

# AENOR

## ASPRONAGA

### Informe de Auditoría

Nº SUBEXPEDIENTE: <b>2007/0321/ER/01</b> NORMA DE APLICACIÓN: <b>UNE-EN ISO 9001:2015</b>	Nº INFORME: <b>11</b> TIPO DE AUDITORÍA: <b>2ª Seguimiento+adaptación</b> Requiere envío de PAC a AENOR INTERNACIONAL S.A.U.: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
--	---

Fecha de realización de la Auditoría: **2018-02-19, 20 y 21**

## 1 DATOS GENERALES

### A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

<b>Nombre de la Organización</b>	ASPRONAGA
<b>Dirección</b>	CENTRO RICARDO BARO AV ISAAC DIAZ PARDO, 12 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)
<b>Representante de la Organización (nombre y cargo)</b>	D. Juan FONTELA PÉREZ (RESPONSABLE DE CALIDAD)

### B .EQUIPO AUDITOR

<b>Función</b>	<b>Nombre</b>	<b>Iniciales</b>
Auditor Jefe	Dña. Sonia RUIZ VARGAS	SRV

### 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

## RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

### Cuestiones generales para todos los Sistemas de Gestión

#### Confirmación de la realización de la auditoría

Se ha realizado la segunda auditoria de seguimiento con adaptación a los requisitos de la norma UNE-EN ISO 9001:2015 del sistema de gestión de la calidad implantado en ASPRONAGA durante los días 19, 20 y 21 de febrero de 2018.

Han sido visitados y auditados los siguientes centros objeto del alcance de la certificación:

- Centro Ricardo Baró, CRB.
- Centro Laboral Lamastelle, CLL.
- Colegio Nuestra Sra. De Lourdes, COL.
- Residencia Hogar La Casa de Lamastelle, RES
- Servicio de Ocio, OCI.

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

1. La prestación de servicios de atención integral especializada a personas con discapacidad intelectual gravemente afectadas (servicios residenciales: alojamiento, restauración y lavandería; servicios sanitarios y atención básica: medicina, enfermería, fisioterapia, hidroterapia y cuidados personales y servicios de terapia, rehabilitación e inclusión social: psicología, trabajo social y educación social).
2. La prestación de servicios de atención integral especializada a personas con discapacidad intelectual: Desarrollo de habilidades laborales, personales y sociales (atención psicológica, socio-familiar, logopedia, habilitación en destrezas propias de la vida en el hogar, en la comunidad y básicas de la vida diaria ) y de ocio e inclusión social. Los servicios sanitarios: Medicina y fisioterapia y los servicios generales de restauración y de transporte.
3. La prestación del servicio educativo de formación básica y formación profesional y complementaria a personas con discapacidad intelectual, incluyendo: el servicio de transporte, comedor. El servicio sanitario de fisioterapia, y los cuidados personales. Los servicios de terapia, rehabilitación e inclusión social (psicología, trabajo social, logopedia, deporte y ocio).
- 4 y 5. La prestación de servicios a personas con discapacidad intelectual: servicios residenciales de alojamiento, restauración, servicios de atención básica (aseo, higiene y cuidados personales), atención a la salud y los servicios de terapia, el desarrollo personal e inclusión social (psicología, trabajo social, deporte y ocio).
6. La prestación del servicio de ocio lúdico, deportivo, artístico-cultural, turístico, interactivo y normalizado, para el disfrute y el desarrollo personal e inclusión social de cualquier persona con discapacidad intelectual. La gestión del voluntariado de la asociación

¿Es adecuado el alcance del certificado? SI  NO

¿Se han auditado todas las actividades incluidas en el alcance del certificado?

SI  NO

La RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA en la calle PLA Y CANCELA de A Coruña, no se visita durante este año, el servicio de residencia se audita en la CASA DE LAMASTELLE.

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

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

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

El Sistema de Gestión auditado evidencia un buen grado de implantación, se ha realizado la adaptación a la nueva norma adecuadamente, el sistema es eficaz y se continúa trabajando en optimizar el mismo.

