

# JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA LA MANCHA

**CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL  
VICECONSEJERÍA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y  
ATENCION A LA DEPENDENCIA**

## Informe de Auditoría

<p>Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN: <b>2006/0509/CDS/10</b></p> <p>NORMA DE APLICACIÓN: <b>UNE 93200:2008</b></p>	<p>Nº INFORME: <b>10</b>                      TIPO DE AUDITORÍA: <b>AS1</b></p> <p>Auditoría: Individual <input checked="" type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Integrada <input type="checkbox"/></p> <p>Requiere envío de PAC a AENOR INTERNACIONAL S.A.U.: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	--

Fecha de realización de la Auditoría: 2020-12-14

## 1. DATOS GENERALES

### A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

<b>Nombre de la Organización</b>	JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA LA MANCHA
<b>Dirección</b>	VICECONSEJERÍA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. AV DE FRANCIA, 4 45071 - TOLEDO
<b>Representante de la Organización (nombre y cargo)</b>	Dña. Ana Rosa MUÑOZ RIO-PEREZ (Jefa de Servicio de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia)

### B. EQUIPO AUDITOR

<b>Función</b>	<b>Nombre</b>	<b>Iniciales</b>
Auditor Jefe	Dña. Isabel RODRIGUEZ PONT	IRP

### 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

## 2. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

### Cuestiones generales para todos los Sistemas de Gestión

<b>Confirmación de la realización de la auditoría</b>
Se ha realizado la Auditoría de Seguimiento de Certificación al Sistema de Gestión de la Carta de Servicios de Telesistencia de la VICECONSEJERÍA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA donde se ha comprobado la implantación del Sistema respecto a los requisitos especificados en la norma de referencia UNE 93200:2008.
<b>Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado</b>
Servicio de Telesistencia  Se mantiene el alcance y se considera adecuado.
<b>Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión</b>
<b>Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión:</b>  <b>b.1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados</b>  El Sistema de Gestión CUMPLE con los requisitos de la Norma y con el resto de criterios de auditoría (requisitos legales y reglamentarios, requisitos del cliente, requisitos propios del sistema de gestión interno y se considera que se encuentra eficazmente implantado.  Se vuelve a comentar la OBSERVACION CRITICA.  <b>b.2. Auditoría interna y el proceso de revisión del sistema por la Dirección</b>  NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS, PERO RELACIONADO CON LA OBSERVACION SE COMENTA LA NECESIDAD DE ESTABLECER UN DOCUMENTO INTERNO QUE FIJE EL SISTEMA DE EVALUACION CRUZADA CON LO APORTADO POR TUNSTALL, ASI COMO UNA EVALUACION INTERNA MINIMA ANUAL Y PREVIO A LA PUBLICACIÓN EN WEB DE LOS RESULTADOS DE LOS COMPROMISOS.  VER OBSERVACION CRITICA.
<b>Cambios significativos con respecto a la anterior visita y su impacto en el Sistema de Gestión</b>
Desde la auditoría anterior, se publicó la nueva Carta de Servicios de Tele asistencia, en Resolución de 27/12/2019, de la Viceconsejería de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.
<b>Confirmación sobre el cumplimiento de los objetivos de auditoría</b>

<p>Los objetivos de la auditoría han sido determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización / empresa auditada, o partes de dicho sistema, con los criterios de auditoría.</p> <p>Se han cumplido los objetivos de la auditoría.</p>
<p><b>Cuestiones para Sistema de Gestión adaptados a la Estructura de Alto Nivel</b></p>
<p><b>f.1. Comprensión del contexto de la organización</b></p>
<p><i>NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS.</i></p>
<p><b>f.2. Enfoque a riesgos y oportunidades</b></p>
<p>NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS.</p>
<p><b>f.3.Liderazgo</b></p>
<p>NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS.</p>
<p><b>Otras consideraciones del equipo auditor</b></p>
<p>VER CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DE NORMA.</p>
<p><b>Puntos fuertes</b></p>
<p>Los nuevos compromisos establecidos, y los estándares más restrictivos, para otros de los ya existentes, todo ello enfocado a la mejora continua del servicio.</p> <p>LINEA DE PARTICULARIZACIÓN DE SERVICIO en la Nueva Carta. Con el NIVEL DE SERVICIO (por evaluación NIVEL RIESGO)</p>
<p><b>Oportunidades de mejora</b></p>
<p>Valorar que la muestra de encuestas de satisfacción de los usuarios, sea mayor a la de los últimos años (381), la cual no es muy representativa con respecto al número de usuarios actual (sobre 50.000).</p> <p>Valorar que el servicio de tele asistencia, en lugar de la empresa adjudicataria, sea quien seleccione a la organización, que realice la medición de satisfacción de los usuarios.</p>

