INFORME DE AUDITORÍA
DEL
SISTEMA DE GESTIÓN

CLIENTE:	CÁRITAS DIOCESANA DE CÓRDOBA			
DIRECCIÓN RAZÓN SOCIAL:	C/ Perez de Castro, nº 4			
CÓDIGO POSTAL:	14003	**POBLACIÓN**	Córdoba	
REPRESENTANTE DEL CLIENTE - CARGO:	D. Rafael Guillem Posada – Responsable del Sistema		**NIF.:**	G14023808
TELÉFONO:	957 471 875		**FAX:**	---
E-MAIL:	rguillem@caritascordoba.org			
EXPEDIENTE:	007965/2014			
NORMA:	ISO 9001:2015			
TIPO DE AUDITORÍA:	Primer Seguimiento			
	□ Auditoría integrada normas □ Auditoría conjunta normas □ Auditoría combinada			
FECHA DE AUDITORÍA	13 y 16 de mayo de 2022			
JORNADAS DE AUDITORIA:	1,5 jornadas (0,5 en remoto + 1 in situ)			

EDICION	FECHA EMISION	CAMBIO
1	18/05/2022	Informe de auditoría ejecutado por el Auditor Jefe

AUDITOR JEFE	REPRESENTANTE DEL CLIENTE
	GUILLEM POSADAS RAFAEL LUCIA - 30817791E Firmado digitalmente por GUILLEM POSADAS RAFAEL LUCIA - 30817791E Fecha: 2022.05.24 08:11:25 +02'00'
Nombre: Jose Luis Rodríguez Muñoz	Nombre: D. Rafael Guillem Posada (Responsable del Sistema)

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 Certificatión.
- Contrato de Applus Certificatión.

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	CENTRO 1 (sede central): SEDE DE CÁRITAS DIOCESANA DE CÓRDOBA: Desarrollo y ejecución de ayuda social a través de programas (atención nocturna al transeúnte, ayuda a domicilio, piso para reclusos, acompañamiento hospitalario a enfermos VIH, programas de atención a familias y mujeres, área de baja exigencia y el programa del servicio de empleo). CENTRO 2: RESIDENCIA SAN PABLO: Atención a personas mayores válidas en residencias. CENTRO 3: CASA DE ACOGIDA: Acogida y atención a personas sin hogar. CENTRO 4: Servicio de empleo (orientación, intermediación y formación).	EC-4481/09	05/06/2024

La identificación del alcance implica la conformidad del mismo por parte del auditor.

Nº	EMPLAZAMIENTOS AUDITADOS (nombre y dirección)	ALCANCE
1	CENTRO 1 (sede central): SEDE DE CÁRITAS DIOCESANA DE CÓRDOBA: C/ Pérez de Castro, nº 4 – C.P. 14003 (Córdoba)	Desarrollo y ejecución de ayuda social a través de programas (atención nocturna al transeúnte, ayuda a domicilio, piso para reclusos, acompañamiento hospitalario a enfermos VIH, programas de atención a familias y mujeres, área de baja exigencia y el programa del servicio de empleo).
2	CENTRO 2: RESIDENCIA SAN PABLO: C/ Escritora Rocío Moragas, nº1 – C.P. 14009 (Córdoba) **** Este centro no se procede a visitar en esta auditoría, se emplaza su visita a la auditoría de Renovación***	Atención a personas mayores válidas en residencias.
3	CENTRO 3: CASA DE ACOGIDA: C/ Familia Annea, s/n - C.P. 14010 (Córdoba)	Acogida y atención a personas sin hogar
4	CENTRO 4: Polígono Industrial Las Quemadas, C/Polonia, 189 – C.P. 14014 (Córdoba) **** Este centro no se procede a visitar en esta auditoría, se emplaza su visita a la auditoría de Primer seguimiento***	Servicio de empleo (orientación, intermediación y formación)

4.2.- CENTROS TEMPORALES:

¿La organización dispone de centros temporales donde desarrolla su actividad?	SÍ

* **NOTA**: Algunos Programas de ayuda social se desarrollan fuera, pero es prácticamente imposible de visitar in situ por razones obvias, por el perfil de los usuarios o por dónde se desarrolla el servicio, como por ej. en el servicio de ayuda a domicilio. No obstante, se puede auditar sin problema en base a documentación

5.- PARTICIPANTES:

5.1.- POR APPLUS CERTIFICATION:

EQUIPO AUDITOR	Nombre	Norma	REUNIÓN APERTURA	REUNIÓN CIERRE
Auditor jefe:	Jose Luis Rodríguez Muñoz (JRM)	ISO 9001	☒	☒

5.2.- POR LA ORGANIZACIÓN CLIENTE:

Por parte del cliente (nombre y puesto):				
PARTICIPANTES	**CARGO**	**AUDITORÍA**	**REUNIÓN DE APERTURA**	**REUNIÓN DE CIERRE**
Rafael Guillem	Responsable de Calidad de CÁRITAS	☒	☒	☒
Aurora Reig	Responsable del Programa de atención a mujeres	☒	☐	☐
Olga Mantas	Responsable del Programa de atención primaria a familias	☒	☐	☐
Laura Cabello	Responsable del Programa de atención primaria a familias	☒	☐	☐
Inmaculada Ramírez	Responsable del Programa de Enfermos de SIDA "EN POSITIVO"	☒	☐	☐
María Calleja	Responsable de acción social del Programa de personas sin hogar	☒	☐	☐
Jose Luis Rodríguez	Director Casa Acogida	☒	☐	☐

6.- RESULTADOS DE LA AUDITORÍA:

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

No existen cambios significativos.

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

No se han detectado.

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

No han existido desviaciones respecto al Plan de auditoría ni se han detectado cuestiones que pudieran afectar al programa.

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

6.5.- CONTROL DEL USO DE LOS DOCUMENTOS Y MARCAS DE CERTIFICACIÓN:
☒ El cliente está controlando de manera eficiente el uso de los documentos y marca de certificación. ☐ El cliente no está controlando de manera eficiente el uso de los documentos y marca de certificación. ☐ 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:
- Elevada satisfacción de los usuarios y/o participantes de los programas a la vista de los resultados de las encuestas de satisfacción. - Continuas mejoras abordadas por la organización en cuanto a la mejora de los programas en desarrollo y la mejora progresiva en el equipamiento de los centros, tales como la Casa de Acogida o la Residencia San Pablo.

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:
- Valorar la posibilidad de incluir al personal voluntario como Parte interesada de la organización. - Valorar la posibilidad de complementar el programa de objetivos de calidad para la sede central de Cáritas Diocesana de Córdoba con alguno relacionado directamente con los programas de ayuda de intervención social. - Fomentar el registro de reclamaciones de clientes, no conformidades y acciones correctivas atendiendo a las actuaciones que se suceden en el día a día de la organización.

6.6.3.- NO CONFORMIDADES:

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

(a) CICLO:
Primer ciclo: AINI, AS1, AS2 y AREN.
Segundo ciclo y sucesivos: AS1, AS2 y AREN.
(b) Nº: En cada auditoría se comienza a enumerar las no conformidades a partir del número 1.
(c) (*):
Fase 1: Se señala con una X las observaciones que puedan condicionar la Fase 2
Fase 2 y sucesivas: Se señalará con una X las no conformidades repetitivas.
(d) CATEGORIA:
Fase 1: Observación.
Fase 2 y sucesivas: Mayor o Menor.

