



INFORME D'AUDITORIA

Bureau Veritas Iberia, S.L.

COL·LEGI OFICIAL
D'INFERMERES I
INFERMER
Certification Audit

ISO 9001:2015,
ISO 14001:2015

Data de l'auditoria:
04/05/26
Referència:
27100630/1-21003291085



ÍNDEX

| | |
|--|----|
| 1. INFORMACIÓ DE L'ORGANITZACIÓ | 3 |
| 2. INFORMACIÓ DE L'AUDITORIA | 3 |
| 3. RESUM EXECUTIU DE L'AUDITORIA | 4 |
| 4. CONSTATACTIONS DE L'AUDITORIA | 6 |
| 5. NOTES DE L'AUDITOR | 7 |
| 6. ANNEXOS | 23 |

1. INFORMACIÓ DE L'ORGANITZACIÓ

| | |
|---------------------------|--|
| NOM | COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMER |
| ADREÇA | C/ PUJADES, 350 , BARCELONA, 08019, -, Spain |
| CONTACTE PRINCIPAL | NÚRIA GARCIA |
| TELÈFON | +34932128108 |
| Correu electrònic | ngarcia@coib.cat |

2. INFORMACIÓ DE L'AUDITORIA

| | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------|--------------------------|
| Tipus d'auditoria: | Certification Audit | | |
| Acreditacions | ENAC | N. de llocs: 1 | N. d'empleats: 45 |
| Seu central: | COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB) | | |
| Data d'inici: 04/05/26 | Data de finalització (reunió de tancament): 05/05/26 | Durada (dies): 3 | |
| Naturalesa de l'auditoria | Auditoria combinada/integrada | | |

| Críteris d'auditoria (Normes) | Abast global de la certificació |
|--------------------------------------|---|
| ISO 9001:2015 | SERVEIS DE COL·LEGI PROFESSIONAL (GESTIÓ, FORMACIÓ I ASSESSORAMENT COL·LEGIAL). |
| ISO 14001:2015 | SERVEIS DE COL·LEGI PROFESSIONAL (GESTIÓ, FORMACIÓ I ASSESSORAMENT COL·LEGIAL) |

A més dels estàndards anteriors, els críteris d'auditoria inclouen els processos definits i la documentació del sistema de gestió desenvolupat per l'organització.

3. RESUM EXECUTIU DE L'AUDITORIA

Recomanacions del cap d'equip

| | |
|--|---|
| Recomanació | Atorgar certificació |
| Motiu per a l'emissió o el canvi del certificat | Auditoria de recertificació |
| Comentaris sobre la modificació de l'abast | Durant l'auditoria vam confirmar que l'abast de la certificació és adequat. |
| Es requereix seguiment? No | |

Nombre de Troballes identificades en l'auditoria

| No conformitats menors | No conformitats majors | Oportunitats de millora |
|------------------------|------------------------|-------------------------|
| 0 | 0 | 6 |

Conclusions de l'auditoria

Els següents canvis s'han produït des de l'última auditoria i han afectat el sistema de gestió de l'organització:
Canvis el 2025 i 2026:

En procés de transformació digital, CRM passa a Salesforce, nova web corporativa -- en procés d'implantació i termini Octubre 2026.

L'auditoria es basa en un procés de mostreig de la informació disponible i els mètodes d'auditoria utilitzats van ser entrevistes, observacions, mostreig d'activitats i revisió de documentació i registres.

Eficàcia de les accions correctores d'esdeveniments anteriors:

S'ha comprovat que les accions correctores relatives a les no conformitats identificades en auditories anteriors han estat eficaces.

L'organització ha demostrat una implementació eficaç del seu sistema de gestió de conformitat amb els estàndards.

- Procés d'auditoria interna:
Auditories Internes:
Excel: Planificació auditoria interna
Prevista auditoria interna: 21 i 22 abril 2026
Cobreix tots els processos del sistema integrat i les 2 normes de referència 9K 14K
Pla d'auditoria pel 21 i 22 Abril
Auditora interna: Ainhoa Azorín (Tocdegestió)
Es disposa de competències d'auditora interna d'Ainhoa Azorín.
Informe auditoria interna 21 i 22 Abril 2026
Troballes de l'auditoria interna
NC = 0
OBS = 14
Recomanacions de millora = 6
Punts forts = 9
Pla d'accions sobre el propi informe d'auditoria
Obs 1: Les dades de consums vs cursos no correctes --> Tancada el 28-04-2026
Obs 5: Assessories no han quedat adequadament registrades --> Tancada 30-04-2026
De les 14 observacions s'han tancat 11 de forma adequada
2 pendents: Obs 7 i la Obs 8 termini 3er trimestre 2026
- Procés de revisió de la direcció:
Revisió per la Direcció exercici 2025
20-03-2026
Responsable Administració + Responsable de Qualitat
- Capacitat per complir els requisits aplicables i els resultats esperats:
Qualitat:
Objectius 2025 i el seu tancament:
Informe de Revisió per la Direcció - Exercici 2025 - 20-03-2026
Objectiu 1: Fer el pla de continuïtat (IT) --> No assolit: es disposa d'esborrany però tema de recursos humans no es va poder fer --> Prevista entrada d'un IT sènior subcontractat.
Objectiu 2: Pla igualtat i formació --> No assolit: per tema de retrassos en el registre administració.
Objectiu 3: Digitalització del circuit de la signatura dels contractes --> No assolit al 2025. Assolit al Gener 2026.
Objectiu 4: Unificar font de necessitats de formació --> Assolit.
Objectiu 5: Digitalització expedients colegials --> Assolit
Ambientals:
Objectiu MA 1: Compensar l'emissió de gasos. No assolit, tot i que s'ha fet càlcul de petjada de carboni.
Objectiu MA 2: Conscienciació treballadors COIB en mediambient --> Assolit.

Els objectius de l'auditoria presentats a l'Apèndix - Planificació de l'auditoria - s'han complert.

L'auditoria està basada en un procés de mostreig de la informació disponible i les tècniques d'auditoria emprades foren: entrevistes, observació, mostreig d'activitats i revisió de documents i registres.

A l'anterior procés d'auditoria no es registre cap no conformitat, les observacions que es van detectar han estat objecte de seguiment en el present procés d'auditoria de recertificació, i no es van detectar fets similars.

EL SISTEMA DE QUALITAT I MEDIAMBIENT ÉS ADEQUAT A NORMA DE REFERÈNCIA, No detectant-se no conformitats contra

la norma de referència.

LA IMPLANTACIÓ ÉS COMPLETA..

MADURESA DEL SGC I CANVIS EN EL SISTEMA DES D'ÚLTIMA VISITA: SENSE CANVIS RELLEVANTS DES DE

L'ÚLTIM PROCÉS DE RECERTIFICACIÓ.

EVIDÈNCIA COMPLIMENT NORMA: OK

COMPLIMENT REQUISITS LEGALS: OK

QÜESTIONS NO RESOLTES: NO N'HI HA.

CARACTER MOSTRAL DE L'AUDITORIA: L'auditoria es basa en un procés de mostreig de la informació disponible i les tècniques d'auditoria usades van ser: entrevistes, observació, mostreig d'activitats i revisió de documents i registres. COMENTAT.

EFICÀCIA DEL SISTEMA: EVIDENCIADA

AUDITORIA INTERNA: CORRECTA

REVISIÓ PER LA DIRECCIÓ: CORRECTA

ABAST: SENSE MODIFICACIONS

ES CONFIRMA COMPLIMENT D'OBJECTIUS D'AUDITORIA

Resum de les troballes de l'auditoria:

0 - NC

1 - PF

6 - OM

Recomanació: RE-CERTIFICAR-

Ús de marques i logotips:

S'ha comprovat durant l'auditoria que l'organització ha implementat un control eficaç de l'ús de les marques i els logotips d'acreditació/certificació.

Revisió del rendiment del cicle de certificació actual:

Troballes anterior cicle d'auditories:

Auditoria BV de 2023:

NC = 0

OM = 4 Totes considerades adequadament.

OBS = 3 Totes tancades adequadament

Auditoria BV del 2024:

NC = 0

OM = 1 Totes considerades adequadament.

OBS = 1 Totes tancades adequadament

Auditoria BV del 2025:

NC = 0

OM = 2

OM 1 GESTIÓ DELS RRHH 9K 9.1 Amb el nou aplicatiu Factorial analitzar altres indicadors pel procés --> Pendent d'analitzar i implantar.

OM 2 PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: REGISTRE SOCIETATS PROFESSIONALS

9K 8.5 Incorporar un indicador per avaluar l'eficàcia de les accions que s'estan duent a terme per millorar el control de la documentació necessària per registrar les societats professionals. Per exemple: % de societats que no tenen 100% documentació versus total --> Implantat al 2025.

4. CONSTATAcions DE L'AUDITORIA

Bones pràctiques

| # | Procés | Descripció |
|---|-----------|--|
| 1 | LIDERATGE | Informe de revisió per la direcció 2025 molt complet |

Oportunitats de millora

| # | Procés | Clàusules | Descripció |
|---|------------------------------------|-----------|--|
| 1 | LIDERATGE | 14K 4.2 | Com a millora, fer un anàlisi exhaustiu per veure si hi ha més requisits i expectatives que vinguin del canvi climàtic, o de la protecció del mediambient i la prevenció de la contaminació. |
| 2 | LIDERATGE | 9K 6.1 | Com a oportunitat de millora, intentar en la mesura del possible, que hi hagi traçabilitat del DAFO cap a l'anàlisi de riscos i oportunitats. |
| 3 | SEGUIMENT I AVALUACIÓ PROCESSOS | 9K 9.1 | En Excel d'indicadors, com a millora, a part dels valors parcials, mesuals, trimestrals o trimestrals), obtenir sempre un valor final anual consolidat. |
| 4 | SEGUIMENT I AVALUACIÓ PROCESSOS | 9K 9.1.2 | Com a oportunitat de millora, identificar resultats enquestes de satisfacció, que hagin resultat inferiors al valor esperat, en aquest cas 80%, per tal de veure possibles oportunitats de millora. |
| 5 | SEGUIMENT I AVALUACIÓ PROCESSOS | 9K 9.1 | Com a oportunitat de millora, que el valor òptim per a l'indicador de queixes trimestrals es pugui reajustar a la realitat, actualment és de 70 queixes com a màxim al semestre quan els valors estan al voltant de 10. |
| 6 | SEGUIMENT I AVALUACIÓ PROCESSOS | 9K 9.1 | Com a oportunitat de millora, en el Excel de seguiment d'indicadors, que a part de veure la comparativa amb el valor desitjat, també es pugui veure la comparativa amb anys anteriors directament, per veure també la tendència. |

Punts no resultats (si s'han identificat)

NO HI HA.

