



Lloyd's
Register

Mantenimiento 1

Informe para:

NUEVO FUTURO LAS PALMAS

Referencia LR:	SGI6003385 / 3548278
Fechas de la auditoría:	29-Marzo-2021
Fecha del informe:	29-Marzo-2021
Dirección del cliente:	C/ Lectoral Feo Ramos, 11, Las Palmas de Gran Canaria 35001,ES
Criterio de auditoría:	ISO 9001:2015
Equipo auditor:	Domingo Cabrera JJ Romano (E)
Oficina LR:	SGI Spain OU

Lloyd's Register Group Limited, sus afiliadas y subsidiarias y sus respectivos funcionarios, empleados o agentes, en forma individual y conjunta, se denominan en esta cláusula "Lloyd's Register." Lloyd's Register no asume ninguna responsabilidad y no será responsable ante ninguna persona por ninguna pérdida, daño o gasto causado por confiar en la información o asesoría brindada en este documento o de cualquier otra forma, a menos que esa persona haya firmado un contrato con la entidad relevante de Lloyd's Register para el suministro de esta información o asesoría, y en ese caso cualquier responsabilidad estará exclusivamente de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en dicho contrato.



Contenidos

Página

01. Informe ejecutivo	3
02. Hallazgos de la auditoría	4
03. Resumen de la auditoría	5
04. Detalles de la próxima visita	9
05. Apéndice	10

Adjuntos:

SGI6003385_AP_SV_QMS_DCG.doc
SGI6003385_APP_QMS.doc

Este informe fue presentado a y aceptado por:

Nombre: D. Martín Vaquero
Cargo: Director



01. Informe ejecutivo

Resultado de la auditoría:

Esta visita se realiza para comprobar el cumplimiento del sistema de gestión de NUEVO FUTURO LAS PALMAS de acuerdo a ISO 9001:2015 según lo definido en la documentación de planificación de la auditoría. El resultado de la auditoría está registrado abajo.

El sistema de gestión de calidad ha continuado bien documentado, cubriendo bien los requisitos, con un marcado enfoque a los riesgos en los centros y hacia el menor, en especial las asociadas a la seguridad ante el actual contexto de pandemia, en base a los cambios en las nuevas necesidades y expectativas de partes interesadas.

Adaptación a los estándares de calidad en acogimiento residencial EQUAR, valorando muy positivamente el sistema de comunicación interna periódica a través de las reuniones con los responsables.

Resultados con efectividad respecto a los objetivos marcados y manteniendo los centros abiertos con nuevos indicadores para medición de los servicios y resultados de satisfacción de partes interesadas dentro de las expectativas con margen para la mejora en los diferentes aspectos valorados, tales como organización y atención. Recomendándoles para que continúen con la actual certificación.

El Líder del Equipo Auditor confirma que los requisitos contractuales para ISO 9001:2015 son correctos. Esto incluye cualquier cambio requerido como resultado de la visita de Fase 1 (incluye cambios en el ámbito de certificación, duración de la visita de Fase 2 y duración de las siguientes visitas de mantenimiento).

Mejora continua:

La actual situación les ha permitido continuar y acelerar los proyectos de mejora en todos los procesos, destacando los asociados a los criterios de evaluación según norma EQUAR.

Los procesos de comunicación interna y seguimiento de planes de mejora.

Digitalización de centros para comunicaciones.



Áreas para la atención de la Alta Dirección:

N/A



02. Hallazgos de la auditoría

Cuando el requisito del esquema difiera de la definición de la norma mencionada abajo, tendrá preferencia la definición del esquema.

No-conformidad Mayor:

La ausencia de, o el fallo en la implantación y mantenimiento de uno o más elementos del sistema de gestión, o una situación que podría, en base a evidencias objetivas, despertar importantes dudas sobre la gestión para lograr: la política, objetivos o compromisos públicos de la organización, cumplimiento con los requisitos reglamentarios aplicables, conformidad con los requisitos del cliente aplicables, conformidad con los criterios de auditoría correspondientes

No-conformidad Menor:

Un hallazgo indicativo de una debilidad en el sistema implantado y mantenido, que no ha impactado de forma significativa en la capacidad del sistema de gestión o puesto en riesgo el sistema, pero al que se necesita prestar atención para asegurar la futura capacidad del sistema.