CICLO (a)	Nº (b)	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	(*) (c)	CATEGORÍA (d)	NORMA y APARTADO	REVISIÓN EFICACIA AACC	ESTADO	FECHA CIERRE
AS1		NO SE HAN DETECTADO NO CONFORMIDADES						
REN.	1	Se detecta el incumplimiento de algunos requisitos legales asociados a las instalaciones de CÁRITAS DIOCESA DE CÓRDOBA: - No se ha pasado la inspección periódica de baja tensión en la Residencia San Pablo una vez cumplidos los 5 años de validez de la última inspección realizada, que fue en fecha 13/05/2016 , tal y como se especifica en el Reglamento Electrotécnico para Baja Tensión, aprobado por el R.D. 842/2002. - No se evidencia que en la sede central de Cáritas se esté llevando a cabo la revisión trimestral interna de los extintores según establece el R.D. 513/2017.		Mayor	ISO 9001 7.1.3	Se revisa Certificado de inspección de baja tensión nº 21-43-RBT-IP-0056 de fecha 31/05/2021 - Favorable sin defectos. Realizado por O.C.A. (Eurocontrol). Válida hasta el 31/05/2026. Se revisa el registro revisión trimestral de extintores, se han realizado revisiones en el año 2021 y primer trimestre del año 2022.	Cerrada	16/05/2022

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

Durante la celebración de la auditoría no se han detectado incumplimientos de tipo legal. La sistemática de identificación y evaluación del cumplimiento legal se considera que es adecuada, permite a la empresa asegurar el cumplimiento con la legislación y los requisitos aplicables, así como los contractuales, para lograr los resultados esperados.

AUDITORIAS INTERNAS

En relación al equipo auditor:

☐ Es de la organización ☒ Es subcontratado: Irene Torres
☒ Se asegura su imparcialidad ☐ No se asegura su imparcialidad

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

Se ha realizado la Revisión por la Dirección del Sistema el 11/05/2022. Se han tratado la totalidad de los apartados contemplados en el punto 9.3 de la norma ISO 9001:2015. Se considera adecuada.

7.2. CONCLUSIONES SOBRE EL USO DE TIC

TIC UTILIZADA	GRADO EN QUE SE HA UTILIZADO	EFICACIA DE LA TIC PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS
Llamadas telefónicas con el que se puede compartir sonido a tiempo real.	Para entrevistas con el personal, revisión de registros e información documentada, etc.	Conforme, se han alcanzado los objetivos de la auditoría sobre los procesos auditados.
Acceso remoto. Auditoría de documentos y registros por acceso remoto, en tiempo real o cuando corresponda.	Para análisis de registros e información documentada	Conforme, se han alcanzado los objetivos de la auditoría sobre los procesos auditados.
Envío de documentación por canales seguros. P.e. e-mails, WeTransfer.	Para análisis de registros e información documentada	Conforme, se han alcanzado los objetivos de la auditoría sobre los procesos auditados.

EMPLAZAMIENTOS VIRTUALES INCLUIDOS EN EL ALCANCE	ACTIVIDADES REALIZADAS	¿ESTÁN INCLUIDOS DICHOS EMPLAZAMIENTOS VIRTUALES?
N/A		

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.

ANEXO 1: PROGRAMA DE CICLO

M = puede muestrearse.
X = debe auditarse.
¿? = aplica en casos determinados.

CUESTIONES A TENER EN CUENTA PARA LA PRÓXIMA AUDITORÍA	
AREN	
AS1	
AS2	Sin cuestiones de relevancia
AREN	

	9001	**REN**	**S1**
		Fecha: 20 y 21/05/2021	Fecha 13 y 16/05/
CENTRO 1 (sede central): SEDE DE CÁRITAS DIOCESANA DE CÓRDOBA: C/ Pérez de Castro, nº 4 – C.P. 14003 (Córdoba) ALCANCE: Desarrollo y ejecución de ayuda social a través de programas (atención nocturna al transeúnte, ayuda a domicilio, piso para reclusos, acompañamiento hospitalario a enfermos VIH, programas de atención a familias y mujeres, área de baja exigencia y el programa del servicio de empleo).	X	X	X
CENTRO 2: RESIDENCIA SAN PABLO: C/ Escritora Rocío Moragas, nº1 – C.P. 14009 (Córdoba) ALCANCE: Atención a personas mayores válidas en residencias.	X	X	
CENTRO 3: CASA DE ACOGIDA: C/ Familia Annea, s/n - C.P. 14010 (Córdoba) ALCANCE: Acogida y atención a personas sin hogar	X		X
CENTRO 4: Polígono Industrial Las Quemadas, C/Polonia, 189 – C.P. 14014 (Córdoba) ALCANCE: Servicio de empleo (orientación, intermediación y formación)	X	X	
EMPLAZAMIENTO TEMPORAL: SÍ, pero por las características del servicio y el perfil de los usuarios es prácticamente imposible de visitar y se puede auditar documentalmente.			
TURNOS: 1 Turno	X	X	X

Los procesos deberán coincidir con los procesos identificados por la organización cliente en su mapa de procesos.

	9001	Contexto de la organización / Partes interesadas	Responsabilidad de la Dirección	Riesgos y oportunidades	Objetivos	Recursos Humanos	Infraestructura	Comunicación	Control de los documentos y registros	Proceso clave (Requisitos de clientes)	Proceso clave (Desarrollo de programas, prestación del servicio)	Gestión de Compras	Indicadores	Satisfacción del cliente	Auditorías internas	NC y AA.CC. / Mejora	REN	S1	S2	REN
																	Fecha: 20 y 21/05/2021	Fecha: 13 y 16/05/2022	Fecha: 2023	Fecha: 2024
4.1.- Comprensión de la organización y su contexto	X																X	X	X	X
4.2.- Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	X																X	X	X	X
4.3.- Alcance	X																X	X	X	X
4.4.- Sistema de gestión	X																X	X	X	X
5.1.- Liderazgo y compromiso	X																X	X	X	X
5.2.- Política	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
6.2.- Objetivos	X																X	X	X	X
6.3.- Planificación de cambios	X																X	X	X	X
7.1.- Recursos (generalidades, personas, conocimiento, etc.)	X																X	X	---	X
7.1.3.- Infraestructura	X																X	---	X	X
7.1.4.- Ambiente para la operación de los procesos	X																X	---	X	X
7.1.5.- Recursos de seguimiento y medición	X																X	---	X	X
7.2.- Competencia	X																X	X	---	X
7.3.- Toma de conciencia	X																X	X	---	X
7.4.- Comunicación	X																X	X	---	X
7.5.- Información documentada	X																X	X	X	X
8.1.- Control operacional en calidad	X																X	X	X	X
8.2.- Requisitos para productos y servicios	X																X	---	X	X
8.3.- Diseño y desarrollo	X																X	X	---	X
8.4.- Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente	X																X	X	---	X
8.5.- Producción y provisión del servicio	X																X	X	X	X
8.6.- Liberación de los productos y servicios	X																X	X	X	X
8.7.- Control de las salidas no conformes	X																X	X	X	X
9.1.- Seguimiento, medición, análisis y evaluación	X																X	X	X	X
9.2.- Auditoría interna	X																X	X	X	X
9.3.- Revisión por la dirección	X																X	X	X	X
10.- Mejora	X																X	X	X	X
Marca de certificación Applus	X																X	X	X	X

ANEXO 2: EVIDENCIAS ANALIZADAS

EMPLAZAMIENTOS FIJOS: Auditada la sede central (CENTRO 1) y la casa de Acogida (CENTRO 3)

EMPLAZAMIENTOS TEMPORALES: N/A

CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

4.1.- COMPRENDER LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO - Valoración: OK

En el apdo. 1 Contexto de la organización del Manual del Sistema se trata el apdo. de Contexto de la Organización.
Se detalla en qué consiste la organización CÁRITAS DIOCESANA DE CÓRDOBA, una institución eclesial con personalidad jurídica pública. Se detalla que está integrada por todas las Cáritas parroquiales e interparroquiales de la Diócesis y las instituciones de acción caritativa de la Iglesia que careciendo de personalidad jurídica propia, se federen a ella.

Para el análisis del Contexto se han tenido en cuenta las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito de la organización y su dirección estratégica. Dichas cuestiones internas y externas se han determinado en el Anexo 1 a la Revisión por la Dirección. La última revisión se ha realizado el 11/05/2022.

