


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:	SEGUNDO SEGUIMIENTO		
FECHA DE AUDITORÍA	4 y 5/11/2025		
JORNADAS DE AUDITORIA:	1,5		

EDICION	FECHA EMISION	CAMBIO
1	05/11/2025	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'AILO, S/N 46860 ALBAIDA	NO
Emplazamiento: COMUNIDAD TERAPÉUTICA INTRAPENITENCIARIA	Establecimiento Penitenciario Valencia II. Ctra. N-340, Km. 225. 46220 Picassent (Valencia)	NO
Emplazamiento: CENTRO DE DIA DE GANDIA	C/Alzira, nº 7-9 46701 Gandía (Valencia)	SI

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"/>
ESTHER MOREDA	Coordinadora del Centro de Día de Gandía	<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 SEÑALADAS EN EL PLAN DE AUDITORÍA?	SI	SI	SI
¿SE HAN AUDITADO TODOS LOS CENTROS	SI	SI	SI

INDICADOS EN EL PLAN DE AUDITORÍA (INCLUIDOS EMPLAZAMIENTOS TEMPORALES) SEÑALADAS EN EL PLAN DE AUDITORÍA?		
¿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. • Exhaustividad de la información de entrada y de salida Información de salida de la revisión por la dirección. Se establecen numerosas 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. • Acciones incluidas para cubrir las necesidades y expectativas de partes interesadas y su seguimiento.

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"> • Cabe mejorar la asignación de recursos para las diferentes acciones establecidas para las actuaciones clave del Plan estratégico. • Valorar incluir en los procedimientos de centro de día un apartado de actividades mínimas en

periodo vacacional para evitar tantas modificaciones de los procedimientos de los centros de día por periodo vacacional.

- Dado que las intervenciones de los diferentes centros de día son las mismas en la actualidad, valorar disponer de un único procedimiento de centros de día.
- En el CD de Valencia se están registrando como "taller otros" talleres que se encuentran consolidados (taller de autoconocimiento) y actividades de ocio y tiempo libre.
- No todos los profesionales del CD de Valencia incluyen una valoración completa del desarrollo de las actividades grupales realizadas.
- Si bien se registran las incidencias en el registro de proveedores (aplicativo PH) se recomienda registrarlas así mismo en el excel de no conformidades.
- si bien se realiza un buen tratamiento de las NC y OM de los centros, sería recomendable trasladar estos conceptos al resto del equipo y no solo a los coordinadores.

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
AS2		No se detectan NC						
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.	Documento "Identificación de necesidades y expectativas de los grupos de interés 2025". Incluye requisitos relacionados con el cambio climático.	CERRADA	05/11/2025
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>		Menor	8.5.	<p>Reunión de coordinadora de CTI junto al equipo de voluntarios y trabajadores de la CTI (25/10/2024)</p> <p>Reunión del comité de calidad para la puesta en común entre las coordinadoras de cómo se registran los diferentes casos de ausencias justificadas o injustificadas a los diferentes talleres y grupos. (acta de comité de calidad de 22/11/2024)</p>	CERRADA	05/11/2025

CICLO (a)	Nº (b)	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	(*) (c)	CATEGORÍA (d)	NORMA y APARTADO	REVISIÓN EFICACIA AACC	ESTADO	FECHA CIERRE
		<ul style="list-style-type: none"> 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; 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. 				Se detecta que se están registrando correctamente en los centros auditados (CD Gandía y CD Valencia)		
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.	<p>Acta de inspección de instalaciones de protección contra incendios (centro de Valencia). EUROCONTROL. Fecha 08/01/2025. Favorable sin defectos.</p> <p>Libro registro de actuaciones no se estaba cumplimentando porque no había trabajadores con la formación y no se disponía de los equipos de medida.</p> <p>PPCL actualizado 11/12/2024.</p> <p>Certificado de formación RD 487/2022. Rosana del Castillo de fecha 04/10/2024, Virginia Garito, Irina Martorell y Sandra Tolosa de fecha 11/12/2024.</p> <p>Factura de compra nº 26836 de Hanna Instruments de fecha 31/10/2024 de la compra del colorímetro y termómetro.</p> <p>Se están cumplimentando los registros del PPCL. Se revisan los registros de noviembre 2024.</p>	CERRADA	05/11/2025

CICLO (a)	Nº (b)	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	(*) (c)	CATEGORÍA (d)	NORMA y APARTADO	REVISIÓN EFICACIA AACC	ESTADO	FECHA CIERRE
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, 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) n1 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. 		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 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. 	CERRADA	24/10/2024
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</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. 	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>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>				<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. 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 27/06/2025. 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

TIC UTILIZADA	GRADO EN QUE SE HA UTILIZADO	EFICACIA DE LA TIC PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS
Teams	Se ha utilizado para revisar la documentación asociada a la totalidad de los procesos incluidos en el alcance del sistema de gestión.	Muy eficaz.

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.

<p><input type="checkbox"/> Se han cumplido los objetivos de la auditoría, aunque la organización debe aportar:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Fecha de presentación del Plan de Acciones Correctivas:</p> <p><input type="checkbox"/> No se cumplen los objetivos de la auditoría recomendando:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Auditoría extraordinaria total.<input type="checkbox"/> Auditoría extraordinaria parcial para:

ANEXO 1: PROGRAMA DE CICLO

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

	9001	AREN	AS1	AS2	REN
		Fecha: 17, 18 y 19/10/2023	Fecha: 23 y 24/10/2024	Fecha: 4 y 5/11/2025	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: 4 y 5/11/2025	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.

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 Dia de Valencia y Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria el acceso a la política de calidad.

6.2.- OBJETIVOS

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

Acciones prioritarias para el 2025

Para cada eje se definen metas, actuaciones clave, acciones, recursos, responsable y seguimiento.

EJE 1: EL ENTORNO SOCIAL Y EL TRABAJO EN RED

Acciones:

- Realizar reuniones con diferentes entidades sociales de adicciones para elaborar borrador del convenio
- Reunión con el Consell para presentar propuestas al Decreto 132/2020.
- Realizar reuniones con UCAS según programación del calendario anual.
- Realizar calendario de reuniones anuales con UDH y áreas de psiquiatría.
- Reunión con PMD del Ayuntamiento de Valencia para negociar un programa de prevención selectiva.
- Etc.

