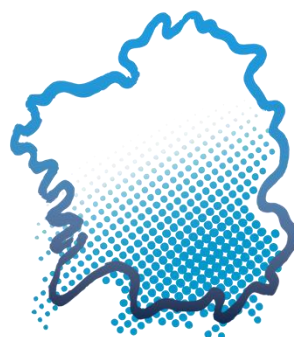


2 JUNIO 2026

MANUAL DE CALIDAD

plataforma de
organizaci3ns
de **infancia**
galicia



PLATAFORMA DE ORGANIZACI3NS DE INFANCIA DE GALICIA

1. Introducción	3
1.1. 32. organización	Contexto de la 4
2.1. Comprensión de la organización y su contexto	4
2.2. Requisitos de las partes interesadas	4
2.3. Alcance	4
2.4. Procesos del sistema de gestión	4
3. Liderazgo	6
3.1. Política de la calidad	6
3.2. Organización	8
4. Planificación	9
4.1. Riesgos y oportunidades asociados a los procesos	9
4.2. Objetivos de la calidad	9
4.3. Planificación de los cambios del sistema de gestión	9
5. Gestión de la infraestructura	10
5.1. Infraestructura	10
5.2. Ambiente de trabajo	10
6. Gestión del personal	11
7. Comunicación	11
7.1. Comunicación	11
7.2. Control de la información documentada	11
7.3. Control de los documentos	11
7.4. Control de los registros	12
8. Compras y subcontrataciones	12
8.1. Realización de las compras y subcontrataciones	13
8.2. Evaluación de proveedores	13
8.3. Verificación del producto comprado	13
9. Financiación y justificación	14
9.1. Determinación de los requisitos de financiadores	14
9.2. Justificación de subvenciones	14
10. Coordinación y promoción asociativa	14
10.1. Planificación anual	14
10.2. Ejecución de las actividades	15
10.2.1. Generalidades	15

10.2.2.	Difusión	15
10.2.3.	Información y asesoramiento	16
11.	<i>Evaluación del desempeño</i>	16
11.1.	Satisfacción del cliente	16
11.2.	Auditoría interna	16
11.2.1.	Programa anual de auditoría	16
11.2.2.	Cualificación del auditor	17
11.2.3.	Planificación de la auditoría	17
11.2.4.	Realización de la auditoría	17
11.2.5.	Tras la auditoría	17
11.3.	Seguimiento y medición de los procesos	18
11.4.	Seguimiento y medición del servicio	18
11.5.	Revisión por la dirección	18
12.	<i>Mejora</i>	19
12.1.	Tratamiento de las no conformidades	19
12.2.	Acciones correctivas	19
12.3.	Seguimiento	19
13.	<i>Aprobación</i>	19

1. Introducción

La Plataforma de Organizaciones de Infancia de Galicia (POIG) es una red integrada por organizaciones del tercer sector de acción social que trabajan de manera coordinada en el ámbito de la infancia y la adolescencia en Galicia.

En la actualidad, POIG está formada por 52 entidades miembro, que representan a un amplio conjunto de organizaciones que desarrollan su actividad en distintos ámbitos de intervención con niños, niñas y adolescentes.

La POIG nace con el objetivo de defender, promover y garantizar los derechos de la infancia y la adolescencia, especialmente de aquellos niños y niñas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad o riesgo de exclusión social. Para ello, POIG actúa como espacio de encuentro, coordinación y reflexión conjunta entre las entidades que la componen.

POIG promueve un enfoque de trabajo basado en la participación, la inclusión y la igualdad de oportunidades, fomentando la cooperación entre entidades y el diálogo permanente con las administraciones públicas y otros agentes sociales. Asimismo, impulsa la generación de propuestas, la mejora de la calidad de las intervenciones y la creación de sinergias que permitan dar una respuesta más eficaz a las necesidades de la infancia.

La POIG concibe a los niños, niñas y adolescentes como sujetos activos de derechos, y trabaja para que sus opiniones sean escuchadas y tenidas en cuenta en la elaboración de políticas públicas y en las decisiones que les afectan, favoreciendo así su participación real en la sociedad.

1.1. Nuestra visión

POIG de Organizaciones de Infancia de Galicia trabaja para que todos los niños, niñas y adolescentes que viven en Galicia puedan ejercer plenamente sus derechos, recogidos tanto en la Convención sobre los Derechos del Niño como en la legislación autonómica, estatal y europea.

Nuestra visión se basa en la construcción de una sociedad que:

- Reconozca a la infancia y la adolescencia como sujetos de pleno derecho, con voz propia y capacidad de participación en los asuntos que les afectan.
- Garantice la igualdad de oportunidades, con especial atención a los niños y niñas que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad social.
- Promueva el bienestar integral de la infancia desde una perspectiva preventiva, inclusiva y comunitaria.
- Impulse la coordinación entre entidades sociales, administraciones públicas y otros agentes, favoreciendo respuestas conjuntas y eficaces.

Desde esta visión, la POIG entiende que la defensa de los derechos de la infancia no es una tarea aislada, sino un compromiso colectivo que debe impregnar todas las políticas públicas y actuaciones sociales en Galicia.

2. Contexto de la organización

2.1. Comprensión de la organización y su contexto

La Junta Directiva de POIG identifica las cuestiones internas y externas relevantes para el sistema de gestión de la calidad. La Directora de la entidad recoge estas cuestiones en el documento **Contexto de la organización** y en sus sucesivas actualizaciones.

