

Renovación de certificación

Informe para:

NUEVO FUTURO LAS PALMAS

Referencia LRQA:	SIG6003385 / 5097590
Fechas de la auditoría:	21-Marzo-2023
Fecha del informe:	22-Marzo-2023
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
Oficina LRQA:	SIG Spain OU

LRQA Group Limited, sus afiliadas y subsidiarias y sus respectivos funcionarios, empleados o agentes, en forma individual y conjunta, se denominan en esta cláusula "LRQA". LRQA 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 LRQA 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. Detalles de la aprobación	10
06. Apéndice	11

Adjuntos:

SGI6003385_APP_QMS_DCG.doc

Este informe fue presentado a y aceptado por:

Nombre: D. Martín Vaquero

Cargo: Director

01. Informe ejecutivo

Resultado de la auditoría:

Basado en el resultado de la auditoría, el Equipo Auditor recomienda la certificación ISO 9001:2015 de NUEVO FUTURO LAS PALMAS para el ámbito acordado.

El sistema de gestión continúa cubriendo bien los requisitos y manteniendo la capacidad para alcanzar los resultados esperados.

Los aspectos asociados la calidad de los servicios siguen siendo los puntos fuertes, lo cual se ha verificado coherencia con los resultados de satisfacción de las diferentes partes interesadas asociadas a las actividades del alcance.

Las acciones para seguir minimizando los riesgos sigue siendo la clave para mantener las actividades largo plazo e identificadas en el documento del "Compliance Penal".

"Se Revisan los contenidos de los Informe de Auditorías Internas de calidad técnica y de cumplimiento del ejercicio 2022 que integra los "Estándares de calidad en acogimiento residencial EQUAR" en los centros "La Paterna", Lomo Apolinario", "Schamann", "Lomo Los Frailes" y "Casablanca III", verificando que está implementado de manera efectiva, se están llevando a cabo según lo planificado, están definidos los criterios, auditor cualificado e imparcial de los procesos auditados, se toman acciones sobre los asuntos a mejorar y se conserva información documentada al respecto."

Recomendándoles para la renovación de 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:

El mecanismo de la mejora continua ha continua implementado.

- Siguen los avances en la digitalización hasta donde la Administración les está permitiendo.
- Mejoras diversas en los centros y los recursos para desempeño de los servicios.
- Controles sobre los criterios EQUAR
- Satisfacción dentro de los resultados esperados.
- Diversos proyectos de mejora y crecimiento.



Áreas para la atención de la Alta Dirección:

Elaboración de los planes de acción asociados al resultado de las puntuaciones media de los centros respecto a: El Plan de igualdad y Mejoras a implementar en la Coordinación con los equipos de Servicios Sociales.

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			
LRQA 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 Renovación de certificación, 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

Sra. Leticia Sánchez Lozano, Responsable el SG

Objetivo específico de la visita:

Efectividad nuevos proyectos.

Digitalización

Introducción:

Comenzamos con reunión de apertura, aclaramos los aspectos de la auditoría, como criterios según la norma de referencia, plan de auditoría, muestreo y sus limitaciones, estilo de informe y selección del tema, requisitos de seguridad y salud en la visita, grados de hallazgos, la confidencialidad, el derecho de recusación y de apelar las decisiones.

La auditoría se lleva a cabo según los horarios y procesos descritos en el plan de auditoría que se adjunta.

La visita se concluye con reunión de cierre, presentando el resultado y recomendación.

Auditoría de:	Contexto, Liderazgo, Planificación. Evaluación del desempeño. Mejora continua. Uso de logos	Auditor:	Domingo Cabrera
Auditado(s):	Martín Vaquero, Leticia Sánchez		

Rutas de auditoría y fuentes de evidencia:

Entrevista con la Dirección, cambios en el contexto de hogares asociado a asuntos económicos, recursos, tendencias de perfiles menores, financiación y aportaciones, Memoria del Compliance Penal Rev.11/22, Código conducta

Adaptación del Reglamento de régimen interno, Guías, requisitos EQUAR

Estudio de necesidades y expectativas de las Partes interesadas: Ayto. LAP, Cabildo, Gob.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

