

DADES GENERALS					
Organització:	FUNDACIO INSTITUT SOCIOEDUCATIU S'ESTEL	Nº Exp:	1/2024/4256/002		
Adreça (SC):	Fundació Institut Socioeducatiu S'Estel C/ Francesc Salvà i Pizà Escultor, s/n , 07141, Marratxí, Illes Balears, España				
Adreça (S1):	C.S. Es Pinaret C/ Francesc Salvà, s/n, 07141, Marratxí, Illes Balears, España				
Adreça (S2):	C.S. Es Fusteret Camí Salard, 47 , 07008, Palma, Illes Balears, España				
Adreça (S3):	C.S. Mussol C/ de Georges Bernanos, 39, 07015, Palma, Illes Balears, España				
Adreça (S4):	Amb Mesura C/ de Rivadavia, 9 , 07008, Palma, Illes Balears, España				
Adreça (S5):	Llar de Convivència Camí de Son Rapinya, 53, 07013, Sa Vileta-Son Rapinya, Illes Balears, España				
Norma(s):	<input checked="" type="checkbox"/> ISO 9001:2015	<input type="checkbox"/> ISO 14001:2015	<input type="checkbox"/> EMAS	<input type="checkbox"/> Altra:	
Tipus d'auditoria:	<input checked="" type="checkbox"/> Inicial E-2 <input checked="" type="checkbox"/> VSEG-1 <input type="checkbox"/> VSEG-2	<input type="checkbox"/> Renovació <input type="checkbox"/> Extraordinària <input type="checkbox"/> Altra:			
Data Auditoria:	15-16-17/10/2025	Durada Auditoria:	2.5 d/a	Data Informe:	17/10/2025

ABAST, OBJECTE I CRITERIS
<b>ABAST DE CERTIFICACIÓ:</b> <b>A) CENTRES D'INTERNAMENT. ATENCIÓ RESIDENCIAL, EDUCATIVA I INTEGRAL DE MENORS INFRACTORS QUE COMPLEIXEN MESURES JUDICIALS PRIVATIVES DE LLIBERTAT I DE LES SEVES FAMÍLIES.</b> <b>B) PROGRAMES FORMATIUS SOCIALS I LABORS DE SUPORT A LES MESURES JUDICIALS. "AMB MESURA"</b> <b>C) ATENCIÓ RESIDENCIAL DE MENORS INFRACTORS AMB MESURES JUDICIALS DE CONVIVÈNCIA AMB GRUP EDUCATIU (NO PRIVATIVES DE LLIBERTAT) I LES SEVES FAMÍLIES</b>
<b>CRITERIS:</b> Conjunt de polítiques, procediments, normes, legislació i requisits del SG emprats en la realització de l'auditoria i que serveixen com a referència a l'evidència de l'auditoria:
ISO 9001:2015
Prestació del servei de certificació ICDQ
Us de la Marca de certificació ICDQ / EMAS
Normativa marc del sector (la principal que afecta al producte)
<i>Llei orgànica 5/2000, de 12 de gener, reguladora de la responsabilitat penal dels menors, modificada per la Llei orgànica 8/2006, de 4 de desembre (en endavant, LORPM), i en el Reglament aprovat pel Reial decret 1774/2004, de 30 de juliol (en endavant, RLORPM).</i> <i>Resolució del secretari general de la Conselleria de Família i Serveis Socials de 16 d'abril de 2015 i es modificà per mitjà de la Resolució de la secretària general de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació de 15 de juliol de 2016</i> <i>Protocol marc interdisciplinari d'actuacions en casos de maltractament infantil a les Illes Balears.</i> <i>Procediments no prevists en la Llei 14/2010, de 9 de setembre, de mediació familiar de les Illes Balears. Reial Decret 1774/2004) i Reglament autonòmic (Decret 10/2020)</i>

EQUIP AUDITOR
---------------

FUNCIÓ	NOM Y COGNOM(S)	INICIALS
Auditor Cap:	Karen Baba Arima/2,5 jornadas/C38-3, C36-0	KBA
Auditor:		
Expert Tècnic:		
Auditor en Formació:		
Observador:		

RELACIÓ DE PARTICIPANTS				
NOM I COGNOMS	CÀRREC / ÀREA	REUNIÓ INICIAL	ENTREVISTA	REUNIÓ FINAL
Francisca Angeles Viver Salort	Gerent	x	x	
Francisco Rodríguez González	Administratiu	x	x	x
María Rosa Salvà	Administrativa	x	x	x
Gabriela C. Cúccaro Quimesó	Coordinadora de Llar de Convivència		x	
Marta Solé	Tècnica Superior Amb Mesura		x	
Sara Algar	Sub-directora Es Fusteret		x	
Ana Delgado	Assesora Externa	x	x	x

**RELACIÓ DE CENTRES VISITATS** Aplica a totes les organitzacions de qualsevol àrea tècnica i per activitats realitzades fora de la seu central i operativa (exemples: neteja construcció, instal·lacions, menjadors, formació, gestió de residus, transport de mercaderies i persones, etc.).

