

### DATI GENERALI

**ORGANIZZAZIONE:** AIGÜES DE MANRESA, S.A

**Indirizzo sede legale:** C/ Plana de l'Om, 6 , 08241 - Manresa, Barcelona, España

**Indirizzo delle sedi operative:** ETAP Manresa / Carrer Concòrdia, 121-127 MANRESA

**Rappresentante del cliente:** Eva Corbella, Cap de la Qualitat i Control Sanitari

**Guide del cliente:** Mar Cases, Tècnica de Qualitat i Eva Corbella, Cap de la Qualitat i Control Sanitari

**Data audit:** 12 i 13/09/23

**Durata g/uomo:** 1,5

### SCOPO, OBIETTIVI E CRITERI DELL'AUDIT

RIF: 1/2020/1948-2/021	NORMA:	<input checked="" type="checkbox"/> ISO 9001:2015	<input type="checkbox"/> ISO 14001: 2015
		<input type="checkbox"/> ISO 39001:2012	<input type="checkbox"/> ISO 37001:2016
		<input type="checkbox"/> ISO 45001:2018	<input type="checkbox"/> ISO 27001:2013
		<input type="checkbox"/> ISO 50001:2011	<input type="checkbox"/> ISO 20000-1:2011
TIPO DI AUDIT:	INIZIALE FASE II <input type="checkbox"/>	MANTENIMENTO 1 <input checked="" type="checkbox"/>	STRAORDINARIO <input type="checkbox"/>
	RINNOVO <input type="checkbox"/>	MANTENIMENTO 2 <input type="checkbox"/>	SEMESTRALE <input type="checkbox"/>
		ESTENSIONE SCOPO <input type="checkbox"/>	ALTRO: <input type="checkbox"/>

**Codici EA / Area Tecnica:**

**SCOPO PROVVISORIO (verificato in Fase I o presente sul certificato):**

**SERVEI D'ABASTAMENT D'AIGUA POTABLE**

**Norme, leggi, regolamenti o requisiti del sistema di gestione su cui si basa la conduzione dell'audit:**

ISO 37001:2016

ISO 27001:2013

ISO 20000-1:2011

ISO 39001:2012

**IAF MD4:2018 (Audit ICT)**

**IAF MD11:2019 (Audit di sistemi di gestione integrati)**

CG.PG-03.2 - Condizioni generali CCI

PG.07.1.1 "Prestazione del servizio di certificazione" CCI

I.I.-2.6.8 "Uso del logotipo di certificazione" CCI

**Normativa quadro di settore (le principali)**

**Requisits legals**

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.

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 2023.

### COMPOSIZIONE Gruppo di Audit

RGVI: Rafel Feliu

GVI:

GVI:

Esperto Tecnico / interprete:

Auditor in formazione:

Osservatore:

### RIUNIONE INIZIALE

#### Presenti per il Cliente:

Antoni Ventura, Gerent

Mar Cases, Tècnica de Qualitat

Esther Costa, Directora d'Operacions

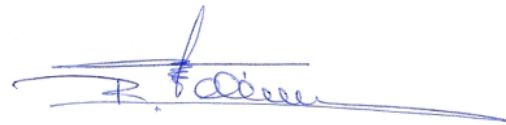
Eva Corbella, Cap de la Qualitat i Control Sanitari

#### Presenti per CCI:

Rafel Feliu

(cognome e nome)

(cognome e nome)



(firma)

(firma)

