

ECOS DO SUR

Informe de Auditoría

Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN: 2008/1416/ER/01 NORMA DE APLICACIÓN: UNE-EN ISO 9001:2015	Nº INFORME: 14 Auditoría: Individual <input checked="" type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Integrada <input type="checkbox"/> Requiere envío de Acciones Correctivas: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO DE AUDITORÍA: 2ª Seguimiento
---	--	--

Fecha de realización de la Auditoría: 2022-09-12, 13

DATOS GENERALES

A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la Organización	ECOS DO SUR
Dirección	AV FINISTERRE, 109 BAJO. 15004 - A CORUÑA
Representante de la Organización (nombre y cargo)	Dña. Saray DURÁN GATO (Directora acogida e inclusión)

B. EQUIPO AUDITOR

Función	Nombre	Iniciales
Auditor Jefe	Dña. JOSEFA MAYO PRIEGUE	JMP

C. CRITERIOS DE AUDITORÍA

El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:

- Requisitos de la/s norma/s de sistema de gestión de referencia
- Los procesos definidos y la documentación del sistema de gestión desarrollada por el cliente
- Los requisitos legales y reglamentarios aplicables

D. USO DE TÉCNICAS DE AUDITORÍA EN REMOTO

Si durante la auditoría se utilizan técnicas de auditoría en remoto en alguna medida, cumplimentar la siguiente tabla: la auditoría se ha realizado en modalidad 100% presencial.

Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)	Herramientas y descripción	
Herramienta(s) a utilizar	<<<Microsoft Teams, Zoom, Gotomeeting, Skype, CiscoWebex...>>	
Plataforma(s) IT del cliente		
Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Descripción (cuando proceda)
Revisión documental (no en tiempo real) (ej., revisión de documentos en web)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Videollamada (WebEx)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Captura de Pantallas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Video en tiempo real o no real	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Grabación de video	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Intercambio de fotografías	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
COMENTARIOS:		

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Cuestiones generales para todos los Sistemas de Gestión

Confirmación de la realización de la auditoría
Se ha realizado la Auditoría de 2º Seguimiento de Certificación al Sistema de Gestión de Calidad de la organización ECOS DO SUR, donde se ha comprobado la implantación del Sistema respecto a los requisitos especificados en la norma de referencia UNE EN ISO 9001:2015, salvo para lo reflejado como no conformidad en el presente informe.
Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado
Acceso a derechos: acogida, trabajo social, programa sociosanitario, apoyo psicológico, asesoría jurídica. Empleo: orientación laboral, prospección e intermediación laboral. Diseño, desarrollo e impartición de actividades formativas no regladas en las modalidades presencial, online y mixta orientadas a: <ul style="list-style-type: none">• La integración social a través de acciones formativas en torno a los valores y lenguas de la sociedad de acogida.• La inserción sociolaboral a través de acciones formativas prelaborales y ocupacionales• Fomento de la igualdad.• Impulso de la participación social y el ciberactivismo, dirigido a personal técnico o población en general. ¿Es adecuado el alcance del certificado? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indicar si se han producido cambios o modificaciones, desde la anterior auditoría: No se han producido cambios en el alcance, por lo que se considera adecuado. Alcance de la auditoría: ¿Se han auditado todas las actividades incluidas en el alcance del certificado (sólo para auditorías de seguimiento)? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso negativo incluir descripción del muestreo realizado (actividades, proyectos, líneas de producto, tipos de servicio, emplazamientos temporales, etc.)
Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión
Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión: 1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados El Sistema de Gestión de Calidad implantado por la organización cumple con los requisitos de la Norma de referencia y con el resto de criterios de auditoría (requisitos legales y reglamentarios, requisitos del cliente, requisitos propios del sistema de gestión interno) y se considera que se encuentra eficazmente implantado, salvo para lo reflejado como observación o no conformidad en el presente informe. Se recomienda a la organización el detallado análisis de las observaciones recogidas en el informe, con el fin de establecer acciones ante aquellas que se considere necesario, con el fin de que éstas no lleguen a derivar en posibles no conformidades en un futuro. 2. Auditoría interna y el proceso de revisión del sistema por la Dirección

En cuanto al proceso de auditoría interna: Se define sistemática en Ficha de Proceso de Gestión de Calidad (Ed 01 de fecha 01/2021). Se dispone de Matriz de Gestión en la que se programan auditoría interna y externa. Se incluye: Todos los procesos a auditar en Agosto 2022, menos proceso de Gestión de Calidad, previsto para Diciembre 2022. Auditoría realizada entre las fechas 11-12/08/2022.

Detectadas dos no conformidades relativas a gestión documental, si bien ya se disponía de no conformidad abierta interiormente por parte de la organización.

Resultados comunicados a los diferentes responsables de proceso, con seguimiento a no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora. Equipo auditor interno, cumpliendo formación definida en perfil de puesto.

En cuanto al proceso de Revisión del sistema por la Dirección: Se dispone de informe de revisión por la Dirección de fecha 11/09/2022, si bien se había planificado para Febrero 2022. Se ha analizado ejercicio 2021. Completo.

3. Estado de implantación y cierre de No conformidades detectadas en la anterior auditoría (en el caso de auditoría de renovación se revisarán todas las no conformidades del ciclo):

Se revisan no conformidades detectadas en auditoría de 1º seguimiento, con el siguiente resultado:

Ref. NC	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Estado actual
01	En relación a las acciones para abordar riesgos y oportunidades , si bien se dispone de cierre de plan de acción correspondiente a 2020, no se ha realizado planificación de acciones asociadas a riesgos y oportunidades correspondiente a año 2021.	NC 02.2021. Cerrada en fecha 01/09/2022.
02	En relación al control de la prestación del servicio , se detecta: <ul style="list-style-type: none"> a) No se dispone de información tal como diagnóstico y objetivos, en itinerarios de varios usuarios muestreados (Ej. 59/12/28/GMH. No recoge objetivos a trabajar con el mismo; 58/07/24/TVLC. Fecha acogida 16/04/2021. No se recogen en Ficha de usuario ni diagnóstico ni objetivos; 88/05/10/GSKC. Fecha acogida 16/07/2021. No dispone de diagnóstico ni objetivos) b) En relación al servicio de asesoramiento jurídico, no consta respuesta a correos entrantes en agosto 2021 (Se refiere que ha estado suspendido el servicio), si bien no se ha comunicado a los usuarios que los correos entrantes en ese mes no serán tenidos en cuenta. c) En relación al servicio de apoyo psicológico, no se dispone de historial de los siguientes expedientes muestreados: <ul style="list-style-type: none"> - 73/07/07/PQAE. Derivación de fecha 21/07/2021. Atención en fecha 24/08/2021. No recogida intervención psicológica en base de datos ni en historial. - 93/08/14/DBY. Derivación de 25/05/2021. psicológico de 08/07/2021. Registro de intervención en base de datos. En Excel de seguimiento se recogen intervenciones de fecha 12/08 y 10/09 no recogidas en base de datos. Historial de usuario: No se dispone de historial del usuario. d) En relación al cumplimiento de protección de datos de los usuarios: <ul style="list-style-type: none"> - "No usuarios" registrados en Excel de seguimiento de servicio de asesoramiento jurídico, si bien no se dispone de autorización de protección de datos de los mismos. - Usuarios atendidos por servicio de apoyo psicológico, que acceder por vía de urgencia, de los que no se dispone de autorización de protección de datos hasta que son derivados a acogida individual. 	NC 03.2021. Cerrada en fecha 03/2022.

