



# Informe de Auditoría

## Datos de la Organización

---

<b>Organización</b>	EXMO AYUNTAMIENTO DE LOGROÑO
<b>Referencia</b>	17414

---

## Datos de la Auditoría

---

<b>Normas</b>	ISO 9001:2015
<b>Fecha de la Auditoría</b>	27 a 32 de mayo de 2019
<b>Tipo de Auditoría</b>	7AS2 COMBINADA / INTEGRADA / CONJUNTA (-)

---

# Índice

1.	DATOS DEL EQUIPO AUDITOR .....	3
2.	ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN .....	3
3.	ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	6
4.	OBJETIVOS Y CRITERIOS DE LA AUDITORÍA.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
5.	AGENDA.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.	REQUISITOS GENERALES DE CONTRATACIÓN Y DE APLICACIÓN EN LAS AUDITORÍAS ..	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

<b>Organización</b>	Exmo Ayuntamiento de Logroño
<b>Dirección</b>	Casa Consistorial - Av. De la Paz, 11. 26071 – Logroño.
<b>Representante de la Organización</b>	Luis Ángel Ruiz Budria - Gestor de Sistemas de Calidad
<b>Correo Electrónico</b>	

### 1. DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

Rol	Nombre	Norma y Versión	Fecha	Centro	Duración (días/auditor)
<b>Auditor Jefe</b>	Florencio Molina	9001:15	27-31/5/19	Ver	5,0
<b>Auditor</b>	Antonio Aguayo	9001:15	29/5/19	agenda	1,0
<b>Duración Total Efectiva</b>					<b>6,0</b>

#### Datos de contacto del Auditor Jefe

<b>Correo Electrónico</b>	<a href="mailto:florencio.molina@eqa.org">florencio.molina@eqa.org</a>
<b>Teléfono Móvil</b>	649825289

### 2. ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN

<b>CENTRO 0 CENTRAL O PRINCIPAL</b>	<b>Dirección</b>	<b>SEDE CENTRAL:</b> Casa Consistorial - Av. De la Paz, 11. 26071 – Logroño.
	<b>Alcance</b>	A) Recepción, registro y archivo de los documentos y tratamiento de las decisiones de los órganos de gobierno. Tratamiento de la información municipal. La celebración de matrimonios civiles B) Redacción, supervisión de proyectos de arquitectura y dirección de obras en edificaciones y urbanizaciones, y mantenimiento de edificios municipales. C) Gestión de espacios juveniles, culturales y mantenimiento de centros escolares. Desarrollo de actividades culturales y actividades para jóvenes. D) Gestión de programas de urgencia social, actividades socioeducativas con menores, y el tratamiento de las demandas sociales. Concesión de ayudas a asociaciones y personas individuales para mejorar su calidad de vida. E) Gestión turística y comercial de la ciudad. F) Gestión de la contratación administrativa de las obras, los servicios públicos, las consultorías y asistencias, servicios al ayuntamiento y suministros. G) Actividades de prevención, extinción de incendios, rescate de personas y salvamento. Gestión de planes de emergencia. H) Desarrollo de las actuaciones en materia de atestados, regulación del tráfico, policía administrativa, seguridad ciudadana y gestión de sanciones derivadas de infracciones. I) Pago a terceros, ordenación, imposición, gestión, liquidación y control de tributos y precios públicos municipales. J) Tratamiento de la información de las actividades municipales, de las reclamaciones, quejas y sugerencias, y de la información al consumidor. K) Control y fiscalización de los ingresos y gastos del ayuntamiento de Logroño. L) Abastecimiento de aguas potables y servicios asociados. M) Gestión y control de las empresas contratadas para la limpieza y mantenimiento de calles y zonas verdes y para la recogida y tratamiento de residuos sólidos urbanos. N) Producción de plantas ornamentales para los jardines municipales. O) Mantenimiento de viales y redes. Gestión y préstamos de materiales. P) Concesión de licencias urbanísticas y autorización de obras y actividades en el municipio. La tramitación de planes parciales y estudios de detalle. Concesión de licencias de ocupación del dominio público, de vados, de tarjetas de residentes. Q) La promoción de la ciudad para la inserción de jóvenes desempleados en el mercado laboral y el asesoramiento para la creación de empresas. R) Gestión de los servicios comunitarios, mercados y cementerios municipales.