Número de referencia		Criterio de auditoría (cláusula)	
Grado		Fecha de emisión	
Estado		Proceso / Aspecto	
Sede(s)			
Declaración de No Conformidad			
Requisito			
Evidencia			
Corrección, acción correctiva y plazos propuestos			
Corrección			
Análisis de la causa raíz			
Acción correctiva			
LR ha revisado y verificado la implantación de las acciones tomadas.	Fecha de cierre		



03. Resumen de la auditoría

Objetivo genérico de la visita:

Esta ha sido una visita de Mantenimiento 1, llevada a cabo de acuerdo a objetivos previamente notificados al cliente. Los objetivos de la siguiente visita, incluyendo cualquier objetivo específico (tema, enfoque) se confirman en el plan de auditoría que se adjunta en este informe.

Asistentes por parte del cliente a la reunión de apertura y de cierre:

D. Martín Vaquero, Director

Objetivo específico de la visita:

Efectividad acciones para nuevo concurso público.

Introducción:

La visita se comienza con reunión de apertura, recordando los aspectos generales de la auditoría, como son los criterios según norma de referencia, muestreo y sus limitaciones, grados de hallazgos, la confidencialidad de datos, requisitos de seguridad y salud durante la visita, selección del enfoque, derecho de recusación y de apelar las decisiones de auditoría.

La auditoría se lleva a cabo según el plan de auditoría que se adjunta.

Para la visita a centros tenemos en cuenta el protocolo Covid19 seguido, tal como briefings, recursos de limpieza y de higiene, plan de contingencia, gestión de residuos, uso de mascarillas, distanciamiento, lugares de trabajo menos de 4 personas, rutinas de higiene, uso de baños, técnicas de comunicación, lo cual verificamos como efectivas. Y el sistema usado para la parte en remoto de elementos del sistema y procesos de apoyo ha sido efectivo.

Se prepara el plan de siguiente visita y concluimos con la reunión de cierre, presentando resultado y conclusiones.



Auditoría de:	Contexto, Liderazgo, Planificación, Evaluación del desempeño y Mejora. Logos	Auditor:	Domingo Cabrera - Remoto
Auditado(s):	Martín Vaquero, Eduardo Sánchez		

Rutas de auditoría y fuentes de evidencia:

Entrevista con la Dirección, cambios en el contexto, financiación y aportaciones, acciones de los competidores, adaptación del Reglamento de régimen interno, requisitos EQUAR según formato de procedimiento operativos, anexo 167 Rev.1 2018, base del contrato de emergencia...

Estudio de necesidades y expectativas de las Partes interesadas (Ayto. de Las Palmas, Cabildo de GC, Gobierno de Canarias, Cajas, ULL, Fundaciones...), análisis de R&O método Dafo, criticidad y plan de acción.

Política de calidad, DM05.02-01 Programa de gestión.

Registro N° LP GC051079, Reglamento Decreto 40/2000, sin cambios: Hogares residenciales, emancipación y proyectos de prevención en la infancia.

Memoria 2020 por Hogar: Memoria Económica y Actividades; Presentado al Cabildo 01/20

Valoraciones de intervenciones, conclusiones. Boletines informativos

Misión y valores en la Web. Organigrama Anexo 2 Rev.5

Acta del Comité de Calidad 12/20

Objetivos e indicadores en DM05.02-01 Programa de gestión Cuadro de mandos 2020 y seguimientos: Incorporación a la unidad familiar, Físico-Biológico (hábitos alimentos, normas saludables, educación, necesidades...), Socio culturales y recreativos, habilidades cognitivos, espacio joven; adjudicaciones.

Proyectos 2021, p.ej. Conéctate al Espacio Joven; Piso de emancipación, Hogares residenciales para situación de desamparo y/o guarda

Plan de Auditorías 2020/21, Informes, sin desviaciones.