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

Acciones:

- Crear grupos de trabajo para estudiar y actualizar la metodología para la implementación del modelo de evaluación multidimensional de las adicciones de PH.
- Preparar material de adicciones no tóxicas y diseñar documento de medidas de contención de adicciones no tóxicas.
- Incluir acciones específicas para mejorar el tratamiento en las mujeres.
- Etc.

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

Acciones:

- Revisar el plan de formación para aprovechar el talento interno y profundizar en determinadas cuestiones.
- Celebrar con diferentes actos con usuarios, familiares y grupos de interés en el 40 aniversario.
- Etc.

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

OM: Cabe mejorar la asignación de recursos para las diferentes acciones establecidas para las actuaciones clave del Plan estratégico.

7.1.5.- RECURSOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

NO AUDITADO.

7.2.- COMPETENCIA

Organigrama se mantiene.

DEFINICIÓN DE FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES:

Manual de funciones. Versión 8 de fecha 01/10/2025.

Puestos incluidos: director, Coordinador de servicios comunes, coordinador terapéutico, psicólogo, psicólogo de prevención, trabajador social, educador, educador de prevención, auxiliar administrativo, oficial administrativo servicios comunes, oficial administrativo de sistemas de información, programador informático, enfermero, médico, monitor, gobernanta-cocinera, monitor de sectores y tardes, psiquiatra, servicio jurídico, voluntariado.

Se han modificado las funciones de la Gobernanta y la del monitor de sectores y tardes.

Se ha creado la ficha de auxiliar de cocina.

Los cambios afectan a la Comunidad Terapéutica de Valencia.

Incluye:

- Denominación del puesto.
- Categoría laboral.
- Área
- Dependencia jerárquica
- Relaciones y coordinación institucional
- Retribución/ grupo y nivel de cotización
- Funciones
- Requisitos para el puesto: Formación y experiencia

Se revisan los siguientes puestos de trabajo y que el personal cumple con lo definido en los perfiles.

Coordinador:

Funciones: Planificar, organizar, supervisar actividades; participar en reuniones de coordinación; trasladar la información al equipo; mantener reuniones con las UCA, planificar las actividades mensuales, mantener los recursos, elaborar la planificación anual.... Así como las propias de su rol profesional

Formación: Formación universitaria en psicología, trabajo social, educador social o habilitado, medicina y/o similares.

Otra formación: Ofimática a nivel usuario avanzado y conocimientos en planificación y dirección de equipos.

Experiencia: Experiencia dilatada en el campo de las adicciones.

Psicólogo:

Funciones: atención psicosocial y educativa a las personas beneficiarias de los distintos programas de la fundación y sus familias, realización de diagnóstico y atención psicológica a los usuarios, análisis de motivación y expectativas, formulación y seguimiento de los objetivos de planes de intervención,....

Formación requerida: Grado o licenciatura en psicología.

Experiencia previa recomendable: Experiencia en el campo de las adicciones.

Educador social:

Funciones: Atención psicosocial y educativa a las personas beneficiarias de los distintos programas de la fundación y sus familias.

Formación: Grado en educación social o habilitado y grado en magisterio.

Experiencia: Un año en intervención con personas con problemas de adicción.

Trabajador social:

Funciones: Participación en la formulación del Plan individual de intervención, redacción de informes, participar en la evaluación de los procesos de trabajo, asesoramiento e intervención, elaboración del diagnóstico social, etc.

Formación: Grado en trabajo social.

Experiencia: Un año en intervención con personas con problemas de adicción.

CD GANDÍA:

ESTHER MOREDA: Coordinadora del Centro de día de Gandía y educadora social.

Contrato fecha: 15/02/2022 (indefinido).

Normas internas (anexo al contrato). Firmado: 15/02/2022

Información de confidencialidad y medidas de seguridad. 15/02/2025.

Autorización para tratar datos personales por teletrabajo. 28/03/2022

Título Diplomada en Educación Social por la Universidad Valencia. 26/09/2005.

Plan de formación e incorporación. 15/02/2022.

MARIA DEL MAR DEL PINO:

Contrato fecha: 01/01/2023 (conversión a indefinido).

Normas internas (anexo al contrato). Firmado: 24/05/2021

Información de confidencialidad y medidas de seguridad. 08/07/2021

Autorización para tratar datos personales por teletrabajo. 28/03/2022

Licenciada en psicología por la Universidad de Valencia. 30/09/1995.

Plan de formación e incorporación. 21/05/2021.

CENTRO DE DIA VALENCIA:

IVAN SEDANO: Educador Social

Contrato fecha: 03/11/2025 (conversión a indefinido)

Información de confidencialidad y medidas de seguridad. 03/11/2025. Nuevo formato que incluye información adicional, confidencialidad, medidas de seguridad y autorización para tratar datos personales de teletrabajo.

Graduado en educación social por la Universidad Católica de Valencia. 05/07/2022.

Plan de formación e incorporación. 06/04/2023

ROBERTO LLORIA: Educador Social

Contrato fecha: 31/03/1999 (conversión a indefinido)

Normas internas (anexo al contrato). Firmado: 29/06/2017

Información de confidencialidad y medidas de seguridad. 30/05/2018.

Autorización para tratar datos personales por teletrabajo. 28/03/2022

Certificación de habilitación por parte del Colegio en Educación Social de fecha 06/02/2017.

CRISTINA MARTINEZ: Psicóloga

Contrato fecha: 1/10/2021 (conversión a indefinido)

Información de confidencialidad y medidas de seguridad. 29/09/2018.

Autorización para tratar datos personales por teletrabajo. 28/03/2022

Licenciada en psicología por la Universidad Valencia. 02/07/2001.

CONFORME.

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****CENTRO DE DÍA DE GANDÍA**

ESTHER MOREDA: Coordinadora del Centro de día de Gandía

MAR DEL PINO: Psicóloga.

FRANCISCO MONTERO: Trabajador social.

Plazas del centro de día: 40 públicas + 4 becadas. Ocupadas 40.

Adicciones tratadas: Cocaína, alcohol, THC (predominantes), drogas sintéticas.

PR-10 "Recepción y acogida de usuarios". Versión 15 de 01/12/2024.