- Sede Cáritas Diocesana

Cuestiones ambientales:

- Nuestra actividad se desarrolla básicamente en las instalaciones de la sede, donde el impacto ambiental es mínimo.
- Las actividades que se hacen fuera de la sede, se desarrollan teniendo siempre en cuenta minimizar el impacto ambiental.
- Todos los vehículos de la organización están revisados de tal manera que minimizamos los impactos que se puedan generar.

Cuestiones externas:

- El contexto económico que nos rodea, de manera contInua está sufriendo cambios. Nos afecta mucho el resultado de la campaña de la Renta, ya que dependemos de ella.
- El trabajo que desarrollamos es para la mejora de las personas, influyendo en muchas de ellas diariamente.
- Dependemos cada día más de las Parroquias, y las gestiones que realizan.
- Nos afectan los cambios legislativos que la administración pueda llevar a cabo.
- Dependemos de Cáritas Nacional, en cuanto a recursos, obligaciones y requisitos a aplicar.

Cuestiones internas:

- Internamente cumplimos tanto la Norma ISO 9001, y las específicas de residencia y Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Pasamos anualmente las auditorías por una certificadora externa.
- Ya que trabajamos con datos de muchas personas, cumplimos con la LOPD y sus modificaciones.
- Nuestros clientes, son personas, por lo que los llamamos participantes.
- Tenemos casos en que además tenemos usuarios, como es el caso de SAD
- Los trabajadores de la SEDE son personal cualificado en formación social.
- Tenemos un sistema documental muy desarrollado para mejor control de cada uno de los programas
- La falta de recursos económicos nos hace trabajar con prioridades y cambios entre los distintos programas
- Las necesidades de los participantes son la base de nuestra gestión

- Residencia San Pablo → Se revisará en la próxima auditoría de seguimiento.

- Casa de acogida

Cuestiones ambientales:

- Se encuentra en un barrio de la ciudad de Córdoba con una densa población alrededor
- Es una actividad de servicios, lo que hace que los residuos que se generen sean mínimos y se están reciclando.
- Todas las inspecciones de los equipos están al día.
- Están concienciados con minimizar los consumos de las instalaciones.

Cuestiones externas:

- Dependemos en muchos casos de recursos externos adaptados a las necesidades de los residentes.
- Los residentes de nuestro Centro son de condiciones muy dispares, por lo que debemos adaptarnos continuamente a sus necesidades
- Con el trabajo que realizamos, creamos ciertas tensiones en el barrio, por una parte tenemos una buena influencia en el barrio por la atención que realizamos y por otra generamos conflictividad por el nivel de afluencia de personas que se acercan para ser atendidos.
- La Casa de Acogida tiene como origen la Fundación Obispo Fray Albino en cuyo patronato se encuentra Cáritas Diocesana de Córdoba, encargada de la gestión plena del Centro.
- Nos afectan los cambios legislativos que la administración pueda llevar a cabo.
- Nos afecta todo lo relacionado con Sanidad en cuanto a externalizar el servicio de catering
- Debemos integrar en nuestro sistema el servicio de catering y limpieza subcontratados.

Cuestiones internas:

- Internamente cumplimos la Norma ISO 9001 en todos sus requisitos
- Pasamos anualmente las auditorías por una certificadora externa
- Los residentes son fundamentalmente personas en extrema vulnerabilidad y carecen de lo necesario para ser autónomos en la vida diaria.
- Los trabajadores de plantilla son personal laboral que en algunos casos han venido derivados de programas de inserción de Caritas
- El Personal de administración/directivos es de Cáritas Diocesana
- Tenemos un sistema documental muy desarrollado que nos permite el control del servicio diario
- La falta de recursos económicos nos hace trabajar con prioridades
- Las necesidades de los participantes son la base de nuestra gestión
- La orientación social del centro es la dirección estratégica que debemos seguir.
- El centro tiene como finalidad la atención personal volcada en cubrir necesidades básicas de primera intervención.
- La COVID ha creado un modelo de intervención propio adaptado a las necesidades de los residentes. Al no ser un centro socio-sanitario, las medidas de protección son las generales de la prevención en sintomatología sin seguimiento por parte de la Administración sanitaria.
- Se trata de un centro de atención gestionado con un 80% de fondos propios y un 20 % de fondos públicos.

4.2.- COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS - Valoración: O.M.

En el Anexo 1 a la Revisión por la Dirección se han identificado las Partes interesadas. De las mismas, se han identificado los requisitos o expectativas de cada una de ellas. La última revisión se ha realizado en el mes de mayo de 2022.

- Sede Cáritas Diocesana: Se identifican como partes interesadas los participantes, los usuarios, el personal, los vecinos, la Administración, los proveedores y Cáritas Española.

- Residencia San Pablo: → Se revisará en la próxima auditoría de renovación.

- Casa de acogida Se identifican como partes interesadas los participantes, los usuarios, el personal, los vecinos, la Administración, los proveedores y Cáritas Diocesana.

O.M. Valorar la posibilidad de incluir al personal voluntario como Parte interesada de la organización.

4.3.- DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN - Valoración: OK

En el apartado 2 del Manual de Calidad (está en rev.4 en fecha 24/03/2021) se identifica el alcance del Sistema. No hay cambios. Coincide con el alcance de certificación definido en este Informe de auditoría.

Se acredita que, a través de la página web, la organización ha dado a conocer la política y la redacción del alcance a las partes interesadas.

Todos los Puntos de la norma son aplicables.

Subcontrataciones: No existe subcontrataciones.

4.4.- SISTEMA DE GESTIÓN Y SUS PROCESOS - Valoración: OK

La documentación del Sistema de Gestión consta de Manual de calidad, Política de calidad, Objetivos de Calidad, documentos, procedimientos, instrucciones técnicas. Los procesos del sistema de gestión de CÁRITAS DIOCESANA DE CÓRDOBA se encuentran identificados en el correspondiente mapa de procesos, que se encuentra como anexo al Manual de Calidad. Está con la misma fecha que el Manual. Se identifican procesos operativos clave de prestación del servicio, interrelacionados con procesos estratégicos y procesos de apoyo. Se comprueba que están identificados todos los procesos.

Estos procesos se encuentran desarrollados en los distintos procedimientos e instrucciones que componen el Sistema de Gestión.

Los procesos se evalúan a través de los indicadores del sistema de gestión que miden la eficacia de los mismos.

RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1.- LIDERAZGO Y COMPROMISO - Valoración: OK

En lo que se refiere al Sistema de gestión de Calidad, el Liderazgo queda asumido fundamentalmente en las figuras de D. Salvador Ruiz (Director de Caritas Diocesana de Córdoba), Dña. Eulalia Ramírez (Secretaria General), D. Javier Gracias (Administrador de Cáritas), D. Rafael Guillén (Responsable de Calidad de la organización), Dña. Berta Mantas (Directora y Responsable de Calidad de la Residencia San Pablo) y D. Jose Luis Rodriguez (Gerente de la Casa de Acogida).

En la estructura de CÁRITAS DIOCESANA DE CÓRDOBA existe además una Comisión Permanente, formada por la Secretaria General, el Director, el Administrador y la Vicesecretaria General, y una Comisión Directiva y comisión, formada por la Secretaria General, el Director y el Delegado.

Durante la participación de parte de ellos/as durante la realización de la auditoría, se ha podido comprobar su compromiso con el Sistema de gestión implantado.

Proporcionan los recursos necesarios para velar por el cumplimiento del mismo y asegurar el cumplimiento de los requisitos, tanto del Sistema, como legales y reglamentarios o de partes interesadas, promoviendo a su vez la mejora continua.

5.2.- POLÍTICA - Valoración: OK

Existen políticas de calidad definidas para:

- Cáritas (Organización): De fecha 31/03/2021.
- Residencia San Pablo: De fecha 31/03/2021.