03	<p>En relación a la gestión eficaz de no conformidades y acciones correctivas, se evidencia que las acciones acometidas ante la no conformidad detectada en auditoría de renovación realizada en 2020: "En relación al diseño y de talleres y actividades grupales, así como al diseño de acciones formativas, a fecha de auditoría no se dispone de recopilación de datos de entrada, objetivo de dichas actividades, información que permita su seguimiento y mejora, etc. (Ejemplo: Huerta; acción formativa informática)", no han resultado eficaces:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Curso presencial Inteligencia Emocional MOBE1 (Presencial): No se dispone de programa en el que se incluya información como objetivos, contenidos etc; ni se dispone de información relativa a evaluación de satisfacción, si bien se establece que dicha evaluación de satisfacción será la herramienta que permita validar el diseño de la acción formativa. b) Taller desinformación digital CESUGA (online): no se dispone de información relativa al mismo. c) Curso Ciber Narradores (online): No se dispone de programa de curso (objetivos, contenidos, etc). 	NC04.2021, cerrada en fecha 31/12/2021.
----	--	---

Cambios significativos con respecto a la anterior visita y su impacto en el Sistema de Gestión

- Cambios estructurales de relevancia, incluida la Dirección. Se producen cambios en: nuevo Dirección General, Responsable de Servicio de Acogida, Responsable de Administración, etc..
- Se refiere sin otros cambios de relevancia.

Confirmación sobre el cumplimiento de los objetivos de auditoría

Los objetivos de la auditoría son:

- Determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización / empresa auditada, o partes de dicho sistema, con los criterios de auditoría.
- Determinar su capacidad para asegurar que la organización cumple con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables (teniendo siempre presente que una auditoría de certificación de un sistema de gestión no es una auditoría de cumplimiento legal).
- Determinar la eficacia del sistema de gestión, para asegurar que el cliente puede tener expectativas razonables en relación al cumplimiento de los objetivos especificados; y cuando corresponda, identificar posibles áreas de mejora.

¿Se han cumplido los objetivos de la auditoría? SI NO

Se indicará si se ha producido cualquier situación durante la auditoría que haya afectado a la consecución de sus objetivos (imposibilidad de evaluar una actividad, centro, requisito...), así como cualquier cuestión significativa que afecte al programa de auditoría y/o al **Plan** de auditoría, incluyendo las causas que las han generado.

¿Qué cuestiones han quedado por resolver a la finalización de esta auditoría? No procede.

Cuestiones para Sistema de Gestión adaptados a la Estructura de Alto Nivel

Comprensión del contexto de la organización

La organización ha determinado sus cuestiones externas e internas mediante elaboración de DAFO, revisado en 2021, con el fin de definir el Plan Estratégico. Completo. Desde dicha revisión no se han producido cambios, si bien se recoge dentro de Objetivo la revisión de dicho DAFO, para 4º trimestre 2022.

Con respecto a las partes interesadas, sus necesidades y expectativas y sus requisitos derivados, la organización ha determinado las mismas en Anexo III de Manual de Calidad (Ed. 01.21 de fecha 06/08/2021). Se recogen, como partes interesadas: personal remunerado, voluntariado, alumnado de prácticas, socios, administración financiadores privados, personas usuarias, colaboradores, empleadores, plataformas sectoriales del tercer sector, proveedores. Se recogen necesidades y expectativas asociadas a cada una de ellas, así como requisitos a cumplir. No considerado necesario incorporar ninguna necesidad/expectativa nueva.

Enfoque a riesgos y oportunidades

La organización ha determinado los riesgos y oportunidades mediante la elaboración de registro de riesgos y oportunidades asociados a cada proceso, así como a la información derivada de análisis de contexto. Realizada planificación de acciones, así como seguimiento de las mismas. No detectadas incidencias.

Liderazgo

El liderazgo y el compromiso de la alta dirección se demuestra mediante su implicación en la mejora continua de los procesos, y la búsqueda de recursos para ampliar los servicios prestados.

Política de Calidad incluida en Manual de Calidad. Misión, visión y valores incluidos dentro de página web, al alcance de las diferentes partes interesadas.

Durante ejercicio 2021, con el fin de garantizar la mejora continua, la organización ha establecido y ha trabajado en los siguientes objetivos:

- Reforzar la solidez Financiera de la entidad (Desglose de metas a alcanzar). Superadas con creces las expectativas iniciales.
- Fortalecer el Gobierno Institucional y la Gestión Estratégica de la entidad (Desglose de metas a alcanzar). Mejora de transparencia según autoevaluación realizada en octubre 2021. Alcanzado. Se considera que no aporta valor continuar con dicho objetivo. Se recoge en dicho objetivo “Adoptar un Plan Estratégico a 3 años”, no alcanzado. Cambio de dirección.
- Mejorar la gestión del Impacto Social: fortalecer el sistema de indicadores de éxito de los procesos esenciales (Al menos 50% de procesos esenciales con indicadores de éxito); fortalecer los canales de retroalimentación con los usuarios sobre servicios actuales y potenciales (Al menos 2 grupos focales con usuarios). Objetivo no alcanzado, si bien se continúa trabajando en el mismo en 2022.
- Fortalecer la imagen externa de la entidad: Modernizar la imagen corporativa; aumentar un 25% el impacto de la entidad en redes sociales; potenciar la imagen de la entidad a nivel local (al menos 2 eventos en Coruña y 200 personas más como asistentes). Mejora en la imagen: diseñado nuevo logo y nueva imagen. Objetivo alcanzado.

Para ejercicio 2022 se está trabajando en los siguientes objetivos, para los cuales se realizan seguimientos trimestrales:

- Reforzar la solidez Financiera de la entidad (Desglose de metas a alcanzar). Realizado seguimiento.
- Fortalecer el Gobierno Institucional y la Gestión Estratégica de la entidad (Desglose de metas a alcanzar). Mejora de planificación estratégica a medio plazo: 1ª Fase análisis DAFO, para elaboración de Plan Estratégico.
- Mejorar la gestión del Impacto Social: Fortalecer sistema de indicadores de éxito/impacto de los procesos en el 100% de los procesos. Se están definiendo dichos indicadores.
- Fortalecer la imagen externa de la entidad: Modernizar la imagen corporativa; aumentar un 25% el impacto de la entidad en redes sociales; potenciar la imagen de la entidad a nivel local (al

menos 2 eventos en Coruña y 200 personas más como asistentes). Mejora en la imagen: diseñado nuevo logo y nueva imagen. Objetivo alcanzado.

Otras consideraciones del equipo auditor

- Permiso de inicio de actividad de fecha 04/02/2020 (Centro de Día de Inclusión ECOS DO SUR). Plazas: 21. Nº inscripción E835/C.001. Área de actuación: inclusión.
- Último informe de legalidad, en RUEPSS, de fecha 08/02/2022.
- Inspección en periodo objeto de auditoría: realizada en fecha 02/06/2022. Recogidas incidencias a contestar en 10 días. Contestado requerimiento. Se refiere no haber recibido noticias al respecto hasta la fecha.
- Normas de funcionamiento, visadas en 04/02/2020. Publicadas en entrada al centro.
- Protección de datos. Contrato con Confialis. Último informe de revisión de fecha 28/12/2021. Nivel de seguridad: Alto.
- La organización refiere no haber recibido ninguna reclamación relativa a la prestación del servicio en periodo objeto de auditoría.

