



INFORME DE LA AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN

COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE
BARCELONA (COIB)

5175871

Bureau Veritas Iberia S.L.

ISO9001 2da. Visita de Seguimiento / ISO 9001

ÍNDICE

- 1. INFORMACIÓN GENERAL**
 - 1.1 INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN
 - 1.2 INFORMACIÓN DE CONTACTO
- 2. INFORMACIÓN DE LA AUDITORÍA**
 - 2.1 NORMAS DE LA AUDITORÍA
 - 2.2 ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN
 - 2.3 INFORMACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR
- 3. PROCESO DE AUDITORÍA**
 - 3.1 NOTAS DEL AUDITOR
 - 3.2 INFORME RESUMEN DE LA AUDITORÍA POR NORMA
 - 3.3 INFORME DE NO CONFORMIDAD
- 4. DESEMPEÑO HASTA LA FECHA**
- 5. RESUMEN EJECUTIVO DE LA AUDITORÍA**
 - 5.1 CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA
 - 5.2 RESUMEN DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA
 - 5.3 EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN
 - 5.4 PUNTOS FUERTES
 - 5.5 OPORTUNIDADES DE MEJORA
 - 5.6 OBSERVACIONES
- 6. RECOMENDACIONES DEL LÍDER DEL EQUIPO AUDITOR**
- 7. PROGRAMA DE AUDITORÍA**

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la Compañía	COL•LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB)		
Dirección	INFERMERS DE BARCELONA C/ PUJADES, 350		
Ciudad	BARCELONA		
Código postal	08019		
Provincia	-		
País	Spain		
Nº Teléfono	+34932128108	Nº Fax	+34932124774
Nº Contrato	5175871		

1.2 INFORMACIÓN DE CONTACTO

Persona de Contacto	GABRIEL BRONCHALES		
Dirección Email	gbronchales@coib.cat	Nº Teléfono	+34932128108

2. INFORMACIÓN DE LA AUDITORÍA

2.1 NORMAS DE LA AUDITORÍA

Norma(s) objeto de la Auditoría	ISO 9001
---------------------------------	----------

2.2 ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN

Idioma	Nombre del Emplazamiento	Central	Alcance
Inglés	COL•LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB)	✓	MANAGEMENT, TRAINING, PROFESSIONAL ADVICE
Español	COL•LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB)	✓	GESTIÓN, FORMACIÓN Y ASESORAMIENTO COLEGIAL.
Francés	COL•LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB)	✓	GESTION, FORMATION, CONSEIL COLLÉGIAL
Catalán	COL•LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB)	✓	GESTIÓ, FORMACIÓ I ASSESSORAMENT COL•LEGIAL

Nº de Emplazamientos	1
Nº de Empleados	36
Central	COL•LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB)

En caso de auditorías "multi-sites" se listará un Anexo con todos los emplazamientos que deben aparecer en el certificado

Tipo de Auditoría	ISO9001 2da. Visita de Seguimiento				
Fecha Inicio de la Auditoría	29/04/2014	Fecha Fin de la Auditoría	29/04/2014	Duración	1

2.3 INFORMACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR

Jefe de equipo	Miembro del equipo
OLALLA FONTAN	AMABILIA BERMEJO PRIETO,

3. PROCESO DE AUDITORÍA

3.1 NOTAS DEL AUDITOR

Auditor	Fecha	Proceso	Contactos
OLALLA FONTAN	29/04/2014	REUNION INICIAL	Gabriel Bronchales: Responsable de Calidad Joan Conesa: Dirección. Susanna Cabrera: Asesora externa
Notas			
<p>Representantes de la empresa en la reunión Gabriel Bronchales: Responsable de Calidad Susanna Cabrera: Asesora externa Joan Conesa: Dirección.</p> <p>Presentación de los auditores y funciones en la auditoría: Olalla Fontán: Auditora jefe 9001 y 14001 Mavi Bermejo: Auditora 9001</p> <p>Confirmación del plan de auditoría (tipo, alcance, objetivos, criterios, cambios, fecha, hora de la reunión de cierre, reuniones intermedias, reunión dirección) Confirmación de los canales de comunicación, idioma Confirmación disponibilidad de recursos y logística para realizar la auditoría (un interlocutor, varios.....) Confirmación compromiso de confidencialidad Confirmación de que no existe conflicto de intereses para el proceso de auditoría.</p> <p>Confirmación de revisión de los siguientes datos: Número de empleados: 36 Emplazamientos: C/ Pujades, 350, 08019, Barcelona Alcance 9001: GESTIÓN, FORMACIÓN Y ASESORAMIENTO COLEGIAL. Alcance 14001: PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ACTIVIDADES DEL COIB, se vuelve a redefinir de manera que quede más claro y explícito, no hay cambio de actividad, quedando de la siguiente manera:</p> <p>PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ACTIVIDADES PARA ENFERMERAS COLEGIADAS. ORGANIZACIÓN DE ACTOS Y EVENTOS EN ESPAI PUJADES350.</p> <p>El cliente solicita los certificados en castellano, catalán, inglés y francés, TODOS INDIVIDUALES</p> <p>Confirmación criterios y objetivos de la certificación, existencia consultoría: Susanna Cabrera, cambios del sistema de gestión: auditoría fase II 14001, para 9001 ver notas auditoría.</p> <p>Certificado vigente 14001: no aplica, auditoría fase II Certificados vigente 9001: ES.041467-1 Fecha original:20.10.2006 Fecha caduciad: 22.05.2015</p> <p>Uso del logotipo: 14001 no aplica, auditoría fase II 9001: Web, programas de formación, y alguna publicación</p> <p>Observaciones 9001 año anterior, se han tomado acciones para solventarlas. Observaciones 14001 fase I, se han tomado acciones para solventarlas.</p>			

Auditor	Fecha	Proceso	Contactos
AMABILIA BERMEJO PRIETO,	29/04/2014	PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Rosa Rivas comissió seguiment qualitat responsable adm. col•legial Isa Quintana comissió seguiment qualitat responsable d'oficina informació Sandra Santiago administrativa direcció programes.