2.2. Requisitos de las partes interesadas

La Junta Directiva identifica los requisitos relevantes de las partes interesadas (asociaciones miembros, resto de asociaciones, Junta Directiva, trabajadores, familias, niños, niñas y adolescentes, y administraciones públicas). La Directora incluye estas cuestiones en el documento de identificación de riesgos y en sus sucesivas actualizaciones.

2.3. Alcance

El sistema de calidad de POIG cubre las actividades de:

- Servicios de asesoramiento, gestión y apoyo para las entidades miembro sobre protección, promoción y defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes conforme a la convención sobre los derechos del niño de naciones unidas.

El sistema de gestión cubre todos los requisitos de la norma internacional ISO 9001:2015, salvo los relativos a los apartados:

- Diseño, puesto que nuestros servicios consisten en la coordinación de los programas de las asociaciones miembro, que son las que realizan las intervenciones sociales.
- Las actividades desarrolladas pueden verificarse mediante seguimiento y medición de las mismas, con lo cual no existen procesos especiales que requieran validación.
- Identificación y trazabilidad. Ya que no se requiere la identificación de productos. La trazabilidad no es un requisito.
- Recursos de seguimiento y medición. Ya que no se utilizan dispositivos para el seguimiento y la medición de las actividades.
- El cuidado de la propiedad perteneciente a los clientes o a proveedores externos, ya que no se da el caso de que esta propiedad esté bajo el control o esté siendo utilizado por POIG.
- Las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios. No se requiere de este tipo de actividades.

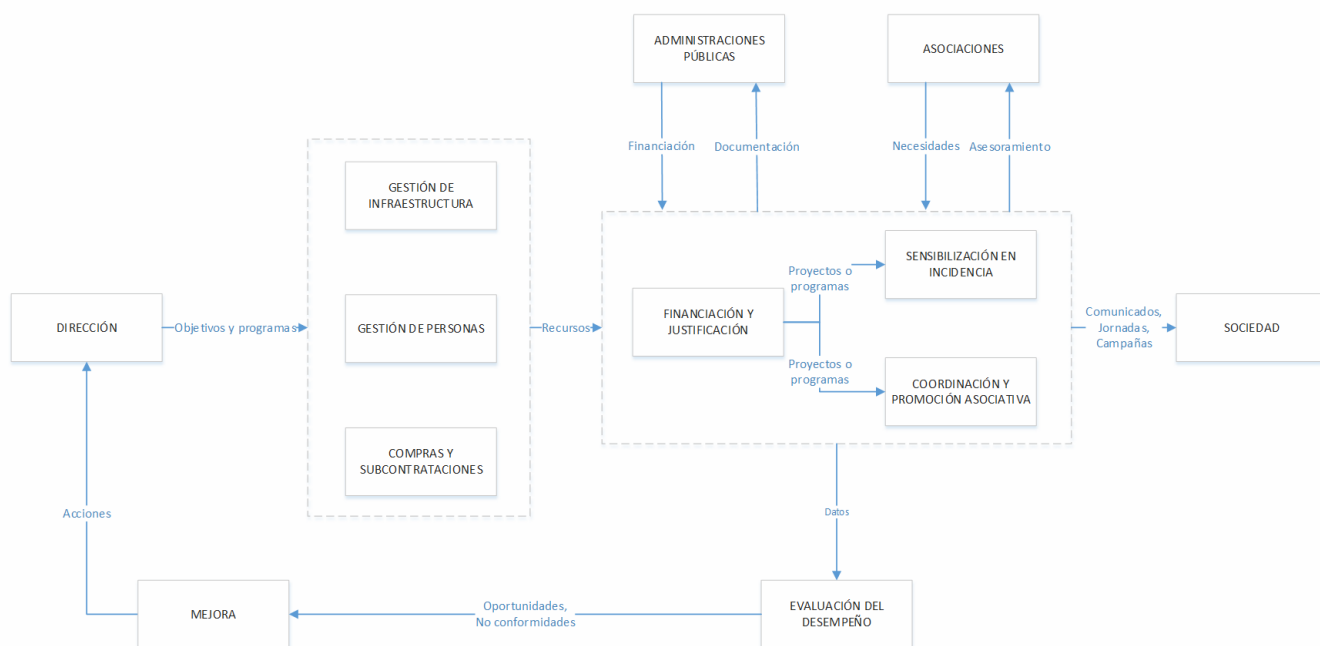
2.4. Procesos del sistema de gestión

A continuación, se muestra una tabla descriptiva de los procesos que forman el sistema de gestión de POIG.

Proceso	Descripción
1. Proceso de dirección	Mediante este proceso la Junta Directiva establece la estructura del sistema de gestión. Incluye: ● La determinación y el análisis del entorno y de los requisitos de las partes interesadas. ● El establecimiento del alcance del sistema de gestión y de los procesos que lo constituyen. ● El establecimiento de las directrices estratégicas y las políticas. ● El establecimiento de las responsabilidades y funciones del personal. ● La planificación de los procesos para prevenir o mitigar los riesgos asociados. ● La planificación y seguimiento de los objetivos que se establecen para el aumento de la satisfacción de las partes interesadas.

