

# JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA -LA MANCHA

## Consejería de Bienestar Social Viceconsejería de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia

### Informe de Auditoría

|                                                          |                                                                                                                                 |                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN:<br><b>2006/0509/CDS/10</b> | Nº INFORME: <b>13</b>                                                                                                           | TIPO DE AUDITORÍA: <b>2ª</b><br><b>Seguimiento</b>                                                         |
| NORMA DE APLICACIÓN: <b>UNE 93200:2008</b>               | Auditoría: Individual <input checked="" type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Integrada <input type="checkbox"/> |                                                                                                            |
|                                                          |                                                                                                                                 | Requiere envío de Acciones Correctivas: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |

Fecha de realización de la Auditoría: 2022-01-17

## DATOS GENERALES

### A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

|                                                   |                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre de la Organización                         | JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA -LA MANCHA                                                                           |
| Dirección                                         | DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.<br>Avenida DE FRANCIA, 4<br>45071 - TOLEDO                            |
| Representante de la Organización (nombre y cargo) | Dña. Ana Rosa MUÑOZ RIO-PEREZ (Jefa de Servicio de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a la Dependencia) |

### B. EQUIPO AUDITOR

| Función      | Nombre                          | Iniciales |
|--------------|---------------------------------|-----------|
| Auditor Jefe | D. Miguel DE LA FUENTE PASTRANA | MFP       |

### 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:

| Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) | Herramientas y descripción |
|-------------------------------------------------|----------------------------|
| Herramienta(s) a utilizar                       |                            |
| Plataforma(s) IT del cliente                    |                            |

| Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)                              |                                                         | Descripción (cuando proceda) |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------|
| Revisión documental (no en tiempo real) (ej., revisión de documentos en web) | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                              |
| Videollamada (WebEx)                                                         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                              |
| Captura de Pantallas                                                         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                              |
| Video en tiempo real o no real                                               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                              |
| Grabación de video                                                           | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                              |
| Intercambio de fotografías                                                   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                              |
| Otros:                                                                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                              |
| COMENTARIOS: AUDITORIA PRESENCIAL                                            |                                                         |                              |

## RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

### Cuestiones generales para todos los Sistemas de Gestión

#### Confirmación de la realización de la auditoría

*Se ha realizado la Auditoría de Seguimiento de Certificación al Sistema de Gestión de la Carta de Servicios de Teleasistencia de la DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA de la CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL donde se ha comprobado la implantación del Sistema respecto a los requisitos especificados en la norma de referencia UNE 93200:2008.*

#### Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado

*Servicio de Teleasistencia*

*¿Es adecuado el alcance del certificado? SI ☒ NO ☐ Indicar si se han producido cambios o modificaciones, desde la anterior auditoría:*

*Alcance de la auditoría:*

*¿Se han auditado todas las actividades incluidas en el alcance del certificado (sólo para auditorías de seguimiento)?*

*SI ☒ NO ☐ En caso negativo incluir descripción del muestreo realizado (actividades, proyectos, líneas de producto, tipos de servicio, emplazamientos temporales, etc.)*

**SE HA CUMPLIDO EL PLAN**

#### Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión

**Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión:**

##### 1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados

*El Sistema de Gestión 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, QUE EN ESTA OCASIÓN SE HA LLEGADO A CONCRETAR EN ASPECTOS NORMATIVOS.*

*Se comenta la necesidad de establecer este Documento y la posible colaboración de la INSPECCION GENERAL DE SERVICIOS.*

##### 2. Auditoría interna y el proceso de revisión del sistema por la Dirección

*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.

**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):

**NO SE DETECTARON NO CONFORMIDADES EN EL INFORME ANTERIOR.**

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

*Al estar prestado dentro del Domicilio, durante la Pandemia, no se ha visto afectado, al tener que permanecer los usuarios en sus casas.*

*Cuando determinadas ciudades se cerraban por la Pandemia, se reforzaba el servicio.*

*Durante la Filomena también se actuó de una manera más profunda en las ciudades más afectadas.*

*Se ha firmado un Acuerdo con el 112 para coordinar las actuaciones en caso de emergencia.*

*Con resolución de 29 de Diciembre 2021, se ha publicado el 10 de Enero 2022 la Nueva Carta, es una prórroga de un año. No cambian los Compromisos.*

*Con Tunstall se tiene contrato hasta 31 de Marzo de 2022, con posibilidad de prórroga de 2 años más.*

*Se comenta que se tienen previstos unos fondos europeos para servicios sociales, y se está barajando el cómo se puede mejorar el servicio.*

*Se publicó el 15 de Enero de 2018 del MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES las nuevas líneas de la TELEASISTENCIA AVANZADA, que tienen que ver con nuevas tecnologías, con elementos de sensores (caídas, movimiento cama sillón, humos, ...), de citación en agenda electrónica, en una línea de mayor acompañamiento, se le evalúa en una escala en función de su situación, cambian los parámetros del servicio.*

## Confirmación sobre el cumplimiento de los objetivos de auditoría

Los objetivos de la auditoría son:

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

*(Si procede, añadir objetivos específicos de la presente auditoría)*

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

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

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

**SE HA CUMPLIDO EL PLAN DE AUDITORIA**

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

### Comprensión del contexto de la organización

NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS.

### Enfoque a riesgos y oportunidades

NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS.

### Liderazgo

NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS.

### Otras consideraciones del equipo auditor

VER CONSIDERACIONES ESPECIFICAS DE NORMA.

### Puntos fuertes

Encuesta pregunta SG 01 para elegir 2 de los siguientes aspectos como más importantes:

1. PARA TENER AYUDA EN CASO DE EMERGENCIA
2. PARA MAYOR TRANQUILIDAD DE USTED Y SU FAMILIA
3. PARA PODER SEGUIR VIVIENDO EN SU CASA DE FORMA INDEPENDIENTE
4. PARA SENTIRSE MÁS ACOMPAÑADO (MENOS SOLO/A)

Los dos primeros son los más considerados por los Usuarios.

### Oportunidades de mejora

Asegurar línea de definición de:

- PROCESO
- SERVICIO
- CARACTERÍSTICA / PARÁMETRO DEL SERVICIO
- EXPECTATIVA
- INDICADOR
- COMPROMISO

Considerar separar:

- SERVICIO DE TELEASISTENCIA
- SERVICIO DE TELEASISTENCIA AVANZADA

Incorporar en las encuestas además de la referencia de la pregunta SG 01 de

1. PARA TENER AYUDA EN CASO DE EMERGENCIA
2. PARA MAYOR TRANQUILIDAD DE USTED Y SU FAMILIA
3. PARA PODER SEGUIR VIVIENDO EN SU CASA DE FORMA INDEPENDIENTE
4. PARA SENTIRSE MÁS ACOMPAÑADO (MENOS SOLO/A)

Todas las EXPECTATIVAS que se puedan inducir de los COMPROMISOS.

Considerar solicitar a TUNSTALL el resultado de sus Indicadores asociados a UNE 158401 en vigor.