5. NOTES DE L'AUDITOR

| Nom del lloc: COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB) | | | | |
|---|----------|-------------------------------|---------|----------------------------------|
| Procés | Data | Normes | Auditor | Contactes |
| GESTIÓ DE LA COMUNICACIÓ | 04/05/26 | ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 | FRX | LAURA ORTEGA (RBLE. COMUNICACIÓ) |
| Notes | | | | |

GESTIÓ DE LA COMUNICACIÓ
INTERLOCUTORA: LAURA ORTEGA (RESPONSABLE DE COMUNICACIÓ)
GESTIÓ DE R/O
RISCOS AMB METODOLOGIA AMFE
RISCOS ALTS EVIDENCIATS:
MANCANÇA DE CONEIXEMENT ACTIVITATS COIB
ACCIONS ASSOCIADES EVIDENCIADES
RISC: MANCANÇA DE RECONeixEMENT DE LA PROFESSIONIÓ
ACCIÓ: SEGONS PLA D'ACCIÓ

COMUNICACIONS INTERNES I EXTERNES
PLATAFORMA FACTORIAL A NIVELL INTERN + WEB
EXISTEIX PORTAL DE TRANSPARÈNCIA
EVIDENCIADES CAMPANYES DE CONSCIENCIACIÓ INTERNA

OPORTUNITATS EN CURS:
1. POTENCIAR LA INSTITUCIÓ ENTRE LES INFERMERES MÉS JOVES
2. MODERNITZAR LA INSTITUCIÓ I LA MARCA PER ARRIBAR A NOUS PÚBLICS
GESTIÓ DE KPIS:
NOTÍCIES MENSUALS. KPIS 2025 (OBJECTIU > 25, VALOR 48. OBJECTIU 2026 > 25 %)
MAILING (> 32 %, VALOR 2025 = 43,57 %). MATEIX OBJECTIU PER A 2026

GESTIÓ DE LES COMUNICACIONS
PLA DE COMUNICACIÓ INTEGRAT EN PE 2024-2028
VISTES ACCIONS ASSOCIADES A LA COMUNICACIÓ:
CAMPANYA A RRSS (NOU GRUP JOIN)
BUTLLETINS DEL COIB LIGATS A LA MARCA COIBSOSTENIBLE
VISTA GUIA PER ABORDAR L'IMPACTE DEL CANVI CLIMÀTIC
VISTA GESTIÓ DELS ODS COM A OBJECTIUS ANUALS
VISTA COMUNICACIÓ ACTUAL: LLEVADORES, MES DE LA FLAMA
DIA INTERNACIONAL DE LA INFERMERA
ACCIONS DE COMUNICACIÓ 2026, ENTRE D'ALTRES:
TOC MAGISTRAL
JOIN
SPOT D'INTRUSISME
NOVA WEB
EXISTEIX CANAL DE SUGGERIMENTS (14 EL 2025)
RECONeixEMENTS 28
24 QUEIXES DE COL·LEGIADES

VISTA WEB AMB ACCÉS OBERT A:
FORMACIONS (PROGRAMA)
FORMACIÓ INTERNA
(ES MANTÉ IGUAL, JA ESTÀ EN CATALÀ)
FORMACIÓ EXTERNA
(ES MANTÉ IGUAL, JA ESTÀ EN CATALÀ)

VIST CONTINGUT DEL PORTAL DE LA TRANSPARÈNCIA AL WEB (INCLOU MEMÒRIES D'ACTIVITAT, SQC, ENTRE ALTRES TEMES...)
CANVI INSTITUCIONAL APLICAT EN LES COMUNICACIONS, EXTRACTE:
ALIANCES EDITORIALS PER AMPLIFICAR LA PROFESSIONIÓ S'HA REFORÇAT LA RELACIÓ AMB MITJANS DE COMUNICACIÓ A TRAVÉS D'ALIANCES QUE HAN PERMÉS DONAR VISIBILITAT A ÀMBITS DE LA PROFESSIONIÓ, SOVINT MENYS PRESENTS A L'ESCENARI MEDIÀTIC.
NOUS FORMATS PER CONNECTAR AMB LES NOVES GENERACIONS S'HA DONAT CONTINUÏTAT A LA LÍNIA INICIADA EL 2024, INCORPORANT NOUS FORMATS A INSTAGRAM I ALTRES CANALS, COM Q&AS, LIVES I VÍDEOS BREUS D'ESTIL MÉS DINÀMIC, PER CONNECTAR AMB LA BASE COL·LEGIAL MÉS JOVE I OBRIR LA COMUNICACIÓ DEL COIB A NOUS PÚBLICS.
POSICIONAMENT INSTITUCIONAL EN ESPAIS DE REFERÈNCIA DURANT EL 2025, EL COIB HA IMPULSAT ACCIONS DE POSICIONAMENT PER SITUAR LA PROFESSIONIÓ INFERMERA EN ESPAIS PÚBLICS I CULTURALS D'ALTA VISIBILITAT. EN AQUEST MARC, LA PRESENCIA INSTITUCIONAL DEL COL·LEGI AMB EL PREMI CARLES CAPDEVILA EN EL 15È ANIVERSARI DE L'ARA HA CONTRIBUÏT A PROJECTAR LA CURA I EL CRITERI INFERMER EN L'AGENDA PÚBLICA I A REFORÇAR LES INFERMERES COM A REFERENTS SOCIALS
DIA INTERNACIONAL DE LA INFERMERA 2025 AMB MOTIU DEL DIA INTERNACIONAL DE LES INFERMERES, EL COIB VA IMPULSAR UNA PROGRAMACIÓ INSTITUCIONAL, TERRITORIAL I COMUNICATIVA PER REFORÇAR LA VISIBILITAT SOCIAL DE LA PROFESSIONIÓ.
ACTIVITATS A LA SEU DEL COIB LA SEU COL·LEGIAL VA ACOLLIR L'EMISSIÓ EN DIRECTE DEL PROGRAMA EL MATÍ DE CATALUNYA RÀDIO, CONVERTINT-SE EN UN ESPAI DE PROJECCIÓ PÚBLICA DE LA PROFESSIONIÓ INFERMERA. LA JORNADA VA INCLoure UNA TAULA DE DEBAT AMB REFERENTS DE DIVERSOS ÀMBITS. LA CELEBRACIÓ "SOM INFERMERES" VA REUNIR LA COMUNITAT COL·LEGIAL EN UNA JORNADA FESTIVA AMB ACTIVITATS CULTURALS I MUSICALS, REFORÇANT EL SENTIMENT DE PERTINÈNCIA I L'ORGULL PROFESSIONAL, AMB MÉS DE 250 PARTICIPANTS.
ACTIVITATS TERRITORIALS LES DELEGACIONS COMARCALS VAN DESPLEGAR JORNADES PROFESSIONALS, TAULES RODONES, CAMINADES DE SALUT I ACTIVITATS COMUNITÀRIES ARREU DEL TERRITORI, APROPANT LA CELEBRACIÓ A LES INFERMERES I A LA CIUTADANIA.
COL·LABORACIÓ AMB EL CGE LES INFERMERES DE BARCELONA VAN PARTICIPAR EN UN ESTAND UBICAT A LA PLAÇA UNIVERSITAT AMB L'OBJECTIU D'APROPAR LA FIGURA DE LA INFERMERA A LA CIUTADANIA.

DATOS DE COMUNICACIÓN 2025, EXTRACTO WEB
ACTIVITATS ALS MITJANS DE COMUNICACIÓ:
22 NOTES I COMUNICATS DIFOSOS 309 NOTÍCIES PUBLICADES EN MITJANS
COIBBUTLLETÍ + COIBPROFESSIONIÓ 37 BUTLLETINS ENVIATS 37816 MITJANA DE RECEPTORS 44,35% MITJANS MENSUAL DE TAXA D'OBERTURA
ACTIVITATS A XARXES SOCIALS IMPRESSIONS 3167394 IMPRESSIONS 62.568 ENGAGEMENT TOTAL

| Procés | Data | Normes | Auditor | Contactes |
|-----------|----------|-------------------------------|---------|---|
| LIDERATGE | 04/05/26 | ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 | SEFE | Núria Garcia (Responsable SIG) Laia Domènech (Tècnica SIG) |

Notes

REUNIÓ D'INICI:

Es realitza reunió inicial a què assisteixen les persones i càrrecs definits a continuació:

Per part de l'organització:

Núria Garcia (Responsable SIG - Cap d'Administració i Serveis.)
Laia Domènech (Tècnica SIG - Gestió de persones - Secretaria Junta Govern)
Susana Cabrera (Toc de Gestió) --Consultoria subcontratada

Per part de BV:

Sergi Fernandez-Auditor Cap
Anna Lussà - Auditora
Paco Rojo - Auditor

Confirmació del pla d'auditoria recertificació ISO 9001:2015 + ISO 14001:2015 (tipus, abast, objectius, criteris, canvis, data, hora de la reunió de tancament, reunions intermèdies, reunió direcció):

Abast:

SERVEIS DE COL·LEGI PROFESSIONAL (GESTIÓ, FORMACIÓ I ASSESSORAMENT
COL·LEGIAL)

Volen el certificat en: Espanyol, Català.

Exclusions de norma ISO 9001:

Se n'exclou l'apartat 8.3 Disseny i Desenvolupament del producte i servei, 7.1.5 Recursos de medicació.

Localitzacions: 1

C/ PUJADES, 350 BARCELONA 08019 - Spain

(Planta baixa, 1a planta, 3a planta)

Subcontractacions: manteniments varis, docents, assessories.

Certificat ISO 9001:2015: ES137525-1 caduca el 05-06-2026

Certificat ISO 14001:2015: ES137526-1 caduca el 05-06-2026

Personal (fix + subcontratat): 45 igual que fitxa de llançament de BV

Utilització del logotip de BV: a la web corporativa i algun material d'oficina antic - OK

Confirmació dels canals de comunicació, idioma – català /castellà

Confirmació disponibilitat de recursos i logística per realitzar l'auditoria (un interlocutor, diversos.....) ok

Confirmació compromís de confidencialitat - ok

Confirmació que no hi ha conflicte d'interessos per al procés d'auditoria -ok

Confirmació de revisió de les dades següents:

Canvis del sistema de gestió:

Canvis el 2025 i 2026:

En procés de transformació digital, CRM passa a Salesforce, nova web corporativa -- en procés d'implantació i termini Octubre 2026.

- Criteris i objectius de la certificació: requisits d'ISO 9001:2015 i de ISO 14001:2015 i de l'adenda de canvi climàtic 2024 i requisits legals que siguin d'aplicació.

- Existència consultoria: Sí (TocGestió)

- Existència de reclamacions de caràcter de qualsevol part interessada - CONFORME

Troballes anterior cicle d'auditories:

Auditoria BV de 2023:

NC = 0

OM = 4 Totes considerades adequadament.

OBS = 3 Totes tancades adequadament

Auditoria BV del 2024:

NC = 0

OM = 1 Totes considerades adequadament.

OBS = 1 Totes tancades adequadament

Auditoria BV del 2025:

NC = 0

OM = 2

OM 1 GESTIÓ DELS RRHH 9K 9.1 Amb el nou aplicatiu Factorial analitzar altres indicadors pel procés --> Pendent d'analitzar i implantar.