Proceso	Descripción
2. Proceso de gestión de la infraestructura	Comprende las actividades necesarias para determinar y proporcionar los recursos necesarios para el sistema de gestión. También las actividades necesarias para el mantenimiento de las instalaciones.
3. Proceso de gestión de las personas	Comprende las actividades de selección, contratación, formación y toma de conciencia del personal.
4. Proceso de compras y subcontrataciones	Comprende las actividades de búsqueda de proveedores, selección y evaluación de proveedores, búsqueda de productos, búsqueda de ideas, negociación con proveedores y emisión de pedidos.
5. Proceso de financiación y justificación	Comprende las actividades de contacto con los financiadores, elaboración de elementos publicitarios, realización de documentación para las licitaciones, realización de contratos y elaboración y presentación de documentación justificativa.
6. Proceso de sensibilización e incidencia	Comprende las actividades de comunicación y las de determinación y gestión de la información documentada necesaria para el sistema de gestión.
7. Proceso de coordinación y promoción asociativa	Comprende las actividades de reuniones de coordinación, Junta Directiva, y asambleas y asesoramientos a entidades de atención a la infancia, miembros o no de POIG.
8. Proceso de evaluación del desempeño	Es el proceso que engloba las actividades de medición. Incluye la medición de la satisfacción de los clientes, la evaluación del cumplimiento legal, el seguimiento de los procesos de operación, las auditorías internas y la revisión general del sistema de gestión por parte de la Junta Directiva.
9. Proceso de mejora	Mediante este proceso se determinan y seleccionan las oportunidades de mejora y se implementan las acciones necesarias para el cumplimiento de los requisitos de las partes interesadas y el aumento de su satisfacción. Comprende las actividades que se siguen tras la detección de servicios no conformes y de las no conformidades del sistema de gestión.

Los procesos del sistema de gestión se muestran en la figura de la página siguiente. Una definición más detallada de cada uno de los procesos se muestra en las *fichas de proceso*.



3. Liderazgo

La Junta Directiva de la entidad está comprometida con el desarrollo e implementación del sistema gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia.

Las asociaciones miembros de POIG buscan un colaborador eficaz para sus labores de intervención social. Desde POIG les ayudamos mediante nuestras actividades de coordinación y asesoramiento. También en ocasiones podemos actuar directamente con los potenciales destinatarios de los servicios de nuestras asociaciones, mediante actividades de asesoramiento y orientación.

POIG orienta todas sus actividades a que las asociaciones obtengan la mayor satisfacción de sus necesidades.

3.1. Política de la calidad

La Plataforma de Organizaciones de Infancia de Galicia es un conjunto de asociaciones que trabaja en la defensa y promoción de los derechos de la infancia y adolescencia en Galicia, en especial, la que se encuentra en riesgo de exclusión, mediante la denuncia y el seguimiento de situaciones de vulneración, desenvolver el diálogo y la cooperación entre todos los organismos influyentes en su bienestar, la promoción y participación del asociacionismo y a través de la coordinación entre entidades que trabajan por y para la infancia.

Para cumplir nuestros objetivos, nos basamos en principios orientados a la defensa de los derechos, la justicia social, la transparencia, la mejora continua y la gestión orientada a los objetivos.

Las intenciones de la Junta Directiva de la Plataforma en materia de calidad a las que se compromete son:

Con las entidades miembro:

- A favorecer los procesos necesarios para que las entidades socias participen en el diseño de la estrategia de la organización y contribuyan a su desarrollo y evaluación en materias relacionadas a mejora del bienestar de la infancia y adolescencia.

- A aunar los esfuerzos y argumentario de las entidades que trabajan con y/o para la infancia y adolescencia para fomentar la creación de políticas que mejoren la situación de los niños, niñas y adolescentes.
- La transparencia y detección de necesidades organizacionales y su mejora mediante la puesta en práctica de estrategias destinadas a su mejora.
- A la realización de acciones destinadas al cumplimiento de los acuerdos establecidos en el Plan de Acción Anual.

Con la infancia y adolescencia de las entidades miembro:

- A la innovación en las acciones realizadas con el Grupo de Participación Infantil y Adolescente compuesto por niños, niñas y adolescentes de las entidades miembro para incrementar el interés en participar.
- Desarrollar acciones que tengan como objetivo principal establecer espacios en donde los niños, niñas y adolescentes puedan alzar la voz sobre las cuestiones que más les preocupan.
- A la elaboración de nuevas acciones comunicacionales para que sus demandas lleguen a más sectores de la sociedad.

Con la Plataforma de Infancia estatal (POI):

- Asistir a las reuniones y encuentros necesarios para dar seguimiento a las temáticas de relevancia en la comunidad autónoma relacionadas con la infancia y adolescencia.
- A dar traslado a las entidades miembro de la información recibida de la POI en materia normativa estatal y promover su participación en acciones promovidas por ella.

Con nuestros financiadores:

- Diseñar los proyectos planificados con adecuación y coherencia, de forma equilibrada en relación con los costes.
- A que el objetivo principal de los mismos sea la mejora de los derechos de la infancia, en especial en riesgo de exclusión, conforme la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas.

Con nuestro personal contratado:

- A trabajar desde el cumplimiento de las normas legales establecidas para una constante mejora en la satisfacción por su labor, haciendo de cada puesto de trabajo un espacio de formación e innovación permanente.
- Tener el manual de riesgos laborales como documento preventivo que identifica, evalúa y controla riesgos de seguridad y salud en el trabajo. El cual define responsabilidades, protocolos de emergencia y medidas de seguridad para reducir accidentes y enfermedades. La realización de las formaciones oportunas y el cumplimiento de las revisiones médicas.

Todo ello con el compromiso de cumplir los requisitos legales y reglamentarios que sean de aplicación, realización de los trámites que gestionamos sin errores y en los plazos establecidos y la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

La Directora se asegura de que el conjunto del personal es consciente de la importancia de la política de calidad. La revisa anualmente, en la revisión del sistema de gestión de la calidad, y la utiliza como marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la calidad.