Memoria 2022 por Hogar: Memoria Económica y Actividades; Presentado al Cabildo 02/23

Valoraciones de intervenciones, conclusiones. Boletines informativos

Misión y valores en la Web. Organigrama Anexo 2 Rev.6

Acta del Comité de Calidad 01/22, Reuniones de equipos 2

DM05.02-01 Programa de gestión Cuadro de mandos Objetivos 2022 y 2023:

- Incorporación a la unidad familiar, Físico-Biológico (hábitos alimentos, normas saludables, educación, necesidades...), Socio culturales y recreativos, habilidades cognitivos, nuevas brisas centros diurnos de tarde, Optimist centro día; adjudicaciones.
- Proyectos 2023: consolidar y apertura Piso de emancipación, Concierto Social

Plan de Auditorías 2022 y 2023, Informe, desviaciones y acciones.

Incidencias, NC/AC 2023, p.ej. la Digitalización, PEI, Diario de incidencias de hogares y menores, EQUAR, emergencias

Método de satisfacción la encuesta 2022 y análisis.

Uso de logos en: Comunicación interna y externa, informes y memoria, Web, Memoria Técnica

Evaluación y conclusiones:

Los elementos del sistema y controles siguen bien documentadas e implementados, teniendo en cuenta los cambios en el contexto y las nuevas necesidades y expectativas de las partes interesadas.

Los cambios en marcha a través de planes de acción tienen en cuenta los cambios reglamentarios asociados. Se toman acciones para conseguir los resultados esperados, con plan de seguimiento desde la Dirección en base a presupuestos y criterios de calidad de los servicios, con la implementación de controles sobre las mejoras a implementar.

Áreas de atención:

Actualización de Logos

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

Rutas de auditoría y fuentes de evidencia:

Procedimientos, instrucciones, protocolos, PEI, Proyectos socio-educativos.
 Actas de Revisión del Sistema por la Dirección de cada Hogar, Análisis.
 Reuniones y comunicaciones diaria entre centros y dirección. Memoras y justificación económica anual.
 Normas EQUAR, Reglamento de régimen interno, funcionalidad, recursos, normas convivencia
 Protocolos: Denuncia, Incidencias, contención física, motines, consumo sustancias, prevención de abuso y acoso, conductas, emergencias...
 Organización: Directora, Trabajador social, Psicóloga, Educadores, técnico educativo, servicios generales
 Gestión de quejas y reclamaciones 2022-23
 Indicadores: Atención fisiológica, escolar, educativa, actividad de ocio y tiempo libre.
 Resumen en la Memoria Técnica: datos de hogares abiertos, bajas
 Plantilla, voluntarios colaboradores, formación programada y efectuada.
 - Planificación de Actividades y actuaciones al menor, Ingreso PEI, identificación de necesidades, revisión infraestructuras, implantación del PEI, PIF, gestión Administrativa.
 Verificamos servicios de hogares de Acogimiento residencial, reglamento de régimen interno, programas y programas básico de acogimiento, verificamos los servicios de los hogares de La Paterna y Schamann
 Requisitos de centros, planificación, servicios, seguimiento.
 - Hogares: Schamann, Lomo Apolitanario, La Paterna, Lomo Los Frailes, Casa Blanca III
 Informe de seguimiento de PEI: RSMP, plan de intervención con objetivos, familiar, salud y formativa/laboral.

Evaluación y conclusiones:

Los procesos de la gestión de los Hogares, Centros de día y Piso de Emancipación se están llevando a cabo dentro de los criterios y sistemáticas definidas en las fichas de procesos y cubriendo los requisitos de las partes interesadas, en lo relativo a recursos, organización y coordinación, admisión, evaluación de necesidades, intervenciones, trabajos con la familia, etc. cubriendo las necesidades, bienestar, protección, formación, salud, autonomía, etc.
 Controles implementados para asegurar de manera individualizada de cada menor los aspectos de un entorno seguro, experiencias de aprendizaje, reducción de problemas psicosociales, acciones para mejorar el control de las emociones y el bienestar del menor, su desarrollo y crecimiento, análisis de fortalezas, las relaciones familiares y de salud, etc.

