

GOVERN D'ANDORRA “SERVEI DE TRÀMITS”

Informe d'Auditoria

PROJECTE DE CERTIFICACIÓ N°: 2001/0303/ER/01	Nº INFORME: 22	TIPUS D'AUDITORIA: Renovació
NORMA D'APLICACIÓ: UNE-EN ISO 9001:2015	Auditoria: Individual ☒ Combinada ☐ Integrada ☐	
		Requereix enviament d'Accions Correctives: SI ☒ NO ☐

Data de realització de l'Auditoria: **2022-02-17 i 18**

DADES GENERALS

A. DADES DE L'ORGANIZACIÓ

Nom de l'Organització	GOVERN D'ANDORRA "SERVEI DE TRÀMITS"
Adreça	CL PRAT DE LA CREU, 62-64. AD500 - ANDORRA LA VELLA (ANDORRA)
Representant de l'Organització (nom i càrrec)	D. Jordi TUDÓ MONTANYA (RESPONSABLE DEL SERVEI DE TRÀMITS)

B. EQUIP AUDITOR

Funció	Nom	Inicials
Auditor en cap	Albert MIALET CLARAMUNT	AMC

C. CRITERIS D'AUDITORIA

L'equip auditor comprova la identificació i vigència dels següents criteris d'auditoria:

Norma de referència

Requisits propis del sistema de gestió (requisits del client i de l'organització i d'altres parts interessades)

Requisits legals i reglamentaris aplicables

D. ÚS DE TÈCNIQUES D'AUDITORIA EN REMOT

Si durant l'auditoria s'han emprat tècniques d'auditoria en remot, en alguna mesura, complimentar la següent taula:

Tecnologies d'Informació i Comunicació (TIC)	Eines i descripció
Eina(es) a utilitzar	
Plataforma(es) IT del client	

Tecnologies d'Informació i Comunicació (TIC)		Descripció (si procedeix)
Revisió documental (no en temps real) (ex., revisió de documents en web)	SI ☐ NO ☒	
Videoconferència (WebEx)	SI ☐ NO ☒	
Captura de Pantalles	SI ☐ NO ☒	
Vídeo en temps real o no real	SI ☐ NO ☒	
Gravació de vídeo	SI ☐ NO ☒	
Intercanvi de fotografies	SI ☐ NO ☒	
Altres:	SI ☐ NO ☒	
COMENTARIS:		

RESUM EXECUTIU D'AUDITORIA

Qüestions generals per a tots els Sistemes de Gestió

Confirmació de la realització de l'auditoria

S'ha realitzat l'Auditoria de renovació de Certificació al Sistema de Gestió de Qualitat del Servei de Tràmits del molt il·lustre Govern D'Andorra on s'ha comprovat la implantació del Sistema respecte als requisits especificats en la norma de referència UNE-EN ISO 9001:2015.

Abast de l'auditoria i adequació de l'abast del certificat

La Prestació dels serveis d'atenció al públic, gestió i canalització dels tràmits que es generen a l'administració pública. El servei d'atenció telefònica institucional del Govern D'Andorra.

¿És adequat l'abast del certificat? SI ☒ NO ☐ Indicar si s'han produït canvis o modificacions des de l'anterior auditoria:

Abast de l'auditoria: l'abast de la certificació

¿S'han auditat totes les activitats incloses en l'abast del certificat (només per auditories de seguiment)?

SI ☒ NO ☐ En cas negatiu incloure descripció del mostreig realitzat (activitats, projectes, línies de producte, tipus de servei, emplaçaments temporals, etc.)

Declaració sobre la conformitat i eficàcia del sistema de gestió

Valoració sobre la conformitat i eficàcia del sistema de gestió:

1. Capacitat del sistema de gestió per a complir els requisits aplicables i assolir els resultats esperats

El Sistema de Gestió compleix de manera general amb els requisits de la Norma i amb la resta de criteris d'auditoria (requisits legals i reglamentaris, requisits del client, requisits propis del sistema de gestió intern. L'organització, arrel de la pandèmia, ha vist enfortida la seva presència en relació als tràmits amb el Govern d'Andorra, de forma que, està suposant un gran tensió pel sistema de gestió que ha demostrat la seva solidesa, al tractar en els darrers anys d'augment constants en la gestió de tràmits, arribant en el 2021 a la xifra de 150.000 tràmits gestionats. Així mateix tot i haver un augment dels tràmits, s'ha produït una reducció dels errors respecte al període anterior. Aquesta disminució tant important ha sigut fruit de les mesures aplicades com l'externalització de la programació de cita prèvia i l'acollida de la cita prèvia dels usuaris.