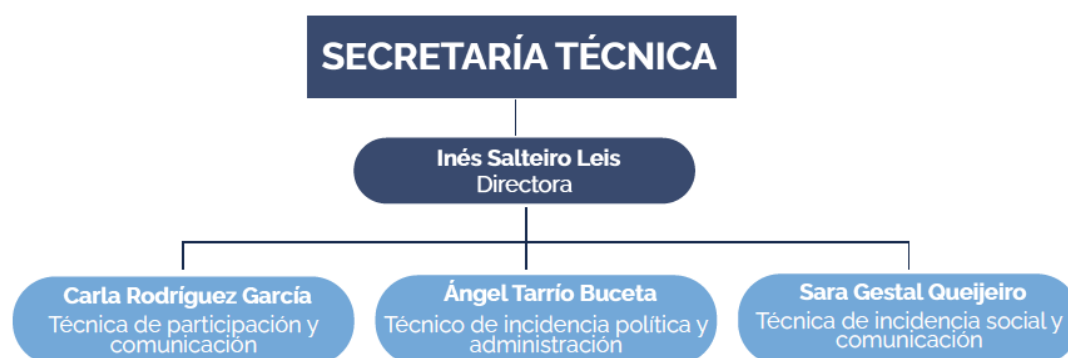
La **política de calidad** está disponible para las partes interesadas. La Directora la enviará vía mail a quienes lo soliciten.

3.2. Organización

La POIG está dirigida por la asamblea general y la Junta Directiva. Para las cuestiones operativas se ha constituido una oficina técnica con las siguientes funciones:

- Atención al público, en cualquiera de las modalidades que se precisen (por correo electrónico, teléfono, correo postal, presencial, etc.), en relación con las organizaciones miembro o con asuntos propios del ámbito de trabajo de la Plataforma.
- Ante demandas de información sobre organizaciones que no sean socias de la Plataforma, la Secretaría Técnica se limitará a facilitar exclusivamente información técnica, siempre que ello sea posible.
- Atención a las organizaciones pertenecientes a la Plataforma y remisión de aquella información que pueda ser de su interés.
- Comunicación de la información generada por la Plataforma y por los miembros que lo soliciten expresamente, o de cualquier otra información de interés para el colectivo.
- Información a los medios de comunicación.
- Gestión y administración del archivo documental de la Plataforma.
- Apoyo al funcionamiento y a las actividades de los Grupos y Comisiones de Trabajo.
- Gestión de la información generada por los Grupos y Comisiones de Trabajo de la Plataforma.
- Administración y gestión del uso de la Sede Social de la Plataforma.
- Gestión y ejecución de los programas y actividades de la Plataforma.
- Relación con proveedores y suministradores.
- Contratación de servicios externos.
- Participación en la organización de la Asamblea General, procediendo a cursar su convocatoria y remitiendo cuantos documentos sean necesarios para su celebración (Orden del Día, Acta de la Asamblea anterior, Memoria de Actividades, Memoria Económica, etc.).
- Ejecución del Presupuesto cuyo control corresponde a la Junta Directiva.
- Presentación a la Junta Directiva del informe sobre las actividades anuales realizadas por la Secretaría Técnica.
- Elaboración del borrador del correspondiente Informe de Gestión Anual.

La organización de la secretaría técnica es la siguiente:



Las funciones de las personas que ocupan los distintos puestos están detalladas en las **fichas de perfil de puesto de trabajo**, que mantiene actualizadas la Directora.

4. Planificación

4.1. Riesgos y oportunidades asociados a los procesos

La Directora realiza el **análisis de los riesgos y oportunidades** asociado a nuestros procesos, desde el punto de vista de la calidad. Este análisis busca asegurar que el sistema de calidad alcance los resultados previstos, aumentar los efectos deseados y prevenir los no deseados y lograr la mejora. Anualmente, en la revisión del sistema de gestión, la Directora revisa y si es necesario actualiza este análisis.

La Directora tomará acciones para abordar los riesgos y oportunidades que se identifiquen y se valoren como no aceptables, en las sucesivas revisiones anuales. Estas acciones serán proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y servicios. Transcurrido un año, se evaluará de nuevo el riesgo para determinar si se ha reducido a niveles aceptables.

4.2. Objetivos de la calidad

Cada doce meses la Directora establece los *objetivos de la calidad*, los cuantifica y establece la estrategia para alcanzarlos. Se establecen objetivos de calidad para la mejora del servicio, que deben ser medibles y coherentes con la política de la calidad.

Para cada objetivo se define uno o más indicadores, y las metas para cada indicador. Además, la Directora aprueba las actividades a realizar para la consecución del objetivo, y los responsables de cada una de estas actividades. Debe definirse también el plazo de realización de cada una de las actividades.

Cada seis meses, la Directora realiza el seguimiento de los objetivos. En caso de desviación que haga que los objetivos se encuentren desfasados, elabora un nuevo conjunto de objetivos.

4.3. Planificación de los cambios del sistema de gestión

Los procesos necesarios para la correcta realización de nuestros servicios, de acuerdo a nuestra política de calidad, están definidos en este manual.

En caso de que se produjera un cambio que afectase a la estructura del sistema de gestión (cambio de instalaciones, introducción de nuevos servicios, aparición de nuevos requisitos legales o reglamentarios), la Directora elaboraría un plan de gestión, que recogiera los aspectos específicos de la nueva situación, e incluyera los controles especiales para el mantenimiento de la prestación del servicio sin menoscabo de la calidad habitual del servicio de POIG.