OM 2 PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: REGISTRE SOCIETATS PROFESSIONALS

9K 8.5 Incorporar un indicador per avaluar l'eficàcia de les accions que s'estan duent a terme per millorar el control de la documentació necessària per registrar les societats professionals. Per exemple: % de societats que no tenen 100% documentació versus total --> Implantat al 2025.

LIDERATGE:

Planificació Estratègica COIB_2026
Grups Interès - 31-3-2026
Col·legiades
Junta de Govern
Vocalies, comissions, i grups
Delegacions territorials
Usuari Sanitat
Societat
Administració
Universitat
Ajuntament de Barcelona - llicència ambiental en regla, i pla Barcelona més sostenible.

Anàlisi de Context - 31-3-2026
DAFO_2026
Debil·litats: 4 debilitats
- Falten eines de lideratge
- Manca d'espais per a fer formacions
- Dificultat en el seguiment comptable de despeses del la JG
(No hi ha debilitat medi-ambiental identificada)

Amenaces: 7 amenaces
Noves:
Migració de les dades al nou CRM (SalesForce)
Canvi climàtic, preus de l'energia, esdeveniments climatològics adversos.
Mal funcionament de rodalies.

Fortaleses: 12 fortaleses
Externalització IT
Auditoria RRHH
Transformació digital
Alta ocupació dels espais de lloguer.
Treball i accions alineades amb els ODS.
Accions derivades del pla d'igualtat.

Oportunitats: 7 oportunitats
Canvi de les normes ISO 9001 i 14001 del 2026
Acords de Col·laboració amb CGE i departament de salut.

Gestió de Riscos i oportunitats:

Exemple risc:

Migració de les dades al nou CRM (SalesForce) -- Procés: TIC --> Impacte definit --> Probabilitat = 3 x Impacte = 3 = 9 ALT --> Accions: Sessions de tancament de funcionalitats amb les àrees i el proveïdor, migració, formació, proves...En curs -- Previst: 2026

Exemple oportunitat:

Continuar en la conscienciació de l'equip en sostenibilitat -- 3 x 2 = 6 --> MIG --> Prevista formació en sostenibilitat - Termini 2026.

Qualitat:

Objectius 2025 i el seu tancament:

Informe de Revisió per la Direcció - Exercici 2025 - 20-03-2026

Objectiu 1: Fer el pla de continuïtat (IT) --> No assolit: es disposa d'esborrany però tema de recursos humans no es va poder fer --> Prevista entrada d'un IT sènior subcontractat.

Objectiu 2: Pla igualtat i formació --> No assolit: per tema de retrassos en el registre administració.

Objectiu 3: Digitalització del circuit de la signatura dels contractes --> No assolit al 2025. Assolit al Gener 2026.

Objectiu 4: Unificar font de necessitats de formació --> Assolit.

Objectiu 5: Digitalització expedients colegials --> Assolit

Ambientals:

Objectiu MA 1: Compensar l'emissió de gasos. No assolit, tot i que s'ha fet càlcul de petjada de carboni.

Objectiu MA 2: Conscienciació treballadors COIB en mediambient --> Assolit.

Objectius 2026:

Qualitat:

Obj 1: nova marca del COIB

Obj 2: simplificar les Descripcions del Llocs de treball DLT

Obj 3: millorar comunicacions internes i externes

Obj 4: digitalització signatures

Obj 5: despeses amb targeta

Obj 6: 90% de tràmits amb CRM nou

Obj 7: avaluar impacte del document de bones pràctiques amb ús del llenguatge

Mediambient:

Obj MA 1: Fer taller de conscienciació mediambiental de tots els treballadors aconseguint 80% de satisfacció.

Objectius adequadament planificats i seguits en Excel Objectius COIB.

Revisió per la Direcció exercici 2025
20-03-2026

Responsable Administració + Responsable de Qualitat

Política Integrada Q + MA --> 30-10-2024 --> Es manté desde 2024.

Difosa a les parts interessades a través de:

<https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/d9f77eeb-1aac-4a37-87df-4bbdda43ec41>

Requisits legals: no hi ha nous requisits legals MA nous al 2025 que afectin.

Aspectes ambientals significatius: Consum aigua, electricitat, clima, paper.

Aspectes ambientals amb perspectiva al cicle de vida: Transport del personal, origen energia consumida, compra responsable, aspectes directe oficina, finalització serveis, influència parts interessades

2025:

5 No Conformitats amb les seves accions correctives.

Queixes 2025: 24 queixes de col·legiades -- augmenta respecta 2024 (11 queixes)

1 incident mediambiental: fuga aigua que incrementa el consum.

| Procés | Data | Normes | Auditor | Contactes |
|------------------------------------|----------|-------------------------------|---------|---------------------|
| SEGUIMENT I AVALUACIÓ DE PROCESSOS | 04/05/26 | ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 | SEFE | Laia Domènech (SIG) |

Notes

SEGUIMENT I AVALUACIÓ DE PROCESSOS:

Laia Domènech (SIG)

Medició de processos:

Excel: indicadors 2025

Procés Assessories:

Cita dins 10 dies >= 80% --> Setembre NO OK 79,19 --> analitzada causa: agost no hi ha assessoria.

Dies tràmit < 2 dies --> 2 dies OK

% distribució trucades >95% --> 97,39% OK

Formació col·legiades:

Publicació pla Nov --> OK

% anul.lats <20% --> 32,41% NO OK --> Accions de millora en el procés de formació.

Entrega certificats < 30 dies --> 99% OK

% places cobertes vs ofertades > 70% --> 75% OK

Nous cursos >= 3 --> 7 OK

Societats professionals:

% societat que no tenen 100% documentació vs total <10% --> 4,25% OK

Atenció Col·legial:

% d'assessories col·legiades primers 7 dies >= 80% --> 89% OK

Procés contable:

% Compliment despeses 95%-101% --> 93% NO OK --> Causa: centre cost projectes i millora condicions presteq hipotecari.

% Compliment ingressos 98% --> 101,5% OK

Indicadors de rendiment mediambiental vistos a procés gestió ambiental.

Procés de comunicació:

Notícies mensuals > 25 al trimestre --> 46 OK

Manteniment infraestructures >10 semestre --> últim semestre van ser 33 per haver fet una revisió més exhaustiva.

IT:

% incidències IT respecte total peticions <8% --> 6% --> OK

Avaluació de la Satisfacció del Client (col·legiades):

% Grau satisfacció sobre els serveis (enquestes telefòniques i presencials) >= 80%

PRESENCIALS:

Assessories --> 2025 --> 98,58% OK

Col·legiacions --> 2025 --> 99% OK

Administració col·legial --> 2025 --> 99% OK

Atenció col·legial --> 2025 --> 99,19% OK

Formació col·legiades --> 2025 --> 98% OK

TELEFÒNIQUES:

Assessories --> 2025 --> 86,9% OK

Quiexes dels serveis <= 70 semestral --> Real anul 2025 = 24 OK

Gestió de NC amb AC --> >= 90% --> 2025: 100% OK

Temps de resposta a comunicacions - màxim 15 dies --> 2025: 6,5 OK

Compres Verdes (Mediambiental) >= 2024 --> Real 2025 = 14 < 16 (2024)

Procés: Gestió de persones

% absentisme <= 5,5% --> Real 2025: 5,4% - OK

% eficacia de la formació rebuda >= 75% --> 2025: 75% OK

Auditories Internes:

Excel: Planificació auditoria interna
 Prevista auditoria interna: 21 i 22 abril 2026
 Cobreix tots els processos del sistema integrat i les 2 normes de referència 9K 14K
 Pla d'auditoria pel 21 i 22 Abril
 Auditora interna: Ainhoa Azorin (Tocdegestió)
 Es disposa de competències d'auditora interna d'Aihoa Azorin.
 Informe auditoria interna 21 i 22 Abril 2026
 Troballes de l'auditoria interna
 NC = 0
 OBS = 14
 Recomanacions de millora = 6
 Punts forts = 9
 Pla d'accions sobre el propi informe d'auditoria
 Obs 1: Les dades de consums vs cursos no correctes --> Tancada el 28-04-2026
 Obs 5: Assessories no han quedat adequadament registrades --> Tancada 30-04-2026
 De les 14 observacions s'han tancat 11 de forma adequada
 2 pendents: Obs 7 i la Obs 8 termini 3er trimestre 2026

Queixes-Reclamacions-NC-ACC:

2025: 5 No Conformitats amb les seves accions correctives.
 Gestió de NC amb AC --> >= 90% --> 2025: 100% OK
 CRM Ulisses
 Exemple:
 4-2-2025
 Consum de clima 3a planta ha augmentat desde 2023 (2024 >65%)
 Anàlisi de Causa: error de Districlima
 Accions correctiva: email a Districlima per revisar facturació.
 Eficacia verificada i tancada definitivament - 7-5-2025

2026 acumulades a maig 2026:
 1 NC amb ACC
 1 incident mediambiental: fuga aigua que incrementa el consum.
 17-03-2026
 Causa: cisterna perd aigua sense comunicar
 Acció correctiva: manteniment repara fuga + recordatori a personal per utilitzar el canal adequat.
 Eficacia: pendent de valorar eficàcia i tancament.

Queixes 2025: 24 queixes de col·legiades -- augmenta respecta 2024 (11 queixes)
 Quiexes dels serveis <= 70 semestral --> Real anual 2025 = 24 OK
 Exemple:
 9-12-2025
 Col·legiada M.A.Arroyo Pérez
 Queixa sobe una inscripció en una activitat
 Anàlisi de Causes: s'ha fet un canvi de rutes + fallada del sistema
 Acció immediata: efectiva
 Acció correctiva: no ha calgut
 Tancament efectiu 6-2-2026

Queixes 2026:
 Acumulades a 4-5-2026 = 2 (1 tancada + 1 pendent)

Control de la informació documentada
 Excel: PR14-R01 Documents i registres
 Exemples:
 PR01 Gestió econòmica compable V8 del 7-11-2024

Abast definit en el mapa e processos Vers 21 i també les exclusions:

Exclusions d'aplicació de la Norma ISO 9001:2015: 8.3 (no es fan activitats de disseny ja que els serveis que es presten com a Col·legi Professional estan regulats per llei); 7.1.5 (no s'utilitzen equips de seguiment i medicació en la prestació dels servei). 8.5.4 (s'exclou com aplicable la preservació del producte/servei perquè no afecta als serveis que es presten, no requereixen d'unes condicions de preservació).

Mapa de processos - Vers 21 - es visualitza la interacció del processos del sistema integrat.