Notas

Seguiment d'expedients i assessoraments (anterior visita es va fer de cursos, d'aquesta vesant aquesta auditoria es revisen els informes trimestral de seguiment de la prestació del servei i la satisfacció. Veure notes procés satisfacció).

Procediments vinculats:

PR06-O01 informació col•legial 17/01/14

PR07-O01 col•legiació, baixes i canvis de situació 27/02/12

PR12-O01 gestió expedients 31/01/13 (expedient físic RG01-PR07-O01 i control arxiu expedients RG02-PR07-O02)

PR09-O01 comunicació amb la col•legiada 15/10/2013

PR11-O01 assessories 14/03/2013

BDD Ulises, Programa gestió colegiados "Ulisses":

Assessoria verifica dades via Ulises i concerta visita, registre breu descripció de la temàtica a tractar i el nom de l'administrativa que ha fet la reserva

Agenda d'assessoria programada diàriament (Ulisses).

Temporalització visites, tipus assessoria (visita o tf)... recull assessoraments pendents de dies anteriors (notes on es registra motiu OK).

Revisada assessoria civil-penal (Denver advocats proveïdor) darrera assessoria realitzada 22/04 (dos visites i 3 trucades).revisada la realitzada a col•legiada 048396. Consulta denuncia penal, 60 minuts de durada, en tràmit (no tancada) , seguiment no penjat a Ulises per motius de confidencialitat (LOPD).

Revisada laboral (Teresa Clemente i Mario Sepúlveda subcontractats), darrera realitzada del 28/04 per Mario Sepúlveda amb col•legiada 027603 temàtica altres no va assistir o no es complimentada per l'assessor ??? . del 24/04 per Mario Sepúlveda amb col•legiada 042021 temàtica maternitat de 40 minuts i tancada (resultat "solucionada").

Revisada orientació formació (cristina Ortega subcontractada) darrera realitzada del 24/04 telefònica orientació sobre formació específica col•legiada nº 054958 durada 10 minuts i tancada.

.....

Tot tipus d'assessorament (aproximadament 9 assessors-civil, fiscal, professional, formació, OIP, cooperació, recerca, exercici lliure, laboral, infermeria del treball, LOPD, OIC i especialitats).

Gestió incidències (web usuaris realitzen queixes formals "Ulisses" les incidències queden registrades amb seguiment i resolució al mateix programa, veure notes satisfacció).

Web incorpora tots els formats a emplenar i gestionar dins expedient usuaris.

IT-01-PRO7-001 Alta nova

IT-02-PRO7-001 Alta trasllat

IT-03-PRO7-001 Reingrés

IT-05-PRO7-001 Baixes i canvis de situació

RG01-PR-07-001 Quadre de documentació

RG02-PR-07-001 Sol•licitud d'inscripció

RG03-PRO7-001 Full de dades bancaries. (custodia indefinida)

RG04-PRO7-001 Full de protecció de dades. (custodia indefinida)

RG05-PRO7-001 Sol•licitud d'actualització i rectificació de dades.

RG06-PRO7-001 Full de sol•licitud de baixa per no exercir

RG11-PRO7-001 Carta enviament carnet col•legiació.

RG12-PRO7-001 Carta confirmació jubilació. (custodia indefinida)

RG14-PRO7-001 Carta confirmació invalidesa. (custodia indefinida)

.....

RG18-PRO7-001 Certificat col·legiació DI (catala i castella). (custodia indefinida)

RG19-PRO7-001 Certificat col·legiació ATS (catala i castella). (custodia indefinida)

RG20-PRO7-001 Certificat col·legiació DI/Llevadores (catala i castella). (custodia indefinida)

RG21-PRO7-001 Certificat col·legiació ATS/L1evadores(catala i castella) (custodia indefinida)

RG22-PRO7-001 Certificat trasllat ATS (catala i castella)

RG23-PRO7-001 Certificat trasllat DI(catala i castella)

.....

RG28-PRO7-001 Declaració jurada no suspensió exercici professional. (custodia indefinida)

La custodia dels registres es de 5 anys tret dels que s'indica indefinit o un temps inferior.

Inscripció via Ulisses presencial.

(Original y fotocopia DNI, Original y fotocopia certificació acadèmica, Resguard pagament títol si no es te ,Foto carnet dades bancaries (domiciliació pagament semestral). 296€ quota inscripció preu mantingut respecte anterior visita.

Expedient física dels col·legiats (custodia indefinida).

Arxiu tancat amb clau i correctament protegit. (LOPD).Revisat control arxiu expedients RG02-PRO7-O02) on es registren els moviments dels expedients darrers moviments registrats (col·legiades nº 53014 reingres, 12118 revisió, 49458 reingres/trasllat ...)

- col·legiada 048396. Alta del 10/07/2006 sense moviments

-col·legiada 027603.alta del 2/07/1987 sense moviments, ok (d'aquest expedient es va fer una revisió del contingut pel seu correcte manteniment al 10/02/2010, sistemàtica que ja no es actual, la revisió dels expedients es fa aprofitant les sortides dels expedients per sol·licituds de canvi de la col·legiada, reingrés....

-col·legiada 042021 . alta del 6/07/2001. sense moviments.

-col·legiada 038072 alta del 7/07/98, 30/06/01 baixa voluntària ,al 12/06/02 reingrés,30/06/06 baixa voluntària, 16/11/06 reingrés, 30/05/2012 baixa voluntària.

-col·legiada 054069 alta del 1/07/10, baixa voluntària del 10/04/13 i reingrés del 22/01/14

.....

Correcte manteniment dels expedients.