Altrament, l'organització haurà de buscar la forma d'adaptar el sistema a les properes novetats de tràmits digitals que properament es posaran en funcionament.

No obstant, el resultat reflectit en el present informe (observacions, punts dèbils) indica que aquest sistema no ha assolit encara un grau d'eficàcia òptim, per que s' anima a l'organització a analitzar amb profunditat les troballes detectades i a emprendre les accions necessàries per a la seva correcció.

2. Auditoria interna i el procés de revisió del sistema per la Direcció

Respecte al procés d'auditoria interna es realitza de forma anual per un equip intern d'auditors, de competència en la norma de referència, comprovada, i de forma imparcial als processos auditats. De l'auditoria se'n deriva un informe de data 2022-02-01 i es reflecteixen 2 observacions i 1 oportunitats de millora.

Respecte al procés de Revisió del sistema per la Direcció, de forma anual es fa una revisió del sistema per part de la Direcció, el Informe de Revisió del Sistema es considera insuficient ja que no analitza tots els apartats del sistema indicats en la norma de referència.

3. Estat d'implantació i tancament de No Conformitats detectades en l'anterior auditoria (en el cas d'auditoria de renovació es revisaran totes les no conformitats del cicle): S'ha revisat, satisfactòriament, la implantació de les accions correctives de les No conformitats del cicle de certificació.

Canvis significatius respecte a l'anterior visita i el seu impacte en el Sistema de Gestió

Confirmació sobre el compliment dels objectius d'auditori

Els objectius de l'auditoria són:

Determinar la conformitat del sistema de gestió de l'organització / empresa auditada, o parts d'aquest sistema, amb els criteris d'auditoria

Determinar la seva capacitat per a assegurar que l'organització compleix amb els requisits legals, reglamentaris i contractuals aplicables (tenint sempre present que una auditoria de certificació d'un sistema de gestió, no és una auditoria de compliment legal);

Determinar l'eficàcia del sistema de gestió, per a assegurar que el client pot tenir expectatives raonables en relació al compliment dels objectius especificats; i quan correspongui, identificar possibles àrees de millora.

¿S'han complert els objectius de l'auditoria? SI ☒ NO ☐

S'indicarà si s'ha produït qualsevol situació durant l'auditoria que hagi afectat a la consecució dels seus objectius (impossibilitat d'avaluar una activitat, centre, requisit...), així com qualsevol qüestió significativa que afecti al programa d'auditoria i/o al pla d'auditoria, incloent les causes que l'han generat.

Quines qüestions han quedat pendents de resoldre a la finalització de la següent auditoria? Cap

Qüestions per a Sistemes de Gestió adaptats a l'Estructura d'Alt Nivell

f.1. Comprensió del context de l'organització

L'organització ha determinat les seves qüestions externes i internes mitjançant un anàlisi DAFO, revisat per la Direcció en el que es desenvolupen les Debilitats, Amenaces, Fortaleses i Oportunitats de les qüestions externes i internes.

Pel que fa a les parts interessades, les seves necessitats i expectatives i els seus requisits derivats, l'organització ha determinat les necessitats i expectatives de les parts interessades, unificades en una taula. Es tenen en compte els clients, usuaris, Direcció, Personal de Tràmits, Departaments, Servei, Serveis de Seguretat, Proveïdors i Sistemes Informàtics.

f.2. Enfocament a riscos i oportunitats

L'organització ha determinat els riscos i oportunitats mitjançant una taula de riscos i oportunitats que consolida els riscos del context i de les necessitats i expectatives de les parts interessades. Tanmateix, es fa la prioritització d'accions mitjançant una puntuació en base a freqüència i gravetat.

f.3. Lideratge

El Lideratge es fa manifesta per la implicació del Cap de Servei i els coordinadors de servei en la qualitat i bona prestació del servei, així com en la aprovació de la política de qualitat, la definició d'objectius i la dotació de recursos per al assoliment del programa d'objectius i el manteniment i millora del sistema de gestió de qualitat.