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 (entrevistas, orientaciones, informaciones)
- Registro de citas.
- Consentimiento información familiar-V4.
- Contrato de admisión a tratamiento- V4 (3 copias: usuario, 1 se queda en el centro, 1 en administración).
- Autorización de información a terceros. Incluye: Comunicación con el usuario, con UCA de referencia, servicios sociales de base, centros de proyecto hombre, otros servicios sanitarios, otros servicios, familiares/personas autorizadas en documento expreso de familiares.
- Datos iniciales-V10
- SECAD (documento del sistema de evaluación de la calidad asistencial en drogodependencias de la Conselleria de Sanitat)
- Documento de información sobre el programa terapéutico de los Centros de Día-V3

PR11 "Atención ambulatoria". Versión 13 de 01/12/2024. Inclusión documento excepciones, cuestionarios de talleres.

- Europasi
- Plan de Intervención Individual
- Seguimientos individuales
- Analíticas
- Registro actividades diarias.

PR11-PRG02 "centro de día de Gandía". Versión 19 de 01/10/2025. Modificación del cuadro de actividades familiares por fin periodo vacacional.

OM: Valorar incluir en los procedimientos de centro de día un apartado de actividades mínimas en periodo vacacional para evitar tantas modificaciones de los procedimientos de los centros de día por periodo vacacional.

OM: Dado que las intervenciones de los diferentes centros de día son las mismas en la actualidad,

valorar disponer de un único procedimiento de centros de día.

Incluye:

Temporalidad:

Fase 1: Acogida y motivación al tratamiento: 3 meses.

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

Familias: 1 grupo de apoyo a las familias quincenal y 1 intervención familiar cada 2 meses.

Fase 2: Deshabitación y crecimiento personal: 6 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 cada 2 meses.

Fase 3. Reinserción/Autonomía: 4 meses

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

Familias: 1 grupo de apoyo a las familias quincenal y 1 intervención familiar cada 2 meses.

Itinerario especial individual: Usuarios para situaciones especiales que no pueden llevar el mismo itinerario que el resto de los usuarios. Se incorporan el grupo I.

Usuarios: 1 entrevista individual/terapia individual semanal.

Familias: 1 grupo de apoyo a las familias quincenal.

Cada usuario dispone de un Plan de Intervención Individual.

Los usuarios están dados de alta en el programa informático.

Id 13781

Ingresó el 07/03/2025. Derivado de la UCA de Gandía

Se revisan los siguientes registros:

Documentos de usuario. Se revisan los documentos:

- Datos iniciales. 07/03/2025. Consumo de sustancia sintética Alpha
- Autorización de información a terceros. 07/03/2025.
- Consentimiento información familiar. 05/03/2025 (autoriza a la madre)
- Normas de compromiso en el programa. 07/03/2025
- Documento de protección de datos y consentimiento información familias. 29/04/2025.
- Contrato de admisión al tratamiento. Firmado usuario. 07/03/2025. 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:

- Fase de motivación del 07/03/2025 al 07/07/2025. Todos los objetivos cumplidos para pasar a la fase de deshabitación. Plan de intervención firmado por el usuario.
- Actualmente (desde el 07/07/2025) se encuentra en fase 2: Deshabitación.

Plan de intervención firmado por el usuario

Objetivos:

1. Adquirir hábitos de vida saludable y socialmente responsable.
2. Mantener la abstinencia e identificar estrategias para prevenir recaídas.
3. Profundizar en mi conocimiento personal e historia de vida.
4. Normalizar las condiciones de contención (administración de dinero, acompañamientos, etc).
5. Consolidar las redes de apoyo social.
6. Mejorar mis actitudes y habilidades con los demás.
7. Estabilizar y normalizar mis relaciones con la familia.
8. Desarrollar alternativas de ocio y tiempo libre.
9. Desarrollar un plan de formación e incorporación. Laboral.
10. Aumentar la autonomía personal en la toma de decisiones.
11. Definir Proyecto de vida que permita mantener los cambios alcanzados.

Para cada objetivo se establecen acciones.

Acciones pendientes:

- Escribir el histórico de mi trayectoria de consumo y exponerlo en grupo.
- Realizar la formación on line de auxiliar de enfermería.
- Decidir mi trayectoria profesional y académica para encontrar empleo estable.
- Comprar un coche.

Seguimientos individuales mensuales: 25/09/2025, 28/08/2025, 31/07/2025

Lista de actividades del último proceso activo:

Cada terapeuta lleva sus registros y los anota en el programa informático. Por colores. Verde (ok), azul (no ok pero por festivos), gris (periodo de cumplimiento), rosa (ausencias justificadas) y rojo (no asiste).

Consulta de actividades en el panel de gestión de usuarios:

Fase 2:

- Usuarios:
 - Entrevista individual/terapia individual
 - 2 terapia grupal semanal.
 - 1 taller formativos semanal
- Familias:
 - 1 grupo de apoyo a las familias semanal.
 - 1 intervención familiar mensual.

Asistencia a todas las actividades y a las que no asiste es ausencia justificada.

Analíticas (1 vez al mes mínimo). Las hacen en el centro de día. Analíticas se seguimiento o sorpresa.

Mínimo 1 al mes..... 03/11, 31/10, 27/10,..... Anfetamina, metanfetaminas y OH. Resultados negativos desde 04/2025 que tuvo 2 positivos.

Talleres:

- Taller de autoestima. 8 sesiones (10/07, 17/07, 24/07, 31/07, 07/08, 21/08, 28/08, 04/09). Sesiones impartidas por Mar del Pino y Esther Moreda.
- Taller de educación para la salud. 8 sesiones (11/09, 18/09, 25/09, 02/10, 16/10, 23/10). Faltan 2 sesiones.

Se revisa documento del taller de autoestima (Rev. 02 de 2022). Impartido por Esther. 8 sesiones. Incluye objetivos, estructura del taller, contenido y sesiones (concepto de autoestima, autoconcepto, autoconocimiento, ventana de Johari, recursos, obstáculos y miedos....)

Las encuestas se realizan una vez finalizado el taller, pero se analizan a final de año.

Encuestas talleres CD Gandía hasta 15/09/2025: Motivación (16), prevención de recaídas (14), autoestima (6)....

Se revisa valoración de encuestas del taller de autoestima de Gandía 2024.