Auditor	Fecha	Proceso	Contactos
AMABILIA BERMEJO PRIETO,	29/04/2014	GESTION DE LAS COMPRAS	Covadonga Picallo Secretaria presidència Gabriel Bronchales Responsable sistema

Notas

Procedimiento de gestión de las compras i subcontractacions del 15/01/2014 (es modifica apartat 5.1.1 respecte anterior versió selecció valoració, aprovació i seguiment de proveïdors i subcontractistes)

-Fitxa d'avaluació inicial de proveïdors RG01-PR16 S01
 -Document de selecció prèvia de proveïdor RG 02-PR16- S01
 -fitxa d'avaluació de seguiment de proveïdors RG03 PR16-S01
 -Llistat subcontractistes RG04 PR16 S01
 Indicadors vinculats nº NC proveïdors (freqüència semestral abril y octubre).

Revisar identificació registres vinculats al procediment de compres, doncs hi petites diferències a la codificació dels mateixos. OBS

HOMOLOGACIO PROVEÏDORS / REVALUACIO DE PROVEÏDORS

Tipología de las compras vinculadas a proveedores formadores, asesores y generales.

Noves homologacions període (assessors, formadors, subcontractistes...), cap assessor nou però si professors pel que no es pot evidenciar homologació inicial i/o valoració dels ítems establerts per direcció de programes (punt 5.1.2 del procediment de gestió de compres i subcontractistes).

Revisat Llistat subcontractistes RG04 PR16 S01 on es registra , tipus servei.

-Denver advocats proveïdor. (civil-penal)
 -Teresa Clemente (laboral) i-Mario Sepúlveda (laboral) mateixa empresa.
 -Cristina Ortega (formació)

-Procès d'avaluació continuada:

No se ha pogut evidenciar realització del seguiment semestral de proveïdors/subcontractistes, en contra del que estableix al procediment de gestió de les compres i subcontractacions del 15/01/2014.

EO: no s'evidencia manteniment de les fitxes d'avaluació de seguiment de proveïdors RG03 PR16-S01

Criteris avaluació docents (enquestes satisfacció amb criteri de 3,75 a cada curs realitzat)

GESTIO COMPRES

Detección necesidades de compras y solicitud de material. (solicitud de 3 presupuestos).

Revisió del PR05-PR16-S01 aprovació pressuposts i confirmació de recursos.

-Solicitante Joan Conesa del 19/02/14 compra cafetera, aprovació de la compra del 18/02/14, recoge justificación de la compra y proveedor recomendado.

-solicitante Albert Tort del 1/04/14 inscripció i jornada transversal d'atenció a la cronicitat (proveïdor únic) aprovació comanda del 1/04/14

-solicitante Nuria Garcia, del 31/03/14 (presupuestos mobiliario Vergara , Estel i intermediari comercial) aprovació comanda del 27/03/14 mobiliario Vergada.

.....

Totes les sol·licituts correctament documentades i amb seguiment (arxiu de tots els correus de comunicació).

Recepción coteja compra-albaran, OK albaran y al almacen o lugar de uso. (sello albaran y se pasa a contabilidad).

Alarmas registradas para realizar compras par no rotura stock para material fungible no mobiliario.

El mismo programa Ulises gestiona pedidos que llegan a la responsable y realiza el pedido global al proveedor (ninguno de estos productos ocasionaria incidencia en la prestación del Servicio).

Auditor	Fecha	Proceso	Contactos
AMABILIA BERMEJO PRIETO,	29/04/2014	GESTION DEL MANTENIMIENTO	Laura Rausell Administrativa suport informàtic. Gabriel Bronchales Responsable sistema Josep Maria Albalate Responsable manteniment

Notas

MANTENIMENT

Laura Rausell Administrativa suport informàtic.
Gabriel Bronchales Responsable sistema
Josep Maria Albalate Responsable manteniment

-Manteniment edificis i instal·lacions rev 15/01/14 (modificació respecte anterior versió modificació punt 5).
GENERAL: infraestructures no son pròpies (comunicacions amb propietari de les possibles incidències "veure notes Olalla Fontan informe mediambient", serveis de neteges.

Contractació serveis manteniment edifici per administrador de la comunitat de l'edifici Pujades prèvia aprovació junta de la comunitat (participació del COIB 26%).

En detectar incidències manteniment son comunicades al responsable de manteniment intern o empresa subcontractada per administrador finca i se'n fa seguiment de l'evolució i resolució.

Registre incidències manteniment RG05-RP17-S02 (recull identificació incidència, data, prioritat, usuari/departament, descripció incidència, resolució data resolució i observacions).

Registrades 40 incidències al 2013 (3 pendents del 2013 i de les 29 del 2014 4 pendents.

Fora bo registrar a l'apartat d'observacions comentaris d'aquelles incidències de llarga durada (3 pendents de resoldre del 2013 de 4/10, 15/03 i 18/03) OM

INFORMATIC:

Procediment Manteniment informàtic del 14/11/13

IT seguretat informàtica del 14/11/13

IT incidències informàtiques del 14/11/13

Empresa externa SOFTENG assessora gestió copies seguretat i COIB registra seguiments segons instruccions del proveïdor.

Als llistats es registra data realització, qui ho fa, ubicació unitat robòtica i nº cinta canviada llistats correctament actualitzats revisats:

Seguiment setmanal de copies de seguretat RG02-PR-17S01,

Seguiment mensual de copies de seguretat RG06-PR-17S01

Seguiment anual de copies de seguretat RG07-PR-17S01

Comprobació back up RG08-PR-17S01, darrera realitzada del 26/03/14 Area recerca realitzat per Laura.

Registre incidències informàtiques RG04-PR-17S01, correcte registre d'incidències informàtiques així com gestió i rapidesa de resolució.

Incidències detectades (codi, data, prioritat, softeng "proveïdor extern/COIB intern, usuari, descripció incidència, descripció acció i data tancament) no hi ha cap pendent de tancar.

