

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Estimada/o compañera/o,

La presente guía, pretende ser una herramienta de uso cotidiano y sencillo que te permita conocer las características esenciales del Sistema de Gestión de Calidad sirviendo, a la vez como Manual para la búsqueda de los documentos fundamentales del S.G.C. a la vez que cómo documento de consulta para afianzar y mejorar los conocimientos en materia de gestión de la calidad, con el objetivo de mejorar los niveles de desempeño individuales y colectivos, en el camino de la mejora continua y la excelencia.

No se trata de un documento cerrado, así que no dudes en hacernos llegar cuantas sugerencias estimes oportunas para mejorar esta guía.

Recibe un cordial saludo

Noviembre 2014

El Comité de Gestión

*Guía rápida para
responsables de la
Oficina de Cambio
Madrid-Barajas*

	ÁREA DE OPERACIONES INTERNACIONALES OFICINA DE CAMBIO MADRID-BARAJAS	Versión V.1
	GUIA RÁPIDA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha 02 noviembre 2014
		Página 1

ÍNDICE

1 LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 e ISO 14001:2004	2
2 DOCUMENTACION QUE HAY QUE CONOCER	2
2.1 DOCUMENTACIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	2
2.2 POLITICA DE EXCELENCIA Y SOSTENIBILIDAD	3
2.3 ORGANIGRAMA	4
2.3.1 ORGANIGRAMA DEL GRUPO CORREOS	4
2.3.2 ORGANIGRAMA DIRECCION OPERACIONES	5
2.3.3 ORGANIGRAMA DE LA OFICINA DE CAMBIO MADRID – BARAJAS	5
2.4 PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS	6
2.6 OBJETIVOS DE CALIDAD	6
2.7 INDICADORES DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD	6
3.1 TABLON DE ANUNCIOS INTERNO	7
3.2 CUADRO DE AVISOS	7
4 GESTION DOCUMENTAL	7
4.1 LAS 5 CARPETAS DEL SGC y MA	7
5 ANEXO I.	100
6 ANEXO II.	103

	ÁREA DE OPERACIONES INTERNACIONALES OFICINA DE CAMBIO MADRID-BARAJAS	Versión	V.1
	GUIA RÁPIDA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha	02 noviembre 2014
		Página	2

1 LA CERTIFICACION ISO 9001:2008 e ISO 14001:2004

Desde el año 2012, en la Oficina de Cambio Madrid-Barajas está implantado el Sistema de Gestión de Calidad, que alcanza todos los procesos recogidos en el mapa de procesos de la Oficina de Cambio y que están certificados en ISO 9001:2008 e ISO 14001:2004.

Norma ISO 9001:2008	Establece los requisitos mínimos que debe tener un sistema de Gestión de Calidad y permite a la vez evaluar este sistema por organizaciones externas acreditadas, otorgando la Certificación ISO.
Norma ISO 14000:2004	Expresa cómo establecer un Sistema de Gestión Ambiental (SGA) efectivo. Está diseñada para conseguir un equilibrio entre el mantenimiento de la rentabilidad y la reducción de los impactos ambientales.

2 DOCUMENTACION QUE HAY QUE CONOCER

El Director de la Oficina de Cambio y su Equipo de Gestión deben conocer la documentación del Sistema de Gestión de Calidad y son los responsables de su divulgación al resto del personal.

2.1 DOCUMENTACIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD (SGC)

Está publicado en Conecta.

Ruta: [Conecta / Información y Gestión / Procesos / Excelencia y Sostenibilidad / Despliegue / Gestión medioambiental / Manual del sistema de gestión / Documentación General del Sistema](#)



Manual del sistema de gestión	
<ul style="list-style-type: none"> Documentación de medio ambiente Documentación específica Medio Ambiente (ISO 14001) 	
<ul style="list-style-type: none"> Documentación general del sistema Parte común de calidad y medioambiente (ISO 9001 y 14001) 	
<ul style="list-style-type: none"> Mapa de procesos de Atención al Cliente 	
<ul style="list-style-type: none"> Mapa de procesos de Centros de Tratamiento 	
<ul style="list-style-type: none"> Mapa de procesos de Oficinas 	
<ul style="list-style-type: none"> Mapa de procesos del Centro de Tratamiento Internacional 	
<ul style="list-style-type: none"> Registro de incidencias 	
<ul style="list-style-type: none"> Web de procesos 	

El Manual de Gestión de Calidad y Medioambiente consta de nueva capítulos y agrupa los documentos en base a los cuales se ha implantado el Sistema de Gestión de Calidad en la Oficina de Cambio Madrid-Barajas. Aquí también se recogen todos los formatos de calidad con los que tenemos que trabajar. Para cada documento aparecen las últimas revisiones. Si hace menos de 1 mes que está actualizado o es nuevo se indica con una etiqueta.

	ÁREA DE OPERACIONES INTERNACIONALES OFICINA DE CAMBIO MADRID-BARAJAS	Versión	V.1
	GUIA RÁPIDA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha	02 noviembre 2014
		Página	3

2.2 POLITICA DE EXCELENCIA Y SOSTENIBILIDAD

Entendemos por Política de Excelencia de Sostenibilidad el documento que recoge las intenciones globales y orientación del grupo Correos y que son expresadas formalmente por su Presidente.

Se encuentra publicada en Conecta en la siguiente [ruta: Conecta / Información y Gestión / Procesos / Excelencia y Sostenibilidad / Política de Excelencia y Sostenibilidad del grupo](#)

grupoCorreos

POLÍTICA DE EXCELENCIA Y SOSTENIBILIDAD

El **Grupo Correos**, se constituye como un grupo de empresas que desarrollan sus actividades fundamentales en el mercado postal y de paquetería donde los clientes demandan, cada vez más, **servicios de mayor valor añadido**, que requieren una **visión hacia la Excelencia y la Sostenibilidad**. Para lograr este objetivo de acuerdo a los principios de honestidad, integridad y transparencia que marcan el buen gobierno y que se encuentran recogidos en el Código de Conducta de la Organización, la Dirección del Grupo establece los siguientes compromisos:

-  Con los **CLIENTES**; a través de la mejora continua y la **INNOVACIÓN** de los procesos para la búsqueda permanente de la excelencia en el servicio y los productos. Desarrollando nuevas soluciones integradas y adaptadas a una Sociedad cada día más tecnificada que cubran sus requisitos y expectativas.
-  Con los **GRUPOS DE INTERÉS**, desarrollando la actividad empresarial de forma eficiente y rentable, tratando de optimizar al máximo el uso de los recursos disponibles al mismo tiempo que se genera y consolida el empleo estable.
-  Con las **PERSONAS** que trabajan en la compañía, velando por su salud y seguridad en el trabajo, por la formación continua y el desarrollo personal y profesional de los empleados. Y con la **SOCIEDAD**, mediante la contribución activa al desarrollo social y cultural de la sociedad en un sentido amplio.
-  Sin olvidar el **ENTORNO EN EL QUE TRABAJAMOS**, trabajando por la **reducción** de la contaminación y especialmente de las **emisiones de CO₂**. Teniendo muy presente cómo nuestra actividad y lo que consumimos afecta al medio ambiente, cumpliendo siempre con la legislación de aplicación y con el resto de compromisos adquiridos por Correos en este ámbito.

Presidente del Grupo Correos



Javier Cuesta Nuin

Madrid, 28 de marzo de 2012.