Considerar como nuevo COMPROMISO de cara a la próxima Carta LAS ADECUACIONES DEL PAP A LOS CAMBIOS SUSTANCIALES EN LA VIDA DE LOS USUARIOS, EVALUANDO CAMBIOS EN LOS CONTENIDOS / OBJETIVOS.

Considerar mantener el COMPROMISO 5 cuando se lleguen a valores muy pequeños de ERRORES DE FIABILIDAD.

| 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> <p><u>Por ejemplo que llegue a concretar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución del Equipo de Trabajo, designación, miembros, frecuencias mínimas, registros realizados, ....</li> <li>• Identificación de Expectativas, vinculación con Indicadores y resultados obtenidos.</li> <li>• Identificación de Procesos ligados a los servicios, al menos si sólo es TUNSTALL o interviene otra Entidad.</li> <li>• Comparación / Evaluación de Nivel de Servicio, responsabilidades, frecuencias, registros, ...</li> <li>• Herramienta de Acciones Correctivas para responder a No Conformidades detectadas en Auditorías de Cartas de Servicios.</li> </ul> | UNE 93200 |
| 2  | Con respecto al COMPROMISO 11 Seguimiento domiciliario anual de Visitas domiciliarias realizadas en plazo, para este ejercicio se planificó la realización de 3.079 visitas domiciliarias, pero se ha bajado de 13.052 visitas por el incumplimiento detectado en 2020.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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 el aplazamiento de última hora por indisposición del Auditor, se agradece la posibilidad de cambio.

Con resolución de 29 de Diciembre 2021, se ha publicado el 10 de Enero 2022 la Nueva Carta, es una prórroga de un año. No cambian los Compromisos.

Se comenta que este año no se ha realizado Cliente Misterioso.

Se revisa la Hoja de Datos.

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

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

Se han realizado varias reuniones de seguimiento, la última de fecha 23/11/2021, 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 2021 ha sido FEMCET (Asoc. Cat. Esclerosis Múltiple J.M. Charcot).

Se han obtenido en todas superior a 4,5 sobre 5.

Lo más valorado con un 5 son las actividades complementarias.

Lo menos valorado con un 4,65 la satisfacción global, y el siguiente la tecnología con un 4,68.

De la PREGUNTA SG 01 DOS ASPECTOS MÁS IMPORTANTES, se han destacado como lo más importante para los USUARIOS:

1. PARA TENER AYUDA EN CASO DE EMERGENCIA
2. PARA MAYOR TRANQUILIDAD DE USTED Y SU FAMILIA

##### RECLAMACIONES y FELICITACIONES

Se ha pasado en 2020 de 51 consultas a 128 en el 2021 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,....

La Organización declara que no ha habido Reclamaciones como tal en el Servicio.

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

☐ Otros:



Se revisa el Informe de TUNSTALL TELEVIDA con datos de Enero a Diciembre 2021.

| 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.</b><br><br><b>EL VALOR MEDIO HA SIDO 4,98 DÍAS, SE HA SUBIDO CON RESPECTO AL 2020 QUE FUERON 4,41 DIAS.</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 entidad prestataria del servicio. | Nuevas personas usuarias con PAP en plazo                                         | El 98% de las personas recién incorporadas al servicio disponen de PAP antes de 10 días desde la derivación del alta. | Porcentaje de personas usuarias de nueva incorporación con PAP en 10 días, respecto al total de nuevas personas usuarias. | Semestral | <b>A LO LARGO DEL 2021 SE HA CONSEGUIDO EL 100%.</b><br><br><b>EN VIVIENDAS PARA MAYORES, NO SE LLEGA A PAP, ES OTRO PERFIL QUE EL USUARIO DOMÉSTICO.</b>                                                                     |
| 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>SE HA CONSEGUIDO 100 % DE LAS REVISIONES ANUALES DEL PAP.</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>DE LAS 7.557 ENCUESTAS REALIZADAS, EN EL 99,76% 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> |