Altres consideracions de l'equip auditor

Punts forts

L'èxit en l'esforç i la gestió realitzada per tot el personal de l'Organització durant la pandèmia del COVID-19, destacant les actuacions dutes a terme a nivell de:

- Preservar la Seguretat i Salut dels treballadors que presten servei a les instal·lacions de l'organització
- El servei prestat a la societat
- La interrompibilitat del servei.

L'esforç realitzat, per part de tot el personal de tràmits per la gestió de prop de 150.000 tràmits en un exercici i també aconseguint una millora substancial del nivell d'error en la gestió de tràmits.

Es destaca, positivament, la consolidació dels resultats de la satisfacció de client del darrer exercici després del gran augment de l'any anterior.

La disminució substancial dels temps d'espera dels usuaris tot i havent augmentat els tràmits gestionats, com a èxit en la mesura de la cita prèvia.

La nova web interna del servei de tràmits on es comuniquen als diferents gestors de tràmits l'actualitat més destacada respecte als tràmits (noves tramitacions, errors habituals, modificacions de tràmits actuals,...).

L'atenció del Back Office en relació al bon tracte amb l'usuari, així com la bona atenció presenciada cap a l'usuari. En especial, en l'ajuda amb els certificats digitals per a persones que no tenen un coneixement tecnològic al respecte que tot i que no s'ha atribuït aquesta funció al servei de tràmits, s'ofereix un servei que representa positivament al propi Govern en virtut de la digitalització.

Oportunitats de millora

Seria molt important que el l'organisme de tràmits segueixi en la configuració del nou sistema de gestió electrònica de tràmits per tal que puguin establir les necessitats reals i operatives del sistema, donada l'àmplia experiència que tenen al respecte i en moltes de les unitats de govern.

Seria interessant sistematitzar en un format el seguiment individual d'atenció al client i d'errors produïts, per àrea de tràmit i causa.

Valorar el seguiment del indicador de tràmits BO pendants per tal de identificar tràmits bloquejats per qüestions alienes al servei de tràmits que suposen una sobrecàrrega en el procés de Qualitat del Servei i que pertany l'anàlisi als ministeris pertinents.

Seria aconsellable unificar la Revisió per la Direcció, amb totes les seves entrades i sortides, així com el seu anàlisi en un únic document que ja es presenta com a Memòria de Gestió de tràmits.

Seria interessant indicar a la web que la presentació del tràmit amb cita prèvia és 3 vegades més ràpid que sense cita.

Nº	Observacions	Norma/es
1.	Dels 6 objectius definits, cal redefinir l'objectiu de temps de tramitació donat que s'enfoca a la resolució final, la qual cosa no depèn del servei de tràmits.	ISO 9001
2.	Mentre que es pregunta en l'enquesta de satisfacció de client sobre el bon tracte de gestió, aquest aspecte no s'ha identificat en el document de necessitats i expectatives de les parts interessades.	ISO 9001
3.	Si bé, en l'auditoria interna, s'evidencia que tots els punts de norma s'han auditat, seria interessant que s'inclogués els diferents processos que s'han auditat. Així com indicar quin auditor ha auditat cada procés de forma que es garanteixi l'objectivitat i imparcialitat.	ISO 9001
4.	Si bé s'ha acabat de preparar, cal integrar la nova formació dintre del pla de formació i recordatori dels Gestors de Tràmits	ISO 9001
5.	Si bé es va informar a la usuària sobre la autorització de representació en el tràmit, el sistema no l'ha requerit pel tràmit de duplicat Passaport +20.	ISO 9001

Documents adjunts a l'informe d'auditoria:

- ☒ Matriu d'activitats d'auditoria
☒ Full de dades
☐ Altres:

ANNEX I

Qüestions particulars del Sistema de Gestió de Qualitat ISO 9001

a. ISO 9001 (Sistemes de Gestió de Qualitat)

i. Informació sobre satisfacció de Client

L'Organització realitza, de forma continuada, una enquesta de satisfacció als usuaris que fan ús del servei. Aquesta enquesta està disponible a l'atenció del Front Office se'n deriva un anàlisi de la valoració. Actualment, la puntuació és la següent: Molt Bo 50,71% (57,81%), Bo/Adequat 28,57% (26,56%), Poc/Regular 8,21% (6,25%), Dolent/Molt 8,21% (6,25%), No Contesta 8,94% (8,71%)

