



LL-C
Certification

F 43 S

INFORME DE AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO NO. 340924
ISO 9001

desde martes, 26 de mayo de 2020

en la compañía

INSTITUT GENUS, S.L.



DATOS GENERALES DEL CLIENTE

INSTITUT GENUS, S.L.

C/ Mallorca, 221 - 223 7º 2ª
08008 Barcelona
España
Reg. No. B-59360859 VAT No. ESB-59360859

Contacto

Josep Ramon Collado Muñoz

barcelona@genus.cat
<http://www.genus.cat/>

El producto principal de la compañía para el cual la certificación del sistema de gestión es considerada

Gestión de servicios públicos en el ámbito socio-sanitario

Correspondiente Código NACE	Human health activities, 86
Número de empleados en el área certificada	10
Número de filiales fuera del área registrada	0
Procesos especiales	
Los procesos certificados están asegurados por	por los propios empleados y los sujetos subcontratados
Diseño y desarrollo de los productos y servicios aplicacion (8.3)	NO
Número de turnos	3,00

DATOS DEL PROCESOS DE CERTIFICACIÓN

Norma de certificación aplicada	ISO 9001
Fecha de auditoría	26/05/2020 8:00:00 - 26/05/2020 12:00:00
Certificado desde	16/05/2016
Lugar(es) de Auditoría	sede social
Auditor coordinador y Auditor Líder	Perez Llobet Jorge (ISO 9001)
Otros participantes a la auditoría (y su posición)	na
Fecha del plan de auditoría	jueves, 21 de mayo de 2020
Días totales de auditoría (in situ)	0,50 (0,50)
Cambio del plan de auditoría después de la reunión inicial	NO
Problemas importantes que afectan el programa de auditoría o la EM del cliente	NO
Consultor implicado en apoyar el sistema de gestión	na
Auditoría (Informe) idioma	Catalán, castellano

1. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Criterios de auditoría

Los criterios de auditoría son los requisitos del estándar y los procesos establecidos, así como la documentación del sistema de gestión de la organización. El objetivo de la auditoría es confirmar el cumplimiento del sistema de gestión del cliente con los criterios de auditoría, para determinar la capacidad del sistema de gestión y garantizar que la organización cumpla con los requisitos legales y de otro tipo, pero no es una auditoría de cumplimiento con la legislación. Además, el objetivo es determinar si la efectividad del sistema de gestión permite alcanzar los objetivos establecidos e identificar áreas para una mejora potencial.

Descripción de la compañía auditada y sus actividades

Infraestructura, lugares de trabajo y filiales

La empresa cuenta con la sede social, situada en la C/ Mallorca, 221-223, en el centro de Barcelona y dispone de 3 Centros en Barcelona dónde desarrolla los servicios asistenciales:

SOD: Situado en la C/ Mallorca 221-223.

CAS Nou Barris: Situado en la Via Favència, 379

CAS Horta-Guinardó: Situado la C/ Sacedón, 18

Así como una unidad móvil (bus adaptado) para la dispensación de fármacos para el tratamiento de drogodependencias.

Dispone de los medios necesarios para desarrollar sus actividades

Equipos de manufactura o actividades de apoyo a los servicios

La empresa no tiene equipos de manufactura, dada su actividad.

Dispone de tres centros en Barcelona para la atención de los usuarios, dotados de recepción, consultas, servicio de enfermería, etc., así como una unidad móvil (bus adaptado) para la dispensación de fármacos para el tratamiento de drogodependencias. Dispone de equipos informáticos, de tratamiento médico y las dependencias necesarias para desarrollar su trabajo operativo.

Descripción del producto o servicio principal

La actividad es de gestión de servicios psicosociales. Normalmente realizados en colaboración con Entidades pública

Recursos humanos

La empresa desarrolla sus actividades en el campo psicosociales, por lo que la cualificación puede ser de Medicina, Psicología, Asistente Social, Auxiliar Sanitario, etc. en función de la labor a desarrollar. También son necesarias habilidades específicas (por ejemplo: trato con el cliente/usuario). Los trabajadores cuentan con las capacidades y habilidades necesarias para desarrollar sus actividades.