DATA	ADREÇA	TIPUS DE VERIFICACIÓ
15-17/10/2025	Fundació Institut Socioeducatiu S'Estel C/ Francesc Salvà i Pizà Escultor, s/n , 07141, Marratxí, Illes Balears, España	<input checked="" type="checkbox"/> Observació d'activitats <input checked="" type="checkbox"/> Documental
15/10/2025	Amb Mesura C/ de Rivadavia, 9 , 07008, Palma, Illes Balears, España	<input checked="" type="checkbox"/> Observació d'activitats <input checked="" type="checkbox"/> Documental
16/10/2025	Llar de Convivència Camí de Son Rapinya, 53, 07013, Sa Vileta-Son Rapinya, Illes Balears, España	<input checked="" type="checkbox"/> Observació d'activitats <input checked="" type="checkbox"/> Documental
17/10/2025	C.S. Es Fusteret Camí Saldar, 47 , 07008, Palma, Illes Balears, España	<input checked="" type="checkbox"/> Observació d'activitats <input checked="" type="checkbox"/> Documental

**PRINCIPALS PROCESSOS DESENVOLUPATS PER L'ORGANITZACIÓ (RELACIONATS AMB LES ACTIVITATS QUE FORMEN PART DE L'ABAST DE CERTIFICACIÓ) I ESPECIFICAR QUE S'HA VERIFICAT COM S'EXECUTEN (1) I QUINS DOCUMENTALMENT (2)**

(1) Descripció de los processos que formen l'abast de certificació i que s'ha observat la seva execució.

**A) CENTRES D'INTERNAMENT. ATENCIÓ RESIDENCIAL, EDUCATIVA I INTEGRAL DE MENORS INFRACTORS QUE COMPLEIXEN MESURES JUDICIALS PRIVATIVES DE LLIBERTAT I DE LES SEVES FAMÍLIES.**

**B) PROGRAMES FORMATIUS SOCIALS I LABORS DE SUPORT A LES MESURES JUDICIALS. "AMB MESURA"**

**C) ATENCIÓ RESIDENCIAL DE MENORS INFRACTORS AMB MESURES JUDICIALS DE CONVIVÈNCIA AMB GRUP EDUCATIU (NO PRIVATIVES DE LLIBERTAT) I LES SEVES FAMÍLIES**

(2) Descripció dels processos que formen l'abast de certificació i que s'han verificat documentalment

<p>A) CENTRES D'INTERNAMENT. ATENCIÓ RESIDENCIAL, EDUCATIVA I INTEGRAL DE MENORS INFRACTORS QUE COMPLEIXEN MESURES JUDICIALS PRIVATIVES DE LLIBERTAT I DE LES SEVES FAMÍLIES.</p> <p>B) PROGRAMES FORMATIUS SOCIALS I LABORS DE SUPORT A LES MESURES JUDICIALS. "AMB MESURA"</p> <p>C) ATENCIÓ RESIDENCIAL DE MENORS INFRACTORS AMB MESURES JUDICIALS DE CONVIVÈNCIA AMB GRUP EDUCATIU (NO PRIVATIVES DE LLIBERTAT) I LES SEVES FAMÍLIES</p>
--

<b>NO APLICABILITAT DE REQUISITS DEL SISTEMA DE GESTIÓ</b>
8.3 Disseny i Desenvolupament en totes les activitats, excepte en el disseny i desenvolupament dels programes formatius socials i laborals que donen suport a les mesures judicials "AMB MESURA"

