



CERTIFICACIÓN

INFORME DE AUDITORÍA: PRODICCO

TIPO DE VISITA:

AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO 2.2 (ENAC
- ISO 9001:2015)

NÚMERO DE CONTRATO:

ES/MAL/230607

BE THE BENCHMARK



SGS OFICINA PROVEEDORA:	SGS International Certification Services Iberica, S.A.U.	
ORGANIZACIÓN (CLIENTE):	PRODICCO	
DIRECCIÓN (OFICINA CENTRAL):	Ctra. Marbella, km 1, 29100 Coín, Málaga	
PERSONA DE CONTACTO EN EL CLIENTE:		
CRITERIOS DE AUDITORÍA		
ACREDITACIÓN	OFICINA SGS ACREDITADA	Número efectivo de empleados
ENAC	SGS International Certification Services Iberica, S.A.U.	94
Norma / Esquema	ALCANCE DE CERTIFICACIÓN	
ISO 9001:2015	Residencia para personas con Discapacidad Intelectual Gravemente Afectadas.	

Emplazamientos en el alcance de certificación

SITIO 1 : PRODICCO - Ctra. Marbella, km 1, 29100 Coín, Málaga	
Norma / Esquema	ALCANCE DE CERTIFICACIÓN
ISO 9001:2015	Residencia para personas con Discapacidad Intelectual Gravemente Afectadas.

Asignación del Equipo Auditor	
LIDER DEL EQUIPO AUDITOR	Rafael FERNANDEZ - Auditor
MIEMBRO DEL EQUIPO AUDITOR	Antonio Areales - Auditor
OTROS ACOMPAÑANTES (NOMBRE Y FUNCIÓN)	
FECHA(S) DE AUDITORÍA	22 mar. 2023

1. OBJETIVOS DE AUDITORÍA

Los objetivos de esta auditoría/visita son, para el alcance de la certificación:

determinar la conformidad del sistema de gestión del cliente, o partes de éste, con los criterios de auditoría;

determinar la capacidad del sistema de gestión para asegurar el cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables (NOTA: una auditoría de certificación de un sistema de gestión no es una auditoría de cumplimiento legal);

determinar la eficacia del sistema de gestión para alcanzar, de un modo razonable, sus objetivos;

si procede, la identificación de posibles áreas de mejora del sistema de gestión.

CONSIDERACIONES:

El alcance de la auditoría, así como las fechas y lugares donde ésta se ha realizado se identifican en el plan de auditoría (cualquier cambio se identifica en el informe de auditoría).

Este informe de auditoría contiene un resumen de la capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y los resultados esperados.

Este informe es confidencial y su distribución se limita al equipo auditor, asistentes a la auditoría, representante del cliente, oficina de SGS y, si aplica, entidad de acreditación, propietarios del esquema y cualquier otra entidad reglamentaria, en línea con nuestra Política de Privacidad accesible en www.sgs.es/es-es/privacy-at-sgs.

Las auditorías se realizan mediante un proceso de muestreo, con base en la información disponible en el momento de la auditoría. Los métodos de auditoría deben incluir, pero no limitarse a: entrevistas, observación de las actividades y revisión de documentos y registros.

2. RESUMEN Y CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El equipo auditor recomienda, con base en los resultados de esta auditoría, que la certificación para el sistema de gestión sea:

NORMA Y ACREDITACIÓN	CONCLUSIONES
ISO 9001:2015 - ENAC	Mantenida

La continuidad de la certificación está condicionada al tratamiento adecuado de las no conformidades.

RESUMEN DE LA AUDITORIA

- La documentación del sistema de gestión ha demostrado su conformidad con los requisitos de la(s) norma(s) de auditoría y proporciona la estructura suficiente para respaldar la implementación y el mantenimiento del sistema de gestión.
- La organización ha demostrado una implementación y mantenimiento/mejora efectivos de su sistema de gestión y es capaz de lograr los objetivos de su política.
- La organización ha demostrado una implementación y un seguimiento eficaces de la capacidad de su sistema de gestión en relación con el cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables.
- La organización ha demostrado el establecimiento y seguimiento de objetivos y metas clave de desempeño apropiados y ha realizado un seguimiento del progreso hacia su logro.
- El programa de auditoría interna se ha implementado en su totalidad y demuestra efectividad como herramienta para mantener y mejorar el sistema de gestión.
- El proceso de revisión por la dirección ha demostrado su capacidad para garantizar la idoneidad, adecuación y eficacia continuas del sistema de gestión.
- A lo largo del proceso de auditoría, el sistema de gestión demostró conformidad general con los requisitos de la(s) norma(s) de auditoría.