Nº	Observaciones	Norma/s
1	<p>SE VUELVE A COMENTAR LA OBSERVACION CRITICA</p> <p>Es necesario disponer de un documento interno o Protocolo que determine la metodología de seguimiento y publicación de resultado de COMPROMISOS de la CARTA DE SERVICIOS, marcando Responsables, plazos temporales, criterios.</p>	UNE 93200
2	<p>El COMPROMISO Nº 11 "Seguimiento domiciliario anual" no se ha cumplido, si bien dicho incumplimiento es motivado por dos circunstancias; la primera, porque desde el 16 de marzo al 21 de junio, periodo de confinamiento por la COVID-19, no es posible la realización de estas visitas domiciliarias al no ser una actividad esencial, y la segunda, porque hay un alto porcentaje de visitas canceladas/pospuestas a petición de las personas usuarias por temor al contagio, lo que ha reducido este volumen y dificultado su cumplimiento.</p>	UNE 93200

**Documentos adjuntos al informe de auditoría:**

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

## ANEXO

### Cuestiones particulares del Sistema de Gestión

#### a. CARTA DE SERVICIOS UNE 93200 2008

##### Reunión Inicial Carta:

Se comenta la publicación de la nueva Carta de Servicios de Tele asistencia, en Resolución de 27/12/2019, de la Viceconsejería de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia. Se ha pasado de 12 a 15 compromisos, y se han modificado varios, que a continuación se detallan en el informe.

Se revisa la Hoja de Datos.

Se comenta, que este año se ha realizado cliente misterioso, a través de una consulta por correo electrónico, y los resultados han sido satisfactorios, en cuanto a la respuesta de la misma.

Se comentan las observaciones y oportunidades de mejora de la auditoría anterior.

##### **REUNIONES DEL EQUIPO DE TRABAJO DE LA CDS**

En el último y desde la publicación de la nueva Carta, se han realizado varias reuniones de seguimiento, la última de fecha 15/10/2020, en la que además de la Jefa de Servicio y el Jefe de Sección, participa la Coordinadora Regional de la empresa adjudicataria del servicio.

##### **ENCUESTA**

Se sigue realizando medición de satisfacción de usuarios del servicio anualmente, por organización externa seleccionada por la empresa adjudicataria, este año 2020 ha sido FEMCET (Asoc. Cat. Esclerosis Múltiple J.M. Charcot).

La muestra ha sido de 381 encuestas y se evidencia informe de análisis de las mismas, muy completo, la satisfacción global ha sido de 4,65 sobre 5.

Se revisan las respuestas a la pregunta SG.6 ¿SE LE OCURRE ALGUNA COSA QUE SE PODRÍA MEJORAR EN EL SERVICIO DE TELEASISTENCIA PARA QUE USTED ESTUVIERA MÁS SATISFECHO?

Se ha realizado un estudio agrupando por:

71 AGRADECIMIENTOS

10 MAS VISITAS

4 SERVICIO COMPAÑÍA (para la soledad, para acompañar, para salir, ...)

11 PUBLICITA EL SERVICIO

16 SERVICIO

4 MAYOR RAPIDEZ

2 COSTE DEL SERVICIO

6 NO HA HECHO USO

35 TODO CORRECTO  
8 OTROS (

Pero hay 213 de SIN COMENTARIOS.

Se comenta las de SERVICIO como el botón más sensible.

## **RECLAMACIONES y FELICITACIONES**

En lo que va de 2020 se han recibido 51 consultas entre agradecimientos y propiamente dudas y consultas. Ninguna de estas ha llegado a niveles de Reclamación o Denuncia.

De las Consultas se repiten que aunque sea un servicio gratuito aparecen en las facturas de las Cías llamadas a número 900 (las llamadas de Control que aparece en el Documento de Adhesión al Servicio), además de dudas como darse de alta en el servicio,....