#### il Lead Auditor:

- Presenta i membri del Gruppo di Audit, inclusa una breve descrizione dei ruoli e ribadisce l'esistenza del patto di riservatezza (ad eccezione di eventuali richieste da parte delle Autorità Competenti) che è riportato nel contratto esistente tra la CCI e la organizzazione cliente.
- Conferma la lingua che si utilizzerà durante l'audit.
- Conferma lo scopo di certificazione richiesto e chiarisce che è provvisorio ricordando che nel corso della riunione finale e in funzione del SG implementato si fisserà lo scopo definitivo.
- Conferma il piano di audit, lo scopo, gli obiettivi e i criteri dell'audit. Conferma inoltre qualsiasi cambio o altri accordi intervenuti con il cliente quali data e ora per la riunione finale, eventuali riunioni intermedie del gruppo di audit e direzione del cliente.
- Spiega le modalità di svolgimento dell'audit (a campione), i canali di comunicazione formale tra il gruppo di audit e il cliente e le modalità di classificazione delle eventuali rilevanze riscontrate nel corso della stessa (Non Conformità maggiori/minori - Osservazioni).
- Chiarisce che il GVI rappresenta CCI è responsabile della conduzione dell'audit, deve controllare l'esecuzione del piano di audit, incluse le attività e le linee di investigazione dell'audit e che le attività verranno svolte con la massima riservatezza e confidenzialità. Chiarisce inoltre che l'attività di valutazione condotta da CCI non deve essere considerata come una forma di liberatoria nei confronti delle verifiche effettuate dalle Autorità Competenti.
- Conferma se siano disponibili le risorse e la logistica necessaria per l'esecuzione dell'audit e chiede se i responsabili dei reparti e centri interessati possono rispettare l'orario previsto dal piano e, se necessario, rivede lo stesso in funzione della loro disponibilità.
- Chiede il numero dei centri operativi che devono verificare nello scopo e verifica che coincidano con quelli segnalati nel piano di audit, conferma i centri itineranti segnalati per l'audit in cantiere e lo stato attuale di tali attività (solo nel caso di verifiche in cantiere).

- Chiede di fornire al Gruppo di Audit dettagliate informazioni sui rischi specifici esistenti nell'ambiente in cui il GVI sarà destinato ad operare, e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate in relazione all'attività (compresi i DPI previsti e disponibili, la viabilità e percorsi di emergenza) per consentire lo svolgimento dell'Audit in sicurezza.
- Chiede conferma della disponibilità e dell'identità di guide e osservatori presenti.
- Conferma che durante lo svolgimento dell'audit il cliente sarà sempre informato sul progresso dell'audit e di qualsiasi problema accaduto.
- Comunica le circostanze che possono portare ad anticipare la chiusura dell'audit.
- Chiede conferma dello stato delle rilevanze relative all'audit precedente.
- Comunica, in caso di presenza del consulente dell'organizzazione, che lo stesso potrà assistere all'audit, ma solo come osservatore e non potrà partecipare alla stessa.
- Apre un giro di domande affinché i componenti dell'organizzazione possano chiedere eventuali chiarimenti in merito.
- chiude la riunione iniziale.

NOTA:

**(Solo per le verifiche di mantenimento / rinnovo / transfert):**

- si assicura dell'implementazione e della efficacia delle azioni correttive relative alle N.C. Minori, rilevate nel corso del precedente audit (ove presenti);
- controlla l'efficacia della chiusura delle N.C. Maggiori proposte a seguito dell'audit precedente (ove presenti);
- verifica l'eventuale presa in carico e conseguente implementazione delle osservazioni evidenziate a seguito dell'audit precedente (ove presenti) o motivare la mancata gestione delle stesse.

### ELENCO DEI SITI VERIFICATI

Sia attività interne che attività svolte al di fuori delle sedi legale e/o operative (esempi: pulizie, costruzioni, installazioni, mense, formazione, gestione rifiuti, trasporti, centri polivalenti, ecc.).

