

CENTRO TERAPEUTICO DE LA ASOCIACION RESURGIR "PROYECTO HUMANO" ANTEQUERA

Informe de Auditoría

Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN: 2012/0271/ER/01	Nº INFORME: 14	TIPO DE AUDITORÍA: Renovación
NORMA DE APLICACIÓN: UNE-EN ISO 9001:2015	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"/>

Fechas de realización de la Auditoría: 2024-05-29

DATOS GENERALES

A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la Organización	CENTRO TERAPEUTICO DE LA ASOCIACION RESURGIR "PROYECTO HUMANO" ANTEQUERA
Dirección	PLAZA DE CAPUCHINOS, 2 29200 - ANTEQUERA(MÁLAGA) España
Representante de la Organización (nombre y cargo)	Dña. Marisa MARTIN RAMIREZ (Directora)

B. EQUIPO AUDITOR

Función	Nombre	Iniciales
Auditora Jefe	D ^a . Isabel MORON DE CASTRO	IMC

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:

N/P. **100% presencial**

Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)	Herramientas y descripción
Herramienta(s) a utilizar	N/P
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"/>	N/P
Videollamada (WebEx)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/P
Captura de Pantallas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/P
Video en tiempo real o no real	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/P
Grabación de video	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/P
Intercambio de fotografías	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/P
Otros:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N/P
COMENTARIOS:		

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Cuestiones generales para todos los Sistemas de Gestión

Confirmación de la realización de la auditoría
<i>Se ha realizado la Auditoría de Renovación de Certificación al Sistema de Gestión de calidad de Centro terapéutico de la Asociación Resurgir "Proyecto Humano" Antequera, 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 de auditoría.</i>
Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado
<p><i>Los servicios de rehabilitación y reinserción social de personas con problemas de adicciones y otras conductas de riesgo en centro ambulatorio. La aplicación de programas de prevención a las adicciones, en centros escolares, empresas y familias. Programa de "Atención a la Mujer", específico, de forma transversal a lo largo del proceso dirigido a usuarias, familiares, voluntarias y población en general.</i></p> <p><i>¿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 desde la anterior auditoría.</i></p> <p><i>Descripción del muestreo realizado (procesos operativos, actividades, proyectos, líneas de producto, tipos de servicio, emplazamientos temporales...):</i></p> <p><i>Siendo auditoría de Renovación, se ha auditado el 100% del alcance de la actividad certificada recogida en el anexo de centro visitado, siguiendo la instrucción correspondiente de muestreo estadístico utilizado respecto a la provisión de servicios. Se ha realizado según lo indicado en el plan de auditoría y asegurando la planificación del Programa de auditoría, y la revisión de todo el alcance completo. Las evidencias auditadas de los procesos operativos se identifican en los anexos "Cuestiones particulares del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001", y en "Otras consideraciones del equipo auditor".</i></p> <p><i>Alcance de la auditoría:</i> <i>Los servicios de rehabilitación y reinserción social de personas con problemas de adicciones y otras conductas de riesgo en centro ambulatorio. La aplicación de programas de prevención a las adicciones, en centros escolares, empresas y familias. Programa de "Atención a la Mujer", específico, de forma transversal a lo largo del proceso dirigido a usuarias, familiares, voluntarias y población en general.</i></p> <p><i>¿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, indicar qué actividades no han sido auditadas:</i></p>
Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión
<p>Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión:</p> <p>1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados</p> <p><i>El Sistema de Gestión de calidad de Centro terapéutico de la Asociación Resurgir "Proyecto Humano" Antequera, cumple con los requisitos de la Norma y con el resto de los 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.</i></p> <p><i>Sin embargo, el resultado reflejado en este informe, en cuanto a no conformidades detectadas, indica que la organización debe analizar las causas de dichos hallazgos detectados y a emprender las acciones necesarias para su corrección.</i></p> <p>2. Auditoría interna y el proceso de revisión del sistema por la Dirección</p> <p><i>En cuanto al proceso de auditoría interna:</i> <i>Se ha podido evidenciar la realización de la auditoría interna conforme a los requisitos establecidos en las normas de referencia UNE EN ISO 9001:20015 de manera que se ha podido verificar la eficacia de este proceso como</i></p>

herramienta de seguimiento, para comprobar la idoneidad de los requisitos con el sistema de gestión en dichos procesos auditados.

Se ha realizado con recursos internos y se ha comprobado la imparcialidad de áreas auditadas, por el equipo auditor (M.M.R y N.R.V).

Se ha revisado el plan de auditoría de fecha 2/5/2024 así como el informe de auditoría interna realizado el 8 de mayo de 2024 en el cual se detectaron 6 NC , 4 observaciones Al mismo tiempo se ha podido evidenciar todas las acciones correctivas adecuadas a no conformidades detectadas.

En cuanto al proceso de Revisión del sistema por la Dirección:

Se ha revisado/auditado en base al acta de Revisión del Sistema por la Dirección, elaborada con fecha 8/5/2024, pudiéndose comprobar el compromiso de la Dirección en la implantación de los requisitos establecidos en la norma de referencia. Se evidencia que el informe de revisión por dirección incluye tanto los elementos de entrada requeridos por la norma de referencia, así como las salidas o resultados, derivados del análisis de estos elementos de entrada y plasmados en decisiones.

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 ha verificado las AC de todas las NC del ciclo de certificación estando todas conformes a fecha de auditoría.

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

- Con relación al Trabajo de TCA y el programa mujer se han puesto objetivos a largo plazo
- En cuanto a programa Recaídas” en el Centro Penitenciario Málaga II de Archidona. En febrero de 2024 se ha dado por finalizada, de momento, la colaboración en la Málaga II por dificultades con el equipo de psicólogos de la prisión. Se ha realizado por parte de la dirección del centro terapéutico una comunicación directa con la dirección del centro penitenciario explicando la disposición a seguir cuando se corrijan dichas dificultades.

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 con el 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.

No se ha producido ninguna situación durante la auditoría que haya afectado a la consecución de sus objetivos (imposibilidad de evaluar una actividad, centro, requisito...), así como ninguna cuestión significativa que afecte al programa de auditoría y/o al Plan de auditoría.

¿Qué cuestiones han quedado por resolver a la finalización de esta auditoría?

No han quedado cuestiones por resolver a la finalización de la auditoría.

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

Enfoque a riesgos y oportunidades en relación con el contexto de la organización

La organización ha realizado el análisis del contexto, tanto interno como externo y su revisión correspondiente el 17/4/2024 y su análisis en la Revisión por la Dirección de fecha 8/5/2024.

