

ASPRONAGA

Informe de Auditoría

| | |
|--|--|
| Nº SUBEXPEDIENTE: 2007/0321/ER/01 NORMA DE APLICACIÓN: UNE-EN ISO 9001:2015 | Nº INFORME: 12 TIPO DE AUDITORÍA: Renovación Auditoría: Individual <input checked="" type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Integrada <input type="checkbox"/> 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: **2018-11-30 y 2018-12-04 y 05**

1 DATOS GENERALES

A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

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

B .EQUIPO AUDITOR

| Función | Nombre | Iniciales |
|----------------|-------------------------|------------------|
| Auditora Jefa | Dña. NOELIA CEA GUITIÁN | NCG |

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 auditoria de renovación según 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.
- Residencia Lamastelle (Nuevo Centro)

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.

7. La prestación de a personas con discapacidad intelectual con necesidades de apoyo extenso y generalizado e indispensable y continuo de otra persona para su autonomía personal, incluyendo servicios residenciales de alojamiento, restauración y lavandería; 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).

¿Es adecuado el alcance del certificado? SI NO Indicar si se han producido cambios o modificaciones, desde la anterior auditoría: Se amplía alcance a la nueva residencia.

Alcance de la auditoría:

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

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

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, 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, considerándose correcta.

En cuanto al proceso de Revisión del sistema por la Dirección: se realiza por año natural. Informe de 15 de febrero de 2018 (revisado en la anterior auditoría de seguimiento. Último año auditado 2017).

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

Desde la anterior auditoría de febrero de 2018, indicar:

- Se amplía el alcance a la Residencia Lamastelle.
- Implantación de Xade en el Centro Educativo.
- Redefinición de los procesos en el servicio de Ocio (si bien se encuentra en proceso).
- Continúa el trabajo para acreditar el modelo de Calidad de Plena Inclusión, se va a reabrir el proceso de autoevaluación.
- Se continúan replanteado cambios y ajustes en los mapas de procesos de los diferentes servicios, estando muy adelantado en el CRB

Mencionar algunos antecedentes:

- Adaptación a la UNE EN ISO 9001:2015 en AS2 de febrero de 2018
- 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.
- 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.

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

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

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

- Continúa una 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 claro enfoque a usuarios, familias, financiadores, asociados y sociedad.
- El capital humano y amplia experiencia 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 CEa, 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.
- Control y supervisión que se realiza del servicio de transporte (relacionado con incidencias del proveedor)
- Plan de Comunicación interno, así como 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 vigente 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.
- Comisión de Mantenimiento y mejora de infraestructuras.
- 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.
- La página web del CLL. Actualizada y eficazmente gestionada. La gestión de la misma y su contenido. La gestión documental.
- Organización del centro (actividades, talleres, comedor...).
- El Plan de formación de voluntarios y acogida de alumnos.
- El esfuerzo llevado a cabo para desarrollar el 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, así como el abanico de actividades que se ofrecen a los usuarios.
- La participación de un mayor número de pdci en actividades ocupacionales de centro: cocina, limpieza, instalaciones,...

En el Centro Ricardo Baró

- El esfuerzo e implicación del equipo de trabajo. El trato cercano y personalizado a los usuarios.
- Comisión de asistencia hospitalaria
- Nueva unidad de menores
- Aportación del grupo Nós y grado de implicación de las familias
- Reuniones mensuales del Comité de bienvenida, así como las reuniones de Convivencia.
- La prestación de los apoyos enfocados hacia las personas usuarias como centro del servicio
- El proyecto de Mapa de Procesos enfocado al proyecto vital de cada persona
- La participación de todos los trabajadores en la gestión de las actividades del centro y su autonomía en su planificación y ejecución, que redundan en compromiso y eficacia.

En Hogares Residencias, RES

- 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.

En Centro Educativo,

- Implantación del sistema Xade de la Xunta de Galicia y seguimiento del alumnado a través del mismo con el objetivo de que se reconozca la formación oficial.
- Plataforma Moodle de gestión documental, plataforma de comunicación Lourdes Virtual
- Obras realizadas a una parte del centro.
- Proyecto Maker

En servicio de Ocio,

- Servicio con un claro enfoque de información, formación y empoderamiento de los usuarios.
- Adaptación pictográfica de todo el material facilitado.