Nº cuestionarios: 25

Nota media: 9,22

Analizan: Contenidos del taller (9,36), las dinámicas del taller (9,16), material (8,80), participación del grupo (8,76), el papel del terapeuta (9,68), utilidad del taller para la vida cotidiana (9,22), consideración global del programa (9,76)

Id. 13866

Ingresó el 13/06/2025.

Se revisan los siguientes registros:

Datos iniciales. 29/05/2025.

Documentos de usuario. Se revisan los documentos:

- Autorización de información a terceros. 29/05/2025
- Consentimiento información familiar-V4. 13/06/2025 (autoriza a su madre)
- Normas de compromiso en el programa. 13/06/2025.
- Documento de protección de datos y consentimiento información familias. 09/06/2022
- Contrato de admisión al tratamiento. Firmado usuario. 13/06/2025. 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).

Actualmente se encuentra en fase 1: Motivación. 13/06/2025. Plan de intervención. Firmado por el usuario. Fecha revisión: 16/06/2025.

Objetivos:

1. Adquirir un estilo de vida saludable.
2. Conseguir la abstinencia al consumo de sustancias.
3. Respetar las condiciones de contención (administración de dinero, acompañamientos...)
4. Redefinir las redes de apoyo social.

5. Mejorar mis actitudes

Para cada objetivo se establecen acciones.

Seguimientos individuales mensuales: 31/09/2025, 29/09/2025, 29/08/2025,

Fase 1: Motivación

- Usuarios:
 - Entrevista individual/terapia individual:
 - 2 terapia grupal semanal.
 - 1 taller formativos semanal
- Familias:
 - 1 grupo de apoyo a las familias quincenal.
 - 1 intervención familiar cada 2 meses.

Asistencia a todas las actividades y a las que no asiste es ausencia justificada. Salvo una sin justificar (14/08).

Talleres:

- Taller de motivación (... 13/08, 20/08)
- Taller de habilidades sociales (... 16/07, 30/07, 06/08)

Analíticas (1 vez al mes mínimo). Las hacen en el centro de día. Analíticas se seguimiento o sorpresa. A este usuario se las realizan con carácter semanal. 14/06 (positivo comunica consumo), 07/07 (positivo comunica consumo)... 11/08 (positivo)....

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 15 de 01/12/2024.

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 "Atención ambulatoria". Versión 13 de 01/12/2024

PR11-PRG03 "centro de día de Valencia". Versión 18 de 01/10/2025. Modificación del cuadro de actividades familiares por fin periodo vacacional.

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. 13913

Ingresa el 11/08/2025. Derivado de la UCA de San Marcelino.

Se revisan los siguientes registros:

Datos iniciales y entrevista inicial. 05/08/2025.

Documentos de usuario. Se revisan los documentos:

- Autorización de información a terceros 05/08/2025. Autoriza a dar información.
- Contrato de admisión al tratamiento. Firmado usuario. 11/08/2025. 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, hija (autorización 29/10/2025) y pareja (autorización 05/08/2025)

- SECAD (documento del sistema de evaluación de la calidad asistencial en drogodependencias de la Consellería de Sanitat).

Se encuentra en fase 2 (fase de deshabitación).

- Plan de intervención. Fase 1. Del 11/08/2025 al 03/08/2025. Firmado por usuario.
- Plan de intervención. Fase 2. Del 03/11/2025. Pendiente Plan de intervención. Un mes desde que inician la fase.

Objetivos del PAI fase deshabitación:

1. Adquirir un estilo de vida saludable.
2. Conseguir la abstinencia al consumo de sustancias.
3. Respetar las condiciones de contención (administración de dinero, acompañamientos...)
4. Redefinir las redes de apoyo social.
5. Mejorar mis actitudes

Para cada objetivo se establecen acciones. Ha superado todos los objetivos.

Seguimientos individuales mensuales: 16/10/2025, 29/09/2025, 28/08/2025, Seguimientos realizados por Iván Sedano (educador)

Seguimiento de actividades Fase 1: Motivación

- Usuarios:
 - Entrevista individual/terapia individual:
 - 2 terapia grupal semanal.
 - 1 taller formativos semanal
- Familias:
 - 1 grupo de apoyo a las familias quincenal.
 - 1 intervención familiar cada 2 meses.

Asistencia a todas las actividades y a las que no asiste es ausencia justificada.

Acude al taller de motivación, taller de autoconocimiento (27/08, 10/09, 24/09, 08/10)

OM: En el CD de Valencia se están registrando como "taller otros" talleres que se encuentran consolidados (taller de autoconocimiento) y actividades de ocio y tiempo libre.

OM: No todos los profesionales del CD de Valencia incluyen una valoración completa del desarrollo de las actividades grupales realizadas.

Registro de asistencia a actividades grupales (grupo terapéutico): Ok

Registro de asistencia a taller de autonomía (1 sesión cada 15 días): Ok

Entrevistas individuales. Ok

Familias. 28/10/2025 (grupo familias), 26/08/2025 (entrevista mixta)..... Ok

Analíticas (1 vez al mes mínimo). Analíticas se seguimiento o sorpresa. 18/08, 22/08, 25/08,22/09 (positivo OH),.... 31/10, 03/11.

Id. 13809

Ingresó el 04/04/2025. Derivado de la UCA de Guillén de Castro.

Se revisan los siguientes registros:

Documentos de usuario. Se revisan los documentos:

- Datos iniciales. 01/04/2025.
- Autorización de información a terceros. 1/04/2025.
- Consentimiento información familiar. 01/04/2025 (autoriza a la madre) y 26/06/2024 (autoriza a la hermana)
- Documento de protección de datos y consentimiento información familias. 01/04/2025.
- Contrato de admisión al tratamiento. Firmado usuario. 04/04/2025. 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:

- Fase de motivación del 04/04/2025 al 02/06/2025. Todos los objetivos cumplidos para pasar a la fase de deshabitación. Plan de intervención firmado por el usuario.
- Actualmente (desde el 02/06/2025) se encuentra en fase 2: Deshabitación.

Plan de intervención firmado por el usuario

Objetivos:

- 1- Reforzar hábitos de vida saludable y socialmente responsable.
- 2- Mantener la abstinencia e identificar estrategias para prevenir recaídas.
- 3- Profundizar en mi conocimiento personal e historia de vida.
- 4- Normalizar las condiciones de contención (administración de dinero, acompañamientos, etc).
- 5- Consolidar las redes de apoyo social.
- 6- Mejorar mis actitudes y habilidades con los demás.
- 7- Estabilizar y normalizar mis relaciones con la familia.
- 8- Desarrollar alternativas de ocio y tiempo libre.
- 9- Desarrollar un plan de formación e incorporación. Laboral.
- 10- Aumentar la autonomía personal en la toma de decisiones.
- 11- Definir Proyecto de vida que permita mantener los cambios alcanzados.