Data	Indirizzo	Ver. c/o il Sito (1)	Ver. Documentale (2)
28/06/22	ETAP Manresa / Carrer Concòrdia, 121-127 MANRESA	X	X
29/06/22	LABORATORI / ETAP Manresa / Carrer Concòrdia, 121-127 MANRESA	X	X

ELENCARE I PRINCIPALI PROCESSI REALIZZATI DALL'ORGANIZZAZIONE (CON RIFERIMENTO ALLA/E ATTIVITÀ CHE FORMANO LO SCOPO DI CERTIFICAZIONE) E SPECIFICARE QUALI SONO STATI VERIFICATI IN ESECUZIONE (1) E QUALI DOCUMENTALMENTE (2)

(1) Descrizione dei processi formanti lo scopo di certificazione proposto verificati in esecuzione

SERVEI D'ABASTAMENT D'AIGUA POTABLE

(2) Descrizione dei processi formanti lo scopo di certificazione proposto verificati documentalmente

SERVEI D'ABASTAMENT D'AIGUA POTABLE

### REQUISITI NON APPLICABILI DEL SG (motivare):

8.3. Diseny - Es tracta d'una empresa de prestació de Servei Públic

### DEKLARATA E ZBATIMIT (vetem per ISO 27001):

---

### Autorizzazioni, licenze, attestazioni, DIA, ecc.:

---

### Eventuali variazioni rispetto al piano di audit inviato al cliente e motivazioni

NO

### Eventuali cambi significativi dall'ultimo audit che riguardano il sistema di gestione auditato

NO

### Eventuali aspetti significativi che possano inficiare il programma di audit

NO

CONFERMA DEL NUMERO DEGLI ADDETTI: 5

### ELENCO DEI PRINCIPALI DOCUMENTI VISIONATI PER LA VALUTAZIONE DI CONFORMITA' DEL SISTEMA DI GESTIONE AUDITATO

\*Nota1: Nel caso in cui siano state utilizzate tecniche di audit in remoto (ICT) indicare la misura in cui l'ICT è stato utilizzato nello svolgimento dell'audit e come ha contribuito a verificarne l'efficacia e l'efficienza.

Processo	Codifica e titolo del documento e/o evidenze	Valutazione di conformità e note*	Addetti intervistati (nome e ruolo)
Context, lideratge i informació documentada	Context:	<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>	<i>Antoni Ventura, Gerent Esther Costa, Directora d'Organització Mar Cases, Tècnica de Qualitat Eva Corbella, Cap de la Qualitat i Control Sanitari</i>
	Parts Interessades	<i><b>Parts Interessades:</b> Comprovem que han determinat les parts interessades havent estat revisades en data 11/05/23 sense haver identificat cap canvi <b>Internes:</b> Sense canvis <b>Externes:</b> Ofensiva judicial per part d'AGBAR a nivell general de gestors del sector basada en la llei de contractes, pel que s'han demanat dictàmens a l'administració. Ja han contestat tots els recursos, considerant que jurídicament el tema no té massa recorregut judicial. Incorporació del Municipi de Santa Maria d'Oló</i>	
	Processos	<i>Mantenen el mateix <b>Mapa de Processos</b> aprovat amb data 01/03/2022 on s'identifiquen els seus processos que desenvolupen molt bé en les seves corresponents fitxes atenent als requisits de la Norma al respecte</i>	
	Lideratge	<i>Durant aquesta auditoria hem pogut comprovar que la direcció demostra el lideratge i el compromís respecte</i>	



		<p><i>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>	
	<b>Política del SG</b>	<p><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></p> <p><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.</i></p> <p><i>Al llarg d'aquesta auditoria podem comprovar que aquesta Política de SG s'ha comunicat, entès i aplicat dins de l'organització.</i></p>	
	<b>Rols, responsabilitats i autoritat</b>	<p><i>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.</i></p> <p><i>Compten amb un Organigrama modificat en data 03/08/23 ben definit que es comprova reflecteix clarament les diferents responsabilitats i nivells d'autoritat.</i></p> <p><i>En aquesta darrera revisió han incorporat els següents canvis:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li><i>• Laboratori s'integra dins de Qualitat i Control Sanitari passant a formar part de l'Àrea d'Operacions.</i></li><li><i>• El Departament d'Estudis i Innovació s'ha integrat a l'Àrea d'Operacions S'hi comprova que s'ha designat Eva Corbella com a Responsable del Sistema, en substitució de Cristina Mauri.</i></li></ul>	
	<b>Informació Documentada</b>	<p>Durant aquesta auditoria hem evidenciat que l'organització té la informació documentada requerida per la norma que mantenen en</p>	