Alcance de la certificación

Gestión de servicios públicos en el ámbito socio-sanitario

Áreas excluidas de la certificación

Diseño de servicios

Objetivos de auditoría

Objetivos de la auditoría, donde metodológicamente puede 1) confirmar el cumplimiento del sistema de gestión del cliente con los criterios de auditoría, 2) determinar la capacidad del sistema de gestión para garantizar que la organización cumple con los requisitos legales, regulatorios y contractuales aplicables, y 3) lograr los objetivos especificados, ya que el sistema de gestión puede identificar áreas de mejora potencial, incluida la revisión de la administración y las auditorías internas - Se cumplieron.

Procedimiento de certificación

Exención de responsabilidad

La auditoría se basa en un proceso de muestreo de la información disponible y, en consecuencia, siempre habrá un elemento de incertidumbre presente en la evidencia de auditoría, que puede reflejarse en los hallazgos de la auditoría. Quienes dependen o actúan sobre los resultados y conclusiones de la auditoría deben tener en cuenta esta incertidumbre.

Participantes en la reunión de cierre y de apertura

Sr. Josep Ramon Collado: Direcció General.

Sra. Elvira Guilana Palanqués: SOD

Sr. Erik González: UMDM

Ma Angels Esteve: UMDM

Sr. Andrés Marco: CAS Nou Barris

Sr. Miguel Angel Carrillo Conde: CAS Nou Barris

Sr. Míriam Giménez: CAS Horta-Guinardó

Sr. Ernest Guilanya: CAS Horta-Guinardó

Sra. Teresa Sabater: Qualitat i Administració

Métodos de auditoría

La auditoría fue llevada a cabo a través de la evaluación de la documentación presentada y así como la evaluación de casos prácticos (seguimiento de expedientes, revisión de la aplicación de protocolos, etc.)

Descripción de la muestra

Se seleccionaron de forma aleatoria protocolos, historiales, registros, actas de reunión, así como disponibilidad de requisitos de los clientes. La muestra seleccionada de forma aleatoria, es representativa de todas las actividades auditadas.

Se han verificado casos prácticos de las actividades de la empresa. 15 % de la actividad global.

Estadística de la muestra

Se auditaron las instalaciones y dependencias de la empresa, así como el registro documental del servicio realizado. La muestra seleccionada de forma aleatoria, es representativa de todas las actividades de la empresa.

Verificación de entrega de turno

No hay observaciones negativas

Verificación de no conformidades y desviaciones desde la auditoría previa

No había no conformidades o desviaciones in la auditoría previa, las recomendaciones fueron aceptadas acomo un incentivo para la mejora del sistema.

LOGO de certificación y certificado de referencia.

se usa de manera común y no es engañosa y no es inconsistente con las condiciones comerciales

2. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA Y MATRIZ DE CUMPLIMIENTO ISO 9001

Descripción del sistema

Contexto de la organización - ambiente adecuado y partes interesadas

La empresa tiene definida su interacción con las partes interesadas:

Administración (cliente que realiza la contratación), cliente usuario (calidad asistencial), accionistas (objetivos fundacionales), conjunto de la sociedad (mejora de la salud pública).

Los aspectos más relevantes vienen determinados por las condiciones contractuales con la Administración Pública, así como requerimientos legislativos, deontológicos y fundacionales.

Los procesos que se desarrollan son: Gestión de convocatorias y concursos, diseño del servicio, ejecución del servicio (acogida - diagnóstico - tratamiento).

Determinación de factores del SGC

Los factores del SGC se establecen en función de la estrategia de la Organización y de los análisis de riesgos realizados de los procesos clave, donde se desarrollan los riesgos y acciones de mitigación.

