


INFORME DE AUDITORÍA DEL SISTEMA DE GESTIÓN

CLIENTE:	FUNDACIÓN ARZOBISPO MIGUEL ROCA		
DIRECCIÓN RAZÓN SOCIAL:	PADRE ESTEBAN PERNET 1-3		
CÓDIGO POSTAL:	46014	POBLACIÓN	46014
REPRESENTANTE DEL CLIENTE - CARGO:	VICENT ANDRES	NIF.:	
TELÉFONO:	963597777	FAX:	
E-MAIL:	vicent@proyctohombrevalencia.org		
EXPEDIENTE:	010383/2019		
NORMA:	ISO 9001:2015;		
TIPO DE AUDITORÍA:	PRIMER SEGUIMIENTO		
FECHA DE AUDITORÍA	23 y 24/10/2024		
JORNADAS DE AUDITORIA:	1,5		

EDICION	FECHA EMISION	CAMBIO
1	31/10/2024	Informe de auditoría ejecutado por el Auditor Jefe

AUDITOR JEFE	REPRESENTANTE DEL CLIENTE
 Nombre: Henar Camaño	Nombre: Vicent Andrés

PERSONAS DE CONTACTO EN APPLUS CERTIFICATION	
Facturación y estado del expediente: Mar Vázquez Domínguez T: +34 91 275 62 42 M: +34 605 318 764 mar.vazquez@applus.com	Emisión de Certificados: Dafne Martínez Giménez T: +34 93 567 20 08 - Ext: 52273 dafne.martinez@applus.com

1.- CRITERIOS DE AUDITORÍA:

Los criterios de auditoría utilizados como referencia para la determinación de la conformidad en la presente auditoría, incluyen:

- Requisitos de la norma de aplicación.
- Sistema de gestión de la organización y la documentación del mismo.
- Procesos definidos por la organización cliente.
- Procedimientos de Applus Certification.
- Contrato de Applus Certification.

2.- OBJETIVOS DE AUDITORÍA:

Los objetivos de la presente auditoría, son:

- a) Determinación de la conformidad del sistema de gestión del cliente, o de partes de dicho sistema, con los criterios de auditoría.
- b) Determinación de la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la organización cliente cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables, teniendo en cuenta que una auditoría de certificación de un sistema de gestión no es una auditoría de cumplimiento legal.
- c) Determinación de la eficacia del sistema de gestión, para asegurar que el cliente puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados.
- d) Cuando corresponda, la identificación de las áreas de mejora potencial del sistema de gestión.

3.- INFORMACIÓN PARA EL CLIENTE:**3.1.- CONFIDENCIALIDAD:**

Toda la documentación que se utilice durante la auditoría, o la originada durante la misma, tiene carácter confidencial, incluido el informe de auditoría y no se transcribirá o reproducirá sin el permiso expreso de la empresa.

La documentación generada durante el proceso de evaluación, quedará bajo la custodia de Applus+ Certification.

3.2.- RECUSACIÓN:

Le recordamos la facultad de la empresa de recusar a los miembros del equipo auditor antes de 2 días hábiles, indicando los motivos.

3.3.- OTRAS CUESTIONES A TENER EN CUENTA:

- La organización deberá informar a Applus+ Certification en el caso de que entre los miembros del equipo auditor forme parte personal que haya realizado labores de asesoría directamente o a través de empresas relacionadas.
- La auditoría se realizará en los días preestablecidos y adaptándose a los horarios de la empresa.
- La auditoría se realizará en el idioma acordado con la organización auditada.
- La estimación de la duración de la auditoría es aproximada y podrá modificarse a criterio del equipo auditor.
- El equipo auditor dispondrá de una sala o despacho adecuado para reunirse.
- Se pondrá a disposición del equipo auditor un juego de la documentación del sistema de gestión de la organización incluyendo el manual de gestión y los procedimientos, así como un listado de los documentos vigentes, para su uso durante la auditoría.
- El equipo auditor elaborará el correspondiente informe de auditoría, a entregar a la Organización en un plazo máximo de 7 días.

- Las funciones y tareas del equipo auditor quedan definidas en el procedimiento interno C5300006.
- La organización y el equipo auditor firmarán el informe de auditoría.
- En el caso de desacuerdo con las no conformidades detectadas y especificadas en el correspondiente Informe de auditoría, la organización tiene derecho a presentar los recursos y alegaciones correspondientes a Applus+ Certification.
- Dentro del tiempo de jornada de auditoría no se incluye la elaboración del Informe de Auditoría, desplazamientos y pausas para comida.
- La auditoría se basa en un proceso de muestreo de la información disponible, de modo que Applus+ Certification se exime de la responsabilidad que implique la aparición de nuevos hallazgos no identificados durante la auditoría.

4.- ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN:
4.1.- ALCANCE:

NORMA	ALCANCE (original y traducciones)	Nº certificado	Vigencia
ISO 9001	Atención, evaluación, diagnóstico e incorporación social de personas con problemas de adicciones. Gestión del voluntariado social.	EC-9063/19	04/12/2026

NORMA	ALCANCE AUDITADO EN LA PRESENTE AUDITORIA
ISO 9001	Atención, evaluación, diagnóstico e incorporación social de personas con problemas de adicciones. Gestión del voluntariado social.

CENTRO FIJO	DIRECCION	AUDITADO EN ESTA AUDITORIA
Sede central: FUNDACION ARZOBISPO MIGUEL ROCA	C/Padre Esteban Pernet, 1 46014, VALENCIA	SI
Emplazamiento: COMUNIDAD TERAPEUTICA DE VALENCIA	C/Padre Esteban Pernet, 3 46014, VALENCIA	NO
Emplazamiento: CENTRO DE DIA DE VALENCIA	C/Padre Esteban Pernet, 1 46014, VALENCIA	SI
Emplazamiento: CENTRO DE DIA ONTIYENT	PARTIDA PONT D'AIELO, S/N 46860 ALBAIDA	NO
Emplazamiento: COMUNIDAD TERAPÉUTICA INTRAPENITENCIARIA	Establecimiento Penitenciario Valencia II. Ctra. N-340, Km. 225. 46220 Picassent (Valencia)	SI
Emplazamiento: CENTRO DE DIA DE GANDIA	C/Alzira, nº 7-9 46701 Gandía (Valencia)	NO

4.2.- CENTROS TEMPORALES:

¿La organización dispone de centros temporales donde desarrolla su actividad?	NO
---	----

5.- PARTICIPANTES:
5.1.- POR APPLUS CERTIFICATION:

EQUIPO AUDITOR	Nombre	Norma	REUNIÓN APERTURA	REUNIÓN CIERRE
Auditor jefe:	Henar Camaño	ISO 9001	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

5.2.- POR LA ORGANIZACIÓN CLIENTE:

PARTICIPANTES	CARGO	AUDITORIA	REUNIÓN DE APERTURA	REUNIÓN DE CIERRE
VICENT ANDRÉS	Dirección	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
VIRGINIA GARITO	Sistemas de información, evaluación y gestión de calidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ROSANA DEL CASTILLO	Coordinadora de Servicios Comunes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARIA MORENO	Coordinadora del Centro de Día de Valencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PILAR FONTESTAD	Coordinadora de la Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PILAR BORRELL	Responsable de voluntariado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.- RESULTADOS DE LA AUDITORÍA:
6.1.- CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN RESPECTO A LA ANTERIOR VISITA:

NINGUNO.

6.2.- CAMBIOS QUE AFECTAN A LA REVISIÓN DEL CONTRATO:

NINGUNO.

6.3.- DESVIACIONES RESPECTO DEL PLAN DE AUDITORÍA Y JUSTIFICACIÓN Y CUESTIONES SIGNIFICATIVAS QUE AFECTEN AL PROGRAMA:

	SI/NO	¿SE APORTADO LAS EVIDENCIAS EN EL ANEXO 2?	HAN LAS EVIDENCIAS EN EL ANEXO 2?
¿SE HAN AUDITADO TODAS LAS ACTIVIDADES	SI	SI	

SEÑALADAS EN EL PLAN DE AUDITORÍA?		
¿SE HAN AUDITADO TODOS LOS CENTROS INDICADOS EN EL PLAN DE AUDITORÍA (INCLUIDOS EMPLAZAMIENTOS TEMPORALES) SEÑALADAS EN EL PLAN DE AUDITORÍA?	SI	SI
¿SE HA CUMPLIDO EL PLAN DE AUDITORÍA?	SI	SI
INDICAR LAS CUESTIONES SIGNIFICATIVAS QUE AFECTEN AL PROGRAMA		
NINGUNA		

6.4.- CUESTIONES NO RESUELTAS (diferencias de opinión no resueltas con el cliente, etc.):
NINGUNA.

6.5.- CONTROL DEL USO DE LOS DOCUMENTOS Y MARCAS DE CERTIFICACIÓN:
<input checked="" type="checkbox"/> El cliente está controlando de manera eficiente el uso de los documentos y marca de certificación. <input type="checkbox"/> El cliente no está controlando de manera eficiente el uso de los documentos y marca de certificación. <input type="checkbox"/> No aplica.

6.6.- HALLAZGOS:

Esta auditoría se ha realizado con base en un muestreo y por tanto pueden existir otras no-conformidades no identificadas en este informe.

6.6.1.- PUNTOS FUERTES:

Durante la auditoría, se han detectado aspectos especialmente positivos en la organización:

PUNTOS FUERTES:
<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento por parte de la Responsable de calidad de los diferentes programas para el establecimiento de acciones para la mejora del sistema. • Implicación de los equipos en el sistema de gestión. • Amplitud del plan de auditorías auditándose los centros varias veces a lo largo del año. • Información de salida de la revisión por la dirección, donde se establecen recomendaciones de mejora derivadas de los diferentes programas así como generales del sistema. • DAFO de cada uno de los programas a partir del cual se detectan riesgos y oportunidades y se definen acciones y objetivos, así como el seguimiento de las acciones para abordar riesgos y oportunidades. • Seguimiento de las acciones programadas con los grupos de interés.

6.6.2.- OPORTUNIDADES DE MEJORA:

Durante la auditoría, se han detectado una serie de oportunidades que ofrecen información importante para la mejora. Para continuar el proceso de certificación no es preciso que aporten un plan acción ni evidencias frente a las mismas.

OPORTUNIDADES DE MEJORA:
<ul style="list-style-type: none"> • Si bien se realiza un buen tratamiento de las NC y OM de los centros, en la mayoría de los casos son documentadas por calidad de la información obtenida en las reuniones o en las auditorias internas. Sería recomendable potenciar la detección de las NC y OM internamente (por ejemplo, en reuniones de equipo).

- Si bien se documenta al seguimiento de las oportunidades definidas en el PR-03 "oportunidad de mejora" se está documentando en la columna de evaluación de la eficacia, valorar incluir una columna de seguimiento de la oportunidad.
- Dado que el documento de excepciones es un documento que se está utilizando de forma sistemática, valorar su incorporación como registro del sistema.
- Si bien se puede evidenciar la trazabilidad entre los diferentes termómetros y el registro de calibraciones/verificaciones, conviene codificarlos en el listado de calibraciones/verificaciones con la codificación establecida en el equipo que lo contiene.
- Si bien se evidencia un parte de trabajo de los mantenimientos realizados a los equipos de aire acondicionado de la sede de Valencia, sería recomendable solicitar al mantenedor un informe completo de la revisión realizada.
- Valorar la utilidad de la información contenida en el registro de mantenimiento correctivo.
- Cabe mejorar el documento de planificación de auditorías internas.

6.6.3.- NO CONFORMIDADES:

En la tabla que figura a continuación se reflejan las no conformidades (mayores y/o menores) detectadas durante la presente auditoría así como las identificadas durante todo el ciclo.

(a) CICLO:

Primer ciclo: AINI, AS1, AS2 y AREN.

Segundo ciclo y sucesivos: AS1, AS2 y AREN.

(b) Nº: *En cada auditoría se comienza a enumerar las no conformidades a partir del número 1.*

(c) (*):

Fase 1: Se señala con una X las observaciones que puedan condicionar la Fase 2

Fase 2 y sucesivas: Se señalará con una X las no conformidades repetitivas.

(d) CATEGORIA:

Fase 1: Observación.

Fase 2 y sucesivas: Mayor o Menor.