Incidencias, NC/AC 2020: Medidas y protocolos Covid, digitalización, PEI, Diario de incidencias de hogares y menores, sugerencias de mejora (Estándares de calidad EQUAR 2020, rastrillo virtual, emergencias)

Método de satisfacción la encuesta 2020: encuestas a alumnos por áreas y actividades, análisis Cabildo.

Uso de logos en: Comunicación con el Cabildo, informes y memoria, Web, Memoria Técnica

Evaluación y conclusiones:

En fase de puesta en marcha las acciones de mejora respecto a los criterios en base nuevos requisitos de Concurso EQUAR.

Se sigue cubriendo bien los requisitos reglamentarios aplicables y con efectividad respecto a los indicadores y objetivos.

Proceso de mejora a través de las Reuniones continuas sobre las estándares de calidad y seguimientos de manera continuada, incluyendo los elementos del sistema de gestión. Incluyendo emplazamiento, estructura física y equipamiento, organización laboral, educativa y gestión.

Adecuado uso del logo y marca.

Áreas de atención:

N/A



Auditoría de:	Servicios: Planning, servicios, seguimiento y medición, nc	Auditor:	Domingo Cabrera - Remoto
Auditado(s):	Martín Vaquero, Eduardo Sánchez		

Rutas de auditoría y fuentes de evidencia:

Procedimientos, instrucciones, protocolos, PEI, Proyctos socioeducativos.
Actas de Revisión del Sistema por la Dirección de cada Hogar, Análisis.
Reuniones y comunicaciones diaria entre centros y dirección.
Reglamento de régimen interno, funcionalidad, recursos
Gestión de quejas y reclamaciones.
Indicadores: Atención fisiológica, escolar, educativa, actividad de ocio y tiempo libre.
Resumen en la Memoria Técnica: datos de hogares abiertos (tipo, precio por plaza, distribución por edad y sexo, área de salud con altas psiquiátricas y psicológicas, menores con tratamientos específicos,...), bajas de los hogares. Datos relativos a RRHH, personal en plantilla, voluntarios colaboradores, formación programada y efectuada.
Verificamos servicios de los 5 hogares de Acogimiento residencial, y dada la similitud en la aplicación del sistema, procedimientos, anexos, reglamento de régimen interno, programas y programas básico de acogimiento residencial, verificamos los servicios de los hogares de La Paterna y Schamann
Requisitos de centros, planificación, servicios, seguimiento.
Expediente de alteración a la convivencia: SGRS, Hogar La Paterna, 12/03/2020 descripción, y RSMP Hogar Schamann 20/08/2020 descripción, recursos, criterios de valoración, medidas adoptadas.
Informe de seguimiento de PEI: RSMP, Hogar Schamann, plan de intervención con objetivos operativos de áreas personal, familiar, de salud y formativa/laboral.

Evaluación y conclusiones:

Los procesos de la gestión de centros de acogida de menores y centros de día están desempeñándose dentro de los criterios y sistemáticas establecidas, contemplado los recursos, gestión, organización y coordinación de hogares; los procesos de recepción y admisión, evaluación de necesidades, intervención, trabajos con familias. Necesidades y bienestar, protección, el respeto a los derechos, necesidades materiales, estudios y formación, salud, normalización, desarrollo y autonomía. Clima social,
Usando como referencia los estándares de calidad en acogimiento residencial especializado EQUAR-E, en lo referencia a los recursos, procesos básicos, necesidades y bienestar, la gestión y la organización.

Áreas de atención:

N/A



Auditoría de:	Visita a servicios en centros de acogida de menores y centros de día.	Auditor:	Domingo Cabrera / Experto - Onsite
Auditado(s):	Martín Vaquero		

Rutas de auditoría y fuentes de evidencia:

Estándares de calidad, p.ej. Normas EQUAR; Reglamento de Régimen Interno Marco Rev.09/20 para el Hogar de La Paterna.

Centros: Aula Juvenil, Aula Creciendo contigo

Organización en Hogares: Directoras, Trabajador social, Psicóloga, Educadoras, Auxiliar técnico educativo, personal de servicios generales.