Auditor	Fecha	Proceso	Contactos
AMABILIA BERMEJO PRIETO,	29/04/2014	SATISFACCIÓN	Isa Quintana Atenció col•legial Rosa Ribas Responsable administració col•legial

Notas

PR-12-O01 mesura de la satisfacció del 7/03/12 (en curs document esborrany pendent aprovació versió 5)
PR12-O02 queixes, reclamacions, suggeriments i agraïments del 19/12/13 (revisió que inclou les comunicacions ambientals provinents de parts interessades externes).

Es la comissió de seguiment de la qualitat amb la col•laboració de Recerca, qui s'encarrega de l'elaboració de les enquestes de satisfacció del COIB.

Enquesta recull informació de la satisfacció dels usuaris (formació, col•legiació, borsa de treball, assessories, grup 65, comunicació, informació, serveis auxiliars esdeveniments, clima laboral...).

Mostra aleatòria determinada per comissió de qualitat i Recerca. Realitzades a un 100% d'enquesta als usuaris del període.
Entrega física de les enquestes.

Qüestionaris De la formació rebuda RG01-PR12-O01, d'avaluació formativa per part dels docents RG02-PR12-O01, col•legiació RG03-PR12-O01, borsa treball (empreses) RG04-PR12-O01, assessories RG05-PR12-O01....

Recollida d'enquestes i dues aturades d'anàlisi a l'any (abril i octubre).

Revisats resultats període 2013 (abril que analitza de l'octubre 2013 al març del 2013 i octubre que analitza de l'abril al novembre).

L'anàlisi es realitza per cada tipus d'enquesta contra un standar (formalitzat al manual d'indicadors) establert i registrat a taula control indicadors període.

Indicadors del 12 al 23, 39, 41,42,43, 45 i 46 satisfacció, del 24 al 38, 40, 44 queixes, revisat resultats del 2013: Abril 2013 i Octubre 2013 segon semestre analitzat pendent abril 2014 (atenent a que l'organització es troba en procés de revisió tant del mapa de processos com del mateix procediment).

-Octubre 2013 únic indicador que no arriba al criteri d'acceptació es el % col•legiats satisfetes amb assessoria recerca 50% (únicament 2 enquestes analitzades).

Indicador % col•legiats satisfetes amb la assessoria infermeria del treball no s'han rebut respostes.

-Els resultats recollits a l'abril han estat millorats pels d'octubre tant en satisfacció com en queixes.

Atenent a aquests resultats (sobre tot detecció de millorar sistemàtica per tal de recollir mostra mes significativa) s'està revisant el procediment, cal verificar aprovació d'aquesta versió i implantació així com eficàcia del canvi a l'hora de recollir percepció d'usuais. OBS

Una vegada recollides les enquestes i queixes es realitza seguiment mensual de les accions vinculades i respostes recollides per part de l'assessor i administrativa de formació/secretària tècnica.

Revisat informe segon semestre (assessoria) i informe seguiment qualitat de setembre 2013 on s'analitzen les queixes rebudes i la seva resposta.

Millorar traçabilitat/ seguiment conclusions entre informes trimestrals de satisfacció.OBS

Informes satisfacció semestral (temps custodia ?? identificació como registro dins procediment)

Millorar arxiu documental i de registres (satisfacció) per tal d'agilitzar recerca, no es una NC doncs tots son disponibles i s'han pogut revisar sense incidències. OBS

Revisat resultat analitzat a la revisió del sistema del 26/02/14, resultat global 2013

Reclamacions i queixes 28 a tot el període (documentadas en Programa Ulises) es realitza seguiment de les queixes al programa (data comunicació, codi col•legiat, tipus de comunicat, resposta i persona que realitza resposta...recull de forma molt clara el seguiment i la resposta.

OM aprofitar informació recollida a Ulises per millorar anàlisi de reclamacions per tipologia dins dels seguiments de qualitat o be a la revisió per la direcció.

Informes prestació servei formació trimestrals:

Revisats informes del 21/01/14, 12/07/13, 18/04/13 i 14/01/13

Activitats realitzades, anul·lades, NC, propostes millora....

21/01/14: 24 activitats programades (5 Cursos i 19 Tallers) 522 infermeres. Realitzades 12 de les activitats programades, Resultat valoració activitats per enquestes, motius de les anul·lacions han estat manca d'alumnes inscrits accions vinculades a reduir anul·lacions (quinzenalment nova difució via e-mail a tots els col·legiats

Per sota de 3,75 no es considera satisfets només un curs per sota "eines per a l'abordatge del dolor en el treball de part" amb una puntuació de 2,96 següent a proper pla formatiu i revisió de la continuïtat del formador.

Auditor	Fecha	Proceso	Contactos
OLALLA FONTAN	29/04/2014	DIRECCIÓN	Gabriel Bronchales: Responsable de Calidad Joan Conesa: Dirección.

Notas

PR02-E01 vers.5, Panificación anual actividades, 15.01.14

Informe de revisión por la dirección del sistema integral COIB
Se realiza con periodicidad anual, última realizada 26.02.14
Asistentes: Comisión de calidad y Gerencia
Incluye los siguientes temas:

Revisión de la política: se incorporan los requisitos ambientales.

Revisión del estado de cumplimiento de objetivos:

Los objetivos del 2013 (9001) no estaban correctamente planteados, más que objetivos eran planes de trabajo, que se mantienen pero se genera programa de objetivos. Se ha realizado seguimiento de plan de trabajo que se adjunta.

Estado del cumplimiento de requisitos legales.

Identificación y evaluación de aspectos ambientales.

Resultados del seguimiento de procesos

Comité de Calidad se reúne semanalmente.

Planning ISO 2013 (se adjunta), la información se extrae del programa ULISES.

Los resultados más destacables:

-La comunicación de repuestas (99%)

-% satisfacción con la formación que imparte COIB

-% satisfacción en el servicio de asesoramiento es elevado.