Puntos fuertes

- Implicación, compromiso y transparencia mostrada por parte del personal auditado.
- Mejora en la imagen: diseñado nuevo logo y nueva imagen.
- Valoración obtenida en encuestas de satisfacción de trabajadores, reflejando un buen clima laboral.
- Información recogida en base de datos, en relación a seguimiento individual de usuarios. Elaborado al respecto, Manual de registro en Base de Datos.
- Planificación, coordinación y seguimiento llevados a cabo por el Área de Comunicación.
- Listado de derivaciones, y seguimiento de las mismas, elaborado por Servicio de Apoyo Psicológico.

Oportunidades de mejora

- Completar implantación de directrices recogidas en Manual de Registro en Base de Datos, con el fin de garantizar que en la misma se dispone de la información necesaria para el completo seguimiento de usuarios.
- Revisión de Fichas de Proceso de Procesos Esenciales, sobre todo en relación a coordinación necesaria entre Responsables de Proyecto – Responsables de Servicios, con el fin de definir claramente la coordinación necesaria entre los mismos.
- Solicitar a proveedor de Protección de Datos que incluya conclusión final en informe de seguimiento, de modo que las incidencias detectadas se puedan trasladar a una no conformidad para garantizar y facilitar su seguimiento.
- Fomentar la apertura/registro de no conformidades internas.
- Tener en cuenta, dentro de análisis de contexto, aportaciones recogidas en encuestas de satisfacción de partes interesadas (saturación de servicios, retrasos en citas, etc.)
- Realizar revisión por la Dirección en cierre de año natural, con el fin de que sirva de base para el planteamiento de Plan de Formación, Objetivos, etc. para nuevo ejercicio.
- Consolidar reuniones de seguimiento de gestión de proyectos.
- Valorar registro de seguimiento de proyectos dentro de herramienta informática – Base de Datos.
- Realizar y registrar análisis de convocatorias de proyectos, en aquellos casos en que éstos sean denegados.
- Separar auditorías internas de auditoría externa.
- Apoyo psicológico:
 - a) Elaborar programa específico de cada Grupo de Trabajo donde se recojan objetivos específicos, recursos necesarios, etc. Recoger evaluación en base a dichos objetivos.
 - b) Incluir en Historial de usuarios objetivos concretos a trabajar, así como seguimiento periódico de los mismos.

- En relación a los indicadores de seguimiento y medición de procesos:
 - a) Si bien gran parte de los indicadores de proceso están asociados a medir la capacidad/carga de trabajo en los diferentes procesos (Nº asistencias / Intervenciones), establecer indicadores relacionados con la calidad de los mismos.
 - b) Incluir nuevos indicadores que permitan medir el proceso de gestión de calidad (Ej: Propuestas de mejora implantadas, etc.)
 - c) Ajustar los valores umbral y objetivo a la realidad del proceso, en aquellos casos en que no lo estén.
 - d) Plantear medición semestral de indicadores asociados al proceso de gestión de proyectos. Establecer indicador basado en cumplimiento de plazos de entrega de documentación necesaria para la solicitud de la convocatoria.
 - e) Medir eficacia de formación por modalidad: presencial, mixta, online

Nº	Observaciones	Norma
01	Se observa que, de modo puntual, no se recoge fecha de revisión/aprobación en los siguientes documentos: Manual de Registro en Bases de Datos; última revisión de evaluación de proveedores.	ISO 9001
02	En relación a la auditoría interna, se observa que no se incluye en informe de auditoría de agosto 2022 el proceso de Gestión de Calidad. Planificada para Diciembre 2022.	ISO 9001
03	En cuanto al proceso de Revisión del sistema por la Dirección: Se dispone de informe de revisión por la Dirección de fecha 11/09/2022, si bien se había planificado para Febrero 2022.	ISO 9001
04	En proceso de actualización de página web. Planteado cierre para finales de año.	ISO 9001
05	A fecha de auditoría en proceso de revisión de contexto, y previsto elaboración de Plan Estratégico.	ISO 9001
06	A fecha de auditoría en revisión, y pendiente de aprobación, modificación realizada en Perfiles de Puesto.	ISO 9001
07	En relación a las no conformidades y acciones correctivas, se observa: <ol style="list-style-type: none"> a) A fecha de auditoría se mantienen abiertas las siguientes no conformidades: <ul style="list-style-type: none"> ➤ NC3.19: Recogida y Archivo incorrecto de información de usuarios (autorización de recogida de datos, etc.). ➤ NC1.21: En relación al control de la prestación del servicio, se detecta que la información relativa a formaciones realizadas no está siendo comunicada a tiempo a la persona responsable de la formación. En la auditoría interna se detecta falta de sistemas integrados y conocidos por todo el personal técnico en torno a como proceder en la recogida de información en la nueva base de datos. b) En las mismas, se observa que, si bien se recoge una única acción, se ejecutan, y realiza seguimiento a varias. 	ISO 9001
08	Se observa certificado de calidad publicado en página web en versión obsoleta (ISO 9001:2008)	ISO 9001
09	Se observa que no se incluye parte de la Política de Calidad dentro de la página web actual (Incluido solo misión, visión y valores)	ISO 9001
10	En relación a la satisfacción de partes interesadas, se observa: <ol style="list-style-type: none"> a) Si bien la muestra de usuarios supera las 1000 personas, a fecha de auditoría se dispone únicamente de 55 respuestas (Encuestas enviadas en Agosto -Septiembre 2022. En caso de no disponer de muestra representativa, deberán valorarse otras herramientas). 	ISO 9001

Nº	Observaciones	Norma
	b) Si bien se había planificado envío de encuestas a base social en 2021, la misma ha sido replanificada para ejercicio 2022 (Idem entidades financieras).	
11	En relación al seguimiento de indicadores asociados a procesos, se observa que en procesos como RRHH, se planifica seguimiento anual de los mismos, si bien dicha frecuencia podría no garantizar la detección de desviaciones de proceso, así como consecuente toma de acciones, de ser el caso.	ISO 9001
12	A fecha de auditoría, previsto incorporar cambio de sistemática de trabajo en Ficha de Proceso de Gestión de Proyectos.	ISO 9001

Documentos adjuntos al informe de auditoría:

- Matriz de actividades de auditoría
- Hoja de Datos
- Otros:

ANEXO

Cuestiones particulares del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001

a. ISO 9001 (Sistemas de Gestión de Calidad)

i. Información sobre satisfacción de Cliente

La organización ha llevado a cabo la recopilación de información relativa a satisfacción de partes interesadas en base a sistemática establecida en proceso de Gestión de Calidad (Ed. 01 de fecha 06/08/2021)

Se establece medición anual/bianual de satisfacción de partes interesadas, analizando dicha satisfacción en informe de revisión por Dirección.

- Medición anual de usuarios (Se plantea respuesta mínima de 10%). Realizada encuesta en Agosto 2021. Elevada participación (148 respuestas, superando el 10%).

Elevado número de aportaciones de mejora, que son tenidos en cuenta por la organización para planificación de formación, información, etc.
Sugerencias relacionadas con tiempo de espera.

Enviadas nuevas encuestas en agosto-septiembre 2022. Pendiente hacer valoración de resultados, si bien ya se cuenta con la siguiente información: 55 respuestas. Muestra: supera las 1000 personas.

- Medición de satisfacción de base social (Se plantea respuesta mínima del 10%).
Modificada sistemática pasando de cuestionario a entrevista telefónica.

Contactadas 43 personas de un total de 89, consiguiendo 18 respuestas (23% respuesta).
Valoración positiva en general.

No enviadas nuevas encuestas en año 2022. Planteada intervención más directa a finales de año 2022, con el fin de aumentar la fidelización de los mismos.