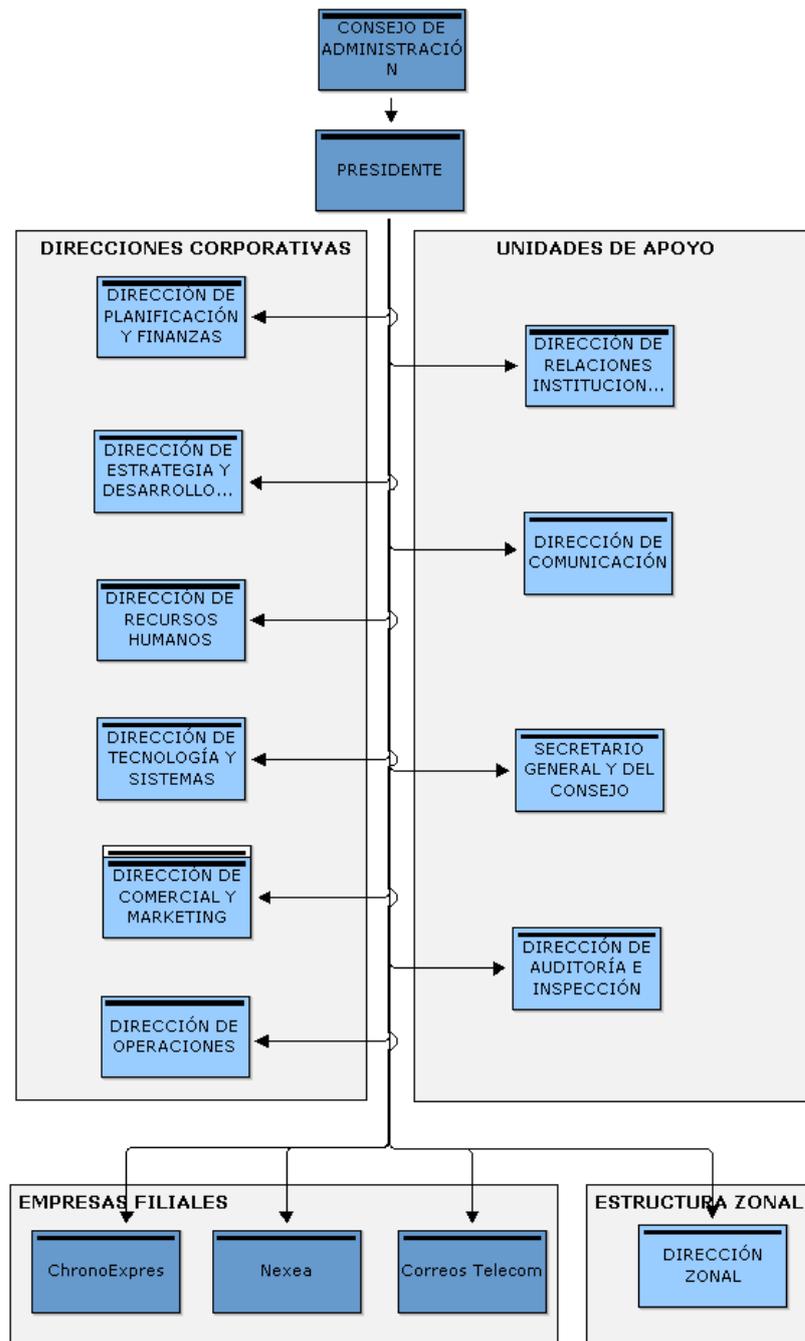
	ÁREA DE OPERACIONES INTERNACIONALES OFICINA DE CAMBIO MADRID-BARAJAS	Versión V.1
	GUIA RÁPIDA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha 02 noviembre 2014
		Página 4

2.3 ORGANIGRAMA

Cada área tiene definido un organigrama, que está publicado en la Web de Procesos. Hay tres organigramas publicados que afectan a la Oficina de Cambio.

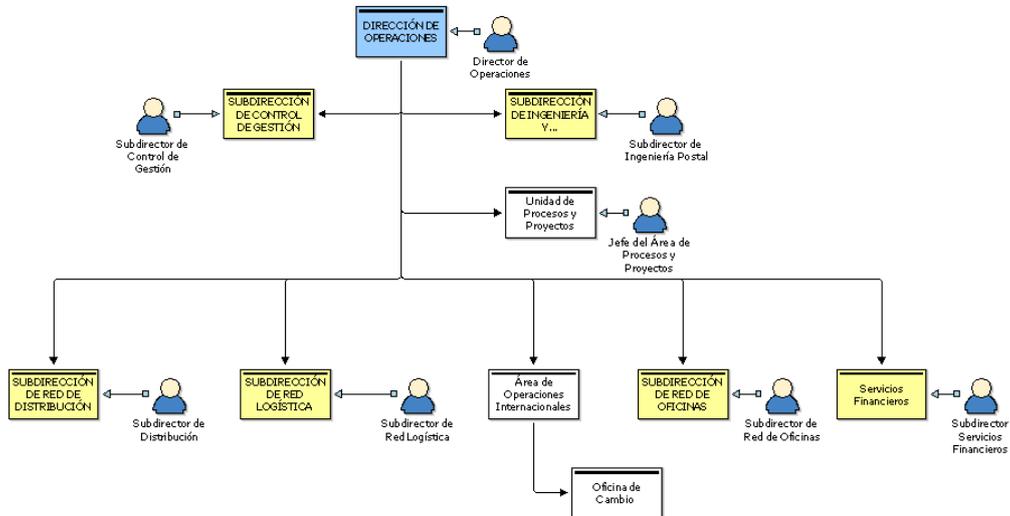
Ruta: [Conecta / Información y Gestión / Procesos / Web de Procesos / Organigramas.](#)

2.3.1 ORGANIGRAMA DEL GRUPO CORREOS

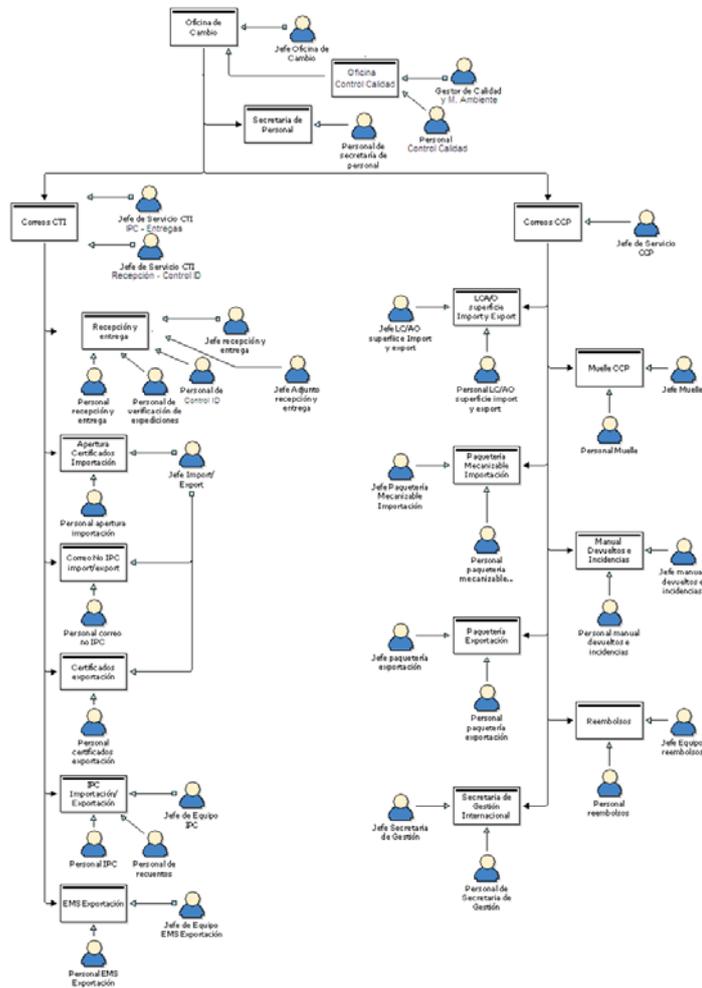




2.3.2 ORGANIGRAMA DIRECCION OPERACIONES



2.3.3 ORGANIGRAMA DE LA OFICINA DE CAMBIO MADRID - BARAJAS



	ÁREA DE OPERACIONES INTERNACIONALES OFICINA DE CAMBIO MADRID-BARAJAS	Versión	V.1
	GUIA RÁPIDA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha	02 noviembre 2014
		Página	6