El resultado de bolsa de trabajo no es positivo, se cree que es debido a la tendencia de mercado.

Tendencia similar al 2012. A destacar que el grado de satisfacción con el servicio a aumentado. Se mantiene los mismos para el 2014, se revisarán para eliminar obsoletos o variarlo para obtener más información.

Cumplimiento ambiental

Seguimiento de consumos, se dispone de datos 2013-2014, y en algún caso se han recogido los datos 2012 para comparar tendencia. Se dispone de datos absolutos, se desestima la relativización del dato (m2, personas, ...) todavía no se ha encontrado la idoneidad.

Resultados:

-Consumo agua: se mantiene (128m2 2012, 128m2 2013), por lo que no se establece acciones, pero se establecen medidas de reducción sobre todo a través de buenas prácticas ambientales (BPA).

-Consumo papel oficina: DINA3 1000 hojas, DINA4 187500 hojas, se compararán con datos 2014 para ver el resultado de la aplicación de las BPA.

-Consumo de toner: consumo elevado 2013, relacionado con las copias, se puesto un objetivo de reducción de consumo.

-Consumo electricidad: se aumenta 4% en 2013 respecto 2012, se considera que puede ser debido ha aumentado actividad. Se aplican BPA para analizar la posible mejora.

-Consumo energía climatización (frío y caliente): proviene de Disticlina, energía proveniente de incineración de residuos urbanos (Tersa). Se disponen de termostato y en las estancias y hay BPA. Se ha reducido un 28%. Se dispone de datos del primer trimestre 2014 inferiores al año anterior.

-Consumo copias impresas: registro de la fotocopadoras, reducción 27% en 2013 respecto 2012. Se ha establecido objetivo de reducción.

Mejora continua (NCs, AACC, AAPP) y auditoría interna

21 NCs 2013, 1 pendiente de cierre. 1 Acción preventiva.

2014: se propone acción formativa para mejorar la el registro de incidencias

Auditoría interna: 4 y 5 marzo 2014, 2 NCs. El Comité de Calidad plan de acciones.

Retroalimentación cliente (evaluación satisfacción y reclamación/ quejas)

Cumplimiento del plan de formación/ capacitación del personal

Nº 50: formación continuada 100%

Nº5212: horas formación para 42 personas

Acciones seguimiento de revisiones anteriores: ninguna pendiente.

Recomendaciones de mejora:

- se asume mantenimiento informático
- se modifica sistema gestión: instrucciones para mejorar servicio
- impulsar plataforma enfermera virtual
- plan de búsqueda de recursos externo al COIB para creación enfermera virtual

Cambios que afectan del sistema de gestión: inclusión de aspectos ambientales.

Comunicación a partes interesadas: ninguna.

Análisis de la relación con los proveedores

A través de las incidencias, en 2013 6 NCs, se deshomologa SPM manipulats.

5 incidencias informáticas ya cerradas.

Resultados de la revisión:

- Planteamiento nuevos objetivos para 2014
- Oportunidades de mejora del sistema y procesos
- Oportunidades de mejora de los servicios
- Necesidades de recursos.

RG01-PR06-E02 ver.1 Programa objetivos de Gestión: Calidad y Medio ambiente.

Se indica objetivo, meta, acciones, fecha prevista, recursos y responsables.

1. Mejorar control aspectos indirectos de empresas que trabajan en las instalaciones del COIB: implicar empresas de catering en la mejora de la gestión ambiental
2. Reducción consumo papel y toner de impresión en el COIB, entre un 10% y 15% respecto al 2013.
3. Mejorar los contenidos del consejo de salud de la plataforma Enfermera Virtual para trabajar en la salud de la comunicación (desde la salud personal), para conseguir incluir los factores ambientales como una "manera de vivir solidaria".

Objetivos y actividades 2014

-Dirección de Programa: enfermera virtual, recerca, SBDI, atención colegial, órganos de participación, grupo de participación, formación y comunicación.

-Dirección Gerencia: remodelación sede corporativa (confortable y moderna), comercialización antigua sede, fortalecer área económica 2018 (seguimiento), área RRHH equipos formados y predispuestos (seguimiento)... seguimiento de áreas con varias acciones.

Dirección indica que estos objetivos están en revisión de manera que no todos los son, ya que algunos son sólo acciones a realizar para seguimiento de áreas, se están acabando de planificar los objetivos de calidad (ya detectados en la auditoría interna evidenciada NC y plan de acciones propuesto que se considera correcto) desarrollándolos de la misma manera que para 14001 (Programa objetivos de Gestión).

OBS: Acabar de planificar los objetivos para 9001 según acciones establecidas (Programa objetivos de Gestión).

Auditor	Fecha	Proceso	Contactos
OLALLA FONTAN	29/04/2014	GESTION DOCUMENTAL	Gabriel Bronchales: Responsable de Calidad

Notas

Manual de Calidad rev.8, aprobado 24.04.2014
rev.8 : inclusión de los requisitos de gestión ambiental.

Anexo 1 Mapa de procesos, se evidencia identificación e interacción de los procesos incluyendo la Gestión ambiental. Se hace referencia a los procedimientos aplicables:

Procesos estratégicos:

- PE-1 Plan estratégico/Plan de objetivos
- PE-2 Responsabilidad social corporativa
- PE-3 Voz de la colegiada
- PE-4 Observatorio: de la profesional y de la profesión

Proceso Calve:

- PC-1 Ordenación y regulación de la profesión: código deontológico
- PC-2 Garantía y de la misión y la imagen de las enfermeras
- PC-3 Fomento del profesionalismo
- PC-4 Representante como actor clave del sistema de la salud
- PC-5 Servicio a la colegiada
- PC-6 Atención colegial

Proceso de soporte:

- PS-1 Comunicación
- PS-2 Impulso de la vida asociativa
- PS-3 Gabinete de realización de estudios técnicos
- PS-4 Administración general y infraestructura
- PS-5 Gestión económico financiera
- PS-6 Gestión de los sistemas de la información
- PS-7 Sistema de gestión de Calidad
- PS-08 Gestión ambiental

Objeto y alcance:

- Gestión colegial
- Formación
- Asesoramiento

Se incluye el alcance certificado en 9001, se vuelve a redefinir para 14001, indicado en la reunión inicial, ya que para 9001 el alcance está acotado al indicado, pero para 14001 se certifican todas las actividades del COIB.