- Medición bienal de personal de entidades financiadoras. Cuestionario telefónico o por correo electrónico. Si bien se había planificado para finales 2021, no consta que se haya realizado la misma.
- Medición bienal de personal. Envío de correo electrónico. 30 respuesta de 40-50 trabajadores. Valoraciones muy positivas en general.
- Medición bienal de empleadores y empresas. Cuestionario por teléfono o correo electrónico, al total de empleadores. Realizada en 2022.

Se dispone de buzón de sugerencias, si bien se refiere que no se hace uso del mismo.

La organización refiere no haber recibido reclamaciones en relación a la prestación del servicio.

ii. Enfoque a procesos

Se dispone de Mapa de Procesos recogido en Anexo I de Manual de Calidad (Ed. 01.21 de fecha 06/08/2021), en el que se identifican los siguientes procesos:

➤ Procesos estratégicos:

- Gestión de recursos humanos.
- Comunicación
- Gestión de proyectos
- Gestión de calidad.

➤ Procesos esenciales:

- Acogida: N° personas participantes en acogida grupal, n° acogidas individuales, etc. Medición trimestral de indicadores asociados.
- Proceso de programa socio sanitario.
- Asesoramiento social.
- Intervención social.
- Asesoría jurídica.
- Intervención jurídica.
- Apoyo Psicológico: N° atenciones realizadas, n° personas atendidas, n° grupos apoyo. Seguimiento trimestral.
- Formación: N° cursos realizados, n° personas que comienzan el curso / n° personas que finalizan el curso con más del 60%. Seguimiento semestral.
- Orientación Laboral.
- Intermediación laboral.
- Selección de ofertas.

➤ Procesos de apoyo:

- Gestión documental:
- Gestión de compras: % proveedores con puntuación superior a 7. Periodicidad anual.

Se dispone de protocolos y fichas de proceso en los que se recogen entradas, salidas, responsables, etc., así como sistemáticas para llevar a cabo las diferentes actividades que forman parte de los diferentes procesos.

Se realiza seguimiento trimestral – semestral – anual de indicadores, en función del caso.

iii. Proceso de Gestión de la Calidad

Se revisa Ficha de Proceso de Gestión de Calidad, aprobada en fecha 02/2021.

Se incluyen dentro de ficha de proceso:

- Auditorías internas.
- Satisfacción de partes interesadas.
- Revisión por Dirección.
- Objetivos.
- No conformidades y acciones correctivas.

En relación a la gestión de no conformidades y acciones correctivas, se mantienen abiertas las siguientes no conformidades:

01/2021: Registros de formaciones realizadas: Falta de comunicación a la persona responsable de la formación, para seguimiento. Previsto cierre hasta 31/12/2022.

Se observa que sólo se recoge una acción, si bien se han realizado varias acciones.

03/2019: Archivado de LOPD. Fecha planificación cierre 10/02/2020. Única acción planificada: "informar a todo el personal técnico.....". Seguimiento realizado a diferentes acciones, si bien no se recogen como planificadas.

- Etc.

Se dispone de Matriz de Gestión donde se planifican las diferentes tareas incluidas dentro del mantenimiento del Sistema de Gestión.

iv. Proceso de Gestión de la Documentación

Se revisa Ficha de Proceso de Gestión de la Documentación, aprobada en fecha 01/2019. Revisada en fecha 06/08/2021.

Carpeta compartida por todo el personal, con la información documentada vigente.

Acta de aprobación de la documentación, de fecha 11/09/2021. Se autoriza distribución de últimas versiones de información documentada. Se refiere que no ha habido cambios en Fichas de Proceso desde auditoría anterior.

Copias de seguridad: Copias diarias automáticas. Documentación en nube. Se mantienen. Perdido documento y recuperado en copias de seguridad.

Listado de Requisitos Legales. Revisado en fecha 09/2022, por asesora jurídica.

Indicadores asociados: % de documentos archivados y actualizados correctamente. Establecido 90%. Medición semestral. 1º semestre 2022: 90%.

v. Comunicación

Se dispone de Ficha de Proceso de Comunicación en Ed. 01/21.

Plan de Comunicación 2018-2020. No aprobado nuevo Plan de Comunicación, pendiente de elaboración de Plan Estratégico.

Equipo de comunicación, formado por 4 personas. Reuniones quincenales, donde se realiza planificación quincenal (Miro). Seguimiento planificación, 3 días a la semana.

Redes sociales: Facebook, twitter, Instagram, LinkedIn. Seguimiento de indicadores por campaña, y mensual. Muy completo.

Página web considerada obsoleta por la entidad. En proceso de renovación.

Renovación de imagen corporativa. Presentación de la misma en aniversario. Canales de comunicación en aniversario: Nota de prensa, actividades municipales, publicaciones en redes sociales, etc.

vi. Gestión de Recursos Humanos

Se dispone de Fichas de Proceso de Gestión de Personal Remunerado y Ficha de Proceso de Personal No Remunerado (Ed. 01/21) en los que se recogen importantes cambios en la sistemática. Planteada evaluación de desempeño del personal, con seguimiento anual, en la cual se realizará evaluación de la eficacia de las acciones formativas que realice cada profesional.

A fecha de auditoría planificada dicha evaluación de desempeño para 4º trimestre 2022.

Perfiles de puesto revisado en 2º semestre 2022, pendientes de aprobar. Se dispone de los siguientes perfiles: Dirección General de Proyectos, Director de Proyectos, Responsable RRHH y Procesos, Responsable Comunicación, Técnico de Admin y Contabilidad, Responsables de Procesos, Responsable Técnico de Proyecto, Técnico de Acogida, Orientador Laboral, Prospector, Asesor Jurídico, Trabajador Social; Técnico de Programa Sociosanitario; Mediador Intercultural; Administrativo; Responsable Formación; Docente; Personal Técnico Intermediación Laboral; Psicólogo.

No consta evaluación de eficacia de formación realizada en 2º semestre de 2021, y 1º semestre de 2022.

Modificados indicadores asociados a proceso de recursos humanos: PIF puestos en marcha a través de las evaluaciones de desempeño, número de horas de formación realizadas en general y en PIF. Se plantea seguimiento anual en todos los casos.

Certificados de delitos sexuales actualizados anualmente.

vii. Gestión de Recursos Materiales

Mantenimiento de equipos informáticos: Registro de Equipos actualizado en Junio 2022. Inventariado.

Proveedor Itaka, para gestión de incidencias informáticas.

viii. Gestión de Compras y Proveedores

Se modifica Ficha de Proceso de Gestión de Compras, aprobándola con fecha 06/08/2021.

Se dispone de registro de incidencias de proveedores, si bien a fecha de auditoría no se ha registrado ninguna.

Se refiere no haber incorporado proveedores nuevos.

Último seguimiento de proveedores de fecha 06/2022. Se recoge no conformidad al respecto.

ix. Proceso de acogida

Ficha de proceso de acogida, en Ed. 01.21.

Si bien en Ficha de Proceso de acogida se recoge "Acogida Grupal", se refiere que no se lleva a cabo dicha sistemática desde Enero 2022. A fecha de auditoría se realiza únicamente acogida individual.

Planificación de citas de acogida en Calendar. Aprox.1 semana.

Registros de acogida en Base de Datos, si bien en parte de los usuarios muestreados, dicha información se encuentra incompleta.

Revisados, entre otros: 16199: 08/02/2022; 26945: 25/05/2022 No cubierto itinerario ni objetivos, ni información relativa a familia, social, etc. Se recoge derivación a Meniños, si bien no se recoge información detallada de la misma; 26480: 18/05/2022. No se recoge información social, familiar, etc.