Frente a las observaciones recogidas en el presente informe se recomienda a la organización que las tenga en cuenta, para evitar que, de mantenerse o generalizarse, puedan devenir en no conformidades en futuras auditorías.

La organización declara no haber tenido reclamaciones de clientes desde la auditoría anterior.

Destacar la colaboración del personal auditado durante la realización de la auditoría.

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

En cuanto al proceso de auditoría interna: realizado por auditores internos y profesionales de otras entidades del tercer sector, correcta.

En cuanto al proceso de Revisión del sistema por la Dirección: se realiza por año natural. Último año auditado 2017.

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

Adaptación a la UNE EN ISO 9001:2015

Se eliminado el Manual de Calidad estando actualmente toda la documentación del sistema en la web de la organización, que enlaza con la web de algunos servicios: CLL y COL.

Se ha modificado el mapa de procesos incorporando y documentando tres nuevos procesos estratégicos que recogen la gestión del análisis del contexto, la gestión de los riesgos y las oportunidades y la comunicación del sistema de gestión de calidad.

Adaptación a las nuevas necesidades que surgen en los servicios por el envejecimiento de los usuarios y por la incorporación de menores en el CRB.

Continua el trabajo para acreditar el modelo de Calidad de Plena Inclusión, se va a reabrir el proceso de autoevaluación.

Recorte en la concesión de puestos de técnicos del programa de cooperación de la Xunta de Galicia por el cambio de criterios, este año se ha contratado a tres técnicos en lugar de los nueve del año anterior, la Dirección de Aspronaga ha asumido la contratación, a mayores con fondos propios, de dos profesionales en el centro Lamastelle y cuatro en las residencias.

Nueva dirección en el Colegio Nuestra Señora de Lourdes.

Propuesta de implantación de XADE en el Colegio.

Redefinición de los procesos en el servicio de Ocio.

## **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.

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

¿Qué cuestiones han quedado por resolver a la finalización de esta auditoría? No procede.

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

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

La organización ha determinado sus cuestiones externas e internas mediante un DAFO que se ha elaborado global y por servicios.

Con respecto a las partes interesadas, sus necesidades y expectativas y sus requisitos derivados, la organización ha determinado los mismos en una matriz de partes interesadas y así mismo por servicios en algún servicio se han documentado también por procesos.

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

La organización ha determinado los riesgos y oportunidades mediante la aplicación de un sistema para la detección y análisis de los riesgos recogido en el documento "metodología para la administración de riesgos" y, se ha implantado una hoja Excel que recoge "el mapa de riesgos y oportunidades" en la que se fija la valoración y prioridad de cada uno numéricamente y con un sistema colorimétrico. Destacar la participación de la Dirección y responsables de procesos en la identificación de riesgos y oportunidades, que se ha realizado por servicios y procesos. En algunos casos en los procedimientos hay identificados también riesgos como puntos críticos.

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

El liderazgo y el compromiso de la alta dirección se demuestran mediante la implicación de la Gerencia, de los Directores de los centros auditados, del responsable de calidad, de los responsables de los procesos y del personal en general.

## Puntos fuertes

### En general

- Clara orientación en ASPRONAGA a la mejora de la calidad de vida de los usuarios en cumplimiento de lo requerido en la Misión, Visión y Política de Calidad de la organización.
- La implicación de la Gerencia, Responsable de Calidad y Directores en el sistema de gestión así como la apuesta por la mejora continua que redunde en la Calidad de vida de los usuarios y las familias.
- El enfoque a usuarios, familias, financiadores, asociados y sociedad.
- El capital humano de la organización.
- Cultura de trabajo en equipo y participación de los grupos de interés en la gestión de los centros y servicios.
- El funcionamiento del Comité de Ética de Aspronaga CEaA, por la generación de conocimiento para la mejora de la atención de los servicios.
- El Portal de Calidad de ASPRONAGA.
- Portal de Gestión de Personas de ASPRONAGA y la gestión de la formación. La plataforma de gestión de días.
- La realización de un DAFO para el proceso de comunicación y el desarrollo de un Plan de Comunicación.
- La comunicación externa: el uso proactivo y eficaz de las redes, Facebook, Blogs,...
- La realización de auditorías internas por personal propio, así mismo la participación en la bolsa de auditores de Plena Inclusión Galicia, en la que se cruzan auditorías internas con otras entidades del sector.
- Plan de renovación de equipos informáticos.