<b>CENTRO 1</b>	<b>Dirección</b>	Policía Local. C/ Ruavieja, 47. 26001 Logroño
	<b>Alcance</b>	H)

<b>CENTRO 2</b>	<b>Dirección</b>	Extinción de Incendios y Salvamentos. C/ Pradoviejo, 64. 26006 Logroño
-----------------	------------------	--

	Alcance	G)
CENTRO 3	Dirección	Policía Local. CL Villegas 14. 26001- Logroño
	Alcance	H)
CENTRO 4	Dirección	Parque de Servicios. C/ Tejeras, 5. 26006 Logroño
	Alcance	O)
CENTRO 5	Dirección	Estación Tratamiento Agua Potable Rio Iregua. 26140 Lardero
	Alcance	L)
CENTRO 6	Dirección	Centro de Servicios Sociales Acesur - Pl. Acesur CL Doctor Múgica, 27. 2600 Logroño
	Alcance	D)
CENTRO 7	Dirección	Centro de Servicios Sociales La Ribera. PL Maestro Lope, s/n. 26004 - Logroño
	Alcance	D)
CENTRO 8	Dirección	Centro de Servicios Sociales Las Fontanillas. CL Poniente, 14. 26005 - Logroño
	Alcance	D)
CENTRO 9	Dirección	Oficina de Rehabilitación y Centro Histórico. C/ Herrerías 18. 26001 Logroño
	Alcance	B)
CENTRO 10	Dirección	Teatro Bretón de Los Herreros. C/ Bretón de los Herreros, 11. 26001 Logroño
	Alcance	C)
CENTRO 11	Dirección	Centro de Servicios Sociales Casco Antiguo. C/ Marqués de San Nicolás Nº 17-19 Logroño
	Alcance	D)
CENTRO 12	Dirección	Centro de Servicios Sociales Lobete. CL Obispo Blanco Najera, 2. 26004 - Logroño
	Alcance	D)
CENTRO 13	Dirección	Centro de Servicios Sociales El Parque. CL Santa Isabel, 6. 26002 - Logroño
	Alcance	D)
CENTRO 14	Dirección	Cementerio y Crematorio de Logroño. Carretera de Navarra S.N. 26006 Logroño
	Alcance	R)
CENTRO 15	Dirección	Vivero Municipal. Cr. El Cortijo - KM. 3. 26071 Logroño
	Alcance	N)
CENTRO 16	Dirección	Centro Joven "La Gota de Leche". C/ Once de Junio, 2. 26001 Logroño
	Alcance	C)
CENTRO 17	Dirección	Oficina de Comercio y Turismo. C/ Portales, 50. 26001. Logroño
	Alcance	E)
CENTRO 18	Dirección	Casa de las Ciencias, 1 C/ del Ebro, 1. 26071 - Logroño
	Alcance	C)
CENTRO 19	Dirección	Plaza de Abastos, C/ Sagasta, 1. 26001. Logroño
	Alcance	R)
CENTRO 20	Dirección	Biblioteca Municipal Rafael Azcona. CL Teniente Coronel Santos Ascarza, 9. 26071 - Logroño
	Alcance	C)

<b>CENTRO 21</b>	<b>Dirección</b>	Colonia Infantil de Nieva. Pº ED La Soledad SN. 26141 Nieva de Cameros
	<b>Alcance</b>	C)
<b>CENTRO 22</b>	<b>Dirección</b>	Centro de Acogida C/ Herrerías, 22. 26001 Logroño
	<b>Alcance</b>	D)
<b>CENTRO 23</b>	<b>Dirección</b>	Centro de Empleo. CL Mendavia, 32. 26006 Logroño
	<b>Alcance</b>	Q)
<b>CENTRO 24</b>	<b>Dirección</b>	Centro de Servicios Sociales de Varea. CL Torrecillas, 12. 26006 Logroño
	<b>Alcance</b>	D)
<b>CENTRO 25</b>	<b>Dirección</b>	Centro de Servicios Sociales de Yagüe. CL Toledo, 16. 26006 - Logroño
	<b>Alcance</b>	D)
<b>CENTRO 26</b>	<b>Dirección</b>	Centro de Servicios Sociales La Estrella C/ Piqueras, 89. 26006 - Logroño
	<b>Alcance</b>	D)

La organización dispone de centros temporales o móviles de trabajo que quedan recogidos dentro del alcance de certificación

### 3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Se recopila a continuación la información necesaria correspondiente al alcance del sistema de gestión, las ubicaciones de la organización y las normas de aplicación objeto de esta auditoría