CICLO (a)	Nº (b)	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	(*) (c)	CATEGORÍA (d)	NORMA y APARTADO	REVISIÓN EFICACIA AACC	ESTADO	FECHA CIERRE
AS1	1	<p>Descripción del incumplimiento:</p> <p>La organización no ha determinado los requisitos relacionados con el cambio climático de las partes interesadas.</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Documento "Identificación de necesidades y expectativas de los grupos de interés 2024" 		Menor	4.2.			
AS1	2	<p>Descripción del incumplimiento:</p> <p>Se detecta desviación en relación al registro por parte de profesionales/voluntarios de los talleres y actividades realizadas por los usuarios de la Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria, tanto en precomunidad como una vez incorporados al programa.</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Usuario Id 13506: Las actividades grupales en 		Menor	8.5.			

CICLO (a)	Nº (b)	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	(*) (c)	CATEGORÍA (d)	NORMA y APARTADO	REVISIÓN EFICACIA AACC	ESTADO	FECHA CIERRE
		<p>fase de preparación del CTI se han registrado como grupo terapéutico en vez de como grupo terapéutico precomunidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> Usuario Id 13163: No se han registrado las ausencias al taller de autoestima de los días 2/05 y 31/05, ni las ausencias al taller de valores de los días 01/10, 16/10, entre otros; no se ha registrado la asistencia al taller de prevención de caídas desde el 20/09/2024 que el usuario se encuentra en fase 3 de autonomía. 						
AS1	3	<p>Descripción del incumplimiento:</p> <p>Se detecta desviación en relación a las actuaciones de mantenimiento e inspecciones de la sede de Valencia</p> <p>Evidencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> No se evidencia la inspección reglamentaria por OCA del Sistema de Protección Contra Incendios de la sede de Valencia. Si bien la organización dispone de Plan de Prevención y Control de Legionella (PPCL) en base al RD 487/2022, no se encuentra cumplimentado el libro registro de actuaciones. 		Mayor	7.1.3.			
REN	1	<p>Descripción del incumplimiento:</p> <p>Se detecta desviación en relación a la gestión de menús y alergias e intolerancias de los usuarios de la Comunidad Terapéutica de Valencia</p> <p>Evidencias encontradas:</p> <ul style="list-style-type: none"> No se están registrando los cambios de menús en todos los casos (por ejemplo, 		Menor	8.5.	<p>Se revisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> PR-09 Procedimiento APPCC-Cocina, Fecha 01/07/2024. Versión 11. Menú 03/10/2024. Cena: tomate y pescado al horno con papillote (alergenos al huevo y pescado). Incluye cambio de menús. Pescado por chuletas de cerdo o pechuga 	CERRADA	24/10/2024

CICLO (a)	Nº (b)	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	(*) (c)	CATEGORÍA (d)	NORMA y APARTADO	REVISIÓN EFICACIA AACC	ESTADO	FECHA CIERRE
		<p>cambios realizados en la semana del 16/10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si bien en los menús se indica la composición de los platos, no se indica si estos platos contienen alguno de los 14 grupos de alérgenos alimentarios o de sustancias a las que se suelen presentar intolerancias según lo establecido en el Reglamento (CE) n.º 1169/2011. • El registro "PR-09 Ficha de consumidor sensible para alergias e intolerancias" de Alejandro 22 no se han cumplimentado desde agosto. • No se mantienen muestras testigo de los cambios de menús (día 16/10 cambio de judías con ajo por huevos cocidos) sin que se haya guardado la muestra testigo de los huevos. 				<p>plancha y tomate se elimina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menú 04/10/2024. Comida. Ensaladilla rusa y calamares (alérgenos al huevo y pescado). Incluye cambios en menú (ensaladilla sin huevo y mayonesa y con aliño de aceite y sal y se cambia el pescado por pechuga de pollo). • PR-09 "Ficha de consumidor sensible para alergias e intolerancias" se ha cambiado a "Ficha de persona alérgica/intolerante". Manuel 31 (alérgico al marisco), Paco 50 (intolerancia lactosa). • Muestras testigos de los cambios de menús. Se comprueba cambios del día 18/10 y día 22/10. Ok. 		
REN	2	<p>Descripción del incumplimiento:</p> <p>Se detecta desviación en relación al mantenimiento de las instalaciones eléctricas de la Comunidad Terapéutica de Valencia y Centro de Día de Ontinyent.</p> <p>Evidencias encontradas:</p> <p>Si bien se dispone de 6 meses para la subsanación de las deficiencias detectadas en las revisiones anual realizadas por Veirel Mantenimientos el 28/09/2023 (Comunidad Terapéutica Valencia) y 06/10/2023 (Ontinyent) no se evidencia la solicitud de presupuestos para la subsanación de las mismas ni una planificación de las actuaciones a realizar.</p>		Menor	7.1.3	<p>Sede Valencia/CD Valencia/Comunidad Terapéutica de Valencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe de revisión anual de locales de pública concurrencia. VERIEL Mantenimientos. 17/10/2024. Sin defectos. • Certificado e inspección reglamentaria de baja tensión. ISEVAL. 28/05/2024 (con defectos) y subsanación de defectos 17/10/2024. Favorable sin defectos. <p>CD Onteniente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe de revisión anual de locales de pública concurrencia. 06/10/2023. VERIEL Mantenimientos. Se detectan deficiencias de carácter grave a subsanar en 6 meses. Se realizó la subsanación de defectos. 	CERRADA	24/10/2024

CICLO (a)	Nº (b)	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	(*) (c)	CATEGORÍA (d)	NORMA y APARTADO	REVISIÓN EFICACIA AACC	ESTADO	FECHA CIERRE
						Comprobado. • Certificado e inspección reglamentaria de baja tensión. ISEVAL. 08/07/2024. Favorable sin defectos.		

7.- CONFORMIDAD Y EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN:

7.1. CONFORMIDAD Y EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN

- Conforme.
 No conforme.

EVIDENCIAS ANALIZADAS DURANTE LA AUDITORIA: Anexo 2

CAPACIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN PARA ASEGURAR CUMPLIMIENTO CON LA LEGISLACIÓN, OTROS REQUISITOS APLICABLES, REQUISITOS CONTRACTUALES Y LOGRAR LOS RESULTADOS ESPERADOS

Se considera el sistema de gestión maduro y adecuado para asegurar la identificación y cumplimiento de requisitos de aplicación, como puede ser a partir de la identificación y análisis del contexto en el que opera, siendo uno de los elementos de entrada la propia Administración competente que legisla en sus diferentes ámbitos de aplicación; así como aquellos requisitos contractuales que puede asumir y la propia prestación del servicio, incluso aquellos que reglamentariamente, por su actividad debe contemplar.

AUDITORIAS INTERNAS

La auditoria interna se realiza por personal interno a intervalos planificados a lo largo del año. Se dispone de una planificación de las auditorias a realizar a lo largo del año e informes de cada unas de las auditorias realizadas. El equipo auditor está formado por dos personas de la organización cualificadas para asegurar la imparcialidad del proceso de auditoria.

En relación al equipo auditor:

- Es de la organización Es subcontratado: Indicar nombre y consultora
 Se asegura su imparcialidad No se asegura su imparcialidad

REVISIÓN DEL SISTEMA (Valoración de su idoneidad durante todo el ciclo para renovaciones)

La revisión por la dirección se realiza con carácter anual. Este último año se ha realizado la revisión del Sistema con fecha 10/05/2024. El acta de revisión del sistema recoge todos los elementos de entrada exigidos por la norma de referencia, así como las acciones de mejora determinadas por la organización tras el análisis de información.

7.2. CONCLUSIONES SOBRE EL USO DE TIC

No aplica.

7.3.- CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE AUDITORÍA Y RECOMENDACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR:

Analizados los resultados de la auditoría, el Auditor Jefe considera que:

- Se han cumplido los objetivos de la auditoría no siendo necesario Plan de Acciones Correctivas, por lo que se recomienda MANTENER la certificación.
- Se han cumplido los objetivos de la auditoría, aunque la organización debe aportar:
- Plan de Acciones Correctivas para las no conformidades (en el formato del Anexo 3 o en formato del cliente con la misma información).
 - Evidencias de implantación de las no conformidades mayores.
- Fecha de presentación del Plan de Acciones Correctivas: **30/11/2024.**
- No se cumplen los objetivos de la auditoría recomendando:
- Auditoría extraordinaria total.
 - Auditoría extraordinaria parcial para:

ANEXO 1: PROGRAMA DE CICLO

CUESTIONES A TENER EN CUENTA PARA LA PRÓXIMA AUDITORÍA	
AREN	Ninguna.
AS1	Ninguna.
AS2	
AREN	

	9001	AREN	AS1	AS2	REN
		Fecha: 17, 18 y 19/10/2023	Fecha: 23 y 24/10/2024	Fecha: 2025	Fecha: 2026
<u>MULTI EMPLAZAMIENTO:</u>					
Sede central: FUNDACION ARZOBISPO MIGUEL ROCA C/Padre Esteban Pernet, 1 46014, VALENCIA	X	X	X	X	X
Emplazamiento: COMUNIDAD TERAPEUTICA DE VALENCIA C/Padre Esteban Pernet, 1 46014, VALENCIA	X	X			X
Emplazamiento: CENTRO DE DIA DE VALENCIA C/Padre Esteban Pernet, 1 46014, VALENCIA	X		X	X	
Emplazamiento: CENTRO DE DIA ONTIYENT PARTIDA PONT D'AIELO, S/N 46860 ALBAIDA	X	X			X
Emplazamiento: CENTRO DE DÍA DE GANDÍA	X			X	

C/Alzira, nº 7-9 46701 Gandía (Valencia)					
Emplazamiento: COMUNIDAD TERAPÉUTICA INTRAPENITENCIARIA Establecimiento Penitenciario Valencia II. Ctra. N-340, Km. 225. 46220 Picassent (Valencia)	X		X		
<u>ALCANCE:</u>					
Atención, evaluación, diagnóstico e incorporación social de personas con problemas de adicciones.	X	X	X	X	X
Gestión del voluntariado social.	X	X	X		X
<u>TURNOS:</u>					
Turno mañana	X	X	X	X	X
Turno tarde	X	X	X	X	X

	9001	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	GESTIÓN DE RRHH	GESTIÓN DEL VOLUNTARIADO	ANÁLISIS NECES. Y EXPECTATIVAS	ELABORACIÓN PROGRAMAS	ACOGIDA Y DIAGNOSTICO	ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN AMBULATORIA	ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN RESIDENCIAL	ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN INTRAPENITENCIARIA	SATISFACCIÓN USUARIOS Y FAMILIAS	COMPRAS Y APROVISIONAMIENTO	MANTENIMIENTO INSTALACIONES	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	REN	S1	S2	REN
															Fecha: 17, 18 y 19/10/2023	Fecha: 23 y 24/10/2024	Fecha: 2025	Fecha: 2026
4.1.- Comprensión de la organización y su contexto	X	X													X	X	X	X
4.2.- Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	X				X										X	X	X	X

	9001	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	GESTIÓN DE RRHH	GESTIÓN DEL VOLUNTARIADO	ANÁLISIS NECES. Y EXPECTATIVAS	ELABORACIÓN PROGRAMAS	ACOGIDA Y DIAGNOSTICO	ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN AMBULATORIA	ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN RESIDENCIAL	ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN INTRAPENITENCIARIA	SATISFACCIÓN USUARIOS Y FAMILIAS	COMPRAS Y APROVISIONAMIENTO	MANTENIMIENTO INSTALACIONES	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	REN	S1	S2	REN
4.3.- Alcance	X												X	X	X	X	X	X
4.4.- Sistema de gestión	X												X	X	X	X	X	X
5.1.- Liderazgo y compromiso	X	X												X	X	X	X	X
5.2.- Política	X	X												X	X	X	X	X
5.3.- Roles, responsabilidades y autoridades	X		X											X		X		X
6.1.- Acciones para abordar riesgos y oportunidades, incluido su planificación	X	X												X	X	X		X
6.2.- Objetivos	X	X												X	X	X		X
6.3.- Planificación de cambios	X	X												X	X	X		X
7.1.- Recursos (generalidades, personas, conocimiento, etc.)	X		X									X		X	X	X		X
7.1.3.- Infraestructura	X											X		X	X			X
7.1.4.- Ambiente para la operación de los procesos	X											X		X	X			X
7.1.5.- Recursos de seguimiento y medición	X											X		X	X			X
7.2.- Competencia	X		X	X										X	X		X	X
7.3.- Toma de conciencia	X		X	X										X	X		X	X
7.4.- Comunicación	X	X												X			X	X
7.5.- Información documentada	X												X	X	X		X	X
8.1.- Control operacional en calidad	X				X	X	X	X	X	X	X			X	X		X	X
8.2.- Requisitos para productos y servicios	X				X	X	X	X	X	X	X			X	X		X	X
8.3.- Diseño y desarrollo	NA																	
8.4.- Control de los procesos, productos y servicios	X										X			X		X		X