Debilidades:

Por el hecho de ser una ONG, la búsqueda de recursos económicos supone un esfuerzo añadido y si no se consiguen, puede afectar a la hora de contar con recursos humanos

A la hora de ampliar o modificar el equipo terapéutico es difícil encontrar un perfil formado para esta labor y requiere de invertir en tiempo de formación antes de ejercer su trabajo

Falta de formación en aspectos normativos relacionados con las nuevas adicciones

Falta de formación a nivel particular

No estamos cumpliendo con el objetivo de que internos de prisión acudan a nuestro centro a realizar su proceso terapéutico ni creando alternativas para resolver posibles condicionantes

Intervención con usuarios de reincidencia repetida en el centro cuyo pronóstico de éxito es bajo

La falta de adherencia al trabajo de las últimas personas contratadas para esta labor

Aumento del volumen de trabajo a nivel de nuevas problemáticas sociales y poco personal para su atención de calidad

Fortalezas

Personal cualificado y con experiencia en la solicitud de subvenciones para obtener recursos económicos que puedan mantener abierta nuestra sede.

Programación de formación interna para las nuevas incorporaciones al equipo terapéutico

Visión de ampliación y mejora de los espacios de la sede para ofrecer una mayor cobertura en los servicios, de una calidad más exitosa y consolidada.

Innovación social en nuestros proyectos adaptados a las nuevas problemáticas que se presentan: jornadas técnicas, alternativas de ocio y tiempo libre saludable y cultural, ...

Un equipo multidisciplinar con capacidad alta de adaptación a las dificultades, imprevistos, problemáticas.

Amenazas

Falta de percepción del riesgo en el consumo de sustancias .

Falta de percepción del riesgo en TCA.

Falta del personal con el perfil solicitado

Oportunidades

Dos nuevas convocatorias de empleabilidad.

Formación del personal de administración en otras áreas de convocatorias de subvenciones.

Se revisan los criterios de probabilidad y severidad .

En el mismo documento , con fecha 17/4/2024, se ha incluido la identificación de las partes interesadas, así como la determinación de las necesidades y expectativas de estas, y se evidencia el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes.

FAMILIAS

USUARIOS

JUNTA DIRECTIVA

EQUIPO TERAPEUTICO

ASOCIACIONES EN RED

SOCIOS COLABORADORES

VOLUNTARIOS

PROFESIONALES EXTERNOS EN RED

AYUNTAMIENTOS

DIPUTACION PROVINCIAL

CENTROS ESCOLARES E INSTITUTOS

AMPAS

FAMILIAS DE TRABAJADORES

COMPETENCIAS

PROYECTO HOMBRE NACIONAL

PROVEEDORES

UNIVERSIDADES

EMPRESAS

ORGANISMOS DE TUTELA

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD

Y POLÍTICAS SOCIALES
ENTIDADES BANCARIAS
JUZGADOS
CENTRO PENITENCIARIO
POBLACIÓN EN GENERAL
PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL DE ANTEQUERA
AENOR
MUJERES
TCA

La organización ha determinado y revisado los riesgos y oportunidades asociados al contexto interno y externo de la organización para todos los procesos identificados en fecha 17/4/2024. Se evidencian las acciones para abordar los riesgos y oportunidades identificados, evidenciando a su vez la evaluación de la eficacia de estas acciones tomadas y revisado en el acta de revisión del sistema de fecha 8/5/2024 .

Se detecta un nuevo riesgo no identificado por la organización en cuanto a ordenadores con Windows 10, y que se deja de dar soporte el 14/10/2025 con la pérdida de funcionalidad y de parches de seguridad (ver NC al respecto)

Otras consideraciones del equipo auditor

El liderazgo y el compromiso de la alta dirección se sigue demostrando mediante el establecimiento de las mejoras y los cambios a implantar en el sistema de gestión, con una directriz de mejora continua.

El liderazgo y el compromiso de la Dirección, se ha podido verificar mediante su participación en la Revisión por Dirección del Sistema de Gestión de calidad y revisiones diarias de la puesta en común con el equipo terapéutico de la gestión realizada con todas las personas usuarias y la constatación de la política de calidad de la organización y establecimiento de objetivos de mejora. Igualmente, se ha podido verificar su intervención en el desarrollo de la auditoría.

Se revisa la autorización de funcionamiento sanitario nº NICA 61202, con fecha 28/3/2023 referente a tratamiento sanitario a drogodependientes y psicología, del 28/3/2023 valido hasta 03/2028.

Se revisa para Asociación resurgir nº registro de inscripción en centros y servicios sociales.(Registro de centros y servicios sociales AS/E/2478 , actualizado con cambio de presidencia y la dirección del centro con fecha 18/1/2023).

Con relación a la acreditación de centros AS/C / 0006089 de fecha 28/7/2021, se encuentra en pleno proceso de cambio de dirección a Plaza de capuchinos. Se da de baja al número AS/C / 0006089 ya que pertenecía a la Consejería de Inclusión social, juventud, familias e igualdad y se pasa a la Consejería de Salud y Consumo de la Juna de Andalucía , en base a la orden 29 de mayo de 2'23 donde se aprueba los protocolos de funcionamiento de centros y servicios sanitarios de atención a adicciones de Andalucía, y se concede la autorización de centros sanitarios NICA 61202 , con fecha 28/3/2023 con Unidades asistenciales U.71 y U.900.1 con la dirección de plaza de capuchinos de Antequera.

Registro de voluntariado nº 1918 de fecha 29/12/2022 en base al decreto 3/2007.

Licencia de apertura

Con fecha 16/09/2022 se evidencia declaración responsable previa al inicio de actividad , para adecentamiento de las instalaciones.

Con fecha 18/10/2022 se evidencia declaración responsable del director técnico con relación al expediente 2022 DECRES 000937 , se adjunta certificado de intervención y acta de nombramiento de coordinador de seguridad y salud de " adaptación de, establecimiento del centro terapéutico y crecimiento personal , prevención y familiar de Antequera , en relación con el registro de licencia de apertura

Con fecha 17/10/2022 , expediente Acta 2022 73 L. apert. 2022 APER 00087 ,se concede la licencia de apertura condicionada a presentar cierta documentación (ver campo de observaciones)

Inscripción de fecha 11/8/1992 , nº registro de 2541 del registro provincial de asociaciones.

Registro de centros y servicios sociales AS/E/2478 , actualizado con cambio de presidencia y la dirección del centro con fecha 18/1/2023.