<b>CENTRO 0 CENTRAL O PRINCIPAL</b>	<b>Dirección</b>	<b>SEDE CENTRAL:</b> Casa Consistorial - Av. De la Paz, 11. 26071 – Logroño.
	<b>Alcance</b>	A) Recepción, registro y archivo de los documentos y tratamiento de las decisiones de los órganos de gobierno. Tratamiento de la información municipal. La celebración de matrimonios civiles B) Redacción, supervisión de proyectos de arquitectura y dirección de obras en edificaciones y urbanizaciones, y mantenimiento de edificios municipales. C) Gestión de espacios juveniles, culturales y mantenimiento de centros escolares. Desarrollo de actividades culturales y actividades para jóvenes. D) Gestión de programas de urgencia social, actividades socioeducativas con menores, y el tratamiento de las demandas sociales. Concesión de ayudas a asociaciones y personas individuales para mejorar su calidad de vida. E) Gestión turística y comercial de la ciudad. F) Gestión de la contratación administrativa de las obras, los servicios públicos, las consultorías y asistencias, servicios al ayuntamiento y suministros. G) Actividades de prevención, extinción de incendios, rescate de personas y salvamento. Gestión de planes de emergencia. H) Desarrollo de las actuaciones en materia de atestados, regulación del tráfico, policía administrativa, seguridad ciudadana y gestión de sanciones derivadas de infracciones. I) Pago a terceros, ordenación, imposición, gestión, liquidación y control de tributos y precios públicos municipales. J) Tratamiento de la información de las actividades municipales, de las reclamaciones, quejas y sugerencias, y de la información al consumidor. K) Control y fiscalización de los ingresos y gastos del ayuntamiento de Logroño. L) Abastecimiento de aguas potables y servicios asociados. M) Gestión y control de las empresas contratadas para la limpieza y mantenimiento de calles y zonas verdes y para la recogida y tratamiento de residuos sólidos urbanos. N) Producción de plantas ornamentales para los jardines municipales. O) Mantenimiento de viales y redes. Gestión y préstamos de materiales. P) Concesión de licencias urbanísticas y autorización de obras y actividades en el municipio. La tramitación de planes parciales y estudios de detalle. Concesión de licencias de ocupación del dominio público, de vados, de tarjetas de residentes. Q) La promoción de la ciudad para la inserción de jóvenes desempleados en el mercado laboral y el asesoramiento para la creación de empresas. R) Gestión de los servicios comunitarios, mercados y cementerios municipales.
<b>CENTRO 1</b>	<b>Dirección</b>	Policía Local. C/ Ruavieja, 47. 26001 Logroño
	<b>Alcance</b>	H)
<b>CENTRO 2</b>	<b>Dirección</b>	Extinción de Incendios y Salvamentos. C/ Pradoviejo, 64. 26006 Logroño
	<b>Alcance</b>	G)
<b>CENTRO 3</b>	<b>Dirección</b>	Policía Local. CL Villegas 14. 26001- Logroño
	<b>Alcance</b>	H)
<b>CENTRO 4</b>	<b>Dirección</b>	Parque de Servicios. C/ Tejeras, 5. 26006 Logroño
	<b>Alcance</b>	O)
<b>CENTRO 5</b>	<b>Dirección</b>	Estación Tratamiento Agua Potable Rio Iregua. 26140 Lardero
	<b>Alcance</b>	L)
<b>CENTRO 7</b>	<b>Dirección</b>	Centro de Servicios Sociales La Ribera. PL Maestro Lope, s/n. 26004 - Logroño
	<b>Alcance</b>	D)
<b>CENTRO 8</b>	<b>Dirección</b>	Centro de Servicios Sociales Las Fontanillas. CL Poniente, 14. 26005 - Logroño
	<b>Alcance</b>	D)

CENTRO 9	Dirección	Oficina de rehabilitación y Centro Histórico . C/ Herrerías 18. 26001 Logroño
	Alcance	B)
CENTRO 10	Dirección	Teatro Bretón de Los Herreros. C/ Bretón de los Herreros, 11. 26001 Logroño
	Alcance	C)
CENTRO 13	Dirección	Centro de Servicios Sociales El Parque. CL Santa Isabel, 6. 26002 - Logroño
	Alcance	D)
CENTRO 14	Dirección	Cementerio y Crematorio de Logroño. Carretera de Navarra S.N. 26006 Logroño
	Alcance	R)
CENTRO 15	Dirección	Vivero Municipal. Cr. El Cortijo - KM. 3. 26071 Logroño
	Alcance	N)
CENTRO 16	Dirección	Centro Joven "La Gota de Leche". C/ Once de Junio, 2. 26001 Logroño
	Alcance	C)
CENTRO 17	Dirección	Oficina de Comercio y Turismo. C/ Portales, 50. 26001. Logroño
	Alcance	E)
CENTRO 18	Dirección	Casa de las Ciencias, 1 C/ del Ebro, 1. 26071 - Logroño
	Alcance	C)
CENTRO 19	Dirección	Plaza de Abastos, C/ Sagasta, 1. 26001. Logroño
	Alcance	R)
CENTRO 20	Dirección	Biblioteca Municipal Rafael Azcona. CL Teniente Coronel Santos Ascarza, 9. 26071 - Logroño
	Alcance	C)
CENTRO 23	Dirección	Centro de Empleo. CL Mendavia, 32. 26006 Logroño
	Alcance	Q)
CENTRO 25	Dirección	Centro de Servicios Sociales de Yagüe. CL Toledo, 16. 26006 - Logroño
	Alcance	D)

#### 4. OBJETIVOS Y CRITERIOS DE LA AUDITORÍA

---

##### Objetivos de la auditoría

- Determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización auditada, o partes de dicho sistema, con los criterios de auditoría
- Determinar su capacidad para asegurar que la organización cumple con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables (teniendo siempre presente que una auditoría de certificación de un sistema de gestión, no es una auditoría de cumplimiento legal);
- Determinar la eficacia del sistema de gestión, para asegurar que el cliente puede tener expectativas razonables en relación al cumplimiento de los objetivos especificados.