Ambas políticas se encuentran firmadas por el Director de Cáritas Diocesana (Salvador Ruiz Pino) y por la Secretaria General (Eulalia Ramírez Pérez).

Se encuentran publicadas en el tablón de anuncios de las diferentes instalaciones visitadas, y comunicadas internamente a todos los trabajadores de los centros.
Cumplen con las directrices de la norma de referencia, siendo adecuadas a los propósitos y al contexto de la organización.
La política está publicada en la web de la organización de modo que está disponible para las partes interesadas de la organización.

5.3.- ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN - Valoración: OK

La Dirección ha designado como representante suyo y Responsable de Calidad de la organización a Rafael Guillem.

En la residencia San Pablo, la Dirección de la residencia (Berta Mantas) actúa también como Responsable de Calidad en las actividades de la residencia.

En todos los procedimientos, programas y protocolos que están documentados se establecen las responsabilidades de los diferentes empleados durante la redacción/descripción del método operativo del procedimiento. También están definidas responsabilidades y funciones de los puestos de trabajo en los correspondientes perfiles de puesto de trabajo.

Se han desarrollado Organigramas por separado, existiendo uno para la Organización Cáritas, otro para la residencia San Pablo y otro para la Casa de Acogida.

Se revisa **Organigrama general de Cáritas Diocesana,** en el cual se refleja la estructura de la organización (Delegado, Directora, Secretario/a General, Vicesecretario/a General Administrador), y posteriormente tras la figura del Responsable de Calidad, se identifican las diferentes áreas, fundamentalmente áreas relacionadas con los programas de acción social en el ámbito de formación, empleo y acción social, con los diferentes puestos de trabajo. Actualizado en marzo de 2021.

Se revisa **Organigrama de la residencia San Pablo**. Puestos de trabajo de Dirección y Rble. de Calidad, y áreas definidas de Administración, Limpieza, Cocina, Dpto. Social y Geriatría con los diferentes profesionales. Actualizado en fecha 20/03/2021.

Se revisa **Organigrama de la casa de acogida**. Puestos de trabajo de Gerencia y Rble. de Calidad, y áreas definidas de Coordinación de acción social con los diferentes puestos de trabajo (área social, logística, equipo social, limpieza y mantenimiento, ropero, lavandería, cocina, voluntariado, etc.) Actualizado el 01/01/2022.

Se revisan funciones y responsabilidades que están definidas en el documento de definiciones de los puestos de trabajo.

RIESGOS Y OPORTUNIDADES

6.1.- ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES - Valoración: OK

En el apdo. 6 Planificación del Manual de Calidad se identifican los Riesgos y oportunidades que se han determinado del Análisis del Contexto y de las Partes interesadas de la Organización.
Sobre los riesgos y oportunidades identificadas, se establecen las actuaciones a desarrollar para eliminarlos o minimizarlos, teniendo en cuenta que las acciones que se tomen o pongan en marcha serán proporcionales al impacto potencial en la conformidad del servicio.

Esta información es recogida en el Informe de revisión del Sistema y se revisa anualmente. La última revisión se ha realizado el 11/05/2022.

- Sede Cáritas Diocesana / Residencia San Pablo:

Oportunidades identificadas:

- Continuidad en la plantilla: permite que haya más cohesión y equipo entre los trabajadores
- el nivel de autonomía de los residentes se puede mejorar: con los cambios actuales que se están produciendo en la gestión, estamos seguros de que serán partícipes en las funciones que puedan realizar.
- La incorporación de Inmaculada Ramirez como personal de apoyo a la residencia: permitirá mejorar las actividades, talleres e infraestructuras de Residencia.
- Se abre el abanico de personas del barrio que pueden acceder a la residencia San Pablo por encontrarse en el ámbito de la misma.
- Estamos abiertos al voluntariado.
- La residencia que está encaminada a exclusión social, pero queremos abrir a personas con necesidades sociales, que pueda hacer aportación económica, pero que se encuentra sólo.

Fortalezas identificadas:

- Es una fortaleza el apoyo de todo el personal del Programa Personas sin hogar.
- Por el servicio que prestamos, el entorno nos respeta.
- Los centros escolares que tenemos cerca, participan en nuestras actividades, lo que nos permite aumentar las relaciones intergeneracionales.

Riesgos identificados:

- Los recortes hacen que se vea menguada nuestra capacidad de cubrir las necesidades de los participantes.
- Riesgo de incendio de los alrededores: - Mantenemos contacto con el Ayuntamiento para el correcto mantenimiento de la periferia de las instalaciones y minimizar el riesgo
- Riesgo de plagas: tenemos contratado un servicio de control de plagas que es eficaz, además de los controles que realiza el Ayuntamiento.
- La ubicación del centro no nos permite tener acceso a servicios públicos con facilidad por ejemplo autobuses y otros: cuando hace falta se contratan taxis, autobuses o los propios coches particulares.
- Las personas que tienen ciertas dependencias, están en una zona favorable: El acceso al interior es restringido, pero es imposible controlar las salidas.
- El personal laboral tiene el riesgo de establecer lazos afectivos con unos más que con otros: intentamos rotar el personal tanto en trabajo como en trato con personal para minimizar este riesgo.
- Existe riesgo ante la carga laboral del programa: intentamos minimizarlo con el trato favorable hacia los trabajadores.
- Falta de presupuesto económico para mantener las plazas y Se depende de las plazas concertadas de la Junta de Andalucía: trabajamos de manera continua desde Cáritas para minimizar este riesgo.
- Se están detectando que los participantes del programa EN Positivo están derivando en problemas psicológicos sobre los que no podemos actuar correctamente: para ello hemos solicitado al hospital que nos de formación específica de actuaciones ante circunstancias que se puedan dar con los participantes.
- La convivencia entre personas puede ser complicada: para lo que tenemos desarrollados protocolos que nos permiten actuar ante cualquier tipo de incidencia.
- La fragilidad de nuestros participantes en cuanto al COVID: para ello se ha creado un Plan de Contingencia con las medidas de control diarias.
- Todos los riesgos que tenemos en personas sin hogar.

- Casa de acogida

Oportunidades identificadas:

- Mejor coordinación entre entidades públicas y privadas
- Aumento de coordinación y seguimiento con el Centro Provincial de Drogodependencia.
- Mayor acercamiento a la ciudadanía de la realidad de las personas en situación de sin hogar (centros educativos, voluntariado, otras organizaciones…)
- Mejoras en la participación activa de las personas acogidas.
- Aumento de las gestiones con inmobiliarias, información a particulares y antiguos residentes que viven en habitaciones de alquiler.
- Realización de talleres y actividades específicas. Coordinación con Fundación Prolibertas para ofertas de actividades.

Fortalezas:

- Existencia de protocolos específicos de atención que benefician a las personas participantes.
- Aumento del grado de satisfacción en la atención a las personas acogidas.
- Modelo de acción social implantado en los programas.
- Capacidad de sensibilización social de la realidad que viven las personas en situación de sin hogar.
- Capacidad de adaptación a situaciones complejas.
- Aumento en la necesidad de formación del equipo de trabajo.
- Mejora en la coordinación y apoyo de los distintos equipos de trabajo.

Amenazas:

- Situación sanitaria generada por la COVID 19 y aumento de las personas en situación de sin hogar.
- Cambio en los perfiles de atención
- Diversidad de dificultades sociales
- Aumento progresivo de personas con problemática de salud mental
- Aumento progresivo de personas con problemática de adicciones, recaidas, etc.
- Falta de oferta de empleo que facilite la incorporación social de las personas atendidas.
- Descenso en las plazas públicas residenciales ofertadas por la Junta de Andalucía.
- Dificultad en el acceso a la vivienda de alquiler social (no disponen de documentación, precios elevados, etc)

Debilidades:

- Falta de recursos específicos de atención a personas sin hogar.
- Descenso de subvenciones públicas y como consecuencia del presupuesto de los proyectos de atención a personas sin hogar.
- Diferencias en los criterios de atención del equipo socio educativo.
- Carga laboral propia del programa
- Aumento de la edad y problemática de salud asociada.
- Necesidad de ocupación saludable del tiempo libre.