<b>CANVIS RESPECTE AL PLA D'AUDITORIA</b>
No aplica

<b>CANVIS SIGNIFICATIUS DES DE L'ÚLTIMA AUDITORIA QUE AFECTEN AL SG AUDITAT</b>
No aplica

<b>CANVIS SIGNIFICATIUS QUE PODRIEN AFECTAR AL PROGRAMA D'AUDITORIA</b>

<b>RESUMEN DE L'AUDITORIA</b>	
<b>PROCÉS</b>	<b>AVALUACIÓ DE LA CONFORMITAT</b>
Context, lideratge i informació documentada	<p>L'organització ha determinat les qüestions internes i externes que poden afectar el Sistema de Gestió. Ha realitzat una anàlisi del context utilitzant l'eina <b>DAFO</b>. Així mateix, ha determinat les parts interessades i els seus requisits pertinents. Aquesta anàlisi es realitza cada any en la Matriu d'Anàlisi de Riscos i Oportunitats i en la revisió per la direcció (<b>Informe Pla Estratègic 2025-2028</b>)</p> <p>S'evidencia Mapa de Processos en la Fitxa del Procés de Planificació Estratègica que inclou els processos establerts pel SG i les seves interaccions. S'ha revisat i comunicat la Política de Qualitat, mitjançant la web de l'organització (Veure observació). S'ha revisat l'Organigrama Funcional de l'organització. S'ha determinat la descripció de llocs de treball en la RLT, càrrec o responsabilitats i s'assignen i comuniquen mitjançant la seva publicació per part de l'àrea de recursos humans.</p> <p>El sistema inclou la gestió de la informació documentada: Fitxes de processos, Procediments, Control d'edicions, registres del sistema i actes i informes varis.</p>
Planificació	<p>L'organització ha determinat accions per a abordar riscos i oportunitats relacionats amb el context, aquesta anàlisi s'ha tractat en Planificació Estratègica. Es quantifica el nivell de risc/oportunitat, sobre la base del anàlisi realitzada. Última revisió realitzada a setembre de 2025.</p> <p>Planificació dels canvis i altres accions de millora, són tractats en el Procés de Millora Contínua, en la Revisió per la direcció i Pla Estratègic.</p>

	<p>S'han determinat Línies Estratègiques, les quals inclouen Objectius de Qualitat mesurables i coherents amb la Política de Qualitat. S'ha realitzat un exhaustiu seguiment i anàlisi del compliment d'aquests. Cada objectiu de qualitat desenvolupa un pla d'acció i s'estableix un seguiment quantitatiu i qualitatiu.</p>
Recursos Humans, Coneixements i Comunicació	No es revisa detalladament en aquesta auditoria
Disseny	No és aplicable el requisit 8.3 Disseny i Desenvolupament en totes les activitats, excepte en el disseny i desenvolupament dels programes formatius socials i laborals que donen suport a les mesures judicials "AMB MESURA".
Compres	<p>L'organització s'assegura que els processos, productes i serveis subministrats externament són conformes als requisits.</p> <p>S'ha evidenciat que l'organització aplica criteris per a l'avaluació, la selecció, el seguiment i la re-avaluació dels proveïdors externs, i conservant-se la informació documentada.</p> <p>Per a això aplica els controls en funció de si la compra s'incorpora dins de la pròpia organització o es tracta d'un procés extern.</p> <p>A partir de les comandes s'ha pogut evidenciar que l'organització comunica els requisits del producte, servei o externalització als proveïdors.</p> <p>La majoria dels serveis són contractats externament i mitjançant un procés de licitació, que inclou condicions administratives i tècniques a complir.</p>
Producció i prestació del servei Infraestructura	<p>S'evidencia que la prestació del servei es realitza sota condicions controlades. Es revisa que els serveis compleixen amb els requisits establerts en normativa, legislació i reglamentació vigent.</p> <p>La Fundació té com a finalitats principals desenvolupar programes i actuacions en matèria de justícia juvenil, en matèria de protecció de menors, en matèria de família i unitats de convivència, s'enumeren els següents:</p> <p>a) Gestionar els centres i serveis i desenvolupar els programes necessaris per a garantir la correcta execució de les diferents mesures judicials previstes en la legislació reguladora de la responsabilitat penal dels menors.</p> <p>b) Desenvolupar i executar programes i actuacions que contribueixin a l'educació i la formació dels menors i joves en la seva inserció social i laboral i en la seva reinserció, tant durant el desenvolupament de les mesures judicials oportunes com quan acabin.</p> <p>c) Desenvolupar i executar programes i actuacions en el marc del Protocol marc interdisciplinari d'actuacions en casos de maltractament infantil de les illes Balears.</p> <p>d) Desenvolupar polítiques i executar programes i actuacions de suport i atenció a persones menors o joves en l'àmbit de la justícia juvenil i amb joves ex-tutelats en procés d'emancipació.</p> <p>e) Desenvolupar polítiques i executar programes i actuacions de promoció i suport a les famílies i unitats de convivència.</p>