Tanmateix, l'organització fa un seguiment del temps d'espera de l'usuari, com a, també, un indicador de satisfacció. Aquest indicador va disminuint en els últims anys, sent, actualment, de 5,93, respecte al 6,25 de l'exercici anterior. En aquest exercici, es considera que no té sentit la seva aplicació, donades les cites prèvies i els tràmits telemàtics que es realitzen.

ii. Enfocament a processos

L'organització ha definit, en un mapa de processos els processos que estan dintre del paraigües del sistema de gestió i les interrelacions. Tanmateix, es disposen d'indicadors, als quals se'n fa seguiment.

Informació específica del sistema de gestió a adjuntar a l'informe, quan apliqui:

- ☐ Llistat de projectes
- ☐ Llistat de obres i/o serveis
- ☐ Llistat complet de centres temporals
- ☐ Altres:

UNE-EN ISO 9001:2015																							
DIA	CENTRE	HORA	AUDITOR	PROCÈS/ DEPT/ DOCUMENT / ACTIVITAT																			
23/02	1	9:00 a 9:30	AMC	Reunió inicial																			
	1	9:30 a 11:00	AMC	Revisió del Sistema per la Direcció	X	X	X	X	X	X									X	X	X	X	X
	1	11:30 a 12:00	AMC	Serveis atenció al públic (Front office / Back office)									X	X				X	X	X			
	1	12:00 a 13:00	AMC	Serveis atenció telefònica (Front office / Back office)									X	X				X	X	X			
	1	13:00 a 13:30	AMC	Comunicació											X								
	24/02	1	9:00 a 10:30	AMC	Manteniment - Sistemes informàtics								X										
		1	10:30 a 12:30	AMC	Recursos Humans								X	X									
		1	12:30 a 13:30	AMC	Elaboració de l'informe d'auditoria per l'equip auditor																		
		1	13:30 a 14:00	AMC	Reunió final																		
	4.1 – 4.2 Coneixement del context i parts interessades																						
	4.3 – 4.4 Determinació de l' abast, SGQ i els seus processos																						
	5 Lideratge																						
	6.1 Accions per a afrontar riscos i oportunitats																						
	6.2 Objectius de la qualitat i planificació per assolir-los																						
	6.3 Planificació dels canvis																						
	7.1 Recursos																						
	7.2 – 7.3 Competència i presa de consciència																						
7.4 – 7.5 Comunicació i informació documentada																							
8.1 Planificació i control operacional																							
8.2 Requisits per als productes i serveis																							
8.3 Disseny i desenvolupament dels productes i serveis																							
8.4 Control proc., prod. i serv. subministrats externament																							
8.5 Producció i prestació de serveis																							
8.6 Alliberament dels productes i serveis																							
8.7 Control dels elements de sortida no conformes																							
9.1.1 i 9.1.3 Seguiment, mesura, anàlisi i avaluació																							
9.1.2 Satisfacció del client																							
9.2 Auditoria interna																							
9.3 Revisió a càrrec de la direcció																							
10 No conformitat i acció correctiva. Millora contínua																							

QUADRE DE NO CONFORMITATS

Ref. N.C.	DESCRIPCIÓ DE LA NO CONFORMITAT	Apt. Norma 9001	Categoria N. C.
1.	En relació a la definició dels processos, en contra de la norma de referència, l'organització no disposa de la determinació de: a) Les entrades requerides i sortides esperades d'aquests processos b) Els criteris i mètodes d'avaluació necessaris per assegurar-se el control dels processos. c) Els recursos necessaris per els processos. d) L'assignació de la responsabilitat dels processos.	4.4	Menor

Nota 1: Per a totes les NC descrites en aquesta taula, caldrà que l'Organització estableixi i documenti les accions correctives pertinents.

Nota 2: Encara que hi pugui haver apartats / subapartats que s'auditin conjuntament (quan així ho indiqui la Matriu d'Activitats), les NC s'assignaran al subapartat específic on es detectin.