		condicions controlades tant en la creació com en l'actualització	
Planificació	<i>Riscos i Oportunitats</i>	<p><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 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.</i></p> <p><i>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)</i></p> <p><i>Actualment no tenen identificat cap risc alt.</i></p> <p><i>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)</i></p>	<p><i>Antoni Ventura, Gerent</i></p> <p><i>Esther Costa, Directora d'Organització</i></p> <p><i>Mar Cases, Tècnica de Qualitat</i></p> <p><i>Eva Corbella, Cap de la Qualitat i Control Sanitari</i></p>
	<b>OBJECTIUS DEL SG</b>	<p><b>OBJECTIUS DEL SG</b></p> <p><i>Segueixen amb el Pla Estratègic a 5 anys de l'any 2021-2025 amb uns 80 objectius associats amb més de 400 fites associades</i></p> <p><b>Objectius del SG de l'any 2022:</b></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p>	



		<p>Total 61 objectius dels que 8 corresponen a sostenibilitat amb un nivell d'acompliment del 67,94%</p> <p>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%</p> <p><b>Objectius plantejats per l'any 2023:</b> 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</p> <p>Tenen plantejats 28 projectes i 137 objectius dels que son 8 d'Eficiència Energètica</p> <p>Comprovem la corresponent planificació dels esmentats Objectius del SIG</p>	
	<b>Planificació dels Canvis</b>	<p>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</p> <p>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"> <li>• EDAR Avinyó</li> <li>• EDAR Balsareny</li> </ul>	
<b>Recursos Humans</b>	<b>Recursos</b>	NO Planificat pe aquesta auditoria	---
	<b>Competència</b>		
	<b>Conscienciació</b>		
	<b>Comunicació interna i externa</b>		
<b>Comercial</b>		No té massa sentit parlar d'activitat comercial en aquesta organització encara que sí en té si parlem de	<b>Mar Cases, Tècnica de Qualitat</b> <b>Eva Corbella, Cap de la</b>





		<p><i>satisfacció dels abonats:</i>  <i>Aigües Manresa dona servei a un total de 19 ajuntaments i administracions públiques de les quals han respost l'enquesta enviada tant sols 11, i a partir dels resultats de les enquestes fetes als ajuntaments i administracions amb les quals treballa AM, es pot dir que:</i>  <i>Gestió realitzada mitjançant Programa informàtic de suport: KON Audito expedient generic 10650 i expedient particular de l'ajuntament de Navarces.</i>  <i>Detall arxiu documentació per municipi.</i>  <i>Detall correu electrònic petició ajuntament .</i>  <i>Excel agrupat de resum de subvencions</i></p> <p><b>ATENCIÓ AL PÚBLIC (COMERCIAL)</b>  <i>Programa de gestió. Cinclus 21</i>  <i>Auditem Web Aigues MANRESA.CAT.TRÀMITS</i>  <i>Documents auditats:</i>  <i>documentació tipus per a NOU CONTRACTE de subministrament (el document inclou CONTRACTE, AUTORITZACIÓ DE TRÀMIT amb DOCUMENT SEPA i certificat BANCARI).</i>  <i>Indicadors de SATISFACCIÓ</i>  <b>ABONATS:</b>  <b>PRESENCIAL</b>  <b>TELFÒNIC</b>  <b>ONLINE</b></p> <p><i>Programa informàtic d'OBJECTIUS</i></p>	<b>Qualitat i Control Sanitari</b>
<b>Disseny</b>		NO APLICA	
<b>Compres</b>		<p><i>Tenen establerta la metodologia per a la compra de productes a través del procediment SST-08-3 Compres (01/04/2019) per assegurar que els productes comprats són conformes amb el SGSST.</i></p> <p><i>Evidències auditades:</i>  <b>COMANDA: CONSTRUCCIÓ APARCAMENT BICIS</b>  <i>Nº de comanda: 234305</i>  <i>Nom del proveïdor Jorge Castillo</i>  <i>Data de la comanda:20/07/2023</i>  <b>COMANDA TERMÓMETRE</b></p>	<p><b>Mar Cases, Tècnica de Qualitat</b>  <b>Eva Corbella, Cap de la Qualitat i Control Sanitari</b></p>