2.4 PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS

La documentación que ilustra los procesos de Oficina es básicamente de tres tipos:



Todos estos documentos se encuentran publicados en Conecta. Se puede acceder a ellos a través de la Web de Procesos o a través de la página de la Unidad de Operaciones en CONECTA.

2.5 MAPA DE PROCESOS

Los procesos de la Oficina de Cambio se representan en el Mapa de procesos.

Ruta 1: [Conecta / Información y Gestión / Procesos / Excelencia y Sostenibilidad / Despliegue / Gestión medioambiental / Manual del Sistema de Gestión / Mapa de Procesos del Centro de Tratamiento Internacional](#)

Ruta 2: [Conecta / Información y Gestión / Procesos / Web de Procesos / Procesos / Mapa Oficina de Cambio.](#)

2.6 OBJETIVOS DE CALIDAD

Los objetivos se publican, desde enero de 2015, en CONECTA. Se definen desde la Dirección de Operaciones y a través de la Unidad de Operaciones Internacionales y alcanza a todos los procesos de la Oficina de Cambio.

Ruta: [Conecta / Información y Gestión / Procesos / Objetivos de indicadores.](#)

Los objetivos están publicados en los siguientes documentos:

- Objetivos de Calidad 2015. RUTA: [Conecta / Información y Gestión / Procesos / Objetivos de indicadores / Objetivos Calidad 2015.](#)
- Indicadores de calidad y valores de referencia 2015. RUTA: [Conecta / Información y Gestión / Procesos / Objetivos de indicadores / Objetivos Calidad 2015.](#)

2.7 INDICADORES DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

Se trata de mediciones que nos permiten verificar el grado de cumplimiento de los objetivos de calidad por parte de la Oficinas, así como las desviaciones respecto a los procedimientos establecidos.

Tanto el resumen de los indicadores, como el detalle de cada uno de ellos se publica mensualmente en Conecta.

Ruta: [Conecta / Información y Gestión / Procesos / Indicadores de procesos.](#)

	ÁREA DE OPERACIONES INTERNACIONALES OFICINA DE CAMBIO MADRID-BARAJAS	Versión	V.1
	GUIA RÁPIDA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha	02 noviembre 2014
		Página	7

3 POLITICA DE COMUNICACIÓN DEL SGC

El Jefe de la Oficina de Cambio Madrid-Barajas debe dar a conocer entre las personas de la oficina y exponer en los lugares destinados a tal fin los siguientes documentos:

3.1 TABLON DE ANUNCIOS INTERNO

Política de excelencia y sostenibilidad.



Mapa de procesos.



Organigramas (grupo, zonal, oficina)



Cuadro de objetivos.



Cuadro resumen de seguimiento de indicadores.



Los documentos deben estar actualizados, especialmente el cuadro de indicadores, que se publica mensualmente en Conecta.

3.2 CUADRO DE AVISOS

	Calendario laboral.
	Cuadro de servicios del centro.
	Comunicaciones internas.

4 GESTION DOCUMENTAL

En la Oficina de Cambio deben existir 6 carpetas correspondientes al SGC. Su organización y contenido se establece en el proceso de archivo y control de la documentación y en la tabla de archivo y control de la documentación. Los registros deben en orden cronológico inverso.

4.1 LAS 6 CARPETAS DEL SGC y MA



	ÁREA DE OPERACIONES INTERNACIONALES OFICINA DE CAMBIO MADRID-BARAJAS	Versión	V.1
	GUIA RÁPIDA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha	02 noviembre 2014
		Página	8

DOCUMENTOS DEL SISTEMA

La finalidad de esta carpeta es ir recogiendo la documentación de más frecuente consulta y que no se encuentre en conecta.

- Las distintas instrucciones para la implantación del SGC.
- Material para la Jornada Sensibilización (transparencias de la jornada, asistentes).
- Documento con las dudas de implantación.
- Cuadro con la integración de los procedimientos en el SGC.
- Cruce de procesos/indicadores.

SEGUIMIENTO DEL SISTEMA

Es para aquellas actividades más o menos puntuales y que se alejan un poco de la operativa pura y dura.

- **Actas de revisión**, se elaboran cuatrimestralmente por el Responsable de Calidad y Medioambiente de la Oficina de Cambio. Deben archivar todas juntas, sin hacer carpetas por año.
Para diferenciarlas y ordenarlas hay que usar el nombre del archivo. Cada archivo debe comenzar por AR12XX (número) CTI MADRID, y a continuación se puede identificar por medio de algo significativo para saber qué contiene sin tener que abrir el archivo.
- **Evaluaciones de proveedores** por años. Todas las hojas recogidas en un único archivo correspondiente al año.
- **Encuestas de Satisfacción del cliente** por años y el listado de unidades clientes del centro para la elaboración del ISC.

COMUNICACIONES

En esta carpeta se tienen que archivar todas las comunicaciones emitidas y recibidas referentes al Sistema de Gestión de Calidad correspondientes a los tres últimos años y del año en curso.

- **Internas**. Elementos empleados para favorecer la comunicación con cualquier parte de la organización de Correos. (Áreas, Unidades, Oficinas, Centros, Jefes Equipo, Personal...)
- **Externas**. Elementos empleados para favorecer la comunicación con cualquier parte ajena a la organización de Correos. **Actualmente con el acceso Web, los correos no se pueden guardar directamente en carpetas del ordenador. No obstante en el correo Web se pueden identificar las carpetas para tener fácilmente identificados los correos.**

OPERATIVA

Es para los registros más operativos, datos de indicadores, de objetivos y cuadros de mando. También podría incluirse aquí, en su caso, el contrato de gestión del centro.

- **Cuadros de mando** recibidos en el CTI/CCP, que se pueden ordenar por fecha de recepción, como en el caso de las actas no se deben hacer carpetas por años. En esta carpeta deben incluirse los archivos del tipo sobre los que se realiza el seguimiento del desempeño del centro con respecto a los indicadores que remite periódicamente la Subdirección de Centros.
- **Seguimiento y medición de los procesos** (control de indicadores, evolución de objetivos, comparaciones.....) Si el centro está desarrollando algún sistema de medición particular del mismo, éste sería el sitio en el que ubicarlo.