*(Si procede, añadir objetivos específicos de la presente auditoría. Por ejemplo, auditorías de transición de norma/versión)*

##### Criterios

Normas de Referencia. Reglamentos y Guías de referencia, si las hubiera.

Contrato de EQA

Procedimientos de EQA, en especial EQA06 Procedimiento de auditoría

Información documentada y procesos del sistema de gestión de la organización cliente

Requisitos de acreditación, si aplicara.

##### Documentación de Aplicación

Normas, guías y reglamentos de referencia

Normativa de aplicación a la organización y sus actividades

Requisitos suscritos

#### 5. REUNIÓN DE APERTURA

---

El Auditor Jefe trata con la organización los siguientes aspectos en la reunión de apertura:

1. Presenta a los participantes en la auditoría, incluida una breve descripción de sus roles.
2. Recuerda el compromiso contractual de confidencialidad de la Entidad de Certificación con la organización y del Equipo Auditor con la Entidad y la organización.
3. Confirma el alcance de certificación
4. Confirma el contenido del Plan de Auditoría: tipo y alcance de la auditoría, objetivos y criterios, horario, desplazamientos, reuniones intermedias del equipo auditor,...
5. Identifica los interlocutores, guías y observadores, su disponibilidad y roles, los canales de comunicación formales entre el equipo auditor y el cliente, y el idioma a emplear.
6. Explica la metodología de la auditoría, informando que se basa en un muestreo, el equipo auditor es responsable de la auditoría y controla la ejecución del plan de auditoría, incluyendo las actividades y las líneas de investigación de la auditoría, y que durante la auditoría se mantendrá informado al cliente sobre el progreso de esta y sobre cualquier problema.
7. Confirma que están disponibles los recursos y la logística necesaria para el equipo auditor así como la necesidad de obtener permisos, usar EPI's, procedimientos de protección, emergencia y seguridad en el trabajo,... para realizar la auditoría.
8. Comenta que al final de la auditoría habrá una reunión de cierre y confirma que habrá interlocutores válidos
9. Explica el método para presentar la información resultante de la auditoría, incluida cualquier categorización de los hallazgos de la auditoría.
10. Indica que es posible que bajo determinadas condiciones la auditoría puede darse por terminada prematuramente (Ej. ante la evidencia de que el sistema no se ha mantenido, por ausencia de interlocutores válidos o ante incumplimientos graves de requisitos, causas sobrevenidas, etc.).
11. En la certificación del esquema SST, requiere al representante de la organización cliente que invite a asistir a la reunión de cierre de auditoría a la dirección con responsabilidad legal en materia de SST, al personal encargado de la vigilancia de la salud de los empleados y a los representantes de los trabajadores con responsabilidad en la materia.
12. Se ofrece al cliente la oportunidad de hacer preguntas.
13. Solicita una visita rápida al emplazamiento.
14. Comienza evaluando el estado de los hallazgos de la revisión o auditoría anterior, cuando corresponda (eficacia PAC)

##### Observaciones de la Organización durante la Reunión de Apertura:

## 6. REVISIÓN DEL CONTRATO

El proceso de certificación de la organización presenta las siguientes características:

\*\*\*\*\*  
 Verificados los datos de centros y personal, conforme con lo informado.  
 \*\*\*\*\*

Los detalles de la organización en cuanto a la información contenida en el apartado de revisión de contrato, obtenida durante la auditoría, concuerda con la información proporcionada por la organización para la elaboración de la oferta y revisión de contrato

Sí concuerda	<input checked="" type="checkbox"/>	No concuerda	<input type="checkbox"/>
<b>Describe aquí solo las diferencias:</b>			
<b>Se ha corregido la denominación de centro 9 para que sea concordante con la actual.</b>			
<b>CENTRO 9</b>	<b>Dirección</b>	Oficina de Rehabilitación y Centro Histórico. C/ Herrerías 18. 26001 Logroño	
	<b>Alcance</b>	B)	

## 7. REUNIÓN DE CIERRE

Nombre	Puesto
Bernabé PALACIN	DG de Contratación, RSC y Servicios comunitarios
Jesús SOLANO	DG de Políticas Sociales, Comercio, Cultura y Turismo
Ana Gloria RUPEREZ	Adjunto al Servicio y responsable de edificación
Pedro Manuel SAN JUAN	Adjunto de Calidad ambiental
Luis Angel MEDEL	Responsable del Parque de Servicios
Jesús ESTEBAN	Adjunto responsable de Familia y Política Social
Elvira MARZO	Jefe de sección de responsabilidad social y servicios comunitarios
Pilar DE PABLO	Jefe de Sección de Gestión administrativa
Rubén BLANCO	Jefe de Relaciones Públicas y Gestión Administrativa Casa delas Ciencias
Isabel MURILLO	DG Transparencia, Evaluación y Control Políticas Públicas
Fernando GONZALEZ SARASA	Adjunto a la DG de Transparencia, Evaluación y Control Políticas Públicas
Luis Angel RUIZ	Gestor de Sistemas de calidad