	9001	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	GESTIÓN DE RRHH	GESTIÓN DEL VOLUNTARIADO	ANÁLISIS NECES. Y EXPECTATIVAS	ELABORACIÓN PROGRAMAS	ACOGIDA Y DIAGNOSTICO	ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN AMBULATORIA	ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN RESIDENCIAL	ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN INTRAPENITENCIARIA	SATISFACCIÓN USUARIOS Y FAMILIAS	COMPRAS Y APROVISIONAMIENTO	MANTENIMIENTO INSTALACIONES	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	REN	S1	S2	REN
suministrados externamente																		
8.5.- Producción y provisión del servicio	X				X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X
8.6.- Liberación de los productos y servicios	X				X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X
8.7.- Control de las salidas no conformes	X				X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X
9.1.- Seguimiento, medición, análisis y evaluación	X												X	X	X	X	X	X
9.2.- Auditoría interna	X												X	X	X	X	X	X
9.3.- Revisión por la dirección	X												X	X	X	X	X	X
10 Mejora	X												X	X	X	X	X	X
Marca de certificación Applus	X												X	X	X	X	X	X

ANEXO 2: EVIDENCIAS ANALIZADAS

INFORMACIÓN DOCUMENTADA ANALIZADA:

4.3.- DETERMINACIÓN DEL ALCANCE

Documentado en el Manual de calidad. Versión 13 de 01/01/2023.

Se mantienen el alcance del sistema de gestión.

Alcance del sistema: **“Atención, evaluación, diagnóstico, tratamiento e incorporación social de las personas con problemas de adicciones. Gestión del voluntariado social”**

Incluye marco conceptual de actuación: la drogodependencia, las drogas, el medio social, la prevención, la familia, los voluntarios, etc.

Centros incluidos en el alcance: Comunidad Terapéutica de Valencia, Centro de día de Valencia, centro de día de Ontinyent, Centro de día de Gandía, Centro Penitenciario de Picassent.

Puntos no aplicables justificados en el Manual de calidad:

- 8.3 diseño ya que todos los procesos y planes se establecen de acuerdo a normativa autonómica relativa al registro y autorización de centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos.

CONFORME.

5.2.- POLÍTICA

Se mantiene el contenido de la Política de calidad. Fecha de aprobación 01/10/2024. Aprobada por la nueva presidenta de la Fundación (Aurora Aranda Heras).

COMUNICADA A PARTES INTERESADAS:

- En la página WEB (Apartado de “transparencia”). https://www.proyctohombrevalencia.org/images/pdf/POLITICA_DE_CALIDAD.pdf
- Reuniones de Coordinación: Coordinadores.
- Reuniones de equipo: Profesionales.
- Intranet de la organización (carpeta de calidad). Comprobado.

Se comprueba en el Centro de Día de Valencia y Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria el acceso a la política de calidad.

CONFORME.

6.2.- OBJETIVOS

Plan de acción 2024-2027. Aprobado en el Patronato en 18 de octubre de 2024.

Acciones prioritarias para el 2024

EJE 1: EL ENTORNO SOCIAL Y EL TRABAJO EN RED

- Participar de forma activa en los espacios de trabajo con las diferentes administraciones publicas en temas de políticas sociosanitarias relacionadas con las adicciones y la exclusión social.
- Impulsar el trabajo cooperativo con las entidades sociales sin ánimo de lucro en el campo de las adicciones, penitenciario y de exclusión social.
- Incrementar nuestra participación activa en la dinámica de trabajo de la Asociación Proyecto Hombre como espacio de referencia, identidad, formativo y de contraste.

EJE 2: ITINERARIOS Y PROCESOS DE CAMBIO CENTRADOS EN LAS PERSONAS

- Desarrollar nuestro enfoque Biospiciosocial de las adicciones atendiendo a nuevos perfiles de jóvenes, adicciones sin sustancia, atención específica a mujeres y el diagnóstico dual priorizando situaciones de mayor exclusión social.
- Desarrollar el área de prevención en las línea universal, selectiva e indicada y en el ámbito

laboral

EJE 3: NUESTRA ORGANIZACIÓN INTERNA, EL DESARROLLO DEL TALENTO Y LA SOSTENIBILIDAD

- Cuidado de las personas voluntarias y contratadas, integrando la formación continua, la evaluación y el desarrollo de competencias vinculadas a nuestros valores y a la capacidad técnica.
- Agilizar la gestión desde una cultura de la participación, la eficiencia y la flexibilidad organizativa.
- Disponer de un plan de comunicación interna y externa que ofrezca una imagen actual y fidedigna de nuestra misión.

Además de los objetivos indicados en el Plan de Acción como acciones prioritarias cada área determina sus propios objetivos. Visto en riesgos y oportunidades.

Además, dirección establece OBJETIVOS derivados del DAFO de dirección:

- Estudiar las diferencias entre nuestro convenio de empresa al del sector de intervención social estatal.
- Conseguir oportunidades de financiación para el Proyecto Jove.

CONFORME

7.1.5.- RECURSOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

PR-14 MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURAS. Versión 1 de 09/07/2021

Listado de equipos PR14 "Listado de equipos que necesitan calibración y/o verificación".

Alcoholímetros:

Calibración externa bienal:

Se revisan los alcoholímetros de los centros auditados en la presente auditoria.

- Centro de Día de Valencia:
 - o Modelo Zaphir CDP 700 Tester. Nº serie: 240708300005. Fecha de compra 03/07/2023. Informe certificado de calibración e inspección inicial. CDP. 03/07/2023. Calibración cada 2 años o en función de los usos (avisa el equipo). Calibrado el 21/10/2024. Informe certificado de calibración e inspección Advanced Tecso (antes CDP). ok
- Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria:
 - o No tienen.

Termómetros:

Se dispone de un termómetro patrón con el que se verifican el resto de los termómetros.

- Termómetro patrón: Marca EBRO. Modelo TFX 410. Nº serie: 15358876. Certificado de calibración CALTEX (ENAC Nº 159/LC 10.115). 06/10/2023. Calibración externa cada 2 años. Nº certificado: 8852-25442.

PR14 "Ficha de verificación de termómetros". Se revisa la verificación de los siguientes:

- Termómetro nevera medicación Comunidad Terapéutica. Marca HANNA. Modelo H147-00. Fecha de verificación: 17/05/2024. Lectura patrón: 6,4°C. lectura equipo: 5,9 °C. Desviación: 0,5 °C, Error admisible +-1 °C. Aceptable: SI
- Termómetro pincho Marca EBRO TLC 700. 26/10/2023. Lectura patrón: 18,6°C. lectura equipo: 18,3 °C. Desviación: 0,3 °C, Error admisible: +-1. Aceptable: SI
- Termómetro arcón cámara. Marca HANNA. Modelo 4401221. Fecha de verificación: 17/05/2024. Lectura patrón: -21,9°C. lectura equipo: -21,8 °C. Desviación: 0,1 °C, Error admisible: +- 1 °C. Aceptable: SI
- Cámara congeladora. Fecha de verificación: 17/05/2024,. Lectura patrón: -17,1°C. lectura equipo: - 18 °C. Desviación: 0,9 °C, Error admisible: +- 1 °C. Aceptable: SI
- Cámara exterior cocina: Fecha de verificación: 17/05/2024. Lectura patrón: 3,9°C. lectura equipo: 4 °C. Desviación: 0,1 °C, Error admisible: +- 1 °C. Aceptable: SI

- Termómetro Nuevo: Termómetro mesa caliente EBRO 200 TTX N° serie: 50015243. Mesa caliente. Nuevo de fecha 05/04/2023. Certificado de calibración de CALTEX de 03/07/2023. N° certificado: 8852-24517. Verificación 17/05/2024. Lectura patrón: 31°C. lectura equipo: 30,2 °C. Desviación: 0,8 °C, Error admisible: +- 1 °C. Aceptable: SI
- Termómetro arcón despensa escalera. Marca HANNA. Modelo H147-00 Fecha de compra 25/06/2023. Certificado de calibración de HANNA Instrument. 22/11/2022. Verificación 17/05/2024. Lectura patrón: -21,9°C. lectura equipo: -21,8 °C. Desviación: 0,1 °C, Error admisible: +- 1 °C. Aceptable: SI

Nuevos:

- Termómetro cámara refrigeración nueva (incorporado en la cámara). Verificación 23/05/2024. Lectura patrón: 9,4°C. lectura equipo: 5 °C. Desviación: 4,4 °C, Error admisible: +- 1 °C. Aceptable: NO. Se para máquina y se saca la mercancía a la cámara de comedor. Se avisa el servicio técnico de ya que la cámara está en garantía. Se arregla. El 17/06/2024 se vuelve a verificar Lectura patrón: 5,4°C. lectura equipo: 5 °C. Desviación: 0,4 °C, Error admisible: +- 1 °C. Aceptable: SI
- Termómetro cámara de descongelación nueva (incorporado en la cámara). Verificación 17/05/2024. Lectura patrón: 3,9°C. lectura equipo: 4 °C. Desviación: 0,1 °C, Error admisible: +- 1 °C. Aceptable: SI

OM: Si bien se puede evidenciar la trazabilidad entre los diferentes termómetros y el registro de calibraciones/verificaciones, conviene codificarlos en el listado de calibraciones/verificaciones con la codificación establecida en el equipo que lo contiene.

CONFORME.

7.2.- COMPETENCIA

AUDITADO PARA VOLUNTARIADO.

8.1.- PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL

8.2.- REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

8.5.- PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO

8.6.- LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

8.7.- CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES.

4.4.- SISTEMA DE GESTIÓN

COMUNIDAD TERAPÉUTICA INTRAPENITENCIARIA (CTI)

PILAR FONTESTAD: Coordinadora de la Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria.

RAFA BOIX: Educador

ROGELIO ALFONSO: Psicólogo.

Usuarios: 39 y 1 retrocedido.

PR-10 "Recepción y acogida de usuarios". Versión 13 de 01/07/2022

Incluye:

- Recepción y acogida: Entrevistas individuales con el objetivo de recabar información e información a los usuarios. Documento de datos iniciales.
- Ingreso en el centro:

- Registro de atenciones diarias.
- Registro de citas.
- Documento de protección de datos y consentimiento información familias.
- Contrato de admisión a tratamiento.
- Autorización para solicitar facilitar información.
- Datos iniciales.
- SECAD (documento del sistema de evaluación de la calidad asistencial en drogodependencias de la Conselleria de Sanitat)
- Documento de información sobre el programa.

PR13 "comunidad terapéutica intrapenitenciaria". Versión 13 de 1/07/2024. Cambio de encuestas de valoración de las familias.

Programas:

- Preparación para CTI (fase previa a la entrada).
 - Entrevistas de evaluación: Se valora el delito y el equipo realiza la valoración final de si entra a preparación.
 - Si cumple requisitos acude a actividades de grupo 1 vez a la semana y analíticas sorpresa. 4 meses aprox.
- Estancia en CTI.

Temporalidad:

Fase 1: Acogida y motivación al tratamiento.

Adherencia y tomar conciencia de que tienen un problema de adicción.

Usuarios: 1 entrevista individual (1 bimestral), psicoterapia individual (1 mensual), taller formativo (1 semanal) y grupo terapéutico (1 semanal)

Familias: 2 grupo de apoyo a las familias año y 2 entradas de familias año (junio y diciembre).

Fase 2: Deshabitación y crecimiento personal.

Conocimiento personal, trabajo de actitudes, trabajo de reinserción.

Usuarios: 1 entrevista individual (1 bimestral), psicoterapia individual (1 mensual), grupo terapéutico (1 semanal), entrevistas programadas en cada permiso (si tienen) y taller formativo (1 semanal).