Para cada objetivo se establecen acciones.

Acciones pendientes:

- Disminuir el consumo de tabaco hasta eliminarlo.

Seguimientos individuales mensuales: 30/06/2025, 30/05/202530/10/2025

Lista de actividades del último proceso activo:

Cada terapeuta lleva sus registros y los anota en el programa informático. Por colores. Verde (ok), azul (no ok pero por festivos), gris (periodo de cumplimiento), rosa (ausencias justificadas) y rojo (no asiste).

Consulta de actividades en el panel de gestión de usuarios:

Fase 2:

- Usuarios:

- Entrevista individual/terapia individual
- 2 terapia grupal semanal.
- 1 taller formativos semanal
- Familias:
 - 1 grupo de apoyo a las familias semanal.
 - 1 intervención familiar mensual.

Asistencia a todas las actividades y a las que no asiste es ausencia justificada.

Acude a taller de habilidades sociales, taller de prevención de recaídas, taller de autoestima.

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

COMUNIDAD TERAPÉUTICA INTRAPENITENCIARIA (CTI)

NC de la auditoria AS1: 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.*

Acciones:

Reunión de coordinadora de CTI junto al equipo de voluntarios y trabajadores de la CTI (25/10/2024)

Reunión del comité de calidad para la puesta en común entre las coordinadoras de cómo se registran los diferentes casos de ausencias justificadas o injustificadas a los diferentes talleres y grupos. (acta de comité de calidad de 22/11/2024)

Se detecta que se están registrando correctamente en los centros auditados (CD Gandía y CD Valencia)

CERRADA.

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

PR-05 "Proveedores, compras y gestión de aprovisionamientos". Versión 13 de 09/07/2021.

Clasificación de proveedores:

- Proveedores habituales (autorizados): productos y servicios
- Proveedores esporádicos: Menos de 800 € al año.
- Proveedores de compra directa: Se acude personalmente para la compra teniendo en cuenta el precio y la accesibilidad.

EVALUACION DE PROVEEDORES:

Evaluación de proveedores: A proveedores habituales y esporádicos.
FR-05 "Ficha de proveedor".

Criterios de evaluación:

- Percepción de la calidad producto/servicio
- Facilidades de pago.
- Precios
- Plazo de entrega/prestación del servicio.
- Disponibilidad
- Certificación de calidad
- Criterios éticos.
- Actitud ante imprevistos.

Cada uno de los criterios se valorará entre 1 y 5. El certificado de calidad suma 1 punto adicional.
Resultado final:

- Cada criterio debe tener un valor mayor o igual a 3.
- La suma de la puntuación total de los criterios es mayor o igual a $3,5 * n^{\circ}$ criterios. -

CD GANDIA:

- LIMPIEZAS MUGISA: Limpieza. Habitual. Fecha de inicio en Gandía: 31/01/2022. Evaluación de proveedores 12/2024: 31 (no disponen de certificación ISO 9001). APTO. Contrato de limpieza CD Gandía de 01/04/2022 al 31/03/2023 y se prorroga tácitamente.
- CHUB IBERIA Extintores. Habitual. Fecha de inicio en Gandía: 01/01/2013. 31/01/2022. Evaluación de proveedores 12/2024: 28 (disponen de certificación ISO 9001). APTO. Contrato de mantenimiento de fecha 15/07/2022 (3 de polvo y 1 CO2). Actualizado a la nueva dirección.

No tienen más proveedores se acude directamente a las tiendas del pueblo.
Material de papelería y reactivos: Se piden a Valencia.

CD VALENCIA:

- NIRCO. Reactivos. Habitual. Fecha de inicio: 01/01/2013. Evaluación de proveedores 12/2024: 33. APTO.
- GBS. Fecha de inicio: 16/07/2024. Evaluación de proveedores 12/2024: 33. APTO.

Seguimiento de proveedores:

30 % cada año:

Informe de evaluación de proveedores (P05-V1):

- Altas nuevas 2024: Iberbag papeles y plásticos (bolsas de plástico cocina CT), Frigoríficos Ferrer (alimentos CT), Advanced Tecso (boquillas) y GBS (legionella)
- Bajas: Torrent Economistas (seguimiento negativo), Iberdrola (coste servicio), Sanilabo (absorción empresa), Winton Ibérica (coste servicio), Frigomatic (seguimiento negativo), CD Products (cierre empresa), Tareca Vending (falta de uso del servicio)

OM: Si bien se registran las incidencias en el registro de proveedores (aplicativo PH) se recomienda registrarlas así mismo en el excel de no conformidades.

COMPRAS

- ADVANCED TECSOO. Pedido telefónico de boquillas. Recibido el 07/02/2025. Factura

FAC/25/00209 de fecha 07/02/2025 (60 paquetes de boquillas universales esterilizadas)

- NIRCO. Pedido por correo electrónico de reactivos el 30/09/2025. Recibido el 01/10/2025. Factura FV00131685 de fecha 03/10/2025 (2 cajas de tiras de cocaína, 3 cajas de tiras de THC, 1 caja de tiras de benzodiacepinas, 600 vasos de analíticas)

Control de reactivos para analíticas:

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

- 3 cajas de benzodiacepinas
- 2 cajas de Ketamina.
- 1 caja de metaanfetaminas
- 3 cajas de alcohol en tiras
- 1 cajas de opiáceos
- 2 cajas de THC

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

9.1. SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN.

Indicadores para el desempeño de los procesos.

CD Valencia de 01/01/2025 al 30/06/2025.

- 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.

9.2. AUDITORÍA INTERNA

PR2 Auditorias internas.

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

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

Comunidades terapéuticas y Centros de día. Cada 2 meses.

