ho amb NAVIA tenint previst d'enllestir-ho al llarg de l'any 2024</p> <p>El servei el tenen vertebrat en base a la següent triple planificació:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pla de Salvament i Socorrisme • Pla de d'Atenció al Client • Pla de Piscines 	<p>Albert Duran Jordi Vidal Carles Recasens</p>

		<p>Compten amb el protocol 2.10-P03-I39 d'Obertura i tancament de les Instal·lacions A nivell de de Manteniment compten amb el procediment de manteniment 2.10-P01 Instruccions de Manteniment que es subdivideix amb els següent documents:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pla de Neteja i Desinfecció 2.10-P01-I08 • Revisió comptadors i Neteges 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 <p>Planificació anàlisis fisicoquímics i microbiològics que comprovem duen al dia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pla de Desratització i Desinfecció <ul style="list-style-type: none"> ○ Realitzat per ANTICIMEX en dates ○ 24/01/23 Certificat DS2393461 ○ 11/04/23 Certificat DS2473662 ○ 19/07/23 Certificat DS2579561 • Pla de neteja i manteniment del sistema de Ventilació i Calefacció • Pla de Manteniment Anyal 2.10-P01-R07 pel que fa a recursos <p>Lleu reducció del consum de gas natural en UN 2,9%</p> <p>El consum energètic de la Piscina ha estat de 5,3 GWh, que representa el 38% del total, seguit de l'EDAR que amb 4,4 GWh suposa un 31%</p> <p>Les emissions de GEH de la piscina han estat de 814 tCO₂, que representa el 100% del total Piscina és la tipologia que concentra major consum (38%), seguit d'EDAR (31%) i els bombaments potables (14%).</p> <p>S'han incorporat plaques fotovoltaïques a les Piscines Municipals per autoconsum.</p> <p>S'estan incorporant els diferents comptadors per enregistrar els consums de les piscines Municipals</p>	
--	--	--	--

Avaluació del comportament	Indicadors de Procés	<p>Els indicadors estan definits per processos. 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>Mar Cases, Tècnica de la Qualitat Eva Corbella, Cap de la Qualitat i Control Sanitari Albert Duran Responsable d'Energia</p>
	Vigilància de la Salut	<p>Es compleixen amb les activitats de vigilància i informació que estableix l' art. 24 LPRL .</p> <p>Si es subcontracten obres de construcció es compleix amb el RD 1627/1997</p> <p>Protocol vigilància a la salut. Exemple MONITORS ACUÀTICS.</p> <p>L'Empresa contractada per gestionar la Vigilància de la salut, es:</p> <p>ASPY. Renovació contracte: 01/01/2023.</p> <p>Facultatiu signat: Doctor Sr. Jordi Sambola</p> <p>Auditem:</p> <p>Estudi epidemiològic realitzat amb data 19/01/2023 (maig-desembre 2023) realitzat per ASPY</p> <p>A cada treballador se l'hi guarda el seu informe. Independentment tots están descarregats a una carpeta per anys</p> <p>Auditem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pla prevenció 2021-2024 • Planificació anual 2023 • Informe auditoria legal de PRL: 26/06/2023 realitzada per TÜV Rehiland el 30/06/2023 • Investigació accident Joan Bermúdez + notificació al proveïdor, tal com indica la mesura preventiva. L'avís al treballador d'anar més en compte queda registrat amb la seva signatura en l'informe • Acta constitució SPM: 16/03/2023 • Acta reunió 16/03/2023 signada. La que es va fer al juny, la signaran a finals de setembre que hi ha programada la propera reunió trimestral. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Exemple d'una Actuació a preveure, finalitzada . exemple: AAP05292 • Avaluació de riscos de les instal·lacions Metodologia del INSHT, correctament aplicada. <p>Auditem o: Avaluació de riscos de l'edar i ebar Avinyó amb data 06/10/2022. Avaluació de la instal·lació Manresa concretament etap dipòsits nous amb data 03/04/2023</p> <p>CONTROL D'EPI'S Auditem Document: EPI P11 Oficials Xarxa.doc Llistat d'equips de protecció individual per lloc de treball 3.06P02R2 amb data 20/09/2021. Revisió Juny 2023.</p> <p>Equips de Protecció Individual. Es manté el registre implantat pel lliurament d'equips de protecció individual de forma que s'especifiquin totes les dades tècniques en el full de registre de subministrament de l'equip així com la data de lliurement i la persona a qui se l'hi ha entregat l'equip. En data 12/09/2023 s'ha elaborat un registre d'EPI per cada lloc de treball. Programa control Next PRL. Iniciat el 01/01/2023. Pla d'emergència general y per centres . Simulacre últim del pla d'emergència: 03/03/23. Dipòsit nous. Planificat simulacre emergencia Piscines 875. PRO-FIRE.Ha fet formació</p> <p>Auditem: Avaluació de riscos de l'edar i ebar avinyó amb data 06/10/2022. avaluació de la instal·lació Manresa concretament ETAP DIPÒSITS NOUS amb data 03/04/2023. visita a les instal·lacions. Estan en bon estat. Ben mantingudes i senyalitzades</p>	
--	---	--