Se dispone también de un Análisis Estratégico, que valora los riesgos y oportunidades.

Las conclusiones de estos análisis son utilizadas en el establecimiento de objetivos anuales.

Se dispone de indicadores de los procesos clave y se realiza un seguimiento periódico de los mismos.

Política de calidad, objetivos de calidad y cambios

La política de calidad está desplegada en todas las áreas de la empresa, se encuentra disponible en el Sistema Informático. Se Realiza un Plan Anual de Calidad con objetivos específicos y responsables asignados. El Plan Anual de Calidad recoge también Planes de Acción para consecución de los objetivos o mejoras. Se realiza un seguimiento trimestral de los indicadores y objetivos. Los principales indicadores son: % Resultados, % de trabajadores con contrato fijo, % de mujeres en plantilla, % Altas terapéuticas, Nº de usuarios atendidos, % Altas terapéuticas/media de todos los programas.

Organización, competencias y requisitos

Se dispone de una Dirección General y de un Dpto de Administración y Calidad como servicios centrales de la Organización. Cada Centro dispone de una estructura organizativa propia basada en Una Dirección del Centro, de la que dependen los servicios del mismo. Existe un organigrama de la empresa, y unas descripciones de puestos de trabajo donde se definen las funciones, las responsabilidades y la estructura jerárquica.

Las actividades operativas se gestionan a través del software del cliente (SICAS), mientras que la información documentada del SGC se difunde red propia.

Planificación, riesgos y oportunidades

Se realiza un Análisis Estratégico basado en un Análisis PEST y un DAFO, así como un Análisis de Riesgos de los procesos clave, basado en AMFES de cada uno de ellos. Las conclusiones se aplican a la Política General de Calidad, en la determinación de los objetivos y Planes de Acción contenidos en el Plan Anual de Calidad, así como en la mejora de los procesos.

Recursos humanos y competencias

El personal está cualificado para las actividades que realiza. Existen requisitos legales para desarrollar la mayoría de actividades (Titulación en: Medicina, Psicología, Auxiliar Sanitario, etc.).

Asimismo, dispone de las habilidades necesarias para desarrollar un trato adecuado con los usuarios, basadas en la experiencia y formación interna. El personal entrevistado conoce perfectamente sus responsabilidades y el impacto de sus actividades en los resultados.

Se desarrolla un Plan de Formación basado en el análisis de las necesidades propias de cada puesto de trabajo.

Monitoreo y medición de recursos

Los objetivos del Sistema de Calidad son determinados por la política de la Organización y por el cliente directo (Agència de Salut Pública de Barcelona). y están relacionados con aspectos asistenciales del servicio (% Altas terapéuticas, Nº de usuarios atendidos, etc.) y por aspectos relacionados con los objetivos fundacionales de la Organización (% Resultados, % de trabajadores con contrato fijo, % de mujeres en plantilla, etc.).

Existe una monitorización permanente de los resultados a través del sistema informático de la empresa, se realiza un análisis e informe trimestral de los mismos.

Información documentada

La empresa tiene establecido un proceso para el control de la información documentada, que recoge la sistemática adecuada para la identificación, actualización, control de revisiones y distribución de la misma.

Dicho proceso se extiende a toda la documentación del SGC y contempla registros que se utilizan de forma habitual en sus Actividades.

Requisitos para los productos y servicios, diseño y desarrollo

Los servicios realizados han sido adjudicados por concurso público y suscritos en un contrato con la Administración, que recoge los requisitos para los servicios desarrollados.

Durante la ejecución del contrato se reciben directrices específicas por parte de la Administración que son recogidas en los procesos y protocolos de la Organización.

El diseño de los servicios se realiza como parte de la presentación a la convocatoria o concurso público y recoge las condiciones técnicas y económicas del mismo.

2. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA Y MATRIZ DE CUMPLIMIENTO ISO 9001

continuación ...

Gestión de la producción y servicios, incluyendo proveedores externos, lanzamiento de productos

Se dispone de una sistemática de gestión del servicio, basada en el software de la Agència de Salut Pública de Barcelona (SICAS), que incluye la planificación, seguimiento (historiales, visitas, etc.) del servicio.

Se evalúan los proveedores que afectan a la calidad del servicio (por ejemplo: material médico, servicios de limpieza) de acuerdo con su capacidad potencial, así como en el seguimiento de su desempeño.

Desarrollo de la evaluación y la satisfacción del consumidor, auditorías internas y revisión de gestión

Se realiza la evaluación de la satisfacción del cliente a través de los indicadores de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Se realizan auditorías internas, que incluyen a todas las áreas de la empresa con un ciclo anual.

Se realizan revisiones del S.G.C. con una frecuencia trimestral, que incluyen el seguimiento de objetivos y planes de acción. La Revisión del S.G.C. de final de año enlaza con los Objetivos de Calidad del Año siguiente

Se realizan reuniones semanales de seguimiento con el personal.

Mejora

Se mantienen reuniones de equipo en cada centro de trabajo con una frecuencia semanal, en dichas reuniones, se comparten conocimientos y se tratan aspectos de coordinación y de mejora del servicio.

Se realiza por parte de Dirección un seguimiento continuo del desarrollo de los procesos (seguimiento de indicadores y objetivos), que se refleja formalmente en una Revisión del Sistema de Calidad con una frecuencia trimestral.

Matriz de cumplimiento - ISO 9001

Elemento de la norma	El grado de cumplimiento	Verificación en la próxima auditoría
Contexto/entorno organizacional (4.1, 4.2)		SI
Alcance del SGC y procesos (4.3, 4.4)		SI
Política de calidad (5.2), Objetivos de calidad y planificación del SGC (6.2), Planificación y control de cambios del SGC (6.3)		SI
Enfoque al cliente (5.1.2), Definición de roles y responsabilidades (5.3)		SI
Identificación de riesgos y oportunidades y las acciones para su gestión (6.1)		SI
Recursos humanos (7.1.2, 7.2), Infraestructura y Ambiente de trabajo (7.1.3, 7.1.4)		SI
Monitoreo, medición y trazabilidad de recursos (7.1.5)		SI
Conocimiento organizativo (7.1.6)		SI
Comunicación (7.4)		SI
Gestión de la información documentada del SGC (7.5)		SI
Planificación y control operacional (8.1), Requisitos para los productos y servicios (8.2)		SI
Diseño y desarrollo de los productos y servicios (8.3)		SI
Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente (8.4)		SI
Gestión de la producción y la provisión del servicio (8.5)		SI
Identificación y trazabilidad, almacenamiento de productos y propiedad del cliente		SI
Liberación de los productos y servicios (8.6), Control de las salidas no conformes (8.7)		SI
Seguimiento, medición, análisis y evaluación (9.1)		SI
Auditorías internas (9.2), Revisión por la dirección (9.3)		SI
Mejora continua, Acciones correctivas y preventivas (10.2, 10.3)		SI



Se cumplen de manera adecuada tanto los requisitos de la norma como el expediente de gestión. Se reconocen determinadas deficiencias pendientes que son resueltas durante el proceso.