		<p><b>MODULAR</b> <i>Nom proveïdor: Endress Hauser, Nº Comanda: 226065 Data comanda: 05/01/23</i></p> <p><i>COMANDA: : Reparació d'una bomba ETAP de Santpedor Nom de proveïdor: Tecnical Manresa Nº comanda : 226320 Data de la Comanda: 04/01/23 COMANDA: Preostat Nº comanda: 234534 Nom del proveïdor: Indestan Data comanda: 04/08/23</i></p>	
<p><i>Producció i Prestació del Servei</i></p>		<p><i>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. Procés Auditat <b>Procés Auditat – ETAP Manresa / Carrer Concòrdia, 121-127</b> <i>La sistemàtica d'aquesta planta segueix sent la mateixa de l'any passat</i></i></p> <p><b>Magatzem de reactius</b> <b>Magatzem de material</b> <i>En ambdós casos comprovem el registre de codis de material Control d'EPI's dia auditora correcte Pla d'Emergència Comprovem de nou que la Planificació i controls operatius son correctes. S'audita la planificació d'aquesta setmana trobant-se tot en ordre Segueixen comptant amb una bona Identificació, traçabilitat i conservació de béns i dels productes emmagatzemats</i></p> <p><b>Procés Auditat: Laboratori</b> <b>Personal Auditat: Eva Corbella, Responsable de Laboratori</b> <i>Continuen processant 12000 mostres a l'any analitzant uns 76000 paràmetres</i></p>	<p><i>Aron Luque Paco Sánchez i Josep Pujol Pere Escudero</i></p> <p><i>Eva Corbella Rubén Pedrosa Elisabet Berch</i></p>



		<p><i>Tarden de mitjana aproximadament 12' x paràmetre</i></p> <p><i>Evidències auditades:</i></p> <p><b><i>Analítiques d'aigües de consum</i></b></p> <p><i>Mostra nº 2310067 rebuda per NAVIA/LIMS</i></p> <p><i>Data: 04/09/23</i></p> <p><i>Hora recollida de mostra: 07:16h</i></p> <p><i>Mostra de Sortida ETAP Manresa</i></p> <p><i>Paràmetre analitzat: Alumini</i></p>	
<b><i>Gestió del Sistema</i></b>	<b><i>Informació Documentada</i></b>	<p><i>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</i></p>	<b><i>Mar Cases, Tècnica de Qualitat</i></b> <b><i>Eva Corbella, Cap de la Qualitat i Control Sanitari</i></b>
	<b><i>Requisits legals</i></b>	<p><i>Codi Instrucció 3.07-P01-I09 versió 1 de 05/01/2021 Control de requisits legals i altres requisits.</i></p> <p><i>Gestionats a través de l'empresa ALMGESTIÓ.</i></p> <p><i>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 2023.</i></p>	
	<b><i>Indicadors de Procés</i></b>	<p><i>Els indicadors estan definits per processos.</i></p> <p><i>Estan documentats en el programa Business Intelligent. Es fa seguiment anual, trimestral, y mensual, depenen de l'indicador. El responsable del procés controla l'evolució del seus indicadors.</i></p> <p><i>Les conclusions a grans trets, són que dels 33 indicadors que s'han establert, 29 es troben dins dels límits marcats i 4 amb valors fora de rang. Per aquest es prenen mesures</i></p>	