Áreas de atención:

N/A

Auditoría de:	Procesos de apoyo: RH, Infraestructura, documentado, conocimientos, compras	Auditor:	Domingo Cabrera
Auditado(s):	Martín Vaquero, Leticia Sánchez		

Rutas de auditoría y fuentes de evidencia:

Procedimientos, Organigrama Rev.6, Responsabilidades y funciones. Organigrama por centros
 Fichas descriptivas de puestos: Auxiliar técnico, Responsable, Voluntarios, psicólogo, trabajadores sociales
 Plataforma informática en "Aula Nuevo Futuro"
 Plan de Formación 2022-2023, acciones formativas: Igualdad, Compliance penal, Prevención de conductas suicidas, Apego y regulación emocional, PRL, igualdad...
 Evaluación del desempeño por servicios, hogares 11/22 todo el personal.
 Evaluación de proveedores Rev.12/22, Pedidos 2022 y 2023: Faycanes (ddd), Triya (Extintores), Limpieza Quesada, Electricidad Benigno, Mapfre, Emalsa, Asepeyo y Aspy, Librería Arco Iries
 Mantenimiento correctivo y preventivo instalaciones oficina y hogares 2021: Partes de averías
 Revisión Botiquín trimestrales 2023, inventario... Control de consumos electricidad, agua, teléfono
 Normas de actuación ante emergencias, planes de limpieza
 Lista de Referencia de documentos del Sistema de Gestión DM.01.02 Ed1 Rev.20
 - Manual con anexo. Mapa de procesos Anexo 4 Rev.3, Procedimientos, Fichas de Proceso, protocolos, IT
 - Definición del alcance y justificación exclusión equipos de medición.
 - Copias de seguridad mensual 2023

Evaluación y conclusiones:

Se han mantenido actualizadas las cualificaciones y competencias del personal, actualizadas mediante la evaluación del desempeño dentro de los criterios establecidos. Se cubre bien los planes formativos establecidos basados en las necesidades detectadas. La transmisión de conocimientos a través de procedimientos, fichas de procesos e instrucciones técnicas, incluyendo las reuniones del equipo de manera continuada.
 La gestión sobre la información documentada sigue siendo completa y cubriendo bien los requisitos.
 Las Infraestructuras siguen cubriendo los requisitos y son las adecuadas a las actividades del alcance.

Áreas de atención:

Revisión de a Lista de Referencia, en especial el estado de revisión, DM01.01.

04. Detalles de la próxima visita

Tema(s) para la próxima visita

- Seguimiento de Indicadores de los servicios
- Nuevas adjudicaciones.
- Proyectos de consolidar y apertura Piso de emancipación.

Norma(s) / Esquema(s)	ISO 9001:2015	Tipo de visita	Mantenimiento 1		
Días de auditoría	1.00 DIA	Fecha de comienzo / fin de la visita	20-Marzo-2024 / 20-Marzo-2024		
Equipo	DCG				
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	Mixta	0.5 DIA	EA37,EA38,EA39,EA30,EA03



05. Detalles de la aprobación

Se confirma que todas las sedes y ámbitos detallados en el contrato para ISO 9001:2015 están aprobados o están siendo recomendados para la aprobación en esta visita o continúan sin aprobación, aparte de cualquier nueva aprobación, suspensión o retirada mostrada abajo.