### En el Centro Laboral Lamastelle, CLL

- Equipo compacto y sólido de trabajo, la implicación de la Dirección y equipo de calidad (Psicóloga, Trabajadora social, Educadora social y Directora) en la mejora continua.
- La página web del CLL. Actualizada y eficazmente gestionada a febrero de 2018. La gestión de la misma y su contenido. La gestión documental.
- La realización de un DAFO con la participación del personal.
- Identificación de riesgos y oportunidades y la toma de acciones para la mejora de los procesos, se está trabajando activamente en 16 acciones.
- Organización del centro (actividades, talleres, comedor...).
- El Plan de formación de voluntarios y acogida de alumnos.
- Los trabajos realizados para el desarrollo del nuevo modelo de PII de las pdci así como la integración del mismo en la aplicación informática de gestión. El mismo incorpora la escala PSIS de intensidad de apoyos y las dimensiones de calidad de Vida FEAPS.
- El enfoque y seguimiento personalizado en la atención a las pdci.
- La gestión y variedad de Proyectos realizados en el centro.
- El abanico de actividades del centro.
- La participación de un mayor número de pdci en actividades ocupacionales de centro: cocina, limpieza, instalaciones,...
- Mejoras en la organización: nuevo procesador de leña y la pasarela de protección para la lluvia realizada por la propia organización.

### En Hogares Residencias, RES

- El esfuerzo e implicación del equipo de trabajo. El trato cercano y personalizado a los usuarios.
- El desarrollo de programas para favorecer la autonomía personal y social de los usuarios teniendo en cuenta sus necesidades y preferencias.
- El seguimiento y evaluación de los usuarios. En este sentido destacar la coordinación entre el servicio (Coordinadora) y el centro laboral Lamastelle.
- Las reuniones de Convivencia.

- Personalización de pautas y objetivos para pcdi.
- Adaptaciones para personas con discapacidad visual.
- Seguimiento de acciones de proceso así como la gestión documental.
- El buen hacer del servicio doméstico.

## **En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL**

- El trabajo por Proyectos Educativos en el Centro.
- Lourdes Virtual y la página web.
- Planteamiento de nuevos objetivos en la PXA.
- La implantación de metodologías basadas en inteligencias múltiples.
- Empleo de la aplicación Prográmame [www.recursoseducativos.net](http://www.recursoseducativos.net), para el registro de programaciones y adaptaciones curriculares. Destacar el esfuerzo del profesorado para adaptarse al cambio en la programación así como el planteamiento de formación interna para continuar con la implantación de las nuevas programaciones.
- El uso de las nuevas tecnologías con los alumnos y el profesorado.
- Los convenios para la inclusión social.

## **En el Servicio de Ocio, OCI**

- La realización de actividades para el empoderamiento de los usuarios y la inclusión social, enfoque claro a ocio inclusivo.
- La definición de nuevos procesos enfocados a objetivos del servicio.
- La gestión de los apoyos necesarios para las personas que buscan ocio.
- La optimización de recursos para la gestión del servicio. El esfuerzo e implicación del equipo de trabajo.
- Adaptación de material y procesos del sistema a Lectura Fácil. Utilización activa de herramientas como Mefacilyta.
- El trabajo realizado en equipo para la elaboración del RRI del Club, sábados de 4 a 8.
- El proceso de voluntariado de personas con discapacidad.

## **En el Centro Ricardo Baró, CRB**

- El sólido Equipo Directivo del Centro.
- Destacar la implicación y respuesta del personal de la organización ante la elevada carga de atención directa debida al envejecimiento de usuarios, a la entrada de menores en el centro,...
- La participación del Director del Centro en Comité de Ética.
- La realización de un DAFO con la participación del personal por servicio.
- La participación de las familias en los PCP (se ha entrevistado a una familia activa en PCP).
- El Blog de Ocio del centro, se han potenciado las actividades de ocio y la participación de los usuarios. Destacar la gestión del ocio como su valoración.
- El Grupo Nosotros. El enfoque a familias y su implicación, el seguimiento y atención prestada a los mismos. La comisión de acogida y el proceso de acogida.
- Los Protocolos de trabajo del centro muy enfocados a las personas.
- Rotación anual de personal de atención directa en cuanto a las personas residentes.
- El trato exquisito a los usuarios.
- Las Reuniones de Coordinación y Evaluación de los Equipos de Trabajo.