--	--

3. HALLAZGOS DE LA AUDITORIA PREVIA

Se han revisado los resultados de la última auditoría, en particular para asegurar la implantación de acciones correctoras adecuadas en el caso de haberse identificado no conformidades (o hallazgos en la Etapa 1). Cuando el sistema de gestión no hubiera realizado un tratamiento adecuado, el problema concreto se habrá identificado como no conformidad en este informe.

4. NO CONFORMIDADES

NO CONFORMIDAD	Nº 1 / 1	NC Menor	
PROCESO	APOYO	FECHA DE APERTURA	22 Mar 2023
Norma / Esquema	ISO 9001:2015	CLÁUSULAS	7.1.3
DESCRIPCIÓN	Se detecta que no se ha realizado la correspondiente inspección reglamentaria de BT relacionada con el certificado R29 RE18 0404 de fecha 19.02.2018 realizado por ICA con resultado favorable, cuya validez era hasta el 19.02.2023.		

NO CONFORMIDADES MENORES	
Se debe documentar en un plan de acción las acciones correctivas para las no conformidades menores, incluyendo un análisis de causas. Se realizará un seguimiento de la efectividad de las acciones tomadas en la próxima visita (todas las auditorías).	
El plan de acción ha sido revisado por el auditor y es adecuado (el pack de auditoría requiere una decisión de certificación). (or)	<input type="checkbox"/>
El plan de acción debe ser enviado antes de 90 días para la revisión (el pack de auditoría requiere una decisión de certificación / el cliente ha propuesto acciones que han sido revisadas) . (or)	<input type="checkbox"/>
No es necesario enviar a SGS el plan de acción (el pack de auditoría no requiere una decisión de certificación / el cliente ha propuesto acciones que han sido revisadas).	<input checked="" type="checkbox"/>

Las no conformidades deben tratarse mediante el proceso de acción correctiva de la organización, de acuerdo con los requisitos de la norma aplicable, incluyendo un análisis de causas con el fin de prevenir la reparación. Se mantendrán registros de acciones.

Los plazos indicados pueden verse reducidos cuando exista un requisito más limitante , por ejemplo: caducidad del certificado.

5. OBSERVACIONES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

Observación Nº 1	
DESCRIPCIÓN	Se observa que la empresa de mantenimiento de ascensores MAN, no deja evidencia de las visitas que realiza para el mantenimiento del ascensor (durante la auditoría se solicitan a la empresa).
PROCESO	APOYO
Norma / Esquema	ISO 9001:2015

Observación N° 2	
DESCRIPCIÓN	Se observa que en el "Libro de registros del mantenimiento de la instalación de agua fría y caliente para el control y prevención de la legionela", desde octubre de 2022 no se ha cumplimentado la "Hoja de control mensual".
PROCESO	APOYO
Norma / Esquema	ISO 9001:2015

Observación N° 3	
DESCRIPCIÓN	Se observa que no se identifica la persona que cumplimenta las hojas de control semanal del "Libro de registros del mantenimiento de la instalación de agua fría y caliente para el control y prevención de la legionela".
PROCESO	APOYO
Norma / Esquema	ISO 9001:2015

Observación N° 4	
DESCRIPCIÓN	Mejorar el seguimiento de los objetivos en cuanto a la realización de las tareas planificadas a lo largo del año.
PROCESO	PLANIFICACIÓN
Norma / Esquema	ISO 9001:2015

Observación N° 5	
DESCRIPCIÓN	Durante la revisión de los distintos informes generales y valoraciones anuales realizados por los especialistas se observan algunos en los que no está claramente definido la periodicidad de su elaboración
PROCESO	OPERACIÓN
Norma / Esquema	ISO 9001:2015

Observación N° 6	
DESCRIPCIÓN	Aunque se comprueba el seguimiento de los usuarios a través del recién instalado programa interno GDR donde se registran las caídas, talleres a los que asisten, actividades deportivas, control de esfínteres, cambios posturales, etc., en el procedimiento de prestación del servicio se sigue haciendo referencia a los registros antiguos que ya se consideran obsoletos.
PROCESO	APOYO
Norma / Esquema	ISO 9001:2015

6. REQUISITOS ESPECÍFICOS

¿Cambios significativos?

No

¿Las declaraciones sobre la certificación son adecuadas y de acuerdo a las directrices de SGS, y se controla de modo efectivo el uso de las marcas y documentos de certificación?