| Nº | COMPROMISO                                                                                                                                                               | INDICADOR                                                                                     | ESTÁNDAR                                                                                   | FORMA DE CÁLCULO                                                                                     | PERIODO   | COMENTARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                          |                                                                                               |                                                                                            |                                                                                                      |           | HA HABIDO MÁS ALTAS DE NUEVOS TERMINALES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 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     | <p><b>EL PORCENTAJE DE TERMINALES QUE SE AVERÍAN IMPIDIENDO LA COMUNICACIÓN CON EL CENTRO DE ATENCIÓN SUPONE EL 0,79% DEL TOTAL DE TERMINALES.</b></p> <p><b>SE DETECTA CON LAS LLAMADAS DE AUTO CHEQUEO.</b></p> <p><b>TUNSTALL TIENE EL COMPROMISO DE CAMBIAR LOS TERMINALES 6570 AL AÑO DE MODELOS ANTIGUOS A NUEVOS.</b></p> <p><b>LA FIABILIDAD VA AUMENTANDO.</b></p> |
| 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     | <p><b>SE CONSIGUE EN EL 100%</b></p> <p><b>EL TIEMPO MEDIO DE RESTABLECIMIENTO ES DE 21 HORAS 28 MINUTOS</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 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 positivas realizadas con otras centrales, de los dos mínimas previstas | Semestral | <p><b>SE REALIZAN 2 DESVIOS PROGRAMADOS ESTE AÑO (SE HICIERON 4 EN EL 2020), AL SERVICIO DE LA COMUNIDAD DE MURCIA.</b></p> <p><b>CON RESULTADO SATISFACTORIO.</b></p>                                                                                                                                                                                                      |
| 8  | Atención directa a la persona usuaria del servicio con                                                                                                                   | Tiempo medio entre llamada de                                                                 | En el 98 % de los casos se emite                                                           | Porcentaje de respuestas emitidas                                                                    | Semestral | <b>LA DERIVACIÓN A RECURSOS EN EL 100% DE LAS EMERGENCIAS QUE LO HAN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Nº | COMPROMISO                                                                                                                        | INDICADOR                                                               | ESTÁNDAR                                                             | FORMA DE CÁLCULO                                                                                                     | PERIODO   | COMENTARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | derivación inmediata a los recursos adecuados según la necesidad presentada.                                                      | emergencia y respuesta emitida, según necesidad.                        | respuesta antes de 10 minutos.                                       | que no superan los 10 minutos, con respecto del total de llamadas de emergencia.                                     |           | REQUERIDO, SE HA GESTIONADO EN UN TIEMPO MEDIO DE 03:33 MINUTOS.<br><br>CON RECURSOS PROPIOS EN 01:37 MINUTOS Y 05:29 CON RECURSOS ESPECIALIZADOS.                                                                                                                                                                                     |
| 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 | <u>SERVICIO COMPLEMENTARIO</u><br><br>DE MÁS DE 47 MIL USUARIOS, SE HAN REALIZADO UN TOTAL DE 7.121 AGENDAS PERSONALIZADAS, QUE HAN ACEPTADO, CON LA FINALIDAD DE RECORDAR CITAS O GESTIONES A LAS PERSONAS USUARIAS CON ESTE TIPO DE AGENDAS, LO QUE HA SUPUESTO ALCANZAR EL 99,76% DE LAS LLAMADAS PROGRAMADAS CON ESTA TIPIFICACIÓN |
| 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 | EN LA NUEVA CARTA DE SERVICIO SE ESTABLECE UNA PERSONALIZACIÓN EN FUNCIÓN DE UNA EVALUACIÓN DE RIESGO (BÁSICO, MEDIO, ALTO Y ALTO RIESGO)<br><br>LA FRECUENCIA ES MAYOR CUANTO MAYOR ES EL RIESGO.<br><br>SE HA CUMPLIDO UN 99,95 % DE LO PLANIFICADO.<br><br>SON LLAMADAS EFECTIVAS.                                                  |
| 11 | Seguimiento domiciliario anual                                                                                                    | Visitas domiciliarias realizadas en                                     | El 95% de visitas realizadas en plazo sobre el                       | Porcentaje de visitas realizadas sobre el total                                                                      | Semestral | PARA ESTE EJERCICIO SE PLANIFICÓ LA REALIZACIÓN DE 3.079 VISITAS                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| Nº | COMPROMISO                                                                                                                                                          | INDICADOR                                                                                                                        | ESTÁNDAR                                                                                                                       | FORMA DE CÁLCULO                                                                                                                                                | PERIODO   | COMENTARIOS                                                                                                                                                                                                      |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                     | plazo, según la periodicidad prevista (12 meses)                                                                                 | total de las previstas                                                                                                         | previsto según planificación                                                                                                                                    |           | <p><b>DOMICILIARIAS, DE LAS CUALES SE HA CONSEGUIDO LLEGAR AL 98,34 %.</b></p> <p><b>OBSERVACION:</b> Se ha bajado de 13052 a sólo 3079 visitas por el incumplimiento detectado en 2020.</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 92,07% HAN ACEPTADO LA MEDIDA PROPUESTA</b></p>    |
| 13 | Información a la persona usuaria, al menos trimestralmente, sobre recursos sociales o sanitarios, eventos, campañas o cualquier otra información general de interés | Personas usuarias que reciben información al menos 4 veces al año                                                                | El 95% de las personas usuarias reciben, al menos, 4 informaciones al año.                                                     | Porcentaje de personas usuarias que reciben 4 informaciones anuales sobre el total de personas usuarias del servicio                                            | Semestral | <p><b>SE HAN CONTACTADO EN 4 O MÁS CONTACTOS CON 57.155, UN 97,68 %</b></p> <p><b>SE TIENEN 4 CAMPAÑOS POR DEFECTO (OLA FRIO, OLA CALOR, VACUNACIÓN GRIPE y ALERGIAS).</b></p> <p><b>Y OTRAS EN ABIERTO.</b></p> |
| 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                                           | Porcentaje de participación que puntúan la actividad igual o superior a 4, sobre un total de 5.                                                                 | Semestral | <p><b>POR EL ESTADO DE ALARMA, LAS ACTIVIDADES DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO QUEDAN SUSPENDIDAS DESDE EL PASADO 16 DE MARZO.</b></p>                                                                                  |

| Nº | COMPROMISO                                                                                        | INDICADOR                                                                           | ESTÁNDAR                                                                                               | FORMA DE CÁLCULO                                                                                                         | PERIODO | COMENTARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                   |                                                                                     | que han participado                                                                                    |                                                                                                                          |         | <p>Y NO SE HAN LEVANTADO NI EN 2020 NI EN 2021.</p> <p>SE REvisa EL INFORME DE ENEVEJECIMIENTO ACTIVO 2021 EN EL QUE SE CENTRA EN LA ENTREGA DE GUIAS Y LLAMADAS TELEFÓNICAS, CON UN LISTADO DE CONTENIDOS DE LAS LLAMADAS, EL PRIMERO EL USO DEL TERMINAL Y EL SEGUNDO LA PROPIA PANDEMIA COVID Y LA TECNOLOGIA.</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>SE PASA DE 381 A 500 LAS ENTREVISTAS CONSEGUIDAS.</p> <p>SE HAN OBTENIDO EN TODAS SUPERIOR A 4,5 SOBRE 5.</p> <p>LO MÁS VALORADO CON UN 5 SON LAS ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS.</p> <p>LO MENOS VALORADO CON UN 4,65 LA SATISFACCIÓN GLOBAL, Y EL SIGUIENTE LA TECNOLOGÍA CON UN 4,68.</p>                          |

## ANEXO - MATRIZ ACTIVIDADES DE AUDITORÍA

| UNE 93200 2008 |        |               |         |                                                                                |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--------|---------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DIA            | CENTRO | HORA          | AUDITOR | PROCESO/ DPTO/<br>DOCUMENTO/<br>ACTIVIDAD                                      |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| -              | -      | 20:00 – 22:00 | MFP     | Estudio Previo de Documentación Entregada y preparación de Borrador de Informe | 3. Estructura y contenido: 3.1 Información                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1              | 1      | 08:00 - 08:30 | MFP     |                                                                                | 3. Estructura y contenido:3.2 Compromisos de calidad e indicadores                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1              | 1      | 08:30 -14:00  | MFP     |                                                                                | 3. Estructura y contenido: 3.3 Mecanismos de comunicación externa e interna                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1              | 1      | 14:00 – 15:00 | MFP     |                                                                                | 3. Estructura y contenido: 3.4 Medidas de Subsanación o compensación en el caso de incumplimiento de los compromisos    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1              | 1      | 14:00 – 15:00 | MFP     |                                                                                | 3. Estructura y contenido: 3.5 Formas de Presentación de sugerencias, quejas y reclamaciones sobre el servicio prestado |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |        |               |         |                                                                                | 4. Aspectos Metodológicos en el Desarrollo de la Carta. 4.1 Elaboración                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |        |               |         |                                                                                | 4. Aspectos Metodológicos en el Desarrollo de la Carta. 4.2 Seguimiento de la carta                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |        |               |         |                                                                                | 4. Aspectos Metodológicos en el Desarrollo de la Carta. 4.3 Revisión y actualización de la Carta de Servicios           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |        |               |         |                                                                                | 5. Comunicación de la Carta de Servicios. 5.1 Comunicación Interna                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |        |               |         |                                                                                | 5. Comunicación de la Carta de Servicios. 5.1 Comunicación Externa                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## CUADRO DE NO CONFORMIDADES

| Ref. NC | DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD | Apdo. Norma | 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.