5. Gestión de la infraestructura

La entidad determina, en la revisión del sistema, y proporciona los recursos necesarios para:

- Implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia.
- Aumentar la satisfacción de la administración, las asociaciones y los NNA y sus familias, mediante el cumplimiento de sus requisitos.

5.1. Infraestructura

Para la correcta ejecución de los trabajos se utiliza la siguiente infraestructura cedida por el Ayuntamiento de Santiago de Compostela en la Casa de las Asociaciones de Bienestar Social (CABES):

- Una oficina.
- Salas de reuniones de trabajo (bajo solicitud).
- Salón de actos (bajo solicitud).
- Aseos.

Adicionalmente, se alquila un trastero para la guarda y organización del material.

Referente al equipamiento, la plataforma cuenta con:

- Hardware y software: cuatro ordenadores portátiles para favorecer el trabajo a distancia con los programas necesarios para su puesta en marcha.
- Fotocopiadora escáner láser color.
- Teléfono portátil.
- Sistema de control de horario online.

Las operaciones de necesarias para asegurar la cesión de los espacios e instalaciones las realiza la Directora. El mantenimiento y la limpieza de las instalaciones lo realiza el propietario y gestor del edificio, que es el Ayuntamiento de Santiago de Compostela.

5.2. Ambiente de trabajo

No se precisa un ambiente de trabajo especial para las actividades que realizamos en nuestras instalaciones, salvo el que marcan las condiciones habituales de salubridad y confort de las personas que participan en los distintos programas.

6. Gestión del personal

La Directora mantiene actualizadas las **fichas de perfil de puesto de trabajo**, en las que se describe la competencia que debe mostrar todo el personal, con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas. También mantiene actualizadas las **fichas de personal**, en las que se recogen los conocimientos de que dispone cada persona.

Utilizando la información contenida en estos documentos, la entidad establece anualmente las necesidades de formación del personal y procura satisfacer dichas necesidades.

La Directora organiza los cursos necesarios en función de las necesidades detectadas.

Las personas de nueva contratación reciben una acción formativa inicial en la que se tratan los siguientes contenidos: Misión de la entidad, derechos de la infancia y adolescencia, organización y funcionamiento, política de calidad, procesos del sistema de calidad, estructura organizativa y protocolos de aplicación.

La Directora cumplimenta la **ficha de curso**, estableciendo las fechas, contenidos, personas a formar y recursos necesarios.

La Directora evalúa la eficacia de las acciones formativas. Registra en la **ficha de curso** las evidencias que sustenten esta evaluación.

7. Comunicación

7.1. Comunicación

La Directora mantiene actualizado un **esquema de comunicación** que recoge qué comunica la empresa, quién lo hace, a quién, cómo y cuándo.

El personal técnico de comunicación da forma y lleva a cabo las comunicaciones de las actividades de POIG a las partes interesadas (valores de la entidad, notas de prensa, noticias del sector, etc.).

7.2. Control de la información documentada

La documentación del sistema de gestión de la calidad incluye:

- Este manual de calidad.
- Las *fichas de proceso*.
- La legislación y normativa de aplicación.
- Los documentos necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de los procesos (memorias, informes, etc.).
- Los registros.

7.3. Control de los documentos

Los diversos documentos generados por el sistema, así como sus posteriores modificaciones quedan aprobados por la dirección antes de su introducción en el sistema.

De cada documento existe un original y tantas copias como sea necesario para distribuir a las distintas personas trabajadoras afectadas por el documento.

La dirección es responsable de la correcta conservación del original del manual de calidad y de los procedimientos. Mantiene actualizada la *lista de documentos*, donde indica el nombre del documento, código, edición, fecha de entrada en vigor y puestos a las que se distribuye. Dispone también de un **listado de legislación y reglamentación** de aplicación a los servicios que se realizan.

Cuando se produzca un cambio en un documento se procederá a correr secuencialmente el número de la edición. Las ediciones se identificarán en forma numérica correlativa empezando por el 1. Si un nuevo documento reemplaza a una edición previa del mismo, la nueva edición se incluye en el archivo, siendo la antigua trasladada al archivo de documentación atrasada, que está físicamente separado de los archivos de documentación en vigor. Los documentos llevarán una hoja de control de cambios donde se especificarán los cambios que afectan al mismo. Los documentos reemplazados pasarán al archivo de obsoletos.

7.4. Control de los registros

La dirección incluye los registros en la **lista de documentos**. En esta lista indica quién genera cada registro, quién lo archiva y cuál es el tiempo de conservación. Los registros se conservan el número de años que se indica, pasando posteriormente al archivo histórico.

Cuando se indique, los registros internos se realizarán sobre los formatos definidos en los correspondientes documentos, y habrán de redactarse de modo legible. Los registros externos se conservarán en el formato en que se reciban.

Diariamente se realiza una copia de seguridad de los datos contenidos en todos los ordenadores y de forma semanal se revisan las copias para detectar posibles fallos

Una vez finalizado el período de conservación de los registros, la dirección decide entre estas dos opciones:

- Archivarlos en cajas o en ficheros informáticos.
- Destruirlos de modo que no sea legible su contenido.

POIG cumple la Ley de protección de datos. Cualquier registro que pueda comprometer la intimidad de los destinatarios del servicio no está expuesto y se encuentra perfectamente custodiado.

8. Compras y subcontrataciones

POIG se asegura de que el producto adquirido (y el servicio subcontratado) cumple los requisitos de compra especificados:

- Evaluando los proveedores y subcontratistas en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos.
- Entregando a los proveedores la información necesaria sobre el producto a comprar o el servicio a subcontratar.
- Verificando los productos comprados y el servicio subcontratado antes de incorporarlos a nuestros servicios.