- Comunidad Terapéutica. PR10, PR-12. 09/2025
- Centro de día Ontinyent: 09/2025
- Comunidad Terapéutica intrapenitenciaria. 09/2025
- Centro de día de Valencia. 09/2025
- Centro de día de Gandía. 09/2025
- Servicio médico. PR-08. 03/07/2025
- Servicios comunes (cocina). PR-09. 02/04/2025 y 17/09/2025.
- Servicios comunes (compras y proveedores). PR-05. 17/07/2025
- Servicios comunes (mantenimiento). PR-14. 17/07/2025
- Servicios comunes (RRHH). PR-06. 02/10/2025
- Sistema de gestión. 17/09/2025. PR-01, PR-02, PR-03 y PR-04
- Voluntariado. PR-07. 05/08/2025.

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: 20/09/2025. Auditor: Virginia Garito
Se revisan las NC de la última auditoria.
 - o NC (1). Se detectan incumplimientos de julio y agosto de actividades no conformes de usuarios activos.
 - o Acciones de mejora: Continuar mejorando las consultas en la aplicación, continuar trabajo conjunto de los centros de día para seguir evolucionando los talleres troncales....
- CD Gandía. 27/10/2025. Auditor: Virginia Garito.
Se revisan las NC de la última auditoria.
 - o NC: No se detectan.
 - o Acciones de mejora: Utilizar las consultas de la herramienta PH para poder ver posibles fallos en los registros o en la verificación de objetivos, para analizar bajas en el programa utilizar el informe de finalizaciones para tener más información sobre las bajas.
- RRHH. 02/10/2025. Auditor: Virginia Garito
 - o NC (1): Falta de documentación de algunos trabajadores que se contrataron en ausencia de la responsable de RRHH por baja.
 - o Acciones de mejora: Seguir digitalizando los expedientes, revisión del módulo de RRHH de PH para mejorar consultas, en el espacio de calidad crear un espacio de PRL.

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

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 GANDIA

2025: 9 (7 auditorías internas y 2 externas).

Se revisan las siguientes:

25/06/2025. Interna. La semana del 25 al 27/06 no se realiza el taller de autoestima y el taller de autonomía por baja del terapeuta de referencia. Análisis de causas: Baja de la psicóloga por 2 días. Corrección: Esta semana no se realiza el taller. Se anota en el documento de excepciones. Cerrada.

27/05/2025. Auditoría interna. Falta de consentimiento informado por parte de un usuario. Se detecta que se está utilizando la versión 10 de los datos iniciales. Corrección: Se firma el nuevo consentimiento

y se actualiza la versión del documento de datos iniciales. Cerrada.

RECLAMACIONES OFICIALES: 0

RECLAMACIONES NO OFICIALES: 0

CENTRO DE DIA DE VALENCIA

2025: 8 (7 auditorías internas y 1 internas).

Se revisan las siguientes:

10/06/2025. Interna. El alcoholímetro del CD da siempre positivo. Corrección: Contactar con el proveedor. Causa: Estos alcoholímetros son muy sensibles al gel hidroalcohólico. Acción correctiva: Se envía un mail para que no toquen el alcoholímetro si se han echado hidroalcohol en las manos. Cerrada.

14/10/2025. Interna. Se ha incorporado una nueva sesión de ludopatía al taller troncal, no se ha hecho extensible al resto de centros. Causa: De momento y hasta que se retomen las reuniones solo se realizará en Valencia. Corrección: Realizar el cambio para los 3 centros. Pendiente de cierre.

RECLAMACIONES OFICIALES: 0

RECLAMACIONES NO OFICIALES: 0

OM: si bien se realiza un buen tratamiento de las NC y OM de los centros, sería recomendable trasladar estos conceptos al resto del equipo y no solo a los coordinadores.

OPORTUNIDADES DE MEJORA:

“Excel de oportunidades de mejora” 2025:

- Valorar la revisión de la funcionalidad del registro de analíticas de PH.
- Valorar que datos se recogen en los centros de día y comunidad sobre inserción laboral.
- Retomar las reuniones de seguimiento de talleres troncales de centros de día.
- Hay que seguir trabajando con los equipos para mejorar los registros grupales y en el seguimiento del plan realizar un resumen de los cambios más relevantes del plan.

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 2024. Aprobado por el comité de calidad el 27/06/2025.

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 2025, acciones de cada centro y acciones generales.

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.

OTRA INFORMACIÓN DOCUMENTADA QUE SE REVISAS:

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.

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 2025):

Debilidades:

- Escasa financiación propia frente a la pública.
- Fuga de profesionales por escasos salarios.
- Instalaciones de Valencia poco cuidadas.
- Relevo generacional de la plantilla
- Estrés y sobrecarga.
- 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 2025"

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, presentación nueva web en redes sociales para captación de nuevos socios.

Personas en prácticas.

- 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.

Personas usuarias:

- 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, asistencia al evento del 40 aniversario de la fundación.

Personas exusuarias

- 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, asistencia al evento del 40 aniversario de la fundación.

Personas voluntarias.

- 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, asistencia al evento del 40 aniversario de la fundación, asistencia al encuentro de la zona mediterránea de Valencia.

Familiares de usuarios:

- Necesidades: "respiro familiar", intentar llegar a todos los familiares.
- Expectativas: Sentirse oídas, acogidas y atendidas, conseguir que su familia supere su adición y recuperen una forma de vida saludable.
- Acciones: Grupos de familias, talleres motivadores y eficaces, encuesta de satisfacción, grupos de autoayuda, asistencia al evento del 40 aniversario de la fundación

Personas trabajadoras:

- Necesidades: Comunicación ascendente y descendente fluida, cargas de trabajo equilibradas,...
- Expectativas: Saber evolución del desempeño de su trabajo, incluir capítulo de medio ambiente en el convenio de empresa....
- Acciones: Revisar el sistema de evaluación del desempeño, incluir capítulo de medio ambiente en el convenio de empresa....

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

Patronos

Plataformas del voluntariado.

Asociación Proyecto Hombre

Conselleria de Sanitat.

Cáritas

Universidades.

PF+: Acciones incluidas para cubrir las necesidades y expectativas de partes interesadas y su seguimiento.

NC de la AS1: 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"

CERRADA.

Documento "Identificación de necesidades y expectativas de los grupos de interés 2025". Incluye requisitos relacionados con el cambio climático.

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.

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:

CENTRO DE DIA DE GANDIA

DAFO 2025.