Con fecha 30/1/2023 , se remite la resolución de modificación en el censo de asociaciones en salud de Andalucía .

Protocolo de acoso depositado en el REGCON 05/07/2022 nº expediente 29/17/0311/2022 , validado con fecha 5/7/2022.

Se dispone del plan de igualdad 27/2/2024 y con validez hasta 2028, hasta su próxima revisión.

Se revisa política de calidad fecha 5/4/2022 , adecuada a requisitos, firmada por la presidenta de la asociación y revisada anualmente en la revisión de 2023.

Se revisa el plan de autoevaluación de fecha 09/2023 .

PF la disposición de psicóloga clínica .

Plan de igualdad aprobado de fecha 27/2/2024

PF la apertura a prácticum de la universidad y ciclos formativos medios,

PF La presencia en medios de comunicación locales y provinciales

Se revisa el Listado de documentación interna , listado de documentos externos, control de edición , aprobación , almacenamiento , control de archivos papel e informáticos, así como copias de seguridad, control de LOPD

PF se dispone de un desfibrilador y es un espacio cardioprotegido.

OM complementar los indicadores del programa de la mujer, así como de persona usuarias con trastornos alimenticios, más enfocado a la eficacia de dichos programas.

PF el trabajo en red con otros profesionales y otras entidades.

Listado de documentación externa ,

Legionella contrato con Gudaplaga nº contrato 23/037 de mayo de 2023. Inscrita en el ROESBA 027/AND-750.

Se evidencia plan sanitario de legionela de Mayo de 2023 a 2024 , en periodo de adaptación al RD 487/2022.

3 acumuladores , purgas, control de temperatura de agua caliente, de agua fría , limpieza de puntos terminales , planos, limpiezas y desinfección de instalaciones.

plan de legionella , no se evidencia el control de limpieza de puntos terminales

Se revisa analítica de legionella

27/5/2024, tratamiento de limpieza y desinfección , hipoclorito sodio potable Dimensa .

Analítica , resultados.

Acreditación del laboratorio para legionella con fecha 1/7/2022 Eurofins Vital S.I..

Cursos de legionella M.N.R.V y J.D.F con fecha 15 al 19 de mayo de 2023 , acreditado por Thalea Consulting S.L.

Se revisa acta de mantenimiento mensual favorable de ascensor con fecha 8/2023 .

Acta de inspección de legionella con fecha 29/5/2023 , con incidencias y se da un mes para la resolución.

Con fecha 29/6/2023 acta favorable con la corrección de incidencias detectadas.

Con fecha 29/6/2023 informe favorable de apertura de establecimiento público no alimentario.

Laboratorio analítica

Gudaplaga inscripción de ROESBA 0257_AND 750- 5/4/2019

Plan sanitario frente a la legionella

Certificado de limpieza y desinfección

Se realizo la limpieza para legionella , y para analítica trimestral prevista para el 13 de Junio de 2024.

Ascensor OCA de fecha de fecha 29/9/2023 , favorable sin defectos . Ascensor nº RAE 34980.

Se hace revisiones mensuales del mismo , se evidencia los de 2024.

Mantenimiento de bombona industrial 9/3/2023 bombona industrial

Contraincendios anual de fecha 18/12/2023 , revisur .

Certificado de calidad ISO 9001 de la empresa Revisur.

OM Sería conveniente que se controlara mejor aquellos requisitos de proveedores ligados a certificados.

Contraincendios trimestral de 2023, (27/3/204 previsto para 06/2024) se verifica igualmente 2023

Seguro de responsabilidad civil nº póliza23700913 , de fecha 20/6/2023.

Seguro de multirriesgo póliza nº 23302433 de fecha 29/6/2023

Se revisa el libro de reclamaciones estando actualizado al decreto 82/2022.No hay reclamaciones.

Se revisan los objetivos de 2023 de 05/2023 , su planificación y seguimiento .

Los objetivos de calidad del año 2023 fueron tres:

Visibilizar la presencia para seguir dado a conocer el trabajo en prevención universal e indicada, en relación con el programa de menores.

Seguir Planificando para el 2023 las acciones y actividades que nos ayuden a retomar el pulso de antes de la pandemia y sus limitaciones.

Visibilizar la presencia para seguir dado a conocer el trabajo de atención a la mujer y la integración del trabajo de género en todo el sistema.

Planificando para el 2023 las acciones y actividades que nos ayuden a dar difusión a este recurso abierto la atención a la mujer.

Incorporar a lo largo del proceso terapéutico un protocolo de abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria, de forma paralela al desarrollo del programa.

Una vez revisadas todas las acciones, de las cuales se ha hecho un seguimiento, y se ha verificado que se han llevado a cabo prácticamente en su totalidad. En el formato de objetivos de calidad MC_05.F_02 queda reflejado el seguimiento y la consecución de estos objetivos.

Se revisan los objetivos de 2024 y planificación y su seguimiento

Se revisa A.G.V de nivel I de programa base acogida relacionado con el consumo de alcohol . se revisa primer coloquio. Se revisa itinerario terapéutico y contrato terapéutico 10/11/2023 .

Historia clínica nº 25079464 , área de psicología e itinerario terapéutico.

Se hace el itinerario toxicológico

Proyecto de vida
NC_ Europasi 15/2/2024 para medir el índice de severidad . No revisado tal como indica el procedimiento de programa base
OM control de históricos de cambios de documentos .
Anamnesis personal del programa base 7/2/2024
Grupo mixto I 15/1/2024
Honestidad 18/1/2024 , familia 18/2/2024
Soledad 8/2/2024
Necesidades 7/3/2024 dependencia emocional
Dependencia emocional 21/3/2024
18/4/2024 Evaluación convivencia en familia , y responsabilidad y libertad 23/5/2024 la familia .
Compromisos de la convivencia con objetivos particulares y se revisan en el registro de las hojas de control
Se revisa el documento de informaciones.
Nivel de iniciación del usuario JMAJ.
Primer coloquio programa base acogida 2/5/2024 adicción a cocaína .
Informaciones
Contrato terapéutico de fecha 2/5/2024 con obligaciones y derechos .
Consentimiento para el uso de canales telemáticos y LOPD
NC- no se evidencia para las personas usuarias el número de codificación de la FIBAT que se identifique y se trace con los documentos correspondientes.
NC_ Se revisa reinserción de trastorno alimentario (FTD) con adicción a cocina y alcohol y TA .
Itinerario terapéutico 2/4/2024 pero no refleja nada de actuaciones en cuanto al trastorno alimentario, ni se evidencia la Historia clínica.