	ÁREA DE OPERACIONES INTERNACIONALES OFICINA DE CAMBIO MADRID-BARAJAS	Versión	V.1
	GUIA RÁPIDA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha	02 noviembre 2014
		Página	9

CONTROL Y MEJORA DE LOS PROCESOS

Para los registros que recogen el inventario de incidencias o de estudios específicos que realice el centro para alguno de los procesos.

- **Informes y resumen de las auditorias.** Aquí se pueden guardar las alegaciones que el centro envía tras la recepción del informe de auditoría.
- **Incidencias** (controles internos de los procedimientos, hojas de incidencias situadas en las zonas operativas del CTI/CCP, hoja resumen de esas incidencias...) Aquí se recogen las distintas hojas de incidencias por zonas. Dentro de esta carpeta hay otra donde se pueden ir archivando los análisis que se vayan haciendo en el centro.
- **Acciones correctivas/preventivas** (abiertas y cerradas).

La acción correctiva es aquella tomada para eliminar la/s causa/s que están originando las incidencias que se manifiestan en los procesos o las desviaciones detectadas en las auditorias, así como sus recomendaciones.

La acción preventiva es aquella tomada para eliminar la/s causa/s que pueden dar lugar en un futuro inmediato a incidencias o desviaciones graves.

Las AC/AP se detallan en formato MG8-04 y de cada una ellas hay que guardar evidencias de su realización (documentación justificativa de las acciones realizadas). En la carpeta correspondiente se deben incluir todas las acciones correctivas / preventivas. La ordenación la hará automáticamente el ordenador si a la hora de nombrar el archivo seguimos el siguiente sistema:

- A AC 0705 CTP XXXX. A de abierta, AC de acción correctiva y XXXX el centro que sea ya que es muy útil cuando se reciben varias acciones correctivas de distintos centros si sólo aparece AC y el código puede que haya una o varias que se repitan.
- C AP 0701 CTP XXXX C de cerrada, AP de acción preventiva y XXXX del centro al que corresponde. Además al final de esta codificación se pueden añadir detalles como "recomendación1 de auditoría", "apiladores CFC.

MEDIO AMBIENTE

Esta carpeta al menos debe contener y en el siguiente orden los archivos referidos a: 1.Aspectos Ambientales del Centro, 2.Medición de Aspectos, 3.Mantenimiento y 4.Residuos.

- **Aspectos ambientales del centro.**
- **Medición de aspectos**
- **Mantenimiento.**
- **Resíduos.**



5 ANEXO I.

SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD - ISO 9001		
DOCUMENTO	FOTO	INFORMACIÓN
<u>Índice de satisfacción del cliente</u>		Evaluación de los clientes que reciben correspondencia del Centro.
<u>Tablón de anuncios</u>		En él se encuentra colocada toda la información de interés para los trabajadores, para su consulta en cualquier momento
<u>Cuadro de mando</u>		En él se muestran los resultados de los indicadores que son medibles en el Centro. Tiene carácter mensual
<u>Informes de Auditorias</u>		Es el documento donde el Departamento de Auditoria de la Zona valora el cumplimiento de los procesos e indica las recomendaciones para resolver los fallos existentes
<u>Registro de incidencias</u>		Archivo donde se recogen las incidencias producidas durante la jornada de trabajo
<u>Acciones Correctivas y Preventivas</u>		Documento donde se recoge un problema que existe en el centro o que puede existir, y las acciones que se realizan para solucionarlo



SISTEMA DE GESTIÓN DE MEDIOAMBIENTE - ISO 14001		
DOCUMENTO	FOTO	INFORMACIÓN
<u>Identificación y evaluación de los requisitos legales - Asal (PMA03)</u>		Legislación Ambiental de los aspectos que aplican al centro (atmósfera, eficiencia energética,...), a rellenar por el Departamento de Calidad
<u>Control del consumo de residuos (PMA04)</u>		Recordatorio a los trabajadores de la necesidad de ahorrar en el centro. Pegatinas indicativas para ello
<u>Residuos no peligrosos (PMA04)</u>		Reciclaje por parte del personal de los residuos que se generan durante los procesos de trabajo, y durante la jornada laboral (envases, papel-cartón, residuos urbanos y madera)
<u>Gestión de residuos No Peligrosos (PMA04)</u>		Los residuos generados en el centro son retirados por gestor autorizado para continuar con el proceso de reciclaje
<u>Gestión de residuos Peligrosos (PMA04)</u>		Residuos generados por la arqueta que se encuentra en la zona del aparcamiento del CTI
<u>Verificación planes de emergencia (PMA05)</u>		Realización de los cuestionarios para comprobar que todo el personal conoce las medidas a tomar cuando se produzca una situación de emergencia o simulacro de emergencia llevado a cabo en el Centro
<u>Comportamiento ambiental de proveedores y subcontratistas (PMA06)</u>		Documentación que se facilita a los proveedores y subcontratistas que visitan el Centro, para que conozcan las actitudes ambientales que deben tener



5 ANEXO II.

I. 1 CUESTIONARIO DEL INFORME DE AUDITORIA INTERNA DEL S.G. CALIDAD EN OFICINA DE CAMBIO (CTI y CCP)

Nº	Pto	PREGUNTAS	NC	OBSERVACIONES
<i>CAPÍTULO 4</i>				
4,01	4.2.1	De los siguientes documentos, el auditado ha facilitado durante la auditoria:		
		Los Objetivos del Sistema.		
		El Manual del Sistema de Gestión.		
		El Mapa de Procesos.		
		La Política de Calidad.		
		Los procedimientos del sistema.		<i>Cuando falte alguno indicar cual. Variará en función del alcance. Cuando aplique: medioambiente, los procedimientos operativos que existan...</i>
4,02	4.2.3	De entre los documentos revisados o encontrados en el centro de trabajo, se ha observado que:		
		Se dispone de la revisión vigente.		
		Se encuentran en perfecto estado de uso.		
		Se han identificado los cambios convenientemente.		
		Están ordenados.		
4,03	4.2.3	Los cambios en la documentación son revisados y aprobados por personas autorizadas antes de su divulgación. Todos se encuentran aprobados convenientemente. SÓLO DIRECCIÓN		
4,05	4.2.4	Durante la auditoria, los auditados han sido capaces de facilitar todos los REGISTROS solicitados por el auditor.		
4,06	4.2.4	Durante la auditoria, todos los REGISTROS observados:		
		Eran legibles.		
		Estaban correctamente cumplimentados.		
		Estaban recogidos sobre los formatos vigentes en el momento de su generación.		
4,07	4.2.4	Los REGISTROS encontrados estaban ordenados por tipos y dentro de cada tipo, por orden cronológico inverso:		
4,08	4.2.4	Respecto a los registros de calidad en soporte electrónico. Existe una copia de seguridad, con menos de 6 meses de antigüedad, externa al lugar donde se generan habitualmente.		<i>Cuando los registros están en soporte papel, no es necesario que exista copia de seguridad.</i>
4,09	4.2.4	Todos los registros observados cumplen con el tiempo de retención establecido en la documentación aplicable.		