## **Oportunidades de mejora**

### **En general**

# AENOR

- Continuar con la implantación del Modelo de Plena Inclusión en su nueva versión.
- Contrastar los DAFOS de los centros de manera global para facilitar la toma de decisiones.
- Continuar trabajando en la conservación, funcionalidad y accesibilidad de las instalaciones.
- Crear un listado de indicadores para procesos estratégicos y de apoyo, incorporarlos a la web.
- Subir a la web los listados de documentación en vigor y registros de todos los servicios.
- Implantar un área privada en la página web de ASPRONAGA para la comunicación con familias.
- El Gabinete de Comunicación planteado en el Plan de Comunicación de ASPRONAGA.
- Continuar con la aplicación práctica de requisitos del sistema de gestión: uso de herramientas del sistema como no conformidades y acciones correctivas.
- Automatizar el cálculo de indicadores en la medida de lo posible.
- Puesta en funcionamiento de la nueva Residencia de Lamastelle de 15 plazas.
- Participar en el programa de Garantía Juvenil de Galicia y otros para conseguir ayudas en la contratación de técnicos.
- La organización está trabajando para que el Arraigo en la asociación sea tenido en cuenta por la administración en la gestión de plazas de los centros.
- Continuar con el Aula Virtual en la organización para la gestión de la formación interna
- Continuar con las mejoras en la aplicación Gestión de Centros de ASPRONAGA.

## **En el Centro Laboral Lamastelle, CLL**

- Establecer indicadores de calidad de Vida asociados a los nuevos PII.
- Implantación en firme del nuevo modelo de PII.
- Continuar estableciendo acciones para fidelizar empresas que provean de trabajo al centro.
- Continuar fomentando la participación de familias a través de Talleres, visitas al centro.
- Automatizar el cálculo de indicadores en la medida de lo posible.
- Segmentar indicadores por centro de día y centro ocupacional.
- La realización de un informe de evaluación del PII para los usuarios, cuestión planteada por la organización y en proceso.
- Continuar con las mejoras del PII a nivel informático.
- La modificación de la jornada y ampliación del servicio en el verano en el centro Lamastelle en respuesta a las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

## **En Hogares Residencias, RES**

- Redefinición de indicadores incorporando Calidad de Vida.
- Reforma de Pla y Cancela.
- En la medida de lo posible estabilizar el personal.

## **En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL**

- Incorporación de Xade al centro.
- Nuevo PEC y PCC.
- Consolidación de las programaciones en la herramienta informática para todo el profesorado.
- Establecer un Plan anual de mantenimiento con las mejoras previstas.
- Participación del personal en la identificación de riesgos y oportunidades.
- Nuevo mapa de procesos en el centro.
- Optimización de la documentación y de los procesos.
- El planteamiento de Erasmus plus para la movilidad de alumnos y docentes.
- Incorporación de nuevos indicadores al sistema.

## **En el Servicio de Ocio, OCI**

- Aprobación del nuevo RRI del Club (sábados 4-8)
- Potenciar la participación de las familias y la sensibilización hacia un modelo de ocio más inclusivo.
- Continuar con la difusión y sensibilización en otras entidades del sector, o centros de formación,... sobre el ocio inclusivo.
- Optimización de la base de datos existente.
- Incorporar el Excel para el seguimiento de indicadores.