OBS fase I: Definir el alcance completo de la certificación 14001 en el Manual de Calidad. Se evidencia corregido en Manual de calidad se diferencian alcances ok.

OM: Incluir alcance en el Manual de Calidad tal como se ha redefinido para la certificación 14001.

Exclusiones: justificadas adecuadamente en el Manual de Calidad.

- 7.3 Diseño y desarrollo
- 7.6 Control de dispositivos de seguimiento y medición.

Anexo 2: Procedimientos documentados del sistema.

Política de Calidad (integrada 9001 y 14001), aprobada el 22.01.14 por Presidente y secretaría de junta.

Se documenta, implementa y mantiene, es apropiada a la magnitud, naturaleza de los impactos ambientales de sus actividades o servicios, compromiso con la mejora continua y la prevención de la contaminación, compromiso con el cumplimiento con los requisitos legales y otros requisitos relacionados con los aspectos ambientales, marco para establecer objetivos y metas, se comunica a través de mail 29.01.14 (entre otra documentación del sistema con link de acceso), y está disponible al público Web.

Control documental y Control de registros (procd):

PR-02–E02 ver.8, 15.10.13 Gestión de la documentación del sistema.

La documentación se encuentra informatizada, organizada por carpetas, accesible a todo el personal en formato pdf.

En caso de distribución en papel, al final de cada documento se incluye información sobre la distribución del documento, indicando que la copia vigente es la que se encuentra en red, y las copias en papel serán copias no controladas.

La documentación obsoleta se guarda informáticamente y en papel se identifica como tal y se archiva.

OM: Se recomienda destruir las copias obsoletas en papel, si se realizan las copias de seguridad correspondientes.

Los documentos se firman por persona por quien realiza, revisa comisión calidad, y aprobación por Presidente.

Los cambios se identifican en el anexo 1 de los procedimientos, indicando la versión, fecha y motivo (ej: vers.8, 15.10.13 introducción requisitos 14001).

Documentación de origen externo, se incluyen en procedimiento.

RG01-PR02-E2 Listado de documentos externos del sistema, actualizado 27.02.14 Se indica nombre, origen y fecha.

RG02-PR02-E2 Relación de documentos del sistema de calidad, actualizado 26.02.14. Se indica procedimiento, numeración, código, versión, fecha, numeración registros asociados y su denominación, versión y fecha.

RG03-PR02-E2 Relación de registros del sistema de calidad, actualizado 27.02.14. Se indica la misma información sobre registros.

OM: Se recomienda unificar listado de documentos RG02-PR02-E2 y registros RG03-PR02-E2

RG04-PR02-E2 Calendario revisión de la documentación

RG05-PR02-E2 Cuadro general documentación ISO, actualizado 27.02.14

En cada procedimiento se hace referencia a los registros asociados indicando el tiempo de archivo de los mismos.

Se realizan las copias de seguridad correspondientes, teniendo en cuenta el procedimiento PR-17-S01

Mantenimiento informático (PS-6 Gestión de los sistemas de la información)

Auditor	Fecha	Proceso	Contactos
OLALLA FONTAN	29/04/2014	MEDICIÓN ANALISIS Y MEJORA	Gabriel Bronchales: Responsable de Calidad

Notas

Auditoria interna: (realizarse a intervalos planificados) (procd. y registro)
PR-05-E01, vers.6 Auditoría interna

Programa de auditoría integrado, 20.02.14
Prevista para el 4 y 5 de febrero, Auditora: Ainoha Azorín (externa)

Informe de auditoría, Realizada el 04 y 05.03.14
Adjunto se incluye Plan de acciones de la hallazgos de la auditor (2NCs y varias observaciones), donde se analizan las causas y se establecen acciones, responsables y fecha de cierre. Se evidencian a los largo de la auditoría algunas de las acciones indicadas ok algunas pendientes.
Además las NCs de auditoría interna se registran en Programa Ulises.

Los criterios de auditor interno se definen en procedimiento, Ainoha Azoría (externa) auditor imparcial, cumple con requisitos y se dispone de evidencias.

No conformidades AC/AP (procd. y registro)
PR13-O01, vers.8 Gestión no conformidades, 15.10.13
PR13-O02, vers.8 Acciones correctivas y preventivas, 15.10.13

Programa de Gestión Ulises (Colgiadas)
Gestión de quejas, reclamaciones, no conformidades, acciones correctivas, preventivas.
Se evidencia listado de las mismas con código de colores, verde se ha dado respuesta, blanco pendiente de respuesta, y rojo pendiente de revisión.

21 NCs 2013, 1 pendiente de cierre. 1 Acción preventiva.
2014: se propone acción formativa para mejorar el registro de incidencias
Se comprueban ej:
29.01.14: frío en espacio de Vocalias
17.02.14: error a nivel contable.
07.03.13 incidencia proveedor SPM
24.12.13: falta de ejemplare COIBflax, error proveedor.
22.02.14: se cancela reunión Comisión de Calidad.