		<i>correctores</i>	
	<b>Satisfacció de Clients</b>	<p><i>Han deixat d'externalitzar aquest servei passant-ho a gestionar directament des del Departament de Comunicació i RSC.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>La valoració global del servei de l'any 2022 ha estat dl 8,26 que coincideix amb la valoració de l'any anterior</i></p> <p><i>Desgranen els següents col·lectius als que es dirigeixen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li><i>• Ajuntaments i Administracions Públiques → Resultat satisfactori</i></li><li><i>• Enquestes Abonats → Resultat → 95% de respostes satisfactòries</i></li><li><i>• Usuaris Piscina Municipal → Resultat → 8,3/10 de mitjana (enquesta molt ampla)</i></li></ul>	
	<b>Auditoria Interna</b>	<p><i>Comprovem l'existència d'un programa/planificació previ a l'auditoria :04/05/23</i></p> <p><i>S'evidencia l'existència d'informe d'auditoria de 06/06/23</i></p> <p><i>Podem evidenciar que les notes de l'auditor es conserven sobre l'auditoria practicada</i></p> <p><i>Es comprova la independència dels auditors per tractar-ser de personal extern a l'Organització</i></p> <p><i>El resultat de l'Auditoria Interna va ser el següent:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li><i>• 6 NNCC</i></li><li><i>• 39 Obs</i></li><li><i>• 20 O. Millora</i></li><li><i>• 8 P. Forts</i></li></ul> <p><i>Es comprova que l'organització ha emprès accions de millora sobre els resultats anteriors</i></p>	
	<b>Revisió per la direcció</b>	<p><i>Duen a terme reunions bimensuals sobre el Sistema de Gestió i reunions</i></p>	

		<p><i>setmanals del Comitè de Direcció</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Realitzada 12/05/2023</i></p>	
<b>Millora</b>	<b>No Conformitats</b>	<p><i>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</i></p> <p><i>Les accions de millora es segueixen a través del Registre Incidències, NC i accions de millora 3.04-P03-R03</i></p> <p><i>El 2022 s'ha tancat amb un total de 41 incidències. El departament majoritari que n'ha rebut més és: Compres, Medis i Magatzem.</i></p> <p><i>De les 41 incidències obertes se n'han resolt 31 que representa un 75.6 % del total.</i></p> <p><i>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.</i></p>	<p><i>Mar Cases, Tècnica de Qualitat</i></p> <p><i>Eva Corbella, Cap de la Qualitat i Control Sanitari</i></p>
	<b>Millores</b>	<p><i>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</i></p>	



		<p><i>successius anys:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Pressupost: El 2022 es va continuar treballant amb pressupost anual per cada departament.</i></li><li>- <i>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,</i></li><li>- <i>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.</i></li></ul>	
<i>Uso del logo di certificazione</i>		Ús correcte del logo	---
<i>Verifica efficacia azioni correttive a seguito di NC precedenti</i>		NO Aplica per inexistència d'elles	---

### Aspetti Positivi

1. Posar en valor que també tenen publicada la seva Missió, Visió i Valors (Compromís, Sostenibilitat, Confiança, Transparència i Eficiència).
2. Ressaltar 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
3. Segueixen tractant les accions derivades dels riscos com a NN.CC. i les derivades de les Oportunitats les tracte com AA.MM. per simplificar el Sistema
4. Destacar la bona gestió del canvi que duen a terme amb l'ajuda del registre 304P12R01 v7
5. Destacar el detall de les descripcions/perfiles dels llocs de treball
6. Gran experiència per prestar el servei de filtre i facilitar la sol·licitud de subvencions els ajuntaments
7. Bon control del procés de compres. Documentació ben detallada que es compleix amb exactitud
8. Posar en valor el bon control que porten dels Equips de Mesura en el Laboratori
9. Altre cop destacar la molt bona l'Auditoria Interna duta a terme
10. Posar en valor el bon nivell de l'Informe de Revisió per la Direcció

Rilevanza N.º	Descrizione delle rilevanze	Punto Norma	Classificazione*
	---		

\* Per audit integrati, indicare anche su quale/i norma/e la rilevanza impatta. Inoltre, qualora la rilevanza sia relativa ad una norma ma impatti sulle altre norme del SGI, evidenziare in che maniera impatta.