Familias: 2 grupo de apoyo a las familias año, 2 entradas de familias año (junio y diciembre) y entrevista programada a la vuelta del permiso (si tienen)

Fase 3. Autonomía.

Mantener todos los objetivos anteriores y apoyo a nuevos usuarios.

Usuarios: 1 entrevista individual (1 bimestral), psicoterapia individual (1 mensual), grupo terapéutico (1 semanal) y entrevistas programadas en cada permiso (si tienen).

Familias: 2 grupo de apoyo a las familias año, 2 entradas de familias año (junio y diciembre) y entrevista

programada a la vuelta del permiso (si tienen).

Los usuarios están dados de alta en el programa informático.

Usuario Id: 13506 (FVM)

Acaba de entrar en el programa de la fase de preparación.

Preparación: Fecha de inicio: 04/04/2024 al 22/10/2024

Programa terapéutico: 22/10/2024.

- Datos iniciales y Entrevista inicial: 21/03/2024.

Documentos de usuario. Se revisan los documentos:

- Compromiso de inclusión en preparación. 04/04/2024.
- Autorización de información a terceros. 04/04/2024. Autoriza a dar información.

Registro de asistencias grupales: 17/10, 10/10, 03/10,.....

Análítica antes de entrar al grupo. 23/10/2024. Positivo en THC y benzo.

Se están registrado de forma incorrecta las actividades grupales en fase de preparación del CTI. Se están registrando como grupo terapéutico en vez de como grupo terapéutico precomunidad

Usuario Id: 13163 (MGC)

Ingresa en el programa el 16/05/2023 y fecha fin 01/05/2024. Estuvo 15 días retrocedido.

Segundo ingreso en el programa (después del retroceso): 15/04/2023

Datos iniciales y entrevista inicial. 19/11/2022

Compromiso de inclusión en preparación. 19/11/2022.

Compromiso de inclusión en preparación. 07/05/2024.

Documentos de usuario. Se revisan los documentos:

- Autorización de información a terceros 19/11/2022. Autoriza a dar información.
- Contrato de admisión al tratamiento. Firmado usuario. 17/05/2023. En el contrato firman que han recibido información sobre el programa terapéutico, reglamento de Régimen interior, derechos y deberes, normas de funcionamiento.
- SECAD (documento del sistema de evaluación de la calidad asistencial en drogodependencias de la Consellería de Sanitat).

Seguimiento:

- Evaluación inicial: EUROPASI (principal instrumento de evaluación). Realizado en 11/2022. Resultado numérico. Escala de 1 a 9. Nivel médico, empleo, alcohol, drogas, legal, familiar y psicológico. Ok

Se encuentra en fase 3 (fase de autonomía).

- Plan de intervención. Fase 1. 15/05/2024. Firmado por usuario.

Objetivos con acciones: No juzgar las normas simplemente cumplirlas, hacer deporte, reducir consumo de bollería y patatas fritas, alcanzar la abstinencia, cortar pensamientos drogas, exponer todo aquello que pase, eliminar la ironía en la forma de hablar, implicarse en las tareas del módulo, evitar bromas pesadas con los compañeros, contar hasta 10 antes de actuar, informar a sus padres de todo lo que le suceda, cumplir con aquello que me comprometa,

estudiar el carnet de conducir.

- Plan de intervención. Fase 2. 14/06/2024 Firmado por usuario.

Objetivos con acciones: No recrearme en mi pasado, reconocer errores e intentar solucionarlos, no jugar al parchís (evitar el juego), buscar los aspectos positivos de aquellas cosas que nos ocurran, aceptar mi realidad, darme cuenta de los micromachismos, estudiar media hora diaria el carnet de conducir.

Acude al taller de prevención de caídas y autoestima.

Taller de autoestima (Lo imparte Roge)

Registro de asistencia a taller: 09/08, 02/08, 26/07, 19/07, 05/07, 28/06, 21/06, 14/06 (ausencia justificada), 31/05 (ausencia), 24/05 (ausencia) **No se han registrado las ausencias de 31/05, 24/05.....**

Taller de prevención de recaída del 26/06 al 23/10 (Lo imparte Paloma).

Registros de asistencia a talleres: 11/09 (ausencia justificada) 02/10 (ausencia justificada no está registrada) y 23/10 no está registrada la asistencia. **No se ha registrado la asistencia al taller de prevención de caídas desde que pasa a fase 3 el 20/09/2024: 02/10 (ausencia justificada sin registrar); 23/10 asistencia sin registrar.**

- Plan de intervención. Fase 3: 20/09/2024. Firmado por usuario.

Objetivos con acciones: Hacer deporte diario, apagar la luz y la TV a las 00:00, ser sincero y mostrarme amable con mis compañeros, tener un proyecto de futuro y ser coherente con ello, colaborar en casa, pensar pros y contras antes de actuar, seguir tomando conciencia de mis actos machistas, integrarse en fútbol y buscar grupo de pádel para cuando sale de permiso....

Registro de asistencias: 17/10 (grupo terapéutico), 15/10 (entrevista individual), 10/10 (grupo terapéutico), 03/10 (ausencia justificada), 26/09 (grupo terapéutico).

Taller de valores. Impartido por un voluntario: José Antonio Martínez.

19/09 (acude), 01/10 (no acude), 16/10 (no acude), 22/10 (acude). **El usuario con Id 13163 no acude a los talleres los días 01/10, 16/10 y no se ha registrado como ausencia justificada y el día 22/10 acude al taller y no está registrado.**

Entrevista mixta con familia en el CD valencia cuando está de permiso. 10/09/2024, 15/0/2024.

Analíticas (1 vez al mes mínimo). Analíticas se seguimiento o sorpresa. 16/10, 03/10, 12/09, 19/08, 25/07, 14/06..... Todos los resultados negativos.

Reactivos para analíticas: Se piden a Valencia.

NC: Se detecta desviación en relación al registro por parte de profesionales/voluntarios de los talleres y actividades realizadas por los usuarios de la Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria, tanto en precomunidad como una vez incorporados al programa.

Evidencias:

- **Usuario Id: 13506: Las actividades grupales en fase de preparación del CTI se han registrado como grupo terapéutico en vez de como grupo terapéutico precomunidad.**
- **Usuario Id: 13163: No se han registrado las ausencias al taller de autoestima de los días 2/05 y 31/05, ni las ausencias al taller de valores de los días 01/10, 16/10 , entre otros; se ha registrado la asistencia al taller de prevención de caídas desde el 20/09/2024 que el usuario se encuentra en fase**

3 de autonomía

CENTRO DE DÍA DE VALENCIA

MARIA MORENO: Coordinadora del Centro de día de Valencia

Usuarios activos: 60 publicas + 11 becados + 2 privados y 23 post tratamientos.

Adicciones tratadas: Cocaína, alcohol, heroína, THC, ludopatía y nuevas tecnologías.

PR-10 "Recepción y acogida de usuarios". Versión 11 de 07/02/2019.

Incluye:

- Recepción y acogida: Entrevistas individuales con el objetivo de recabar información e información a los usuarios. Documento de datos iniciales.
- Ingreso en el centro:
 - Registro de atenciones diarias.
 - Registro de citas.
 - Documento de protección de datos y consentimiento información familias.
 - Contrato de admisión a tratamiento.
 - Autorización para solicitar facilitar información.
 - Datos iniciales.
 - SECAD (documento del sistema de evaluación de la calidad asistencial en drogodependencias de la Consellería de Sanitat)
 - Documento de información sobre el programa.

PR11-PRG03 "centro de día de Valencia". Versión 15 de 01/10/2024. Modificación de las actividades de cada una de las fases.

Incluye:

Temporalidad:

Fase 1: Acogida y motivación al tratamiento: 2 meses.

Usuarios: 1 entrevista individual/terapia individual mensual, 2 terapias grupales semanales y 1 taller formativos semanal.

Familias: 1 grupo de apoyo a las familias semanal y 1 intervención familiar bimestral.

Fase 2: Deshabitación y crecimiento personal: 4 meses

Usuarios: 1 entrevista individual/terapia individual mensual, 2 terapias grupales semanales y 1 talleres formativos semanal.

Familias: 1 grupo de apoyo a las familias quincenal y 1 intervención familiar bimestral.

Fase 3. Reinserción/Autonomía: 3 meses

Usuarios: 1 entrevista individual/terapia individual mensual, 3 terapia grupal quincenal y 1 taller formativos quincenal.

Familias: 1 grupo de apoyo a las familias quincenal y 1 intervención familiar bimestral.

Itinerario especial individual:

Usuarios: 1 entrevista individual/terapia individual mensual.

Familias: 1 grupo de apoyo a las familias quincenal.

Los usuarios están dados de alta en el programa informático.

Id. 10284 (JEC)

Ingresó el 12/02/2024. Reingreso (viene de la CT Valencia)

Se revisan los siguientes registros:

Datos iniciales y entrevista inicial. 12/06/2023

Documentos de usuario. Se revisan los documentos:

- Autorización de información a terceros 29/06/2023. Autoriza a dar información.
- Contrato de admisión al tratamiento. Firmado usuario. 12/02/2024. En el contrato firman que han recibido información sobre el programa terapéutico, reglamento de Régimen interior, derechos y deberes, normas de funcionamiento. Autoriza a la madre.
- SECAD (documento del sistema de evaluación de la calidad asistencial en drogodependencias de la Consellería de Sanitat).

Seguimiento:

- Evaluación inicial: EUROPASI (principal instrumento de evaluación). Realizado en 05/2023. Resultado numérico. Escala de 1 a 9. Nivel médico, empleo, alcohol, drogas, legal, familiar y psicológico. Ok

Se encuentra en fase 3 (fase de autonomía).

- Plan de intervención. Fase 1. No lo hace porque viene de la CT Valencia.
- Plan de intervención. Fase 2. 15/02/2024 Firmado por usuario. Cambio de fase el 16/07/2024.
- Plan de intervención. Fase 3: 16/07/2024. Firmado por usuario.

Objetivos con acciones: Seguir la dieta y controlar alimentación, continuar con revisiones médicas (IVO), mantener hábitos de higiene diaria, asistir al gimnasio 5 días a la semana, usar estrategias de prevención de recaídas, mantener distancia con entorno tóxico, comunicar craving y pensamientos negativos, continuar con el antabús, ser consciente de la influencia que el alcohol tiene en sus recaídas, cumplir con la planificación, continuar con el tratamiento en UCA y PH con los controles necesarios, llevar la libreta de gastos, mantener salidas con grupo de senderismo, proponer salidas con los amigos de su hermano....

Algunos son nuevos y otros de la fase 2 no cumplidos.

Acude al taller de autonomía (lo imparte Esther y en vacaciones Cristina y Constanza)

Registro de asistencia a actividades grupales (grupo terapéutico): 22/10, 17/10, 10/10.... Ok

Registro de asistencia a taller de autonomía (1 sesión cada 15 días): 15/10, 01/10, 19/09, 05/09, 22/08, 30/07, 16/07. Ok

Entrevistas individuales. 20/09, 11/09, 02/09, 23/08, 29/07, 16/07... Ok

Familias. 24/09/2024 (curso familias), 11/09/2024 (entrevistas familiares), 03/07/2024 (entrevista mixta).... Ok

Analíticas (1 vez al mes mínimo). Analíticas se seguimiento o sorpresa. 22/10....26/02, 23/02. Todos los resultados negativos.

Id. 13256 (EM)

Ingresar el 23/05/2023.

Baja del programa terapéutico: 29/07/2024

Se revisan los siguientes registros:

Datos iniciales y entrevista inicial. 23/05/2023

Documentos de usuario. Se revisan los documentos:

- Autorización de información a terceros 29/06/2023. Autoriza a dar información.
- Contrato de admisión al tratamiento. Firmado usuario. 04/07/2024. En el contrato firman que han recibido información sobre el programa terapéutico, reglamento de Régimen interior, derechos y deberes, normas de funcionamiento. Autoriza a la madre, hermana y primo.
- SECAD (documento del sistema de evaluación de la calidad asistencial en drogodependencias de la Consellería de Sanitat).

Seguimiento:

- Evaluación inicial: EUROPASI (principal instrumento de evaluación). Realizado en 06/2023. Resultado numérico. Escala de 1 a 9. Nivel médico, empleo, alcohol, drogas, legal, familiar y psicológico. Ok

Se encuentra en fase 3 (fase de autonomía).