Objetivos individualizados por menor

PEI FP02.01.107 y la Planificación y actuación de las necesidades familiares

FP02.01.121 Acciones previas, durante y después de la salida

Criterios y normas de convivencia, criterios educativos, metodología.

Estructura organizativa del centro

Protocolos: Denuncia, incidencias, contención física, Motines, Consumo sustancias, prevención de abuso y acoso, conductas, emergencias...

Memorias y justificación económica 2020

Evaluación y conclusiones:

Programas en marcha y con resultados dentro de las expectativas.

Hogares como entorno seguro, generando experiencias de aprendizaje, reducción de problemas psicológicos, mejoras en la situación emocional y bienestar, potenciando el desarrollo y crecimiento, ayudando a trabajar sus fortalezas, las relaciones familiares y de salud.

Áreas de atención:

N/A



04. Detalles de la próxima visita

Tema(s) para la próxima visita

Efectividad plan de acciones sobre los indicadores de valores EQUAL en los centros.

Norma(s) / Esquema(s)	ISO 9001:2015	Tipo de visita	Ultima visita de mantenimiento		
Días de auditoría	1.00 DIA	Fecha de comienzo / fin de la visita	07-Marzo-2022 / 07-Marzo-2022		
Equipo	D. Cabrera				
Sede		Días de auditoría	Modalidad de auditoría	Tiempo en remoto	Códigos de actividad
C/ Lectoral Feo Ramos, 11, Las Palmas de Gran Canaria, ES		1.00 DIA	En remoto	1.0 DIA	108502,106201



Lloyd's
Register

05. Apéndice

1. Plan de Auditoría

Tipo de auditoría Mantenimiento	Criterios de auditoría: Documentación del sistema de gestión / Normas: ISO 9001:2015	
Equipo auditor D. Cabrera y Experto	Fechas de la auditoría 29/03/21	Fecha de emisión 29/03/21

(Día 1) Fecha: 29/03/21

Guía(s): Martín Vaquero

<D. Cabrera> (Auditor Líder) + Experto (0.5 md)

- 9:00 Reunión de apertura con la dirección al objeto de explicar el ámbito de la visita, la metodología de la auditoría, el método de informe, y para comentar la organización de la empresa (aproximadamente 10 minutos). El Auditor Jefe acordará un tiempo para comentar con la alta dirección la política y objetivos del sistema de gestión.
- 9:10 Preparación del equipo auditor para las visitas a las diferentes áreas. Discusión sobre los temas pendientes de visitas anteriores.
- 9:15 Contexto, Liderazgo, Planificación. – Remoto
- 10:00 Evaluación del desempeño, Mejora continua, Logos. – Remoto
- 11:30 Servicios: Planning, servicios, seguimiento y medición, nc. – Remoto
- 14:00 Almuerzo
- 15:00 Visita a servicios en centros de acogida de menores y centros de día.
- 18:00 Revisión de los aspectos detectados durante el día
- 18:15 Preparación del informe final
- 18:30 Reunión de cierre con la dirección para presentar las conclusiones de la auditoría y la recomendación final.

Nota: Información relativa a los “Objetivos” de los diferentes tipos de visita se encuentra en la sección del Informe de Auditoría denominada Información al Cliente o en nuestra página web www.lr.org. Además, en la página web están disponibles las Notas de Información al Cliente (CIN’s) para los diferentes tipos de visitas. El criterio de auditoría, equipo auditor, fechas y localizaciones están indicados también en la página frontal del Informe de Auditoría. El Ámbito de Certificación y las funciones y responsabilidades de los miembros del equipo auditor están especificados en el Programa /Plan de Auditoría (APP).

1. Programa/Plan de Auditoría

Plan y Programa de Auditoría son dinámicos y deben de estar alineados con el desarrollo del sistema de gestión del cliente. Cualquier cambio (de último minuto) es posible con las justificaciones / razones adecuadas. Antes de la reunión de cierre el equipo auditor ha de (re) confirmar el programa e identificar cualquier cambio relevante (ejemplo: cambios en el sistema de gestión, ampliaciones, tiempo de auditoría, responsabilidades, etc.)