## En el Centro Ricardo Baró, CRB

- Destacar el trabajo realizado hasta la fecha del plan centrado en la persona, han participado familias, profesionales de los servicios en la elaboración de un PCP para varios usuarios.
- Formalización del PCP (crear un formato con un flujograma de trabajo y registros propios a incorporar). Alinear el mismo con el PII.
- En la medida de lo posible incorporar a más personas residentes al PCP.
- En la medida de lo posible buscar actuaciones para estabilizar los puestos de psicóloga, terapeuta ocupacional y logopeda.
- Incorporar indicadores de calidad de vida.
- Optimizar y aumentar el uso de la aplicación informática de gestión. Informatizar registros.
- Actualización del protocolo de exitus, prevista por la organización.
- Continuar con la formación prevista en TEA enfocada a menores.
- Incorporar una figura de responsable de calidad de centro para la gestión documental, p.e.

Nº	Observaciones	Norma/s
01	<p><b>Generales</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se observa que si bien se ha realizado una evaluación de proveedores no se ha incorporado a la revisión del sistema por la dirección la información completa sobre su desempeño, centrándose en las incidencias acontecidas. Se recomienda incorporar a la revisión cada apartado concreto de 9.3 de la nueva norma. Así mismo en cuanto al apartado relativo de la evaluación de la eficacia de las acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades, el mismo tiene poco contenido debido a la reciente adaptación, si bien se han tomado acciones en cada servicio.</li> <li>2. Se observa un indicador que si bien su resultado es conforme no se ha reflejado su valor final, indicador del proceso de documentación.</li> <li>3. Se observa que si bien la organización realiza seguimiento de proveedores, en algún caso no se ha formalizado la comunicación de la evaluación continua a la que están sometidos por la organización.</li> <li>4. En cuanto al mapa de riesgos, se está estudiando distintos planteamientos para el cierre de los actuales y evaluación de las acciones así como para el planteamiento de nuevos (sería interesante incorporar columnas por años al mapa de riesgos para su contraste)</li> </ol>	<p><b>UNE EN ISO 9001:2015</b></p>
02	<p><b>CLL</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se observa un riesgo que no ha sido identificado como tal en el mapa de riesgos si bien se está tratando: dificultad en algunos casos puntuales para que las familias aporten las prescripciones médicas de los usuarios cuando cambian durante el año.</li> <li>2. Se observa que la organización tiene abierta una acción para la actualización de expedientes de usuarios. Se incorpora a la misma la redacción del nuevo contrato por la actualización LOPD.</li> <li>3. A fecha de auditoría el simulacro de evacuación está planificado para el primer semestre de 2018.</li> </ol>	<p><b>UNE EN ISO 9001:2015</b></p>



# AENOR

03	<p><b>RES</b></p> <p>1. Se observan indicadores que a fecha de auditoría están siendo analizados para su reformulación e incorporación de indicadores de calidad de vida.</p>	<b>UNE EN ISO 9001:2015</b>
04	<p><b>OCI</b></p> <p>1. A fecha de auditoría alguna de las no conformidades y acciones correctivas del sistema no tiene seguimiento formal si bien se han implantado las acciones pertinentes, por ejemplo: actualización de la documentación, elaboración de mapa de riesgos y oportunidades.</p> <p>2. En relación al análisis de indicadores incorporar al listado de cálculo el análisis semestral sobre el mismo para conservar los cambios y argumentos que justifiquen acciones o indicadores fuera de la meta.</p> <p>3. El listado de información documentada de la organización no está actualizado para algún registro sin formato o de nueva creación.</p>	<b>UNE EN ISO 9001:2015</b>
05	<p><b>COL</b></p> <p>1. La organización tiene abierta una acción relativa a la actualización documental a los cambios de la LOMCE. La misma continua en proceso de implantación, por ejemplo: PEC, PCC,... Destacar que la organización ha comenzado a trabajar con nuevas programaciones.</p> <p>2. A fecha de auditoría los procesos y procedimientos de la organización van a actualizarse a la entrada de XADE y a las nuevas programaciones en base a los nuevos PEC/PCC.</p> <p>3. En relación a las partes interesadas del Centro Educativo, si bien se han determinado a nivel general las mismas, especificar alguna propia del centro, por ejemplo: otros centros educativos,...</p> <p>4. A fecha de auditoría la evaluación de las programaciones individuales de alumnos se está realizando en algunos casos cuatrimestralmente y en otros trimestral.</p> <p>5. A fecha de auditoría la organización está concretando como se va a comunicar los resultados a las familias de las programaciones del curso 2018-2019.</p>	<b>UNE EN ISO 9001:2015</b>
06	<p><b>CRB</b></p> <p>1. Se observa algún proceso en el que las entradas y salidas no están determinadas de manera completa, por ejemplo:</p> <p>2. A fecha de auditoría no está cerrada la evaluación anual de los planes individuales de los usuarios. En la medida de lo posible coordinar el cierre para que participe el psicólogo con más presencia en los mismos.</p> <p>3. Está prevista la realización de un estudio de satisfacción en el año 2018.</p> <p>4. Se observa lentitud en el aplicativo de gestión en el CRB.</p>	<b>UNE EN ISO 9001:2015</b>