CAPÍTULO 5

5,01	5,3	La política de calidad se revisa periódicamente. SOLO DIRECCIÓN	
5,02	5,3	Todo el personal del centro al que se le preguntó por la política, la conocía y la entendía.	
5,03	5.4.1	Respecto a los OBJETIVOS DEL SISTEMA de gestión:	
		Son medibles.	
		Tienen establecido un plazo para su cumplimiento.	
		Tienen una periodicidad de seguimiento.	
		Ha sido asignado un responsable.	
		No son requisitos y suponen una mejora.	
5,04	5.4.2	Existe una planificación para la realización de las acciones del sistema de gestión.	
5,05	5.4.2	En el caso de que el sistema de gestión haya sufrido un cambio o se prevea el mismo, existe una planificación para salvaguardar su integridad. SOLO DIRECCIÓN.	
5,06	5.4.2	Cuando se producen desviaciones en el cumplimiento de las acciones determinadas, se documenta la causa y se define un nuevo plazo para su implementación.	
5,07	5.5.1	En el centro de trabajo se dispone de un organigrama en el que se representa la estructura del sistema.	
5,08	5.5.1	El representante de la Dirección está definido.	<i>El representante puede ser una única persona o un comité. Puede depender del nivel del sistema.</i>
5,09	5.5.3	La información comunicada dentro del centro de trabajo está actualizada.	
5,10	5,5,3	Los medios para transmitir la información son adecuados.	<i>Pueden ser tableros de anuncios, la intranet, notas internas o a través de comunicaciones verbales.</i>
5,11	5,6	En las actas de revisión del sistema queda constancia de la toma de decisión, cada 4 meses, acerca de:	
		El seguimiento de las acciones determinadas en revisiones anteriores.	
		El estado de los indicadores.	
		El estado de cumplimiento de los objetivos.	
		Los resultados del análisis de las incidencias/no conformidades, al menos desde la última revisión.	
		La revisión del estado de las acciones correctivas y preventivas abiertas o pendientes de evaluación.	
5,12	5,6	También en las actas de revisión queda constancia de que se toman decisiones, como mínimo cada 12 meses, respecto de:	
		Los resultados de las auditorías, tanto internas como externas.	



		Los resultados obtenidos del análisis de quejas y reclamaciones.		
		Los resultados del análisis de la satisfacción del cliente.		
5,13	5,6	Las decisiones tomadas y las acciones planteadas:		
		Están documentadas.		
		Incluyen un responsable para su ejecución.		
		Tienen un tiempo definido de ejecución.		
5,14	5.6 y 5.4.2	De las decisiones tomadas se realiza la implantación y seguimiento.		
<i>CAPÍTULO 6</i>				
6,01	6.2.2	La dirección dispone de un plan anual de formación. SÓLO DIRECCIÓN		
6,02	6.2.2	Existen los registros de formación necesarios para acreditar la capacitación de las personas. SÓLO DIRECCIÓN		
6,03	6.2.2	Se ha realizado la identificación de las necesidades de formación. SÓLO DIRECCIÓN		
6,04	6.2.2	La eficacia de las acciones formativas relacionadas con la calidad del servicio, han sido evaluadas. SÓLO DIRECCIÓN		
6,05	6,3	Los equipos que no funcionan están correctamente identificados.		
6,06	6,3	El equipo adecuado está disponible y se maneja adecuadamente con el fin de prolongar su vida útil.		
6,07	6,3	Los auditados han sido capaces de demostrar que el scanner (cuando exista) está sometido a las revisiones trimestrales exigidas.		
6,08	6,4	El entorno de trabajo es adecuado.		<i>No hace mucho frío, ni mucho calor y se puede ver con normalidad, tampoco existen condiciones insalubres o de desorden extremo.</i>
<i>CAPÍTULO 7</i>				
7,01	7.2.3	Quejas y reclamaciones		
		La imposición de quejas se realiza según el procedimiento establecido.		<i>Sólo oficinas</i>
		Las comunicaciones para investigación de quejas y reclamaciones recibidas se registran y queda constancia de la contestación.		<i>Se lleva a cabo algún sistema de archivo informático (ordenador o correo electrónico) o en papel</i>
		La respuesta a la solicitud de información para la investigación se realiza en los plazos marcados.		
7,03	7.4.1	Se ha realizado la evaluación de todos los proveedores.		
7,04	7.4.1	Las acciones determinadas como resultado de la evaluación de proveedores, se han llevado a cabo y se realiza el seguimiento de las mismas.		



7,05	7.4.2	La unidad conserva el último pedido realizado con el fin de contrastarlo con lo que se reciba.		
7,06	7.4.3	Queda constancia de que los pedidos se inspeccionan al recibirlos, anotando las posibles incidencias que pudieran suceder sobre el propio albarán de entrega.		
7,07	7.5.4	Para todos aquellos paquetes propiedad del cliente que estén deteriorados se levanta el acta pertinente.		
7,08	7.5.5	Los paquetes se manejan de modo que se evita producirles desperfectos.		
7,09	7.5.5	Los extintores y equipos de extinción de incendios están correctamente revisados.		
7,10	7,6	Respecto a las balanzas utilizadas en el centro:		
		No han transcurrido más de 2 años desde la última comprobación.		
		En los protocolos de comprobaciones a realizar en máquina queda constancia del juego de masas patrón utilizado.		
7,11	7,6	La Dirección mantiene los registros necesarios que acreditan las masas patrón utilizadas como tales. SÓLO DIRECCIÓN.		
<i>CAPÍTULO 8</i>				
8,01	8.2.1	Se dispone de los resultados de la evaluación de la satisfacción del cliente.		
8,02	8.2.2	Existe un plan anual de auditorías internas. SOLO DIRECCIÓN		
8,03	8.2.2	Los auditores que realizan las auditorías internas cumplen los requisitos en cuanto a formación y experiencia requeridos. SÓLO DIRECCIÓN.		
8,04	8,2,2	Las auditorías cumplen con la periodicidad establecida.		
8,05	8,2,2	El centro dispone al menos del último informe de auditoría interna realizado en el centro.		<i>Este aspecto, puede abarcar también la parte del informe resultante de Audinter.</i>
8,06	8.2.2	Después de la auditoría se llevan a cabo acciones sin demora justificada para eliminar las recomendaciones y las no conformidades detectadas y sus causas.		
8,07	8.2.3-4	Los indicadores propuestos para el control de los procesos tienen definido:		
		El método de cálculo.		
		La periodicidad de medida		
		El responsable para la medición.		
8,08	8.2.3-4	Los datos resultantes de los procesos se reúnen y representan en los indicadores.		
8,09	8.2.3-4	Los indicadores se definen para asegurar la efectividad y controlar el desempeño del proceso.		