8.1. Realización de las compras y subcontrataciones

Las compras de la oficina están gestionadas por la dirección, con apoyo de las personas técnicas contratadas para cada área y archivadas por la persona responsable de apoyar los procesos administrativos.

La dirección gestiona la contratación de los servicios remitiendo a la persona representante de la Plataforma el contrato para su firma o enviando un pedido de aceptación del presupuesto por email a la empresa o entidad.

Para la compra de productos:

- La dirección o persona técnica de cada área informa de las condiciones que deben cumplirse de cara a satisfacer las expectativas de los financiadores.
- La dirección o persona técnica coordina las compras con los proveedores detallando las características del producto a comprar.
- La dirección o las personas técnicas contratadas en función de su área podrán realizar especificaciones técnicas para la obtención de presupuestos adecuados a los servicios que se precisen. La elección del presupuesto vendrá determinada por el cumplimiento de las condiciones y el precio más bajo mediante un análisis entre la persona técnica del área y la dirección de la entidad.
- La dirección podrá hacer una compra directa en los casos en que se considere por la situación como: taxis, alimentación, etc. En esos casos, se primará la compra en un proveedor que cumpla las condiciones de los financiadores.
- La dirección es la encargada del pago de las facturas y la persona técnica encargada de administración, de recopilarlas y trasladarlas en tiempo a la empresa que apoya los procesos de gestión económica y laboral.

La Directora envía a cada proveedor relevante el documento *Comunicación a proveedor*, en el que se le indican los criterios de POIG relativos a las compras y contrataciones de servicios.

8.2. Evaluación de proveedores

La Directora mantiene actualizada la **lista de proveedores**, en la que recoge los datos que provienen de la evaluación de los resultados de los proveedores. Para considerar apto al proveedor, debe no haber cometido más de tres no conformidades durante el año, siempre que no haya habido pérdida económica o de imagen de la asociación.

Los nuevos proveedores se evalúan durante los primeros pedidos o trabajos. La Directora (o el técnico que designe) vigila los pedidos que se realizan con los proveedores en pruebas, de modo que se lleve a cabo una especial labor de vigilancia de los productos o servicios prestados.

Se mantiene la calificación del proveedor “en pruebas” hasta la siguiente revisión por la Dirección, en la que pasa a ser calificado como apto o no apto.

8.3. Verificación del producto comprado

Las personas responsables de cada programa, en el caso de que hayan realizado las especificaciones técnicas o coordinado la compra, verificarán e informarán a la dirección de que el pedido reúne los requisitos.

En las reuniones de seguimiento de cada programa se comenta el resultado de esta verificación y se comunica a la dirección en caso de incidencia.

9. Financiación y justificación

9.1. Determinación de los requisitos de financiadores

La Directora o el personal técnico de programas identifica posibles oportunidades de financiación pública o privada.

Después de haber analizado la base reguladora y la convocatoria, un técnico asignado por la Directora (o la Directora) planifica y dota de presupuesto el programa. La elaboración del programa se realiza según las indicaciones establecidas por el financiador, tanto por los ámbitos de actuación del programa cuanto por las características económicas.

Una vez que el programa se haya formulado técnica y económicamente la dirección revisa y aprueba la presentación de la subvención.

Una vez presentado y adjudicado, en ocasiones y dependiendo de la convocatoria hay que presentar memoria adaptada que redacta la responsable de programa.

Toda la documentación (declaraciones responsables, certificados, resumen de gastos, memorias, etc.) que acompaña la solicitud de una financiación se conserva digitalmente en el servidor de la Entidad, acompañada por el recibo de presentación a la Administración Pública.

9.2. Justificación de subvenciones

La justificación de las subvenciones se realiza de acuerdo con las instrucciones presentes en el Manual de Justificación de cada subvención. Normalmente, una justificación se compone de tres partes preparación y organización de la documentación requerida, redacción de la memoria de actuación y preparación de la documentación económica.

El técnico del programa redacta la memoria de actuación, recoge y organiza la documentación complementaria necesaria y por otro lado revisa con la Directora toda la documentación económica a aportar.

Una vez presentados los documentos de justificación de las convocatorias, las responsables archivan los documentos.

Toda la documentación necesaria para la justificación de un programa está organizada y archivada en el servidor central de la Entidad.

10. Coordinación y promoción asociativa

10.1. Planificación anual

En relación con la planificación de las actividades desarrolladas cada año, el personal técnico y dirección de cada área realiza reuniones con las entidades miembro entre diciembre y febrero para la creación de un borrador de *Plan de Acción Anual*, en el cual

consten los objetivos estratégicos, las líneas de acción de cada uno, actuaciones, las personas responsables, la temporalización y el resultado esperado.

Una vez obtenido, es revisado por la dirección y remitido a la Junta Directiva para su visto bueno. Con este visto bueno, es remitido a la totalidad de las entidades miembro en los plazos recogidos en los Estatutos y Reglamento de Régimen Interno, para su revisión y posterior votación en la primera asamblea de año que tiene lugar entre los meses de febrero y marzo.

Los planes de acción anuales deben estar en concordancia con el Plan Estratégico, sobre el cual se consulta a las entidades miembro y renueva siguiendo el mismo procedimiento cada tres años.

Adicionalmente, en el último mes de año, la Secretaría Técnica realiza una **memoria de actividades** que es revisada por la dirección, remitida a la Junta Directiva y con posterioridad a la totalidad de entidades miembro siguiendo los plazos establecidos en los estatutos y en el reglamento de régimen interno, para su aprobación en la primera asamblea de año.