- Plan de intervención. Fase 1. Del 23/05/2023 al 21/07/2023. Firmado por usuario.
- Plan de intervención. Fase 2. Del 21/07/2023 al 27/02/2024. Firmado por usuario.
- Plan de intervención. Fase 3: Del 27/02/2024 al 29/07/2024. Firmado por usuario.

Seguimiento del último Plan de Intervención. Cumple todos los objetivos.

- Baja del programa terapéutico: 29/07/2024

Seguimientos: Participa en despedida y acude familia y grupo de amigos. Muy satisfecho con su vida. Continúa en grupo post terapéutico.

Registro de asistencias grupo postterapéutico. 01/10/2024, 10/09/2024.

Analíticas (1 vez al mes mínimo). Analíticas se seguimiento o sorpresa. 02/07, 25/06, 18/06, 04/06....Todos los resultados negativos.

Documento de excepciones.

OM: Dado que el documento de excepciones es un documento que se está utilizando de forma sistemática, valorar su incorporación como registro del sistema.

Control de reactivos para analíticas:

Informáticamente se dispone de un control de stocks. Se revisa:

- Tiras cannabis de cajas 50

- Tiras opiáceos cajas 50
- Tiras cocaína
- Tiras anfetaminas

Se comprueba el control de stocks con los almacenados en el armario. Ok

Las analíticas del centro de día son realizadas por los terapeutas del centro. Entran con ellos al baño. Los resultados se registran en el programa informático. Visto de los usuarios auditados. Ok

GESTION DEL VOLUNTARIADO SOCIAL:

Pilar Borrell García: Responsable de voluntariado.

PR-07 "Gestión del voluntariado". Versión 11 de 01/11/2023. Curso base con periodicidad cada 2 años.

Registros:

- Solicitud de voluntariado. Documento de Cáritas.
- Registro de aspirantes de voluntariado.
- Compromiso de voluntariado.
- Plan anual de formación específica de voluntariado.
- Registro de información, confidencialidad y medidas de seguridad.
- Encuestas de satisfacción.
- Catalogo de funciones
- Certificación de acción voluntaria.
- Registro de voluntarios.
- Liquidación de dietas y gastos.
- Registro de asistencia de formación.
- Registro de evaluación de la formación.
- Declaración jurada.
- Registro de voluntarios temporales.

Acceso al voluntariado: Remisión de Cáritas con ficha de derivación (salvo Ontinyent), practicum o nuevas peticiones.

Requisitos de acceso: Disponer del curso de voluntariado de Caritas y de Proyecto Hombre.

Se ha realizado un Excel de voluntarios de los diferentes centros y si tienen o no los cursos de caritas y de proyecto hombre.

COMUNIDAD TERAPEUTICA INTRAPENITENCIARIA:

10 voluntarios activos

Voluntarios activos de CTI:

- José Antonio Martínez (taller de valores). Incorporado: 15/02/2024.
- Serafín Gómez (yoga). Incorporado; 07/01/2021.
- Itziar Longas, Lut Soler y Silvia Tarrega (biodanza), Incorporada: 08/02/2024.
- Carla Martínez (habilidades sociales). Incorporada 17/06/2024.
- Irene Palma (incorporado 23/06/2024) y Natalia Vázquez (apoyo equipo).
- María Villena (acompañamiento).

- Julia Sáez (talleres). Incorporada: 07/10/2024

Se revisa:

José Antonio Martínez: Taller de valores. Fecha de inicio: 15/02/2024.

- Compromiso de voluntariado (PR.07-V1). 15/02/2024
- Declaración jurada Ley 45/2015 de voluntariado (PR.07-V1). 15/02/2024
- Información confidencial y medias de seguridad (PR.07-V1). 15/02/2024

Lut Soler: biodanza. Fecha de inicio en CTI: 08/02/2024.

- Compromiso de voluntariado (PR.07-V3). 08/3/2022
- Declaración jurada Ley 45/2015 de voluntariado (PR.07-V2). 08/3/2022
- Información confidencial y medias de seguridad (PR.07-V3). 08/3/2022

CENTRO DE DIA VALENCIA:

2 voluntarios:

Esther Ballester. Fecha de incorporación al CD: 02/12/2016

Serafín Gómez. Fecha de incorporación al CD: 17/1/2023

Se revisa:

Esther Ballester: Taller de autoconocimiento y mindfulness.

- Compromiso de voluntariado (PR.07-V3). 2/12/2016
- Declaración jurada Ley 45/2015 de voluntariado (PR.07-V2). 25/05/2018
- Información confidencial y medias de seguridad (PR.07-V3). 08/05/2018

Plan anual de formación específica de voluntariado 2024:

Formación interna FAMR

- Espacio formativo bimestral para todos los profesionales de la FAMR, prácticum y voluntarios: 28/02/2024 (fuentes morales de la intervención social), 24/04/2024 (introducción a los trastornos alimentarios) y 05/06/2024 (sexualidad y adicciones)
- Manipulación de alimentos.
- Jornada de convivencia FAMR-PH. 19/10/2024.

Formación inicial del voluntariado.

- Curso on line iniciación voluntariado.

Formación específica del voluntariado.

- Monográficos:
 - Pensamientos irracionales. Javi Salcedo. 28/05/2024.
 - Prevención e intervención con jóvenes y familias. 05/11/2024.
 - Liberando emociones. 11/12/2024.
- Formación de Cáritas diocesanas: curso básico y unidades formativas.

- Formación asociación PH
 - Perspectiva de género.
 - Encuentro virtual
 - Encuentro Zona Mediterráneo
 - Escuela de Otoño

Se revisan los registros de los cursos:

“Pensamientos irracionales 28/05/2024. Javi Salcedo.

- Registro de asistencia. ok
- Registro de evaluación de la formación (encuestas). Ok
- Validez de la eficacia. Pilar Borrell

Definición de puestos de voluntariado.

Se ha realizado una definición de requisitos mínimos exigibles para ocupar las diferentes necesidades de voluntariado (descripción de funciones de voluntariado) que incluye: Puesto de voluntariado, funciones, competencias y perfil a valorar.

CONFORME

8.4.- CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE

NO AUDITADO

9.1. SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN.

Indicadores para el desempeño de los procesos.

CD Valencia de 01/01/2024 al 30/06/2024.

- Usuarios en tratamiento (por centro)
 - Activos en el periodo.
 - Altas (terapéutica, voluntaria, finalización de tratamiento, cambio de programa, alta forzosa, expulsión, derivación externa).
 - Tipos de pacientes (becados, semibecados, privados)
 - Nº ingresos usuarios por UCA.
 - Altas exitosas (por tipología, por género)
- Perfiles usuarios (por centro)
 - Adicciones principales (cocaína, alcohol) en %.
 - Grupos de edad mayoritarios en %
 - Sexo en %
- Principales tipos de adicciones (nuevo): Cocaína, OH, THC, heroína, alucinógenos, metaanfetamina, sustancia sintética, apuestas deportivas, ludopatía.....
- Tasa de retención y adhesión (total, mujeres y hombres)
 - 3 meses.
 - 6 meses.
 - 9 meses
 - 12 meses
 - no adhesión.

- Actividades realizadas: Atención directa, programas post tratamiento, ocio y tiempo libre, entrevistas individuales, entrevistas mixtas, talleres, etc.
- Familias
 - % de usuarios que sus familias asisten a actividades del centro (entrevista mixta, entrevista familiares y grupos familia)
 - % de usuarios que no autorizan a sus familias.
- Facturación plazas públicas, becadas y privadas.
- Pacientes en lista de espera.
- Voluntariado.
 - Ingresos
 - Bajas
 - Activos.
- Nº socios.
- Nº trabajadores (por tipología de profesional)

Aparte de disponer de información numérica de los indicadores, el informe de revisión por dirección recoge un análisis de los mismos.

Incluye además de los anteriores otros indicadores:

- Personal.
- Bajas de personal por programa
- Importe subvenciones.
- Nº de NC por centro/servicio por origen/destino.
- Nº de acciones formativas realizadas, personas que han recibido formación.
- Altas, bajas de proveedores.
- Satisfacción de usuarios, familias, prácticum, voluntarios

Todos ellos analizados correctamente.

CONFORME.

9.2. AUDITORÍA INTERNA

PR2 Auditorias internas.

PF+: Realización de auditorías internas periódicas a lo largo del año en todos los centros y servicios

OM: Cabe mejorar el documento de planificación de auditorías internas.

PR-02 Planificación de la auditoria interna y sistema de calidad. V4.

- Comunidad Terapéutica. PR10, PR-12. 15/01/2024, 15/03/2024, 05/2024....
- Centro de día Ontinyent: 15/01/2024, 15/03/2024, 05/2024....
- Comunidad Terapéutica intrapenitenciaria. 15/01/2024, 15/03/2024, 05/2024.... 11/10/2024
- Centro de día de Valencia. 15/01/2024, 15/03/2024, 05/2024.... 10/10/2024
- Centro de día de Gandía. 15/01/2024, 15/03/2024, 05/2024....
- Servicio médico. PR-08. 25/07/2024
- Voluntariado. PR-07. 06/08/2024.
- Servicios comunes (compras y proveedores). PR-05. 30/05/2024
- Servicios comunes (mantenimiento). PR-14. 30/05/2024 y 27/09/2024
- Servicios comunes (cocina). PR-09. 08/02/2024, 12/03/2024, 10/06/2024, 15/07/2024 y

27/09/2024

- Servicios comunes (RRHH). PR-06. 03/07/2024
- Sistema de gestión. 29/07/2024. PR-01, PR-02, PR-03 y PR-04

Audidores internos: Dirección, responsable de calidad. Cualificación de auditores:

Se ha realizado un check list de evaluación de requisitos a auditar en base a los puntos de la norma ISO 9001:2015. Incluye preguntas de cada punto de norma y sirve como evidencias de los requisitos auditados.

PR-02 "check-list de evaluación de requisitos en base a la norma ISO 9001:2015". Se evidencia la revisión de todos los puntos de norma.

Las auditorias se realizan en base a lo planificado.

De cada auditoria se hace un informe. Se revisan los siguientes informes:

- CD Valencia: 10/10/2024. Auditor: Virginia Garito
Se revisan las NC de la última auditoria.
 - o NC: 1 Se detecta repetición de un registro de un seguimiento de 25/07/2024, que se han incluido todos los objetivos sin realizar el seguimiento.
 - o Acciones de mejora: Realizar revisiones con el equipo para detallar la redacción de las acciones de los planes de intervención, valorar la inclusión del programa de post-tratamiento y otros test que se realizan (VIP, etc.)
- CTI. 11/10/2024. Auditor: Virginia Garito.
Se revisan las NC de la última auditoria.
 - o NC: 1 Se detecta que no se está usando la versión correcta del PR-10 "Hoja de datos".
 - o Acciones de mejora: Análisis de la coordinadora junto con el equipo de la encuesta familiar y personas usuarias para hacerlo más sencillo y comprensible para las familias.
- Voluntariado. 06/08/2024. Auditor: Virginia Garito
 - o NC: 1. Falta la firma de la declaración jurada de una voluntaria.
 - o Acciones de mejora: continuar con la inclusión de la formación de los voluntarios en el aplicativo de PH para poder extraer la información completa de todos los voluntarios que permita realizar análisis de la información, mejorar el registro de aspirantes.
- Mantenimiento. 27/09/2024. Auditor: Virginia Garito
 - o 2 NC. Falta la revisión del 3T de extintores de Gandia, falta certificado de Sanival del 3T (está el parte), falta certificado de calibración del alcoholímetro de Gandía
 - o Acciones de mejora: Mejorar el registro de mantenimientos correctivos.

Gestión de NC de la auditoria interna visto en el apartado de NC.

CONFORME

10.- MEJORA

10.2. NO CONFORMIDADES:

PR-03 "Gestión de NC, reclamaciones y OM". Versión 8 de 09/07/2021.

"Excel de No Conformidades". Se registran por centros:

Se revisan las de los centros y servicios auditados:

CENTRO DE DIA DE VALENCIA.

2024: 11 (8 auditorías internas y 3 internas).