Sí

7. LINEAS DE INVESTIGACIÓN DE AUDITORIA

SITIO 1 : PRODICCO - Ctra. Marbella, km 1, 29100 Coín, Málaga

PROCESO : CONTEXTO

PROPIETARIO DEL PROCESO	AUDITOR
Yolanda Fuentes Villodres (Directora y Responsable Calidad)	Rafael FERNANDEZ
RESUMEN	
<p>CONTEXTO:</p> <p>Se revisa contexto de la organización, seguimiento de las partes interesadas, alcance y mapa de procesos. La organización ha realizado un análisis exhaustivo de su situación y es coherente con el sistema de gestión implantado.</p>	

PROCESO : LIDERAZGO

PROPIETARIO DEL PROCESO	AUDITOR
Yolanda Fuentes Villodres (Directora y Responsable Calidad)	Rafael FERNANDEZ
RESUMEN	
<p>LIDERAZGO:</p> <p>Se comprueba liderazgo de la dirección de la empresa. La política ha sido comunicada y está disponible a las partes interesadas. Los roles y responsabilidades han sido comunicados entre el personal y las funciones son acordes al organigrama descrito.</p>	

PROCESO : PLANIFICACIÓN

PROPIETARIO DEL PROCESO	AUDITOR
Yolanda Fuentes Villodres (Directora y Responsable Calidad)	Rafael FERNANDEZ
RESUMEN	
<p>PLANIFICACIÓN</p> <p>Se revisan riesgos y oportunidades de la organización, así como su seguimiento. Se comprueba cierre de objetivos del año anterior, los planificados para el presente año y sus posibles cambios.</p>	

PROCESO : OPERACIÓN

PROPIETARIO DEL PROCESO	AUDITOR
Yolanda Fuentes Villodres (Directora y Responsable Calidad)	Rafael FERNANDEZ
RESUMEN	
<p>OPERACIÓN:</p> <p>Se comprueba capacidad de la organización para prestar el servicio según el alcance definido. Se han revisado ejemplos de servicios prestados a los usuarios: atención a usuarios, fisioterapia, psicología, enfermería, cocina, etc. Existe una correcta planificación y control operacional.</p>	

Se revisan las actividades realizadas.

PROCESO : MEJORA

PROPIETARIO DEL PROCESO

AUDITOR

D^a. Yolanda Fuentes Villodres

Antonio Areales

RESUMEN

P-02 Gestión de no conformidades y acciones correctivas, ed. 00 fecha 31.08.2016.

La organización determina y selecciona las oportunidades de mejora en el sistema, e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente para mejorar sus productos y servicios, corregir o prevenir efectos no deseados, mejorar el desempeño y eficacia de su sistema.

En 2022 se ha detectado 1 NC, se comprueba el registro y planificación de acciones como:

10-11-22: Proveedor de alimentación que no presta un servicio adecuado; Cerrada en diciembre de 2022, con cambio de proveedor.

La organización considera los resultados del análisis y la evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar necesidades y oportunidades.

No se ha recibido reclamaciones.

PROCESO : EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

PROPIETARIO DEL PROCESO

AUDITOR

D^a. Yolanda Fuentes Villodres

Antonio Areales

RESUMEN

9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación

La organización ha elaborado un cuadro de indicadores para medir los procesos del sistema de gestión, se revisan, se comprueba la medición y resultados de 2022 y su análisis en la revisión por la dirección.

Nº de plazas libres. Valor optimo 0. Valor esperado 2. Valor obtenido 0

% de usuarios adaptados al centro. Valor optimo 100%. Valor esperado 70% Valor obtenido 100%

Nº de contactos con las familias. Valor optimo 100%. Valor esperado 70%. Valor obtenido 100%

% de actividades realizadas/planificadas. Valor optimo 100%. Valor esperado 60% Valor obtenido 100%.

Nº de NC proveedores. valor optimo 0. valor esperado 5. Valor obtenido 1

Nº de objetivos conseguidos / nº de objetivos propuestos. Valor optimo 100%. Valor esperado 50%. Valor obtenido 50%.

Nº de NC del servicio. Valor optimo 0. Valor esperado 10. Valor obtenido 0

Nº trabajadores que reciben formación. Valor optimo 100%. Valor esperado 10%. Valor obtenido 100%

Nota media del nivel de satisfacción. Valor optimo 100%. Valor esperado 60%. Valor obtenido 84,24%

230607. Valor optimo 500. Valor esperado 2000. Valor obtenido 1963,40 €

Todos se encuentran dentro de los valores de referencia salvo el indicador "Gastos de mantenimiento", que en el primer semestre ha alcanzado la cifra de 3794,45.