Oportunidades de mejora

En general

- 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 e incorporarlos a la web. Asimismo, valorar aquellos indicadores que ya no aportan valor e introducir indicadores.
- 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.
- Continuar participando en el programa de Garantía Juvenil de Galicia y otros para conseguir ayudas en la contratación de técnicos.
- La organización continúa 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

- Reducir el uso de registros en papel (por ej. valoraciones de psicología, logopedia, etc.)
- Valorar si sería recomendable guardar muestras de la comida elaborada.
- Eliminar o sustituir el indicador de participación de las familias en las reuniones.
- Establecer indicadores de calidad de Vida asociados a los nuevos PII (en proceso, aplicable a todos los servicios, orientados a la planificación centrada en la persona y nuevo mapa de procesos).
- Si bien se ha implementado en firme del nuevo modelo de PII, se encuentra en proceso el seguimiento del mismo.
- Continuar estableciendo acciones para fidelizar empresas que provean de trabajo al centro (Grafoplast como cliente principal).
- Continuar fomentando la participación de familias a través de Talleres, visitas al centro. (Nuevas acciones: 2 formaciones a familias: respiro familiar y trámites de dependencia). Programadas nuevas formaciones (testamentos, envejecimiento, duelo) Fondo social.
- Automatizar el cálculo de indicadores en la medida de lo posible (2 indicadores Excel de registro de actividades laborales)
- La realización de un informe de evaluación del PII para los usuarios, cuestión planteada por la organización y en proceso. (la previsión es que la familia pueda acceder al PII).
- Continuar con las mejoras del PII a nivel informático (renovación a 3 años equipos informáticos, se incrementa el nivel de riesgo asociado).

En Hogares Residencias, RES

- Valorar si sería recomendable guardar muestras de la comida elaborada.
- Redefinición de indicadores incorporando Calidad de Vida.
- Reforma (en proceso) de Pla y Cancela.
- En la medida de lo posible estabilizar el personal de estos servicios.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

- Aprobar el nuevo proyecto educativo (PE).
- Consolidación de las programaciones en la herramienta informática para todo el profesorado (elaboración en "Programame")
- Continuar con el Plan anual de mantenimiento de mejoras del centro.
- Actualizar el mapa de procesos en el centro.

- Adaptación de la documentación y de los procesos a la sistemática actual del centro (sistema LOMCE) y formación del personal (profesorado y PT´s)
- 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 u otra herramienta que facilite dicha información.

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 |
|----|--|----------------------|
| | La última auditoría (AS2 con ADA) se ha llevado a cabo en fecha 19, 20 y 21 de febrero de 2018 (por lo que las auditorías internas e informe de revisión por la dirección se han revisado en la anterior auditoría). | UNE-EN ISO 9001:2015 |
| | <p>CLL</p> <p>1. Se evidencia algunas acciones abiertas en relación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La dificultad en algunos casos puntuales para que las familias aporten las prescripciones médicas de los usuarios cuando cambian durante el año. Se ha incorporado como riesgo. b) La actualización de expedientes de usuarios. Se incorpora a la misma la redacción del nuevo contrato por la actualización LOPD. Acción correctiva abierta (actualizándose expedientes, clausulado del contrato de asistencia). c) Registro de alérgenos. <p>2. A fecha de auditoría el simulacro de evacuación está planificado para el primer semestre de 2019. Realizada formación (1ª fase) de todo el personal y algunos usuarios sobre plan de evacuación y primeros auxilios.</p> <p>3. Se observa un error puntual a la hora de marcar en el PII un aspa en servicio de centro ocupacional (usuario 596).</p> | UNE-EN ISO 9001:2015 |