DISPOSICIONS FINALS

- Les observacions i no conformitats han estat aclarides i enteses.
- A la vista dels resultats de l'auditoria, l'Auditor en Cap realitza la següent proposta sobre la certificació:

Manteniment

- No obstant, els Serveis Tècnics d'AENOR INTERNACIONAL S.A.U. són l'òrgan responsable de la decisió final sobre la certificació, una vegada analitzats els resultats reflectits en aquest informe d'auditoria i en el pla d'accions correctives (quan procedeixi) enviat per l'organització. En conseqüència, la proposta de l'equip auditor sobre la certificació podrà ser ratificada o no.
- Tenint en compte les no conformitats indicades en aquest informe, si fos necessària la presentació del Pla d'accions correctives, l'Organització es compromet a enviar-lo a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. (dct@aenor.es) a 30 dies naturals a partir de la data d'emissió l'informe d'auditoria, amb la informació requerida per la *Guia per a l'elaboració del pla d'accions correctives*. En cas que el Pla d'Accions correctives no fos satisfactori, l'organització disposa d'un termini de 15 dies naturals per a l'enviament de la documentació addicional que li sigui requerida per AENOR INTERNACIONAL S.A.U., a partir de la data de recepció del requeriment.
- Indicar les no conformitats del present informe a les quals l'organització té intenció de presentar apel·lació. En aquest cas, l'organització haurà d'enviar a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. en el termini de 7 dies naturals, a comptar de la data de l'últim dia d'auditoria, la justificació i evidències documentals necessàries per a la seva valoració pels serveis d'AENOR INTERNACIONAL S.A.U.. Així mateix, s'informa a l'organització que qualsevol queixa o reclamació sobre l'actuació d'AENOR INTERNACIONAL S.A.U, aquestes han de ser remeses a la següent adreça calidad@aenor.es
- L'equip auditor informa que aquesta auditoria s'ha realitzat a través d'un mostreig pel que poden existir altres no conformitats no identificades en aquest informe.
- Durant l'auditoria s'ha comprovat l'ús de la marca corresponent a la / Norma / s auditada / s, identificant-se en el present informe qualsevol desviació que pogués haver-se detectat al respecte.
- Les no conformitats poden referir-se a incompliments dels requisits de la norma de referència aplicable, o de qualsevol altre requisit establert en el Sistema de Gestió de l'Organització.
- S'acorda amb l'Organització, les següents dates per a la realització de la propera auditoria:

Data propera auditoria:	2022-02
Data d'expiració de l'actual certificat: (no complimentar en Fase I / Fase II)	2022-05-23

- Comentar si escau, sobre la planificació de la propera auditoria (a omplir per l'auditor en Cap): No procedeix
- Amb antelació a la realització de la propera auditoria, es determinaran en el Pla d'Auditoria dels centres a visitar i la planificació d'activitats prevista.
- Una vegada concedida la certificació, l'organització es compromet a posar a disposició d'AENOR INTERNACIONAL S.A.U. durant la realització de les auditories la documentació vigent del Sistema de Gestió.
- Per a qualsevol aspecte relacionat amb el procés de certificació, l'organització pot dirigir-se al tècnic responsable de la seva Expedient (TRE). **Albert MIALET CLARAMUNT**

ANNEX A. CENTRES VISITATS

ADRECES CENTRES AUDITATS (Detallar l'adreça dels centres indicats en la Matriu d'Activitats)
CENTRES FIXES
CENTRE 1: EDIFICI ADMINISTRATIU DEL MOLT IL·LUSTRE GOVERN D'ANDORRA ADREÇA: CL PRAT DE LA CREU, 62-64. AD500 - ANDORRA LA VELLA (ANDORRA) ACTIVIDATS DE L'ABAST: TOTES
CENTRE 2: ADREÇA: ACTIVIDATS DE L'ABAST:
CENTRE 3: ADREÇA: ACTIVIDATS DE L'ABAST:
CENTRE 4: ADREÇA: ACTIVIDATS DE L'ABAST:
CENTRES TEMPORALS
CENTRE 1: ADREÇA: ACTIVIDATS DE L'ABAST:
CENTRE 2: ADREÇA: ACTIVIDATS DE L'ABAST:
CENTRE 3: ADREÇA: ACTIVIDATS DE L'ABAST:
CENTRE 4: ADREÇA: ACTIVIDATS DE L'ABAST:

ANNEX B PROGRAMA DE AUDITORIA

Dades Generals de l'Organització i Qüestions a considerar

Tamany de l'organització i l'**abast**: veure Fulla de Dades annexada.