PR-04 Satisfacción de clientes

Anualmente, se realizan a los usuarios familiares localizables una encuesta según el formato R04-1 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN FAMILIAS. Los resultados obtenidos se analizan en la Revisión por la Dirección considerando acciones para eliminar los posibles clientes insatisfechos (aquellos por debajo del 60%).

También se tienen en cuenta Observaciones y datos de interés expresados por el cliente.

Se han recopilado 20 encuestas de familias de 73 usuarios (siendo 15 tutelados por PRODICCO).

La media obtenida es de 84,24%, inferior al 92,04% del año anterior, y a la pregunta cómo nos valora en general, la media es 86.

50%, inferior al año anterior que fue 94,58%.

Únicamente una familia ha puntuado por debajo del "6". Puestos en contacta con ellos, manifiestan que no entendieron bien las preguntas.

Pregunta mejor valorada es a "trámites del tratamiento" con un 85%.

El resto de preguntas se han valorado entre el 84 y 85%.

En el año 2022 no se han recogido sugerencias de mejora.

9.2. Auditoría interna

P-07 Auditorías internas ed. 00 fecha 14.09.2016.

Plan anual de auditoria 2023, en el que se programa para el mes de enero.

Programa de auditoría interna de fecha 10.01.2023 por consultora externa.

Por procedimiento se establece la cualificación de auditor interno mediante conocimientos de la norma ISO 9001:2015 y procedimientos de PRODICCO, experiencia de al menos 20 auditorías, curso de auditor de calidad mínimo 50 horas, así como independencia del área auditada. Se verifica CV de IGC cumpliendo requisitos establecidos en perfil de auditor.

Informe de auditoría interna de fecha 9.02.2023 realizada por auditora externa ICG de evoluciona consultores, donde no son detectadas no conformidades y sí 3 observaciones.

9.3. Revisión por la dirección

P-05 Responsabilidades de la dirección, ed. 00 fecha 14.09.2016.

Informe de revisión por la dirección de fecha 10.02.2023, donde se tienen en cuenta como elementos de entrada: informes de auditorías internas/externas, cuestionarios valoración clientes, índices de satisfacción, informes de no conformidad y reclamaciones de clientes, estado de acciones correctivas, seguimiento de objetivos y propuesta de nuevos objetivos, evaluación de proveedores, adecuación de capacitación del personal, seguimiento plan de formación, seguimiento de indicadores, resultados de seguimiento y medición, cambios que puedan afectar al sistema de gestión, adecuación de política de calidad, cambios en cuestiones internas/externas al sistema, eficacia de acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades, sugerencias del personal, necesidad de recursos, toma de decisiones.

Contempla todos los apartados según la norma de referencia.

PROCESO : APOYO

PROPIETARIO DEL PROCESO	AUDITOR
D ^a . Yolanda Fuentes Villodres	Antonio Areales

RESUMEN

7.1. Recursos

Ascensores:

- Inspección reglamentaria por OCA TÜV de equipo RAE 36513 con defectos leves, válida hasta el 30-08-24.
- Inspección reglamentaria por OCA TÜV de equipo RAE 39139 sin defectos, válida hasta el 30-08-24.

Empresas de mantenimiento de ascensores Man y Thyssen Krupp.

Sistema Contraincendios:

- Certificado de instalación contra incendios fecha febrero de 2023. Extintores, BIE, detección.
- Certificado de inspección periódica OCA por FACTOTUR contra incendios de 5/08/20. Próxima en 2030

Mantenimiento realizado por proveedor externo Seguridad factotur, S.L., autorizada por la Junta de Andalucía nº B93151322 como empresa mantenedora e instaladora. Se comprueba ISO 9001 de la empresa FACTOTUR.

Se revisan los registros de revisiones trimestrales de los equipos por parte de personal interno. Último registro de fecha 24-01-23. Se revisan BIES, central detección alarma, sistema manual y extintores.

Baja Tensión:

- Certificado de inspección reglamentaria de baja tensión R29 RE22 3389.1 emitido por ICA, válido hasta el 10-11-27.
- Certificado de inspección reglamentaria de baja tensión R29 RE18 0404 de fecha 19.02.2018 realizado por ICA con resultado favorable válida hasta 19.02.2023.

Alta Tensión:

- Centro de transformación (1 transformador): Se comprueba acta de inspección reglamentaria realizada por ICA, válida hasta el 10-11-25.
- Certificado revisión periódica anual del centro de transformación por parte de Melfosur, de fecha 7-12-22.