## 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:

Elija un elemento. **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 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 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)
- 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:                                                          | 1 de Diciembre 2022 |
| Fecha expiración del actual certificado:<br>(no cumplimentar en Fase I / Fase II) | <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 17 de ENERO de 2022



## ANEXO A CENTROS VISITADOS

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

**CENTROS FIJOS**

**CENTRO 1:**

**DIRECCIÓN:** DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. Avenida DE FRANCIA, 4. 45071 - TOLEDO

**ACTIVIDADES DEL ALCANCE:**

**ANEXO C 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 CDS

| DATOS GENERALES               |                                                                                       | Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización) |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Nombre de la Organización     | JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA -LA MANCHA                                           |                                                                           |
| Factoría/Planta/Delegación    | Servicio de Teleasistencia                                                            |                                                                           |
| Domicilio Social              | Plaza DEL CONDE, 5, 45071 - TOLEDO                                                    |                                                                           |
| C.I.F.                        | S1911001D                                                                             |                                                                           |
| NACE                          | <NACE>                                                                                |                                                                           |
| Grupo (si aplica)             | JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA LA MANCHA                                            |                                                                           |
| Correo electrónico            | <EMAIL_EMPRESA>                                                                       | teleasistencia@jccm.es                                                    |
| Representante de la Dirección |                                                                                       |                                                                           |
| Nombre                        | Dña. Ana Rosa MUÑOZ RIO-PEREZ                                                         |                                                                           |
| Cargo                         | Jefa de Servicio de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a la Dependencia |                                                                           |
| Teléfono                      | 925268999                                                                             |                                                                           |
| Correo electrónico            | armunoz@jccm.es                                                                       |                                                                           |
| Director General              |                                                                                       |                                                                           |
| Nombre                        | S/A, S/N                                                                              | Dña Ana SAAVEDRA REVENGA                                                  |
| Cargo                         | <CARGO_DIRECTOR>                                                                      | VICECONSEJERA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCION A LA DEPENDENCIA    |
| Contacto de Facturación       |                                                                                       |                                                                           |
| Nombre                        | DE SERVICIOS, INSPECCIÓN GENERAL                                                      |                                                                           |
| Cargo                         | Otro                                                                                  |                                                                           |
| Teléfono                      | <TELEFONO_CONTACTO_FACTURACION>                                                       |                                                                           |
| Correo electrónico            | igs@jccm.es                                                                           |                                                                           |
| Contacto de contabilidad      |                                                                                       |                                                                           |
| Nombre                        | <NOMBRE_CONTACTO_CONTABILIDAD>                                                        |                                                                           |
| Cargo                         | <CARGO_CONTACTO_CONTABILIDAD>                                                         |                                                                           |
| Teléfono                      | <TELEFONO_CONTACTO_CONTABILIDAD>                                                      |                                                                           |
| Correo electrónico            | <CORREO_CONTACTO_CONTABILIDAD>                                                        |                                                                           |

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

| CENTROS DE ACTIVIDAD Y Nº PERSONAS                                                                   |           |           |               |    | Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)                    |           |           |               |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------------|----|
|                                                                                                      | Pers Prop | Pers Subc | Colectivo (*) | Nº |                                                                                              | Pers Prop | Pers Subc | Colectivo (*) | Nº |
| Total personas implicadas en el alcance del certificado:                                             |           |           | N.A.          |    | Total, personas implicadas en el alcance del certificado:                                    |           |           | ELIJA..       |    |
| Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado<br>(añadir tantas filas como sean necesarias) | Pers Prop | Pers Subc | Colectivo     | Nº | Indicar posibles modificaciones en los centros<br>(añadir tantas filas como sean necesarias) | Pers Prop | Pers Subc | Colectivo     | Nº |
| DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. Avenida DE FRANCIA, 4. 45071 - TOLEDO                | 2         | 0         | ELIJA..       |    |                                                                                              |           |           | N.A.          |    |
|                                                                                                      |           |           | N.A.          |    |                                                                                              |           |           | ELIJA..       |    |

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

| OTROS DATOS SOBRE EL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN |              |  |          | Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización) |                     |              |          |
|--------------------------------------------------|--------------|--|----------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|----------|
| Personal estacional                              | Nº Personas: |  | Periodo: |                                                                           | Personal estacional | Nº Personas: | Periodo: |

|                                       |              |             |                   |            |                                       |              |  |                   |  |
|---------------------------------------|--------------|-------------|-------------------|------------|---------------------------------------|--------------|--|-------------------|--|
| <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:        |  |
|                                       |              |             |                   |            |                                       |              |  |                   |  |

| ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL ESQUEMA AUDITADO                            |  | Modificaciones identificadas en auditoría<br>(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<br>(planificación y/o realización) |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Sistema de Gestión integrado          | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                              |
| Grado de integración (en %)           |                                                         |                                                                              |

# 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

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

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.<br>AV DE FRANCIA, 4<br>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

| Confirmación de la realización de la auditoría                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se ha realizado la Auditoría de Seguimiento de Certificación al Sistema de Gestión de la Carta de Servicios de Teleasistencia 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Servicio de Teleasistencia<br><br>Se mantiene el alcance y se considera adecuado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión:</b><br><br><b>b.1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados</b><br><br>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.<br><br>Se vuelve a comentar la OBSERVACION CRITICA.<br><br><b>b.2. Auditoría interna y el proceso de revisión del sistema por la Dirección</b><br><br>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.<br><br>VER OBSERVACION CRITICA. |
| Cambios significativos con respecto a la anterior visita y su impacto en el Sistema de Gestión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Confirmación sobre el cumplimiento de los objetivos de auditoría                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |



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.

Se han cumplido los objetivos de la auditoría.

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

### **f.1. Comprensión del contexto de la organización**

NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS.

### **f.2. Enfoque a riesgos y oportunidades**

NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS.

### **f.3.Liderazgo**

NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS.

## **Otras consideraciones del equipo auditor**

VER CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DE NORMA.

## **Puntos fuertes**

Los nuevos compromisos establecidos, y los estándares más restrictivos, para otros de los ya existentes, todo ello enfocado a la mejora continua del servicio.

LINEA DE PARTICULARIZACIÓN DE SERVICIO en la Nueva Carta. Con el NIVEL DE SERVICIO (por evaluación NIVEL RIESGO)

## **Oportunidades de mejora**

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).

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.

| Nº | Observaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Norma/s   |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1  | SE VUELVE A COMENTAR LA OBSERVACION CRITICA<br><br>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.                                                                                                                                                                                                                                                               | UNE 93200 |
| 2  | 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. | 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><br><br><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><br><br><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><br><br><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><br><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><br><br><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 positivas 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>Se han realizado el 99,94% de las llamadas programadas en el primer semestre y el 99,95% en el ejercicio completo</p> <p>En la Nueva Carta de Servicio s establece una PERSONALIZACION en función de una evaluación de RIESGO (BASICO, MEDIO, ALTO y ALTO RIESGO) Y se pasa a cumplimiento del 98%.</p> <p>A cada usuario se le establece un NIVEL DE PRESTACION y en base a este una frecuencia de llamada.</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                |                                                                                                                                  |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                 |           | <b>OBSERVACION: EN EL INFORME DE RESULTADOS SE ANALIZA LA DESVIACIÓN</b><br><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><br><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> |
| 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 | <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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 13 | Información a la persona usuaria, al menos                                                                     | Personas usuarias que                                                                                                            | El 95% de las personas                                                                                                         | Porcentaje de personas                                                                                                                                          | Semestral | <b>SE PREVÉ QUE A 31/12/2020 EL 98,97% DE LAS PERSONAS USUARIAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| 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                                                                                                                            |
|----|------------|-----------|----------|------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |            |           |          |                  |         | SE MANTIENEN LAS AREAS EN TELEOPERADORES, TECNOLOGÍA, PERSONAL INSTALACION Y MANTENIMIENTO, COORDINACION DE ZONA Y SATISFACCION GLOBAL |

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 Teleasistencia (y a otros que pueden interesarles).