Indicadores de proceso: Nº Acogidas individuales; Nº actualización de datos. Seguimiento trimestral.

En relación a los indicadores, como OM, valorar incluir algún indicador de impacto como: plazos de acogida, etc.

x. Proceso de Gestión de Proyectos

Ficha de proceso de Gestión de Proyectos en edición 01.2021.

Previsto cambio en sistemática, por incorporación de nuevo perfil.

Cartera de proyectos: Públicos + Privados. Listado de gestión de convocatorias.

Reuniones de seguimiento de proyectos: Planteado realizar reuniones trimestrales – bimestral de proyectos, en función del caso, si bien no se ha cumplido periodicidad en último ejercicio.

Convocatorias denegadas:

- Licitación Concello de Ribeira: Resolución, con puntuación ajustada.
- Mantenimiento sede Madrid

Convocatorias aceptadas: Revisado seguimiento de las mismas.

Indicadores de proceso: % de financiación privada obtenida; % de proyectos aprobados sobre los presentados. Se realiza medición anual.

OM: Plantear medición semestral de indicadores. Establecer indicador basado en cumplimiento de plazos de entrega de documentación necesaria para la solicitud de la convocatoria.

xi. Proceso de asesoramiento e intervención social

Ficha de proceso de asesoramiento social en Ed. 01.2021. Se refieren en la misma los siguientes registros:

- Registro social
- Seguimiento trabajo social
- Excel valoración usuario/as inclusión
- Base Datos IIPGIS

Ficha de proceso de intervención social en Ed. 01.2021

- Registro de Trabajo Social
- Seguimiento trabajo social
- Base de Datos de IIPGIS
- Informe social de alimentos
- Certificado de vulnerabilidad
- Autorización de apertura de cuenta bancaria
- Informe social

Usuarios derivados de proceso de acogida, asignados a un programa, salvo urgencia, según protocolo de urgencia.

Derivaciones a través de Slack (87/10/02/CSSR; 87/07/11CYM: No seguimiento de trámite), whatsapp (84/09/13/FJMA; 88/09/30)), o correo electrónico.

Indicadores asociados: Nº asesoramientos sociales; Nº intervenciones sociales; Nº total casos nuevos usuarios/total; Nº de consultas sucesivas (asesoramiento e intervención). Medición trimestral.

A fecha de auditoría en proceso de redefinición de nuevos indicadores que aporten mayor valor.

xii. Proceso de Formación

Se dispone de Ficha de Proceso de Formación (Ed. 01.21)

Catálogo de Formación, que incluye, para cada acción formativa:

- Objetivos.
- Contenidos.
- Medición de satisfacción.
- Validación de resultados, en base a evaluación del curso por parte del docente, y por parte de los asistentes.

- Propuestas de mejora.

Se incluyen 28 áreas, dentro de las cuales se encuentran diferentes acciones

- Actividades auxiliares almacén.
- Agricultura.
- Albañilería (Evaluación docente)
- Atención al cliente.
- BAE.
- C. Clave
- C.Dixital Básica.
- Carné manipulador alimentos
- Carnet Carretilla
- CibeRespect.
- Consumo consciente y responsable.
- Cooperativismo.
- Emprendemento.
- Entrevistas e Marketing personal.
- Español Alfabetización.
- Español Avanzado.
- Fotografía (Evaluación docente)
- Gallego.
- HHSS.
- Horticultura motivacional
- Hostelería.
- Inteligencia Emocional
- Limpieza Industrial (Prueba escrita – Formador externo)
- MOBE
- TIC
- Tramites Administrativos.
- Valores Acolida.
- Xénero.

Elaboración de Plan de Formación en base a aprobación de los diferentes proyectos y actividades incluidas en los mismos. Se recoge en listado formación, programa en el que se ubica, y fechas previstas.

Formación presencial (A fecha de auditoría, 42 acciones formativas realizadas en 2022):

- Atención al cliente y Call Center (Nº 13).

Programa Salvia. Fechas: 02/03 a 17/03/2022. Duración: 60 Horas. Asistentes: 7.

Formador externo. Perfil del docente no definido.

Convocatoria: Mínimo 60%.

Partes de asistencia o.k.

- Trámites Administrativos (Nº 29)

25 Horas.

Docente: personal interno.

Lugar impartición: Dentro de Ecos do Sur.

Asistencia o.k.

No consta información de los requisitos a cumplir comunicados a los asistentes.

Formación online (1 única formación – Ciber Whatsapp):

- Ciber Whatsapp

8 horas.
Plataforma Zoom.

Formación mixta (1 única formación en 2022 – Entrevistas y marketing personal).

xiii. Proceso de programa sociosanitario

Ficha de proceso de Programa Socio Sanitario en Ed. 01.21.

90/04/21/PSCY: Acogida inicial 10/03. Programa sociosanitario: 10/05.

Google Calendar con planificación de citas. Completos registros de cada intervención en base de datos.

Registro Excel con seguimiento de Programa VIH. Programa 01/07/2022 a 30/06/2025. Objetivo: mínimo 250 pruebas de VIH en este período.

Derivaciones para pruebas a través de Slack. Otras derivaciones a través de acogida en centro Ecos do Sur.

Indicadores de proceso: Nº de atenciones realizadas en Programa Socio-sanitario; Nº personas que realizan la prueba de VIH. Seguimiento trimestral. Valoración de resultados.

xiv. Asesoramiento jurídico – Intervención jurídica

Se dispone de Fichas de Proceso de Asesoramiento Jurídico e Intervención Jurídica, en Ed. 01.

Registro de consultas e intervenciones en base de datos.

No usuarios: recogido en base de datos, sin identificar datos del mismo (para garantizar protección de datos).

Revisión de registro de fecha 10/01/2022: No se dispone de evidencia de respuesta al mismo

Usuarios registrados: derivaciones por diferentes vías (correo electrónico, teléfono de guardia, etc.) Mail de Jurídico, y distribuida carga de trabajo entre compañeros en función de programa.

00/11/13/RTL.D. Acogida de 18/02/2022. Correo 02/07/2022. No consta respuesta en la base de datos.

74/04/03/SFYM. Acogida de 28/02/2018. Correo de fecha 06/05/2022. Respuesta 25/05/2022.

92/01/27/BJFE. Acogida de 25/02/2022. Sin datos en dicha acogida. Correo de fecha 22/02/2022. No consta respuesta.

Indicadores de proceso, con seguimiento trimestral:

Nº de personas beneficiarias del CIAI; nº de consultas resueltas; Nº de expedientes de expulsión; Nº de recursos /escritos presentados.

xv. Apoyo psicológico

Ficha de proceso de Apoyo Psicológico (Ed. 01), modificada en 2021, incluyendo atención grupal.

Intervención grupal:

- Se dispone de actividades de concretas de formación / actividades, dentro de Catálogo de Formación.

- Apoyo a nais e Olimpia – Autoestima. Julio – Agosto. 8 Horas.

96/12/14/BNY: Se recoge en base de datos simplemente que ha hecho la formación, sin ninguna conclusión.

Entró el 20/04/2021. No consta información familiar/social/etc, cubierta en itinerario

- Terapia con Animales: No información de planificación ni seguimiento.

Derivaciones a través de SLACK (mail en situaciones puntuales, si bien no se recoge dicha vía en la ficha de proceso).