Informació documentada origen extern:
 Requisits legals:
 PR16-R02 Requisits legals rev V17
 Carpeta en xarxa compartida de normes.

| Procés | Data | Normes | Auditor | Contactes |
|------------------|----------|----------------|---------|--------------------------|
| GESTIÓ AMBIENTAL | 04/05/26 | ISO 14001:2015 | FRX | NÚRIA GARCÍA (RBLE. SIG) |
| Notes | | | | |

GESTIÓ AMBIENTAL

ASPECTES AMBIENTALS

PROCEDIMENT PR16- GESTIÓ AMBIENTAL / REV5 23.12.2024

PR16.R01. ASPECTES AMBIENTALS REVISIÓ MARÇ 2026

PERSPECTIVA DEL CICLE DE VIDA INCORPORADA EN LA METODOLOGIA D'AVUACIÓ

ESTABLERTS CRITERIS M, F, S, L, C

SIGNIFICATIU A PARTIR DE 28

SITUACIONS NORMALS I D'EMERGÈNCIA, EVIDENCIADES

ANALITZATS AAS EN L'INFORME DE REVISIÓ PER LA DIRECCIÓ 25

P. EX.

- CONSUM D'AIGUA (PER FUITA PUNTUAL), VALOR 28
- CONSUM D'ENERGIA PER CLIMATITZACIÓ (VALOR 20)
- ASPECTE INDIRECTE TREBALLS DE PERSONAL INTERN (CONSUMS, ETC.). VALOR 30. OBJECTIU 2026 ASSOCIAT.

ADEQUAT CONTROL OPERACIONAL

KPIS AMBIENTALS:

CONSUM D'AIGUA / ESDEVENIMENT: -38,5 % VS 2024

CONSUM D'AIGUA / TREBALLADORA: 2,22 M³ EL 2025

CONSUM ELÈCTRIC (ESDEVENIMENT): -61,7 % VS 2024

CONSUM ELÈCTRIC / EMPLEAT: -11,6 % VS 2024

TOTA L'APORTACIÓ D'ENERGIA ÉS RENOVABLE (GDO)

CONSUM CLIMA / ESDEVENIMENT: -52,7 % VS 2024

CONSUM CLIMA / EMPLEAT: -2,1 % VS 2024

CONSUM DE PAPER CONSUMIT / DESTRUÏT: -9,12 % VS 2024, REDUCCIÓ D'UN 14 % DEL QUE VA A DESTRUCCIÓ VS 2024

REQUISITS LEGALS

ES REVISÀ:

DOCUMENT IDENTIFICACIÓ I AVALUACIÓ DEL COMPLIMENT REVISAT 20.03.26

- DOCUMENTACIÓ CONTROL PERIÒDIC DE LLICÈNCIA – EXP. 12-2009-0437 / COMUNICAT AJUNTAMENT DISTRICTE SANT MARTÍ EN DATA 1.03.23. ÚLTIM CONTROL AMBIENTAL: 2022, PRÒXIM 2030. FAVORABLE.

- LEGIONEL·LA: CONTRACTE AMB RENTOKIL, ÚLTIMA ANALÍTICA 21.11.25. OK

- GESTIÓ DE RESIDUS A TRAVÉS PUNT NET (VEURE SORTIDES EN CONTROL OPERACIONAL, N° DE PRODUCTOR P-63441.1, NIMA 0800596382.

- VISTA ADEQUADA GESTIÓ DE RESIDUS (SEGREGACIÓ I IDENTIFICACIÓ, VEURE NOTES CONTROL OPERACIONAL).

- BT: INSPECCIÓ ECA ACTA 08-08-E29-0-148187 DE DATA 10.12.25 (CORRECCIÓ DE DEFECTES DE JULIOL 2025) FAVORABLE — PRÒXIMA 2030

- RITE (A TRAVÉS DISTRICLIMA - APLICA A L'EDIFICI).

A TRAVÉS DE L'INFORME DE REVISIÓ PER LA DIRECCIÓ 25 ES FA UN PUNT DE SITUACIÓ DELS ASPECTES LEGALS MÉS RELLEVANTS QUE HAN IMPACTAT EN L'ACTIVITAT, INCLOU AVALUACIÓ DE COMPLIMENT DEL 100 %.

CONTROL OPERACIONAL

PR16-R03

INSTRUCCIONS OPERACIONALS MEDIAMBIENTALS VIGENTS:

(ES MANTENEN IGUAL, JA QUE JA ESTAN EN CATALÀ)

ES FA VISITA A LES INSTAL·LACIONS:

- MAGATZEM DE RESIDUS – CORRECTAMENT IDENTIFICAT

REVISATS CONTENIDORS, FORMAT PETIT, PER A:

LER 200113 ÚLTIMA RECOLLIDA 23.12.25

LER 200134 IDEM

LER 200143 IDEM

- GRUP 65 – ES REALITZEN TREBALLS DE RESTAURACIÓ – CONTENIDORS ESPECÍFICS PER ALS RESIDUS (AEROSOLS, DISSOLVENTS, ETC. EN PETITES QUANTITATS). ADEQUADA GESTIÓ

DIFERENTS PUNTS DE SEGREGACIÓ A TOTES LES OFICINES (TAMBÉ A L'OFFICE): ES SEGREGA ORGÀNICA, OLIS. TOT OK.

PR16.R04. INVENTARI DE RESIDUS

GESTIÓ DE RESIDUS A TRAVÉS PUNT VERD – PUNT VERD FÒRUM:

P. EX.

REVISADES SORTIDES DE RESIDUS, ENTRE D'ALTRES:

28.04.26 PAPER I CARTRÓ PUNT VERD DEL FÒRUM

23.12.25 PILES, LÀMPADES, DISSOLVENT I PINTURES, PUNT VERD DEL FÒRUM

CERTIFICAT DE DESTRUCCIÓ DE PAPER 29.01.26 PROVEÏDOR: ECOLOGIC

GESTIÓ DE CONSUMS VEURE KPIS MÉS AMUNT

PETJADA DE CARBONI:

CÀLCUL PETJADA DE CARBONI 2025 – 32 TN CO₂. APROXIMADAMENT (CONTRIBUCIÓ IN ITINERE), SENSE CONTINUÏTAT DE CÀLCUL EL 2026, SENSE POSSIBILITAT DE REDUCCIÓ (CONSUMS RENOVABLES).

EMERGÈNCIA

IT08-PR16 REV 3.4.17

VISTES ACTUACIONS DESCRITES

SENSE NECESSITAT DE SIMULACRES

INTEGRATS A L'EDIFICI, ÚLTIM INTERN AMB CONFINAMENT

| Procés | Data | Normes | Auditor | Contactes |
|--|----------|----------------------------------|---------|--|
| PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: FORMACIO | 04/05/26 | ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 | SEFE | Núria Garcia (Responsable SIG) Laia Domènech (Tècnica SIG) Eva Ayala (Tècnica SIG) Rosa Bayot (Resp. Àrea Exercici Professional) Susana Cabrera (Toc de Gestió) Sònia Navarro (Formació) |
| Notes | | | | |

PRESTACIÓ SERVEIS COL·LEGIALS: FORMACIÓ:

S'audita a:

Núria Garcia (Responsable SIG)
Laia Domènech (Tècnica SIG)
Eva Ayala (Tècnica SIG)
Rosa Bayot (Resp. Àrea Exerci Professional)
Susana Cabrera (Toc de Gestió)
Sònia Navarro (Formació)

Procés definit en: PR13 Gestió de l'oferta formativa presencial.
Vers 11 de 16-4-2026
Diagrama de flux
Entrades venen de PR11 Administració col·legial i PR04 Atenció col·legial
Promoció formativa:
1 Anàlisi de les demandes formatives
2 Establiment estratègia de formació
3 Avaluació per àrea de programes
Elaboració Pla Formatiu
4 Elaborar
5 Aprovació
Publicació de l'oferta formativa
6 Inscripcions
7 Inauguració
8 Desenvolupament
9 Tancament

Indicadors per a seguiment del procés:
Publicació pla Nov --> OK
% anul.lats <20% --> 32,41% NO OK --> Accions de millora en el procés de formació.
Entrega certificats < 30 dies --> 99% OK
% places cobertes vs ofertades > 70% --> 75% OK
Nous cursos >= 3 --> 7 OK

Riscos i oportunitats 2026:
Procés: serveis de formació
1 Risc: Possible jubilació cap d'àrea - no fer un traspàs adequat - 3 x 3 = 9 RISC ALT --> Cerca de perfil adequat, traspàs. i formació --> Acció en curs, pendent aclarir data jubilació.
1 Oportunitat: Avaluació impacte del document bones pràctiques en ús del llenguatge - 3 x 3 = 9 OPORTUNITAT ALTA --> Acció; difusió, revisió, i avaluació de la proposta del programa i impacte.

Evidències d'auditoria:

Exemple 1:
Curs: Maneig de la via aèria (VA)
17 al 26-02-2026
Presencial
Curs 044/2026
18 alumnes han acabat el curs
16 hores
2,5 crèdits
Resolució acreditació activitats formació continuada 09/041666-IN
Factor qualitat: 1,43
Horaris: 9 a 12 hores
Assistència docents: Èlia Alonso, Jessica López, Aroa Bedmar
4 jornades
Vista assistència dels alumnes.
S'envia els originals dels diplomes als alumnes.
Enquestes final de curs - CRM - Ulisses
Mitjana global: 4,62 sobre 5
Avaluació del docents:
Aroa 4,96 de 5
Èlia 4,88 de 5
Jessica 4,94 de 5

Exemple 2:
Aula 102: Assessorament avançat en lactància materna
CRM Ulisses
Curs 028/2026
Alumnes inscrits: 20 alumnes
Inici: 4-5-2026
Fi: 14-05-2026
23 hores
Apunts del curs
Docents: 7 docents
4-5-2026 Docent: Gemma Olivera

| Procés | Data | Normes | Auditor | Contactes |
|--------|------|--------|---------|-----------|
|--------|------|--------|---------|-----------|

| | | | | |
|--|----------|----------------------------------|------|---|
| PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: REGISTRE SOCIETATS PROFESSIONALS | 04/05/26 | ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 | SEFE | Montse Téllez (Administratia de Gestió serveis) Núria Garcia (Responsable SIG) Laia Domènech (Tècnica SIG) Eva Ayala (Tècnica SIG) Susana Cabrera (Toc de Gestió) |
|--|----------|----------------------------------|------|---|

Notes**PRESTACIÓ SERVEIS COL·LEGIALS: REGISTRE SOCIETATS PROFESSIONALS:****S'audita a:**

Montse Téllez (Administratia de Gestió serveis)
Núria Garcia (Responsable SIG)
Laia Domènech (Tècnica SIG)
Eva Ayala (Tècnica SIG)
Susana Cabrera (Toc de Gestió)

Descripció del procés:

PR15 Alta de societats professionals - Vers 8 de 24-04-2026

Diagrama de flux:

Entrada: Comunicació d'inscripció de societat professional al registre mercantil
Registre entrada - Comunicació
Enviament documentació - Carta requeriment inscripció + formulari
Aprovació per junta
Inscripció expedient físic i digital
Actualització de dades
Notificació a òrgans competents

Indicador per a la medició del procés:**Societats professionals:**

% societat que no tenen 100% documentació vs total <10% --> 4,25% OK

Riscos i oportunitats 2026: 0 riscos + 0 oportunitats

Riscos i oportunitats 2025: Risc: no tenir el registre correctament actualitzat -- 3 x 3 --> Risc ALT --> Pla d'acció realitzat al 2025.