Producto	Sede	Estado
ISO 9001:2015	C/ Lectoral Feo Ramos, 11, Las Palmas de Gran Canaria, ES	Approved



06. Apéndice



Audit Planning Programme and Visit Assessment plans

Audit Planning Programme and visit Assessment plans are contained within the excel document SGI6003385_APP_MS.xlsm

Visit Type	FV	CR	SV 1	SV 2
Due Date	feb-22	feb-23	feb-24	feb-25
Start Date	08-feb-22	21/03		
End Date	08-feb-22	21/03		
Visit Duration On site	1	1	0,5	0
Visit Duration: Remote	0	0	0,5	1
Total Audit Time	1	1	1	1
Process / Aspect / Theme				
Reunión de apertura	OS	OS	R	R
Reunión de cierre	OS	OS	R	R
Cambios en el contexto	OS	OS	R	R
Revisión por la Dirección	OS	OS	R	R
Auditorías Internas	OS	OS	R	R
Mejora Continua	OS	OS	R	R
Gestión de los cambios	OS	OS	R	R
Acciones correctivas	OS	OS	R	R
Gestión de Quejas	OS	OS	R	R
Uso del Logo (LR & Marcas)	OS	OS	R	R
Desempeño vs Objetivos SG	OS	OS	R	R
Procesos de apoyo: RH, Infraestructura, documentado, conocimientos, compras	OS	OS		R
Requisitos	OS	OS		R
Servicios: Planning, servicios, seguimiento y medición, nc		OS	OS	

Nex visit Plan – Mantenimiento

Time	Activity
8:00	Introductory meeting with management to explain the scope of the visit, assessment methodology, method of reporting and to discuss the company's organisation (approximately 30 minutes). The Team Leader will agree a time to meet with top management to discuss policy and objectives for the management system
8:10	Comentar los temas pendientes de visitas previas.
8:15	Elementos del Gestión
11:00	Requisitos
12:00	Servicios: Planning, servicios, seguimiento y medición, nc (visita a centro de muestra)
15:00	Revisión de las desviaciones del día y elaboración del informe
15:30	Reunión de Cierre con la Dirección para presentar los resultados y recomendación.
16:00	Cierre



Report Considerations

There has been no deviation from the original assessment plan or any significant issues impacting on the audit programme. There have been no significant changes that affect the management system of the client since the last audit and the scope of certification continues to be appropriate to the activities/products/services of organisation. There are no unresolved issues been identified during the assessment. The organisation was effectively controlling the use of the certification documents and not misleading in their (online) certification statements. No previously identified nonconformities. The objectives of the visit as defined in the APP, were fulfilled during the visit.

Stage 1 or Focus Visit

This visit was not a Stage One or a focus visit (Certificate Renewal Planning)

Remote Audits

This was an onsite visit.

Outside of Regular Working Hours

All processes can be effectively audited during normal office hours. This will be reviewed at the focus visit or if it changes.

Occupational Health and Safety

This audit scope did not include Occupational Health and Safety



Additional information

Opportunities for improvement

If we identify opportunities to improve your already compliant system, we will either record them in the process table applicable to the area being assessed or in the Executive summary of the report if they can deliver improvement at a strategic level.

Confidentiality

We will treat the contents of this report, together with any notes made during the visit, in the strictest confidence and will not disclose them to any third party without written client consent, except as required by the accreditation authorities.

Sampling

The assessment process relies on taking a sample of the activities of the business. This is not statistically based but uses representative examples. Not all of the detailed nature of a business may be sampled so, if no issues are raised in a particular process, it does not necessarily mean that there are no issues, and if issues are raised, it does not necessarily mean that these are the only issues.

Legal entity

The accredited legal entity and client facing office that has provided the assessment service in this report is referenced in the applicable agreement for this service.

Generic audit objectives and team responsibilities

The generic audit objectives and team responsibilities are included in the Client Information Note 'Assessment Process'. Any visit specific objectives for the next visit will be recorded in the report of the previous visit and will be addressed through the visit plan for that visit. The assessment standard and roles of the audit team are defined in the assessment visit confirmation sent to the client.

Audit Criteria

The audit criteria consist of the assessment standard and the client's management system processes and documentation.

Additional observers

Any additional observers will be as formally communicated to the client.

Note

Information on the objectives of the various visits can be found in the Client Information included in the report or on our website www.lrqa.com. Furthermore, on the website there are Client Information Notes available for the various visit types. The audit criteria and team members date and locations are also stated on the front page of the report. Scope of certification and roles and responsibilities of the audit team members are expressed in the Audit Program Plan.