**Documentos adjuntos al informe de auditoría:**

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

#### a. ISO 9001 (Sistemas de Gestión de Calidad)

- i. Información sobre satisfacción de Cliente. Buenos resultados de satisfacción de partes interesadas. Este año se han realizado en el CLL. En el resto de servicios se han tenido en cuenta las necesidades y expectativas de las partes interesadas.
- ii. Enfoque a procesos. Se han establecido indicadores para todos los procesos. Para los de reciente implantación también. Se toman acciones ante desviaciones en los mismos.

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

- Listado de proyectos
- Listado de obras y/o servicios
- Listado completo de centros temporales
- Otros:

## 2 CUADRO DE NO CONFORMIDADES

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

**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.

**EL REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN    EL EQUIPO AUDITOR**

## 3 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 CON ADAPTACIÓN

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)

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 procede.

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.

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:	<b>01-11-2018</b>
Fecha expiración del actual certificado: (no cumplimentar en Fase I / Fase II)	<b>14-12-2018</b>

Comentarios si procede, sobre la planificación de la próxima auditoría (a cumplimentar por el Auditor Jefe): se realizará este año 2018 otra auditoría en diciembre, para la renovación de la certificación, se prevé incluir la nueva Residencia Lamastelle.

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). **RUIZ VARGAS, SONIA**

En Oleiros, A Coruña, a 21 de febrero de 2018

**El Representante de la Organización**

**El Equipo Auditor**

# AENOR

## ANEXO A CENTROS VISITADOS

<b>DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)</b> <b>Alcance: ver matriz.</b>
<b>CENTROS FIJOS</b>
<b>CENTRO RICARDO BARÓ</b> <b>AV ISAAC DIAZ PARDO, 12</b> <b>15179 - OLEIROS</b> <b>(A CORUÑA)</b>
<b>CENTRO LABORAL LAMASTELLE</b> <b>AV ROSALÍA DE CASTRO, 12</b> <b>15179- OLEIROS</b> <b>(A CORUÑA)</b>
<b>HOGAR RESIDENCIA LAMASTELLE</b> <b>AV ISAAC DIAZ PARDO 13</b> <b>15179- OLEIROS</b> <b>(A CORUÑA)</b>
<b>COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES</b> <b>CL PEREZ LUGIN 10</b> <b>15011 (A CORUÑA)</b>
<b>CLUB DE OCIO FINISTERRE, SERVICIO DE OCIO</b> <b>CL PEREZ LUGIN 10</b> <b>15011 (A CORUÑA)</b>