NC_ Para la usuaria MBHU. De nivel II con TCA , no aparece en el itinerario terapéutico las actuaciones relacionadas con TCA.

Contrato terapéutico 2/4/2023
Proyecto de vida
Protocolo de derivación a otro recurso
OM inicio de FIBAT revisar la codificación actual .
Se revisan documentos médicos y de psicología
Petición de informes por mutuas .
Programaciones de fin de semana

Se revisa los siguientes expedientes de programa de atención a la mujer y la adecuación al PE-06.
Ficha de E.P.G . primer coloquio de fecha 15/9/2023, itinerario 18/12/2023
Informaciones 15/9/2023 y contrato terapéutico de fecha 15/9/2023
con convivencia de autoestima, dependencia emocional , sexualidad 23/11/2023 .
Historia clínica nº 4750114
Itinerario toxicológico
Europasi 18/12/2023
FIBAT
Evaluación final de pase de fase 28/2/2024 .
Anamnesis personal de fecha 15/1/2024 y grupo mixto de fecha 15/7/2023
Grupo mixto II 5/3/2024
Convivencia de dependencia emocional 21/3/2024
Responsabilidad y libertad 26/10/2023 y 9/11/2023 de autoestima , soledad 8/2/2024 , Honestidad 18/1/2024
Compromiso de convivencias y registros de control
Se revisa el expediente de C.M.R.A , Contrato terapéutico con fecha 9/5/2023, reinserción grupo temático afectividad, sexualidad, autoestima. Se revisan programaciones de fin de semana y otros documentos , protocolo de derivación a otro recurso. Historia de consumo y tratamiento del paciente.
Programa base
Consentimiento para el uso de canales telemáticos para la prestación de servicios terapéuticos sociosanitarios de fecha 14/7/2023.
Europasi, Informe toxicológico, evaluación de final de pase
Proyecto de vida
Fase de acogida maduración
Anamnesis personal de programa base 19/4/2023
Anamnesis de pareja 13/4/2023
Historia familiar, genograma persona usuaria .17/4/2023. Convivencia 9/3/2023, evaluación convivencia 20/4/2023, evaluación de convivencia de responsabilidad y libertad 20/4/2023, evaluación de convivencia de familias

de fecha 18/6/2023, convivencia soledad 20/7/2023, convivencia de fecha 10/8/2023 de Honestidad , y se revisa compromisos de convivencia.

Se revisan programas de prevención de las adicciones, en centros escolares, empresas y familias.

Se revisa los servicios de rehabilitación y reinserción social de las personas usuarias.

Compras

Proveedores se revisan la homologación, evaluación y análisis e incorporación de nuevos proveedores.

Se revisa la comunicación a estos. Se evidencia un solo proveedor de alta guadalplast con fecha 10/5/2023

Se revisan todos los pedidos y albaranes del año 2023 y 2024, de Belda gráficas y copycentros, tecno soft .

Se revisa organigrama de funciones y organigrama de puestos de trabajo del 7/5/2024.

Se dispone de un organigrama facultativo requerido por la Junta de Andalucía de fecha

Se revisa las funciones y responsabilidades de los puestos, así como la competencia y formación de :

Presidente

Director/a de los programas de PH y responsable de calidad

Terapeutas

Auxiliares de terapeutas

Técnico en prevención

Monitores

Administración

R seguridad

Voluntarios

Se revisa competencia y formación(para voluntarios y para el resto de los profesionales)

No hay cambios en la plantilla.

Se revisa la formación inicial y posibles acciones formativas durante el año 2024 .

Curso de reanimación 15/3/2024

8/3/2024 formación por el centro de la mujer de Antequera

16 y 18 /4/2024 finanza y laboral

7y 9/5/2024 administración y elaboración de proyectos

PF La planificación de jornadas técnicas para el 16/10/2024 respecto a Jóvenes, adicciones y salud mental no solo de Antequera sino de la provincia de Málaga.

OM sería conveniente meter el organigrama facultativo como complemento del funcional y el de puestos.

OM se aconseja que documentos que se utilizan en la actividad a nivel interno, se introduzcan para un mayor control dentro del sistema de gestión de calidad.

Plan formación

Se revisa plan de legionella

Se revisa el plan de autoprotección de fecha septiembre de 2023

Formación del plan de autoevacuación 30/8/2023

1/9/2023 se realizado el simulacro

OBS Se ha realizado las actividades correspondientes de formación y simulacro en 09/2023 y verificados durante la auditoria, pero debería registrarse en los formatos del propio plan de autoevacuación.

OM Se aconseja incluir los test de anorexia y bulimia como documentos externos al ser documentos validados .

Puntos fuertes

- Las instalaciones de las que dispone la organización.
- La disposición de psicóloga clínica .
- El Plan de igualdad aprobado de fecha 27/2/2024
- La apertura a prácticum de la universidad y ciclos formativos medios,
- La presencia en medios de comunicación locales y provinciales
- Se dispone de un desfibrilador y es un espacio cardioprotectado.
- El trabajo en red con otros profesionales y otras entidades.
- La planificación de jornadas técnicas para el 16/10/2024 respecto a Jóvenes, adicciones y salud mental no solo de Antequera sino de la provincia de Málaga.

Oportunidades de mejora

- Se aconseja mejorar el análisis DAFO más completo en cuanto a amenazas y oportunidades.
- Se aconseja en la evaluación del riesgo de procesos, dejar más claro la evaluación en base a la severidad y criterios de priorización.
- Se aconseja incluir los tests de anorexia y bulimia como documentos externos al ser documentos validados.
- Se recomienda complementar los indicadores del programa de la mujer, así como de persona usuarias con trastornos alimenticios, con otros más enfocado a la eficacia de dichos programas.

- Se aconseja introducir un control de cambios en los propios documentos del sistema de gestión de calidad para de esa forma quede más claro el histórico de cambios con sus fechas correspondientes.
- Sería conveniente incluir el organigrama facultativo como complemento del organigrama funcional y el de puestos.
- Sería conveniente que se controlara con una frecuencia más corta, aquellos requisitos de proveedores ligados a certificados y fechas de expiración.
- Se recomienda que se detalle más los procedimientos de TCA.
- Se sugiere que en el acta de revisión por revisión se analicen con mayor profundidad la tendencia de los indicadores de proceso, cuando estos siguen una tendencia negativa, a través de los años.
- Se aconseja que aquellos documentos que se utilizan como apoyo en la actividad a nivel interno, se introduzcan para un mayor control dentro del sistema de gestión de calidad.