		correctament, amb els elements de protecció adequats.	
	Auditoria Interna	<p>Comprovem l'existència d'un programa/planificació previ a l'auditoria : 04/05/23</p> <p>S'evidencia l'existència d'informe d'auditoria de 06/06/23</p> <p>L'auditoria s'ha dut a terme per ALMGESTIÓ a càrrec de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auditor en cap: Genís Llobet • Auditora: Estefanía Sánchez <p>Podem evidenciar que les notes de l'auditor es conserven sobre l'auditoria practicada</p> <p>Es comprova la independència dels auditors per tractar-ser de personal extern a l'Organització</p> <p>El resultat de l'Auditoria Interna va ser el següent:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 NNCC • 39 Obs • 20 O. Millora • 8P. Forts <p>Es comprova que l'organització ha emprès accions de millora sobre els resultats anteriors</p>	
	Revisió per la direcció	<p>Duen a terme reunions bimensuals sobre el Sistema de Gestió i reunions setmanals del Comitè de Direcció</p> <p>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.</p> <p>Realitzada 12/05/2023</p>	
Millora	No Conformitats	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	<p>Mar Cases, Eva Corbella Albert Duran</p>

		<p>s'evidencia que l'organització pren accions per controlar i corregir-les, així mateix s'avalua la necessitat d'establir accions correctives</p> <p>Les accions de millora es segueixen a través del Registre Incidències, NC i accions de millora 3.04-P03-R03</p> <p>El 2022 s'ha tancat amb un total de 41 incidències. El departament majoritari que n'ha rebut més és: Compres, Medis i Magatzem.</p> <p>De les 41 incidències obertes se n'han resolt 31 que representa un 75.6 % del total.</p> <p>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>	
	<p>Investigació d'accidents i danys a la salut produïts</p>	<p>L'empresa manifesta que té implantat un sistema propi d'investigació d'accidents i incidents, d'acord amb allò que estableix l'art. 16 LPRL i l'art. 6 del RD 39/1997, concretament</p> <p>L'any 2022 hi va haver 5 accidents amb baixa i 8 sense baixa.</p> <p>Es revisa índex de sinistralitat 2022 comprovant que està per sota del sector (3.57% Aigües de Manresa/4.94% sector)</p> <p>Es revisa informe d'investigació d'accident amb baixa amb data 30/11/2022 de la Sr. Jordi R. Es revisa OT vinculada a l'accident amb data 07/12/2022. Es comprova el seu tancament.</p> <p>Es revisa informe d'investigació d'accident sense baixa amb data 14/10/2022</p>	
	<p>Milliores</p>	<p>La reenginyeria de processos (Projecte Fènix) ha estat l'origen d'alguns aspectes a modificar, en els que ja s'ha començat a treballar i caldrà fer-ne un seguiment en els successius anys:</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> - Pressupost: El 2022 es va continuar treballant amb pressupost anual per cada departament. - Objectius Pla Estratègic: Cal seguir insistint en la importància d'omplir les dades dins de l'eina del Midenet per poder tenir dades fiables de l'acompliment de les tasques, - Indicadors de procés: Es treballen a través del Business Intelligent i s'han definit objectius per cada un d'ells. Cal millorar l'aportació de les dades per part dels Caps departament, que tot i que va millorant, a vegades no es reporten les dades 	
Ús del logotip de certificació		Comprovem l'ús correcte a la plana web	
Verificació de l'eficàcia de les accions correctores després de les NCs anteriors		N/A per inexistència de NN.CC. any anterior	

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
Destacar la celeritat en l'aplicació de les Accions Correctives derivades de l'auditoria interna

Troballa N.º	Descripció de la troballa	Punt Norma	Classificació*
1	Puntualment es detecta un control trimestral (març/23) d'equips d'extinció pendent de documentar	7.1.3.	Obs.
2	Caldria planificar les correccions a dur a terme fruit de la revisió d'ascensors	7.1.3.	Obs.
3	Puntualment es detecta la manca de fitxes d'equips de mesura (Bàscula de Compostatge i Dinamòmetre N.º Serie HT03792L)	7.1.5.	Obs.
4	No en tots els casos estan argumentant les causes de la no execució de les accions formatives (<i>totes les accions de 2023</i>)	7.2.	Obs.