OBJETIVOS

6.2.- OBJETIVOS Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS - Valoración: O.M.

En todas las Fichas de objetivos revisadas se comprueba una adecuada descripción del objetivo, identificando indicador asociado a cada uno de ellos, asignación de recursos, acciones a llevar a cabo, sistemática de evaluación, valoración final, etc.

- Residencia San Pablo

Año 2021:

- Objetivo. Arreglar la instalación del aire acondicionado de toda la residencia.
Meta a alcanzar: Lograr que funcione bien la instalación del aire acondicionado de toda la residencia.
El objetivo **no se ha conseguido al 100%,** ya que las vías de financiación han sido escasas y sólo se ha podido arreglar uno de los aires de la sala que más se usa en la residencia.
Se propone de cara al año que viene conseguir que se arregle el resto de la instalación de aire acondicionado.

- Objetivo. Pintar la fachada interior de la residencia.
Meta a alcanzar: pintar la fachada interior de la Residencia San Pablo.
Objetivo en curso

- Objetivo. Alfabetización digital en los residentes del centro.
Meta a alcanzar: Lograr que el 50% de los residentes consigan utilizar las TIC en las actividades que se han propuesto en el centro.
Conseguido

Año 2022:

- Objetivo. Poner en marcha un aula de informática.
Metas a alcanzar: Conseguir ordenadores que facilite la puesta en marcha del aula de informática.
Objetivo en curso

- Objetivo. Aumentar el catálogo de actividades dentro y fuera del centro.
Metas a alcanzar: Conseguir que los cuadrantes de actividades sean más variados.
Objetivo en curso

- Objetivo. Cambio de las camas que están en peores condiciones
Metas a alcanzar: Conseguir el cambio de las camas que estén en mal estado dentro de la residencia
Objetivo en curso

- Objetivo. Realizar actividades de fisioterapia con profesionales externos en la residencia
Metas a alcanzar: Conseguir que al menos podamos dar sesiones de fisioterapia a 5 participantes
Objetivo en curso

- Sede Cáritas Diocesana

Periodo 2021/2022:

- Objetivo. Ampliar el número de acciones formativas, en el servicio de empleo.
Meta a alcanzar: Conseguir a aumentar a 8 las acciones formativas puestas en marcha en el 2021.
Objetivo en curso. Se ha homologado el centro de formación y se Ha puesto en marcha el curso de camareros, con certificado de profesionalidad de la Junta de Andalucia.

- Casa de acogida

Periodo 2020/2022:

- Objetivo. Mejorar la habitabilidad de los dormitorios.
Meta a alcanzar: Conseguir armarios para el 100% de las habitaciones (40 armarios)
Conseguido

Año 2022:

- Objetivo. Mejora y ampliación de los espacios exteriores de la casa para la mejorar la satisfacción de los participantes.
Meta a alcanzar: Adaptar los espacios exteriores de la casa de Acogida, para su uso y disfrute.
Objetivo en curso

O.M. Valorar la posibilidad de complementar el programa de objetivos de calidad para la sede central de Cáritas Diocesana de Córdoba con alguno relacionado directamente con los programas de ayuda de intervención social.

6.3.- CAMBIOS - Valoración: OK

No se aprecian cambios de relevancia que afecten a:
- Roles, responsabilidades y autoridades en la organización.
- Conocimientos de la organización.
- Producción y provisión del servicio.

INFRAESTRUCTURA

7.1.3.- INFRAESTRUCTURA - Valoración: OK

NO SE AUDITA SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL PLAN DE AUDITORÍA, salvo la revisión de la NC mayor identificada en el Informe de auditoría del año anterior

Revisión de la NC mayor identificada en el Informe de auditoría del año anterior: Se detecta el incumplimiento de algunos requisitos legales asociados a las instalaciones de CÁRITAS DIOCESA DE CÓRDOBA:

- **No se ha pasado la inspección periódica de baja tensión en la Residencia San Pablo una vez cumplidos los 5 años de validez de la última inspección realizada, que fue en fecha 13/05/2016 , tal y como se especifica en el Reglamento Electrotécnico para Baja Tensión, aprobado por el R.D. 842/2002.** Se revisa Certificado de inspección de baja tensión nº 21-43-RBT-IP-0056 de fecha 31/05/2021 - Favorable sin defectos. Realizado por O.C.A. (Eurocontrol). Válida hasta el 31/05/2026. OK, cerrada.
- **No se evidencia que en la sede central de Cáritas se esté llevando a cabo la revisión trimestral interna de los extintores según establece el R.D. 513/2017.** Se revisa el registro revisión trimestral de extintores, se han realizado revisiones en el año 2021 y primer trimestre del año 2022. OK, cerrada.

7.1.4.- AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROCESOS - Valoración:

NO SE AUDITA SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL PLAN DE AUDITORÍA

7.1.5.- RECURSOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN - Valoración:

NO SE AUDITA SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL PLAN DE AUDITORÍA

RECURSOS HUMANOS

7.1.- RECURSOS (Generalidad y personas) - Valoración: OK

Se considera que el personal con el que cuenta la organización es suficiente para llevar a cabo una adecuada implementación, mantenimiento y mejora del Sistema de Calidad. La empresa proporciona los recursos económicos necesarios para abordar los controles necesarios en el proceso de provisión del servicio, y para dar cumplimiento a los requisitos legales necesarios y los requisitos internos del servicio.

Los recursos con los que cuenta la empresa se analizan como información de entrada al sistema de gestión en la revisión por la dirección.

7.1.6.- CONOCIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN - Valoración: OK

La organización tiene determinados los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios en los perfiles de puesto de trabajo.

Parte de los conocimientos son adquiridos mediante aprendizaje interno y experiencia.

7.2.- COMPETENCIA - Valoración: OK

Perfiles de puesto documentados por cada uno de los puestos de trabajo identificados en el Organigrama.

Se examinan los siguientes Perfiles de puesto:

- Residencia San Pablo → se revisará en la próxima auditoría de renovación

- Sede Cáritas Diocesana

Se examinan los Perfiles de puesto de algunos/as de los/as responsables de los Programas auditados:

Responsable-Coordinadora de Programa - No requiere formación en especial, pero se valora formación relacionada en educación y/o Trabajo Social.
- Inmaculada Ramírez Pérez es la Responsable del Programa de Enfermos de SIDA "EN POSITIVO" y es Educadora.
- María Calleja Latorre es la Responsable del **Programa de área de baja exigencia** y es Diplomada en Educación Social.
- Olga Mantas Gil y Laura Cabello Vega son las Responsables del **Programas de atención primaria a familias.** Ambas son Trabajadoras sociales.
- Tamara Salas es la Responsable del **Programa de ayuda a domicilio** y es Trabajadora Social.

La sistemática que define el proceso de **formación interna** en la empresa está definido en el ITC-15 Gestión de recursos.
Existe un planning de formación general para el personal genérico.
Las necesidades de formación se detectan por los responsables de los programas, cada uno establece necesidades y se realizan en bases a las funciones.