AENOR

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| | <p>4. Como consecuencia de un problema informático de la aplicación, se observa durante la auditoría que no se vuelca el seguimiento de los objetivos de PII en uno de los usuarios (nº 596)</p> <p>5. En el expediente del usuario nº596 se observa sin marcar la entrega del RRI (por error).</p> <p>6. Se observa en la evaluación del PAI algunas metas en las que el valor indicado no se concreta (usuario nº 66). Se indica un guión).</p> <p>7. No se observa a disposición de las personas que utilizan los productos de limpieza (por ejemplo personal de cocina) las fichas de seguridad de dichos productos.</p> | |
| | <p>RES</p> <p>1. A fecha de auditoría se observa que no se completado el plan de autoprotección del centro así como la realización del simulacro.</p> <p>2. No se ha implantado de manera completa el plan de desratización (plano de cebos, registros asociados etc.)</p> <p>3. No existe internet en el centro (en proceso).</p> | <p>UNE-EN ISO 9001:2015</p> |
| | <p>OCI</p> <p>1. 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 (se continúan evidenciando indicadores anuales por ej. Adaptación cognitivo de un recurso comunitario, canales de comunicación Club Finisterre).</p> <p>2. Valores de aceptación de indicadores no adaptados a la realidad actual del servicio.</p> <p>3. El listado de información documentada de la organización no está actualizado para algún registro sin formato o de nueva creación (plan de apoyos grupal, plan de apoyos individual)</p> <p>4. En proceso el reglamento de régimen interno para el Club Finisterre.</p> <p>5. Continuar implantando y adaptando el nuevo enfoque: Mapa de procesos (proceso de empoderamiento, procesos de gestión de apoyos, proceso de participación, desinstitucionalización, proceso de voluntariado, procedimientos, etc.</p> <p>6. Establecer una herramienta o base de datos para gestionar el servicio y poder explotar toda la información.</p> | <p>UNE-EN ISO 9001:2015</p> |
| | <p>COL</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, Destacar que la organización ha comenzado a trabajar con nuevas programaciones (a fecha de auditoría se ha realizado la implantación de Xade en el curso actual, itinerarios tipo para los 52 alumnos). Se elabora documento de adaptación curricular significativa (ACI'S para cada alumno). En proceso el estandarizar la evaluación y sistema de rúbricas.</p> | <p>UNE-EN ISO 9001:2015</p> |

AENOR

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| | <p>2. En proceso Proyecto Educativo (se está trabajando en una Comisión del Consello Escolar (avanzado un 30%). Seminario organizado con CFR para realización de ACI´s y evaluación por competencias, etc.</p> <p>3. Está pendiente adaptar los procedimientos de calidad con la nueva sistemática así como el mapa de procesos.</p> <p>4. 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.</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. La familia firma las ACI´s y se llevará a cabo una evaluación por competencias.</p> <p>6. Está pendiente la actualización del Plan de autoprotección del centro, señalización de extintores y realización del simulacro de evacuación.</p> <p>7. Está en proceso la elaboración del Plan de Atención a la Diversidad y Proyecto TIC.</p> | |
| | <p>CRB</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 (valoración de procesos de salida).</p> <p>2. Acciones correctivas abiertas: - Contaminación análisis microbiológico en mesado de cocina y sopa. - Formación de manipulación de alimentos para 2019.</p> <p>3. Se observan analíticas del agua de piscina con resultado desfavorable, si bien no se abre la correspondiente incidencia (abrir independientemente de que el motivo sea justificado).</p> <p>4. En los controles de PH y Cloro (0,07 el 26/11) de piscina se observan valores desviados sin que se indique el tratamiento adoptado para subsanarlo. Asimismo, dicho registro no se lleva a cabo en el formato establecido (se anotan en una libreta).</p> <p>5. En relación al registro anterior, no se hacen controles del agua de piscina desde el 19 al 26 de noviembre.</p> <p>6. No se recoge en el plan de mantenimiento la revisión de las bombonas de oxígeno (ya sean realizado por el SERGAS, Plaxair o bien revisiones internas). Incorporar la nueva instalación de aire acondicionado en el plan.</p> <p>7. 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. Retraso de la evaluación a junio de 2019.</p> <p>8. Está prevista la realización de un estudio de satisfacción en el año 2018. Realizado a familias. Se realizará a usuarios en 2019.</p> <p>9. Se observa durante la auditoría lentitud en el aplicativo de gestión en el CRB</p> | <p>UNE-EN ISO 9001:2015</p> |

Documentos adjuntos al informe de auditoría:

Matriz de actividades de auditoría

AENOR

- Hoja de Datos
- Otros:

ANEXO

Cuestiones particulares del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001

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:

AENOR

2 CUADRO DE NO CONFORMIDADES

| Ref. N.C. | DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD | Apdo. Norma | Apdo. Norma | Categoría N. C. |
|-----------|-------------------------------------|-------------|-------------|-----------------|
| | No se identifican no conformidades. | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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:

RENOVACIÓN

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

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):

El equipo auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe y hace entrega al Representante de la Organización del Informe de Auditoría.