Nº	OBSERVACIONES	Norma/s
01	Con fecha 17/10/2022 , expediente Acta 2022 73 L. apert. 2022 APER 00087 se concede la licencia de apertura condicionada a presentar cierta documentación (Se ha presentado escrito solicitando ampliación de plazo de presentación desde el año .Se está a la espera de la emisión del informe favorable, a fecha de auditoría, de bomberos que ya han cursado la visita en Mayo de 2024 , y se ha abonado las tasas correspondientes ,y certificado de seguridad estructural, evidenciando el proyecto visado de fin de obras de fecha 31/8/2023.	UNE EN ISO 9001:2015
02	Se evidencia plan sanitario de legionela de Mayo de 2024 a 2025 , y se constata la visita de Guadalplaza el día 28/5/2024 con el plan de legionella actualizado al RD 487/2022 , empezando a registrar ayer según este nuevo plan , habiendo tomado muestras de agua, pero se encuentra pendiente de resultados de legionella, a fecha de auditoría,	UNE EN ISO 9001:2015
03	Se han realizado las actividades correspondientes de formación y simulacro de emergencias con fecha 09/2023 y verificados en determinados documentos durante la auditoria, pero la organización dispone de formatos propios en el plan de autoevacuación, para dicho menester.	UNE EN ISO 9001:2015

Documentos adjuntos al informe de auditoría:

- Matriz de actividades de auditoría
- Hoja de Datos - Emisión Certificado
- Hoja de Datos - Contactos y Direcciones
- Otros:

ANEXO

Cuestiones particulares del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001

ISO 9001 (Sistemas de Gestión de Calidad)

i. Información sobre satisfacción de Cliente

Los métodos para medir la satisfacción del cliente siguen estando fundamentados y son representativos.

Según los datos de satisfacción proporcionados por la organización para el año 2023, y recopilados mediante encuestas de satisfacción son los siguientes:

Encuestas personas usuarias y familias:

Con respecto a la pregunta relacionada con la calidad en el servicio a hombres en los últimos 6 años son los siguientes:

HOMBRES → 98,78% / 96,31% / 96,10% / 96,70% / 94,90% / 99,1%.

Estos datos permiten observar un descenso anualmente gradual durante los últimos 5 años y, un aumento exponencial respecto al año 2022. Afecta favorablemente el establecimiento definitivo en la nueva sede, la cual ofrece mejores condiciones en la calidad de su servicio.

MUJERES → 95,73% / 94,23% / 96,70% / 97,10% / 94,10% / 95,90%.

En referencia a la comparativa con el año 2022 ha habido un aumento en positivo en este año 2023 en la satisfacción con respecto a la calidad del servicio recibido. Y, en evaluación de los últimos 6 años, se mantiene constante en un porcentaje alto de calidad en el servicio.

Encuestas de personas usuarias al final de su tratamiento

En la pregunta sobre la calidad en la atención recibida el dato en hombres es 97% tres puntos por encima del año anterior y en mujeres el 100% igual que el último año, en este ítem las mujeres valoran mejor la calidad del servicio.

*En cuanto al ítem de necesidades satisfechas el año anterior fue evaluado con 95% y 100% y este año con 91% y 92%, respectivamente hombres y mujeres, esto indica un descenso notable en la satisfacción, en ambos sexos.

*En el ítem sobre recomendar el programa el resultado es el mismo del año anterior 100 y 100 lo cual indica que la experiencia terapéutica de las personas usuarias es muy satisfactoria.

*El resto de ítem después de ser analizados se observa la aceptación y valor del recurso ya que todos los ítems superan el 90% de satisfacción, excepto el ítem "horario adaptado a tu realidad", por parte de los hombres, siendo este un 83%. En definitiva, se observa un alto grado de satisfacción.

Encuestas de familias al final de su tratamiento

El ítem sobre la atención recibida se mantiene en un 97%, en los hombres y ha aumentado, en mujeres, de un 94% a un 97%, con respecto al año anterior.

*El ítem sobre satisfacción con el programa, en hombres, ha subido de 94% a 100% y, en mujeres, asciende a un 95% respecto a un 92%, en el año anterior.

*El ítem sobre si volverían al programa, en hombres aumenta con respecto al año anterior, de un 97% a un 100%, y en mujeres, se mantiene en un 99%. Lo cual indica un alto grado de satisfacción en este ítem.

*Con respecto al trato de los profesionales, como a la accesibilidad de terapeutas y directora, existe un grado de satisfacción entre el 96% y el 100%, incluyendo a hombres y mujeres. A destacar, los hombres son quienes en los tres ítems valoran con un 100% y, una vez más, las mujeres son las que valoran en un menor porcentaje.

Con respecto a las encuestas de satisfacción realizadas a los padres y madres y en cuanto a los distintos programas de prevención:

A la pregunta vienes motivado a la escuela de padres se ve una mayor motivación por parte de las madres en un 86'65 de que los padres 81'58. Se destaca que, aunque ambos han subido en esta ocasión las madres han iniciado esta actividad con mayor motivación.

La organización declara no haber recibido ninguna reclamación de los clientes en el año 2023 al igual que el año anterior. Se recoge todo tipo de observación de clientes, aunque estos no lo transmitan de manera formal por estos, para su posterior análisis y toma de acciones.

ii. Enfoque a procesos

La organización sigue disponiendo de un cuadro de indicadores para el seguimiento y medición de sus procesos. Todos ellos, dentro de los valores referenciales establecidos para el año 2023. Entre los más significativos recogemos los siguientes datos resultados del año 2023:

Índice de Abandonos del programa acogida en un 22,9 % frente 26,7 % del año anterior, lo que ha mejorado el índice, analizado por la organización.

Índice de Abandonos del programa reinserción se encuentra en un 10,7% frente a un 3,4 %, lo que pone de manifiesto un empeoramiento de este índice.

Respecto al índice de abandono en prevención indicada se encuentra en un 0% al no haber habido usuarios en dichos programa.

índice de avances y finalizaciones en la fase de acogida 35,24 % en 2023 frente al 42,8% de 2022. lo que se evidencia un empeoramiento del índice.

porcentaje de finalizaciones en la fase de reinserción 44,6% frente al 51,7% en 2023, habiendo empeorado un poco el índice.

cumplimiento de plazos definidos en el itinerario terapéutico en un 94% en 2023 frente a 97% en 2022, habiendo empeorado un poco el índice.

Se constata que los indicadores se encuentran la mayoría dentro de valores controlantes, tomando acciones en aquel que se aleja de dicho valor, y se debe analizar con mayor profundidad las tendencias para revertir las mismas.