Plan de formación: año 2021

- Sede Cáritas Diocesana

Se revisan algunos de los cursos realizados:

- PRL en puestos de Educadores Sociales. Realizado en abril de 2021 para los nuevos Trabajadores/Educadores Sociales. Empresa formadora Quirón Prevención. Evaluado como eficaz. Visto Diploma acreditativo de Laura Cabello García y Javier Centella Criado, de fecha 25/03/2021.
- PRL en puestos de Oficina. Realizado entre marzo y abril de 2021. Empresa formadora Quirón Prevención. Evaluado como eficaz. Visto Diploma acreditativo de Ana Belén Espinar Martín y María Carmen Río Cañasveras, de fecha 09/04/2021.
- Especialistas en salud mental en el anciano. Realizado en diciembre de 2021. Empresa formadora Lexgal Formación, s.l. Se revisa certificado acreditativo de la formación de Fernando González Puntas y José Ángel Valle Sereno, de fecha 31/12/2021. Evaluado como eficaz.
- Actualización "Formación del personal que realiza operaciones de mantenimiento higiénico-sanitario de las instalaciones de riesgo frente a Legionella". Realizado en febrero de 2021. Empresa formadora Agencia de certificaciones medioambientales, s.l. Se revisa certificado acreditativo de la formación de Jose Mª Hernández, de fecha 11/02/2021. Evaluado como eficaz.

- Residencia San Pablo → se revisará en la próxima auditoría

Plan de formación: año 2022

De momento hay actividades previstas y planificadas, si bien aún no se ha realizado ninguna. Por ej.

- Formación en auditor interno ISO 9001:2015, previsto de realizar por Rafael Guillem en el mes de mayo
- Manipulador de Alimentos, previsto de realizar por trabajadores de la Residencia San Pablo y de la Casa de Acogida en el mes de septiembre.
- Protección de datos, previsto de realizar por todos los trabajadores de Cáritas Diocesana en el mes de junio.

7.3.- TOMA DE CONCIENCIA - Valoración: OK

De manera interna, se ha comunicado al personal de la empresa lo siguiente:

- Política y sistema de Calidad,
- Objetivos definidos por la organización,
- La importancia de las actividades de cada puesto de trabajo y cómo contribuyen al logro de los objetivos,
- Su contribución a la eficacia del sistema de gestión de calidad, así como las implicaciones de no satisfacer los requisitos del Sistema, incluido el incumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos de la organización.

COMUNICACIÓN

7.4.- COMUNICACIÓN - Valoración: OK

Sistema de comunicación interna mediante publicaciones internas, carteles, circulares, reuniones informativas.
Existen también actas de reunión de equipo de trabajo, se realizan a demanda.

Las comunicaciones entre personal se facilitan mucho por la existencia del sistema de avisos de LARES.

Sistema de comunicación externa principalmente con la Administración, familiares y partes interesadas:

INFORMACIÓN DOCUMENTADA

7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA - Valoración: OK

PC-04 Control de los documentos y registros (rev.2 de fecha 15/02/2018)
Se dispone de Listado de documentos de sistema, revisado a fecha 15/04/2021. Es un listado completo que incluye tanto los de la residencia como el resto de centros.
La documentación se compone fundamentalmente de procedimientos, instrucciones, programas, protocolos, y los registros asociados a cada uno de ellos.
En la revisión realizada en los diferentes emplazamientos visitados se comprueba que la documentación se encuentra adecuadamente conservada y controlada, tanto en soporte papel (lo que se encuentra distribuido) con en soporte informático.

PROCESO CLAVE – REQUISITOS DEL CLIENTE / DESARROLLO DE PROGRAMAS Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO

8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL - Valoración: OK

8.2 REQUISITOS PARA LOS SERVICIOS - Valoración: OK

8.3 DISEÑO Y DESARROLLO - Valoración: OK

8.5. PROVISIÓN DEL SERVICIO - Valoración: OK

PROCESO/ACTIVIDAD: DESARROLLO Y EJECUCIÓN DE AYUDA SOCIAL A TRAVÉS DE PROGRAMAS (CENTRO 1)

- Sede Cáritas Diocesana

Programa de atención nocturna al transeúnte

NO SE AUDITA EN ESTA AUDITORÍA

Programa de ayuda a domicilio

NO SE AUDITA EN ESTA AUDITORÍA

Programa de pisos para reclusos

NO SE AUDITA EN ESTA AUDITORÍA

Programa VIH en positivo (acompañamiento hospitalario a enfermos VIH)
ITC 04. Programa de enfermos en positivo (rev.2)

Programa integrado por dos personas:
- Ayudante de programa: Juani.
- Coordinadora: Inmaculada Ramírez

Se trata de acompañamiento en domicilio, a visitas médicas y gestión administrativas.
- Criterios de entrada - Por grado de dependencia.
- Existen 23 usuarios en el servicio.

Existe entradas de usuarios a través de derivaciones de Hospital.
Existe un expediente por cada usuario/a participante.
Se dispone de Memoria anual del Programa correspondiente al año 2022 con el contenido del proyecto, la planificación de los trabajos a realizar, calendario de actividades, etc.

Ej. Expediente M. F. V.
Ficha entrevista inicial de fecha 25/01/2022 con los aspectos de situación socio-sanitaria, socio-familiar, socio-económica, etc.
Información sobre tratamiento de datos de fecha 25/01/2022.
Plan de atención de fecha 25/01/2022 con los objetivos a conseguir con la participante, así como información de atención personal/social, apoyo psicosocial, área sanitaria y área psicológica.
Ficha de seguimiento: por parte de Juana Mª García Moreno el 25/01/2022.
Ficha de seguimiento: por parte de Juana Mª García Moreno el 28/04/2022.
Reuniones de coordinación del servicio cada 15 días, entre la Coordinadora y la Ayudante.
Vistas Actas de reunión de fecha 25/01/2022, 12/05/2022, etc.
Reuniones de Coordinación y Mejoras con el Hospital Universitario Reina Sofía, de fecha 26/04/2022, 10/05/2022, etc.

Indicadores asociados a este programa:
Nº de visitas domiciliarias, acompañamientos hospital y gestiones. Se cumple durante el año 2021, teniendo en cuenta que las actuaciones en este año en parte han sido telemáticas.

Satisfacción de cliente: Se ha realizado una encuesta de satisfacción entre los usuarios, se mide:
Grado en el que se sienten acompañado. 73 % excelente
Evolución de la situación personal con el apoyo recibido de Cáritas. 50 % excelente.
La cuestión que más valoran es que le ayuden a las gestiones administrativas.

Los resultados globales de satisfacción son muy buenos.

Programas de atención a familias
Olga Mantas Gil (Trabajadora social) Responsable control y seguimiento de dicho Programa.
Laura Cabello Vega (Trabajadora social) Responsable control y seguimiento de dicho Programa.
ITC-03 Programa de atención primaria a familias (rev.3)
Este Programa está enfocado a mejorar la situación en general de la familia en muchos ámbitos de la vida cotidiana. Se le realiza una orientación y apoyo.
La gestión de este programa se lleva en la aplicación informática SICCE

Ej. Expediente J. I. M. F. De dicho participante se revisan registros tales como:
- Documentación necesaria que aporta la familia
- Ficha de usuario / Ficha social de participante de fecha 31/01/2020, con los datos personales del participante e información acerca de su hogar, su situación social, de salud, recorrido formativo, información laboral, etc.
- Consentimiento para la recogida y tratamiento de datos personales firmado por el representante.
- Ficha de seguimiento de fecha 03/03/2021, 10/03/2021
- Plan de acompañamiento de fecha 14/01/2021.
- Documento de ayuda económica de atención primaria. Vista ayudas económicas concedidas en fecha 14/05/2021 para adquisición de productos de higiene.
- Acta de Reunión entre el equipo del Programa. Vista Actas de reuniones de coordinación de fecha 14/01/2021, 11/02/2021, 11/03/2021.

Informe de justificación de proyecto a principio de año y Planificación del proyecto a final de año para la siguiente anualidad
Memoria de actuaciones de 2021 presentada en el mes de junio de todos los programas y actividades de Caritas Diocesana de Córdoba.