06/08/2024. Interna. El registro de encuesta de satisfacción de talleres no se está cumplimentando en el documento correcto. Corrección: Reunión con la coordinadora para indicar que hay que usar el nuevo formato. Causa: Se aprobó usar otro modelo que no se incluyó en la documentación del sistema. Acción correctiva: seguir revisando a lo largo del año. Pendiente de cierre.

10/10/2024. El alcoholímetro indica que hay que calibrarlo antes del periodo establecido. Causa: se habla con el distribuidor e indica que, en función del uso, se puede marcar una calibración anterior a la fecha establecida. Corrección: Se envía a calibrar y se decide comprar uno nuevo para tener uno de reserva. Cerrada: 23/10/2024.

RECLAMACIONES OFICIALES: 0

RECLAMACIONES NO OFICIALES: 0

COMUNIDAD TERAPEUTICA INTRAPENITENCIARIA

2024: 10 (7 auditoría interna y 3 NC interna).

11/10/2024. Auditoría interna. Se detecta una versión obsoleta del PR-10. Corrección: Eliminar las copias de la versión incorrecta. Causa: Pide copias a administración y le dan ese formato y ella no se da cuenta. Acción correctiva: Repasar los enlaces donde ella puede verificar la versión en vigor y se revisan las copias con administración y tienen las vigente. Pendiente de cierre.

RECLAMACIONES OFICIALES: No hay.

RECLAMACIONES NO OFICIALES: No hay.

OM: si bien se realiza un buen tratamiento de las NC y OM de los centros, en la mayoría de los casos son documentadas por calidad de la información obtenida en las reuniones o en las auditorias internas. Sería recomendable potenciar la detección de las NC y OM internamente (por ejemplo, en reuniones de equipo).

OM: Si bien se documenta al seguimiento de las oportunidades definidas en el PR-03 "oportunidad de mejora" se está documentando en la columna de evaluación de la eficacia, valorar incluir una columna de seguimiento de la oportunidad.

CIERRE DE LA NC DE COCINA DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA DE VALENCIA DE LA AUDITORIA REN:

NC: Se detecta desviación en relación a la gestión de menús y alergias e intolerancias de los usuarios:

- *No se están registrando los cambios de menús en todos los casos (por ejemplo, cambios realizados en la semana del 16/10)*
- *Si bien en los menús se indica la composición de los platos, no se indica si estos platos contienen alguno de los 14 grupos de alérgenos alimentarios o de sustancias a las que se suelen presentar intolerancias según lo establecido en el Reglamento (CE) nº 1169/2011.*
- *El registro "PR-09 Ficha de consumidor sensible para alergias e intolerancias" de Alejandro 22 no se han cumplimentado desde agosto.*
- *No se mantienen muestras testigo de los cambios de menús (día 16/10 cambio de judías con ajo por huevos cocidos) sin que se haya guardado la muestra testigo de los huevos.*

Se revisa:

- PR-09 Procedimiento APPCC-Cocina, Fecha 01/07/2024. Versión 11.
- Menú 03/10/2024. Cena: tomate y pescado al horno con papillote (alergenos al huevo y pescado).

Incluye cambio de menús. Pescado por chuletas de cerdo o pechuga plancha y tomate se elimina.

- Menú 04/10/2024. Comida. Ensaladilla rusa y calamares (alérgenos al huevo y pescado). Incluye cambios en menú (ensaladilla sin huevo y mayonesa y con aliño de aceite y sal y se cambia el pescado por pechuga de pollo).
- PR-09 "Ficha de consumidor sensible para alergias e intolerancias" se ha cambiado a "Ficha de persona alérgica/intolerante". Manuel 31 (alérgico al marisco), Paco 50 (intolerancia lactosa).
- Muestras testigos de los cambios de menús. Se comprueba cambios del día 18/10 y día 22/10. Ok.

CONFORME.**9.3- REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**

Comité de Calidad: Director de la fundación, personas coordinadoras de los distintos servicios y programas y Coordinadora de Fundaciones de Cáritas.

Informe de revisión por la dirección 2023. 10/05/2024.

Se analiza la siguiente información:

- Cumplimiento de objetivos de calidad.
- Análisis de riesgos/contexto/necesidades y expectativas de partes interesadas.
- Seguimiento de la política de calidad.
- Adecuación y revisión de los procedimientos del sistema.
- Resultados de auditorias.
- Estado de las NC y acciones correctivas
- Desempeño de los procesos. Análisis de indicadores.
- Retroalimentación de clientes y otros grupos de interés.
- Evaluación de proveedores.
- Análisis del cierre del plan de formación.
- Seguimiento de acciones de revisiones previas.

A partir del análisis de información se determinan las acciones a acometer durante el año 2024, acciones de cada centro y acciones generales:

- Continuar incorporando documentos al espacio de calidad y al espacio de documentos internos.
- Realizar cambios en los informes trimestrales de Comunidad Terapéutica para poder analizar los datos de altas y tasas de éxito por itinerarios (especial seguimiento y estándar).
- Realizar cambios en el informe del programa Prevención para incorporar las personas familiares atendidas, incorporando datos de alta y tasa de éxito de los familiares atendidos.
- Modificación de las preguntas de la encuesta de satisfacción de familias de comunidad terapéutica para sea más sencillo la comprensión por falta de los familiares.
- Modificación de la encuesta de satisfacción de voluntarios para reflejar mejor los resultados de los voluntarios que realizan doble voluntariado.
- Modificar la estructura de los informes trimestrales de todos los programas estructurándolos con primero datos de personas usuarias, datos familiares y datos atención directa.
- Realizar el informe de finalizaciones anual para cada uno de los programas para análisis de las

altas en el año (desde donde venían, fase que acaban, tiempo, analíticas y actividades).

- Continuar mejorando el espacio donde están los documentos del sistema de gestión de la calidad para que sea sencillo su consulta, mejorar el espacio de documentos internos para incluir documentos de la fundación relevantes para todos los trabajadores.
- Se está valorando cambiar estructura y periodicidad del informe trimestral en dos partes, una parte relativa a los indicadores de personas usuarias y por otro lado los indicadores relativos a las familias.
- Modificar datos iniciales para incluir datos duales DSM-V y dato USM (unidad salud mental) y datos prevención (depresión).
- Encuestas de practicum hacer código QR para equipos lo hagan llegar a los practicums.

PF+: Información de salida de la revisión por la dirección, donde se establecen recomendaciones de mejora derivadas de los diferentes programas como generales del sistema.

CONFORME

OTRA INFORMACIÓN DOCUMENTADA QUE SE REvisa:

Mapa de procesos 07/02/2020. Con interacción de todos los procesos. Incluido en el Manual de Calidad. Sin cambios.

Procesos operativos:

- Acogida y diagnóstico.
- Actividades de intervención ambulatoria.
- Actividades de intervención en el área de prevención. No incluido en el alcance.
- Actividades de intervención residencial.
- Actividades de intervención intrapenitenciaria.
- Satisfacción de usuarios y familias.

Procesos soporte:

- Gestión económica.
- Captación de recursos.
- Conservación, mantenimiento de instalaciones.
- Compras y aprovisionamiento.
- Sistema de gestión de calidad.

Procesos estratégicos:

- Planificación estratégica.
- Financiación.
- RRHH y voluntariado.

CONFORME

OTRAS COMPROBACIONES PARA LAS QUE NO SE REQUIERE INFORMACIÓN DOCUMENTADA:

4.1.- COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO

PLAN ESTRATÉGICO 2024-2027.

Eje 1: El entorno social y el trabajo en red.

Eje 2: Itinerarios y procesos de cambio centrados en la persona.

Eje 3: Nuestra organización interna, el desarrollo del talento y la sostenibilidad.

Se realizó un DAFO a partir de las siguientes fuentes de información:

- Encuestas de satisfacción a trabajadores, voluntarios, usuarios y familiares.
- Encuestas a las UCAS.
- Encuestas y donantes.
- Grupos de discusión de ex usuarios y familias.
- Encuestas a alumnos de prácticas.

DEBILIDADES: Escasa financiación, fuga de profesionales, actualización nuevas drogas, estrés y sobrecarga de los profesionales, instalaciones de Valencia poco cuidadas y necesitadas de mejoras, falta de investigación...

AMENAZAS: competencia de empresas privadas, las consecuencias del cambio climático, dependencia económica de la administración, cambios de responsables políticos....

FORTALEZAS: Dedicación e implicación de los profesionales, diversidad de alternativas terapéuticas, gran equipo de voluntariado, ubicación de los centros, vocación y ganas de aprender....

OPORTUNIDADES: trabajar con jóvenes, prevención en el ámbito laboral, explotar el seguro escolar, accidentes de tráfico (explorar con la DGT), salud mental versus acciones, protocolos concretos: DBT, riesgo de suicidio....

13 metas y 44 acciones clave con sus indicadores de proceso.

Se han realizado DAFOs por procesos y por cada uno de los centros:

DAFO de dirección (revisado primer trimestre 2024):

Debilidades:

- Falta espacio para la atención diferencial entre adultos y jóvenes,
- Déficits estructurales y de equipamiento en los edificios de Valencia.
- Escasa capacidad para la captación de fondos privados.
- Escasos recursos humanos y económicos para promover nuevas acciones para buscar la diversificación de fondos de la entidad.
- Falta de personal en algunos departamentos.
- Falta más colaboraciones y tiempos entre los diferentes programas para optimizar recursos.
- No disponer de tiempo suficiente para que las nuevas incorporaciones de personal conozcan los recursos y mejore su sentido de pertenencia.

Fortalezas:

- Equipo directivo con alta experiencia en el cargo y en el sector y con alta consideración en el tercer sector de las adiciones.
- Patronato involucrado.
- Reconocidos en el sector de las adiciones.
- Buen clima entre dirección y comité de empresa.
- Apoyo de la coordinadora de fundaciones y de disponibilidad de recursos de caritas.
- Equipo de coordinadores muy formadas.

Amenazas:

- Falta de financiadores externos.

- Actualizar y legalizar el convenio de empresa.
- Los precios de la acción concertada ni cubren los costes reales de los centros.
- Cambio climático.

Oportunidades:

- Mejora de las condiciones de la acción concertada de los CD y CT.
- Continuar con la mejora de la eficiencia energética de nuestras instalaciones.
- Continuar con el plan de igualdad y comisión.
- A través de las acciones que realizamos o la presencia en la APH.
- A través de Cáritas (colaboraciones...)
- Las nuevas demandas de las familias con jóvenes y adolescentes y la falta de recursos para una atención diferencial. Impulsar nuevos recursos en nuestro Proyecto Jove.

CONFORME.

4.2.- COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

Documento "Identificación de necesidades y expectativas de los grupos de interés 2024"

PARTES INTERESADAS EXTERNAS:

UCAs/UDHs

- Necesidades: Reuniones periódicas para análisis de casos, comunicación de la evolución de tratamiento de los usuarios, priorizar mujeres en lista de espera.
- Expectativas: Disponer en tiempo y forma de los informes necesarios para asegurar la trazabilidad de los pacientes, agilidad en la primera entrevista después de la derivación.
- Acciones: Diseño de encuestas para analizar sus necesidades/expectativas, reuniones periódicas según calendario acordado, comunicaciones diarias o por mail para realizar trámites relativos a las personas usuarias.

Socios y donantes.

- Necesidades. Conocer la transparencia de los fondos que la Fundación obtiene por el apartado de socio/donante,
- Expectativas: que la Fundaciones les tenga informados de sus actividades.
- Acciones: dado que no existen correos electrónicos se efectuarán llamadas con una breve encuesta para recabar información, envío trimestral de la revista APH, campaña de aumento de socios "Ajuda 'm ajuda 't"

Practicums de Universidades o Masters (por ejemplo: master de adiciones)

- Necesidades: Buena acogida, atención individualizada de su tutor, posibilidad de conocer a fondo cada programa.
- Expectativas: Que las prácticas sirvan para continuar su formación en adicciones, darles formación práctica.
- Acciones: Encuestas al finalizar las prácticas, reuniones del tutor para comentar sus avances y necesidades de mejora.

Usuarios:

- Necesidades: Grupo de confianza, instalación agradables y accesibles, que se les tome en cuenta su opinión.
- Expectativas: Mejorar la tasa de éxito. Conseguir que superen la adicción y recuperar una forma de vida saludable.
- Acciones: Revisión de los talleres con puntuación más baja en la encuesta, entrevistas individuales periódicas, encuestas de satisfacción.