ACCESIBILIDAD

### 3. CUADRO DE NO CONFORMIDADES

| Ref.<br>N.C. | DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD | Apdo.<br>Norma | Categoría<br>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:<br>(no cumplimentar en Fase I / Fase II) | <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

|                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)</b>                                                                              |
| <b>CENTROS FIJOS</b>                                                                                                                                                                           |
| <b>CENTRO 1:</b><br><br><b>DIRECCIÓN:</b> VICECONSEJERÍA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCION A LA DEPENDENCIA AV DE FRANCIA, 4. 45071 - TOLEDO<br><br><b>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</b><br>: |

## 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<br>(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<br>(añadir tantas filas como traducciones sean necesarias) |                           | Modificaciones identificadas en auditoría<br>(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><br>(mencionar procesos)                             |                           |                                                                              |
| <b>Productos/Proyectos</b>                                                         |                           |                                                                              |

| CENTROS DE ACTIVIDAD Y Nº PERSONAS                                                                       |              |              |                  |    | Modificaciones identificadas en auditoría<br>(planificación y/o realización)                 |              |              |               |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------|----|
|                                                                                                          | Pers<br>Prop | Pers<br>Subc | Colectivo<br>(*) | Nº |                                                                                              | Pers<br>Prop | Pers<br>Subc | colectiv<br>o | Nº |
| Total personas implicadas en el alcance del certificado:                                                 |              |              | N.A.             |    | Total, personas implicadas en el alcance del certificado:                                    |              |              | ELIJA..       |    |
| Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado<br>(añadir tantas filas como sean necesarias)     | Pers<br>Prop | Pers<br>Subc | colectivo        | Nº | Indicar posibles modificaciones en los centros<br>(añadir tantas filas como sean necesarias) | Pers<br>Prop | Pers<br>Subc | colectiv<br>o | Nº |
| VICECONSEJERÍA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCION 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:       |                                                                           | Dirección:                       |              |                   |
|                                                  |              |  | 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) |  |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Sistema de Gestión integrado</b>   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                           |  |
| <b>Grado de integración (en %)</b>    |                                                         |                                                                           |  |

|                                           |                                                       |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <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                |

## JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA LA MANCHA

CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL  
VICECONSEJERÍA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y  
ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

### Informe de Auditoría

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

Fecha de realización de la Auditoría: 2019-12-16

## 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.<br>AV DE FRANCIA, 4<br>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   | D. Miguel DE LA FUENTE PASTRANA | MFP              |

### 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

| Confirmación de la realización de la auditoría                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Se ha realizado la Auditoría de Seguimiento de Certificación al Sistema de Gestión de la Carta de Servicios de Teleasistencia de la DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA de la CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL donde se ha comprobado la implantación del Sistema respecto a los requisitos especificados en la norma de referencia UNE 93200:2008.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>Servicio de Teleasistencia</p> <p>Se mantiene el alcance y se considera adecuado.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p><b>Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión:</b></p> <p><b>b.1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados</b></p> <p>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.</p> <p>Se vuelve a comentar la OBSERVACION CRITICA.</p> <p><b>b.2. Auditoría interna y el proceso de revisión del sistema por la Dirección</b></p> <p>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.</p> <p>VER OBSERVACION CRITICA.</p> |
| Cambios significativos con respecto a la anterior visita y su impacto en el Sistema de Gestión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>En Marzo 2019 acaba el Concurso y vuelve a ganar TUNSTALL TELEVIDA, para 3 años desde el 1 de Abril 2022, con posibilidad de prórroga para 2 años más.</p> <p>La Carta de Servicios expiró en Septiembre de 2019, se tiene ya un borrador y se tiene previsto publicar antes de finalizar el 2019.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Confirmación sobre el cumplimiento de los objetivos de auditoría</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Se han cumplido los objetivos de la auditoría.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Cuestiones para Sistema de Gestión adaptados a la Estructura de Alto Nivel</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>f.1. Comprensión del contexto de la organización</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>f.2. Enfoque a riesgos y oportunidades</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>f.3.Liderazgo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| NO APLICA EN EL SISTEMA DE GESTION DE CARTA DE SERVICIOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Otras consideraciones del equipo auditor</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| VER CONSIDERACIONES ESPECIFICAS DE NORMA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Puntos fuertes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| LINEA DE PARTICULARIZACIÓN DE SERVICIO en la Nueva Carta. Con el NIVEL DE SERVICIO (por evaluación NIVEL RIESGO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Oportunidades de mejora</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>Asociado al COMPROMISO 4 de AVERÍAS EQUIPO el realizar y llegar a documentar un ANALISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS CRITICOS que se llegue a establecer en un MANUAL DE SEGURIDAD o similar que se puede llegar a colgar en la página web.</p> <p>Considerar empezar a vincular el NIVEL DE SERVICIO (por evaluación NIVEL RIESGO) a los cumplimientos de los COMPROMISOS.</p> <p>Se revisa el Borrador de la Nueva Carta de Servicios, y se recomienda concretar más el apartado 3.3 de MECANISMO DE COMUNICACIÓN EXTERNA E INTERNA, según lo definido en el punto 5 de COMUNICACIONES de la Norma.</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> <p>2019: Para la Revisión y Actualización de la Carta de Servicios no se dispone de definición de metodología para asegurar que la revisión y actualización de la Carta se base en la metodología inicial para su elaboración inicial. Nota: la Organización comenta que lo tenía previsto para 2019, pero que en base a los Cambios que ha habido no ha podido; y que este año se compromete a elaborar un Documento relativo.</p> | UNE 93200 |
| 2  | <p>SE VUELVE A COMENTAR:</p> <p>Cuando se produzca un cambio en PROYECTO TECNICO DE LA EMPRESA ADJUDICATARIA; considerar formalizar una aprobación interna que puede estar vinculada con un cambio en el Documento Interno, que puede provocar o no un cambio en los Compromisos.</p> <p>2019: Dada la posible publicación en Diciembre 2019, esa comunicación a la CONCESIONARIA se va a realizar para concretar la aplicación o no de los NUEVOS COMPROMISOS y a partir de qué fecha.</p>                                                                                                                                                                                                                                  | UNE 93200 |
| 3  | <p>COMPROMISO 7</p> <p>Se ha pasado en 2018 de tener 21776 llamadas programadas en AGENDAS PERSONALIZADA a 8486. Nota: se comenta de Enero a Marzo 2019 se hizo el PLAN DE QUOQUE PARA DESHACER LA LISTAS DE ESPERA, y a partir de Septiembre 2019 la PERSONALIZACIÓN.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | UNE 93200 |
| 4  | <p>COMPROMISO 9</p> <p>Se han realizado 26786 visitas, pero no se establece el nº de visitas planificadas y no se tiene el % de cumplimiento. Nota: se comenta de Enero a Marzo 2019 se hizo el PLAN DE CHOQUE PARA DESHACER LA LISTA DE ESPERA, y a partir de Septiembre 2019 la PERSONALIZACIÓN.</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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>Reunión Inicial Carta:</u></p> <p>Se comenta que la Carta prorrogada el de 1 de Octubre de 2018 hasta el 1 de Octubre de 2019.</p> <p>La Carta de Servicios expiró en Septiembre de 2019, se tiene ya un borrador y se tiene previsto publicar antes de finalizar el 2019.</p> <p>Los cambios se revisarán junto con los Compromisos Actuales.</p> <p>Se revisa la Hoja de Datos.</p> <p><b><u>ENCUESTA</u></b></p> <p>Se revisan las respuestas a la pregunta 6 ¿SE LE OCURRE ALGUNA COSA QUE SE PODRÍA MEJORAR EN EL SERVICIO DE TELEASISTENCIA PARA QUE USTED ESTUVIERA MÁS SATISFECHO?</p> <p>Se ha realizado un estudio agrupando por:</p> <p>0,26% MAYOR RAPIDEZ<br/> 0,52% NO HA HECHO USO TODAVIA<br/> 1,58% OTROS (distribución de la "medalla" en uno u otro de la Pareja de Personas Mayores)<br/> 1,58% SERVICIO COMPAÑÍA (para la soledad, para acompañar, para salir, ...)<br/> 0,52 % SERVICIO DE LLAMADAS<br/> 1,84% SERVICIO (ubicación aparato, extractor de humos, pulsera caídas y frecuencia cardíaca, segunda residencia)</p> <p>Pero hay un 85,83% de SIN COMENTARIOS.</p> <p>Se comenta las de SERVICIO como la PULSERA CAÍDAS Y FRECUENCIA CARDÍACA, que se concede pero en un número muy limitado</p> <p><b><u>RECLAMACIONES y FELICITACIONES</u></b></p> <p>En LISTA DE AGRADECIMIENTOS se revisan 12 expresos (se ha aumentado de 7 en el 2017), se comenta que 7 son de CIUDAD REAL.</p> <p>En LISTA DE RECLAMACIONES se revisan las 31 del 2018 (en 2017 fueron 22), de las cuales 12 se consideran PROCEDENTES y 19 NO PROCEDENTES.</p> <p>En lo que se lleva de 2019 se revisan 26 (11 procedentes), casi la mitad de CENTRO DE ATENCION por ERROR EN EL SERVICIO, y el siguiente grupo con 2 sobre COORDINACION DE ZONA. Del resto sólo 1 por Tipo. Ninguna de estas ha llegado a otros niveles de Reclamación o Denuncia.</p> <p>Directamente han llegado a la JCCM 66 Consultas que sólo se pueden catalogar como</p> |