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

Otros:

Como cambios se han incluido en la Nueva Carta de Servicios

- PERSONALIZACION DEL SERVICIO
- ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DEL SERVICIO
- MANTENIMIENTO DEL SERVICIO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO, SI BIEN ESTE AÑO CON MOTIVO DE LA CRISIS SANITARIA DEL COVID 19, NO SE HA PODIDO LLEVAR A CABO.

Se ha pasado de 12 a 15 Compromisos.

Se revisa el Informe de TUNSTALL TELEVIDA con datos de Enero a Noviembre 2020.

Nº	COMPROMISO	INDICADOR	ESTÁNDAR	FORMA DE CÁLCULO	PERIODO	COMENTARIOS
1	Instalación ordinaria del terminal en el domicilio en un plazo máximo de 10 días desde la notificación de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales a la entidad prestataria del servicio.	1.- Instalaciones ordinarias realizadas en plazo.	1.- El <b>98%</b> , mínimo, de las instalaciones ordinarias se realiza en plazo.	1.-Porcentaje instalaciones realizadas en plazo respecto al total de instalaciones ordinarias realizadas en el periodo.	Semestral	<b>DIAS NATURALES. ESTE INDICADOR SE HA MODIFICADO DE LA ANTERIOR CARTA DE 15 DÍAS DE COMPROMISO A 10 DÍAS</b>  <b>EL VALOR MEDIO HA SIDO 4,41 DÍAS, CUBRIENDOSE EL 100%. Y SE SIGUE MEJORANDO EL DATO DE PLAZO DEL AÑO PASADO DE 5,25 A 4,41</b>
2	Visita domiciliaria y elaboración del Plan de Atención Personalizada (PAP) en el plazo máximo de 10 días desde la notificación de la Consejería de BS a la	Nuevas personas usuarias con PAP en plazo	El 98% de las personas recién incorporadas al servicio disponen de PAP antes de 10 días desde	Porcentaje de personas usuarias de nueva incorporación con PAP en 10 días, respecto al total	Semestral	<b>COMPROMISO NUEVO A LO LARGO DEL 2020, EN EL 99,65% DE LOS CASOS, SE HA CUMPLIMENTADO EL PAP CORRESPONDIENTE A LAS ALTAS REALIZADAS EN UN PLAZO DE 10 DÍAS</b>

Nº	COMPROMISO	INDICADOR	ESTÁNDAR	FORMA DE CÁLCULO	PERIODO	COMENTARIOS
	entidad prestataria del servicio.		la derivación del alta.	de nuevas personas usuarias.		
3	Actualización del PAP de cada persona usuaria mediante su revisión periódica, como mínimo anual.	Personas usuarias valoradas con PAP en visita de CZ a lo largo del periodo	El 95% de las personas previstas disponen de PAP actualizado.	Porcentaje de personas con PAP actualizado sobre el total de personas usuarias que había previsto visitar en el periodo.	Semestral	<b>COMPROMISO NUEVO</b>  <b>EN EL 98,05% DE LAS VISITAS REALIZADAS POR EL EQUIPO DE COORDINACIÓN A LO LARGO DEL 2020 SE HA ACTUALIZADO EL PAP CORRESPONDIENTE</b>
4	Satisfacción de los usuarios del servicio en la enseñanza del uso y funcionamiento del equipo instalado en el domicilio.	Usuarios satisfechos en cuanto a la enseñanza de uso y funcionamiento del equipo.	El <b>95%</b> , mínimo, de los nuevos usuarios expresan su satisfacción en encuesta a los 5 días de la instalación.	Porcentaje de encuestas con una puntuación igual o superior a 3 sobre 5, respecto al total de encuestas realizadas.	Anual	<b>LA NUEVA CARTA SUBE A 4 SOBRE 5</b>  <b>DE LAS 4.635 ENCUESTAS REALIZADAS, EN EL 99,90% DE LOS CASOS DEL PRIMER SEMESTRE Y EN EL 99,70% DE LOS CASOS DEL AÑO COMPLETO, SE HA SUPERADO EL RESULTADO DE 4 SOBRE 5 DE SATISFACCIÓN CON EL PROCESO DE INSTALACIÓN</b>
5	Se garantiza la fiabilidad de la tecnología y el buen funcionamiento de los terminales.	Terminales con problemas de conexión con el Centro de Atención	Igual o inferior al 2% de los terminales.	Porcentaje de terminales con avería por desconexión respecto al total de terminales activos.	Anual	<b>EN LA NUEVA CARTA SE HA PASADO AL 2%</b> <b>EL PORCENTAJE DE TERMINALES QUE SE AVERÍAN IMPIDIENDO LA COMUNICACIÓN CON EL CENTRO DE ATENCIÓN SUPONE EL 0,70% DEL TOTAL DE TERMINALES INSTALADOS EN EL PRIMER SEMESTRE, Y EL 0,71%</b>