Exusuarios

- Necesidades: Continuar después del alta con un seguimiento.

- Expectativas: Finalizar con alta terapéutica cuando acaben en el grupo post-tratamiento.
- Acciones: Grupos periódicos de usuarios en post-tratamiento en todos los centros de día, análisis de resultados al alta.

Voluntarios.

- Necesidades: Sentirse integrado en los equipos, formación específica para el desempeño de su puesto,
- Expectativas: Conseguir espíritu de pertenencia a la Fundación, que se sientan integrados en los equipos, formación en adiciones.
- Acciones: Plan anual de formación, encuentro anual, encuestas.

Familiares de usuarios

- Necesidades: "respiro familiar", intentar llegar a todos los familiares.
- Expectativas: Sentirse oídas, acogidas y atendidas, conseguir que su familia supere su adicción y recuperen una forma de vida saludable.
- Acciones: Grupos de familias, talleres motivadores y eficaces, encuesta de satisfacción, grupos de autoayuda.

Entidades que trabajan en adiciones:

- Necesidades: Conocer el trabajo de cada una de las entidades que trabajan en adiciones, conseguir objetivos comunes para hablar con las administraciones de manera completa.
- Expectativas: Tener conocimiento, motivo, claridad y compartir información
- Acciones, Continuar con las comisiones de trabajo incluidas, realizar propuestas para el plan estratégico.

Entidades del ámbito penitenciario:

- Necesidades: Conocer el trabajo de cada una de las entidades que trabajan en adiciones, trabajar en red en materia de formación para conseguir objetivos comunes, comunicación fluida....
- Expectativas: Tener conocimiento, motivo, claridad y compartir información

Plataformas del voluntariado.

PARTES INTERESADAS INTERNAS:

Trabajadores.

- Necesidades: Comunicación ascendente y descendente fluida, cargas de trabajo equilibradas, poder aportar ideas.
- Expectativas: Saber la evolución del desempeño de su trabajo, liberar tiempo a los coordinadores para que lo dediquen a la supervisión y relaciones externas.
- Acciones: Construir de forma conjunta un sistema de evaluación del desempeño, revisar cargas de trabajo y burocracia, liberar más tiempo a los coordinadores para supervisión y relaciones externas, retomar visitas a Caritas ahora las personas contratadas más nuevas.

Patronos.

PF+: Seguimiento de las acciones programadas con los grupos de interés.

NC: La organización no ha determinado los requisitos relacionados con el cambio climático de las partes interesadas.

Evidencias:

- Documento "Identificación de necesidades y expectativas de los grupos de interés 2024"

NO CONFORME**5.1.- LIDERAZGO Y COMPROMISO**

Se entrevista VICENT ANDRÉS MARTÍNEZ (Dirección). Se encuentra implicado con el sistema.

CONFORME**5.3.- ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN.**

El personal entrevistado conoce sus roles. Ver el punto 4.2.

CONFORME**6.1.- ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES.**

PF+_ DAFO de cada uno de los centros/servicios por cada uno de los centros a partir del cual se detectan riesgos y oportunidades y se definen acciones y objetivos. Seguimiento de las acciones para abordar riesgos y oportunidades.

Cada centro y área realiza la identificación, evaluación y seguimiento de los riesgos y oportunidades. Han elaborado una nueva matriz de riesgos y oportunidades:

Criterios de evaluación de riesgos:

- PROBABILIDAD: baja (1), media (2), alta (3)
- IMPACTO: baja (1), media (2), alta (3)

TIPOS DE RIESGOS:

- LEVE (no requiere acciones), MEDIO (requiere acciones) y ALTO (objetivo)

Criterios de evaluación de oportunidades:

- PROBABILIDAD: baja (1), media (2), alta (3)
- COSTE-BENEFICIOS: baja (1), media (2), alta (3)

TIPOS DE OPORTUNIDADES:

- LEVE (no requiere acciones), MEDIO (requiere acciones) y ALTO (objetivo)

Se han revisado los siguientes:

GESTION DEL VOLUNTARIADO

DAFO 2024

Fortalezas:

- Voluntariado muy implicado.
- Voluntarios implicados en la formación.
- La actitud y la alegría del voluntariado.
- Espacio de encuentro acogida y formación.

Debilidades:

- Que todos los centros dispongan de voluntarios mínimos para cubrir necesidades.
- El ritmo de la casa hace que no siempre se pueda cuidar el programa.
- Patología dual.
- Falta de tiempo por parte de la responsable de voluntariado.
- Falta de tiempo para el trabajo en red con la plataforma del voluntariado y con la APH (nuevo)

Amenazas:

- Excesiva movilidad de los voluntarios por motivos de trabajo
- Desconocimiento de la realidad de proyecto hombre de futuros voluntarios (nuevo).
- Nuestro recurso no es atractivo para atraer recursos (nuevo)

Oportunidades:

- Dar a conocer la organización y dar difusión a nuestro trabajo y programas.
- Incorporación al voluntariado tras realizar el prácticum.
- Hacer partícipe al voluntariado de administración de su vinculación en el proceso terapéutico.
- Organización del encuentro zona dl mediterráneo para el año 2025 (nuevo)

Matriz de riesgos y oportunidades a partir del DAFO

Identificación de riesgos altos:

- No se cubren determinados perfiles específicos de voluntariado en nuestros programas.
- Falta formación específica a los voluntarios y responsables del voluntariado en personas usuarias de perfiles de patología dual.

Identificación de oportunidades altas: No hay

Identificación de oportunidades medias:

- Conseguir cubrir roles nuevos con voluntariado ya activo (acompañamientos permisos penitenciarios)
- Organización del encuentro zona dl mediterráneo para el año 2025.
- Ofrecer al voluntariado un espacio de encuentro.

OBJETIVOS 2024:

- Seguir reincorporando a voluntarios en 2024 que fueron baja p0or motivos personales o trabajo en años anteriores.
- Conseguir cubrir un perfil específico.
- Tener documentación básica para disponer de información de patología dual en la entrevista inicial del voluntariado.
- Hacer 2 encuentros de voluntarios y trabajadores para fomentar ese espacio de encuentro entre voluntarios de diferentes programas.

CENTRO DE DIA DE VALENCIA

DAFO 2024.

Debilidades:

- Menor adaptación y adhesión y la tasa de éxito de las mujeres.
- Dificultad de diseño y revisión de talleres y materiales nuevos por excesiva carga de trabajo.
- Dificultades para la individualización de los procesos.
- Dificultad de gestionar 4 programas: atención directa, centro de día, CATA y autoayuda.
- Mejorar el éxito del tratamiento.

Fortalezas:

- Asesoramiento y difusión por parte de la trabajadora social en formación específica a los usuarios.

Amenazas:

- Tener plazas públicas descubiertas o insuficiente demanda de usuarios para ingreso en CD.
- Disminución del éxito del tratamiento por baja participación de las familias en actividades familiares.

Oportunidades:

- Adaptar el programa en medida de las posibilidades.
- Ampliar información sobre tipos, características y protocolos de derivación de recursos específicos de salud mental.
- Seguir recuperando actividades complementarias que se realizaban antes de la pandemia.
- Incorporar taller de ludopatía para mejorar la fase de deshabituación.

Matriz de riesgos y oportunidades a partir del DAFO

Identificación de riesgos altos: No hay

Identificación de riesgos medios:

- Tener plazas públicas descubiertas o insuficiente demanda de usuarios para ingreso en CD.
- Menor adaptación y adhesión y la tasa de éxito de las mujeres.

Identificación de oportunidades altas: No hay

Identificación de oportunidades medias:

- Ampliar información sobre tipos, características y protocolos de derivación de recursos específicos de salud mental.
- Adaptar el programa en medida de las posibilidades.

OBJETIVOS 2024:

- Conseguir un 80% de usuarios que asista su familia a alguna actividad familiar.
- Conseguir como mínimo un 45% de tasa de éxito.
- 50% de usuarios de reinserción y deshabituación han realizado entrevistas asesoramiento.

CONFORME

6.3.- PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS.

En el periodo auditado no hay cambios que requieran de planificación.

7.1.1. y 7.1.2- PERSONAS.

Se dispone de personal necesario.

7.1.1. y 7.1.3- INFRAESTRUCTURA.

PR-14 MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURAS.

Plan de mantenimiento preventivo: 2024

Se realiza el siguiente muestreo:

Extintores:

Sede Valencia/CD Valencia (solo extintores).

- Revisión anual Chubb Iberia. Acta de revisión anual de 12/2023
- Revisión trimestral interna: PR-14 "check-list de extintores". 30/03/2024, 30/06/2024, 20/09/2024.
- **No se evidencia la inspección reglamentaria por OCA del Sistema de Protección Contra Incendios del edificio que alberga el centro de día de Valencia y Comunidad Terapéutica.**

Instalación eléctrica:

Sede Valencia/CD Valencia/Comunidad Terapéutica de Valencia

Potencia contratada: 33 Kv.

- Certificado e inspección reglamentaria de baja tensión. ISEVAL. 28/05/2024 (con defectos) y subsanación de defectos 17/10/2024. Favorable sin defectos.
- Contrato de mantenimiento VERITEL. 26/09/2023
- Informe de revisión anual de locales de pública concurrencia. VERIEL Mantenimientos. 17/10/2024. Sin defectos.

CD Onteniente:

Potencia contratada: 6,923 Kv.

- Contrato de mantenimiento VERITEL. 26/09/2023.
- Informe de revisión anual de locales de pública concurrencia. 06/10/2023. VERIEL Mantenimientos. Se detectan deficiencias de carácter grave a subsanar en 6 meses. Se realizó la subsanación de defectos. Comprobado.
- Certificado e inspección reglamentaria de baja tensión. ISEVAL. 08/07/2024. Favorable sin defectos.

NC de la REN: Se detecta desviación en relación a las instalaciones eléctricas de la Comunidad Terapéutica de Valencia y Centro de Día de Ontinyent.

Si bien se dispone de 6 meses para la subsanación de las deficiencias detectadas en las revisiones anual realizadas por Veirel Mantenimientos el 28/09/2023 (Comunidad Terapéutica) y 06/10/2023 (Ontinyent) no se evidencia la solicitud de presupuestos para la subsanación de las mismas ni una planificación de los trabajos.

Se evidencia:

Sede Valencia/CD Valencia/Comunidad Terapéutica de Valencia:

- Informe de revisión anual de locales de pública concurrencia. VERIEL Mantenimientos. 17/10/2024. Sin defectos.
- Certificado e inspección reglamentaria de baja tensión. ISEVAL. 28/05/2024 (con defectos) y subsanación de defectos 17/10/2024. Favorable sin defectos.

CD Onteniente:

- Informe de revisión anual de locales de pública concurrencia. 06/10/2023. VERIEL Mantenimientos. Se detectan deficiencias de carácter grave a subsanar en 6 meses. Se realizó la subsanación de defectos. Comprobado.
- Certificado e inspección reglamentaria de baja tensión. ISEVAL. 08/07/2024. Favorable sin defectos.

Ascensores:

Sede Valencia

- Revisión mensual: Orona. albaranes de revisión de junio, julio, agosto, sept....
- Inspección por OCA: 15/11/2022. ORIVAL. Favorable. Próximo antes de 15/11/2024.

Aires acondicionados:**Sede Valencia:**

- Mantenimiento preventivo con limpieza de filtros una vez al año. Se revisa 21/10/2024. INVERFRIO VALENCIA. OM: Si bien se evidencia un parte de trabajo de los mantenimientos realizados a los equipos de aire acondicionado de la sede de Valencia, sería recomendable solicitar al mantenedor un informe completo de la revisión realizada.

Legionella: Circuito de ACS y AFCH.**Comunidad Terapéutica de Valencia/CD Valencia**

WINTON IBERICA (hasta 30/06/2024)

GBS CALIDAD AMBIENTAL (a partir de 30/06/2024)

Se evidencia PPCL.

Curso de formación RD 487/2022. Rosana 16/10/2024.

Certificados de limpieza y desinfección agua de ACS y AFCH. 25/07/2024.

Informe de análisis. 9 puntos. 21/08/2024. Ausencia de legionella.

Libro registro de actuaciones.

Si bien la organización dispone de Plan de Prevención y Control de Legionella (PPCL) en base al RD 487/2022, no se encuentra cumplimentado el libro registro de actuaciones.