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

PLAN DE VISITA					
Proceso / Actividad / Departamento	Responsable Empresa	Auditor	Centro	Día	Hora
<i>REUNIÓN INICIAL</i>					
Dirección / alcance / liderazgo/ política	Dirección / Responsable de calidad	IMC	1	29/5/2024	8.00 8.15
Requisitos de clientes	Dirección / Responsable de calidad	IMC	1	29/5/2024	8.15 8.30
Contexto/ partes interesadas/riesgos y oportunidades	Dirección / Responsable de calidad	IMC	1	29/5/2024	8.30 8.45
Planificación estratégica objetivos de calidad y seguimiento	Dirección / Responsable de calidad	IMC	1	29/5/2024	8.45 9.00
Auditoría interna / NC y AC	Responsable de calidad	IMC	1	29/5/2024	9.00 9.30
Recursos Humanos / competencia/ Formación	Responsable de calidad	IMC	1	29/5/2024	9.30 10.00
Indicadores de proceso	Responsable de calidad	IMC	1	29/5/2024	10.00 10.30
Revisión por Dirección / Análisis	Dirección / Responsable de calidad	IMC	1	29/5/2024	10.30 11.00
Compras	Responsable de calidad/ responsable compras	IMC	1	29/5/2024	11.00 11.30
Satisfacción / reclamaciones / NC y AC	Responsable de calidad	IMC	1	29/5/2024	11.30 12.00
Control de la información documentada	Responsable de calidad	IMC	1	29/5/2024	12.00 12.30
Mantenimiento / control recursos de seguimiento y medición	Responsable de calidad/responsable de mantenimiento	IMC	1	29/5/2024	12.30 13.00
Provisión del servicio	Responsable de calidad/ terapeutas	IMC	1	29/5/2024	13.00 14.00
<i>ELABORACIÓN INFORME DE AUDITORÍA</i>	-----	IMC	1	29/5/2024	14.00 15.30
<i>REUNIÓN FINAL</i>	Dirección / Responsable de calidad	IMC	1	29/5/2024	15.30 16.00

ANEXO - REQUISITOS POR APARTADOS DE LA NORMA UNE EN ISO 9001:2015

<i>QUISITOS POR NORMA</i>			
9001	Requisito norma	Tipo de auditoría AR	Marcar / Desmarcar
4.1- 4.2	Comprensión del contexto. Partes interesadas	<AS1 o AS2>	X
4.3 -4.4	Determinación del alcance. SG y sus procesos	<AS1 o AS2>	X
5.1-5.2	Liderazgo, compromiso y Política	<AS1 o AS2>	X
5.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	<AS1 o AS2>	X
6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	<AS1 o AS2>	X
6.2	Objetivos y planificación para lograrlos	Todas	X
6.3	Planificación de los cambios	Todas	X
7.1	Recursos	<AS1 o AS2>	X
7.2-7.3	Competencia y toma de conciencia	<AS1 o AS2>	X
7.4	Comunicación	<AS1 o AS2>	X
7.5	Información documentada	<AS1 o AS2>	X
8.1	Planificación y control operacional	Todas	X
8.2	Requisitos para los productos y servicios	Todas	X
8.3	Diseño y desarrollo de productos y servicios	<AS1 o AS2>	X
8.4	Control de los procesos, productos y servicios. suministrados externamente	<AS1 o AS2>	X
8.5	Producción y provisión del servicio	Todas	X
8.6	Liberación de los productos y servicios	Todas	X
8.7	Control de las salidas no conformes	Todas	X
9.1.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño. Generalidades	Todas	X
9.1.2	Satisfacción del cliente	Todas	X
9.1.3	Análisis y evaluación	Todas	X
9.2	Auditoría interna	Todas	X
9.3	Revisión por la dirección	Todas	X
10.1	Mejora. Generalidades	Todas	X
10.2	No conformidades y acciones correctivas	Todas	X
10.3	Mejora continua	Todas	X

Nota 1: Desmarcar aquellos apartados de la norma que no vayan a ser auditados en la presente auditoría.

Nota 2: Sombreado se indican los apartados de la norma que deben ser auditados por un auditor especialista.

Nota 3: Puede alternarse entre ambos seguimientos la auditoría del proceso o sistemática para la gestión de estos requisitos, pero podrá comprobarse su aplicación transversal en otros procesos según sea necesario para evaluar su conformidad.

CUADRO DE NO CONFORMIDADES

Ref. N.C.	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma UNE EN ISO 9001:2015	Categoría N. C.
01	No se evidencia la identificación de cierto riesgo y acciones para abordarlo, tal como establece la Norma de referencia. Ej.: Riesgo de pérdida de soporte informático del software Windows 10, del que dispone la organización y que estará vigente hasta el 14 de Octubre de 2025.	6.1.2	menor
02	Respecto a provisión del servicio : A) Para la Historia clínica nº 25079464 , de nivel I de programa base acogida ,relacionado con el consumo de alcohol , no se evidencia la revisión del Europasi de fecha 15/2/2024 para medir el índice de severidad ,tal como indica el procedimiento de programa base . B) Se revisa la reinserción de trastorno alimentario (del usuario FTD) con adicción a cocina y alcohol y TA , y se evidencia el Itinerario terapéutico de fecha 2/4/2024 pero no refleja nada de actuaciones en cuanto al trastorno alimentario, ni se evidencia la Historia clínica correspondiente, tal como establece el procedimiento de actuación. C) Para la usuaria MBHU, de nivel II con TCA , no aparece en el itinerario terapéutico las actuaciones relacionadas con TCA, tal como indica el procedimiento de actuación.	8.5.1.	menor
03	No se evidencia para las personas usuarias ,el número de codificación de la FIBAT que se identifique y se trace con los documentos correspondientes, en contra del procedimiento específico de los diferentes programas.	8.5.2	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:

Renovación

- No obstante, los Servicios Técnicos de AENOR CONFÍA 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 CONFÍA S.A.U. (a la dirección de correo electrónico facilitada por la Sede) 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 CONFÍA 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 CONFÍA 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 CONFÍA S.A.U. Asimismo, se informa a la organización que cualquier queja o reclamación sobre la actuación de AENOR CONFÍA 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:	Abril de 2025
Fecha expiración del actual certificado: <i>(no cumplimentar en Fase I / Fase II)</i>	2024-07-17

- Comentarios si procede, sobre la planificación de la próxima auditoría (a cumplimentar por el Auditor Jefe):N/P
- 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 CONFÍA 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). **Isabel MORON DE CASTRO**