Indicadores de proceso: N° de atenciones realizadas en Apoyo Psicológico; N° de personas atendidas en apoyo psicológico; N° de grupos de apoyo constituidos.

xvi. Orientación Laboral – Intermediación Laboral – Selección de ofertas

Fichas de proceso de Orientación e Intermediación Laboral en Ed. 01, recogiendo cambios derivados de uso de la nueva base de datos.

Orientación – Intermediación laboral:

Derivación a través de Slack, correo electrónico o en Calendar, por parte de responsable de programa.

No plazo para citar a usuarios derivados.

17/06/2022. Atendido en fecha 23/06/2022.

Registro de empresas en base de datos.

Recepción de ofertas de empresas, revisión de las mismas (cumplimiento de criterios), y registro en base de datos.

Canales de difusión de ofertas: a través de grupo de empleo, tablón de anuncios, etc. en función del caso. Prioridad usuarios que se encuentren dentro de programa, en Ecos.

Incorporada prospectora en enero 2022.

Información específica del sistema de gestión a adjuntar al informe, cuando aplique:

- Listado de proyectos
- Listado de obras y/o servicios
- Listado completo de centros temporales
- Otros:

ANEXO - MATRIZ ACTIVIDADES DE AUDITORÍA

ENTIDAD: ECOS DO SUR		EXPEDIENTE: 2008/1416/ER/01 (1,5 Jornada)	
AUDITORÍA: AS2	AUDITOR JEFE: Pepa MAYO PRIEGUE	FECHA: 12-13/09/2022	HORA: 09:00
CENTROS DENTRO DEL ALCANCE: 1. AV FINISTERRE, 109 BAJO. 15004 - A CORUÑA			
ALCANCE: Acceso a derechos: acogida, trabajo social, programa sociosanitario, apoyo psicológico, asesoría jurídica. Empleo: orientación laboral, prospección e intermediación laboral. Diseño, desarrollo e impartición de actividades formativas no regladas en las modalidades presencial, online y mixta orientadas a: - La integración social a través de acciones formativas en torno a los valores y lenguas de la sociedad de acogida. - La inserción sociolaboral a través de acciones formativas prelaborales y ocupacionales - Fomento de la igualdad. - Impulso de la participación social y el ciberactivismo, dirigido a personal técnico o población en general.			

DIA	CENTRO	HORA	AUDITOR	PROCESO/ DEPTO/ DOCUMENTO/ ACTIVIDAD	UNE-EN ISO 9001:2015																				
					4.1- 4.2 Comprensión del contexto. Partes interesadas	4.3 -4.4 Determinación alcance. SGC y sus procesos	5 Liderazgo	6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	6.2 Objetivos de la calidad y planificación para la calidad	6.3 Planificación de los cambios	7.1 Recursos	7.2 – 7.3 Competencia y toma de conciencia	7.4 – 7.5 Comunicación e Información	8.1 Planificación y control operacional	8.2 Requisitos para los productos y servicios	8.3 Diseño y desarrollo de productos y servicios	8.4 Control proc., prod. y serv. suministrados	8.5 Producción y provisión del servicio	8.6 Liberación de los productos y servicios	8.7 Control de las salidas no conformes	9.1.1-9.1.3 Seguimiento, medición, análisis y acción	9.1.2 Satisfacción del cliente	9.2 Auditoría interna	9.3 Revisión por la dirección	10 No conformidad y acc. correctiva. Mejora continua
12	1	09:00 09:15	PMP	Reunión inicial																					
12	1	09:15 09:45	PMP	Gestión de Calidad	x	x	x	x	x	x											x		x	x	x
12	1	09:45 10:00	PMP	Gestión documental									x												
12	1	10:00 10:30	PMP	Comunicación									x			x									
12	1	10:30 11:30	PMP	Gestión de Proyectos																					
12	1	11:30 12:00	PMP	Gestión de Recursos Humanos								x	x												
12	4		PMP	Gestión de compras y proveedores – Mantenimiento de infraestructuras													*								
12	1	12:00 13:00	PMP	Acogida																					
12	1	13:00 14:00	PMP	Proceso de programa sociosanitario																					
12	1	14:00 15:00	PMP	Asesoramiento social - Intervención social																					
13	1	09:00 09:30	PMP	Asesoramiento jurídico – Intervención jurídica																					
13	1	09:30 10:30	PMP	Apoyo psicológico																					
13	1	10:30 11:30	PMP	Formación																					
13	1	11:30 12:30	PMP	Orientación Laboral – Intermediación Laboral – Selección de ofertas																					
13	1	12:30 13:30	PMP	Elaboración del informe de auditoría por el equipo auditor																					
13	1	13:30 14:00	PMP	Reunión final																					

CUADRO DE NO CONFORMIDADES

Ref. NC	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma	Categoría N. C.
1	En relación a la evaluación de la eficacia de la formación, no consta evaluación de eficacia de formación realizada en 2º semestre de 2021, y 1º semestre de 2022.	7.3	Menor
2	En relación a la evaluación de proveedores, se detecta que no se recogen en última evaluación realizada, proveedores de prestación de servicio como Formaciona.	8.4	Menor
3	<p>En relación a la prestación de servicio, se detecta:</p> <p>a) Si bien en Ficha de Proceso de acogida se recoge “Acogida Grupal”, se refiere que no se lleva a cabo dicha sistemática desde Enero 2022. A fecha de auditoría se realiza únicamente acogida individual.</p> <p>b) Registros de acogida en Base de Datos, si bien en parte de los usuarios muestreados, dicha información se encuentra incompleta.</p> <p>c) Se detectan en presente auditoría derivaciones a diferentes servicios, sin que conste en base de datos evidencia de que éstas han sido atendidas (Ej. 87/07/11CYM – Intervención social: No seguimiento de trámite; 94/06/06/MN – Intervención social, identificada como Urgente, si bien no consta que se haya gestionado; Asesoramiento Jurídico: No usuario de fecha 10/01/2022; 00/11/13/RTL. Acogida de 18/02/2022. Correo 02/07/2022. No consta respuesta en la base de datos; 92/01/27/BJFE. Acogida de 25/02/2022. Sin datos en dicha acogida. Correo de fecha 22/02/2022. No consta respuesta).</p> <p>d) Apoyo psicológico: Si bien se identifican intervenciones como “Urgentes”, no consta que se realice la intervención en un plazo tal (Ej. 87/12/23/BYK 14/06/2022 – Se atiende el 03/08; 66/05/28/ACJJ: Derivación de fecha 10/08/2022. 1ª Cita 01/09/2022).</p> <p>e) En relación a la gestión de la formación impartida por la organización, así como las actividades grupales realizadas, se evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No consta planificación completa de las acciones de formación individuales (Objetivos concretos, perfil de docente/monitor, espacio, etc.) - No consta valoración de grado de consecución de objetivos a nivel acción formativa / actividad de grupo (Grupal). - No consta valoración de objetivos a nivel individual. - Acción formativa Atención al cliente y Call Center (Nº 13): Constan dos diplomas de aprovechamiento a dos alumnos, sin que se pueda acreditar asistencia mínima. 	8.5	Menor

Nota 1: Para todas las NC descritas en esta tabla, será necesario que la Organización establezca y documente las acciones correctivas pertinentes.

Nota 2: Aunque puedan existir apartados / subapartados que se auditen conjuntamente (cuando así lo indique la Matriz de Actividades), las NC se asignarán al subapartado específico en el que se detectan.

DISPOSICIONES FINALES

- Las observaciones y no conformidades han sido aclaradas y entendidas.
- A la vista de los resultados de la auditoría, el Auditor Jefe realiza la siguiente propuesta sobre la certificación:

Mantenimiento de certificado, sujeto a resolución favorable de PAC.