Indicadores asociados a este programa:
Nº de familias atendidas: 24 en 2020 y 40 en 2021.
Nº de personas atendidas: 594 en 2020 y 442 en 2021.
Atenciones primarias concedidas: 242 en 2020 y 370 en 2021

Satisfacción de cliente: La encuesta la rellenan los usuarios del Programa, todos/as los/as participantes. Informe de fecha 28/12/2021 en base a los resultados de las encuestas de satisfacción de los participantes, se revisan los resultados de 2021. Se han recopilado 105 encuestas, se hace un análisis de los resultados donde se concluye que los usuarios de este programa están muy contentos con la entidad, valorando muy satisfactoriamente todos los ítems de la encuesta. No se ha reflejado ninguna queja o reclamación, todos los ítems están valorados con "bueno" y "excelente".

Programas de atención a mujeres ("Mujeres en Camino")
Aurora Reig Guerra - Responsable control y seguimiento de dicho Programa.

Ej. Expediente S. M. D. M. De dicha participante se revisan registros tales como:
- Ficha de usuario / Ficha de inscripción de participante de fecha 28/06/2021, con los datos personales de la participante e información acerca de su hogar y nivel de formación.
- Consentimiento para la recogida y tratamiento de datos personales firmada por la participante el 01/06/2021.
- Ficha de seguimiento de fecha 10/10/2021, 05/05/2021
- Registro de control de asistencia a taller de habilidades sociales de fecha 17/05/2021.
- Acta de Reunión entre el equipo del Programa. Vista Acta de reunión de documentación de fecha 02/02/2021.Vista Acta de charla informativa realizada el 21/07/2021 acerca de la difusión del proyecto.

Memoria de actuaciones correspondiente a las actuaciones realizadas en el año 2021 de fecha 28/01/2022.

Indicadores asociados a este programa:
Nº de personas atendidas: 12 en total en 2021.

Satisfacción de cliente: La encuesta la rellenan las participantes del Programa, en todas las cuestiones las participantes han valorado de manera "excelente" las cuestiones que se le han preguntado.

Programas de área de baja exigencia
María Calleja Latorre - Responsable control y seguimiento de dicho Programa.

ITC-22 Programa de área de baja de exigencias (rev.2)
32 plazas disponibles en situación normal (25 para hombres y 7 para mujeres). Durante la situación de la pandemia del Covid19 esas plazas se redujeron a 20 (16 para hombres y 4 para mujeres).
Por la noche trabajan 3 personas voluntarias (que se marchan a la partir de las 23:00 aprox., cuando cenan) y 1 monitor/a que pernocta por la noche.
Este Programa consiste en otorgar a personas que duermen en la calle unas instalaciones para que en las épocas de frío noviembre-marzo. En las instalaciones pueden dormir.
El dispositivo ABE durante el año 2021 permaneció abierto desde el 01/01/2021 hasta el 30/05/2021 de forma excepcional por periodo Covid y desde el 02/11/2021 hasta el 24/04/2022.
Se les cede también unos espacios donde se pueden duchar, cenar y acostarse. El centro está abierto desde las 20:30 hasta las 08:00 h.

Actualmente el recurso está cerrado desde el pasado día 24/04/2022. La media de ocupación durante el año 2022 ha sido de 17.60 personas diarias. Por motivos de vigilancia de la Salud, se tuvieron que reducir las plazas a 21 personas de ocupación máxima.

Documentos que se revisan:
- Proyecto real correspondiente al año 2022. Emitido en diciembre de 2021.
- Memoria técnica final correspondiente al ejercicio 2020, de fecha 28/01/2022.
- Normas a cumplir
- Listado de voluntariado y turnos

Listado diario de las personas que van al recurso registradas en el Registro de entrada al módulo de baja exigencia.
Se le proporcionan los enseres necesarios para la ducha, la cena y dormir.

Cenan en la casa de acogida ya que está cerca, a otro horario diferente que los usuarios de la Casa de acogida.

Cuadrante de voluntarios correspondiente al mes de abril de 2022.

Documento de ingreso en el área de baja exigencia. incluye condiciones mínimas exigidas para tener acceso al centro. Derechos y normas a cumplir. Por ej. de fecha 15/03/2021 del usuario V.F.H., por ej. de fecha 29/03/2021 del usuario A.B.L.

Registro de distribución de camas en el módulo de baja exigencia actualizado en fecha 09/04/2021.

Se revisa Cuaderno de incidencias que utilizan los monitores. Se indican notas diarias.

Indicadores asociados a este programa:
Nivel medio de ocupación/Nº de personas atendidas: 12,6 mensualmente en lo que se lleva de año 2022, debido en parte por la disminución de la capacidad por el Covid.
Personas atenidas a lo largo del año: 110 en 2021, en lo que se lleva de año 2022 son 49. Igualmente, más bajo por la disminución de la capacidad por el Covid.
Comparativa de los resultados entre los diferentes periodos.

Satisfacción de cliente: Se hace una Memoria anual de satisfacción de fecha 28/01/2022. Se reflejan aspectos positivos, conclusiones y sugerencias a mejorar:

PROCESO/ACTIVIDAD: ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES VÁLIDAS EN RESIDENCIAS. (CENTRO 2)

- Residencia San Pablo → se revisará en la próxima auditoría de renovación

PROCESO/ACTIVIDAD: ACOGIDA Y ATENCIÓN A PERSONAS SIN HOGAR (CENTRO 3)

Casa de acogida

Se revisan las siguientes autorizaciones:
- Licencia de apertura de fecha 14/10/2002.
- Resolución de Autorización Administrativa de Funcionamiento de fecha 16/08/2001. Capacidad asistencial máxima para 40 residentes.
- Inscripción del centro en el Registro de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales de fecha 30/11/2001. Nº de registro AS/C/0002919.

A fecha de hoy el recurso cuenta con 40 plazas, estando hoy ocupadas 39 a la espera de nuevo ingreso.

Se revisa:
- Organigrama de fecha 01/01/2022.
- Proyecto real correspondiente al año 2022, emitido en diciembre de 2021.
- Memoria Técnica correspondiente al año 2021, emitida el 28/01/2021.
- Ficha de usuario A.S.B. con los siguientes documentos: ingreso en centro, consentimiento RPD, informe social, y fichas de seguimiento.
- Participación en dos talleres de A.S.B.
  Listado de personas asistentes a la Asamblea "Seguimiento de la casa (Normativa y convivencia) y Gestión emocional conflictos Semana Santa". Realizada el 12/04/2022.

  Ficha de actividad desarrollada "Nunca dejes de crear", donde asisten 3 usuarios, en fecha 29/03/2022. Incluye Listado de personas asistentes.
- Actas de reunión de equipo. De fecha 19/01/2022, con notas de seguimiento de todos los usuarios. De fecha 09/03/2022, con notas de seguimiento de todos los usuarios

Indicadores asociados a este recurso:
Nº de personas atendidas sin repetición: 74 hombres y 23 mujeres en 2021 y 43 hombres y 12 mujeres en lo que se lleva de 2022.

Satisfacción de cliente: Se han realizado encuestas desde el 08/01/2022 hasta el 28/03/2022, habiendo recopilado 18. Se preguntan cuestiones acercas de la comodidad de las habitaciones, comodidad del salón, equipamiento general, estado del WC, estado del mobiliario, limpieza, comida. En general la mayoría de las cuestiones se puntúan con "muy bien" o "bien".

PROCESO/ACTIVIDAD: SERVICIO DE EMPLEO (ORIENTACIÓN, INTERMEDIACIÓN Y FORMACIÓN) (CENTRO 4)

NO SE AUDITA EN ESTA AUDITORÍA, se revisará en la próxima auditoría de seguimiento

Identificación y trazabilidad - Valoración: OK
Todos los registros relacionados con los residentes en la Casa de Acogida, o en los usuarios de los programas, son identificados mediante el nombre y apellidos del residente, usuario o participante. En el Programa de gestión utilizados por la Organización también se puede realizar la trazabilidad y el seguimiento de los servicios a través del nombre y apellidos del residente, usuario o participante.

Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos - Valoración: OK
La organización cumple adecuadamente la normativa de protección de datos.

Los bienes del cliente que están en posesión de la Organización son, en el caso de la Residencia San Pablo, la ropa de los residentes cuando se va a lavar o planchar y todos aquellos documentos necesarios para cualquier trámite administrativo o sanitario (tarjeta sanitaria, DNI,…). Igualmente, la Organización CÁRITAS puede disponer temporalmente de documentos personales de los usuarios para realizar los diferentes trámites administrativos.

Las posibles no conformidades observadas en los bienes propiedad del cliente son registradas por escrito y comunicadas al personal afectado.

Preservación del producto - Valoración: OK

Se consideran las condiciones adecuadas según lo observado durante la auditoría.

Actividades posteriores a la entrega - Valoración: OK
No se detectan incidencias asociadas.

Control de los cambios - Valoración: OK
En lo que respecta a la prestación del servicio, no se han producido cambios de relevancia.

Liberación de los productos y servicios - Valoración: OK
Cada profesional tiene autoridad para liberar el servicio prestado.

Control de las salidas no conformes - Valoración: OK
No se han dado situaciones de este tipo según lo revisado durante la auditoría.

8.3 DISEÑO Y DESARROLLO - Valoración: OK

Existe una ITC-18 Diseño de nuevos programas donde se define la metodología de cómo llevar a cabo el diseño. Cada diseño conllevará un Proyecto de diseño de nuevo programa, en las reuniones de la Comisión permanente se proponen nuevos programas se realizan. Se plasmará el Diseño del Programa en una Ficha de diseño.

La Organización declara que en el último ejercicio no se ha realizado ninguna actividad de diseño de nuevos programas, por tanto, se revisará en la próxima auditoría de seguimiento

GESTIÓN DE COMPRAS

8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE - Valoración: OK

En el **ITC-16 Gestión de Compras** (rev.2, Fecha: 15/02/2018) se aborda el procedimiento de compras y evaluación de proveedores.
La evaluación inicial se hace conforme a criterios de calidad del producto y servicios, precio, plazo de entrega y la facilidad de pago. La evaluación continua de los proveedores se realiza anualmente en la revisión por la Dirección.

Hay un **Listado de proveedores** actualizado en el cual están incluidos aquellos que de alguna manera pueden afectar a la prestación del servicio. Se supervisan algunas de las compras realizadas.

Proveedor: Abasthosur (NRS 40.0001614/MA), para productos alimenticios. Incluido en el Listado de proveedores. Se dispone del albarán de recepción nº 00913604 de fecha 04/04/2022 y nº 00914782 de fecha 05/04/2022 Están firmados como evidencia del control de recepción. Hay evidencia por escrito del pedido realizado en el Cuaderno de cocina. Pedidos los viernes y se reciben el lunes y/o martes.

Proveedor: Productos de limpieza Profesional, s.l. (JML). Incluido en el Listado de proveedores. Se dispone del albarán de recepción nº 001689 de Fecha 12/04/2022. Está firmado como evidencia del control de recepción. Hay evidencia por escrito del pedido realizado.

Se mantiene la trazabilidad de los lotes de los productos recepcionados con los proveedores.

Se realiza la **reevaluación de proveedores** en la revisión por la Dirección, el 10/05/2022, no habiendo incidencias con ningún proveedor y manteniendo por tanto a los mismos proveedores.

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

9.1.2 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE - Valoración: P.F.

Se revisa el análisis de la satisfacción de los diferentes participantes de los programas revisados (ver en las notas de cada programa en el punto 8.5 de estas notas):

PUNTO FUERTE: Elevada satisfacción de los usuarios y/o participantes de los programas a la vista de los resultados de las encuestas de satisfacción.

INDICADORES

9.1.3 ANÁLISIS Y EVALUACIÓN - Valoración: OK

Se revisa el análisis de los indicadores establecidos en los diferentes programas revisados (ver en las notas de cada programa en el punto 8.5 de estas notas)

AUDITORÍA INTERNA

9.2 AUDITORÍA INTERNA - Valoración: OK

Se evidencia correcta realización de proceso de auditoría interna, por auditora debidamente cualificada (Irene Torres), durante los días 25/03/2022 (Residencia San Pablo) y 20/04/2022 para Servicio de empleo, Casa de acogida y Programas desarrollados en la Sede de Cáritas Diocesana de Córdoba.
Se audita la norma ISO 9001, para el alcance auditado, de forma conjunta con la norma 158101 en la Residencia San Pablo.

El resultado y grado de muestreo realizado se considera adecuado, habiéndose detectado varias NC y OBS., para cada una de las cuales se evidencia que se han analizado las causas y puesto en marcha acciones correctivas coherentes con las mismas.

La auditora interna acompaña el Informe junto con las notas de auditoría, donde se puede comprobar un adecuado muestreo de los diferentes procesos, documentos y registros examinados.

La auditora interna ha emitido el Plan de auditoría previo a la celebración de la misma.

Se programa la realización de una auditoría interna con frecuencia anual.

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

9.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN - Valoración: OK

Se ha realizado la revisión por la Dirección de manera individualizada para:

- Cáritas Diocesana (relacionada con la sede central y los diferentes programas de intervención que desde allí se realizan. Fecha: 11/05/2022.
- Residencia San Pablo (relacionada con la actividad de gestión del centro residencial San Pablo). Fecha: 13/01/2022.

En todas las actas se tratan todos los puntos requeridos por la norma de referencia y se indican los participantes en la misma

Los Informes de revisión por la Dirección revisados se consideran adecuados. En ambos se realiza un buen análisis de datos y se emite una amplia propuesta de mejoras para el siguiente ejercicio.

GESTIÓN DE NC Y AA.CC. / MEJORA

10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA - Valoración: O.M.

Se han registrado las no conformidades que han sido detectadas en la auditoría interna y sobre las que se ha analizado las causas de cada una. De las mismas se han propuesto acciones inmediatas y correctivas para su resolución, estando a día de hoy casi todas cerradas.

En la Residencia San Pablo se ha comprobado el registro de algunas incidencias internamente, si bien ninguna ha sido necesaria trasladarla al registro de no conformidades

En la sede de Cáritas Diocesana de Córdoba todas las incidencias que tienen que ver con el desarrollo de los diferentes programas son recogidas en el programa Lares.
Se dispone del registro de incidencias donde se van registrando las que van surgiendo, junto con las acciones de mejora correspondientes.

O.M. Fomentar el registro de reclamaciones de clientes, no conformidades y acciones correctivas atendiendo a las actuaciones que se suceden en el día a día de la organización.

10.1 GENERALIDADES y 10.3 MEJORA CONTINUA - Valoración: P.F.

MEJORA CONTINUA: Para mejorar continuamente la eficacia de su sistema de gestión existen distintas herramientas:

- ✓ Política y Objetivos
- ✓ Resultados de auditorías.
- ✓ Análisis de satisfacción de clientes, de la conformidad de los requisitos del servicio y de los indicadores de proceso.
- ✓ Acciones correctivas, con el fin de eliminar las causas de las no conformidades actuales y potenciales y evitar su repetición.
- ✓ Revisiones por la dirección.

Es evidente en esta Organización que la mejora continua se lleva a cabo en el día a día de la Organización. El nº de Programas de intervención va aumentando para cubrir las necesidades de la Sociedad, el nº de usuarios a los cuales se presta asistencia es cada vez mayor, etc.
La Organización fomenta dicha mejora continua, siendo uno de los pilares básicos de la misma

PUNTO FUERTE: Continuas mejoras abordadas por la organización en cuanto a la mejora de los programas en desarrollo y la mejora progresiva en el equipamiento de los centros, tales como la Casa de Acogida o la Residencia San Pablo.

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.