Tipo de visita	CR	Mto1 Remoto 62.5%					Focus visit	Renovación Certificado
Fecha prevista	02/20	02/21					02/22	02/23
Fecha de inicio	03/03	29/03						
Fecha de finalización	03/03	29/03						
Días auditoría	2	1					1	2
¿Plan de Auditoría separado?	S	S					S	S/N
Cualquier cambio en el N° de empleados que pueda impactar en la duración de la visita (si aplica añade nueva N°)	N	N					N	S/N
En caso de que se haya identificado arriba, ver el Plan de Auditoría separado para más detalles								
Proceso / aspecto / localización								
La selección final será determinada después de la revisión de los elementos de gestión y el actual desempeño								
Reunión de apertura	X	Remoto					Remoto	X
Reunión de cierre	X	Remoto					Remoto	X
Cambios en el contexto	X	Remoto					Remoto	X
Revisión por la Dirección	X	Remoto					Remoto	X
Auditorías Internas	X	Remoto					Remoto	X
Mejora Continua	X	Remoto					Remoto	X
Gestión de los cambios	X	Remoto					Remoto	X
Acciones correctivas	X	Remoto					Remoto	X
Gestión de Quejas	X	Remoto					Remoto	X
Uso del Logo (LR & Marcas)	X	Remoto					Remoto	X
Desempeño vs Objetivos SG	X	Remoto					Remoto	X
Procesos de apoyo: RH, Infraestructura, documentado, conocimientos, compras	X						Remoto	X
Requisitos	X						Remoto	X
Servicios: Planning, servicios, seguimiento y medición, nc	X	X						X

Alcance

Cualquier revisión del alcance se acordará formalmente mediante correspondencia entre LR y el cliente o será definido en la sección 4 del Informe de Auditoría anterior.

Alcance	Gestión de centros de acogida de menores y centros de día.
Exclusiones	Equipos de medición.

Hora de inicio de la visita (aproximado)	9:00	Hora de terminación de la visita (aproximado)	18:00
Las horas exactas de inicio y terminación para la visita serán acordadas mediante un contacto previo con el auditor, y registradas en la introducción del informe.			

Información Adicional

Oportunidades de Mejora

Si se identifican Oportunidades de Mejora para su sistema de gestión que ya cumple con los requisitos requeridos, éstas se registrarán en la tabla de proceso aplicable al área auditada o en el Resumen Ejecutivo del informe si pueden aportar mejoras a nivel estratégico.

Confidencialidad

Todos los contenidos de este Informe, junto con cualquier nota realizada durante la visita, serán tratados con la más estricta confidencialidad y no serán distribuidas a ninguna tercera parte sin el consentimiento escrito del cliente, excepto lo requerido por las Entidades de Acreditación.

Muestreo

El proceso de auditoría se basa en un muestreo de las actividades de la organización auditada. No se realiza con una base estadística, pero se basa en ejemplos representativos de dichas actividades.

No todo el negocio de la organización pueden ser muestreado al detalle, por tanto, si no se detectan hallazgos adversos en un proceso concreto, no significa necesariamente que no existan hallazgos adversos, y si se detectan hallazgos adversos, no significa necesariamente que estos sean los únicos hallazgos existentes.

Entidad Legal

La entidad legal acreditada y la oficina que gestiona el cliente y que realiza el servicio de auditoría en este Informe esta referenciada en el contrato aplicable a este servicio.

Objetivos generales de la Auditoría y Responsabilidades del equipo auditor

Los objetivos generales de la auditoría y las responsabilidades del equipo auditor están incluidos en las Notas de Información al Cliente "Proceso de Auditoría".

Cualquier Objetivo específico para la próxima visita será registrado en el Informe de la anterior visita y será gestionado a través del Plan de Auditoría definido para esa visita. La Norma de auditoría y la función de cada miembro del equipo auditor están definidas en la confirmación de la visita enviada al cliente por LRQA.

Criterio de Auditoría

El criterio de auditoría lo constituyen la Norma de auditoría y los procesos del sistema de gestión del cliente y la documentación asociada.

