



# INFORME DE LA AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMER

*8608027*

*Bureau Veritas Iberia S.L.*

*ISO9000 1ra. 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
- 2.4 ALCANCE DE LA AUDITORÍA
  - Objetivos de la Auditoría
  - Plan de auditoría
  - Criterios de auditoría

## 3 PROCESO DE AUDITORÍA

- 3.1 INFORME DE NO CONFORMIDAD

## 4 RESUMEN EJECUTIVO DE LA AUDITORÍA

- 4.1 CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA
- 4.2 RESUMEN DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA
- 4.3 PUNTOS FUERTES
- 4.4 OPORTUNIDADES DE MEJORA
- 4.5 OBSERVACIONES

## 5 RECOMENDACIONES DEL LÍDER DEL EQUIPO AUDITOR

## 6 Información del certificado

# 1 INFORMACIÓN GENERAL

## 1.1 INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la Compañía	COL-LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMER		
Dirección	C/ PUJADES, 350		
Ciudad	BARCELONA		
Código postal	08019		
Provincia	-		
País	Spain		
Nº Teléfono	+34932128108	Nº Fax	+34932124774
Nº Contrato	8608027		

## 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	Norma	Nombre del Emplazamiento	Central	Alcance
Español	ISO 9001	COL-LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMER	✓	GESTIÓN, FORMACIÓN Y ASESORAMIENTO COLEGIAL.
Francés	ISO 9001	COL-LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMER	✓	GESTION, FORMATION, CONSEIL COLLÉGIAL
Inglés	ISO 9001	COL-LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMER	✓	MANAGEMENT, TRAINING, PROFESSIONAL ADVICE
Catalán	ISO 9001	COL-LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMER	✓	GESTIÓ, FORMACIÓ I ASSESSORAMENT COL•LEGIAL

Nº de 1

Emplazamientos

Nº de Empleados 36

Central COL-LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMER

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

Tipo de Auditoría ISO9000 1ra. Visita de Seguimiento

Fecha Inicio de la Auditoría 14/07/2016

Fecha Fin de la Auditoría 14/07/2016

Duración 1

## 2.3 INFORMACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR

Jefe de equipo	Iniciales	Miembro del equipo	Iniciales
MONTSERRAT VIA SOLSONA,	MVS		

## 2.4 ALCANCE DE LA AUDITORÍA

### Objetivos de la Auditoría

1. confirmar que el sistema de gestión de la organización es conforme con todos los requisitos de la norma(s) de auditoría.
2. confirmar que la organización ha implantado de forma efectiva sus medidas previstas.
3. confirmar que el sistema de gestión es capaz de alcanzar las políticas y objetivos de la organización y evaluar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la organización cliente cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables.
4. cuando corresponda, la identificación de las áreas de mejora potencial del sistema de gestión.
5. confirmar que el sistema de gestión certificado es conforme con los requisitos de la norma, incluyendo, pero no limitado a:
  - a) auditorías internas y revisión por la dirección;
  - b) una revisión de las acciones tomadas sobre las no conformidades identificadas durante la auditoría previa;
  - c) el tratamiento de las quejas,
  - d) la eficacia del sistema de gestión en relación con el logro de los objetivos del cliente certificado;
  - e) el progreso de las actividades planificadas dirigidas a la mejora continua;
  - f) la continuidad en el control operativo;
  - g) la revisión de cualquier cambio, y
  - h) la utilización de las marcas y/o cualquier otra referencia a la certificación.

## Plan de auditoría

Fecha - Horario Actividad	Nombre del Emplazamiento	Proceso	Auditor	Comentario
14/07/2016 - 09:00 Auditoría	COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB)	REUNION INICIAL	MVS	
	Cláusula : 9K-BVCertification-control del certificado			9K-BVCertification Uso del Logo
14/07/2016 - 09:15 Auditoría	COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB)	Auditoría BVI 2015. Sistema, documentación y requisitos legales.	MVS	
	Cláusula : 9K-4.2 Requisitos de la Documentación 9K-7.2 Procesos relacionados con un cliente			9K-4.1 Requisitos Generales 9K-7.1 Planficación de la realización del producto
14/07/2016 - 10:30 Auditoría	COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB)	GESTIÓN COLEGIAL	MVS	
	Cláusula : 9K-7.5 Producción y Prestación del Servicio			9K-7.2 Procesos relacionados con un cliente 9K-8.2 Seguimiento y medición
14/07/2016 - 11:30 Auditoría	COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB)	ASESORAMIENTO COLEGIAL - COMPRAS	MVS	
	Cláusula : 9K-7.5 Producción y Prestación del Servicio			9K-7.2 Procesos relacionados con un cliente 9K-8.2 Seguimiento y medición
14/07/2016 - 13:00 Auditoría	COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB)	GESTION DE LAS COMPRA	MVS	
	Cláusula : 9K-7.4 Compras			9K-4.1 Requisitos Generales
14/07/2016 - 14:00 Pausa		-	MVS	