Nº	COMPROMISO	INDICADOR	ESTÁNDAR	FORMA DE CÁLCULO	PERIODO	COMENTARIOS
						<b>EN EL AÑO 2020 COMPLETO</b>
6	Reparación o sustitución gratuita, en su caso, en un plazo no superior a 48 horas de los terminales averiados que afectan a la continuidad del servicio por desconexión.	Restablecimiento del servicio antes de 48 horas, en el supuesto de averías de los terminales.	En el 98% de los casos, se restablecerá el servicio en tiempo igual o inferior a 48 horas.	Porcentaje de averías subsanadas en plazo, respecto al total de averías por desconexión.	Anual	<b>EN LA NUEVA CARTA SE PASA AL 98% SE CONSIGUE EN EL 100%</b>  <b>EL TIEMPO MEDIO DE RESTABLECIMIENTO ES DE 21 HORAS 32 SEGUNDOS. HA CRECIDO LEVEMENTE.</b>
7	Prestación ininterrumpida del servicio aún en caso de avería, mediante la coordinación y respaldo entre las distintas centrales.	Realización de al menos una comprobación semestral con otras centrales	El 100% de comprobaciones realizadas	Número de pruebas preventivas realizadas con otras centrales, de los dos mínimas previstas	Semestral	<b>SE REALIZAN 4 DESVIOS PROGRAMADOS ESTE AÑO CON RESULTADO SATISFACTORIO.</b>
8	Atención directa a la persona usuaria del servicio con derivación inmediata a los recursos adecuados según la necesidad presentada.	Tiempo medio entre llamada de emergencia y respuesta emitida, según necesidad.	En el 98 % de los casos se emite respuesta antes de 10 minutos.	Porcentaje de respuestas emitidas que no superan los 10 minutos, con respecto del total de llamadas de emergencia.	Semestral	<b>LA DERIVACIÓN A RECURSOS EN EL 100% DE LAS EMERGENCIAS QUE LO HAN REQUERIDO, SE HA GESTIONADO EN UN TIEMPO MEDIO DE 03:44 MINUTOS EN EL PRIMER SEMESTRE Y DE 03:45 MINUTOS EN TODO EL 2020</b>
9	Gestión de la agenda personalizada de la persona usuaria del servicio, recordando citas o gestiones, periódica o esporádicamente.	7.- Llamadas telefónicas realizadas a los usuarios con agenda.	7.- 98% de llamadas a usuarios con agenda.	7. Porcentaje de avisos realizados con respecto al total de llamadas a realizar.	Semestral	<b>SE HAN REALIZADO UN TOTAL DE 6.481 AGENDAS PERSONALIZADAS CON LA FINALIDAD DE RECORDAR CITAS O GESTIONES A LAS PERSONAS USUARIAS CON ESTE TIPO DE AGENDAS, LO QUE HA SUPUESTO</b>