Observadores adicionales

La participación de cualquier observador adicional será formalmente comunicada por escrito al cliente.

2. Plan de Auditoría Separado – Última de mantenimiento

Nota: si la visita involucra a más de un auditor y/o es superior a una jornada, será requerido un plan adicional detallando las actividades de cada auditor para cada jornada.

(Día 1) Fecha: 07/03/22 Remoto

Guía(s): Martín Vaquero

- 9:00 Reunión de apertura con la dirección al objeto de explicar el ámbito de la visita, la metodología de la auditoría, el método de informe, y para comentar la organización de la empresa (aproximadamente 10 minutos). El Auditor Jefe acordará un tiempo para comentar con la alta dirección la política y objetivos del sistema de gestión.
- 9:10 Preparación del equipo auditor para las visitas a las diferentes áreas. Discusión sobre los temas pendientes de visitas anteriores.
- <D. Cabrera> (Auditor Líder)**
- 9:15 Contexto, Liderazgo, Planificación
- 10:00 Evaluación del desempeño, Mejora. Logos
- 12:00 Requisitos, Planificación
- 14:00 Almuerzo
- 15:00 Procesos de apoyo: Recursos, Infraestructura, documentado, conocimientos, compras
- 18:00 Revisión de los aspectos detectados durante el día
- 18:15 Preparación del informe final
- 18:30 Reunión de cierre con la dirección para presentar las conclusiones de la auditoría y la recomendación final.

Nota: Información relativa a los “Objetivos” de los diferentes tipos de visita se encuentra en la sección del Informe de Auditoría denominada Información al Cliente o en nuestra página web www.lr.org. Además, en la página web están disponibles las Notas de Información al Cliente (CINs) para los diferentes tipos de visitas. El criterio de auditoría, equipo auditor, fechas y localizaciones están indicados también en la página frontal del Informe de Auditoría. El Ámbito de Certificación y las funciones y responsabilidades de los miembros del equipo auditor están especificados en el Programa /Plan de Auditoría (APP).

3. Consideraciones al Informe

LR Consideraciones al Informe		
¿Ha habido desviaciones respecto al Plan de Auditoría original?	No	Si es SI, detallarlo en la sección de Introducción del informe incluyendo las razones de las desviaciones.
¿Ha habido aspectos significativos que han impactado en el Programa de Auditoría?	No	Si es SI, detallarlo en la sección de Introducción del informe y actualizar el APP.
¿Ha habido cambios significativos en el sistema de gestión del cliente desde la última visita de auditoría?	No	Si es SI, detallarlo dentro del Resumen Ejecutivo del informe
¿Se han identificado hallazgos no resueltos durante la auditoría?	No	Si es SI, detallarlo dentro del Resumen Ejecutivo del informe
¿La auditoría realizada es combinada o integrada?	No	Si es SI, confirmar que tipo de auditoría es y las normas correspondientes en la Introducción del Informe.
¿La organización está controlando efectivamente el uso de las marcas (logos) de certificación y documentos asociados?	Si	Si es NO, documentarlo en tabla de proceso correspondiente a los elementos mandatorios.
Si aplica, ¿la organización ha tomado acciones correctivas efectivas en relación con las no conformidades detectadas con anterioridad?	Na	Registrar el resultado en la tabla de hallazgos en el caso de los hallazgos relevantes.
¿El sistema de gestión de la organización continúa cumpliendo con los requisitos aplicables y alcanza los resultados previstos?	Si	Si es NO, detallar los motivos en Resumen Ejecutivo del informe.
¿El alcance de certificación continua siendo apropiado para las actividades/productos/servicios de la organización?	Si	Si es NO, documentad las acciones necesarias en relación con el alcance en el Resumen Ejecutivo del informe y actualizad el APP según se requiera.
¿Los objetivos de la visita, según se definieron en el APP, fueron cubiertos durante la visita?	Si	Si es NO, detallad los motivos y cualquier acción necesaria en el Resumen Ejecutivo del informe y corregid/ actualizad el APP.