* Per a les auditories integrades, indiqueu també en quin estàndard(s) influeixen els impactes de rellevància. A més, si la rellevància està relacionada amb un estàndard però impacta en els altres estàndards del SGI, destaquiu com impacta.

Categoria del resultat:

- **M** major no conformitat,
- **m** menor no conformitat,
- **Obs.** Observació (punt de partida per a la millora).

Nota: Per a totes aquelles anomalies classificades com a **NCs majors**, l'organització ha de:

- ✓ Elaborar un informe intern d'incompliment d'acord amb el que defineixi el seu procediment, en el qual, en l'apartat sobre la descripció de l'incompliment, s'ha de copiar exactament la desviació ressaltada.
- ✓ Realitzar una anàlisi completa de les causes que van conduir a l'incompliment;
- ✓ Proposar les accions correctores oportunes per resoldre l'incompliment d'acord amb el que defineix el seu procediment.
- ✓ Donar proves a ICDQ de les accions correctores implementades en un termini de 45 dies des de la data de l'auditoria.

Per a totes aquelles anomalies classificades com a **NCs menors**, l'organització ha de:

- ✓ Elaborar un informe intern d'incompliment d'acord amb el que defineixi el seu procediment, en el qual, en l'apartat sobre la descripció de l'incompliment, s'ha de copiar exactament la desviació.
- ✓ Realitzar una anàlisi completa de les causes que van conduir a l'incompliment;
- ✓ Proposar les accions correctores oportunes per resoldre l'incompliment d'acord amb el que defineix el seu procediment en el termini de 45 dies des de la data de l'auditoria.

(Aconsellem a l'organització que s'abstingui d'emprendre qualsevol activitat per al tancament de N.C. abans que hagin transcorregut 10 dies de l'auditoria, ja que la Direcció Tècnica podrà re classificar 'N.C. detectat pel GVI).

AVALUACIÓ DEL GVI SOBRE L'EFICÀCIA DEL SISTEMA DE GESTIÓ

- ES DESTACA L'EFICÀCIA DEL SISTEMA, NO SÓN NECESSÀRIES ACCIONS CORRECTORES I ES RECOMANA LA CERTIFICACIÓ
- ES CREU QUE EL SISTEMA SERÀ EFECTIU QUAN S'ACCEPTIN LES PROPOSTES D'ACCIÓ CORRECTIVA PER A NCs MENORS I HI HAGI EVIDÈNCIA DE TANCAMENT PER A QUALESEVOL NC MAJOR.
- ES RECOMANA UNA AUDITORIA EXTRAORDINÀRIA
(La sol·licitud d'una auditoria extraordinària per al control "in situ" de l'eficàcia de les accions correctores implementades, no permet certificar l'Organització abans de l'execució de les mateixes)
- ES RECOMANA REALITZAR UNA AUDITORIA ADDICIONAL (A 6 MESOS)

És adequat l'objectiu de la certificació? SÍ NO
 Si no, si us plau, indiqueu el motiu

.....

S'han assolit els objectius de l'auditoria? SÍ NO
 Si no, si us plau, indiqueu el motiu

.....

Només per a auditories de Sistemes Integrats de Gestió SÍ NO
 Es confirma el nivell d'integració?
 Si no, si us plau, indiqueu el motiu

.....