Evidència d'auditoria:**Exemple 1:**

Registre 117
Drantelo Estètica SLP
SP 117
Comunicació registre mercantil 2284 de 10-10-2025
PR15-R02 Carta i registre requeriment inscripció 6-2-2026
Aprovació junta 11-03-2026
PR15-R04 Notificació inscripció 12-03-2026
CRM Ulisses 117 - Drantelo Estètica CIF B22977128 --> alta: 11-03-2026

Exemple 2:

Actualització de dades
Registre 046
Torino Rius Societat Civil Profesional
Baixa sensal - 8-04-2026
Vist a CRM Ulisses.

| Procés | Data | Normes | Auditor | Contactes |
|---|----------|----------------------------------|---------|---|
| PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: ATENCIÓ COL·LEGAL I SIGNATURA DIGITAL | 05/05/26 | ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 | SEFE | Laia Domènech (Tècnica SIG) Susana Cabrera (Toc de Gestió) Isabel Quintana (Cap de Atenció Col.legal) Rosario Jordano (Resp. Administració) |

Notes

PRESTACIÓ SERVEIS COL·LEGIALS: ATENCIÓ COL·LEGIAL I SIGNATURA DIGITAL:

Laia Domènech (Tècnica SIG)
Susana Cabrera (Toc de Gestió)
Isabel Quintana (Cap de Atenció Col.legial)
Rosario Jordano (Resp. Administració)

Descripció del Procés ATENCIÓ COL·LEGIAL:

PR04 Atenció Col.legial
Vers 2 del 1-08-2020
Demanda de les col.legiades
Recepció de demandes - telèfon, email,
Planificació de cites - Agenda - Ulisses
Tipus de Servei

- Oficina Informació Col.legiada
- Assessorament especialitats
- Equivalència de títols
- Atenció queixes, suggeriments, agraïments
- Informació Universitats

 Sol·licitud informació
Es dóna la informació o vas a assessoria (PR-03)

Indicadors per a mesurar el procés:

Atenció Col.legial:
% d'assessoria col.legiades primers 7 dies >= 80% --> 89% OK

Riscos i oportunitats del procés: no hi ha riscos ni oportunitats identificats en 2025 ni en 2026 per aquest procés concret.

Exemple 1:

Assessor: AS0030
Consulta derivada a Assessoria Civil
CRM Ulisses
Col.legiada 78769
Entrada: 17-02-2025
Trucada: 24-02-2025
Consulta sobre oposicions
Telefònic
Isabel Quintana
Consulta derivada a Assessoria Civil AS0048 a Dender Advocats 04-03-2025

Exemple 2:

Col.legiada 54800
Assessor: AS0030 Isabel Quintana
26-05-2025
Borsa de treball de l'ICS.
Reserva 07-05-2025
Atesa 26-05-2025
Atesa presencialment per Isabel Quintana
90 minuts
Solucionat

Exemple 3:

Queixa de col.legiada
26-3-2026
Per email
Col.legiada 58382
Tema parking para asistir a los cursos
Nuria Garcia
Causa: analitzada
Correctiva: no
Resposta immediata: donada
Resolta 20-04-2026

Exemple 4:

Suggeriment 29-01-2026
Col.legiada 53914
Suggerència sobre tema Wellhub
Resposta donada
26-02-2026

Descripció del Procés GESTIÓ PRESCRIPCIÓ INFERMERA (Signatura Digital)
PR17 GESTIÓ PRESCRIPCIÓ INFERMERA (Signatura Digital) - vers 1 de 2-04-2024
Exemple auditat:

Aplicació Horus - firma professional
Número de col.legiada 57305
Número de Serie: 2BCD360BD3A12DEB63DC8539020773A5
Targeta amb signatura digital emesa 20-04-2026
Caduca el 20-04-2029

| Procés | Data | Normes | Auditor | Contactes |
|------------------------------|----------|----------------------------------|---------|---|
| COMPRES I SUBCONTRACTACIÓ | 05/05/26 | ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 | ALA | Jordi Cardila, Nuria Garcia, Eva Ayala |

| Notes | | | | |
|---|----------|----------------------------------|---------|---|
| <p>20.12.24/ PR02. Gestió compres i subcontractació/ Rev.11. (revisió global del procediment) Jordi Cardila-Serveis Generals Compra recurrent Compra no recurrent (sol.licitud 3 ofertes) – aprova el cap d'àrea Serveis professionals- Contracte- aprova el cap d'àrea Compres o serveis per esdeveniments (necessitats segons fitxa esdeveniment) Guia compres verdes Via contracte o pressupost Recepció de productes /serveis---IT01-PR02. Recepció i verificació de materials Fitxa avaluació proveïdors-R2 Es revisa el registre de proveïdors homologats_R1- abril 26 Criteris homologació: qualitat del producte/servei, compliment terminis, servei postventa, agilitat i atenció, solucions tècniques, preus, indicèndies p.ex. Softeng (proveïdor sistemes informatics) Denver (serveis jurídics)- puntuació 32 Rebes & Ferrer (assessorament laboral)- 32 Kahuma (manteniment equips informatics-Helpdesk) Apolo (control de plagues) Serviroc (Fonts d'aigua) ISS Facility Services (Neteja) Airnou (climatització) .. Amb puntuació més baixa 17- Manuel Peña- manteniment informàtic "infermera virtual" Amb puntuació 21- VIP colectivos- poc àgil Amb puntuació 20- Numintec (centraleta)- incidència P.ex. Control plagues Revisió fonts Servei neteja Clima planta Baixa (1ª i 3ª de la comunitat) Serveis professionals i altres Serveis de catering (Gestió docents a través procés formació) ... Exemples de compres: -Servei professional p.ex. Contracte de prestació de serveis a 1 juny 25- signat per ambdues parts (President COIB) Inclou 20 hores setmanals per al col.lectiu d'infermeres -Serveis generals- compra no recurrent: p.ex. Coberts Nadal- pressupost acceptat Losar (homologat)/ 10.11.25 signatura Núria Garcia/ visió sostenibilitat / 3 opció -Serveis generals- compra recurrent: A 1 de gener 24- Airnou- Servei planta baixa i Split sala servidors- renovació anual Indicadors de seguiment: -quadre general 2025 (cap específic del procés de compres) N° compres verdes: 14 tipologies de productes (per sota valor any anterior)</p> | | | | |
| Procés | Data | Normes | Auditor | Contactes |
| MANTENIMENT INFRASTRUCTURES | 05/05/26 | ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 | ALA | Jordi Cardila, Nuria Garcia, Eva Ayala |
| Notes | | | | |
| <p>PR09- Manteniment edifici i instal.lacions. Rev.7. desembre 25 PR09. R01. Registre preventiu Preventius: Registre R.02 Gestiona Jordi p.ex. Clima planta baixa- Airnou- última revisió desembre 25- full treball amb check list equips- signat i tot ok i detall per màquina (17 equips) Apolo- Control plagues- últim control 24.12.25- tot correcte Alcaide- BT- Butlletí anual reconeixement- maig 25 (anual) Incidències: Gestiona Jose A partir n° 40 correpon a l'any 26 Detall persona que sol.licita, motiu, solució, si intervé proveïdor/comunitat, tancament -n° incidències manteniment-10 semestrals -acompliment termini avaries-1 setmana màxim</p> | | | | |
| Procés | Data | Normes | Auditor | Contactes |

| | | | | |
|---|----------|----------------------------------|------|---|
| PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: ASSESSORIES i ADMINISTRACIÓ COL·LEGIAL | 05/05/26 | ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 | SEFE | Laia Domènech (Tècnica SIG) Susana Cabrera (Toc de Gestió) Isabel Quintana (Cap de Atenció Col.legal) Rosario Jordano (Resp. Administració) |
|---|----------|----------------------------------|------|---|

Notes

PRESTACIÓ SERVEIS COL·LEGIALS: ASSESSORIES I ADMINISTRACIÓ COL·LEGIAL:

S'audita:

Laia Domènech (Tècnica SIG)
Susana Cabrera (Toc de Gestió)
Isabel Quintana (Cap de Atenció Col.legal)
Rosario Jordano (Resp. Administració)

Definició del procés: PR03 Assessories - vers 4 de 5-11-2024
Responsabilitats del procés indicades en el Mapa de Processos
Diagrama de flux definit en el PR03

Selecció Assessors
Valoració junta de govern
Designa assessors
Petició assessorament
Planificació assessories
Assessorament
Seguiment
Pagament assessor - PR01
Avaluació satisfacció

Indicadors per a la mesura del procés:

Cita dins 10 dies >= 80% --> Setembre NO OK 79,19 --> analitzada causa: agost no hi ha assessoria.
Dies tràmit < 2 dies --> 2 dies OK
% distribució trucades >95% --> 97,39% OK

Riscos i oportunitats 2025 i 2026:

No hi ha riscos ni oportunitats vinculats a aquest procés.

Exemple Assessoria:

Ulisses
Assessora 0048 Denver advocats -- assessor civil penal
Col.legiada: 28700
Tema us de dades personals
Telèfon 28-01-2026
Visita presencial 3-2-2026 a les 12:00
60 minuts
Solucionat 3-2-2026

Definició del procés:

PR11 Administració Col.legal - Rev 4-4-2024
Diagrama de flux de procés altes, baixes, trasllats i resta de tramits administratius del col.legi.