# AENOR

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

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	Desarrollo Auditoría	Reunión final
D. POMPEYO FERNÁNDEZ PEREZ	DIRECTOR GERENTE	X	X	
D. ANTONIO NAYA SANCHO	DIRECTOR DEL CENTRO RICARDO BARO	X	X	X
D. JUAN FONTENLA PÉREZ	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS	X	X	X
D <sup>a</sup> . MARIA JOSE MUÑOZ MARTÍN	MÉDICO. JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA Y SALUD		X	X
D <sup>a</sup> . CONCEPCIÓN LORENZO PATIÑO	ASISTENTA SOCIAL Y GOBERNANTA CRB		X	X
D <sup>a</sup> . VERÓNICA PULLERA	FISIOTERAPEURA		X	
D <sup>a</sup> . PATRICIA GOLPE GÓMEZ	ENFERMERÍA CRB		X	
D <sup>a</sup> . LARA RODRÍGUEZ	PSICÓLOGA CRB		X	
D. JORGE PAZ	CUIDADOR DE MENORES		X	
D <sup>a</sup> . LUCÍA LOPEZ CARBÁN	CUIDADORA		X	
D <sup>a</sup> . PATRICIA ZAS	TECNICA RR.HH. ASPRONAGA		X	
D <sup>a</sup> . LISA MATOS CONCHADO	DIRECTORA DEL CENTRO LABORAL LAMASTELLE	X	X	X
D <sup>a</sup> . MARTA FERNANDEZ RIAL	EDUCADORA SOCIAL CLL		X	
D <sup>a</sup> . CRISTINA DÍAZ ÁLVAREZ	PSICÓLOGA CLL		X	
D <sup>a</sup> . SANDRA ESPADA ALVAREZ	TRABAJADORA SOCIAL CLL		X	X
D <sup>a</sup> . MARIA JESUS SUAREZ-NOGUEROL CALVET	COCINERA CLL		X	
D <sup>a</sup> . FERNANDA PÉREZ BERMÚDEZ	COORDINADORA DE RESIDENCIAS	X	X	X
D <sup>a</sup> . ESTRELLA VÁZQUEZ GUILLAMET	SERVICIO DOMÉSTICO RES		X	
D <sup>a</sup> . NEREA DÍEZ RÍOS	TERAPEUTA OCUPACIONAL RES Y CLL		X	
D. IAGO GRAÑA MENDUÑA	COORDINADOR DE OCIO		X	X
D <sup>a</sup> . PATRICIA GERMANO POLO	TÉCNICO DE OCIO		X	
D. RUBÉN LÓPEZ	DIRECTOR DEL COLEGIO		X	X
D <sup>a</sup> . MARÍA CARRASCAL PÉREZ	DOCENTE COL		X	
D <sup>a</sup> . PAULA TOMÉ GONZÁLEZ	DOCENTE COL, EDUCACIÓN FÍSICA		X	
D <sup>a</sup> . ESTHER TARELA VILLANUEVA	DOCENTE COL		X	
D <sup>a</sup> . SONIA RUIZ VARGAS	AENOR	X	X	X

# AENOR

## ANEXO HOJA DE DATOS

DATOS GENERALES		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
<b>Nombre de la Organización</b>	ASPRONAGA	
<b>Factoría/Planta/Delegación</b>		
<b>Domicilio Social</b>	CL PÉREZ LUGIN, 10, 15011 - A CORUÑA	
<b>C.I.F.</b>	G15028855	
<b>Grupo (si aplica)</b>	<GRUPO>	
<b>Correo electrónico</b>	recursoshumanos@aspronaga.net	
<b>Representante de la Dirección</b>		
<b>Nombre</b>	D. Juan FONTELA PÉREZ	
<b>Cargo</b>	RESPONSABLE DE CALIDAD	
<b>Teléfono</b>	981610850	
<b>Fax</b>	981631393	
<b>Correo electrónico</b>	juanfontela@aspronaga.net	
<b>Dirección General</b>		
<b>Nombre</b>	POMPEYO FERNANDEZ PÉREZ	
<b>Cargo</b>	DIRECTOR-GERENTE	