Justificación en caso de ausencia en la reunión de cierre de la dirección con responsabilidad legal en materia de SST, el personal encargado de la vigilancia de la salud de los empleados (o personal encargado de dicha gestión) y/o los representantes de los trabajadores con responsabilidad en la materia:

### Conclusiones de la auditoría

A continuación se presentan las conclusiones de la auditoría realizada, incluyendo las recomendaciones relativas a la certificación.

<input checked="" type="checkbox"/>	El alcance de certificación reflejado en este informe describe adecuadamente la actividad de la organización. <i>Ver Detalle en Apartado 2</i>
<input type="checkbox"/>	Los objetivos de auditoría reflejados en este informe se han cumplido <i>Ver Detalle en Apartado 4</i>
Breve explicación, si alguno de los ítems anteriores no se cumple	

### Con respecto al Plan de auditoría

Se ha cumplido fielmente el reparto de tareas y horarios establecido

Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------

Si la respuesta es 'No', explicar brevemente los cambios realizados y la justificación de los mismos

### Programa de Certificación

El Programa de Certificación...

<input type="checkbox"/>	... se considera adecuado sin necesidad de realizar cambios
<input checked="" type="checkbox"/>	... requiere los siguientes cambios:
Sería necesario armonizar en el programa los procesos identificados para que sean concordantes con los determinados por la entidad, de cara a facilitar la revisión de la actividad.	

## HALLAZGOS

Los hallazgos de auditoría que resumen la conformidad y no conformidad han sido revisados por el equipo auditor, y se encuentran identificados, clasificados y registrados en este informe, y en los apuntes de auditoría.

A continuación se enumeran las No Conformidades Mayores y menores que se han detectado en el desarrollo de la auditoría, así como las áreas de preocupación que el equipo auditor considera importante reseñar debido a que tratan aspectos que podrían desembocar en futuras no conformidades si no se les presta la suficiente atención.

### No Conformidades Mayores detectadas durante la auditoría

Será necesaria la elaboración de un **Plan de Acciones de Correctivas** frente a las no conformidades mayores, así como **evidencias de la implantación de las acciones correctivas**, que deberán ser revisadas y validadas por parte del Auditor Jefe para finalizar el proceso de auditoría con resultado satisfactorio y continuar con el proceso de certificación.

Id	Norma	Punto	(*)	Descripción
1				No se han abierto No conformidades mayores en esta visita.

(\*) Proviene de la repetición de no conformidades de años anteriores.

### No Conformidades menores detectadas durante la auditoría

Será necesaria la elaboración de un **Plan de Acciones de Correctivas** frente a las no conformidades menores, y, en caso de ser requeridas, evidencias de la corrección. Ambas deberán ser revisadas y validadas por parte del Auditor Jefe para finalizar el proceso de auditoría con resultado satisfactorio y continuar con el proceso de certificación.

Id	Norma	Punto	(**)	Descripción	Requiere PAC	Requiere Evidencias
A	9001	9.2		En la auditoría interna realizada por Pilar de La Torre con fechas 15-3 y 17-3 a los departamentos de servicios sociales y de gestión de transparencia se han identificado no conformidades, sin embargo, no ha podido presentarse información documentada que demuestre que se ha realizado el análisis de las causas y la puesta en marcha de acciones correctivas y su seguimiento para el cierre de lo hallado.	✓	<input type="checkbox"/>
B	9001	10.1 10.2		Existe procedimiento de apertura de no conformidades y de apertura y seguimiento de las acciones correctivas destinadas a corregir las causas que las originan, sin embargo no se ha podido evidenciar la apertura de ninguna no conformidad en ninguno de los servicios auditados en el último ciclo de auditoría. Evidencia: durante las visitas a distintos servicios se han relatado situaciones que deberían haber dado lugar a la apertura de no conformidades, sin embargo, aunque se han realizado medidas correctoras para solucionar el problema, no se han documentado en sistema ni analizado sus causas para evitar que vuelvan a producirse, ejemplo detección de equipos caducados en servicio de bomberos. Superación de valores establecidos en indicadores de distintos	✓	<input type="checkbox"/>

			servicios.		
--	--	--	------------	--	--

(\*\*) Proviene de la repetición de observaciones de años anteriores.