#### Categoria della risultanza:

- **M** non conformità maggiore,
- **m** non conformità minore,
- **Oss.** osservazione (spunto per il miglioramento).

**Nota:** Per tutte quelle anomalie classificate come **NC maggiori**, l'organizzazione dovrà:

- ✓ Redigere un rapporto di non conformità interno in accordo a quanto definito dalla propria procedura, nel quale, nella sezione relativa alla descrizione della non conformità, dovrà essere ricopiata esattamente la deviazione evidenziata.
- ✓ Effettuare un'analisi completa delle cause che hanno portato alla non conformità;
- ✓ Proporre azioni correttive adeguate alla risoluzione della non conformità in accordo con quanto definito dalla propria procedura;
- ✓ Dare evidenza a CCI delle azioni correttive implementate entro 45gg dalla data dell'audit.

Per tutte quelle anomalie classificate come **NC minori**, l'organizzazione dovrà:

- ✓ Redigere un rapporto di non conformità interno in accordo a quanto definito dalla propria procedura, nel quale, nella sezione relativa alla descrizione della non conformità, dovrà essere ricopiata esattamente la deviazione evidenziata.
- ✓ Effettuare un'analisi completa delle cause che hanno portato alla non conformità;
- ✓ Proporre azioni correttive adeguate alla risoluzione della non conformità in accordo con quanto definito dalla propria procedura entro 45gg dalla data dell'audit.

(Consigliamo all'organizzazione di astenersi dall'intraprendere ogni attività per la chiusura delle N.C. prima che siano trascorsi 10 giorni dall'audit, in quanto la Direzione tecnica potrebbe riclassificare le N.C. rilevate dal GVI).

### VALUTAZIONE DEL GVI SULL'EFFICACIA DEL SISTEMA DI GESTIONE

- SI EVIDENZIA L'EFFICACIA DEL SISTEMA, NON SONO NECESSARIE AZIONI CORRETTIVE E SI RACCOMANDA LA CERTIFICAZIONE
- SI RITIENE CHE IL SISTEMA SARA' EFFICACE QUANDO SARANNO ACCETTATE LE PROPOSTE DI AZIONE CORRETTIVA PER LE NC MINORI E SI AVRANNO EVIDENZE DI CHIUSURA PER LE EVENTUALI NC MAGGIORI.
- SI RACCOMANDA LA REALIZZAZIONE DI UN AUDIT STRAORDINARIO  
(La richiesta di un audit straordinario per il controllo in "loco" dell'efficacia delle azioni correttive implementate, non rende possibile la Certificazione dell' Organizzazione prima dell'esecuzione dello stesso)
- SI RACCOMANDA LA REALIZZAZIONE DI UN AUDIT SUPPLEMENTARE ( A 6 MESI )

Lo scopo di certificazione è appropriato?  SI  NO  
Se no, indicare il motivo

.....

Sono stati raggiunti gli obiettivi dell'audit?  SI  NO  
Se no, indicare il motivo

.....

Solo per audit di sistemi di Gestione Integrati  
Il livello di integrazione viene confermato?  SI  NO  
Se no, indicare il motivo

.....

SCOPO PROPOSTO. Audit iniziale Nel caso in cui vengano richieste più lingue, per quanto possibile, cercare di trascrivere e concordare con l'organizzazione la terminologia da utilizzare nella traduzione.	EVENTUALI VARIAZIONI DA APPORTARE SUL CERTIFICATO (in audit di mantenimento, rinnovo, supplementari)
<b>SENSE CANVIS</b>	
<b>Ragione sociale</b> .....	
<b>Siti (indirizzo)</b> .....	
<b>Settori IAF</b> .....	
<b>Scopo</b> Lingua 1 CATALÀ Lingua 2 ..... Lingua 3 .....	<i>SERVEI D'ABASTAMENT D'AIGUA POTABLE</i>