Indicadores de proceso: (seguimiento y medición de procesos)
Documento de proceso e indicadores del donde queda recogido descripción de procesos (entradas, salidas, procesos relacionados, actividades principals, fórmula de cálculo, Standard óptimo, criterios, tipos de estudios, frecuencia de medida/análisis. Ver notas Dirección

Auditor	Fecha	Proceso	Contactos
OLALLA FONTAN	29/04/2014	REUNION FINAL	Joan Conesa: Dirección. Gabriel Bronchales: Responsable del Calidad
Notas			
<p>Representantes de la empresa: Joan Conesa: Dirección. Gabriel Bronchales: Responsable del Calidad</p> <p>1 NCs menor 9001 (7.4 Compras) Ninguna NC 14001</p> <p>Se cumple el plan de auditoría Presentación informe de auditoría Resumen general de auditoría. Conclusiones de la auditoría. Sistema de Apelación sobre realización o conclusión de la Auditoría. Posibilidad de recusación del Auditor Declaración auditoría es un muestreo No conformidades, acciones correctivas y plazos de cierre. Las actividades posteriores de BV (revisión técnica, emisión del certificado)</p> <p>9001: Recomendación Mantener después de completar un plan de acción correctivo satisfactorio.</p> <p>14001: Recomendación Conceder certificación.</p>			

3.3 INFORME DE NO CONFORMIDAD

Las no conformidades aquí detalladas se deben tratar a través del proceso de acciones correctivas de la organización, de acuerdo a los requisitos aplicables de la norma objeto de la auditoría relativos a las acciones correctivas, mediante acciones para prevenir su repetición y mantener los registros correspondientes.

Más abajo se definen los requerimientos de Bureau Veritas Certification para:

- Plazos previstos en la resolución de las no conformidades (a)
- Contenido de la respuesta (b)

Plazos previstos en la resolución de las No conformidades (a)

Las acciones correctivas para tratar las no conformidades mayores identificadas deben ejecutarse inmediatamente y ser notificadas a BV Certification en el plazo de 90 días, después del último día de auditoría, a menos que Bureau Veritas Certification y el cliente acuerden un periodo de tiempo mayor o en los seguimientos de ISO 22000 que deben ser notificadas en el plazo de 30 días.

La revisión de las no conformidades se realiza a través de una revisión documental. No obstante, en función de la magnitud de los hallazgos, nuestro auditor puede planificar una auditoría de seguimiento con el objeto de realizar una revisión de las acciones tomadas sobre las no conformidades identificadas, evaluar su eficacia, y recomendar el mantenimiento o no de la certificación.

Para tratar las no conformidades menores, el auditor jefe, deberá aprobar un plan de acciones correctivas, que contenga un análisis de la causa raíz así como las acciones correctoras necesarias. En la siguiente visita planificada, se verificará la implantación y eficacia de dichas acciones correctivas.

Se recomienda que la organización responda de forma rápida, con el objeto de disponer de tiempo adicional en caso de ser necesario en una revisión posterior.

El plazo de respuesta de las no conformidades, en una auditoría de renovación, será definido por el auditor jefe, de cara a que la implementación de correcciones y de acciones correctivas se realice antes del vencimiento de la certificación.

Las respuestas a las no conformidades pueden presentarse en soporte electrónico, mediante el Informe de No Conformidad facilitado en la presente herramienta (preferible) y a remitir a BV Certification.

Contenido de la respuesta del cliente (b)

La respuesta del cliente a las No conformidades debería ser revisada por el auditor jefe y debería contener tres partes; corrección, análisis causa raíz y acciones correctivas asociadas.

El auditor revisa las tres partes del plan y busca la evidencia de que está siendo implantado.

Corrección

1. La no conformidad ha sido corregida (y el cliente ha revisado el sistema por si fuera necesario corregir otros ejemplos relacionados) Se debe asegurar que la corrección responde a la pregunta "¿Es el único caso o no? en otras palabras, ¿Existe riesgo de que vuelva a ocurrir en otro centro o departamento?"
2. Si la corrección no puede ser inmediata; se debe elaborar un plan de acciones asociado a las no conformidades apropiado (responsables y fechas asociadas a las acciones).
3. Se debe disponer de evidencia de que la corrección y o el plan han sido implantados.

Análisis Causa Raíz

1. La causa raíz no consiste en describir de nuevo el hallazgo, tampoco en describir la causa directa que lo originó.
2. El análisis debe realizarse de forma adecuada para determinar la causa raíz real: Ej. Si alguien no siguió un determinado proceso podría ser la causa directa; determinar por qué alguien no siguió un determinado proceso conduciría a determinar la causa real.
3. La definición de la causa raíz debe focalizarse dirigiéndose a determinar un sólo origen y respondiendo a sucesivos por qué. El análisis causa raíz debe ser suficientemente profundo para llegar al origen de la causa.
4. Se debe asegurar que la causa raíz responde a la pregunta, "¿Que pudo fallar en el sistema de gestión?"
5. Culpar al empleado no se aceptará como única causa raíz de la desviación.
6. Se debe conocer qué es lo que falló en el sistema de gestión y asociar la desviación al proceso adecuado.

Acción Correctiva

1. La acción correctiva o plan de acciones correctivas definido deberá incluir un adecuado análisis de la(s) causa(s) raíz. Si no se determina la causa raíz real, no se evitará que la desviación vuelva a producirse.
2. Para que el plan de acciones se aceptado, deberá incluir:
 - Las acciones que determinan el análisis de la(s) causa(s) raíz
 - Identificación de los responsables de implantar las acciones y
 - una planificación (fechas) para su implantación.
 - un “cambio” del sistema del sistema de gestión. La Formación o información generalmente no constituyen cambios en el sistema de gestión.
3. Para aceptar la implantación de las acciones:
 - a. se debe disponer de suficiente evidencia que demuestre que el plan está siendo implantado y en curso.
 - b. Nota: no se requiere el envío de evidencias completas para cerrar las No conformidades; algunas evidencias serán revisadas en las visitas de seguimiento en las que se verifica la eficacia de las acciones correctivas. A excepción de ISO 22000, certificación para la cual es indispensable enviar evidencias de todas las no conformidades en todas las visitas.