## Observaciones

<b>Id</b>	<b>Descripción</b>
Obs1	En el seguimiento de expedientes de obra no se está realizando evaluación del anexo de residuos de construcción y demolición ni evaluación final de su cumplimiento.
Obs2	Se han identificado trabajos en marcha para realización de una guía para poder acometer los pasos preparación, tramitación y justificación del expediente de subvención de modo ordenado y ágil.
Obs3	En la revisión de determinados indicadores se han identificado datos que deberían haber originado una investigación posterior, Ej. Indicador PO 05 32 sobre días de baja de la policía local 2018 asciende a 10145 días. (Se que corresponde con un 20% del total de los días en el servicio)
Obs4	En el parque de maquinaria se realiza seguimiento de las órdenes de mantenimiento, sin embargo no en todos los casos se conservan las peticiones que son desestimadas.
Obs5	Queda pendiente la actualización de los formatos de control de equipos en parque de bomberos ya que se han actualizado parte de los equipos.

La auditoría se basa en un muestreo de la información disponible por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe.

Las no conformidades han sido aclaradas y entendidas

La organización cliente tiene derecho a presentar una alegación frente a las no conformidades del presente informe. En este caso, la organización deberá enviar a EQA en el plazo de 7 días naturales, a contar desde la fecha del último día de auditoría, las razones por las que no está de acuerdo con la no conformidad para su valoración por EQA. La dirección de envío es: [calidad@eqa.es](mailto:calidad@eqa.es)

Se acuerda con la organización la **fecha máxima para el envío** del PAC y/o las evidencias: **15-7-2019** que serán remitidas al Auditor Jefe y a [expedientes@eqa.es](mailto:expedientes@eqa.es)

Se acuerda con la organización la **fecha máxima para el cierre** del expediente: **15/7/2019**

*El cierre del expediente se produce cuando el Auditor Jefe analiza el PAC y las evidencias solicitadas, y decide que son suficientes y satisfactorias. Para no sobrepasar la fecha máxima de cierre se recomienda al Auditor Jefe acordar con la organización una fecha de envío del PAC y/o de las evidencias que permita a ambas partes cumplir con la fecha de cierre*

El Auditor Jefe aclara el proceso de concesión del certificado, denegación, modificación, renovación o mantenimiento, según proceda. Y explica el plazo habitual de respuesta por parte de EQA sobre su proceso de certificación.

Asimismo, se informa a la organización que cualquier queja o reclamación sobre la actuación de EQA debe ser remitida a la siguiente dirección: [calidad@eqa.es](mailto:calidad@eqa.es)

**Eficacia PAC: Revisión de las No Conformidades y Observaciones detectadas el año anterior**

A continuación se detalla si las acciones correctivas tomadas por la organización con respecto a las no conformidades detectadas en la auditoría anterior han resultado eficaces (incluyendo NC mayores y NC menores)

<i><b>Id</b></i>	<i><b>Sí</b></i>	<i><b>No</b></i>	<i><b>En caso de NO ser eficaces indicar nueva categorización de la desviación</b></i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No se abrieron NC en anterior visita.

**Revisión del uso adecuado de los documentos y marca de certificación**

<input checked="" type="checkbox"/>	La organización hace uso del certificado y la marca de manera apropiada (Web, papelería, etc.)
<input type="checkbox"/>	N/A

## CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

### Enfoque a cambios

**Cambios significativos** con respecto a la anterior visita **y su impacto** en el Sistema de Gestión

No se han detectado cambios de interés.

**Cambios previstos a futuro** que afecten a la organización, su estrategia o al sistema

Ninguno de relevancia.

### Conformidad y Eficacia del Sistema

El equipo auditor considera que el sistema de gestión de la organización:

<input type="checkbox"/>	<b>Es conforme</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Es eficaz</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Es conforme</b> , excepto por las No Conformidades detectadas	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Es eficaz</b> , excepto por las No Conformidades detectadas
<input type="checkbox"/>	<b>No es conforme</b>	<input type="checkbox"/>	<b>No es eficaz</b>

## RESUMEN DE AUDITORIA

**Declaración sobre la conformidad y eficacia del Sistema de Gestión de la Organización**

*(Breve valoración de la auditoría realizada y de la capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados)*

El sistema lleva implantado mucho tiempo y ha ido evolucionando con la adhesión de los diferentes servicios.

Los principales objetivos del sistema de gestión son:

*(Breve explicación de los principales objetivos: descripción, grado de cumplimiento y acciones llevadas a cabo en los casos en los que no se están cumpliendo)*

PEM Logroño 2016-2017 – No existente. Sustituidos por los Planes Sectoriales Municipales: entre otros, PIL (Plan Innovación de la Ciudad 2016-2020) + PEM + PIADD (Plan de integración de personas con discapacidad 2015-2018) + PAES (Plan de Acción de Energía Sostenible) + PI (Plan de Infraestructuras 2013-2015) + PIS (Plan de Inclusión Social), etc.