Reclamación. Una relativa a una visita de una Trabajador Social que solicita que retiren los perros para poder realizarla, y surge el problema. Y la segunda de la Instalación que comenta que va a venir el Trabajador Social en unos días y no se presenta; se constata que existen llamadas para concretar y que no se puede y se retrasa.

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).

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

☐ Otros:

Se comentó los cambios a futuro se han incluido en la Nueva Carta de Servicios

- PERSONALIZACION DEL SERVICIO
- ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DEL SERVICIO
- MANTENIMIENTO DEL SERVICIO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Se ha pasado de 12 a 14 Compromisos.

Se revisa el Informe de TUNSTALL TELEVIDA con datos de Enero a Noviembre 2019.

| Nº | COMPROMISO                                                                                                                                                                                   | INDICADOR                                                                             | ESTÁNDAR                                                                                                                | FORMA DE CÁLCULO                                                                                                        | PERIODO | COMENTARIOS                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Instalación ordinaria del terminal en el domicilio en un plazo máximo de 15 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. | Anual   | <p><b>DIAS NATURALES</b></p> <p><b>EL VALOR MEDIO HA SIDO 5,25 DÍAS, CUBRIENDOSE EL 100%. Y SE SIGUE MEJORANDO EL DATO DE PLAZO DEL AÑO PASADO DE 6,85 A 5,25</b></p> <p><b>LA NUEVA CARTA ESTABLECE UN PLAZO MÁXIMO 10 DÍAS.</b></p>                 |
| 2  | Satisfacción de los usuarios del servicio en la enseñanza del uso y funcionamiento del equipo instalado en el domicilio.                                                                     | 2.- Usuarios satisfechos en cuanto a la enseñanza de uso y funcionamiento del equipo. | 2.- El <b>95%</b> , mínimo, de los nuevos usuarios expresan su satisfacción en encuesta a los 5 días de la instalación. | 2.- Porcentaje de encuestas con una puntuación igual o superior a 3 sobre 5, respecto al total de encuestas realizadas. | Anual   | <p><b>EL VALOR OBTENIDO ES EL 99,94% EN 6907 ENCUESTAS.</b></p> <p><b>SE HAN CASI DOBLADO LAS NUEVAS INSTALACIONES.</b></p> <p><b>SE ESTÁ PASANDO A NUEVA TECNOLOGÍA DIGITAL. EN EL CASO DE LINEAS MÓVILES PUEDEN BUSCAR UN SEGUNDO OPERADOR.</b></p> |