En relación con el **presupuesto anual**, la dirección elabora un borrador que es remitido a la Junta Directiva para su visto bueno.

Una vez obtenido este visto bueno, se actúa de la misma forma que con el Plan de Acción. El borrador de presupuesto es remitido a todas las entidades miembro para su revisión en los plazos recogidos en los estatutos y en el reglamento de régimen interno, para su revisión y posterior votación en la primera asamblea de año.

En los dos primeros meses de año, la dirección coordina con la gestoría económica contratada y auditoría, la realización de un **balance económico** de los ingresos y gastos efectuados el año anterior, que es remitida a la Junta Directiva y con posterioridad a la totalidad de entidades miembro, siguiendo los plazos establecidos en los estatutos y en el reglamento de régimen interno, para su aprobación en la primera asamblea de año.

Tanto las cuentas anuales, como los convenios realizados sujetos a auditoría y los programas financiados por las subvenciones del IRPF, son auditados.

Una vez aprobados los documentos anteriores en la asamblea (Plan de Acción Anual, Memoria de Actividades, Balance económico del año anterior y presupuesto), son subidos en el apartado de “Transparencia” para su consulta y puesta pública en la página web de la entidad.

10.2. Ejecución de las actividades

10.2.1. Generalidades

El personal técnico y la dirección cumplimentan los registros necesarios para el control de cada acción/actividad/programa (listas de asistencia, aplicaciones informáticas, fichas de control, etc.).

En lo que respecta al control mensual, la secretaría técnica realiza una reunión de equipo para coordinar acciones (actividades e informar brevemente sobre los aspectos más relevantes).

La Plataforma tiene en cuenta el **Código ético** de la entidad, el cual recoge el modo en que se trata a las personas destinatarias de los programas y las personas profesionales. Este código se encuentra en el apartado de “Transparencia” de la página web de la entidad.

La Plataforma realiza su gestión mediante correo electrónico con el dominio @infanciagalicia.org. Cada integrante de la secretaría técnica posee un correo propio para

la gestión de su área. Por otra parte, la misma posee un correo genérico para la recepción de correos que no sepan dónde dirigirse: secretariatecnica@infanciagalicia.org gestionado por la dirección de la entidad.

10.2.2. Difusión

Las redes sociales (RRSS) son ubicadas mediante el mismo nombre @infanciagalicia y gestionadas por la persona Técnica de Comunicación. Las redes sociales gestionadas son Instagram, LinkedIn, X, Facebook y YouTube.

Para la realización de las publicaciones en RRSS, en la primera asamblea del año 2026 fue aprobado un *manual de comunicación* común entre la Plataforma y las entidades miembro. Este manual, estipula acciones comunes para comunicar entre las entidades miembro y un modo de proceder común.

En lo que respecta al modo de proceder con las publicaciones de las entidades miembro, cada una es la encargada de remitir la información de relevancia a la Plataforma, la cual la difunde en RRSS:

- Diariamente en los reels.
- Semanalmente en una publicación en donde se recogen todas las acciones de las entidades miembro.
- Mensualmente en un boletín mensual que es enviado a todas las entidades y personas inscritas.

Con respecto a las propias, se utilizan publicaciones con una identidad visual, recogido en el mismo manual, para su publicación diaria en las mismas RRSS.

10.2.3. Información y asesoramiento

Finalmente, para información y asesoramiento de las entidades u otras partes interesadas, la Plataforma cuenta con el correo electrónico y el teléfono de la entidad el cual está accesible para la recepción de llamadas o mediante whatsapp en el número 747491242.

11. Evaluación del desempeño

11.1. Satisfacción del cliente

POIG trata de conocer la percepción de la administración, de las asociaciones y de los NNAs y sus familias con respecto al cumplimiento de los requisitos. Para ello analiza indicadores que pueden aportar datos sobre esta cuestión, como el resultado de encuestas de satisfacción. También analiza la retroalimentación: quejas, sugerencias, impresiones del personal técnico, etc.

Una vez al año, la Directora analiza los datos recogidos y elabora un informe sobre la satisfacción de la administración, las asociaciones y los NNAs y sus familias. La Directora valora las conclusiones de este informe en la revisión por la dirección, y toma las medidas apropiadas.

11.2. Auditoría interna

POIG lleva a cabo auditorías internas para determinar si el sistema de gestión de la calidad:

- Es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de ISO 9001:2015 y con los requisitos del sistema de gestión.
- Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.

11.2.1. Programa anual de auditoría

Coincidiendo con la revisión del sistema por parte de la dirección, la dirección establece el programa de realización de auditorías internas, que incluya la verificación cada año de todos los elementos del sistema de gestión. Este programa establece las auditorías a realizar, el alcance de cada auditoría y la persona o entidad que se prevé que vaya a realizar cada auditoría.

11.2.2. Cualificación del auditor

La dirección encarga la realización de las auditorías a personal que cumpla al menos los siguientes requisitos:

- Estudios medios.
- Experiencia laboral de al menos 3 años, 1 en calidad.
- Tener formación en auditoría (ISO 19011 o similar).
- Disponer de conocimientos de la norma UNE-EN-ISO 9001.
- Experiencia de al menos 2 auditorías como observador o auditor.
- Independencia de la actividad que va a ser auditada.

11.2.3. Planificación de la auditoría

El auditor planea la auditoría. Esta planificación, lo más detallada posible, se comunica al personal con al menos una semana de antelación.

11.2.4. Realización de la auditoría

La auditoría se llevará a cabo de acuerdo con la normativa internacional vigente para esta actividad.