	<p>Per a la prestació dels serveis compta amb la infraestructura necessària:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centres socioeducatius</li> <li>• Centres d'internament</li> <li>• Llars per a la convivència</li> </ul> <p>La fundació depèn orgànicament de la Conselleria d'Afers Socials i Esports i la seva Consellera la que ostenta la Presidència de FISE.</p> <p>Es comprova que l'organització ha determinat, proporcionat i està mantenint correctament les infraestructures necessàries per a l'operació dels seus processos i aconseguir la conformitat del seu producte/servei. Compten amb un pla de manteniment preventiu documentat en el registre Pla de manteniment preventiu de FISE sobre el qual podem verificar que estan complint els venciments establerts. (Veure no conformitat)</p>
<p>Avaluació del comportament i Millora</p>	<p>S'evidencia l'avaluació de l'acompliment en el control i seguiment del procés de Millora Contínua, mitjançant els resultats en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadors de cadascun dels processos, siguin estratègics, clau o de suport.</li> <li>• Satisfacció del client: Enquestes de satisfacció de l'usuari i de la pròpia Direcció General de Menors</li> <li>• Revisió per la direcció/ Pla Estratègic</li> <li>• Auditoria Interna</li> </ul> <p>Ressaltar detall i exhaustiva anàlisi realitzada tant en la revisió del sistema com en l'Auditoria Interna.</p> <p>Les accions de millora establerts s'han revisat amb la freqüència establerta i es resumeixen en els diferents informes revisat</p>
<p>Us de la Marca de Certificació</p>	<p>---</p>
<p>Tancament de no conformitats d'auditories anteriors</p>	<p>nc01: Si bé es comprova que l'organització ha realitzat una anàlisi del context per centre i activitat, no ha determinat si el canvi climàtic és una qüestió pertinent; durant les entrevistes es verifica que no s'han identificat entre altres qüestions: Si existeixen fortaleses o febleses relacionades amb el canvi climàtic o si el canvi climàtic és una oportunitat i/o amenaça segons s'estableix en la modificació dels punts 4.1 i 4.2 de les normes de referència.</p> <p>E.O. Anàlisi DAFO per centre de dates setembre – octubre 2024</p> <p><b>Es revisa anàlisi DAFO de cadascun dels centres i es comprova el tractament del canvi climàtic com una amenaça en tots els casos.</b></p> <p><b>Correcte</b></p> <hr/> <p>nc02: En relació al compliment del contracte del servei de control de plagues, control de Legionel·la i processionària de les dependències de *FISE, el següent:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si bé existeixen parts de treball sobre el control de plagues, no s'evidencia el compliment de les competències del tècnic</li> </ul>

	<p>aplicador ni les fitxes tècniques i de seguretat dels productes aplicats per a la desratització i desinsectació.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No existeix evidència de les actuacions realitzades per al control de la processionària</li> <li>• El Reial decret que estableix les mesures per a la prevenció i control de la legionel·losi és el R.D, 487/2022</li> <li>• L'RD 140/2003 indicat en els informes del laboratori sobre qualitat de l'aigua per al consum humà va ser modificat i es publica l'RD 902/2018.</li> </ul> <p><b>Es comprova el tractament de la no conformitat en relació al control de plagues i és correcte. En canvi no s'ha acabat de tancar la no conformitat respecte al control i prevenció de la Legionel·la. Veure no conformitat en present auditoria. Correcte</b></p>
	<p>nc03: Si bé s'estableixen criteris per a l'avaluació continuada dels proveïdors externs, no existeix evidència sobre la comunicació dels resultats sobre el seu acompliment.</p> <p><b>Es revisa llistat de proveïdors homologats i les evidències de la comunicació de resultats. Veure observació</b></p>

<b>VALIDACIÓ DE L'EQUIP AUDITOR SOBRE L'EFICÀCIA DEL SISTEMA DE GESTIÓ</b>	
<input type="checkbox"/>	S'EVIDENCIA L'EFICÀCIA DEL SISTEMA, NO SENT NECESSÀRIES ACCIONS CORRECTIVES, ES RECOMANA LA CERTIFICACIÓ
<input checked="" type="checkbox"/>	ES CREU QUE EL SISTEMA SERÀ EFICAÇ QUAN S'ACCEPTI LA PROPOSTA D'ACCIONS CORRECTIVES PARA LAS NO CONFORMITATS MENORS I LES EVIDENCIES DE QWALSEVOL NO CONFORMITAT MAJOR.
<input type="checkbox"/>	ES RECOMANA LA REALITZACIÓ D'UNA AUDITORIA EXTRAORDINÀRIA Sol·licitud d'Auditoria Extraordinària per la verificació al lloc de l'efectivitat de les accions correctives implantades

<b>PUNTS FORTS</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'indicador dels menors que tornen a tenir ganes de treballar i estudiar 93%</li> <li>• Programes formatius de AMB MESURA</li> <li>• L'alt de grau de satisfacció dels usuaris del programa AMB MESURA</li> </ul>