Debilidades:

- Consolidar abordaje de la perspectiva de género.
- Cambios de personal en el equipo de centro de día.
- Dificultad de diseño y revisión de talleres y materiales nuevos por excesiva carga de trabajo
- Dificultad para establecer espacios periódicos de autocuidado

- Ausencia de servicio administrativo propio.
- Dificultad para cubrir las acciones en periodo vacacional.
- Falta de formación avanzada y específica en patología dual, deterioros cognitivos graves, adiciones comportamentales y nuevas sustancias.

Fortalezas:

- Equipo multidisciplinar.
- Equipo profesionales comprometido.
- Cercanía humana con el usuario y su familia, gran sentido de pertenencia al centro.
- Estructura programada y seguimiento continuado de actividades.
- Atención inmediata y directa a las necesidades.
- Flexibilidad en el seguimiento de caos
- Coordinación muy fluida con recursos de adiciones t salud mental en la zona de la Safor.

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:

- Flexibilizar la intervención profesional adaptándonos a las personas con patología dual
- Difundir las actividades que realizamos para promocionar el programa.
- Intentar conseguir voluntarios para mejorar las acciones del programa.
- Ampliar información sobre tipos, características y protocolos de derivación de recursos específicos en salud mental.
- Mantener la presencia del recurso y el trabajo en red con instituciones sociosanitarias.

Matriz de riesgos y oportunidades a partir del DAFO

Identificación de riesgos altos:

- Consolidar abordaje de la perspectiva de género.
Acciones: Realización de grupos específicos de mujeres mensual, realización de taller de nuevas masculinidades mensual, realización de acciones de sensibilización y formación a usuarios, coordinación con la vt de alba (mujeres) para solicitar al recurso que priorice el ingreso en el programa.

Identificación de riesgos medios:

- Insuficiente demanda de usuarios para CD.
Acciones: seguimiento de los derivados en lista de espera, reuniones de coordinación con UCAS, envío de correos y llamadas para el seguimiento de casos, intentar contactar con salud mental,....
- Dificultad para conseguir la implicación de las familias en los procesos terapéuticos.
Acciones: Informar a las familias de la importancia de las familias en el proceso, mantener

contacto telefónico frecuente, proporcionar contenido formativo en los grupos, convocar a las familias en los cambios de fases, carta de concienciación, realizar acciones conjuntas en las despedidas de verano y navidad, contenido formativo en los grupos de familia.

Identificación de oportunidades altas:

- Intentar conseguir voluntarios para mejorar las acciones del programa.

Acciones: realizar publicaciones en RRSS para conseguir más voluntarios, reunión con la responsable para comentar necesidades, formación e integración de nuevos voluntarios al centro.

Identificación de oportunidades medias:

- Flexibilizar la intervención profesional adaptándonos a las personas con patología dual
- Difundir las actividades que realizamos para promocionar el programa.
- Ampliar información sobre tipos, características y protocolos de derivación de recursos específicos en salud mental.

OBJETIVOS 2025:

- Conseguir un 40% de usuarios con apoyo familiar que asista a grupo de familias.
- 75% de los usuarios que su familia asista a alguna actividad.
- Conseguir que el 65% de las mujeres asistan al grupo.
- Disponer de voluntarios para tener todos los horarios cubiertos.

CENTRO DE DIA DE VALENCIA

DAFO 2025.

Debilidades:

- Mejorar la 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.
- Dificultad para cubrir las acciones durante el año cuando un profesional está de días libre, baja, etc.
- Dificultades para la individualización de los procesos.
- Dificultad de gestionar 4 programas: atención directa, centro de día, CATA y autoayuda.
- Equipos informáticos.
- Falta de espacio e infraestructuras.
- Desorden espacios comunes.
- Mejorar el éxito del tratamiento.
- No disponer de un itinerario adaptado para personas usuarias con mayor deterioro cognitivo y patología dual grave.
- Formación mas avanzada y específica en patología dual, deterioros cognitivos graves....
- Mejorar la eficiencia del servicio de atención directa.

Fortalezas:

- Equipo multidisciplinar.

- Equipo de profesionales comprometidos e involucrados.
- Cercanía humana con el usuario y su familia.
- Flexibilidad en cuanto a la adaptación del programa.
- Espacio al aire libre.
- Buena coordinación y cooperación en el equipo terapéutico.
- Asesoramiento y difusión por parte de la trabajadora social en formación específica a los usuarios.
- Integración exitosa de nuevos profesionales.
- Carta de servicios variada para tratamientos ambulatorios.

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.
- Información poco exacta y desactualizada de cómo funciona el programa.

Oportunidades:

- Adaptar el programa en medida de las posibilidades.
- Difundir las actividades que realizamos para promocionar el programa.
- 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.
- Crear una guía de recursos para la inserción social.
- Participación en foros profesionales para dar a conocer el trabajo de PH.

Matriz de riesgos y oportunidades a partir del DAFO

Identificación de riesgos altos:

- Disminución en el éxito de tratamiento
Acciones: No superar número máximo de personas en el grupo de motivación (18-20 personas), más trabajo individualizado y con familias en los casos que se detecte la necesidad análisis de los motivos de las bajas no exitosas, valoración trimestral de las altas exitosas.
- Mejorar la eficiencia del servicio de atención directa.
Acciones: envío de correo electrónico a la administración para informar su ha venido o no, citar como mínimo cuatro derivados a la semana, realizar borrador de protocolo de seguimiento de atención directa,....

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.

- Incorporar el taller de ludopatía en fase de deshabitación.
- Prueba piloto del modelo transdiagnóstico elaborado por la comisión de tratamiento de la APH

OBJETIVOS 2025:

- 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 deshabitación han realizado entrevistas asesoramiento.

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.

NO AUDITADO.

Cierre de la NC de la AS1: 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.*

Se revisa:

Acta de inspección de instalaciones de protección contra incendios (centro de Valencia). EUROCONTROL. Fecha 08/01/2025. Favorable sin defectos.

Libro registro de actuaciones no se estaba cumplimentando porque no había trabajadores con la formación y no se disponía de los equipos de medida.

PPCL actualizado 11/12/2024.

Certificado de formación RD 487/2022. Rosana del Castillo de fecha 04/10/2024, Virginia Garito, Irina Martorell y Sandra Tolosa de fecha 11/12/2024.

Factura de compra nº 26836 de Hanna Instruments de fecha 31/10/2024 de la compra del colorímetro y termómetro.

Se están cumplimentando los registros del PPCL. Se revisan los registros de noviembre 2024.