Durante la auditoría se ha comprobado el uso de la marca correspondiente a la/s Norma/s auditada/s, identificándose en el presente informe cualquier desviación que pudiera haberse detectado al respecto.

Las no conformidades pueden referirse a incumplimientos de los requisitos de la norma de referencia aplicable, o de cualquier otro requisito establecido en el Sistema de Gestión de la Organización.

Se acuerda con la Organización, las siguientes fechas para la realización de la próxima auditoría:

| | |
|---|-------------------|
| Fecha próxima auditoría: | Octubre de 2019 |
| Fecha expiración del actual certificado: (no cumplimentar en Fase I / Fase II) | 2018-12-14 |

Comentarios si procede, sobre la planificación de la próxima auditoría (a cumplimentar por el Auditor Jefe):

Con antelación a la realización de la próxima auditoría, se determinarán en el Plan de Auditoría los centros a visitar y la planificación de actividades prevista.

Una vez concedida la Certificación, la organización se compromete a poner a disposición de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. durante la realización de las auditorías la documentación vigente del Sistema de Gestión.

Para cualquier aspecto relacionado con el proceso de certificación, la organización puede dirigirse al Técnico Responsable de su Expediente (TRE). **CEA GUITIAN, NOELIA**

En A Coruña, a 05 de Diciembre de 2018

El Representante de la Organización

El Equipo Auditor

ANEXO A CENTROS VISITADOS

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

AENOR

CENTROS FIJOS

CENTRO 1:

DIRECCIÓN:
CENTRO RICARDO BARÓ
AV ISAAC DIAZ PARDO, 12
15179 - OLEIROS
(A CORUÑA)

ACTIVIDADES DEL ALCANCE:

CENTRO 2:

DIRECCIÓN:
CENTRO LABORAL LAMASTELLE
AV ROSALÍA DE CASTRO, 12
15179- OLEIROS
(A CORUÑA)

ACTIVIDADES DEL ALCANCE:

CENTRO 3:

DIRECCIÓN:
HOGAR RESIDENCIA LAMASTELLE
AV ISAAC DIAZ PARDO 13
15179- OLEIROS
(A CORUÑA)

ACTIVIDADES DEL ALCANCE:

CENTRO 4:

DIRECCIÓN:
COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES
CL PEREZ LUGIN 10
15011 (A CORUÑA)

ACTIVIDADES DEL ALCANCE:

CENTRO 5:

DIRECCIÓN:
CLUB DE OCIO FINISTERRE, SERVICIO DE OCIO
CL PEREZ LUGIN 10
15011 (A CORUÑA)

ACTIVIDADES DEL ALCANCE:

CENTRO 6:

DIRECCIÓN:
RESIDENCIA LAMASTELLE
AV ROSALÍA DE CASTRO, 12
15179- OLEIROS
(A CORUÑA)

ACTIVIDADES DEL ALCANCE:

AENOR

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

| Nombre y apellidos | |
|---|---|
| POMPEYO FERNÁNDEZ PEREZ D. JUAN FONTELA PÉREZ | DIRECTOR GERENTE REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS |
| D ^a . MARIA JOSE MUÑOZ MARTÍN D. JOS RAMON PAN SECO | MÉDICO. JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA Y SALUD JEFE ADMINISTRACION |
| D ^a . VERÓNICA PULLEIRO RECOUSO | FISIOTERAPEURA CRB |
| D ^a . PATRICIA GOLPE GÓMEZ | ENFERMERÍA CRB |
| D. YAGO BARCIA LOPEZ | DIRECTOR TECNICO CRB |
| D ^a MARIA JESUS FERNADNEZ SOTO | MAESTRA DE TALLER ACTIVIDADES VARIAS CLL |
| D ^a . LUCÍA LOPEZ CARBON | TECNICA RR.HH. ASPRONAGA |
| D ^a . PATRICIA ZAS GRANDIO | DIRECTORA DEL CENTRO |
| D ^a . LISA MATOS CONCHADO | LABORAL LAMASTELLE |
| D ^a . MARTA FERNANDEZ RIAL | EDUCADORA SOCIAL CLL |
| D ^a . CRISTINA DÍAZ ÁLVAREZ | PSICÓLOGA CLL |
| D ^a SARAY PEREZ VARELA | ENCARGADA UNIDAD CLL |
| D ^a . MARIA JESUS SUAREZ-NOGUEROL CALVET | COCINERA CLL |
| D ^a . FERNANDA PÉREZ BERMÚDEZ | COORDINADORA DE |
| D ^a . ESTRELLA VÁZQUEZ GUILLAMET | RESIDENCIAS |
| D. ELOY PEREZ VARELA | SERVICIO DOMÉSTICO RES |
| D. IAGO GRAÑA MENDUIÑA | MANTENIMIENTO CRB |
| D ^a CARLA DA SILVA CASTRO | COORDINADOR DE OCIO |
| D. RUBÉN LÓPEZ MATEOS | TECNICO DE OCIO |
| D ^a . MARÍA CARRASCAL PÉREZ | DIRECTOR DEL COLEGIO |
| D ^a . PAULA TOMÉ GONZÁLEZ | DOCENTE COL |
| D ^a . ESTHER TARELA VILLANUEVA | DOCENTE COL, EDUCACIÓN FÍSICA |
| D ^a . NOELIA CEA GUITIÁN | DOCENTE COL |
| D ^a . NOELIA CEA GUITIÁN | AENOR |

X X

AENOR

ANEXO HOJA DE DATOS

| DATOS GENERALES | | Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización) |
|--|---|---|
| Nombre de la Organización | ASPRONAGA | |
| Factoría/Planta/Delegación | | |
| Domicilio Social | CL PÉREZ LUGIN, 10, 15011 - A CORUÑA | |
| C.I.F. | G15028855 | |
| NACE | <NACE> | |
| Grupo (si aplica) | <GRUPO> | |
| Correo electrónico | recursoshumanos@aspronaga.net | |
| Representante de la Dirección | | |
| Nombre | D. Juan FONTELA PÉREZ | |
| Cargo | RESPONSABLE DE CALIDAD | |
| Teléfono | 981610850 | |
| Correo electrónico | juanfontela@aspronaga.net | |
| Dirección General | | |
| Nombre | POMPEYO FERNANDEZ PÉREZ | |
| Cargo | DIRECTOR-GERENTE | |
| ALCANCE DEL CERTIFICADO (añadir tantas filas como traducciones sean necesarias) | | Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización) |
| Norma de referencia | UNE-EN ISO 9001:2015 | |
| Alcance Español | 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 | 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 |

AENOR

| | | |
|------------------------------|---|--|
| | <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> | <p>(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> <p>7. La prestación de a personas con discapacidad intelectual con necesidades de apoyo extenso y generalizado e indispensable y continuo de otra persona para su autonomía personal, incluyendo servicios residenciales de alojamiento, restauración y lavandería; 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>Alcance Inglés</p> | <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> <p>2. Provision of professional services for handicapped persons with learning disabilities: development of work, pesonal 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 handiacapped persons with</p> | |

AENOR

| | | |
|--|--|--|
| | <p>learning disabilities. Transpor 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 (pssychology, 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> | |
| Procesos subcontratados (mencionar procesos) | | |
| Productos/Proyectos | | |