En Antequera, a 28 de Mayo de 2024

ANEXO - CENTROS VISITADOS

DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)
CENTROS FIJOS
<p>CENTRO 1: CENTRO TERAPEUTICO DE LA ASOCIACION RESURGIR "PROYECTO HUMANO" ANTEQUERA</p> <p>DIRECCIÓN: PLAZA DE CAPUCHINOS, 2 29200 - ANTEQUERA(MÁLAGA)</p> <p>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</p> <p>Los servicios de rehabilitación y reinserción social de personas con problemas de adicciones y otras conductas de riesgo en centro ambulatorio. La aplicación de programas de prevención a las adicciones, en centros escolares, empresas y familias. Programa de "Atención a la Mujer", específico, de forma transversal a lo largo del proceso dirigido a usuarias, familiares, voluntarias y población en general</p>
<p>CENTRO 2:</p> <p>DIRECCIÓN:</p> <p>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</p>
<p>CENTRO 3:</p> <p>DIRECCIÓN:</p> <p>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</p>
<p>CENTRO 4:</p> <p>DIRECCIÓN:</p> <p>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</p>
CENTROS TEMPORALES
<p>CENTRO 1:</p> <p>DIRECCIÓN:</p> <p>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</p>
<p>CENTRO 2:</p> <p>DIRECCIÓN:</p> <p>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</p>
<p>CENTRO 3:</p> <p>DIRECCIÓN:</p> <p>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</p>
<p>CENTRO 4:</p> <p>DIRECCIÓN:</p> <p>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</p>

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)

NO procede

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.

Sin incidencias. Cambio en la dirección del centro. Ampliación de alcance

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

	AS1 (no más allá de los 12 meses de la fecha de concesión)	AS2	AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración)	AS1 (no más allá de los 12 meses de la fecha de concesión)	AS2	AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración)
Fecha aproximada (mes/año) <i>(duplicar fila cuando los ciclos no sean coincidentes)</i>	2019/05/03	Julio de 2020	Mayo de 2021	Julio 2022	08/2023	05/2024
ALCANCE	Todo el alcance referenciado en hoja de datos	Todo el alcance referenciado en hoja de datos	Todo el alcance referenciado en hoja de datos	Todo el alcance referenciado en hoja de datos	Todo el alcance referenciado en hoja de datos	Todo el alcance referenciado en hoja de datos
CENTROS A AUDITAR (FIJOS, TEMPORALES Y VIRTUALES)	1	1	1	1	1	1
NORMA						
	Indicar qué aspectos del SG no se auditan (requisitos, procesos, áreas, actividades...): 7.2	Indicar qué aspectos del SG no se auditan (requisitos, procesos, áreas, actividades...): 7.1	Auditoría completa	Indicar qué aspectos del SG no se auditan (requisitos, procesos, áreas, actividades...): 7.2	Indicar qué aspectos del SG no se auditan (requisitos, procesos, áreas, actividades...) Ninguno por cambio de centro-auditoría completa	Auditoría completa
ISO 9001						

	AS1 (no más allá de los 12 meses de la fecha de concesión)		AS2		AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración)		AS1 (no más allá de los 12 meses de la fecha de concesión)		AS2		AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración)	
Fecha aproximada (mes/año) <i>(duplicar fila cuando los ciclos no sean coincidentes)</i>	2019/05/03		Julio de 2020		Mayo de 2021		Julio 2022		08/2023		05/2024	
ALCANCE	Todo el alcance referenciado en hoja de datos		Todo el alcance referenciado en hoja de datos		Todo el alcance referenciado en hoja de datos		Todo el alcance referenciado en hoja de datos		Todo el alcance referenciado en hoja de datos		Todo el alcance referenciado en hoja de datos	
CENTROS A AUDITAR (FIJOS, TEMPORALES Y VIRTUALES)	1		1		1		1		1		1	
PROCESOS/ACTIVIDADES/ÁREAS	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R	P	R
<<<Planificación estratégica/ objetivos de calidad y seguimiento >>>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<<<Contexto de la organización/partes interesadas>>>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<<<Riesgos y oportunidades>>>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<<<Dirección/ alcance / liderazgo/ política >>>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<<Requisitos de cliente>>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<<Satisfacción / reclamaciones / NC y AC>>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<<<Compras >>>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<<<auditoria interna /NC y AC >>>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<<<Recursos Humanos/ competencia/ Formación >>>	---	---	x	x	x	x	---	---	x	x	x	x
<<<mantenimiento >>>	x	x	----	----	x	x	x	x	x	x	x	x
<<<indicadores de procesos>>>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<<Provisión del servicio: Los servicios de rehabilitación y reinserción social de personas con problemas de adicciones y otras conductas de riesgo en centro ambulatorio. La aplicación de programas de prevención a las adicciones, en centros escolares, empresas y familias. Programa de "Atención a la Mujer", específico, de forma transversal a lo largo del proceso dirigido a usuarias, familiares, voluntarias y población en general >>>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<<<control de recursos de seguimiento y medición>>>	x	x	----	----	x	x	x	x	x	x	x	x

	AS1 (no más allá de los 12 meses de la fecha de concesión)		AS2		AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración)		AS1 (no más allá de los 12 meses de la fecha de concesión)		AS2		AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración)	
Fecha aproximada (mes/año) <i>(duplicar fila cuando los ciclos no sean coincidentes)</i>	2019/05/03		Julio de 2020		Mayo de 2021		Julio 2022		08/2023		05/2024	
ALCANCE	Todo el alcance referenciado en hoja de datos		Todo el alcance referenciado en hoja de datos		Todo el alcance referenciado en hoja de datos		Todo el alcance referenciado en hoja de datos		Todo el alcance referenciado en hoja de datos		Todo el alcance referenciado en hoja de datos	
CENTROS A AUDITAR (FIJOS, TEMPORALES Y VIRTUALES)	1		1		1		1		1		1	
<< control documental y LOPD >>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<<Revisión por dirección/ análisis >>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<<comunicación >>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

CICLO DE CERTIFICACION 2025-2027

	AS1 (no más allá de los 12 meses de la fecha de concesión)	AS2	AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración)
Fecha aproximada (mes/año) <i>(duplicar fila cuando los ciclos no sean coincidentes)</i>	04/2025	04/2026	04/2027
ALCANCE	Todo el alcance referenciado en hoja de datos	Todo el alcance referenciado en hoja de datos	Todo el alcance referenciado en hoja de datos
CENTROS A AUDITAR (FIJOS, TEMPORALES Y VIRTUALES)	1	1	1
NORMA			
	Indicar qué aspectos del SG no se auditan (requisitos, procesos, áreas, actividades...): 7.2	Indicar qué aspectos del SG no se auditan (requisitos, procesos, áreas, actividades...): 7.1	Auditoría completa
ISO 9001			