Se cumplen tanto los requisitos de la norma y expediente de gestión. No siempre se reconocen/eliminan deficiencias encontradas durante el proceso; o se encuentran bajo requisitos de la norma sin beneficio para la empresa. El auditor puede hacer excepciones



No se cumplen de manera adecuada tanto los requisitos de la norma como el expediente de gestión. El auditor opta por la excepción o no conformidad de acuerdo a su extensión e impacto en la funcionalidad del sistema

Lista de documentos revisados - ISO 9001

Nombre del documento	Documento Nro. (o Fecha)	Revisado
ANALISI ESTRATEGICA	AES rev.1 12-12-2017	SI
Pla de contingència COVID19	07-05-2020	SI
Pla de contingència COVID19	16-03-2020	SI
Programa Anual de Qualitat	PAC rev.0 16-01-2019	SI
Revisio Sistema de Qualitat 4T 2020	20/02/2020	SI
Gestio Procesos Prestacio Servei	PG850 rev.1 29/10/2018	SI
Derivació_Coordinació_Seguiment_Àmbit_Social	PRBUS__13 - 2015-09-11	SI
Tractament Adolescents	PRCNB__14 - 2015-09-11	SI
Consentiment_Informat	PRSOD__05 - 2015-09-11	SI

3. RESUMEN DE LOS RESULTADOS DE AUDITORÍA

3.1. Fuerzas de la compañía

ISO 9001

Implicación de la Dirección en el S.G.C.
Seguimiento muy detallado de las prestaciones del S.G.C.

3.2. No conformidades y Áreas de mejora.

Área de mejora 3

Si bien se han desarrollado planes de contingencia, se recomienda que se revisen los análisis de riesgos y se actualicen a la situación generada por el Covid-19.

, Identificación de riesgos y oportunidades y las acciones para su gestión (6.1)

Área de mejora 4

Se recomienda que todos los documentos que se distribuyen informáticamente a través de la nube se encuentren formalmente revisados y aprobados

, Comunicación (7.4)

Resumen de no conformidades y áreas de mejoras.

Mayor no conformidad: 0
Menor no conformidad: 0
Área de mejora: 2

3.3. No conformidades y Áreas de mejora respecto a auditorías anteriores. (2019)

Área de mejora 1

Se recomienda incluir como información documentada del Sistema de Calidad todos los documentos...
Resuelto

Área de mejora 2

Se recomienda revisar los protocolos para actualizarlos a las sistemáticas utilizadas (Por ejem...
Resuelto

4. ACCIÓN CONSECUTIVA Y DISPOSICIONES FINALES

Gracias a todos los que participaron en la organización y también a los que participaron en la auditoría. Estamos contentos de que la auditoría del sistema de gestión en su empresa se desarrolle sin problemas y en un ambiente agradable.

Resultados esperados

El solicitante de la certificación (empresa certificada) ha sido informado sobre la idoneidad de la certificación acreditada en el sentido de que: "para el alcance de certificación definido, una organización con un sistema de gestión certificado, que cumpla y aplique adecuadamente los requisitos del sistema de gestión aplicables, puede garantizar el suministro permanente de su servicio y / o sus productos que satisfagan los requisitos del cliente, las leyes y regulaciones pertinentes para aumentar la satisfacción del cliente".

Uso del logo de LL-C

Al obtener un certificado válido, el cliente tiene derecho, por la duración de la validez del certificado, a utilizar un logotipo aprobado de la empresa de certificación o un plan privado. En caso de certificación del sistema, certificación del proceso o evaluación de la integridad de la documentación técnica, esta marca no se debe utilizar en un producto o envase del producto visto por el consumidor o de cualquier otra manera que pueda interpretarse como que denota la conformidad de un producto específico. El uso y la colocación del logotipo no deben crear confusión entre el cliente y la empresa certificadora, ni transmitir una falsa impresión de que la certificación se aplica a un producto específico en lugar del sistema de gestión, a menos que el esquema de certificación indique claramente que no es sobre la evaluación de un producto específico, donde se verifica su cumplimiento con los requisitos esenciales, que están dados por un documento normativo u otro documento legal.

Solución de no conformidades, áreas de mejora.