Exemple Administració Col.legal

Alta de col.legiada
CRM Ulisses
Maria Damas
4-5-2026
7 documentos adjuntos
Número col.legiada 81123
Fitxa col.legiada

Exemple Administració Col.legal

Baixa voluntaria de col.legiada 76973
Baixa: 4-5-2026

| Procés | Data | Normes | Auditor | Contactes |
|---------------------------------|----------|----------------------------------|---------|---|
| MANTENIMENT DE SISTEMES (IT) | 05/05/26 | ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 | ALA | Laura Rausell, Nuria Garcia, Eva Ayala |

Notes

Contractat servei extern- dedicació 40 h/setmana
Primer pas: diagnòstic inicial i pla de treball
Projecte digitalització

PR.12. Manteniment sistemes informàtics. Rev.8. ·0.04.26
Helpdesk- Coib Helpdesk (intern usuaris del COIB)
Visió tiquets actius sistemes
Gestió Kahuna (suport) o equip IT sistemes
Nivell prioritat
Sistema etiquetes
p.ex.
CAS-19783-S9K6Z5- incidència- creuament de dades i duplicitats Ulises- resposta 5.05.26
Etiqueta Softeng
p.ex.
IT sistemes- bústia de veu
Tiquet 401445

Indicadors:
-seguiment incidències en nº i temps de resposta

Inventari equips i infraestructura:
-per plantes, ubicació, departament, usuari, i detall característiques
-detall moviments
p.ex.
Sergi Mana- PC149

Còpies seguretat
- 2 discos
- Ulises- gestiona Softeng
Servidors
Microsoft Intune Admin Center (Azure)

Es recomana fer seguiment del procés a la VP1**

| Procés | Data | Normes | Auditor | Contactes |
|------------------|----------|-------------------------------|---------|--|
| GESTIÓ DELS RRHH | 05/05/26 | ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 | SEFE | Núria Garcia (Responsable SIG) Eva Ayala (Tècnica SIG) Mireia Brunet - Responsable Gestió de Persones Laia Domènech (Tècnica SIG) Susana Cabrera (Toc de Gestió) |

Notes

GESTIÓ DELS RRHH:

S'audita a:
Núria Garcia (Responsable SIG)
Eva Ayala (Tècnica SIG)
Mireia Brunet - Responsable Gestió de Persones
Laia Domènech (Tècnica SIG)
Susana Cabrera (Toc de Gestió)

Definició del Procés:
PR10- Gestió de persones.V11 de 27-04-2026
Descripció llocs treball DLT
Organigrama
Selecció de personal
Candidats
Contractació
Incorporació
Formació en el lloc de treball
Consolidació en el lloc
Necessitats de formació
Planificació de la formació - Pla de Formació R06
Seguiment i evaluació eficàcia

Indicadors per medir el procés:
Procés: Gestió de persones
% absentisme <= 5,5% --> Real 2025: 5,4% - OK
% eficàcia de la formació rebuda >= 75% --> 2025: 75% -- OK

Riscos i Oportunitats del procés:
2025:
1 Risc:
Disconformitat entre categoria professional i la DLT - Prob 3 x Impacte 2 = 6 MIG --> Realització auditoria específica de RRHH - Maig 2025
2 Oportunitats:

Pla d'Igualtat - presentat Feb-2026
Portal de RRHH Factorial -- Implantat i funcionant desde Feb-2026

2026:
1 Risc: omissió de compliment de les accions de l'informe de l'auditoria -- Probabilitat 3 x Impacte 3 = 9 Risc ALT --> Redefinició de perfils, Presentació del quadre de categories, Formació en lideratge --> 66% assolit.

1 Oportunitat: Pla d'Igualtat - vist

Evidències d'auditoria:

Organigrama - 16-10-2024

Recent incorporació: Iris Estefania Dahua

Iris Estefania Dahua (Administració Col.legial - Atenció Col.legial)

Eva Ayala (Formació i talent infermer - Exercici professional)

Núria Garcia (Resp. Administració Gestió i Serveis)

Descripcions llocs de treball DLT:

Administració Col.legial - Rev: 2 de 3-2-2023

Responsabilitats i funcions definides

Requeriments: FPGM Administració

2 anys experiència en atenció client

Català castellà

Informàtica Windows office CRM

Atenció telefònica i presencial

Iris Estefania Dahua (Administració Col.legial - Atenció Col.legial) actualment ocupa aquest DLT

Vist diploma FP

Descripcions llocs de treball DLT:

DLT Formació i talent infermer - Rev 4 de 13-07-2023

Funcions i responsabilitats definides

FPGS Administratiu i gestió

2 anys en lloc similar

Eva Ayala - cumple con el puesto.

DLT (Resp. Administració Gestió i Serveis) - Rev: 0 de 1-12-2022

Funcions i responsabilitats definides

Requeriments: Llicenciatura o Grau - ADE

Desitjada: MBA

Experiència 5 anys com adjunt direcció o similar

Núria Garcia - Econòmiques - Compleix amb el lloc.

Iris Estefania Dahua --> firmada la rebuda de documentació d'acollida el 8-09-2025 (inclou polítiques i bones pràctiques ambientals)

Pla de Formació 2025:

28 formacions realitzades + 10 no realitzats

Curs: Intel·ligència artificial aplicada als Recursos Humans - 3 juliol - Alumne: Laia

Objectiu: aplicar IA a RRHH

Cambra de Comerç

Avaluació eficàcia de la formació: PR10R10 Avaluació Eficàcia de la formació

S'ha assolit la competència però encara no s'ha pogut aplicar del tot.

4-3-2026

Pla de Formació 2026:

31 cursos planificats dels que s'han realitzat 7 cursos.

| Procés | Data | Normes | Auditor | Contactes |
|---------------|----------|-------------------------------|---------|--|
| COMPTABILITAT | 05/05/26 | ISO 9001:2015, ISO 14001:2015 | SEFE | Rosa Rivas (Resp. Comptabilitat) Sandra Santiago (Tècnica de comptabilitat) Núria Garcia (Responsable SIG) Eva Ayala (Tècnica SIG) Mireia Brunet - Responsable Gestió de Persones Laia Domènech (Tècnica SIG) Susana Cabrera (Toc de Gestió) |

Notes

COMPTABILITAT:

S'audita a:

Núria Garcia (Responsable SIG)

Eva Ayala (Tècnica SIG)

Laia Domènech (Tècnica SIG)

Susana Cabrera (Toc de Gestió)

Rosa Rivas (Resp. Comptabilitat)

Sandra Santiago (Tècnica de Comptabilitat)

PR01 Gestió Econòmica i Comptable, en rev. 8 de 7-11-2024

Diagrama de flux:

Planificació Pressupost

Moviments contables

Comptabilitat analítica

Indicadors del procés:

Procés contable:

% Compliment despeses 95%-101% --> 93% NO OK --> Causa: centre cost projectes i millora condicions prestec hipotecari.

% Compliment ingressos 98% --> 101,5% --> OK

Riscos i oportunitats del procés:

2025:

Riscos = 0

Oportunitats = 3

Reducció de temps de les tasques i millor control documental --> Implantat desde Gener 2026

Agilitat en extracció de dades --> PowerBI --> Implantació PowerBI en curs --> Termini: 2026

Canvi entitat bancaria --> Implantat Maig 2025

2026:

Nova oportunitat: aplicació escaneig de tickets --> Termini: 2026

Riscos 2026 = 0

Evidència d'auditoria:

Vist informe de seguiment de tesoreria - 05-05-2026 tancament d'Abril 2026

Vist informe de seguiment de pressupost - Març de 2026.

Anualment són auditats per MGH auditors - Març 2026

REUNIÓ DE TANCAMENT:

Per part de l'organització:

Núria Garcia (Responsable SIG)

Laia Domènech (Tècnica SIG)

Eva Ayala (Tècnica SIG)

Susana Cabrera (Toc de Gestió)

Per part de BV:

Sergi Fernandez-Auditor Cap

Anna Lussà - Auditora

Paco Rojo - Auditor

Es tracten els punts següents:

Exposició de resultats de l'auditoria:

No es documenten no conformitats, i no és necessari la presentació d'accions correctives

Es documenten una sèrie d'oportunitats de millora i l'organització ha de ser objecte d'anàlisi.

Arran d'aquestes troballes, es comunica la conformitat sobre la correcta i eficaç implementació del sistema de gestió.

Confirmació de l'"Abast" de la Certificació: sense canvis.

Es confirma el nombre de treballadors totals:

Personal (fix + subcontractat): 45 igual que fitxa de llançament de BV

L'organització disposa d'un programa d'auditoria interna anual on s'han reflectit tots els processos objecte de certificació, seguint uns criteris coherents de selecció i planificació.

La informació necessària per al procés de revisió per la direcció contempla els elements entrada/sortida sol·licitats per la norma de referència.

El procés de revisió per adreça es considera correcte, es mostra darrera revisió per adreça compleix norma de referència.

Es comunica la possibilitat que l'organització disposa d'al·legar la NC reflectides a l'informe d'auditoria i la recusació de l'equip auditor.

Mètode i Terminis de resposta per a les accions correctives.

(No aplica en no detectar-se no conformitats)

Caducitat Certificat: conforme.

Ús de Marca : Es verifica ús adequat.

Es comunica la Conclusió de l'equip auditor que traslladarà a BV sobre la Certificació:

Es recomana: RE-CERTIFICAR 9001:2015 i també ISO 14001:2015 del sistema de gestió.

Resum de les troballes de l'auditoria:

NC = 0

PF = 1

OM = 6

Recomanació: RE-CERTIFICAR

6. ANNEXOS

COM RESPONDRE A UNA NO CONFORMITAT PLANTEJADA PER L'AUDITOR(S) DE BUREAU VERITAS?

Les no conformitats detallades en aquest document s'han d'abordar mitjançant el procés d'acció correctiva de l'organització, d'acord amb els requisits d'acció correctiva pertinents de l'estàndard d'auditoria.

A continuació trobareu els requisits de certificació de Bureau Veritas per a:

- Terminis esperats per abordar la no conformitat (a)
- Contingut de la resposta (b)

Terminis esperats per abordar la no conformitat (a)

Les correccions i les accions correctives (si es possible) per abordar les no conformitats importants identificades s'han de dur a terme immediatament. L'anàlisi de les causes arrel, la correcció i el pla d'acció correctiva juntament amb les proves satisfactòries de la implementació s'han de presentar en un termini de 90 dies després de l'últim dia de l'auditoria, llevat que Bureau Veritas Certification i el client acordin un període més llarg.

La revisió de les no conformitats es fa mitjançant una revisió documental. No obstant això, depenent de la gravetat dels resultats, el nostre auditor pot realitzar una visita de seguiment per confirmar les accions preses, avaluar-ne l'efectivitat i determinar si es pot recomanar o continuar la certificació.

Per a una no conformitat menor, l'anàlisi de les causes arrel, la correcció i el pla d'acció correctiva han de ser aprovats pel cap d'equip i la verificació de la implementació i l'eficàcia de les accions correctores preses es farà a la propera visita.

Es recomana que el client proporcionï respostes amb antelació per permetre més revisions si és necessari.

Per a la recertificació, els límits de temps per abordar les no conformitats seran definits pel cap d'equip per tal que s'implementin abans de l'expiració de la certificació.

Qualsevol resposta a les no conformitats plantejades es pot fer en format imprès o electrònicament mitjançant l'NCR adjunt (preferiblement) i enviar-la a l'oficina de certificació de Bureau Veritas.

Contingut de la resposta (b)

La resposta del client a l'NCR ha de ser revisada pel responsable de l'auditoria en tres parts: anàlisi de les causes arrel, correcció i accions correctives.

En revisar les tres parts, l'auditor avaluarà evidències d'un pla i després proves que s'està implementant aquest pla.

Anàlisi de les causes arrel

1. La causa arrel no és simplement repetir la constatació, tampoc és la causa directa del problema.
2. Anàlisi ben pensada per determinar la veritable causa arrel: per exemple, algú no va seguir un procés seria la causa directa; determinar per què algú no va seguir un procés portaria a la veritable causa arrel.
3. La declaració de la causa arrel ha de centrar-se en un sol problema sense cap pregunta de per què és evident que quedi.
4. Si es pot fer una pregunta del per què raonable sobre l'anàlisi de les causes arrel, això indica que l'anàlisi no ha anat prou lluny.
5. Assegureu-vos que la causa arrel respon a la pregunta: "Què en el sistema ha fallat de manera que s'hagi produït el problema?"
6. Culpar l'empleat no serà acceptat com l'única causa arrel.
7. Abordeu els problemes amb el procés, així com el sistema de detecció que va fallar.