Los auditores designados deben recopilar y estudiar todo el material de referencia de la auditoría (procedimientos, normas, requisitos) para verificar que es completo y suficientemente descriptivo y que el sistema de gestión es conforme con las disposiciones establecidas y con la política de gestión. Después deben preparar una lista de comprobación o un guion para llevar a cabo la auditoría.

El auditor o auditores van verificando que el sistema de gestión está implantado correctamente, es decir, que se cumplen las disposiciones establecidas, y que se mantiene de forma eficaz. Para ello debe:

- Preguntar al personal afectado sobre los procesos que lleva a cabo.
- Estudiar los registros generados. El estudio de los registros de cada tipo se hace por muestreo. Se seleccionan al azar varios registros procurando que contengan la mayor variedad posible (fechas distribuidas a lo largo de todo el periodo auditado, asuntos variados, autores distintos, etc.). El auditor debe procurar también cruzar los registros, es decir, buscar y verificar todos los registros relacionados con el que se está auditando (por ejemplo, verificar la existencia y corrección del pedido correspondiente a una factura que se está auditando).

En cada auditoría se revisarán las acciones correctivas tomadas como consecuencia de la auditoría inmediatamente anterior.

El auditor debe anotar todos los registros que ve y el nombre, cargo y asunto tratado con las personas a las que entrevista, para reflejar todos estos datos (observaciones de auditoría) en el informe de auditoría.

11.2.5. Tras la auditoría

En el plazo de una semana, el auditor entregará a la dirección un *informe de auditoría*, que incluya:

- Observaciones y hallazgos de la auditoría.
- Conclusiones de la auditoría.

La dirección se reunirá con el personal indicado para comentar el informe y en su caso realizar la investigación de las no conformidades detectadas.

11.3. Seguimiento y medición de los procesos

El seguimiento de los procesos claves, para demostrar su capacidad para alcanzar los resultados planificados, lo lleva a cabo la presidenta y el equipo POIG, durante la revisión del sistema. Para ello se establecen indicadores que nos facilitan información acerca de la capacidad de cada proceso.

Cuando no se alcancen los resultados planificados, la Directora lleva a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente, para asegurarse de la conformidad del servicio.

11.4. Seguimiento y medición del servicio

Durante la prestación del servicio se realizan reuniones de evaluación para verificar su correcta realización. La Directora lleva a cabo el seguimiento del servicio utilizando la información que obtiene de los informes de no conformidad que se abren como consecuencia de la realización de un servicio inadecuado, de acuerdo con la política de calidad de la entidad, los contratos con los financiadores y los procedimientos de trabajo.

11.5. Revisión por la dirección

La Junta Directiva realiza la revisión del sistema de gestión de la calidad de la organización, con vistas a asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas.

La información de entrada para la revisión por la dirección incluye:

- Contexto de la organización.
- Requisitos de las partes interesadas.
- Resultados de auditorías.
- Retroalimentación del cliente.
- Desempeño de los proveedores.
- Desempeño de los procesos y riesgos asociados.
- Grado en que se han logrado los objetivos de calidad.
- Conformidad del servicio.
- Resultados del seguimiento y la medición.
- Estado de las acciones correctivas y preventivas.
- Eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.
- Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.
- Cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad.
- Adecuación de los recursos.

- Recomendaciones para la mejora.

Los resultados de la revisión por la dirección incluyen todas las decisiones y acciones relacionadas con:

- Las oportunidades de mejora.
- La necesidad de cambios en el sistema de gestión.
- Las necesidades de recursos.

Estos resultados quedan reflejados en el **informe de revisión por la dirección**, junto al que se conserva el resto de documentos aportados a la revisión y que sirven de base a la Dirección para la toma de decisiones.

12. Mejora

12.1. Tratamiento de las no conformidades

La persona que detecta el incumplimiento de un requisito, lo comunica a la Directora, para que establezca de manera inmediata cómo se soluciona la no conformidad detectada. La Directora cumplimenta la *ficha de no conformidad*. Indica la fecha, los trabajadores implicados, las partes interesadas relacionadas y una descripción detallada de la no conformidad detectada y de la corrección realizada.

12.2. Acciones correctivas

El análisis de las causas y la toma de acciones correctivas, si procede, se realizará antes de transcurrida una semana desde la detección de la no conformidad.

Para cada no conformidad, la Directora estudia sus causas probables, y en caso de considerar que es posible eliminar o reducir la probabilidad de ocurrencia de esta, o de considerar que es posible reducir los efectos perjudiciales de la misma, proponen una o más acciones correctivas.

La Directora considera las posibles acciones a tomar para reducir o eliminar la probabilidad de repetición de la no conformidad. Analiza las acciones consideradas y selecciona aquellas con mayor probabilidad de evitar dicha repetición. La Directora registra estas acciones en la ficha de no conformidad. Cuando se traten soluciones técnicas, una persona técnica responsable del programa o área afectada tomará parte en la toma de decisiones.

12.3. Seguimiento

La Directora analiza la eficacia de cada acción, anotando en la ficha de no conformidad las evidencias de dicha eficacia. En el caso de no resultar eficaz la acción, se procederá a un nuevo análisis de causas y a tomar nuevas acciones correctivas. Cuando se traten soluciones técnicas, una persona técnica responsable del área o programa afectado tomará parte en el seguimiento de las acciones.

13. Aprobación

Este documento entra en vigor el día 2 de junio de 2026.

La presidenta,

Mónica Viqueira Martínez

plataforma de
organizaci3ns
de **infancia**
galicia