- No obstante, los Servicios Técnicos de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. son el órgano responsable de la decisión final sobre la certificación, una vez analizados los resultados reflejados en este informe de auditoría y en el plan de acciones correctivas (cuando proceda) enviado por la organización. En consecuencia, la propuesta del equipo auditor sobre la certificación podrá ser ratificada o no.
- Teniendo en cuenta las no conformidades indicadas en este informe, si fuese necesaria la presentación del Plan de Acciones Correctivas, la Organización se compromete a enviarlo a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. (a la dirección de correo electrónico pac.galicia@aenor.com en 30 días naturales a partir de la fecha de emisión del informe de auditoría, con la información requerida por la *Guía para la elaboración del plan de acciones correctivas*. En caso de que el Plan de Acciones Correctivas no fuera satisfactorio, la organización dispone de un plazo de 15 días naturales para el envío de la documentación adicional que le sea requerida por AENOR INTERNACIONAL S.A.U., a partir de la fecha de recepción dicho requerimiento.
- Indicar las no conformidades del presente informe a las cuales la organización tiene intención de presentar apelación. En este caso, la organización deberá enviar a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. en el plazo de 7 días naturales, a contar desde la fecha del último día de auditoría, la justificación y evidencias documentales necesarias para su valoración por los servicios de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. Asimismo, se informa a la organización que cualquier queja o reclamación sobre la actuación de AENOR INTERNACIONAL S.A.U., estas deben ser remitidas a la siguiente dirección: calidad@aenor.com
- El Equipo Auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe y hace entrega al Representante de la Organización del Informe de Auditoría.
- Durante la auditoría se ha comprobado el uso de la marca correspondiente a la/s Norma/s auditada/s, identificándose en el presente informe cualquier desviación que pudiera haberse detectado al respecto.
- Las no conformidades pueden referirse a incumplimientos de los requisitos de la norma de referencia aplicable, o de cualquier otro requisito establecido en el Sistema de Gestión de la Organización.
- Se acuerda con la Organización, las siguientes fechas para la realización de la próxima auditoría:

Fecha próxima auditoría:	SEPTIEMBRE 2023
Fecha expiración del actual certificado: <i>(no cumplimentar en Fase I / Fase II)</i>	2023-11-19

- Comentarios si procede, sobre la planificación de la próxima auditoría (a cumplimentar por el Auditor Jefe): No procede.
- Con antelación a la realización de la próxima auditoría, se determinarán en el Plan de Auditoría los centros a visitar y la planificación de actividades prevista.
- Una vez concedida la Certificación, la organización se compromete a poner a disposición de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. durante la realización de las auditorías la documentación vigente del Sistema de Gestión.
- Para cualquier aspecto relacionado con el proceso de certificación, la organización puede dirigirse al Técnico Responsable de su Expediente (TRE). **MAYO PRIEGUE, JOSEFA**

En A Coruña, a 13 de Septiembre de 2022

ANEXO A CENTROS VISITADOS

DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)

CENTROS FIJOS

CENTRO 1: ECOS DO SUR

DIRECCIÓN: AV FINISTERRE, 109 BAJO, 15004 - A CORUÑA

ACTIVIDADES DEL ALCANCE:

Acceso a derechos: acogida, trabajo social, programa sociosanitario, apoyo psicológico, asesoría jurídica.

Empleo: orientación laboral, prospección e intermediación laboral.

Diseño, desarrollo e impartición de actividades formativas no regladas en las modalidades presencial, online y mixta orientadas a:

- La integración social a través de acciones formativas en torno a los valores y lenguas de la sociedad de acogida.
- La inserción sociolaboral a través de acciones formativas prelaborales y ocupacionales
- Fomento de la igualdad.
- Impulso de la participación social y el ciberactivismo, dirigido a personal técnico o población en general.

ANEXO B PROGRAMA DE AUDITORÍA

Datos Generales de la Organización y Cuestiones a considerar

Tamaño de la organización y el alcance: ver Hoja de Datos anexa.

Nº Turnos (el número de turnos y su tipología se tendrán en cuenta en programación de actividades, considerando que si se trabaja a más de 1 turno, se debe justificar si procede o no auditar todos los turnos de trabajo)

1 turno

Reflejar si ha habido alguna incidencia o cambios que deban ser tenidos en cuenta para programar las auditorías del ciclo en cuanto al nivel de eficacia del sistema de gestión, su complejidad, sus productos o procesos, resultados de auditorías previas (NC mayores o resultados insatisfactorios), quejas recibidas sobre el cliente o comunicaciones relevantes de alguna parte interesada sobre el cliente, cambios en requisitos de certificación, cambios legislativos, cambios en requisitos de acreditación u otros.

No procede.
Durante periodo objeto de auditoría AS1 no se ha realizado formación en modalidad mixta.

Tabla de Programación de actividades de auditoría del ciclo completo de certificación

	AR		AS1		AS2		AR	
Fecha aproximada (mes/año)	08-2020 (Vto: 19.11.2020)		09-2021		09-2022		08-2023 (Vto: 19.11.2023)	
ALCANCE	Todo el alcance, según Hoja datos		Todo el alcance, según Hoja datos		Todo el alcance, según Hoja datos		Todo el alcance, según Hoja datos	
CENTROS	1		1		1		1	
NORMA	APARTADOS DE LA NORMA A AUDITAR							
ISO9000	Todos los puntos de la norma UNE EN ISO 9001:2015.		Todos los puntos de la norma UNE EN ISO 9001:2015 excepto RHH		Todos los puntos de la norma UNE EN ISO 9001:2015 excepto compras y Mantenimiento		Todos los puntos de la norma UNE EN ISO 9001:2015.	
PROCESOS	P	R	P	R	P	R	P	R
Gestión de Calidad	X	X	X	X	X	X	X	
Gestión documental	X	X	X	X	X	X	X	
Comunicación	X	X	X	X	X	X	X	
Gestión de Proyectos	X	X	X	X	X	X	X	
Gestión de Recursos Humanos	X	X		X	X	X	X	
Gestión de compras y proveedores – Mantenimiento de infraestructuras	X	X	X	X			X	
Acogida	X	X	X	X	X	X	X	
Proceso de programa sociosanitario	X	X	X	X	X	X	X	
Asesoramiento social - Intervención social	X	X	X	X	X	X	X	
Asesoramiento jurídico – Intervención jurídica	X	X	X	X	X	X	X	
Apoyo psicológico	X	X	X	X	X	X	X	

	AR		AS1		AS2		AR	
Fecha aproximada (mes/año)	08-2020 (Vto: 19.11.2020)		09-2021		09-2022		08-2023 (Vto: 19.11.2023)	
ALCANCE	Todo el alcance, según Hoja datos		Todo el alcance, según Hoja datos		Todo el alcance, según Hoja datos		Todo el alcance, según Hoja datos	
CENTROS	1		1		1		1	
Formación	X	X	X	X	X	X	X	
Orientación Laboral – Intermediación Laboral – Selección de ofertas	X	X	X	X	X	X	X	

P: Programado R: Realizado

Nota 1: Se incluirán en la tabla las columnas que procedan relativas a **auditorías extraordinarias** que hayan sido necesarias realizar a lo largo del ciclo, detallando los procesos y apartados de la norma que hayan sido auditados en cada caso.