Los hallazgos de la auditoría se presentan en un capítulo anterior, en forma de No conformidades y Áreas de mejora. Le pedimos amablemente que los resuelva de la siguiente manera:

Mayor no conformidad

No conformidad mayor: Si se ha encontrado, debe de ser formulada en un formulario especial (F46), el cual está anexado al informe. La no conformidad es tal cumplimiento insuficiente de los requisitos de la norma que hace que el certificado no pueda ser emitido (o se debe iniciar su retirada) a menos que sea finalizada la resolución por parte del solicitante de la certificación. El procedimiento para su eliminación debe ser formulado por el solicitante en el mismo formulario (F46). Cuando una solución satisfactoria a la no conformidad sea completada, la auditoría puede ser finalizada con resultados positivos. El método de verificación del cierre de la no conformidad es proporcionado por el organismo de certificación.

Menor no conformidad

No conformidad menor: Si se ha encontrado, debe de ser formulada en un formulario especial (F46), el cual está anexado al informe. La No conformidad menor es el cumplimiento insuficiente de los requisitos de la norma que el certificado puede ser emitido sin la finalización del cierre de la desviación por el solicitante. El organismo de certificación debe ser informado sobre el cierre o sobre la objeción en su relevancia dentro de los 12 meses que transcurren desde el último día de auditoría. El método para verificar el cierre de esta desviación está sujeto a una auditoría de vigilancia o de recertificación. En el caso de un cierre insuficiente de una desviación, debe ser reclasificado como una no conformidad y amenazar la validez del certificado.

Área de mejora

Área de mejora: El Área de mejora es una observación para mejorar el sistema de gestión o el mejor y eficiente cumplimiento de ciertos requisitos de la norma (notablemente la eliminación del cumplimiento formal de los requisitos de la norma o de soluciones de optimización). De acuerdo al criterio de acreditación la compañía certificada no necesita una respuesta activa a estas recomendaciones, pero cuando hay muchas recomendaciones y todas han sido ignoradas, pueden ser consideradas durante la auditoría posterior como un nivel reducido del desempeño del sistema.

Periodo de certificación y validez del certificado.

El período, por el cual la empresa certificada se compromete a mantener un sistema de gestión funcional y el organismo de certificación se compromete a proporcionar las auditorías de vigilancia, corresponde a la validez del certificado. Durante su vigencia, el organismo de certificación está obligado a realizar auditorías de vigilancia todos los años en el lugar de las actividades de la empresa certificada, a menos que un requisito normativo o legal establezca excepcionalmente lo contrario. La primera auditoría de vigilancia después de la certificación inicial se iniciará a los 12 meses a partir de la fecha de finalización de la auditoría de certificación; la segunda auditoría de vigilancia debe iniciarse en el período anual desde la fecha de finalización de la primera auditoría de vigilancia con una tolerancia máxima de 45 días calendario.

Antes de la finalización de la validez del certificado, se ofrecerá un contrato con posible ventaja de precio para el próximo período de certificación, si el cliente está interesado en él (mientras que el alcance de la certificación se mantenga). Para mantener la ventaja del precio, la auditoría / evaluación de recertificación debe llevarse a cabo antes de la expiración del certificado original. En casos severos, es posible solicitar un aplazamiento de la auditoría de vigilancia, la aprobación de esta exención es exclusiva del organismo de certificación. En caso de no cooperar en una auditoría de vigilancia, debemos comenzar el proceso de retirada del certificado y debemos publicar ese hecho, de acuerdo con los criterios de acreditación.

Obligaciones de la compañía certificada

Los deberes básicos de la empresa certificada surgen del contrato y las condiciones comerciales que forman parte de él.

El titular del certificado mantendrá su sistema de gestión funcional durante todo el período de validez del certificado y aplicará todos los cambios en los sistemas de gestión que resulten de los cambios en los requisitos de normas relevantes o criterios de acreditación basados en las recomendaciones enviadas por el organismo de certificación.

Además, la empresa certificada está obligada a registrar y documentar todas las reclamaciones de terceros relacionadas con su sistema de gestión e informar adecuadamente al organismo de certificación.