ABAST PROPOSAT. Auditoria inicial En el cas que es requereixin múltiples idiomes, en la mesura del possible, tractar de transcriure i acordar amb l'organització la terminologia a utilitzar en la traducció.	QUALSEVOL CANVI A REALITZAR AL CERTIFICAT (en manteniment, renovació, auditories addicionals)
SERVEI DE CLAVEGUERAM. EXPLOTACIÓ DE SISTEMES DE SANEJAMENT. PLANIFICACIÓ I EXECUCIÓ D'OBRES I SERVEIS D'INFRASTRUCTURA. 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	NO
Pça de Salt, 1, 8241 Manresa, Barcelona, España: Oficines d'Atenció a l'abonat C/ de la Concòrdia, 121-127 , 08242 - Manresa, Barcelona, España: ETAP Manresa Ctra. d'Abrera a Manresa 1, 08240 Manresa, Barcelona, España: EDAR Manresa	NO

C/ de Viladordis, 5, 08241 Manresa, Barcelona, Espanya:: Piscina Municipal	
IAF Sectors	
ABAST Llengua 1 Català Llengua 2 Llengua 3	

REUNIÓ FINAL

Present per el client:

Antoni Ventura, Gerent

Mar Cases, Tècnica de Seguretat i Salut

Esther Costa, Directora d'Operacions

Eva Corbella, Cap de la Qualitat i Control Sanitari

Present per ICDQ:

Rafel Feliu, Auditor en Cap

(cognoms i cognoms)

Antonio Fernández, Auditor

(cognoms i cognoms)

(cognoms i cognoms)

(cognoms i cognoms)

Auditor en Cap:

- Informa a l'organització que les proves d'auditoria recollides es basen en un mostreig de les activitats de l'empresa i, per tant, introdueix un element d'incertesa.
- Presenta totes les No conformitats detectades i la classificació (major i/o menor).
- S'informa a l'Organització que per al tancament de les Majors és necessari aportar proves documentals de l'execució de les accions correctores aplicades, mentre que per al tancament de les No Conformitats Menors la proposta d'actuació correctiva és suficient, en defecte d'això no serà possible procedir a la certificació.
El tancament de les no conformitats s'ha de dur a terme no més tard del termini màxim.
- S'informa a l'organització que en no rebre cap comunicació 'ICDQ en el termini de 10 dies hàbils des de la data de verificació, es consideren confirmades les no conformitats detectades pel GVI.
- Notificar a l'organització el temps màxim permès per al tancament de No conformitats és de 45 dies.
- Presenta informació sobre els aspectes positius, qualsevol observació sobre el nivell d'implementació del sistema de gestió, incloses les avaluacions GVI sobre l'eficàcia del sistema de gestió.
- Informa a l'organització de totes les activitats realitzades per ICDQ després de l'auditoria.
- Informar a l'organització que ICDQ posarà a disposició de les autoritats competents els registres i proves recollides durant les fases d'auditoria en el cas que ho sol·licitin, prèvia comunicació a la pròpia organització.
- Estableix l'objectiu final de la certificació i recorda a l'organització que aquesta finalitat haurà de ser confirmada pel Comitè de Certificació d'ICDQ.
- S'explica com realitzar auditories addicionals o extraordinàries (si n'hi ha), seguiment i renovació.
- S'expliquen els procediments a seguir per a l'execució dels procediments de reclamació i recursos, en cas de disconformitat amb les conclusions sorgides durant l'auditoria.
- Retorna al client tota la documentació utilitzada durant l'auditoria i garanteix la confidencialitat del GVI sobre el contingut de la mateixa.
- Sensibilitzar l'organització sobre la importància de donar a conèixer la seva condició d'Organització Certificada.
- S'obre una ronda de preguntes perquè els membres de l'organització puguin demanar qualsevol aclariment sobre l'assumpte.

- Lliurar a l'organització una còpia de l'Informe d'Auditoria.
- Tanca la reunió final.

Qualsevol comentari sobre l'auditoria / reserves de l'organització:

CAP

PROCEDIMENTS JUDICIALS O ADMINISTRATIUS EN CURS

Procediments administratius (conflictes amb clients i/o administració pública) SÍ NO
Procediments judicials (danys per garanties, medi ambient, seguretat, etc.) SÍ NO

Nota:

Declaro que la totalitat d'aquest informe d'auditoria ens ha estat llegit per l'Equip d'Auditoria i resolt qualsevol dubte d'interpretació que hagi pogut sorgir, accepto aquest document íntegrament sense cap reserva, excepte el dret a presentar reserves per a aquelles no conformitats que, després d'una acurada anàlisi de les causes que les van originar, no ens semblen dignes d'importància, Proporcionar tota la informació que justifiqui la posició de l'organització que represento.

Per a l'organització

Nom:
Càrrec:

Per ICDQ, l'auditor en cap

Nom: Rafel Feliu