Nº	COMPROMISO	INDICADOR	ESTÁNDAR	FORMA DE CÁLCULO	PERIODO	COMENTARIOS
						<b>ALCANZAR EL 99,80% DE LAS LLAMADAS PROGRAMADAS CON ESTA TIPIFICACIÓN TANTO EN EL PRIMER SEMESTRE COMO EN EL AÑO COMPLETO</b>
10	Seguimiento telefónico, según el nivel personalizado del servicio (básico, medio, alto o alto riesgo)	Llamadas telefónicas de seguimiento realizadas a cada nivel de servicio	El 98% de llamadas de seguimiento realizadas cada mes en cada nivel.	Porcentaje de llamadas de seguimiento realizadas con respecto al total de llamadas mensuales a realizar a cada nivel	Semestral	<p><b>Se han realizado el 99,94% de las llamadas programadas en el primer semestre y el 99,95% en el ejercicio completo</b></p> <p><b>En la Nueva Carta de Servicio se establece una PERSONALIZACIÓN en función de una evaluación de RIESGO (BÁSICO, MEDIO, ALTO y ALTO RIESGO) Y se pasa a cumplimiento del 98%.</b></p> <p><b>A cada usuario se le establece un NIVEL DE PRESTACION y en base a este una frecuencia de llamada.</b></p>
11	Seguimiento domiciliario anual	Visitas domiciliarias realizadas en plazo, según la periodicidad prevista (12 meses)	El 95% de visitas realizadas en plazo sobre el total de las previstas	Porcentaje de visitas realizadas sobre el total previsto según planificación	Semestral	<b>PARA ESTE EJERCICIO SE PLANIFICÓ LA REALIZACIÓN DE 13.052 VISITAS DOMICILIARIAS, DE LAS CUALES SE HAN REALIZADO EN EL PRIMER SEMESTRE EL 27,67% (3.611) Y EN TODO EL AÑO SE HA ALCANZADO EL 69,63% (9.088) DEL TOTAL.</b>

Nº	COMPROMISO	INDICADOR	ESTÁNDAR	FORMA DE CÁLCULO	PERIODO	COMENTARIOS
						<p><b>OBSERVACION: EN EL INFORME DE RESULTADOS SE ANALIZA LA DESVIACIÓN</b></p> <p><b>Incumplimiento motivado por dos circunstancias; la primera, porque desde el 16 de marzo al 21 de junio, periodo de confinamiento por la COVID-19, no es posible la realización de estas visitas domiciliarias al no ser una actividad esencial, y la segunda, porque hay un alto porcentaje de visitas canceladas/pospuestas a petición de las personas usuarias por temor al contagio, lo que ha reducido este volumen y dificultado su cumplimiento.</b></p> <p><b>Hay que tener en cuenta que si ajustamos el volumen de visitas a los meses de actividad real del año, el porcentaje de cumplimiento a fecha 30/11 es del 92,81%.</b></p>
12	Accesibilidad del servicio: adaptaciones realizadas a personas con discapacidad o con importantes limitaciones	Personas usuarias que disponen de adaptaciones para el uso de la tecnología, para el acceso a información o para la comunicación	El 90% de las personas que requieren adaptaciones reciben propuesta de medidas de accesibilidad para ser usuarias del servicio	Porcentaje de personas con discapacidad o limitaciones con propuesta de medidas de accesibilidad, respecto al total de personas con discapacidad o limitaciones	Semestral	<p><b>EL 100% DE LAS PERSONAS VALORADAS QUE PRESENTAN LIMITACIONES O DISCAPACIDAD HAN OBTENIDO PROPUESTA DE INCORPORAR MEDIDAS DE ACCESIBILIDAD. DE ESTAS, EL 54% HAN ACEPTADO LA MEDIDA PROPUESTA</b></p>
13	Información a la persona usuaria, al menos	Personas usuarias que	El 95% de las personas	Porcentaje de personas	Semestral	<p><b>SE PREVÉ QUE A 31/12/2020 EL 98,97% DE LAS PERSONAS USUARIAS</b></p>