Correcció

1. S'ha determinat l'abast de la no conformitat (s'ha corregit l'NCR i el client ha examinat el sistema per veure si hi ha altres exemples que s'hagin de corregir). Assegureu-vos que la correcció respon a la pregunta "És aquest un cas aïllat o no?" en altres paraules "Hi ha risc que això es pugui repetir en un altre lloc / departament?"
2. Si la correcció no pot ser immediata, pot ser apropiat un pla per corregir l'NCR (responsable i data).
3. Proves que s'ha implementat la correcció o proves de que s'està implementant el pla.

Acció correctiva

1. L'acció correctiva o el pla d'acció correctiva aborda la(es) causa(es) arrel determinada(es) en l'anàlisi de les causes arrel. Si no heu definit la veritable causa arrel, no podeu evitar que el problema es repeteixi.
2. Per tal que s'accepti el pla, ha d'incloure:
 - accions per abordar la(es) causa(es) arrel
 - identificació de les parts responsables de les accions i
 - un calendari (dates) per a la implementació.
 - sempre incloure un "canvi" al vostre sistema. La formació i/o la publicació d'un butlletí generalment no són canvis al vostre sistema.
3. Per acceptar les proves de la implementació:
 - a. Es proporciona prou evidència per demostrar que el pla s'està implementant tal com s'ha descrit a la resposta (i segons el calendari).
 - b. Nota: No es requereix evidència completa per tancar l'NCR; es pot revisar alguna evidència durant una auditoria futura quan es verifiquin les accions correctives.

Informe de l'Auditoria de l'Etapa 2

| Revisió del sistema de gestió | Compliment | Comentaris |
|--|------------|------------|
| Eficàcia del sistema de gestió en la seva totalitat a la llum dels canvis interns i externs i la seva continuïtat i aplicabilitat a l'abast de la certificació | Yes | |
| Compromís demostrat per mantenir l'eficàcia i la millora del sistema de gestió per tal d'augmentar el rendiment general | Yes | |
| Eficàcia del sistema de gestió pel que fa a l'assoliment dels objectius del client certificat i els resultats previstos dels respectius sistemes de gestió. | Yes | |
| Les auditories internes estan planificades i almenys s'ha realitzat una ronda completa d'auditoria a tots els llocs de l'abast de la certificació. | Yes | |

| | | |
|--|-----|--|
| Les revisions de la direcció estan planificades i almenys s'ha celebrat una reunió de revisió. | Yes | |
| Revisió dels informes d'auditoria de vigilància anteriors | Yes | |
| Rendiment del sistema de gestió durant el cicle de certificació més recent | Yes | |

Revisió completada el:04/05/2026

PLANIFICACIÓ DE L'AUDITORIA

Objectius de l'auditoria

1. confirmar que el sistema de gestió de la organizació es conforme amb tots els requisits de la norma(s) de auditoria.
2. confirmar que la organizació ha implantat de forma efectiva les mesures previstes.
3. confirmar que el sistema de gestió és capaç d'alcantar les polítiques i objectius de la organizació i avaluar la capacitat del sistema de gestió per assegurar que la organizació clienta compleix els requisits legals, reglamentaris i contractuals aplicables.
4. quan correspongui, la identificació de les àrees de millora potencial del sistema de gestió.
5. el propòsit de la auditoria de l'etapa 2 és avaluar la implementació, inclosa l'eficàcia, del sistema de gestió del clienta.

Debe incloure al menys lo siguiente:

- a) informació i evidència de la conformitat amb tots els requisits de la norma de sistemes de gestió i otro documento normativo aplicable;
- b) seguiment, mesura, informe i revisió amb relació als objectius i metes de rendiment clau (coherents amb les expectatives de la norma de sistemes de gestió i otro documento normativo aplicable);
- c) el sistema de gestió del clienta i el seu rendiment amb relació al compliment de la legislació;
- d) el control operatiu dels processos del clienta;
- e) les auditories internes i la revisió per la direcció;
- f) la responsabilitat de la direcció amb relació amb les polítiques del clienta;
- g) els vincles entre els requisits normatius, la política, els objectius i metes de rendiment (coherents amb les expectatives de la norma de sistemes de gestió i otro documento normativo aplicable), qualsevol requisit legal aplicable, la responsabilitat, la competència del personal, les operacions, els procediments, les dades del rendiment i els descobriments i conclusions de les auditories internes.

Requisits generals i de compliment legal

Requisits de les normes ISO 9001:2015 i de ISO 14001:2015.
Requisits de la adenda de ISO sobre Canvi Climàtic del 2024.
Requisits legals i reglamentaris que les seuen d'aplicació.

| | |
|----------------------------|--|
| Cap d'equip: | SERGI FERNANDEZ PONS - SEFE |
| Membres de l'equip: | ANA MARIA LLUSSA ARISO, - ALA FRANCISCO ROJO ROJO - FRX |

| Nom del lloc | | COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB) [HO] | | |
|-----------------|---|---|--|-----------|
| Data | Procés - Activitat | Clàusules estàndard | | Auditor |
| | | 9K | 14K | |
| 04/05/26 | 1st Dia d'auditoria | | | |
| 09:00 | Reunió d'obertura | | | SEFE, FRX |
| 09:30 | GESTIÓ DE LA COMUNICACIÓ | 7.4 | 7.4, 7.4.1, 7.4.2, 7.4.3 | FRX |
| 09:30 | LIDERATGE | 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.1.1, 5.1.2, 5.2, 5.2.1, 5.2.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 7.1, 7.1.1, 7.1.6, 7.3, 7.4, 9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.3, 9.3.1, 9.3.2, 9.3.3, 10.1, 10.2, 10.3 | 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.1.1, 6.1.4, 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 7.1, 7.3, 7.4, 7.4.1, 7.4.2, 7.4.3, 9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.3, 10.1, 10.2, 10.3 | SEFE |
| 10:45 | Descans | | | SEFE, FRX |
| 11:15 | GESTIÓ AMBIENTAL | | 4.4, 5.2, 6.1, 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.1.4, 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 7.3, 7.4, 7.4.1, 7.4.2, 7.4.3, 7.5, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 8.1, 8.2, 9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.2, 9.2.1, 9.2.2, 9.3, 10.1, 10.2, 10.3 | FRX |
| 11:15 | SEGUIMENT I AVALUACIÓ PROCESSOS | 9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.2, 10.1, 10.2, 10.3 | 9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.2, 9.2.1, 9.2.2 | SEFE |
| 12:30 | Reunió de retroalimentació | | | SEFE, FRX |
| 13:00 | PRESTACIÓ SERVEIS COL·LEGIALS: FORMACIÓ | 8.1, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6, 8.7 | 8.1, 8.2 | SEFE |
| 13:00 | Reunió de tancament | | | FRX |
| 14:15 | Descans | | | SEFE |
| 15:15 | PRESTACIÓ SERVEIS COL·LEGIALS: REGISTRE SOCIETATS PROFESSIONALS | 8.1, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6, 8.7 | 8.1, 8.2 | SEFE |
| 16:00 | Preparació per a la reunió de retroalimentació | | | SEFE |

| Nom del lloc | | COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB) [HO] | | |
|--------------|-------------------------------|--|-----|---------|
| Data | Procés - Activitat | Clàusules estàndard | | Auditor |
| | | 9K | 14K | |
| 16:30 | Reunió de retroalimentació | | | SEFE |
| 17:30 | Final del 1st dia d'auditoria | | | |

| Nom del lloc | | COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB) [HO] | | |
|-----------------|---|---|---|-----------|
| Data | Procés - Activitat | Clàusules estàndard | | Auditor |
| | | 9K | 14K | |
| 05/05/26 | 2nd Dia d'auditoria | | | |
| 09:00 | COMPRES I SUBCONTRACTACIÓ | 8.4, 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3 | 8.1, 8.2 | ALA |
| 09:00 | PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: ATENCIÓ COL·LEGIAL I SIGNATURA DIGITAL | 8.1, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6, 8.7 | 8.1, 8.2 | SEFE |
| 10:00 | MANTENIMENT INFRAESTRUCTURES | 7.1, 7.1.1, 7.1.3, 7.1.4 | 9.1, 9.1.1, 9.1.2 | ALA |
| 10:15 | PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: ASSESSORIES I ADMINISTRACIÓ COL·LEGIAL | 8.1, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6, 8.7 | 8.1, 8.2 | SEFE |
| 11:00 | Descans | | | ALA |
| 11:30 | MANTENIMENT DE SISTEMES (IT) | 7.1, 7.1.1, 7.1.3, 7.1.4, 7.5, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3 | 7.1, 8.1, 8.2 | ALA |
| 11:30 | Descans | | | SEFE |
| 12:00 | GESTIÓ DELS RRHH | 7.1, 7.1.1, 7.1.2, 7.2, 7.3, 7.4 | 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.4.1, 7.4.2, 7.4.3 | SEFE |
| 12:30 | Preparació per a la reunió de retroalimentació | | | ALA |
| 13:00 | Reunió de retroalimentació | | | SEFE, ALA |
| 13:30 | COMPTABILITAT | 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6, 8.7 | 8.1, 8.2 | SEFE |
| 17:00 | Preparació per a la reunió de tancament | | | SEFE |
| 17:30 | Reunió de tancament | | | SEFE |
| 18:30 | Final del 2nd dia d'auditoria | | | |

| | |
|--|------------|
| Data de preparació del pla d'auditoria: | 24/04/2026 |
|--|------------|

Reunions

| Reunió d'obertura (Assistents) | | |
|---|-------------------------|--------------------------|
| Designació | Nom | Rol |
| Equip d'auditoria | ANA MARIA LLUSSA ARISO, | Miembro del equipo |
| Equip d'auditoria | FRANCISCO ROJO ROJO | Miembro del equipo |
| Contacte del client | LAIA DOMENECH | Representante de gestión |
| Contacte del client | NÚRIA GARCIA | Representant de gestió |
| Equip d'auditoria | SERGI FERNANDEZ PONS | Jefe de equipo |
| Reunió de tancament (Assistents) | | |
| Designació | Nom | Rol |
| Equip d'auditoria | ANA MARIA LLUSSA ARISO, | Miembro del equipo |
| Equip d'auditoria | FRANCISCO ROJO ROJO | Miembro del equipo |
| Contacte del client | LAIA DOMENECH | Representante de gestión |
| Contacte del client | NÚRIA GARCIA | Representant de gestió |
| Equip d'auditoria | SERGI FERNANDEZ PONS | Jefe de equipo |

PROGRAMA D'AUDITORIA

| Procés | Vigilàncies | | |
|---|--|---|----------------|
| | 1 | 2 | Recertificació |
| Lloc | COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB) | | |
| LIDERATGE | x | x | x |
| PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: FORMACIO | x | | x |
| COMPRES I SUBCONTRACTACIÓ | | x | x |
| GESTIÓ AMBIENTAL | x | x | x |
| GESTIÓ DE LA COMUNICACIÓ | x | | x |
| PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: ATENCIÓ COL·LEGAL I SIGNATURA DIGITAL | | x | x |
| PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: ASSESSORIES I ADMINISTRACIÓ COL·LEGAL | x | | x |
| PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: REGISTRE SOCIETATS PROFESSIONALS | | x | x |
| GESTIÓ DELS RRHH | x | | x |
| SEGUIMENT I AVALUACIÓ PROCESSOS | x | x | x |
| MANTENIMENT INFRAESTRUCTURES | | x | x |
| COMPTABILITAT | x | | x |
| MANTENIMENT DE SISTEMES (IT) | | x | x |

| Llocs | Auditories | | |
|--|------------|-------|-------|
| | Principal | Surv1 | Surv2 |
| COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB) | 3 | 1,5 | 1,5 |
| Dies d'auditoria | 3 | 1,5 | 1,5 |

Creat / Modificat per: SERGI FERNANDEZ PONS

Data: 05/05/2026

Qualsevol problema important que impacti en el programa d'auditoria:
NO HI HA.