Fecha - Horario Actividad	Nombre del Emplazamiento	Proceso	Auditor	Comentario
14/07/2016 - 15:00	COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB)	GESTION DEL MANTENIMIENTO	MVS	
Auditoría	Cláusula : 9K-6.4 Ambiente de Trabajo		9K-6.3 Infraestructura	
14/07/2016 - 15:15		Responsabilidades de la dirección. Medición, análisis y mejora.	MVS	
Auditoría	Cláusula : 9K-5.4 Planificación 9K-6.1 Provisión de recursos 9K-8.2 Seguimiento y medición 9K-8.4 Análisis de datos		9K-5.3 Política de la Calidad 9K-5.6 Revisión por la Dirección 9K-8.1 Medición, análisis y mejora 9K-8.3 Control del producto no conforme 9K-8.5 Mejora	
14/07/2016 - 17:30	COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB)	REUNION FINAL	MVS	
Auditoría				



Fecha de preparación del plan de auditoría	06/07/2016
Comentario	<p>Notas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.El equipo auditor ajustará su horario de trabajo, en lo posible, al de la empresa.</li> <li>2.El programa de auditoría propuesto ha de considerarse orientativo.</li> <li>3.Si entre el momento de envío de la solicitud de oferta y la recepción de este documento hubiera habido cambios en su organización que implican la modificación de la información suministrada en la solicitud, rogamos nos lo comuniquen por escrito con al menos 15 días de antelación, ya que podrían alterar el buen transcurso del proceso de auditoría.</li> <li>4.Previamente al desarrollo diario del programa, el equipo auditor se reunirá con los representantes de la empresa para programar la jornada de auditoría y comentar su desarrollo.</li> <li>5.El equipo auditor precisará de un despacho u otro lugar de trabajo adecuado para su uso durante la auditoría.</li> <li>6.La Dirección de la empresa debe encontrarse presente en las reuniones inicial y final, así como los responsables de los otros departamentos. En el resto de actividades debe encontrarse presente el Representante de la Dirección o el Responsable de gestionar el proceso concreto que se trate.</li> <li>7.En cumplimiento a nuestros procedimientos internos y tal como se especifica en la oferta de certificación aceptada por Uds., les recordamos que les asiste el derecho de solicitar los antecedentes del equipo auditor así como el de recusar al equipo auditor designado, justificándolo por escrito y con 15 días de antelación a la fecha de auditoría prevista a Bureau Veritas Certification.</li> <li>8.Asimismo, les indicamos que la información interna de la empresa, obtenida por el equipo auditor durante el desarrollo de la auditoría, tendrá un tratamiento estrictamente confidencial.</li> </ol> <p>Rogamos que si tienen alguna duda o sugerencia se pongan en contacto con MONTSE VIA en el teléfono de la referencia.</p> <p>Sin otro particular, les saluda atentamente,</p> <p>Montse Via Solsona Auditora Jefe Móvil 607982684 E-mail:montse-e@telefonica.net</p>

## Crterios de auditoría

- Los requisitos de la norma aplicable, los procesos definidos y la documentación del sistema de gestión desarrollado por la organización y otras normas o documentos externos aplicables a la organización, acuerdos contractuales con clientes, etc.

## 3 PROCESO DE AUDITORÍA

### 3.1 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 porqués. 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		
20/07/2016	COL-LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMER	8608027	9KS1MVS01		
No conformidad observada durante	1ra Auditoría de seguimiento				
Proceso	ASESORAMIENTO COLEGIAL - COMPRAS				
Norma	ISO 9001				
Cláusula	9K-7.1 Planificación de la realización del producto				
Nombre del Emplazamiento	COL-LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMER				
Descripción de la evidencia objetiva de la no conformidad					
Se evidencia algún incumplimiento de los procedimientos del sistema. Evidencia Objetiva:					
a) No se evidencia la realización del "Informe de seguimiento de asesorías semestral". (Procedimiento PR11O01.);					
b) No se evidencia el uso de la "Ficha de evaluación inicial de proveedores". (Procedimiento PR16-S01.);					
c) No se evidencia la evaluación de los asesores contratados externamente en la forma en que establece el procedimiento. (Procedimiento PR16-S01.);					
d) No se evidencia el uso del documento de docencia,"RG13-PR10-O01".					
Grado	Auditor Jefe		Auditor		Rep. de la Organización
Menor	MONTSERRAT VIA SOLSONA,		MONTSERRAT VIA SOLSONA,		GABRIEL BRONCHALES
A completar antes de					
20/09/2016	MVS	1-X3V-137	MVS	1-X3V-137	

## A completar por la organización

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (¿Qué ha fallado en el sistema para que esta NC ocurra?)	
-	
Corrección (Qué se hace para resolver este problema)	
-	
Acción Correctiva (Qué se hace para prevenir la repetición)	
-	
Implantación de	Fecha de finalización
Acciones Correctivas	Rep. de la Organización
	-
	-

## A completar por BV

Verificación de las Acciones Correctivas	Fecha	Estado	Auditor
		Esperando propuesta de AC	MONTSERRAT VIA SOLSONA,
Comentario			

## 4 RESUMEN EJECUTIVO DE LA AUDITORÍA

### 4.1 CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

Habiendo cumplido los objetivos de la auditoría, del muestreo realizado se concluye:

.Se evidencia conformidad del sistema con el alcance de esta certificación, los requisitos de la norma de referencia y la documentación aplicable a la organización, salvo para las observaciones y la no conformidad detectada.