Nº	COMPROMISO	INDICADOR	ESTÁNDAR	FORMA DE CÁLCULO	PERIODO	COMENTARIOS
	trimestralmente, sobre recursos sociales o sanitarios, eventos, campañas o cualquier otra información general de interés	reciben información al menos 4 veces al año	usuarias reciben, al menos, 4 informaciones al año.	usuarias que reciben 4 informaciones anuales sobre el total de personas usuarias del servicio		<b>HABRÁN RECIBIDO 4 O MÁS CONTACTOS.</b>
14	Satisfacción de las personas participantes en actividades presenciales grupales de envejecimiento activo	Personas encuestadas que muestran su satisfacción con la actividad desarrollada	El 95% de las personas participantes muestran su satisfacción con la actividad en la que han participado	Porcentaje de participación que puntúan la actividad igual o superior a 4, sobre un total de 5.	Semestral	<p><b>EN EL 100% DE LAS ACTIVIDADES EL RESULTADO DE LOS CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN HA SUPERADO EL 4 EN SATISFACCIÓN GENERAL</b></p> <p><b>OBSERVACION; SI BIEN POR EL ESTADO DE ALARMA, LAS ACTIVIDADES DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO QUEDAN SUSPENDIDAS DESDE EL PASADO 16 DE MARZO. DE MOMENTO NO SE PREVÉ SU REANUDACIÓN HASTA QUE NO FINALICE ESTA SITUACIÓN.</b></p>
15	Satisfacción general de las personas usuarias con el servicio de teleasistencia que se les presta	Personas encuestadas que muestran su satisfacción con el servicio de teleasistencia	El 95% de las personas usuarias expresan su satisfacción en la encuesta de satisfacción externa anual.	Porcentaje de personas usuarias encuestadas que dan al servicio una puntuación igual o superior a 4, sobre un total de 5	Anual	<p><b>PARA LA NUEVA CARTA DE SERVICIOS SE HA ESTABLECIDO UN VALOR DE 4 SOBRE 5</b></p> <p><b>SE MANTIENE EN 381 LAS ENTREVISTAS REALIZADAS Y SE HA CONSEGUIDO 97, 90% POR ENCIMA DE 4.</b></p> <p><b>SE MANTIENE VALORES GLOBALES MEDIOS DE 4,65.</b></p>

Nº	COMPROMISO	INDICADOR	ESTÁNDAR	FORMA DE CÁLCULO	PERIODO	COMENTARIOS
						<p><b>SE MANTIENEN LAS AREAS EN TELEOPERADORES, TECNOLOGÍA, PERSONAL INSTALACION Y MANTENIMIENTO, COORDINACION DE ZONA Y SATISFACCION GLOBAL</b></p>

LOS NUEVOS COMPROMISOS SON:

PLAN DE ATENCION PERSONALIZADA

SATISFACCION CON LAS ACTIVIDADES DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO (Para Envejecimiento activo ya se desarrollan Talleres en Poblaciones teniendo en cuenta a los Usuarios de Telesistencia (y a otros que pueden interesarles).

ACCESIBILIDAD

### 3. CUADRO DE NO CONFORMIDADES

Ref. N.C.	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma	Categoría N. C.
	NO SE DETECTAN		

**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.

## 4. DISPOSICIONES FINALES

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

### MANTENIMIENTO

- No obstante, los Servicios Técnicos de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. son el órgano responsable de la decisión final sobre la certificación, una vez analizados los resultados reflejados en este informe de auditoría y en el plan de acciones correctivas (cuando proceda) enviado por la organización. En consecuencia, la propuesta del equipo auditor sobre la certificación podrá ser ratificada o no.
- Teniendo en cuenta las no conformidades indicadas en este informe, si fuese necesaria la presentación del Plan de Acciones Correctivas, la Organización se compromete a enviarlo a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. (a la dirección de correo electrónico facilitada por la delegación) en 30 días naturales a partir de la fecha de emisión del informe de auditoría, con la información requerida por la *Guía para la elaboración del plan de acciones correctivas*. En caso de que el Plan de Acciones Correctivas no fuera satisfactorio, la organización dispone de un plazo de 15 días naturales para el envío de la documentación adicional que le sea requerida por AENOR INTERNACIONAL S.A.U., a partir de la fecha de recepción dicho requerimiento.
- Indicar las no conformidades del presente informe a las cuales la organización tiene intención de presentar apelación. En este caso, la organización deberá enviar a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. en el plazo de 7 días naturales, a contar desde la fecha del último día de auditoría, la justificación y evidencias documentales necesarias para su valoración por los servicios de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. Asimismo, se informa a la organización que cualquier queja o reclamación sobre la actuación de AENOR INTERNACIONAL S.A.U., estas deben ser remitidas a la siguiente dirección [calidad@aenor.com](mailto:calidad@aenor.com)  
**NO APLICA**
- Se indican a continuación los comentarios del equipo auditor sobre el cierre de las no conformidades detectadas en la anterior auditoría (en el caso de auditoría de renovación se revisarán todas las no conformidades del ciclo):  
**NO APLICA**
- 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:	DICIEMBRE 2021
Fecha expiración del actual certificado: <i>(no cumplimentar en Fase I / Fase II)</i>	<b>2022-12-19</b>