**ÁREA DE OPERACIONES INTERNACIONALES
OFICINA DE CAMBIO MADRID-BARAJAS**

Versión

V.1

GUIA RÁPIDA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Fecha

02 noviembre 2014

Página

17

8,10	8.2.3-4	Los datos de los indicadores se estudian periódicamente y queda constancia de las decisiones tomadas en las actas de revisión.		
8,11	8,3	Cuando una incidencia/no conformidad tiene lugar, se documenta y es tratada por el responsable designado.		
8,12	8,3	La gestión de incidencias/no conformidades y acciones correctivas y preventivas, se lleva a cabo siguiendo el procedimiento establecido.		
8,13	8,3	Las incidencias/no conformidades son tratadas sin demora justificada.		
8,14	8,3	Las incidencias/no conformidades se recogen sobre los formatos destinados a tal fin.		Formato de NC, MG8/03
8,15	8,3	Las acciones correctivas y preventivas se establecen según los criterios marcados en los puntos 8.5.2 y 8.5.3 del manual		
8,16	8,4	Periódicamente se analizan las distintas fuentes de datos para la Revisión por la Dirección.		Las fuentes de datos no son sólo las generadas en el centro, pueden ser importadas de otras áreas.
		Al menos cada 4 meses las incidencias/no conformidades detectadas en el centro.		Las fuentes para el estudio de las incidencias detectadas son: actas levantadas cuando el envío está en mal estado, las incidencias dadas al CAU (registro en el correo electrónico), las detectadas durante la operativa (debería emplearse el formato definido en el sistema de gestión)
		Al menos cada 4 meses, el estado de los indicadores.		
		Siempre que tengan lugar, los resultados de las auditorías.		Los resultados de auditorías se obtienen de (No hay sugerencias), auditorías ISO, auditorías externas....
		Al menos una vez al año, los resultados del índice de satisfacción del cliente.		
		Al menos una vez al año se realiza el análisis de las quejas y reclamaciones recibidas.		Deberían aparecer conclusiones respecto de los tipos, frecuencias, representatividad. La información puede extraerse de los informes que facilita atención al cliente respecto a quejas y reclamaciones.
8,17	8.5.2	Las acciones correctivas y preventivas encontradas:		
		Están documentadas		Formato MG8/04
		Se ha realizado la investigación de las causas.		
		Se ha determinado una planificación con responsables.		
		Queda constancia del seguimiento de dicha planificación.		
		Se lleva a cabo la evaluación de la eficacia de la acción.		
8,18	8.5.2	Siempre que una acción no ha resultado eficaz se abre una nueva acción.		



I. 2 CUESTIONARIO DEL INFORME DE AUDITORIA INTERNA DEL S.G. MEDIO AMBIENTE EN OFICINA DE CABIO (CTI).

<i>Ítem</i>	<i>Doc</i>	<i>Pto</i>	<i>PREGUNTAS</i>	<i>NC</i>	<i>OBSERVACIONES</i>
01	MG4	4.2.3	Los documentos observados durante la auditoría estaban en vigor y con los cambios correctamente identificados.		
02	MG4	4.2.4	Durante la auditoría, los auditados han sido capaces de facilitar todos los REGISTROS solicitados por el auditor.		
03	MG4	4.2.4	Durante la auditoría, todos los REGISTROS observados eran legibles y estaban ordenados por tipos y dentro de cada tipo por orden cronológicamente inverso.		
04	MG4	4.2.4	Existe una copia de seguridad para los registros en soporte electrónico, con menos de 6 meses de antigüedad, externa al lugar donde se generan habitualmente.		<i>Quando los registros están en soporte papel, no es necesario que exista copia de seguridad.</i>
05	MG4	4.2.4	Todos los registros observados cumplen con el tiempo de retención establecido en la documentación aplicable.		
06	MG5	5.3	La política se ha comunicado al personal de otras empresas que trabaja en el centro		<i>Como personal de limpieza, conducciones de las rutas, mantenimiento...</i>
07	MG5	5.4.1	Los OBJETIVOS DEL SISTEMA de gestión son medibles.		
08	MG5	5.4.1	Los OBJETIVOS DEL SISTEMA de gestión tienen establecidas metas y plazos.		<i>Las metas son hitos intermedios cuyo cumplimiento facilita el cumplimiento del objetivo global.</i>
09	MG5	5.4.1	Los OBJETIVOS DEL SISTEMA de gestión tienen una periodicidad de seguimiento.		
10	MG5	5.4.1	Los OBJETIVOS DEL SISTEMA de gestión tienen asignado un responsable.		
11	MG5	5.4.1	Los OBJETIVOS DEL SISTEMA de gestión no son un requisito y suponen una mejora.		
12	MG5	5.5.1	En el centro de trabajo se dispone de un organigrama en el que se representa la estructura del sistema.		
13	MG5	5.5.2	El representante de la Dirección está definido.		<i>El representante puede ser una única persona o un comité. Puede depender del nivel del sistema.</i>
14	MG5	5.6	En las actas de revisión del sistema queda constancia de la toma de decisión, cada 4 meses, acerca del seguimiento de las acciones resultantes de las revisiones previas llevadas a cabo por la dirección		
15	MG5	5.6	En las actas de revisión del sistema queda constancia de la toma de decisión, cada 4 meses, acerca de cambios que pueden afectar al sistema (operativos, en los sistemas o en las infraestructuras)		
16	MG5	5.6	En las actas de revisión del sistema queda constancia de la toma de decisión, cada 4 meses, acerca de la revisión de las Incidencias/No conformidades detectadas desde la última revisión. (incluidas las de auditorías)		



**ÁREA DE OPERACIONES INTERNACIONALES
OFICINA DE CAMBIO MADRID-BARAJAS**

Versión

V.1

GUIA RÁPIDA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Fecha

02 noviembre 2014

Página

19

17	MG5	5.6	En las actas de revisión del sistema queda constancia de la toma de decisión, cada 4 meses, acerca del seguimiento de acciones correctivas y preventivas abiertas (tanto de calidad como de medioambiente).		
18	MG5	5.6	En las actas de revisión del sistema queda constancia de la toma de decisión, cada 4 meses, acerca de la revisión de los objetivos del sistema (Revisión, seguimiento y despliegue)		
19	MG5	5.6	En las actas de revisión del sistema queda constancia de la toma de decisión, cada 4 meses, acerca del seguimiento de las metas de los objetivos ambientales		
20	MG5	5.6	En las actas de revisión del sistema queda constancia de la toma de decisión, cada 4 meses, acerca del seguimiento de los indicadores de los aspectos medioambientales		
21	MG5	5.6	En las actas de revisión del sistema queda constancia de la toma de decisión, cada 4 meses, acerca de comunicaciones de aspectos ambientales con partes interesadas (ayuntamiento, asociaciones...)		
22	MG5	5.6	En la primera acta del año se recogen los responsables del sistema y en las sucesivas aparecen recogidos los cambios que hayan tenido lugar.		
23	MG5	5.6	En las actas de revisión del sistema queda constancia de la toma de decisión, cada 12 meses, acerca de oportunidades de mejora.		
24	MG5	5.6	En las actas de revisión se incluyen los resultados de auditorías (al menos cada 12 meses)		
25	MG5	5.6	Las decisiones tomadas y las acciones planteadas están documentadas y tienen definido un tiempo de ejecución y un responsable.		
26	MG5	5.6	De las decisiones tomadas se realiza la implantación y seguimiento.		
27	MG6	6.3	Los equipos que no están en uso se encuentran adecuadamente identificados como "NO APTO"		
28	MG8	8.3	Cuando una incidencia/no conformidad tiene lugar, se documenta y es tratada por el responsable designado.		
29	MG8	8.3	La gestión de incidencias/no conformidades y acciones correctivas y preventivas, se lleva a cabo siguiendo el procedimiento establecido en el sistema.		
30	MG8	8.3	Las incidencias/no conformidades son tratadas sin demora justificada.		
31	MG8	8.3	Las incidencias/no conformidades se recogen sobre los formatos destinados a tal fin.		<i>Formato de NC, MG8/03</i>
32	MG8	8.5.2	Las acciones correctivas y preventivas se establecen según los criterios marcados en los puntos 8.5.2 y 8.5.3 del manual		
33	MG8	8.5.2	Las acciones correctivas y preventivas encontradas están documentadas.		<i>Formato MG8/04</i>