Nº Torns (el número de torns i la seva tipologia es tindran en compte en la programació d'activitats, considerant si es treballa a més d'un torn, s'ha de justificar, si procedeix, o no auditar tots els torns de treball)

1 torn

Reflectir si hi ha hagut alguna incidència o canvis que s'hagin de tenir en compte per programar les auditories del cicle, en quant al nivell d'eficàcia del sistema de gestió, la seva complexitat, els seus productes, processos, resultats d'auditories prèvies (NC majors, o resultats insatisfactoris), queixes rebudes sobre el client o comunicacions pertinents d'alguna part interessada sobre el client, canvis en requisits de certificació, canvis legislatius, canvis en requisits d'acreditació o altres:

No hi ha hagut alguna incidència o canvis que s'hagin de tenir en compte per programar les auditories del cicle

Taula de Programació d'activitats d'auditoria de cicle complet de certificació

	AUDITORÍA INICIAL (Fase 1 y Fase 2)		AS1 (no més enllà dels 12 mesos de la data de concessió)		AS2		AR (al menys tres mesos abans de la data d'expiració)	
Data aproximada (mes/any) (duplicar fila quan els cicles siguin coincidents)			2021-04 (2021-10 per COVID-19)		2021-05		2022-02	
ABAST			Tot		Tot		Tot	
CENTRES A AUDITAR (FIXOS, TEMPORALS I VIRTUALS)			Únic		Únic		Únic	
NORMA								
	Auditoria completa		Indicar quins aspectes del SG no s'auditen (Requisits, processos, àrees, activitats,...);		Indicar quins aspectes del SG no s'auditen (Requisits, processos, àrees, activitats,...);		Auditoria completa	
ISO 9001			Tots		Tots		Tots	
PROCESOS/ACTIVIDADES/ÁREAS	P	R	P	R	P	R	P	R
Revisió del Sistema per la Direcció			X	X	X	X	X	X
Serveis atenció al públic (Front office / Back office)			X	X	X	X	X	X
Serveis atenció telefònica (Front office / Back office)			X	X	X	X	X	X
Comunicació			X	X	X	X	X	X
Manteniment - Sistemes informàtics			X	X	X	X	X	X
Recursos Humans			X	X	X	X	X	X

P: Programat R: Realitzat

Nota 1: S'inclouran, en la taula, les columnes que siguin pertinents, relatives a **auditories extraordinàries** que hagin estat necessàries realitzar al llarg del cicle, detallant els processos i apartats de la norma que hagin estat auditats en cada cas.

Nota 2: La descripció dels processos es realitzarà atenent als requisits de cada tipus de Sistema de Gestió. La informació de la Taula ha de ser traçable amb les dades (processos, centres i apartats de la Norma) identificats en la Matriu. S'inclouen en cursiva i parèntesis, els processos generals de l'Estructura d'Alt Nivell. **Aquests processos s'han de particularitzar per cada organització i cada tipus de Sistema de Gestió.**

Nota 3 En cas de tractar-se d'una transferència, el Programa haurà de començar amb l'auditoria del cicle de certificació que correspongui.

ANNEX C. RELACIÓ DE PARTICIPANTS (marcar amb una X el tipus de participació)

Nom i cognoms	Departament o càrrec	Reunió inicial	Desenvolupa- ment Auditoria	Reunió final
JORDI TUDÓ	CAP DE SERVEI DE TRÀMITS	X	X	X
MÓNICA GUASH	COORDINADORA/ QUALITAT	X	X	X
ESTHER GIL	COORDINADORA		X	
SARA CARMONA	FRONT OFFICE		X	
ENOC RIPOLL	FRONT OFFICE		X	
DOLORS IGLSIAS	BACK OFFICE		X	

ANNEX FULLA DE DADES

DATOS GENERALES		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Nombre de la Organización	GOVERN D'ANDORRA "SERVEI DE TRÀMITS"	
Factoría/Planta/Delegación		
Domicilio Social	CL PRAT DE LA CREU, 62-64 AD500 - ANDORRA LA VELLA Andorra	
C.I.F.	EXT075	
NACE	84.11 -	
Grupo (si aplica)		
Correo electrónico	d.i.t@andorra.ad	
Representante de la Dirección		
Nombre	TUDÓ MONTANYA, Jordi	
Cargo	RESPONSABLE DEL SERVEI DE TRÀMITS	
Teléfono	00376875700	
Correo electrónico	Jordi_tudo@govern.ad	
Dirección General		
Nombre		
Cargo		
Contacto de Facturación		
Nombre	TUDÓ MONTANYA, Jordi	
Cargo	Otro	
Teléfono	00376875700	
Correo electrónico	Jordi_tudo@govern.ad	
Contacto de Contabilidad		
Nombre		
Cargo		
Teléfono		
Correo electrónico		