- Comentarios si procede, sobre la planificación de la próxima auditoría (a cumplimentar por el Auditor Jefe):
- Con antelación a la realización de la próxima auditoría, se determinarán en el Plan de Auditoría los centros a visitar y la planificación de actividades prevista.
- Una vez concedida la Certificación, la organización se compromete a poner a disposición de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. durante la realización de las auditorías la documentación vigente del Sistema de Gestión.
- Para cualquier aspecto relacionado con el proceso de certificación, la organización puede dirigirse al Técnico Responsable de su Expediente (TRE). **DE LA FUENTE PASTRANA, MIGUEL**

En TOLEDO, a 14 de DICIEMBRE de 2020

## ANEXO A CENTROS VISITADOS

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

**CENTROS FIJOS**

**CENTRO 1:**

**DIRECCIÓN:** VICECONSEJERÍA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA AV DE FRANCIA, 4. 45071 - TOLEDO

**ACTIVIDADES DEL ALCANCE:**

:

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

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	Desarrollo Auditoría	Reunión final
DÑA. ANA ROSA MUÑOZ RIO-PÉREZ	JEFA DE SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	X	X	X
D. RODRIGO DEL CERRO FERNÁNDEZ	JEFE DE SECCIÓN	X	X	X

## ANEXO HOJA DE DATOS

DATOS GENERALES		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
<b>Nombre de la Organización</b>	JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA LA MANCHA	
<b>Factoría/Planta/Delegación</b>	Servicio de Teleasistencia	
<b>Domicilio Social</b>	PL DEL CONDE, 5, 45071 - TOLEDO	
<b>C.I.F.</b>	S1911001D	
<b>NACE</b>	<NACE>	
<b>Grupo (si aplica)</b>	JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA LA MANCHA	
<b>Correo electrónico</b>	aliciaft@jccm.es	
<b>Representante de la Dirección</b>		
<b>Nombre</b>	Dña. Ana Rosa MUÑOZ RIO-PEREZ	
<b>Cargo</b>	Jefa de Servicio de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia	
<b>Teléfono</b>	925268999	
<b>Correo electrónico</b>	armunoz@jccm.es	
<b>Dirección General</b>		
<b>Nombre</b>	Dña Ana SAAVEDRA REVENGA	
<b>Cargo</b>	VICECONSEJERA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	

ALCANCE DEL CERTIFICADO (añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
<b>Norma de referencia</b>	UNE 93200:2008	
<b>Alcance Español</b>	Servicio de Telesistencia	
<b>Alcance Inglés</b>	Tele-assistance service	
<b>Procesos subcontratados</b> (mencionar procesos)		
<b>Productos/Proyectos</b>		

CENTROS DE ACTIVIDAD Y Nº PERSONAS					Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)				
	Pers Prop	Pers Subc	Colectivo (*)	Nº		Pers Prop	Pers Subc	colectivo	Nº
<b>Total personas implicadas en el alcance del certificado:</b>			N.A.		<b>Total, personas implicadas en el alcance del certificado:</b>			ELIJA..	
<b>Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado</b> (añadir tantas filas como sean necesarias)	<b>Pers Prop</b>	<b>Pers Subc</b>	<b>colectivo</b>	<b>Nº</b>	<b>Indicar posibles modificaciones en los centros</b> (añadir tantas filas como sean necesarias)	<b>Pers Prop</b>	<b>Pers Subc</b>	<b>colectivo</b>	<b>Nº</b>
VICECONSEJERÍA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA AV DE FRANCIA, 4. 45071 - TOLEDO	2		ELIJA..					N.A.	
			ELIJA..					ELIJA..	
			N.A.					ELIJA..	
			N.A.					ELIJA..	

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

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

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

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

<b>El representante de la empresa</b>	<b>El representante de AENOR INTERNACIONAL S.A.U.</b>
<b>Fecha:</b> 2020-12-14	
<b>Fdo:</b> Dña. Ana Rosa MUÑOZ RIO-PEREZ	<b>Fdo:</b> Dña. Isabel RODRIGUEZ PONT