La definición de los planes anteriores va desde una descripción breve de la actuación a un plan detallado estratégico y más o menos técnico. Sirven como base de inspiración para el establecimiento de los objetivos asociados a indicadores y las acciones de mejora de cada proceso.

Por ejemplo, PIADD (Plan de integración de personas con discapacidad 2015-2018), grupo formado por asociaciones que trabajan con personas con autismos y todo tipo de discapacidad. Objetivo específico: Mejorar la difusión de la información sobre discapacidad en los medios de comunicación social de ámbito local (relación de medidas y metas). Seguimiento. Ok.

PEM Logroño 2018-2020, con 5 ejes o líneas estratégicas que aglutinan y continúan con los planes sectoriales existentes. Por ejemplo, Eje 5 Relaciones Externas. Objetivo estratégico O.E..5.0 – Media de la satisfacción general de la encuesta social – seguimiento anual – metas 2018: 7,5 (2016) y 2019 (7,5) – Responsable de PE.04

Eje 1 Ciudad - Objetivo estratégico O.E..1.2 – Grado de cumplimiento del Plan de Infancia y adolescencia – seguimiento anual – meta 80% de cumplimiento en la anualidad correspondiente – Responsable de PO.07

El enfoque a procesos de la organización es:

*(Breve explicación de los principales procesos: procesos identificados, implantados, sometidos a seguimiento y medición..., lo que permite que su sistema de gestión sea eficaz y contribuye a cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados)*

Adecuado.

Los principales requisitos aplicables y su estado de cumplimiento son:

*(Breve explicación incluyendo los requisitos legales/reglamentarios, de cliente, suscritos, y su estado de cumplimiento...)*

Se trata de administración pública.

Auditoría Interna:

Programa/s de auditoría: Se realiza programa de auditoría trienal, cada año se valida el apartado correspondiente a este año. . No existe plan de auditoría pero existe llamada.

- Informe/s de auditoría: para cada área, , vistos informes de 15-3-2019 y 27-03-2019
- Resultados: de auditoría interna:
- Auditor/es interno/s: en el año revisado han sido 4 los auditores que han
  - Pilar La Torre. (Servicios sociales y familia y gestión de transparencia y subvenciones). A organización RRHH responsable de PRL del
  - M<sup>o</sup> Jose Baños 3 proceso.
  - Carmen Erce 2 procesos.
  - Pilar Urtubia 1. Proceso más pendiente de realizar servicios deportivos.
- Competencia de los auditores: Existen 5 auditores internos, en cada ciclo se revisa un tercio de los procesos, salvo deportivas que se realizan todo los años.

#### Proceso de revisión por la Dirección:

- Frecuencia de revisión: Frecuencia anual
- Asistentes a la revisión: Comité de Calidad, formado por Mar San Martin, Luis Angel Ruiz, Jesús Ruiz Tutor, Isabel Murillo, Fernando Gonzalez, Bernabé Palacio: Carmen Ibañez.
- Últimos informes evaluados: informe de 16 de mayo de 2019.
- Conclusiones de interés: Varias, los resultados de la revisión son las decisiones sobre aprobación de las medidas dirigidas a paliar los riesgos identificados en la evaluación de riesgos y oportunidades, se confirman las líneas de actuación.

#### Recomendaciones de mejora

OM 1	Sería deseable poder establecer un registro que permita trazar las líneas de objetivos y de objetivos estratégicos que se ponen en marcha con los hallazgos de oportunidades y riesgos en el análisis DAFO realizado.
OM2	Se recomienda unificar los formatos en una base de datos para mejorar el control de los equipos utilizados en los controles de velocidad, y campañas de prevención de alcohol y drogas.
OM3	Se recomienda aprovechar la medición del % de supervivencia de las microempresas creadas con los planes de fomento de la microempresa por sectores para poder asesorar a los emprendedores
OM4	Se ha observado un elevadísimo número de modelos de pavimento en los registros de parque de servicios. (alrededor de los 700) Habilitar un catálogo de modelos admitidos podría reducir sensiblemente la carga de ocupación y de trabajo en la reposición.
OM5	En varios de los servicios revisados se han identificado necesidades de pequeños aplicativos para la gestión, La realización de formación en manejo de bases de datos puede ayudar a realizar pequeñas utilidades que mejoren el control de la actividad sin necesidad de contar con los servicios de informática. Ej. Bd para control de stock en parque de servicios, bd para mantenimiento en bomberos...etc.

#### Aspectos positivos

Se ha constatado una excelente un gran equipo humano al servicio del sistema.