SF03 INFORME RESUM DE L'AUDITORIA PER NORMA ISO 9001:2015 & ISO 14001:2015

| INFORME RESUM DE L'AUDITORIA PER A ISO 9001:2015 | | Procés / Activitat / Departament | | | | | | | Total de NCR | | | | | |
|--|---|----------------------------------|---|---------------------------|------------------|--------------------------|--|--|---|------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------|------------------------------|
| Clàusules | Descripció | LIDERATGE | PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: FORMACIO | COMPRES I SUBCONTRACTACIÓ | GESTIÓ AMBIENTAL | GESTIÓ DE LA COMUNICACIÓ | PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: ATENCIÓ COL·LEGAL I SIGNATURA DIGITAL | PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: ASSESSORIES I ADMINISTRACIÓ COL·LEGAL | PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: REGISTRE SOCIETATS PROFESSIONALS | GESTIÓ DELS RRHH | SEGUIMENT I AVALUACIÓ PROCESSOS | MANTENIMENT INFRASTRUCTURES | COMPTABILITAT | MANTENIMENT DE SISTEMES (IT) |
| 4.1 | Comprensi3n de la organitzaci3n y su contexto | X | | | | | | | | | | | | |
| 4.2 | Comprensi3n de las necesidades y expectativas de las partes interesadas | X | | | | | | | | | | | | |
| 4.3 | Determinaci3n del alcance del sistema de gesti3n de la calidad | X | | | | | | | | | | | | |
| 4.4 | Sistema de gesti3n de la calidad y sus procesos | X | | | | | | | | | | | | |
| 5.1 | Liderazgo y compromiso | X | | | | | | | | | | | | |
| 5.1.1 | Generalidades | X | | | | | | | | | | | | |
| 5.1.2 | Enfoque al cliente | X | | | | | | | | | | | | |
| 5.2 | Política | X | | | | | | | | | | | | |
| 5.2.1 | Establecimiento de la política de la calidad | X | | | | | | | | | | | | |
| 5.2.2 | Comunicaci3n de la política de la calidad | X | | | | | | | | | | | | |
| 5.3 | Roles, responsabilidades y autoridades en la organizaci3n | X | | | | | | | | | | | | |
| 6.1 | Acciones para abordar riesgos y oportunidades | X | | | | | | | | | | | | |
| 6.2 | Objetivos de la calidad y planificaci3n para lograrlos | X | | | | | | | | | | | | |
| 6.3 | Planificaci3n de los cambios | X | | | | | | | | | | | | |
| 7.1 | Recursos | X | | | | | | | | X | | X | | X |
| 7.1.1 | Generalidades | X | | | | | | | | X | | X | | X |
| 7.1.2 | Personas | | | | | | | | | X | | | | |
| 7.1.3 | Infraestructura | | | | | | | | | | | X | | X |
| 7.1.4 | Ambiente para la operaci3n de los procesos | | | | | | | | | | | X | | X |
| 7.1.5 | Recursos de seguimiento y medici3n | | | | | | | | | | | | | |
| 7.1.6 | Conocimientos de la organizaci3n | X | | | | | | | | | | | | |
| 7.2 | Competencia | | | | | | | | | X | | | | |
| 7.3 | Toma de conciencia | X | | | | | | | | X | | | | |

| INFORME RESUM DE L'AUDITORIA PER A ISO 14001:2015 | | Procés / Activitat / Departament | | | | | | | | | | Total de NCR | | | |
|---|---|----------------------------------|---|---------------------------|------------------|--------------------------|--|--|---|------------------|---------------------------------|--------------|------------------------------|---------------|------------------------------|
| Clàusules | Descripció | LIDERATGE | PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: FORMACIO | COMPRES I SUBCONTRACTACIÓ | GESTIÓ AMBIENTAL | GESTIÓ DE LA COMUNICACIÓ | PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: ATENCIÓ COL·LEGAL I SIGNATURA DIGITAL | PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: ASSESSORIES I ADMINISTRACIÓ COL·LEGAL | PRESTACIO SERVEIS COL·LEGIALS: REGISTRE SOCIETATS PROFESSIONALS | GESTIÓ DELS RRHH | SEGUIMENT I AVALUACIÓ PROCESSOS | | MANTENIMENT INFRAESTRUCTURES | COMPTABILITAT | MANTENIMENT DE SISTEMES (IT) |
| 4.1 | Comprensi3n de la organitzaci3n y su contexto | X | | | | | | | | | | | | | |
| 4.2 | Comprensi3n de las necesidades y expectativas de las partes interesadas | X | | | | | | | | | | | | | |
| 4.3 | Determinaci3n del alcance del sistema de gesti3n ambiental | X | | | | | | | | | | | | | |
| 4.4 | Sistema de gesti3n ambiental | X | | | X | | | | | | | | | | |
| 5.1 | Liderazgo y compromiso | X | | | | | | | | | | | | | |
| 5.2 | Política ambiental | X | | | X | | | | | | | | | | |
| 5.3 | Roles, responsabilidades y autorizaciones en la organizaci3n | X | | | | | | | | | | | | | |
| 6.1 | Acciones para abordar riesgos y oportunidades | X | | | X | | | | | | | | | | |
| 6.1.1 | . Generalidades | X | | | X | | | | | | | | | | |
| 6.1.2 | Aspectos ambientales | | | | X | | | | | | | | | | |
| 6.1.3 | Requisitos legales y otros requisitos | | | | X | | | | | | | | | | |
| 6.1.4 | Planificaci3n de acciones | X | | | X | | | | | | | | | | |
| 6.2 | Objetivos ambientales y planificaci3n para lograrlos | X | | | X | | | | | | | | | | |
| 6.2.1 | Objetivos ambientales | X | | | X | | | | | | | | | | |
| 6.2.2 | Planificaci3n de acciones para lograr los objetivos ambientales | X | | | X | | | | | | | | | | |
| 7.1 | Recursos | X | | | | | | | | X | | | | X | |
| 7.2 | Competencia | | | | | | | | | X | | | | | |
| 7.3 | Toma de conciencia | X | | | X | | | | | X | | | | | |
| 7.4 | Comunicaci3n | X | | | X | X | | | | X | | | | | |
| 7.4.1 | Generalidades | X | | | X | X | | | | X | | | | | |
| 7.4.2 | Comunicaci3n interna | X | | | X | X | | | | X | | | | | |
| 7.4.3 | Comunicaci3n externa | X | | | X | X | | | | X | | | | | |
| 7.5 | Informaci3n documentada | | | | X | | | | | | | | | | |
| 7.5.1 | Generalidades | | | | X | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|---|--|---|---|---|--|---|---|--|--|---|---|--|--|----------|
| 7.5.2 | Creación y actualización | | | | X | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.5.3 | Control de la información documentada | | | | X | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.1 | Planificación y control operacional | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | X | X | | | |
| 8.2 | Preparación y respuesta ante emergencias | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | X | X | | | |
| 9.1 | Seguimiento, medición, análisis y evaluación | X | | | X | | | | | | X | X | | | | | | | |
| 9.1.1 | Generalidades | X | | | X | | | | | | X | X | | | | | | | |
| 9.1.2 | Evaluación del cumplimiento | X | | | X | | | | | | X | X | | | | | | | |
| 9.2 | Auditoría interna | | | | X | | | | | | X | | | | | | | | |
| 9.2.1 | Generalidades | | | | X | | | | | | X | | | | | | | | |
| 9.2.2 | Programa de auditoría interna | | | | X | | | | | | X | | | | | | | | |
| 9.3 | Revisión por la dirección | X | | | X | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.1 | Generalidades | X | | | X | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.2 | No conformidad y acción correctiva | X | | | X | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.3 | Mejora continua | X | | | X | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |

| No aplicable | Justificació per no aplicable |
|--|---|
| 7.1.5 Recursos de seguimiento y medición | No aplica diseño y desarrollo, ya que el producto y servicio viene totalmente definido por requisitos legales y reglamentarios y no aplica recursos de seguimiento y medición ya que no requieren equipos de medición para el aseguramiento de la calidad del servicio. |
| 8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios | |
| 8.3.1 Generalidades | |
| 8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo | |
| 8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo | |
| 8.3.4 Controles del diseño y desarrollo | |
| 8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo | |
| 8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo | |

INFORMACIÓ DEL CERTIFICAT

ISO 9001:2015 - ENAC - Espanyol

| | |
|---------------------|---|
| Seu central | COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB) |
| ADREÇA | C/ PUJADES, 350 , BARCELONA, 08019, -, Spain |
| Abast global | SERVICIOS DE COLEGIO PROFESIONAL (GESTIÓN, FORMACIÓN Y ASESORAMIENTO COLEGIAL). |

ISO 14001:2015 - ENAC - Espanyol

| | |
|---------------------|---|
| Seu central | COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB) |
| ADREÇA | C/ PUJADES, 350 , BARCELONA, 08019, -, Spain |
| Abast global | SERVICIOS DE COLEGIO PROFESIONAL (GESTIÓN, FORMACIÓN Y ASESORAMIENTO COLEGIAL). |

ISO 14001:2015 - ENAC - Català

| | |
|---------------------|--|
| Seu central | COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB) |
| ADREÇA | C/ PUJADES, 350 , BARCELONA, 08019, -, Spain |
| Abast global | SERVEIS DE COL·LEGI PROFESSIONAL (GESTIÓ, FORMACIÓ I ASSESSORAMENT COL·LEGIAL) |

ISO 9001:2015 - ENAC - Català

| | |
|---------------------|---|
| Seu central | COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB) |
| ADREÇA | C/ PUJADES, 350 , BARCELONA, 08019, -, Spain |
| Abast global | SERVEIS DE COL·LEGI PROFESSIONAL (GESTIÓ, FORMACIÓ I ASSESSORAMENT COL·LEGIAL). |