### RIUNIONE FINALE

#### Presenti per il Cliente:

Antoni Ventura, Gerent

Mar Cases, Tècnica de Qualitat

Esther Costa, Directora d'Operacions

Eva Corbella, Cap de la Qualitat i Control Sanitari

#### Presenti per CCI:

Rafel Feliu

(cognome e nome)

(cognome e nome)

(cognome e nome)

(cognome e nome)

(cognome e nome)

#### il Lead Auditor:

- Comunica all'organizzazione che le evidenze di audit raccolte sono basate su un campionamento delle attività dell'azienda e per questo introducono un elemento di incertezza.
- Presenta tutte le non conformità rilevate e la relativa classificazione (maggiori e/o minori).
- Comunica all'Organizzazione che per la chiusura delle Non Conformità Maggiori è necessario apportare evidenza documentale dell'implementazione delle azioni correttive applicate, mentre per la chiusura delle Non Conformità Minori è sufficiente la proposta di azione correttiva, in mancanza non si potrà procedere alla certificazione.  
La chiusura delle Non Conformità dovrà avvenire entro e non oltre il termine massimo previsto.
- Informa l'organizzazione che non ricevendo da parte di CCI alcuna comunicazione entro 10 giorni lavorativi dalla data di verifica, le non conformità rilevate dal GVI si intendono confermate.
- Comunica all'organizzazione il termine massimo concesso per la chiusura delle non conformità è di 45 giorni.
- Presenta le informazioni sugli aspetti positivi, eventuali osservazioni sul livello di implementazione del sistema di gestione, incluse le valutazioni del GVI sull'efficacia del sistema di gestione.
- Informa l'organizzazione di tutte le attività svolte da CCI successivamente all'audit.
- Informa l'organizzazione che CCI renderà disponibile le registrazioni e le evidenze raccolte durante le fasi di audit alle Autorità Competenti nel caso in cui ne facciano richiesta, previa la comunicazione dell'evento all'organizzazione medesima.
- Fissa lo scopo definitivo della certificazione e ricorda all'organizzazione che questo scopo dovrà essere confermato dal Comitato di delibera della CCI.
- Spiega le modalità per l'esecuzione degli audit supplementari o straordinario (ove ve ne fossero), di sorveglianza e rinnovo.
- Spiega le modalità da seguire per l'esecuzione delle procedure di reclami e appelli, nel caso di disaccordo con i rilievi emersi nel corso dell'audit.
- Restituisce al cliente tutta la documentazione utilizzata durante l'audit e assicura la riservatezza del GVI sul contenuto della stessa.
- Sensibilizza l'organizzazione circa l'importanza di pubblicizzare il proprio status di Organizzazione Certificata.
- Apre un giro di domande affinché i componenti dell'organizzazione possano chiedere eventuali chiarimenti in merito.
- Consegna all'organizzazione una copia del Rapporto di Audit.
- Chiude la riunione finale.

**Eventuali osservazioni sull'audit / riserve dell'organizzazione:**

1. 7.1.3.- Puntualment es detecta un control trimestral (mar./23) d'equips d'extinció pendent de Documentar
2. 7.1.3.- Caldria planificar les correccions a dur a terme fruit de la revisió d'ascensors

**PROCEDIMENTI GIUDIZIARI O AMMINISTRATIVI IN CORSO**

Procedimenti amministrativi (contenziosi con clienti e/o pubblica amministrazione)

SI  NO

Procedimenti giudiziari (danni da garanzie, ambientali, sicurezza, ecc.)

SI  NO

Note:

Dichiaro che la totalità del presente rapporto di audit, ci è stato letto dal Gruppo di Audit e risolto qualsiasi dubbio di interpretazione che sia potuto sorgere, accetto integralmente il presente documento senza riserva alcuna, eccetto il diritto di presentare riserve per quelle non conformità che, dopo attenta analisi delle cause che le hanno originate, non ci sembrano meritevoli di rilievo, apportando tutte le informazioni che giustificano la posizione della organizzazione che rappresento.

**Per l'organizzazione**

Nome:

Incarico:

**Per CCI, il Lead Auditor**

Nome: Rafel Felu