<b>OPORTUNITATS DE MILLORA</b>	

<b>ADEQUACIÓ DE L'ABAST DE CERTIFICACIÓ</b>		
És apropiat l'abast de certificació?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En cas negatiu indicar el motiu:		

<b>OBJECTIUS DE L'AUDITORIA</b>		
S'han aconseguit les objectius de l'auditoria?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En cas negatiu indicar el motiu:		

PRÒXIMA AUDITORÍA	
Data prevista per a la pròxima auditoria	5-6-7/10/2026
Data acordada per a la pròxima auditoria	

IDENTIFICACIÓ DE CANVIS		Emplenar en cas de modificació
Nombre de la organització		
CIF		
Adreça Seu Central (Adreça completa, numero, CP)	Número de personal:	
Adreça Seu 1 (Adreça completa, numero, CP)	Número de personal:	
Adreça Seu 2 (Adreça completa, numero, CP)	Número de personal:	
Representant de la Direcció i Càrrec		
e-mail del Representant		
Contacte de Direcció		
e-mail Direcció		
Contacte Administració		
e-mail Administració		
Telèfon		
Número de persones en plantilla		
ABAST DE CERTIFICACIÓ (Idioma)		
ABAST DE CERTIFICACIÓ (Altres Idiomes)*		

\*En cas d'altres idiomes el client ha de proporcionar la traducció del mateix.

Nº TROBALLA	CATEGORIA	DESCRIPCIÓ DE LA TROBALLA	Punt Norma
1	NC	No s'evidencia el compliment del Reial decret 487/2022 que estableix les mesures per a la prevenció i control de la legionel·losi.	7.1
2	Obs.	Aclarir si l'Edifici Llar de Convivència i l'edifici ocupat per Amb Mesura, es consideren pública concurrència.	7.1
3	Obs.	Si bé existeix un correcte procés d'avaluació de proveïdors, mitjançant les reunions de seguiment del contracte, s'observa que puntualment no es troba l'últim acta de seguiment del proveïdor COMSA.	8.4

**NC:** no conformitat major, **nc:** no conformitat menor i **Obs.** Observació  
 En el cas d'EMAS qualsevol no conformitat s'ha de categoritzar com NC

## REUNIÓ DE TANCAMENT

1. L'organització client es queda amb còpia del present informe d'auditoria.
2. Les troballes ha estat convenientment explicades per l'equipo auditor.  
Per totes les troballes l'organització haurà de:
  - ✓ Redactar un informe de no conformitat intern d'acord amb el seu propi procediment i en el que, a l'apartat de descripció de la no conformitat es copii exactament la desviació evidenciada.
  - ✓ Efectuar un complet anàlisi de las causes sobre els possibles aspectes afectats por la no conformitat.
  - ✓ Proposar un pla d'accions correctores d'acord amb el seu procediment intern.
  - ✓ En cas de no conformitat major, aportar evidencia de que s'ha implantat el pla d'accions correctores proposades.
  - ✓ L'organització client disposa de 45 dies des de la data de finalització de l'auditoria per remetre a l'equip auditor les accions correctives i les evidències corresponents.
3. La present auditoria s'ha dut a terme seguint el pla d'auditoria enviat i mitjançant un mostreig, podent existir altres desviacions no recollides en aquest informe.
4. Les dades contingudes en aquest informe, així com la informació avaluada en el procés d'auditoria, son propietat de l'organització client, ICDQ es compromet a que tota aquest informació i qualsevol altre derivada de la present auditoria i d'altres activitats relacionades amb la certificació son tractades amb absoluta confidencialitat excepte autorització escrita per part de l'organització client.
5. L'organització client coneix la identitat de l'equip auditor i coneix que pot, en qualsevol moment, recusar a qualsevol dels seus membres si té la mínima sospita de l'existència de qualsevol conflicte d'interès.
6. Els recordem que prèviament a la propera auditoria, hauran d'informar-nos de qualsevol canvi que pugui afectar de manera significativa al sistema de gestió (nº de treballadors, canvis d'ubicació, nous centres de treball, etc.)

Existeixen discrepàncies     NO existeixen discrepàncies

### DESCRIPCIÓ:

En cas que l'organització tingui la intenció de presentar al·legacions a alguna de les no conformitats detectades durant la present auditoria o qualsevol altra discrepància, haurà d'enviar un mail a [atencioncliente@icdq.es](mailto:atencioncliente@icdq.es) amb la justificació i en cas necessari les evidències documentals necessàries per ser analitzades per ICDQ.

Per la Organització

Nom:

Càrrec:

Per ICDQ, l'Auditor Cap