Legionella: (La instalación pertenece y es mantenida por el Ayuntamiento de Coin. Desde el centro solo se cumplimentan los registros que forman parte del "Libro de registros del mantenimiento de la instalación de agua fría y caliente para el control y prevención de la legionela").

- Libro de mantenimiento de la instalación de agua fría y caliente para el control y prevención de legionela para año 2023-2024. Incluye registros diarios, semanales, mensuales, trimestrales y anuales sobre acumuladores de agua sanitaria, depósito de agua fría, grifos y duchas. Verificados registros de mantenimiento de las semanas del 19 al 23 de diciembre de 2022, ..., del 20 al 24-03-23.

Depósito de propano:

- Certificado de mantenimiento preventivo de instalaciones de GLP realizada por INAGAS de 5-10-22
- Certificado de revisión en instalación GLP realizado por INAGAS con fecha 6-10-21
- Certificado de ensayo de emisión acústica en depósito de GLP por TUV Austria Viena (acreditada por ENC nº 483/E1748), fecha 07-07-20, válido por 15 años (hasta el 7-07-35).
- Certificado de retimbrado de fecha 07-07-20, realizado por Repsol.

Caldera:

Certificado de revisión de la caldera por la empresa Saunier Duval de fecha 4-01-23. Existe contrato de mantenimiento de fecha 27-12-18 hasta 26-12-23. Revisiones anuales.
La caldera ha sido instalada en 2017.

Sistema de Autocontrol:

Sistema de autocontrol de fecha septiembre 2018, donde se encuentran incluidos los planes generales de higiene:

Plan de control de agua apta para consumo humano.

Plan de limpieza y desinfección.

Plan de control de plagas.

Subcontratado con Plagas Urbano. Último diagnóstico con fecha 19-12-22. Nos se detectaron plagas.

Plan de mantenimiento de equipos e instalaciones.

Plan de trazabilidad.

Plan de control de temperaturas:

Se comprueban los registros de control de temperaturas de fechas marzo y febrero 2023.

Plan de formación de manipuladores.

Guía de buenas prácticas de manipulación y manejo.

Plan de especificaciones sobre suministros.

Plan de eliminación de residuos.

La Organización ha determinado, proporciona y mantiene el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios a través del mantenimiento de las instalaciones, el sistema de autocontrol, etc.

Vehículo:

6265 JJG: ITV válida hasta el 29-09-23

2986 FTH: ITV válida hasta el 15-05-23

..

Equipos de medición

Para el seguimiento de los usuarios se utilizan termómetros y tensiómetros de forma puntual, determinando que no requieren calibración ya que cualquier control más específico se realiza desde el centro de salud, sin embargo, deben ser controlados y conservados adecuadamente, (permanecer legibles y sin roturas).

Comprobado listado de equipos de medición con las verificaciones interna con equipos del mismo tipo y rango, se comprueba la última actualización de enero de 2023.

En él se incluyen entre otros: nevera, congelador, termómetros, tensiómetros, etc.

7.2 Competencia. 7.3 Toma de Conciencia

No auditado en este seguimiento.

7.4 Comunicación

Se han establecido canales de comunicación interno y externos como correo, teléfono, página web, reuniones con el personal, con familiares, etc.

Existe implantado programa interno donde se registran datos de los usuarios a través de Tablet. Esto facilita el seguimiento y comunicación entre los profesionales del centro.

Se consideran adecuados los canales establecidos.

Principalmente se usa tablón de anuncios en zonas comunes para los trabajadores.

Las comunicaciones internas, además del tablón, se hacen a través de un grupo de whatsapp en el que se encuentra todo el personal de la empresa. Entre otros comunicados, se comprueba el de los objetivos de 2023

7.5 Información documentada

P-09 Control de la Documentación y de los Registros

El SGC de la Organización incluye la información documentada requerida por ISO 9001 y la información documentada que la Organización determina como necesaria para la eficacia del SGC.

Se ha establecido un proceso y procedimiento para el control de la información P-09. Rev. 0.

Toda la documentación del sistema (manual, procedimientos, protocolos, registros, etc.) se aloja en servidor interno. Se realizan copias de seguridad diariamente.

Se revisa listado de documentación en vigor actualizado a fecha 19-01-23.

Listado de registros actualizado a fecha 28-01-16.

Listado de documentación externa y distribución de la documentación.

8. INFORMACION ADICIONAL / COMENTARIOS

Yolanda Fuentes Villodres (Directora y Responsable Calidad)

Inmaculada Garrido (consultora externa)

WWW.SGS.COM

WHEN YOU NEED TO BE SURE