# AENOR

ALCANCE DEL CERTIFICADO (añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
<b>Norma de referencia</b>	UNE-EN ISO 9001:2015	
<b>Alcance Español</b>	<p>1. La prestación de servicios de atención integral especializada a personas con discapacidad intelectual gravemente afectadas (servicios residenciales: alojamiento, restauración y lavandería; servicios sanitarios y atención básica: medicina, enfermería, fisioterapia, hidroterapia y cuidados personales y servicios de terapia, rehabilitación e inclusión social: psicología, trabajo social y educación social).</p> <p>2. La prestación de servicios de atención integral especializada a personas con discapacidad intelectual: Desarrollo de habilidades laborales, personales y sociales (atención psicológica, socio-familiar, logopedia, habilitación en destrezas propias de la vida en el hogar, en la comunidad y básicas de la vida diaria ) y de ocio e inclusión social. Los servicios sanitarios: Medicina y fisioterapia y los servicios generales de restauración y de transporte.</p> <p>3. La prestación del servicio educativo de formación básica y formación profesional y complementaria a personas con discapacidad intelectual, incluyendo: el servicio de transporte, comedor. El servicio sanitario de fisioterapia, y los cuidados personales. Los servicios de terapia, rehabilitación e inclusión social (psicología, trabajo social, logopedia, deporte y ocio).</p> <p>4 y 5. La prestación de servicios a personas con discapacidad intelectual: servicios residenciales de alojamiento, restauración, servicios de atención básica (aseo, higiene y cuidados personales), atención a la salud y los servicios de terapia, el desarrollo personal e inclusión social (psicología, trabajo social, deporte y ocio).</p> <p>6. La prestación del servicio de ocio lúdico, deportivo, artístico-cultural, turístico, interactivo y normalizado, para el disfrute y el desarrollo personal e inclusión social de cualquier persona con discapacidad intelectual. La gestión del voluntariado de la asociación</p>	
<b>Alcance Inglés</b>	<p>1. The provision of integral attention specialized services for severely handicapped persons with intellectual disabilities: (residential services: housing, restoration an laundry; health care services and basic attention services: medical treatment, nursing, physiotherapy, hidrotherapy and personal cares services; and services of therapy, rehabilitation and social inclusion: psychology, social work and social education).</p>	

# AENOR

	<p>2. Provision of professional services for handicapped persons with learning disabilities: development of work, personal and social skills (psychological counselling, family support, speech therapy, training in daily home- life and community skills) and leisure and social inclusion. Health care services: Medical treatment and physiotherapy and general services: Catering and transport.</p> <p>3. Provision of educative service of basic, professional and complementary formation for handicapped persons with learning disabilities. Transport and catering services. Physiotherapy health care services and personal care service. Therapy, rehabilitation and social inclusion services (psychology, social work, speech therapy, sport and leisure).</p> <p>4 y 5. Provision services for handicapped persons with learning disabilities: residential services of housing and restoration, basic attention services (toilet, hygiene and personal cares); health care attention, and therapy services, personal develop and social inclusion (psychology, social work, sport and leisure).</p> <p>6. Provision of playfl, sportive, artistic-cultural, touristic, interactive and normalize leisure service for enjoy and for personal develop and social inclusion of handicapped persons with learning disabilities. Asociation voluntary work management.</p>	
<b>Procesos subcontratados</b> (mencionar procesos)		
<b>Productos/Proyectos</b>		

CENTROS DE ACTIVIDAD Y Nº PERSONAS			Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)		
Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado (añadir tantas filas como sean necesarias)	Pers Prop	Pers Subc	Indicar posibles modificaciones en los centros (añadir tantas filas como sean necesarias)	Pers Prop	Pers Subc
CENTRO RICARDO BARO AV ISAAC DIAZ PARDO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	77	0			
CENTRO LABORAL LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	35	0			
COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES CL PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA	27	0			
RESIDENCIA HOGAR LA CASA DE LAMASTELLE AV DE ISAAC PARDO, 13,12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	5	0			
RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA CL PLA Y CANCELA, 10. 15011 - A CORUÑA	5	0			

# AENOR

SERVICIO DE OCIO, CLUB JUVENIL FINISTERRE CL PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA	4	0		
---	---	---	--	--

<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>Total personas implicadas en el alcance del certificado:</b>				<b>Total personas implicadas en el alcance del certificado</b>			
<b>Total personas que realizan la misma actividad:</b>				<b>Total personas que realizan la misma actividad</b>			
<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:		Producción:	
		Comercial:				Comercial:	
		Admón:				Admón:	

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

<b>El representante de la empresa</b>	<b>El representante de AENOR INTERNACIONAL S.A.U.</b>
<b>Fecha: 2018-02-21</b>	
<b>Fdo: POMPEYO FERNANDEZ PÉREZ</b>	<b>Fdo: SONIA RUIZ VARGAS</b>