| CENTROS DE ACTIVIDAD Y Nº PERSONAS | | | | | Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización) | | | | |
|---|-----------|-----------|---------------|----|---|-----------|-----------|---------------|----|
| | Pers Prop | Pers Subc | Colectivo (*) | Nº | | Pers Prop | Pers Subc | Colectivo (*) | Nº |
| Total personas implicadas en el alcance del certificado: | | | N.A. | | Total personas implicadas en el alcance del certificado: | | | ELIJA.. | |
| Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado (añadir tantas filas como sean necesarias) | Pers Prop | Pers Subc | Colectivo (*) | Nº | Indicar posibles modificaciones en los centros (añadir tantas filas como sean necesarias) | Pers Prop | Pers Subc | Colectivo (*) | Nº |
| CENTRO RICARDO BARO AV ISAAC DIAZ PARDO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA) | 77 | 0 | ELIJA.. | | | | | N.A. | |
| CENTRO LABORAL LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA) | 35 | 0 | ELIJA.. | | | | | ELIJA.. | |
| COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES CL PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA | 27 | 0 | ELIJA.. | | | | | ELIJA.. | |
| RESIDENCIA HOGAR LA CASA DE LAMASTELLE AV DE ISAAC PARDO, 13,12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA) | 5 | 0 | N.A. | | | | | ELIJA.. | |
| RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA CL PLA Y CANCELA, 10. 15011 - A CORUÑA | 5 | 0 | N.A. | | | | | ELIJA.. | |
| SERVICIO DE OCIO, CLUB JUVENIL FINISTERRE CL PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA | 4 | 0 | | | | | | | |
| | | | | | RESIDENCIA LAMASTELLE, AV ROSALÍA DE CASTRO, 12 - 15179- OLEIROS (A CORUÑA) | 12 | | | |

(*)Explicación sobre colectivos:

AENOR

| ACTIVIDAD DE LA ORGANIZACIÓN | Colectivo | Explicación y exclusiones: | |
|---|---|--|--------|
| Cualquier actividad | Comerciales | | |
| Limpieza | Limpiadores | No se incluye en este colectivo a Limpiadores especializados (por ejemplo: limpiadores de quirófanos, centrales nucleares, zonas contaminadas, etc.) | |
| Seguridad | Personal de Seguridad | No se incluye en este colectivo, a los Servicios especiales de seguridad (por ejemplo: guardaespaldas, personal de los furgones de seguridad, instalaciones especiales, etc.). | |
| Transporte | Conductores | | |
| | Conductores de transportes especiales | Por ejemplo: conductores de camiones con material muy voluminoso, mercancías peligrosas, mercancías que requieran cadena de frío, transporte de pasajeros, etc.). | |
| Sanitaria en hospitales y residencias | Celadores | No se incluye en este colectivo el personal de enfermería (enfermeros o auxiliares de enfermería) | |
| Construcción / Actividades extractivas a cielo abierto | Peones | No se incluye en este colectivo al Personal especializado (oficiales de primera, encargados de obra, montadores de andamios, instaladores, etc) | |
| Call-centers y Tele-marketing | Telefonistas | No se incluye en este colectivo al Personal que realiza actividades de tele-asistencia | |
| Agraria | Recolectores | | |
| Emplazamientos temporales | Nº Centros: | | |
| | Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac): | | |
| Emplazamientos temporales | Nº Centros: | | |
| | Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac): | | |
| OTROS DATOS SOBRE EL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN | | Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización) | |
| Personal estacional | Nº Personas: | Periodo: | |
| Personal a tiempo parcial | Nº Personas: | Duración jornada: | |
| Personal en turnos | Nº Personas: | Nº turnos: | |
| Distribución personal por área | | Distribución personal por área | |
| Dirección: | Producción: | Comercial: | Admón: |
| | | | |

AENOR

| ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL ESQUEMA AUDITADO | | Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización) | | |
|---|---|--|--|--|
| Indicar los apartados de la Norma en los que se realizan exclusiones | | | | |
| Reglamentación aplicable al alcance del certificado | | | | |
| OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL DIMENSIONAMIENTO DE LA AUDITORÍA | | Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización) | | |
| Volumen de proyectos (ISO 166002) | | | | |
| Superficie (m ²)/ nº Líneas/Nº APPCC (ISO 22000) | | | | |
| Consumo anual de energía (Mwh/año) / Nº de fuentes de energía / Nº usos significativos de energía (ISO 50001) | | | | |
| Nº Usuarios con privilegios de administración y gestión (ISO 27001) | | | | |
| Áreas/departamentos implicados en el <i>Business Impact Analysis</i> (ISO 22301) | | | | |
| Otros esquemas | | | | |
| OTROS ASPECTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN | | Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización) | | |
| Sistema de Gestión integrado | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| Grado de integración (en %) | | | | |
| | | | | |