### Recomendación del equipo auditor una vez finalizada la auditoría

<input type="checkbox"/>	Continuar el proceso de certificación sin que se precise la realización de Acciones Correctivas
<input checked="" type="checkbox"/>	Continuar el proceso de certificación una vez que la organización aporte un <b>Plan de Acciones Correctivas</b> para las No Conformidades detectadas y las <b>evidencias de implantación</b> (si procede)
<input type="checkbox"/>	No continuar el proceso de certificación hasta que se realice una <b>Auditoría Extraordinaria para el cierre</b> de las No Conformidades detectadas durante la auditoría. (*)
<input type="checkbox"/>	No continuar el proceso de certificación hasta que se realice una <b>Auditoría Extraordinaria Completa</b> para repetir la auditoría. (*)

(\*) Esta recomendación será revisada por el comité de certificación de EQA y se contactará con la organización para informarles de la duración de la auditoría extraordinaria.

Si hay algún punto no resuelto o el cliente desea hacer algún comentario, se registra a continuación

Se emite copia de este informe y se le entrega una de ellas al cliente:

<p><b>En nombre de EQA:</b> Auditor Jefe</p>    <p>(Firma) <span style="float: right;">Fecha: __/__/____</span></p>	<p><b>En nombre de la Organización:</b></p>    <p>(Firma) <span style="float: right;">Fecha: __/__/____</span></p>
---	--

## 8. PRESENTAR Y GESTIONAR ADECUADAMENTE UN PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS

A continuación se mencionan una serie de recomendaciones que ayudan a la correcta evaluación de su Plan de Acciones Correctivas (PAC) y de las evidencias que aportan para evaluar su correcta implantación. Preparar adecuadamente un PAC facilita la comprensión por parte del auditor jefe y agiliza el curso de la toma de decisión sobre la certificación.

- Identifique claramente para cada no conformidad de este informe de auditoría su análisis de causas. (Les recomendamos usar la Plantilla de PAC pero puede utilizar el formato de su sistema de gestión).
- Para No Conformidades menores se requiere la cumplimentación de un Plan de Acciones Correctivas y, en caso del que el Auditor Jefe lo solicite, será necesario aportar evidencias de la implantación de las acciones de corrección (que corrigen la no conformidad)
- Para las No Conformidades Mayores se requiere la cumplimentación de un Plan de Acciones Correctivas, la implantación de las acciones de corrección, y aportar las evidencias de la implantación de las acciones correctivas propuestas.
- En No Conformidades repetitivas le requeriremos acciones más contundentes que en ocasiones anteriores y que den una solución definitiva que evite su nueva aparición.
- En No Conformidades Mayores le requeriremos acciones contundentes y robustas demuestren una solución definitiva que evite su nueva aparición.
- Las No Conformidades derivadas de incumplimientos legales deben cerrarse con confirmación de la administración pública de que ya sólo depende de la misma el cumplimiento del requisito legal incumplido. En verificación EMAS el Verificador Jefe le marcará el tipo de evidencia de cumplimiento legal que se precisa para continuar con el cierre del expediente.
- En caso de que las evidencias incluyan ejemplos de implantación (por ejemplo un nuevo parte de trabajo) envíe varios correctamente cumplimentados. Aportar un PAC y unas evidencias robustas evita que se demore el proceso con solicitudes de ampliación de información por parte del Auditor Jefe o del Comité de Certificación.
- Envíe el PAC y las evidencias por correo electrónico identificando claramente los archivos a qué No Conformidad pertenecen. En caso de que el tamaño del archivo imposibilite el envío en uno o varios correos electrónicos, por favor hágalo enviando un CD/DVD/pen drive por correo postal o a través de un servidor seguro (nube de confianza).
- Es recomendable comprimir el archivo. Por favor utilice un compresor estándar tipo winrar o winzip. Lo ideal sería que cada no conformidad contenga en una carpeta con su número todas las evidencias de su solución. Si una no conformidad tiene sub-apartados se recomienda que incluya subcarpetas.
- Envíe el correo electrónico a la dirección del Auditor Jefe y a [expedientes@eqa.es](mailto:expedientes@eqa.es)
- Si no dispone de los datos de contacto del Auditor Jefe, por favor llame al 902 44 9001 para solicitarlos.
- Respete los plazos que ha acordado con el Auditor Jefe. En caso de que necesite un aplazamiento, deberá justificarlo y solicitarlo por escrito enviando un correo electrónico al Auditor Jefe, poniendo en copia a [expedientes@eqa.es](mailto:expedientes@eqa.es)
- Solicite al Auditor Jefe, con copia a [expedientes@eqa.es](mailto:expedientes@eqa.es), la información sobre la evaluación de su PAC si no recibe respuesta en 48 horas desde su envío al Auditor Jefe. Una vez que el Auditor Jefe dé por cerrado el expediente éste pasará al Comité de Certificación para la toma de decisión.
- Si el Auditor Jefe le pide una ampliación de evidencias a lo que Vd. aporta, tanto antes del cierre del expediente, como una vez evaluado por el comité de certificación, por favor, actualice la propuesta de acciones correctivas (PAC) y envíelas de nuevo.
- En un mes aproximadamente recibirá la resolución del Comité de Certificación