A completar por BV

Fecha	Organización	Contrato nº	Número de NC	
29/04/2014	COL•LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB)	5175871	9KS2ABJ01	
No conformidad observada durante		2da Auditoría de seguimiento		
Proceso		GESTION DE LAS COMPRAS		
Norma		ISO 9001		
Cláusula		7.4 Compras		
Descripción de la evidencia objetiva de la no conformidad				
No s'ha pogut evidenciar una correcta implantació del procediment de compres de l'organització pel que fa a l'homologació i avaluació continua de proveïdors. EO: no s'han homologat nous assessor però sí professor i no es pot evidenciar homologació inicial i/o valoració dels ítems establerts per direcció de programes (punt 5.1.2 del procediment de gestió de compres i sub-contractistes) EO: No se ha pogut evidenciar realització del seguiment semestral de proveïdors/sub-contractistes, (manteniment de les fitxes d'avaluació de seguiment de proveïdors RG03 PR16-S01).				
Grado	Auditor Jefe	Auditor		Rep. de la Organización
Menor	OLALLA FONTAN	AMABILIA BERMEJO PRIETO,		GABRIEL BRONCHALES
A completar antes de				
29/07/2014	OFO	834651	ABJ	834622

A completar por la organización

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (¿Qué ha fallado en el sistema para que esta NC ocurra?)	
-	
ACCIÓN CORRECTIVA (¿Qué se hace para eliminar la causa y prevenir la repetición de la NC?)	
-	
Implantación de Acciones Correctivas	Fecha de finalización
	-
	Rep. de la Organización
	-

A completar por BV

Verificación de las Acciones Correctivas	Fecha	Estado	Auditor
		Esperando propuesta de AC	AMABILIA BERMEJO PRIETO,
Comentario			

4. DESEMPEÑO HASTA LA FECHA

ver notas

Número de NC	Hallazgos (No Conformidad)	Proceso	Norma	Cláusula	Grado	Fecha Emisión	Fecha de Cumplimentación	Verificación de Acciones Correctivas
9KS2ABJ01	<p>No s'ha pogut evidenciar una correcta implantació del procediment de compres de l'organització pel que fa a l'homologació i avaluació continua de proveïdors.</p> <p>EO: no s'han homologat nous assessor però si professor i no es pot evidenciar homologació inicial i/o valoració dels ítems establerts per direcció de programes (punt 5.1.2 del procediment de gestió de compres i sub-contractistes)</p> <p>EO: No se ha pogut evidenciar realització del seguiment semestral de proveïdors/sub-contractistes, (manteniment de les fitxes d'avaluació de seguiment de proveïdors RG03 PR16-S01).</p>	GESTION DE LAS COMPRAS	ISO 9001	7.4 Compras	Menor	29/04/2014	-	-

5. RESUMEN EJECUTIVO DE LA AUDITORÍA

5.1 CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

Sistema de gestión adecuadamente implantado, orientado a la mejora evidenciado en la auditoría.

5.2 RESUMEN DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA

Número de No conformidades grabadas	Mayor 0	Menor 1
¿ se requiere auditoría extraordinaria	N	
Fecha Inicio de la auditoría extraordinaria		
duración (días) :	0	
Fecha(s) actual(es) de la auditoría extraordinaria	~	

5.3 EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN

ES OBLIGATORIO REVISAR :

1. Documentación del Sistema de gestión
2. Implementación y mantenimiento eficaz del Sistema
3. Mejoras
4. Objetivos clave del Sistema y su monitorización
5. Programa de Auditorías Internas
6. Revisión por la Dirección
7. Acciones Correctivas y Preventivas

5.4 PUNTOS FUERTES

Gestión y control de la documentación.
Informe de revisión por la Dirección.
Fichas de descripción de puestos de trabajo.

5.5 OPORTUNIDADES DE MEJORA

Número	Proceso	Oportunidad(es) de Mejora
1	MEDICION ANALISIS	Aprofitar informació recollida a Ulises per millorar anàlisi de reclamacions per tipologia dins dels seguiments de qualitat o be a la revisió per la direcció.
2	GESTION DOCUMENTAL	Millorar arxiu documental i de registres (satisfacció) per tal d'agilitzar recerca, igualment tots son disponibles i s'han pogut revisar sense incidències.
3	GESTION DOCUMENTAL	Se recomienda destruir las copias obsoletas en papel, si se realizan las copias de seguridad correspondientes.
4	GESTION DOCUMENTAL	Se recomienda unificar listado de documentos RG02-PR02-E2 y registros RG03-PR02-E2

5.6 OBSERVACIONES

- Atenent als resultats obtinguts en mesurar satisfacció període 2013 (sobre tot detecció de millorar sistemàtica per tal de recollir mostra mes significativa) s'està revisant el procediment, cal verificar aprovació d'aquesta versió i implantació així com eficàcia del canvi a l'hora de recollir percepció d'usuaris.
- Millorar traçabilitat/ seguiment conclusions entre informes semestrals de satisfacció assessorament.
- Revisar identificació registres vinculats al procediment de compres, doncs hi petites diferències a la codificació dels mateixos.
- Acabar de planificar los objetivos para 9001 según acciones establecidas (Programa objetivos de Gestión).

6. RECOMENDACIONES DEL LÍDER DEL EQUIPO AUDITOR

Norma	Acreditación	Copias Cert.	Idioma

Norma	ISO 9001
Recomendación	Mantener la Certificación después de completar un plan de acción correctivo satisfactorio
Razón para la emisión o cambio del certificado	

7. PROGRAMA DE AUDITORÍA ISO 9001

Emplazamientos	Auditorías		
	Main	Surv1	Surv2
COL•LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS I	1,75	1	1
Jornadas de auditoría	1,75	1	1

Jornadas de recertificación previstas

Fecha	29/04/2014	Realizado / Revisado por	OLALLA FONTAN
Comentario			