Revisión DDD:**Sede central/CD Valencia/Comunidad Terapéutica de Valencia:**

Sanival. Inscripción ROESB 0120-CV.

Certificado de control de plagas: 08/01/2024, 25/04/2024, 16/07/2024 y 22/10/2024.

Carnets de manipulador de biocidas. Jose Fons y Raúl García Rubio. Ok

Vehículos:**Sede central/CD Valencia/Comunidad Terapéutica de Valencia:**

Una furgoneta de carga. Matrícula 4788 FSD. ITV: 04/10/2024. Favorable. Fecha de la próxima inspección: 26/04/2025. Seguro. 27/05/2024.

Se detecta desviación en relación a las actuaciones de mantenimiento e inspecciones de la sede de Valencia

Evidencias:

- No se evidencia la inspección reglamentaria por OCA del Sistema de Protección Contra Incendios del edificio que alberga el centro de día de Valencia y Comunidad Terapéutica.
- Si bien la organización dispone de Plan de Prevención y Control de Legionella (PPCL) en base al RD 487/2022, no se encuentra cumplimentado el libro registro de actuaciones.

“Registro de mantenimiento correctivo”**CD Valencia:**

- Reparación suelo hormigón entrada parking. 11/04/2024
- Sustitución de 2 luces de emergencia. 16/09/2024.

OM: Valorar la utilidad de la información contenida en el registro de mantenimiento correctivo.

CONFORME

7.1.1. y 7.1.4- AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROCESOS.

Se dispone de Plan de Prevención de Riesgos laborales aplicable a las condiciones ambientales de trabajo y para la seguridad de los trabajadores.

CONFORME**7.1.6- CONOCIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN.**

Analizado en el Contexto de la organización.
Trabajos de escasa cualificación.

7.3- TOMA DE CONCIENCIA.

NO AUDITADO.

7.4- COMUNICACIÓN.

se evidencia plan de comunicación donde se indica: que comunicar, cuando comunicar, a quien comunicar y medio de comunicación.

Por ejemplo:

Comunicaciones externas:

- Comunicación de la política: Página web y tabloneros de los centros.
- Comunicación de requisitos de proveedores: Correo electrónico.
- Comunicaciones a través de redes sociales (Facebook, twitter, linkedin) de noticias. Indicador de visitas a las redes sociales y número de noticias publicadas. En algunos centros (Ontinyent) se han planteado objetivos de mejora en este sentido.

Comunicaciones internas:

- Política, objetivos y documentación del sistema. Servidor de la organización.
- Reuniones de coordinación.
- Reuniones de equipos.

CONFORME.**7.5- INFORMACIÓN DOCUMENTADA.**

Manual de calidad.

Mapa de procesos del 07/02/2020. Con interacción de todos los procesos. Si cambios.

La documentación del sistema se encuentra subida a la plataforma de PH en un formato no modificable.

PR-04 "Documentos internos del sistema". Versión 11 de 09/07/2021.

Manual de funciones. Versión 7 de 01/06/2023.

Manual de calidad. Versión 14 de 01/01/2024

Política de calidad 1/10/2024.

Documentos internos: Convenio de empresa, estatutos, reglamento de régimen interno, normas de convivencia, plan estratégico, plan de igualdad, protocolo de prevención de acoso sexual y guía para la utilización de un lenguaje inclusivo.

Procedimientos:

- PR-01 "Comité de calidad. Versión 11 de 01/01/2024.
- PR-02 "Auditorías internas. Versión 11 de 01/07/2022
- PR-03 "Gestión de incidencias, reclamaciones y acciones correctivas". Versión 08 de 09/07/2021
- PR-04 "Control de documentos y registros". Versión 11 de 09/07/2022
- PR-05 "Proveedores, compras y gestión de aprovisionamiento". Versión 13 de 09/07/2022
- PR-06 "Recursos humanos". Versión 17 de 01/07/2023
- PR-07 "Voluntariado". Versión 10 de 01/10/2023
- PR-08 "Servicio médico". Versión 14 de 01/10/2024
- PR-09 "APPCC-Cocina". Versión 11 de 01/07/2024
- PR-10 "Recepción y acogida de usuarios". Versión 14 de 01/07/2024
- PR-11 "Atención ambulatoria" (programas de los diferentes centros). Versión 12 de 01/07/2024
- PR-12 "Tratamiento residencial. Comunidad Terapéutica". Versión 21 de 01/07/2024
- PR-13 "Atención intrapenitenciaria". Versión 13 de 01/07/2024
- PR-14 "Mantenimiento e infraestructuras". Versión 4 de 01/07/2024

Protocolos:

- Horario Llamadas de CT. Versión 1 de 06/07/2018
- Política de indumentaria. Versión 2 de 28/06/2024
- Prácticas académicas externas. Versión 1 de 06/07/2018
- Días libre, permisos y vacaciones. Versión 1 de 01/01/2023
- Fichaje de personal. Versión 2 de 01/01/2023
- Acoso sexual. Versión 1 de 01/04/2023

PR-04 "Listado de documentos externos del sistema". Decreto 132/2010 sobre registro y autorización de centros y servicios de atención y prevención de drogodependencia y otros trastornos adictivos, Ley general de la drogodependencia, Ley 4/2001 del voluntariado....

PR-04 "Listado de Registros"

Registros de la actividad terapéutica en programa informático.

Documentos elaborados y revisados por el Responsable de calidad y aprobados por Dirección.

Documentación distribuida a través del servidor de la organización. Se evidencia su uso y conocimiento en los centros auditados.

Cambios en la documentación del sistema se aprueban en las reuniones de comité. Se revisan actas de comité de calidad. ok

CONFORME.

9.1.2.- SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Encuestas de satisfacción de familias CD Valencia:

La participación ha aumentado en centro de día Valencia respecto a la encuesta anterior en 2022 (pasando de 12 a 15 encuestas), sigue siendo una participación no muy alta. En este año 2023 ha aumentado las puntuaciones de los módulos de eficacia percibida y valoración global, ha disminuido

ligeramente los demás módulos, en todos los módulos la nota es de notable alto y en valoración global es de sobresaliente.

La valoración global se mantiene en sobresaliente o en notable alto en los últimos 6 años en los que se ha realizado esta encuesta.

Encuestas de satisfacción de familias CTI:

El número de encuestas ha aumentado respecto a la encuesta anterior en 2022 (han pasado de 23 a 36 encuestas). En este año 2023 ha aumentado todos los módulos. La nota de todos los módulos es de sobresaliente alto. La valoración global también se mantiene en sobresaliente, con un valor de 9,86.

En los 4 años que se realiza esta encuesta la nota es de sobresaliente.

Encuestas de satisfacción de personas usuarias del CD Valencia:

Se ha mantenido la participación en el 2023 respecto al 2022, siendo un 80% de las personas usuarias activas han participado en la encuesta. En este año 2023 han mejorado la nota en todos los módulos, siendo la nota media de sobresaliente o notable alto. Por género en los dos casos con una valoración global de sobresaliente, pasando de notable alto en 2022 a sobresaliente en el 2023. En todas áreas relacionadas por la prestación del servicio y valoración global la nota es de sobresaliente. A lo largo de los 4 años que se va realizando esta encuesta la nota siempre se ha mantenido en notable alto o sobresaliente.

Encuestas de satisfacción de personas usuarias CTI:

En el año 2023 ha aumentado la participación respecto al 2022, un 95% de los usuarios activos han participado en la encuesta. En este año 2023 han mejorado su nota todos los módulos. Siendo la nota media en todos los módulos de notable alto o sobresaliente. Los módulos mejor valorados son relación terapéutica, capacidad de respuesta y valoración global con una nota de sobresaliente. A nivel de género las mujeres valoran peor los módulos de Accesibilidad e infraestructura y puntúan todos los apartados ligeramente menos que los hombres. Menos en valoración global que lo puntúan más alto con un 9,58 en el caso de las mujeres y un 9,27 en el caso de los hombres.

CONFORME.

USO DE LA MARCA		
EVIDENCIAS AUDITADAS	COMENTARIOS SOBRE LA CONFORMIDAD/NO CONFORMIDAD	OK/NO CONFORMIDAD OBS/OM
Página web.	Conforme	Ok
Memoria anual	Conforme	Ok

ANEXO 3: PLAN DE ACCIONES

Plazo para la entrega del Plan de Acciones Correctivas:

- Para Auditorías iniciales y de seguimiento: 30 días.
- Para Auditorías de Renovación: plazo supeditado a la fecha de caducidad del certificado y al menos 15 días antes de la fecha de caducidad del mismo. Tener en cuenta que las acciones se deben implementar y verificar antes de la expiración de la certificación.

Nº	CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD		
ACCIÓN REPARADORA:				
ANÁLISIS DE LA CAUSA:				
ACCIÓN CORRECTIVA	FECHA PREVISTA IMPLANTACIÓN	RESPONSABLE IMPLANTACIÓN	EVIDENCIAS	
VERIFICACIÓN Y CIERRE (A RELLENAR POR EL Auditor Jefe): Indica lo que corresponda y BORRAR lo que no proceda Plan de acción adecuado. Se requiere de visita extraordinaria completa para el análisis de la globalidad del sistema de gestión. Se requiere de visita extraordinaria para el cierre de las no conformidades. Se requiere de visita extraordinaria para el cierre de las siguientes no conformidades: INDICAR Se requiere de aportación de la siguiente documentación: INDICAR				
HITOS A CUMPLIR EN SISTEMAS MULTI EMPLAZAMIENTO O GRUPOS DE EMPRESAS Y QUE EL AUDITOR DEBERÁ ASEGURAR SU CUMPLIMIENTO:			OK POR PARTE DEL AUDITOR	
Respecto a no conformidades detectadas en un emplazamiento/empresa del grupo concreto ¿el plan de acción correctiva incluye la investigación de la afectación de los demás emplazamientos/empresas del grupo?				
¿El plan de acción correctiva incluye la revisión de todas las NC por parte del cliente, para determinar si indican o no una deficiencia generalizada del sistema de gestión aplicable a todos los emplazamientos/grupos de empresas?				
En caso afirmativo: ¿se han tomado acciones correctivas y revisada la eficacia de las mismas, tanto en la sede central/organización cliente como en cada uno de los emplazamientos/empresa del grupo afectados?				
En caso negativo: ¿la organización ha demostrado la justificación para sólo haber tomado acciones correctivas de manera limitada?				
NOTA: No es admisible que con el fin de resolver una no conformidad, el cliente excluya del alcance los emplazamientos que hayan sido "problemáticos" durante el proceso de certificación. Tal exclusión, sólo puede ser acordada con anterioridad.				

El **Plan de Acciones Correctivas** debe enviarse preferentemente en soporte informático (adjuntando, cuando sea posible, en formato pdf o comprimidos, winrar o winzip) al email del auditor Jefe de Applus+ que realiza la auditoria, en los plazos establecidos anteriormente. A fin de completar la documentación enviada, Applus+ podrá solicitar una ampliación de la misma.

La Organización auditada podrá solicitar ampliación del plazo de presentación del Plan de Acciones Correctivas (excepto en auditorías de renovación). La solicitud se debe realizar por email al Auditor Jefe (o Gerente de Zona) con un mínimo de 7 días de antelación a la fecha límite de entrega,

justificando el motivo. **En el caso de renovaciones no podrá nunca superar la fecha anteriormente marcada.**

En el caso de no conformidades mayores la acción correctiva debe encontrarse cerrada antes de su presentación al auditor jefe y adjuntar en el envío las evidencias necesarias para valorar la eficacia de las acciones correctivas implantadas. Para las no conformidades mayores puede ser necesaria la realización de una auditoría extraordinaria (total o parcial) con el fin de verificar in situ la eficacia de las acciones correctivas.

El auditor jefe verificará y cerrará o dejará pendiente de seguimiento la No Conformidad anotándolo en el mismo formato de la No Conformidad utilizado por la Organización.

Las no-conformidades se refieren a incumplimientos de los requisitos la Norma aplicable, o de los documentos del sistema de gestión de la empresa.

En el caso de desacuerdo con las no conformidades detectadas y especificadas en el Informe de Auditoría, la organización tiene derecho a presentar los recursos y alegaciones correspondientes a Applus+ Certification.