ÁREA DE OPERACIONES INTERNACIONALES
OFICINA DE CAMBIO MADRID-BARAJAS

Versión

V.1

GUIA RÁPIDA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Fecha

02 noviembre 2014

Página

20

34	MG8	8.5.2	Para las acciones correctivas y preventivas encontradas se ha realizado el análisis de causas.		
35	MG8	8.5.2	Las acciones correctivas y preventivas se dirigen a eliminar las causas mediante un plan de acciones y sus respectivos responsables.		
36	MG8	8.5.2	Para las acciones correctivas y preventivas encontradas se ha realizado la evaluación de la eficacia.		
37	MG8	8.2.2	Las auditorias cumplen con la periodicidad establecida.		
38	MG8	8.2.2	El centro dispone al menos del último informe de auditoría interna medioambiental realizado en el centro.		
39	MG8	8.2.2	Después de la auditoria se han establecido las acciones correctivas sin demora justificada para eliminar las recomendaciones y las no conformidades detectadas y sus causas.		
40	PMA01		<i>Identificación y Valoración</i>		
41	PMA01	6.1	El centro de trabajo tiene identificados todos sus aspectos tanto en situaciones normales como de emergencia.		<i>En el caso de detectar alguno que falte o sobre, indicar cual. La identificación particular del centro se puede consultar en la intranet en el PMA01-02</i>
42	PMA01	6.3.1	Se ha realizado la valoración de todos los aspectos identificados para el centro en situaciones normales.		
43	PMA01	6.3.2	Se ha realizado la valoración de todos los aspectos identificados para el centro en situaciones de emergencia.		<i>Por ejemplo, en las situaciones de incendio y explosión coincide el aspecto de emisión de gases. Esta valoración debe hacerse por separado, pues la probabilidad y gravedad no coinciden.</i>
44	PMA02		<i>Seguimiento y medición</i>		
45	PMA02	6	Para cada uno de los aspectos existe un indicador para su seguimiento.		
46	PMA02	6	Los indicadores propuestos para el control de los aspectos están definidos (mediante el método de cálculo, la periodicidad de medida y el responsable de la misma)		
47	PMA02	6	El centro de trabajo está recogiendo los datos necesarios para la medición de aspectos sobre el formato PMA02-01.		
48	PMA02	6	Los indicadores para el control de los aspectos disponen de información para un seguimiento adecuado.		<i>Recogeraquí el número de indicadores de los que no se dispone de datos y el número total de indicadores muestreados. ATENCIÓN: El propio centro de trabajo puede ser la fuente de algunos de los indicadores del sistema.</i>
49	PMA03		<i>Identificación y evaluación de requisitos legales con ASAL</i>		
50	PMA03	6.1	El cuestionario de ASAL contiene toda la legislación de aplicación en función de las instalaciones presentes en el centro de trabajo.		<i>Es responsabilidad del coordinador de calidad. Porejemplo, si hay un depósito de gasóleo C debe haber normativa asociada a depósitos petrolíferos. Si hay instalación industrial de más de 100kW, debe haber OCA de BT.</i>



ÁREA DE OPERACIONES INTERNACIONALES
OFICINA DE CAMBIO MADRID-BARAJAS

Versión

V.1

GUIA RÁPIDA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Fecha

02 noviembre 2014

Página

21

51	PMA03	6.2	La evaluación del cumplimiento legal correspondiente al año en curso ha sido realizada.		Es responsabilidad del coordinador de calidad. En caso de que haya transcurrido más de un año, pero se haya realizado, debe consignarse como observación.
52	PMA03	6.2.3	La evaluación del cumplimiento legal correspondiente al año en curso ha sido comunicada a efectos de información al responsable del centro de trabajo.		Es responsabilidad del coordinador de calidad.
53	PMA03	LICENCIAS	¿Dispone de licencia de apertura o puesta en marcha de sus instalaciones y actividades?		
54	PMA03	ATMÓSFERA	¿Dispone de copia del certificado de mantenimiento anual de las instalaciones térmicas?		Según artículo 28.2 Real Decreto 238/2013: El certificado de mantenimiento, según modelo establecido por el órgano competente de la Comunidad Autónoma, tendrá como mínimo el contenido siguiente: a) Identificación de la instalación , incluyendo el número de expediente inicial con el que se registró la instalación. b) Identificación de la empresa mantenedora , mantenedor habilitado responsable de la instalación y del director de mantenimiento, cuando la participación de este último sea preceptiva. c) Declaración expresa de que la instalación ha sido mantenida de acuerdo con el Manual de Uso y Mantenimiento y que cumple con los requisitos exigidos en la IT 3. d) Resumen de los consumos anuales registrados : combustible, energía eléctrica, agua para llenado de las instalaciones, agua caliente sanitaria, totalización de los contadores individuales de agua caliente sanitaria y energía térmica. e) Resumen de las aportaciones anuales : térmicas de la central de producción y de las energías renovables y/o cogeneración si las hubiese. En el caso de no poder obtenerse los datos anteriores se justificará en el certificado de mantenimiento.
55	PMA03	ATMÓSFERA	¿Dispone de las instrucciones actualizadas de seguridad, de manejo y de maniobra de las instalaciones térmicas en un lugar visible?		Real Decreto 1027/2007, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios (RITE) IT 3.5. Debe disponerse de las instrucciones de seguridad de las instalaciones IT 3.5.2. Las instrucciones de seguridad deben estar claramente visibles antes del acceso y en el interior de las salas. IT 3.6. Debe disponerse de las instrucciones de manejo y maniobra de las instalaciones. IT 3.6.2. Las instrucciones de manejo y maniobra deben estar situadas en lugar visible de la sala de máquinas.
56	PMA03	SEGURIDAD INDUSTRIAL	¿La inspección de las instalaciones contra incendio es realizada por un organismo de control con la frecuencia establecida por la legislación vigente y se conservan copias de las actas de dichas inspecciones?		