| Nº | COMPROMISO                                                                                                                                                               | INDICADOR                                                                                         | ESTÁNDAR                                                                                       | FORMA DE CÁLCULO                                                                                 | PERIODO | COMENTARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                          |                                                                                                   |                                                                                                |                                                                                                  |         | <b>LA NUEVA CARTA SUBE A 4 SOBRE 5</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 3  | Se garantiza la fiabilidad de la tecnología y el buen funcionamiento de los terminales.                                                                                  | 3.- Terminales con problemas de conexión con el Centro de Atención                                | 3.- Igual o inferior al 5% de los terminales.                                                  | 3.- Porcentaje de terminales con avería por desconexión respecto al total de terminales activos. | Anual   | <p><b>SE TIENE DE MEDIA EL 0,69% MÁS BAJO QUE EL AÑO PASADO; CON AVERÍA, Y EN NINGÚN MES SE SUPERAN EL 5%. SE MEJORA EL DATO CON RESPECTO AL AÑO PASADO</b></p> <p>(SE REALIZA A TRAVÉS DEL AUTOTEST (A LAS 02 DE LA MADRUGADA) CON LLAMADA AUTOMÁTICA Y SILENCIOSA PARA EL USUARIO QUE DETECTA EL SISTEMA, SI NO LA DETECTA LA CONSIDERA COMO AVERÍA.)</p> <p><b>EN LA NUEVA CARTA SE HA PASADO AL 2%</b></p> |
| 4  | 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. | 4.- Restablecimiento del servicio antes de 48 horas, en el supuesto de averías de los terminales. | 4.- En el 95% de los casos, se restablecerá el servicio en tiempo igual o inferior a 48 horas. | 4.- Porcentaje de averías subsanadas en plazo, respecto al total de averías por desconexión.     | Anual   | <p><b>SE CONSIGUE EN EL 100%</b></p> <p><b>EL TIEMPO MEDIO DE RESTABLECIMIENTO ES DE 20 HORAS 49 MINUTOS 48 SEGUNDOS. HA CRECIDO LEVEMENTE.</b></p> <p><b>EN LA NUEVA CARTA SE PASA AL 98%</b></p>                                                                                                                                                                                                             |
| 5  | Prestación ininterrumpida del servicio aún en caso de avería, mediante la coordinación y respaldo entre las distintas centrales.                                         | 5.- Realización de dos comprobaciones semestrales con otras centrales.                            | 5.- 100% de comprobaciones realizadas                                                          | 5.-Número de pruebas preventivas realizadas con otras centrales, de las dos previstas.           | Anual   | <p><b>SE REALIZA PRUEBA EL 1 DE JULIO 2019 CON LLAMADAS QUE RECIBE EL CENTRO DE RESPALDO SITUADO EN EL AYUNTAMIENTO DE BARCELONA (TAMBIEN TUSTALL TELEVIDA).</b></p> <p><b>Y UN SEGUNDO SEGUIMIENTO EL 21 DE OCTUBRE 2019 CON LLAMADAS CON LA CENTRAL DE MURCIA.</b></p> <p><b>AMBAS CON RESULTADO SATISFACTORIO.</b></p>                                                                                      |

| Nº | COMPROMISO                                                                                                                          | INDICADOR                                                                          | ESTÁNDAR                                                            | FORMA DE CÁLCULO                                                                                                       | PERIODO | COMENTARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6  | Atención directa a la persona usuaria del servicio con derivación inmediata a los recursos adecuados según la necesidad presentada. | 6.- Tiempo medio entre llamada de emergencia y respuesta emitida, según necesidad. | 6.- En el 98 % de los casos se emite respuesta antes de 10 minutos. | 6.- Porcentaje de respuestas emitidas que no superan los 10 minutos, con respecto del total de llamadas de emergencia. | Anual   | <b>SE CONSIGUE DE MEDIA 5:19 (MINUTOS EN MOVILIZACION DE RECURSOS ESPECIALIZADOS (112)</b><br><br><b>EN RECURSOS PROPIOS DE LOS USUARIOS (FAMILIARES O CONTACTOS) SE MANTIENE EN 01:59 MINUTOS).</b>                                                                                                                                                     |
| 7  | 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.- 95% de llamadas a usuarios con agenda.                          | 7. Porcentaje de avisos realizados con respecto al total de llamadas a realizar.                                       | Anual   | <b>SE CONSIGUE UN 99,99 % DE LLAMADAS PROGRAMADAS A LAS 21776 AGENDAS PERSONALIZADAS.</b><br><br><b>SE HA CONSEGUIDO UN 99,86% DE LLAMADAS PROGRAMADAS A LAS 8486 AGENDAS PERSONALIZADAS</b><br><br><b>VER OBSERVACION.</b>                                                                                                                              |
| 8  | Realización de seguimiento telefónico, salvo renuncia expresa del usuario, con periodicidad mensual mínima.                         | 8.- Llamadas telefónicas de seguimiento realizadas mensualmente.                   | 8.- 95% de llamadas de seguimiento                                  | 8.- Porcentaje de llamadas de seguimiento mensual realizadas con respecto al total de llamadas a realizar.             | Anual   | <b>SE CONSIGUE UN 99,34% CON UN TOTAL DE 456.664 LLAMADAS DE SEGUIMIENTO. EXCEPTO LAS QUE EXPRESAMENTE HAN COMUNICADO SU VOLUNTAD DE NO RECIBIR ESAS LLAMADAS MENSUALES.</b><br><br><b>Se mantienen los datos de años anteriores.</b><br><br><b>En la Nueva Carta de Servicio s establece una PERSONALIZACION en función de una evaluación de RIESGO</b> |

| Nº | COMPROMISO                                                                                                                                                                                                                             | INDICADOR                                                             | ESTÁNDAR                                                     | FORMA DE CÁLCULO                                                                                                                                     | PERIODO | COMENTARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       |                                                              |                                                                                                                                                      |         | <p><b>(BASICO, MEDIO, ALTO y ALTO RIESGO) Y se pasa a cumplimiento del 98%.</b></p> <p><b>A cada usuario se le va establecer un NIVEL DE PRESTACION y en base a este una frecuencia de llamada.</b></p>                                                                                                                                                                                                          |
| 9  | Seguimiento domiciliario periódico a personas usuarias con escasos contactos sociales o con perfil de vulnerabilidad. Se planifica esta actividad anualmente, fijando perfiles a visitar y la periodicidad y objetivos de las visitas. | 9. - Visitas domiciliarias realizadas según la periodicidad prevista. | 9. 95% de visitas realizadas sobre el total de las previstas | 9. - Porcentaje de visitas realizadas sobre el total previsto según planificación.                                                                   | Anual   | <p><b>En 2018 se planificaron anualmente 20455 visitas a personas usuarias, se entiende que el Usuario ha aceptado la posibilidad de visita anual.</b></p> <p><b>Se ha conseguido un 98%, ha habido un 1,69% se ha podido justificar.</b></p> <p><b>Se han realizado 26 786 visitas, pero no se establece el nº de visitas planificadas y no se tiene el % de cumplimiento</b></p> <p><b>VER OBSERVACION</b></p> |
| 10 | Control del regreso al domicilio de la personas usuarias que notifican ausencia del mismo por tiempo superior a 24 horas.                                                                                                              | 10.- Relación entre ausencias comunicadas y regresos comprobados.     | 10.- 98 % de las llamadas realizadas.                        | 10.- Porcentaje de llamadas realizadas a usuarios que en la fecha de regreso no han comunicado el mismo, frente al total susceptible de ser llamado. | Anual   | <p><b><u>ESTE COMPROMISO SE ELIMINA DE CARA A 2020.</u></b></p> <p><b>Se consigue el 98,45 %.</b></p> <p><b>Este dato le interesa a la CONCESIONARIA por cuestiones de facturación de servicio (diferente cuota si está o no esté en el domicilio)</b></p>                                                                                                                                                       |