CERRADA.

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

NO AUDITADO.

7.1.6- CONOCIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN.

Analizado en el Contexto de la organización.

Trabajos de escasa cualificación.

7.3- TOMA DE CONCIENCIA.

PR-06 Selección, gestión y desarrollo de los RRHH. Versión 18 de 01/10/2025. Modificación del apartado incorporación (no aplica a trabajadores que hagan sustituciones, excedencia ni contratos temporales)

Plan de acciones formativas". 2025. Ok

Se revisan los registros de los cursos (aplicativo PH).

Formación interna:

- Prevención de la conducta suicida y la autolesión. 29/01/2025. 2 horas. Formador: Constanza. 34 asistentes. Valoración del curso: 20 contestaciones, valoración global 9,2.

Formación interna-cursos de formación permanente:

- Prevención de recaídas con mindfulness. 29/02/2025. 4 horas. Formador: Javi Salceda. 4 asistentes (profesionales del área terapéutica). Valoración del curso: 3 contestaciones, valoración global 8,56.

Curso de formación PH:

- Máster en adicciones. De septiembre de 2025 a abril de 2026. Lo está realizando Constanza.
- Curso práctico de abordaje de las conductas autolesivas y suicidas. Del 25 al 28 de febrero 2025. 24 horas. Formador: Luis Fernando López (asociación). 1 asistente de CT. Valoración del curso: 1 contestación, valoración global 9,67
- Curso de atención a situaciones de crisis para personal educativo y de apoyo. Del 12 al 14 de mayo 2025. 17 horas. Formador: Luis Fernando López y Eva Carretero (asociación). 1 asistente (monitor de CT). Valoración del curso: 1 contestación, valoración global 10.

Evaluación de las acciones formativas con códigos QR.

Criterios para la evaluación de la eficacia:

Se realiza el "informe de validez de la eficacia" (PR-06) en aquellos cursos de duración superior a 20 horas.

Se revisa:

- Curso práctico de abordaje de las conductas autolesivas y suicidas. Del 25 al 28 de febrero 2025. 24 horas. Se valora positivamente el contenido, la dinámica del curso y la calidad del profesorado. Seguir animando a que lo hagan los terapeutas pues es una realidad muy presente. Valoración realizada el 28/07/2025 por Vicent Andrés.

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 coordinación.
- Reuniones 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 "Control de documentos y registros". Versión 12 de 01/01/2025. Han incluido la periodicidad de revisión de los documentos internos y externos.

Manual de funciones. Versión 8 de 01/10/2025.

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 09 de 01/01/2025
- PR-04 "Control de documentos y registros". Versión 12 de 01/01/2025
- PR-05 "Proveedores, compras y gestión de aprovisionamiento". Versión 13 de 09/07/2021
- PR-06 "Recursos humanos". Versión 18 de 01/10/2025
- PR-07 "Voluntariado". Versión 12 de 01/10/2025
- PR-08 "Servicio médico". Versión 15 de 01/10/2025
- PR-09 "APPCC-Cocina". Versión 12 de 01/12/2024
- PR-10 "Recepción y acogida de usuarios". Versión 15 de 01/12/2024
- PR-11 "Atención ambulatoria" (programas de los diferentes centros). Versión 13 de 01/12/2024
- PR-12 "Tratamiento residencial. Comunidad Terapéutica". Versión 25 de 01/11/2025
- PR-13 "Atención intrapenitenciaria". Versión 14 de 01/12/2024
- PR-14 "Mantenimiento e infraestructuras". Versión 6 de 01/07/2025

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". Actualizado en 2025. Han incluido la Ley 4/2025 del voluntariado de la Comunidad Valenciana.

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

9.1.2.- SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Encuestas de satisfacción de familias CD Valencia:

La participación ha aumentado respecto a la encuesta anterior en 2023 (pasando de 15 a 23 encuestas). En este año 2024 ha aumentado las puntuaciones de los módulos de accesibilidad, prestación del servicio y valoración global, ha disminuido ligeramente los demás módulos, aunque mantienen la puntuación de notable alto y sobresaliente.

Entre los comentarios, destacaríamos la necesidad de más profesionales terapeutas para poder hacer los grupos menos numerosos y que sean más eficaces.

Encuestas de satisfacción de familias CD Gandía:

La participación ha aumentado ligeramente respecto a la encuesta anterior en 2023 (pasando de 29 a 30 encuestas). En este año 2024 han bajado en general las puntuaciones de todos los módulos. Todos ellos se mantienen en la puntuación de notable-notable alto, excepto los de Prestación del servicio - relación terapéutica, clima del centro y valoración global que tienen puntuación de sobresaliente. La nota de valoración global es de 9,02. Respecto a los comentarios destacamos la sugerencia de más horarios de reuniones y la manifestación de agradecimiento generalizado.

Encuestas de satisfacción de personas usuarias del CD Valencia:

Ha aumentado la participación en el 2024 respecto al 2023, pasando de un 80% a un 85% de las personas usuarias activas (personas activas a último día de mes de abril) han participado en la encuesta. En este año 2024 se ha mantenido la nota media de sobresaliente o notable alto, han mejorado la nota los apartados de prestación de servicio (metodología) y valoración global. Por género en los dos casos con una valoración global de sobresaliente. En algunos módulos en el caso de los hombres ha bajado ligeramente, pero se mantiene en todas las áreas la nota de sobresaliente o notable alto. A lo largo de los 5 años que se va realizando esta encuesta la nota siempre se ha mantenido en notable alto o sobresaliente.

En los comentarios sugieren el cambio de mobiliario (sillas).

Encuestas de satisfacción de personas usuarias CD Gandía:

Ha aumentado la participación en el 2024 respecto al 2023, pasando de un 91% a un 94% de las personas usuarias activas (personas activas a último día de mes de abril) han participado en la encuesta. En este año 2024 se ha mantenido la nota media de sobresaliente o notable alto, han mejorado la nota de todos los apartados excepto de infraestructuras. Por género en los dos casos con una valoración global de sobresaliente. En algunos módulos en el caso de los hombres ha bajado ligeramente, pero se mantiene en todas las áreas la nota de sobresaliente o notable alto. A lo largo de los 5 años que se va realizando esta encuesta la nota siempre se ha mantenido en notable alto o sobresaliente.

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.