ÁREA DE OPERACIONES INTERNACIONALES
OFICINA DE CAMBIO MADRID-BARAJAS

Versión

V.1

GUIA RÁPIDA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Fecha

02 noviembre 2014

Página

22

57	PMA03	SEGURIDAD INDUSTRIAL	<p>¿Se realizan las inspecciones periódicas en las subestaciones eléctricas o centros de transformación por Organismo de Control autorizado cada 3 años? IMPORTANTE: Esta pregunta solo aplica a los centros donde existe centro de alta tensión PROPIEDAD DE CORREOS (ver ficha de identificación de ASAL del centro auditado).</p>	<p>Segun artículo 13 del Real Decreto 3275/1982, de 12 de noviembre, Reglamento sobre Condiciones Técnicas y Garantías de Seguridad en Centrales Eléctricas, Subestaciones y Centros de Transformación: estas inspecciones se realizarán, al menos cada tres años, pudiéndose establecer condiciones especiales en las Instrucciones Técnicas Complementarias a este Reglamento. El titular de la instalación cuidará de que dichas inspecciones se efectúen en los plazos previstos.</p>
58	PMA03	GASES REFRIGERANTES	<p>¿Se realiza un control de fugas según normativa vigente (ver observaciones) de los gases fluorados de efecto invernadero* y/o sustancias que agotan la capa de ozono* por personal certificado, en aquellos equipos de refrigeración que contengan esta tipología de gases? *Sustancias de agotan la capa de ozono (HCFC): R21, R22. *Gases de efecto invernadero (SF6 y HFC): R134a, R143a, R410a, R407c, R404a. IMPORTANTE: añadir en observaciones si se identifican equipos de refrigeración que no contienen ninguno de los gases especificados (anotar el equipo, tipo de gas y carga en Kg)</p>	<p>Periodicidad de controles de fugas en base a artículo 3 del reglamento 842/2006 sobre determinados gases fluorados de efecto invernadero y el Reglamento 1516/2007 por el que se establecen los requisitos de control de fugas y artículo 23.2 Reglamento 1005/2009 sobre sustancias que agotan la capa de ozono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cada 12 meses en aquellos equipos de refrigeración que contengan 3 kg o más de gases fluorados. - Cada 6 meses en aquellos equipos de refrigeración que contengan 30 Kg o más de gases fluorados. - Cada 3 meses en aquellos equipos de refrigeración que contengan 300 Kg o más de gases fluorados. - Quedan exentos de control de fugas aquellos equipos que contengan carga inferior a 3 kg. o con sistemas sellados herméticamente, etiquetados como tales, que contengan menos de 6 kg de gases fluorados.
59	PMA03	GASES REFRIGERANTES	<p>¿Se registran las operaciones de mantenimiento, reparación y eliminación definitiva de las aplicaciones y aparatos que contienen gases fluorados de efecto invernadero y sustancias que agotan la capa de ozono?</p>	<p>Segun el Art.3.6 Reglamento 842/2006 sobre determinados gases fluorados de efecto invernadero y Art. 23.3 Reglamento 1005/2009 sobre sustancias que agotan la capa de ozono las empresas mantenedoras están obligadas a llevar un registro de las operaciones de los equipos (en el caso de gases de efecto invernadero quedan exentos los equipos con carga menor a 3 Kg.). Contenido mínimo de los registros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de la empresa /técnico que realiza la operación (revisión, mantenimiento o eliminación). - Fecha - Cantidad y tipo de sustancia añadida. - Cantidad recuperada durante el mantenimiento, revisión o eliminación del equipo - Resultados de los controles de escape.



**ÁREA DE OPERACIONES INTERNACIONALES
OFICINA DE CAMBIO MADRID-BARAJAS**

Versión

V.1

GUIA RÁPIDA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Fecha

02 noviembre 2014

Página

23

60	PMA03	GASES REFRIGERANTES	¿Los productos o instalaciones que contienen sustancias reguladas (gases fluorados de efecto invernadero del tipo HFC o sustancias que agotan la capa de ozono) están debidamente etiquetados?	<p>Segun el artículo 10 del RD 795/2010 y el artículo 2 del Reglamento 1494/2007 de etiquetado de gases de efecto invernadero y el el ANEXO I del Reglamento 1272/2008 sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas.</p> <p>Los equipos deben tener la etiqueta identificativa obligatoria de gases de efecto invernadero y sustancias que agotan la capa de ozono. Las empresas habilitadas son las que deben colocarla. Deben contener como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La frase "Contiene gases fluorados de efecto invernadero regulados por el Protocolo de Kioto" o "Contiene sustancias que agotan la capa de ozono". - Tipo de refrigerante. Nombre químico abreviado. - Carga de refrigerante (Kg) - Sistema sellado herméticamente o no. - Si es RECICLADO o REGENERADO (solo en el caso de que el equipo contenga R22 o R21)
61	PMA04		<i>Control Operacional</i>	
62	PMA04	6.1	CONSUMOS	
63	PMA04	6.1	En el centro de trabajo no se mantienen encendidos equipos sin uso que necesariamente deban estar encendidos (servidores, iluminación, etc.)	
64	PMA04	6.1	Para el consumo de papel se han habilitado puntos de depósito para su reutilización.	
65	PMA04	6.1	El papel reutilizado no contiene datos de carácter personal.	
66	PMA04	6.1	Para el consumo de agua se han colocado etiquetas para la sensibilización en baños y cuartos de limpieza.	
67	PMA04	6.2	EMISIONES	
68	PMA04	6.2	Se están realizando las revisiones periódicas de las instalaciones del centro de trabajo (escáner, aparatos de climatización, sistemas contra incendio)	
69	PMA04	6.4	GENERACION DE RESIDUOS NO PELIGROSOS	<i>Ver cuadro de control en pestaña Observaciones</i>
70	PMA04	6.4	Están correctamente segregados.	
71	PMA04	6.4	Para cada residuo existe un gestor y se dispone de la autorización en vigor del mismo.	<i>Las autorizaciones pueden ser para varios residuos. Se identifican mediante el código LER.</i>
72	PMA04	6.4	Para cada residuo se dispone del documento de aceptación del mismo.	<i>Los documentos de aceptación no suelen ser para varios residuos. Lo habitual es que para cada residuo haya un documento de aceptación.</i>
73	PMA04	6.5	GENERACIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS	<i>Ver cuadro de control en pestaña Observaciones</i>
74	PMA04	6.5	El centro está inscrito como PPRP	
75	PMA04	6.5	Están correctamente segregados.	
76	PMA04	6.5	Para cada residuo peligroso existe un gestor y se dispone de la autorización en vigor del mismo.	<i>Las autorizaciones pueden ser para varios residuos. Se identifican mediante el código LER.</i>



**ÁREA DE OPERACIONES INTERNACIONALES
OFICINA DE CAMBIO MADRID-BARAJAS**

Versión

V.1

GUIA RÁPIDA SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Fecha

02 noviembre 2014

Página

24

77	PMA04	6.5	Para cada residuo peligroso se dispone del documento de aceptación del mismo.		Los documentos de aceptación no suelen ser para varios residuos. Lo habitual es que para cada residuo haya un documento de aceptación.
78	PMA04	6.5	Los contenedores en los que se depositan están correctamente etiquetados. (Al menos aparecen el código LER, el pictograma de seguridad y la fecha de envasado)		Los requisitos de la etiqueta identificativa se encuentran en el procedimiento de control operacional.
79	PMA04	6.5	Para cada recogida de residuos peligrosos existe el documento de control y seguimiento correctamente cumplimentado.		EL documento de control y seguimiento se emite para cada recogida y residuo, no puede haber una hoja de control para varios residuos.
80	PMA04	6.5	Todas las recogidas de residuos peligrosos se encuentran registradas en el libro de registro de residuos peligrosos.		Los RD 833/88 y 952/97 exigen que el centro rellene un registro de la producción de los residuos peligrosos. En algunas comunidades autónomas al inscribirse les dan un libro de registro que es el que se debe verificar. En ausencia del libro oficial se verificará la cumplimentación del PMA04-01. (nunca duplicar)
81	PMA05		<i>Situaciones de emergencia</i>		
82	PMA05	6.1	De aquellos aspectos en situaciones de emergencia valorados como significativos, se ha encontrado en el centro el plan de emergencia correspondiente.		
83	PMA05	6.1	En el caso de haber alguna situación de emergencia significativa, se disponen de los medios necesarios para desarrollar el plan de emergencia.		
84	PMA05	6.2	Se ha observado que después de los simulacros se rellena convenientemente el informe de actuación ante emergencia medioambiental.		
85	PMA05	6.3	Se ha realizado una prueba periódica de dichos planes		Pueden ser cuestionarios relacionados con el conocimiento de los planes o resultados de simulacros realizados en el centro.
86	PMA06		<i>Papel de proveedores y Subcontratistas</i>		
87	PMA06	-	Los proveedores que prestan sus servicios en las instalaciones de Correos conocen de la existencia del sistema de gestión ambiental.		Revisar que se ha proporcionado la guía para el Comportamiento ambiental de proveedores y subcontratistas (PMA06)