	AS1 (no más allá de los 12 meses de la fecha de concesión)		AS2		AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración)	
Fecha aproximada (mes/año) <i>(duplicar fila cuando los ciclos no sean coincidentes)</i>	04/2025		04/2026		04/2027	
ALCANCE	Todo el alcance referenciado en hoja de datos		Todo el alcance referenciado en hoja de datos		Todo el alcance referenciado en hoja de datos	
CENTROS A AUDITAR (FIJOS, TEMPORALES Y VIRTUALES)	1		1		1	
PROCESOS/ACTIVIDADES/ÁREAS	P	R	P	R	P	R
<<<Planificación estratégica/ objetivos de calidad y seguimiento >>>	x		x		x	
<<<Contexto de la organización/partes interesadas>>>	x		x		x	
<<<Riesgos y oportunidades>>>	x		x		x	
<<<Dirección/ alcance / liderazgo/ política >>>	x		x		x	
<<Requisitos de cliente>>	x		x		x	
<<Satisfacción / reclamaciones / NC y AC>>	x		x		x	
<<<Compras >>>	x		x		x	
<<<auditoría interna /NC y AC >>>	x		x		x	
<<<Recursos Humanos/ competencia/ Formación >>>	---		x		x	
<<<mantenimiento >>>	x		----		x	
<<<indicadores de procesos>>>	x		x		x	
<<Provisión del servicio: <i>Los servicios de rehabilitación y reinserción social de personas con problemas de adicciones y otras conductas de riesgo en centro ambulatorio. La aplicación de programas de prevención a las adicciones, en centros escolares, empresas y familias. Programa de "Atención a la Mujer", específico, de forma transversal a lo largo del proceso dirigido a usuarias, familiares, voluntarias y población en general >>.</i>	x		x		x	
<<control de recursos de seguimiento y medición>>	x		----		x	

	AS1 (no más allá de los 12 meses de la fecha de concesión)		AS2		AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración)	
Fecha aproximada (mes/año) <i>(duplicar fila cuando los ciclos no sean coincidentes)</i>	04/2025		04/2026		04/2027	
ALCANCE	Todo el alcance referenciado en hoja de datos		Todo el alcance referenciado en hoja de datos		Todo el alcance referenciado en hoja de datos	
CENTROS A AUDITAR (FIJOS, TEMPORALES Y VIRTUALES)	1		1		1	
<< control documental y LOPD >>	x		x		x	
<<Revisión por dirección/ análisis >>	x		x		x	
<<comunicación >>	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 - HOJA DE DATOS – EMISIÓN CERTIFICADO

DATOS GENERALES		¿Hay cambios respecto a datos anteriores? SI / NO
Nombre de la Organización	CENTRO TERAPEUTICO DE LA ASOCIACION RESURGIR "PROYECTO HUMANO" ANTEQUERA	NO
Factoría/Planta/Delegación		
Domicilio Social	PLAZA DE CAPUCHINOS, 2, 29200 - ANTEQUERA, (MÁLAGA)	NO
C.I.F.	G29557659	NO
Grupo (si aplica)		

ALCANCE DEL CERTIFICADO (añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)		¿Hay cambios respecto a datos anteriores? SI / NO
Norma de referencia	UNE-EN ISO 9001:2015	NO
Alcance Español	Los servicios de rehabilitación y reinserción social de personas con problemas de adicciones y otras conductas de riesgo en centro ambulatorio. La aplicación de programas de prevención a las adicciones, en centros escolares, empresas y familias. Programa de "Atención a la Mujer", específico, de forma transversal a lo largo del proceso dirigido a usuarias, familiares, voluntarias y población en general.	NO
Alcance Inglés	Rehabilitation and social reintegration services for people with addiction problems and other risk behaviors in outpatient treatment setting. The implementation of prevention programs to addictions, in schools, businesses and families. Programme of Specific Attention to Women in a transversal manner throughout the process aimed at users, family members, volunteers and the general population	NO

CENTROS DE ACTIVIDAD Y Nº PERSONAS					¿Hay cambios respecto a datos anteriores? SI / NO
Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado (añadir tantas filas como sean necesarias)	Pers Prop	Pers Subc	Colectivo	Nº	
PLAZA DE CAPUCHINOS, 2 29200 - ANTEQUERA(MÁLAGA) España	10	0			NO

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL DIMENSIONAMIENTO DE LA AUDITORÍA			
Volumen de proyectos			
Superficie (m ²) / nº Líneas/Nº APPCC (ISO 22000)			
Consumo anual de energía (Mwh/año) / Nº de fuentes de energía / Nº usos significativos de energía (ISO 50001)			
Nº 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	
Sistema de Gestión integrado	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Grado de integración (en %)	

ANEXO - HOJA DE DATOS – CONTACTOS Y DIRECCIONES

CONTACTOS Y DIRECCIONES		¿Hay cambios respecto a datos anteriores? SI / NO
Contacto Principal		
Nombre	Dña. Marisa MARTIN RAMIREZ	NO
Cargo	Directora	NO
Teléfono	952702762/686753526	NO
Correo electrónico	resurgirantequera@hotmail.com	NO
Dirección Envío Correspondencia	PLAZA DE CAPUCHINOS, 2 29200 - ANTEQUERA(MÁLAGA)	NO
Contacto Envío Certificado		
Nombre	Dña. Marisa MARTIN RAMIREZ	NO
Cargo	Directora	NO
Teléfono	952702762	NO
Correo electrónico	resurgirantequera@hotmail.com	NO
Dirección Envío Certificado	PLAZA DE CAPUCHINOS, 2 29200 - ANTEQUERA(MÁLAGA)	NO
Contacto de Facturación (entrega factura)		
Nombre	Dña. Marisa MARTIN RAMIREZ	NO
Cargo	Directora	NO
Teléfono	952702762	NO
Correo electrónico	resurgirantequera@hotmail.com	NO
Contacto de contabilidad (pago facturas)		
Nombre	Dña. Marisa MARTIN RAMIREZ	NO
Cargo	Directora	NO
Teléfono	952702762	NO
Correo electrónico	resurgirantequera@hotmail.com	NO