Nota 2: La descripción de los procesos se realizará atendiendo a los requisitos de cada tipo de Sistema de Gestión. La información de la Tabla debe ser trazable con los datos (procesos, centros y apartados de Norma) identificados en la Matriz. Se incluyen en cursiva y corchetes los procesos generales de la Estructura de Alto Nivel. **Estos procesos deben particularizarse para cada organización y cada tipo de Sistema de Gestión.**

Nota 3 En caso de tratarse de una transferencia el Programa deberá empezar con la auditoría del ciclo de certificación que corresponda.

ANEXO C RELACIÓN DE PARTICIPANTES (marcar con X el tipo de participación)

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	Desarrollo Auditoría	Reunión final
SARAY DURÁN GATO	DIRECCIÓN - RESPONSABLE SISTEMA GESTIÓN	X	X	X
DJIBRIL FAYE	COORDINADOR PROGRAMA SOCIOSANITARIO		X	
RAMÓN LÓPEZ CAZORLA	RESPONSABLE ORIENTACIÓN LABORAL		X	
ELENA MAISON DIAZ DE LA ROCHA	COORDINADORA SERVICIO JURÍDICO		X	
NEREA GONZÁLEZ LÓPEZ	COORDINADORA APOYO PSICOLOGICO		X	
ALICIA BARROS VICENTE	COORDINADORA FORMACIÓN – GESTIÓN DOCUMENTAL		X	
JAVIER VILLAVERDE	GESTIÓN DE PROCESO DE ACOGIDA		X	
SANDRA GARCÍA	GESTIÓN DE PROYECTOS		X	
LORENA ALVAREZ	TRABAJO SOCIAL		X	
NATALIA MONJE	COMUNICACIÓN		X	

ANEXO - HOJA DE DATOS

DATOS GENERALES		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Nombre de la Organización	ECOS DO SUR	
Factoría/Planta/Delegación		
Domicilio Social	AV FINISTERRE, 109 BAJO, 15004 - A CORUÑA	
C.I.F.	G15354483	
NACE	<NACE>	
Grupo (si aplica)	<GRUPO>	
Correo electrónico	direccion@ecosdosur.org	
Representante de la Dirección		
Nombre	Dña. Saray DURÁN GATO	
Cargo	Directora acogida e inclusión	
Teléfono	881965692	
Correo electrónico	direccion@ecosdosur.org	
Director General		
Nombre	HURTADO DURÁN, Patxi	
Cargo	DIRECCIÓN ESTRATÉGICA Y FINANCIERA	
Contacto de Facturación		
Nombre	TITUANA TUTILLO, María José	
Cargo	CONTABLE	
Teléfono	881965692	
Correo electrónico	administracion@ecosdosur.org	
Contacto de contabilidad		
Nombre	<NOMBRE_CONTACTO_CONTABILIDAD>	
Cargo	<CARGO_CONTACTO_CONTABILIDAD>	
Teléfono	<TELEFONO_CONTACTO_CONTABILIDAD>	
Correo electrónico	<CORREO_CONTACTO_CONTABILIDAD>	

ALCANCE DEL CERTIFICADO (añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Norma de referencia	UNE-EN ISO 9001:2015	
Alcance Español	<p>Acceso a derechos: acogida, trabajo social, programa sociosanitario, apoyo psicológico, asesoría jurídica.</p> <p>Empleo: orientación laboral, prospección e intermediación laboral.</p> <p>Diseño, desarrollo e impartición de actividades formativas no regladas en las modalidades presencial, online y mixta orientadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La integración social a través de acciones formativas en torno a los valores y lenguas de la sociedad de acogida. - La inserción sociolaboral a través de acciones formativas prelaborales y ocupacionales - Fomento de la igualdad. - Impulso de la participación social y el ciberactivismo, dirigido a personal técnico o población en general. 	
Alcance Inglés	<p>Access to rights: welcome, social work, social health program, psychological support, legal advice.</p> <p>Employment: labor orientation, prospecting and labor intermediation.</p> <p>Design, development and delivery of non-regulated training activities in face-to-face, online and mixed modalities aimed at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Social integration through training actions around the values and languages of the host society. - Socio-labor insertion through pre-employment and occupational training actions. - Promotion of equality. - Promotion of social participation and cyberactivism, aimed at technical personnel and the general population 	
Procesos subcontratados (mencionar procesos)		
Productos/Proyectos		

CENTROS DE ACTIVIDAD Y Nº PERSONAS					Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)				
	Pers Prop	Pers Subc	Colectivo (*)	Nº		Pers Prop	Pers Subc	Colectivo (*)	Nº
Total personas implicadas en el alcance del certificado:			N.A.		Total, personas implicadas en el alcance del certificado:			ELIJA..	
Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado (añadir tantas filas como sean necesarias)	Pers Prop	Pers Subc	Colectivo	Nº	Indicar posibles modificaciones en los centros (añadir tantas filas como sean necesarias)	Pers Prop	Pers Subc	Colectivo	Nº
AV FINISTERRE, 109 BAJO. 15004 - A CORUÑA	38	0	ELIJA..			50		N.A.	
			N.A.					ELIJA..	

(*) Explicación sobre colectivos:

ACTIVIDAD DE LA ORGANIZACIÓN	Colectivo	Explicación y exclusiones:
Cualquier actividad	Comerciales	
Limpieza	Limpiadores	No se incluye en este colectivo a Limpiadores especializados (por ejemplo: limpiadores de quirófanos, centrales nucleares, zonas contaminadas, etc.)
Seguridad	Personal de Seguridad	No se incluye en este colectivo, a los Servicios especiales de seguridad (por ejemplo: guardaespaldas, personal de los furgones de seguridad, instalaciones especiales, etc.).
Transporte	Conductores	
	Conductores de transportes especiales	Por ejemplo: conductores de camiones con material muy voluminoso, mercancías peligrosas, mercancías que requieran cadena de frío, transporte de pasajeros, etc.).
Sanitaria en hospitales y residencias	Celadores	No se incluye en este colectivo el personal de enfermería (enfermeros o auxiliares de enfermería)
Construcción / Actividades extractivas a cielo abierto	Peones	No se incluye en este colectivo al Personal especializado (oficiales de primera, encargados de obra, montadores de andamios, instaladores, etc.)
Call-centers y Tele-marketing	Telefonistas	No se incluye en este colectivo al Personal que realiza actividades de teleasistencia
Agraria	Recolectores	

Emplazamientos temporales	Nº Centros:		Emplazamientos temporales	Nº Centros:	
	Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):			Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):	

OTROS DATOS SOBRE EL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN				Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)			
Personal estacional	Nº Personas:		Periodo:		Personal estacional	Nº Personas:	Periodo:
Personal a tiempo parcial	Nº Personas:		Duración jornada:		Personal a tiempo parcial	Nº Personas:	Duración jornada:
Personal en turnos	Nº Personas:		Nº turnos:		Personal en turnos	Nº Personas:	Nº turnos:
Distribución personal por área				Distribución personal por área			
Dirección:		Producción:		Comercial:		Admón:	

ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL ESQUEMA AUDITADO		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Indicar los apartados de la Norma en los que se realizan exclusiones		
Reglamentación aplicable al alcance del certificado		

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL DIMENSIONAMIENTO DE LA AUDITORÍA			Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Volumen de proyectos (ISO 16602)			
Superficie (m ²)/ n° Líneas/N° APPCC (ISO 22000)			
Consumo anual de energía (Mwh/año) / N° de fuentes de energía / N° usos significativos de energía (ISO 50001)			
N° Usuarios con privilegios de administración y gestión (ISO 27001)			
Áreas/departamentos implicados en el <i>Business Impact Analysis</i> (ISO 22301)			
Otros esquemas			

OTROS ASPECTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Sistema de Gestión integrado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Grado de integración (en %)		