Obligaciones del organismo de certificación

Los deberes básicos del organismo de certificación surgen del contrato y de las condiciones comerciales que forman parte de él. El organismo de certificación deberá mantener su estado de acreditación, realizar auditorías periódicas y vigilancias de acuerdo con las fechas y los plazos especificados, y proporcionar objetividad para determinar la operatividad del sistema de gestión. Además, el organismo de certificación está obligado a monitorear los cambios en los requisitos de las normas pertinentes y notificar a la empresa certificada por anticipado y procesar las quejas y las reservas planteadas por el cliente o un tercero de manera oportuna.

Reclamación

El solicitante de la certificación (empresa certificada) tiene derecho a presentar cualquier queja contra el procedimiento del organismo de certificación o de los auditores individuales. La queja del solicitante de la certificación (empresa certificada) debe enviarse por escrito. Del mismo modo, el solicitante de la certificación (empresa certificada) puede comentar este informe. Apelación severa, ya que el reclamo contra la imparcialidad del auditor o la decisión de la compañía de certificación de rechazar la emisión o retiro del certificado, son resueltos por el Comité de Apelaciones independiente dentro del período de 30 días. Otros comentarios y objeciones se tratan operacionalmente en un período de tiempo apropiado.

Informe proporcionado a terceras partes

Este informe resume los resultados de la auditoría. El informe se proporciona al cliente, una copia en formato electrónico se deposita con el LL-C (Certificación). El cliente tiene derecho a presentar a un tercero el informe completo solamente. El contenido de este informe y todos los registros de auditoría se consideran confidenciales. El contenido de este informe y todos los registros de auditoría se consideran confidenciales. Los informes pueden presentarse a cualquier tercero solo con el consentimiento del cliente, sin esa autorización si el organismo de acreditación y los propietarios de esquemas privados lo solicitan.

Decisión final

Se alcanzó el objetivo general de la auditoría. La conformidad de la 1ª etapa de la auditoría se ha completado con éxito. El informe de la primera etapa ha sido redactado y emitido a la organización. Además, el plan de auditoría y el equipo de auditoría han sido confirmados. Tras estos procesos, la 2ª etapa de la auditoría ha comenzado y ha resultado en lo siguiente. Se logró el objetivo general de auditoría (como se especifica en el plan). La conformidad documentada de la gestión del sistema se midió a través de un proceso altamente calificado. Además, la actividad del cliente se comparó con los requisitos del estándar. Se confirmó que el MS de la organización es capaz de cumplir con los requisitos aplicables de la (s) norma (s) relevante (s) y lograr los resultados esperados para la Certificación acreditada como se indica en el Comunicado ISO-IAF para la Certificación Acreditada. La organización cumple e implementa de manera adecuada los requisitos del MS aplicables, y puede garantizar la prestación continua de este servicio o productos de conformidad con los requisitos del cliente y las leyes y regulaciones pertinentes para aumentar la satisfacción del cliente. Esta declaración se realizó sobre la evaluación del nivel de cumplimiento de los requisitos de la norma individual, como se evidencia en la matriz de cumplimiento de este informe. Los objetivos de auditoría que se especifican en la Sección 1 - Alcance de la auditoría se cumplieron con éxito. Además, se ha evaluado que el alcance de la certificación es totalmente representativo de las actividades actuales de la organización auditada. el sistema de gestión documentado fue valorada a través de procesos altamente cualificados. Además, la actividad de los clientes fue comparada con los requisitos de la norma

Recomiendo, tomando en consideración los resultados de la auditoría

mantener el certificado del sistema de gestión de conformidad con los requisitos de las normas ISO 9001

para el alcance

Gestión de servicios públicos en el ámbito socio-sanitario

LL-C (Certification) Jorge Perez Llobet

LL-C (Certification) Czech Republic a.s.
Pobřežní 620/3, 186 00 Praha 8 - Karlín
Reg. No. 27118339