ALCANCE DEL CERTIFICADO (añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Norma de referencia	UNE-EN ISO 9001:2015	
Alcance Español	La prestación de servicios de atención al público, gestión y canalización de los trámites que se generan en la administración pública. El servicio de atención telefónica institucional del Govern D'Andorra.	
Alcance Inglés	The provision of services to the public, and pipeline management procedures that gender in public administration. The telephone service institutional care the Government of Andorra.	
Procesos subcontratados (mencionar procesos)		
Productos / Proyectos		

CENTROS DE ACTIVIDAD Y N° PERSONAS					Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)				
Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado (añadir tantas filas como sean necesarias)	Pers Prop	Pers Subc	Colectiv o (*)	N°	Indicar posibles modificaciones en los centros (añadir tantas filas como sean necesarias)	Pers Prop	Pers Subc	Colectiv o (*)	N°
CL PRAT DE LA CREU, 62-64. AD500 - ANDORRA LA VELLA (Andorra)	19	0							

(*)Explicación sobre colectivos:

ACTIVIDAD DE LA ORGANIZACIÓN	Colectivo	Explicación y exclusiones:
Cualquier actividad	Comerciales	
Limpieza	Limpiadores	No se incluye en este colectivo a Limpiadores especializados (por ejemplo: limpiadores de quirófanos, centrales nucleares, zonas contaminadas, etc.)
Seguridad	Personal de Seguridad	No se incluye en este colectivo, a los Servicios especiales de seguridad (por ejemplo: guardaespaldas, personal de los furgones de seguridad, instalaciones especiales, etc.).
Transporte	Conductores	
	Conductores de transportes especiales	Por ejemplo: conductores de camiones con material muy voluminoso, mercancías peligrosas, mercancías que requieran cadena de frío, transporte de pasajeros, etc.).
Sanitaria en hospitales y residencias	Celadores	No se incluye en este colectivo el personal de enfermería (enfermeros o auxiliares de enfermería)
Construcción / Actividades extractivas a cielo abierto	Peones	No se incluye en este colectivo al Personal especializado (oficiales de primera, encargados de obra, montadores de andamios, instaladores, etc)
Call-centers y Tele-marketing	Telefonistas	No se incluye en este colectivo al Personal que realiza actividades de tele-asistencia
Agraria	Recolectores	

Emplazamientos temporales	Nº Centros:		Emplazamientos temporales	Nº Centros:	
	Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):			Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):	

OTROS DATOS SOBRE EL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN				Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)			
Personal estacional	Nº Personas:		Periodo:		Personal estacional	Nº Personas:	Periodo:
Personal a tiempo parcial	Nº Personas:		Duración jornada:		Personal a tiempo parcial	Nº Personas:	Duración jornada:
Personal en turnos	Nº Personas:		Nº turnos:		Personal en turnos	Nº Personas:	Nº turnos:
Distribución personal por área				Distribución personal por área			
Dirección:		Producción:		Dirección:		Producción:	
		Comercial:				Comercial:	
		Admón:				Admón:	

ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL ESQUEMA AUDITADO		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Indicar los apartados de la Norma en los que se realizan exclusiones		
Reglamentación aplicable al alcance del certificado		

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL DIMENSIONAMIENTO DE LA AUDITORÍA			Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)		
Volumen de proyectos (ISO 166002)					
Superficie (m²)/ n° Líneas/N° APPCC (ISO 22000)					
Consumo anual de energía (Mwh/año) / N° de fuentes de energía / N° usos significativos de energía (ISO 50001)					
N° Usuarios con privilegios de administración y gestión (ISO 27001)					
Áreas/departamentos implicados en el <i>Business Impact Analysis</i> (ISO 22301)					
Otros esquemas					

OTROS ASPECTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Sistema de Gestión integrado	SI ☐ NO ☐	
Grado de integración (en %)		