.Se demuestra eficacia del sistema de gestión:

..Se ha implementado un programa de objetivos de la calidad,

..La auditoría interna realizada y la evaluación de los resultados se consideran satisfactorios.

..La revisión por la dirección realizada se considera satisfactoria.

..La entidad ha contratado servicios de consultoría externa para la mejora y adaptación del sistema de gestión a la nueva norma ISO9001.

.Se han detectado áreas de mejora.

Las observaciones deben tratarse, en caso contrario podrían ser consideradas no conformidades en la próxima auditoría.

### 4.2 RESUMEN DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA

	Mayor	Menor
Número de No conformidades grabadas	0	1

## 4.3 PUNTOS FUERTES

- . Implicación de la alta dirección en el sistema.
- . Implicación de la entidad en la mejora continua del sistema.
- . Disponibilidad, colaboración y profesionalidad del equipo auditado.
- . Gestión del mantenimiento informático.
- . Informe y presentación de la revisión por la dirección.
- . Contratación de una consultoría externa para la mejora del sistema y su adaptación a la nueva norma ISO9001:2015. Revisión de los procesos y redefinición de indicadores.
- . Uso del programa ULISES para la gestión de la actividad de la entidad. (Trazabilidad en los servicios prestados y sus usuarios/as.)

## 4.4 OPORTUNIDADES DE MEJORA

Número	Proceso	Oportunidad(es) de Mejora
1	ASESORAMIENTO COLEGIAL	Concretar y documentar las competencias requeridas para cada perfil de asesor externo / interno que participa en la atención colegial, y determinar sistemáticas para su evaluación respecto a los estándares de calidad de servicio de la entidad.
2	GESTIÓN COLEGIAL	Documentar el análisis sobre impagados en relación a las satisfacción de los usuarios/a.

## 4.5 OBSERVACIONES

Número	Proceso	Cláusula
Observaciones		
1	GESTIÓN COLEGIAL	9K-4.2 Requisitos de la Documentación
Se evidencia distinto período de conservación para un mismo documento, (en IT01-PR07-O01 se evidencia 5 años y en IT02-PR07-O01 se evidencia indefinido.).		

## 5 RECOMENDACIONES DEL LÍDER DEL EQUIPO AUDITOR

Norma	Acreditación	Copias Cert.	Idioma
ISO 9001	ENAC	0	Inglés
ISO 9001	ENAC	0	Francés
ISO 9001	ENAC	0	Español
ISO 9001	ENAC	0	Catalán

Norma	ISO 9001
Recomendación	Mantener la Certificación después de completar un plan de acción correctivo satisfactorio
Razón para la emisión o cambio del certificado	
¿ se requiere auditoría extraordinaria	N
Fecha Inicio de la auditoría extraordinaria	
duración (días) :	



## 6 Información del certificado

### 6.1 ISO 9001 - ENAC - Inglés

#### Información del certificado

Nombre del Emplazamiento	COL-LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMER
Dirección	C/ PUJADES, 350
Ciudad	BARCELONA
Código postal	08019
Provincia	-
País	Spain
Alcance	MANAGEMENT, TRAINING, PROFESSIONAL ADVICE
Número de certificados	0

## 6.2 ISO 9001 - ENAC - Francés

### Información del certificado

Nombre del Emplazamiento	COL-LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMER
Dirección	C/ PUJADES, 350
Ciudad	BARCELONA
Código postal	08019
Provincia	-
País	Spain
Alcance	GESTION, FORMATION, CONSEIL COLLÉGIAL
Número de certificados	0

## 6.3 ISO 9001 - ENAC - Español

### Información del certificado

Nombre del Emplazamiento	COL-LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMER
Dirección	C/ PUJADES, 350
Ciudad	BARCELONA
Código postal	08019
Provincia	-
País	Spain
Alcance	GESTIÓN, FORMACIÓN Y ASESORAMIENTO COLEGIAL.
Número de certificados	0

## 6.4 ISO 9001 - ENAC - Catalán

### Información del certificado

Nombre del Emplazamiento	COL-LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMER
Dirección	C/ PUJADES, 350
Ciudad	BARCELONA
Código postal	08019
Provincia	-
País	Spain
Alcance	GESTIÓ, FORMACIÓ I ASSESSORAMENT COL•LEGAL
Número de certificados	0