| Nº | COMPROMISO                                                                                                                                                                              | INDICADOR                                                                                 | ESTÁNDAR                                                                                                    | FORMA DE CÁLCULO                                                                                                   | PERIODO | COMENTARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | La persona usuaria del servicio recibirá información, al menos trimestralmente, sobre recursos sociales, sanitarios, eventos, campañas o cualquier otra información general de interés. | 11.- Usuarios que reciben información al menos 4 veces al año.                            | 11.- 95% de los usuarios reciben, al menos 4 informaciones al año.                                          | 11.- Porcentaje de usuarios que reciben 4 informaciones anuales sobre el total de usuarios del servicio.           | Anual   | <p><b>A NOVIEMBRE DE 2018 SE MANTIENE 42620 DOMICILIOS ACTIVOS (ha subido)</b></p> <p><b>HA NOVIEMBRE 2019 SE HA CONSEGUIDO QUE UN 93,49 % TENGA 4 O MAS LLAMADAS.</b></p> <p><b>SE TIENE 2,83% EN EL QUE YA SE CUMPLE LAS 3 LLAMADAS, QUE SE ENTIENDE SE REALIZARÁ EN DICIEMBRE 2019 (LA SUMA DE 93,49% + 2,83% YA SUPERARIA EL 95%)</b></p> <p><b>SE MANTIENEN FIJAS LAS CAMPAÑAS EN 2018 SE MANTIENEN LAS DE OLA DE FRIO, OLA DE CALOR, VACULACION GRIPE Y ALERGIAS.</b></p> <p><b>SE COMPLEMENTAN CON LLAMADAS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE .</b></p> <p><b>EN TOTAL 320077 LAMADAS.</b></p> <p><b>.</b></p> |
| 12 | Satisfacción general de los usuarios con el servicio de Teleasistencia que se les presta.                                                                                               | 12.- Personas encuestadas que muestran su satisfacción con el Servicio de Teleasistencia. | 12.- El 95%, mínimo, de los usuarios expresan su satisfacción en la encuesta de satisfacción externa anual. | 12.- Porcentaje de personas usuarias que dan al servicio una puntuación igual o superior a 3, sobre un total de 5. | Anual   | <p><b>SE MANTIENE EN 381 LAS ENTREVISTAS REALIZADAS Y SE HA CONSEGUIDO CASI UN 100% POR ENCIMA DE 3, HA HABIDO UN SOLO CASO CON NOTA 2.</b></p> <p><b>SE MANTIENE VALORES GLOBALES MEDIOS DE 4,58.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| Nº | COMPROMISO | INDICADOR | ESTÁNDAR | FORMA DE CÁLCULO | PERIODO | COMENTARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|------------|-----------|----------|------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |            |           |          |                  |         | <p>SE MANTIENEN LAS AREAS EN TELEOPERADORES, TECNOLOGÍA, PERSONAL INSTALACION Y MANTENIMIENTO, COORDINACION DE ZONA Y SATISFACCION GLOBAL</p> <p>LO MENOS VALORADO INSTALACION – MANTENIMIENTO (4,37) Y LO MAS LA COORDINACION DE ZONA (4,65).</p> <p>EL COMPROMISO ES CON RESPECTO A LA ÚLTIMA PREGUNTA. SE TIENE UNA TABLA CON TODAS LAS RESPUESTAS.</p> <p>SÓLO HA HABIDO 1 RESPUESTA CON VALOR 1 EN CUENCA, Y 1 CON VALOR 2 EN TOLEDO.</p> <p>PARA LA NUEVA CARTA DE SERVICIOS SE HA ESTABLECIDO UN VALOR DE 4 SOBRE 5</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 Teleasistencia (y a otros que pueden interesarles); está pendiente de concretar Compromisos. Se quiere conseguir en Municipios pequeños sin Servicios Sociales activos).

ACCESIBILIDAD

## 3. CUADRO DE NO CONFORMIDADES

| Ref.<br>N.C. | DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD | Apdo.<br>Norma | Categoría<br>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:

Elija un elemento. **RENOVACION**

- 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:                                                          |                   |
| Fecha expiración del actual certificado:<br>(no cumplimentar en Fase I / Fase II) | <b>2019-12-19</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 16 de DICIEMBRE de 2019

## ANEXO A CENTROS VISITADOS

|                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)</b>                                                                      |
| <b>CENTROS FIJOS</b>                                                                                                                                                                   |
| <b>CENTRO 1:</b><br><b>DIRECCIÓN:</b> VICECONSEJERÍA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCION A LA DEPENDENCIA AV DE FRANCIA, 4. 45071 - TOLEDO<br><b>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</b><br>: |

## 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             |
| DÑA. CARMELA GUERRERA ACOSTA  | JEFA DE SECCION                                                                    | X               | X                    | X             |

## ANEXO HOJA DE DATOS

| DATOS GENERALES                      |                                                                                    | Modificaciones identificadas en auditoría<br>(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>                        | <del>Dña Ana SAAVEDRA REVENGA</del>                                                | Dña Ana SAAVEDRA REVENGA                                                     |
| <b>Cargo</b>                         | <del>DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA</del>                          | VICECONSEJERA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCION A LA DEPENDENCIA       |

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

| CENTROS DE ACTIVIDAD Y Nº PERSONAS                                                                          |                      |                      |                  |           | Modificaciones identificadas en auditoría<br>(planificación y/o realización)                             |                      |                      |                       |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------|
|                                                                                                             | Pers<br>Prop         | Pers<br>Subc         | Colectivo<br>(*) | Nº        |                                                                                                          | Pers<br>Prop         | Pers<br>Subc         | colectiv<br>o         | 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><br>(añadir tantas filas como sean necesarias) | <b>Pers<br/>Prop</b> | <b>Pers<br/>Subc</b> | <b>colectivo</b> | <b>Nº</b> | <b>Indicar posibles modificaciones en los centros</b><br>(añadir tantas filas como sean necesarias)      | <b>Pers<br/>Prop</b> | <b>Pers<br/>Subc</b> | <b>colectiv<br/>o</b> | <b>Nº</b> |
| DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. AV DE FRANCIA, 4. 45071 - TOLEDO                            | 2                    | 2                    | ELIJA..          |           | VICECONSEJERÍA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA AV DE FRANCIA, 4. 45071 - TOLEDO | 2                    | 2                    | N.A.                  |           |
|                                                                                                             |                      |                      | ELIJA..          |           |                                                                                                          |                      |                      | ELIJA..               |           |
|                                                                                                             |                      |                      | 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<br>(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:       |
|                                                  |              |             |                   |                                                                              |                                  |              |                   |

| ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL ESQUEMA AUDITADO                            |  | Modificaciones identificadas en auditoría<br>(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<br>(planificación y/o realización) |  |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Sistema de Gestión integrado</b>   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                              |  |
| <b>Grado de integración (en %)</b>    |                                                         |                                                                              |  |

|                                           |                                                       |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>El representante de la empresa</b>     | <b>El representante de AENOR INTERNACIONAL S.A.U.</b> |
| <b>Fecha:</b> 2019-12-16                  |                                                       |
| <b>Fdo:</b> Dña. Ana Rosa MUÑOZ RIO-PEREZ | <b>Fdo:</b> D. Miguel DE LA FUENTE PASTRANA           |