

ASPRONAGA

Informe de Auditoría

Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN: 2007/0321/ER/01	Nº INFORME: 17	TIPO DE AUDITORÍA: 2ª Seguimiento
NORMA DE APLICACIÓN: UNE-EN ISO 9001:2015	Auditoría: Individual <input checked="" type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Integrada <input type="checkbox"/>	Requiere envío de Acciones Correctivas: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Fechas de realización de la Auditoría: 2024-03-04 - 2024-03-05 y 2024-03-06

DATOS GENERALES

A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la Organización	ASOCIACIÓN ASPRONAGA
Dirección	ASOCIACIÓN ASPRONAGA Calle Pérez Lugín,10 15011 – A CORUÑA (A CORUÑA)
Representante de la Organización (nombre y cargo)	D.JUAN JESÚS FONTELA PÉREZ (GERENTE)

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

D. USO DE TÉCNICAS DE AUDITORÍA EN REMOTO

Si durante la auditoría se utilizan técnicas de auditoría en remoto en alguna medida, cumplimentar la siguiente tabla:

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

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

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Cuestiones generales para todos los Sistemas de Gestión

Confirmación de la realización de la auditoría
Se ha realizado la Segunda Auditoría de Seguimiento al Sistema de Gestión de Calidad de la organización ASPRONAGA, donde se ha comprobado la implantación del Sistema respecto a los requisitos especificados en la norma de referencia UNE-EN ISO 9001:2015, salvo para lo reflejado como no conformidad en el presente informe.
Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado
<p>A. 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>B. 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>C. 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>D. y E) 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>E. 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>F. 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>
¿Es adecuado el alcance del certificado? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indicar si se han producido cambios o modificaciones, desde la anterior auditoría: No obstante, se indica incremento en el número de personal, así como en la denominación de dos de los centros (ver hoja de datos).
Descripción del muestreo realizado (procesos operativos, actividades, proyectos, líneas de producto, tipos de servicio, emplazamientos temporales...): Ver ANEXO: Cuestiones particulares del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001.
Alcance de la auditoría:
¿Se han auditado todas las actividades incluidas en el alcance del certificado (sólo para auditorías de seguimiento)? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> En caso negativo, indicar qué actividades no han sido auditadas: Todos los centros excepto SERVICIO DE OCIO Y CENTRO OCUPACIONAL LAMASTELLE.

Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión

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

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

El Sistema de Gestión de Calidad que tiene implantado la organización cumple con los requisitos de la Norma de aplicación y con el resto de los criterios de auditoría (requisitos legales y reglamentarios, requisitos del cliente, requisitos propios del sistema de gestión internos) y se considera que se encuentra eficazmente implantado, salvo para lo reflejado como no conformidad en el presente informe.

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

En cuanto al proceso de auditoría interna: La organización define sistemática a seguir para llevar a cabo la planificación y realización de auditorías internas en EST04-D-01 Auditorías Internas.

Se auditan los procesos de apoyo. Se revisan manuales de puntos críticos, se simplifican registros. Se establecen cuadrantes de limpieza.

Programa de auditoría: Programa de auditorías para año 2023, planteando auditorías semestrales que cubren todo el alcance. Planificado proceso de Gestión de la Calidad para procesos de apoyo por auditor independiente. Se revisan informes correspondientes.

En cuanto al proceso de Revisión del sistema por la Dirección: Se revisa informe de fecha 2024-02-23, en el cual se analiza el período 2023. El contenido de este se considera completo y abarca:

- Colegio Ntra. Señora de Lourdes.
- Centro ocupacional y Centro de Día Lamastelle.
- Viviendas "Antonio Paz" (anteriormente residencias ASPRONAGA "Pla y Cancela"), "La casa de Lamastelle" y "Martín Pou".
- Centro "Ricardo Baró".
- Servicio de ocio "Club Juvenil Finisterre de ASPRONAGA".

3. Estado de implantación y cierre de No conformidades detectadas en la anterior auditoría (en el caso de auditoría de renovación se revisarán todas las no conformidades del ciclo): Se encuentran cerradas y verificadas a excepción de la relativa a objetivos (se continúa trabajando en la correcta planificación) y Evaluación de la eficacia de la formación. (pendiente de finalizar formaciones iniciadas en 2023). P.e Resiplus y Libera Care.

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

- Hasta noviembre la responsable de calidad tiene funciones también de coordinadora de residencias.
- Se integran el Cuadro de Indicadores de residencias Ricardo Baró y Martin Pou y los planes individuales de apoyo y planes de cuidados.
- Direcciones de ocio y Residencias Viviendas Antonio Paz y La casa de Lamastelle de baja laboral parte del año.
- Numerosas bajas lo largo del año por procesos de IT, tanto de personal de atención directa como de servicios domésticos.
- Nuevos indicadores de calidad de vida. Se pasa una encuesta "De Autodeterminación". En Ricardo Baró y Martín Pou (gravemente afectados). Previsto aplicar una prueba observacional.
- Incorporación de 2 profesionales (psicólogo y trabajadora social). Para: Residencias Antonio Paz (Pla y Cancela) y Martín Pou

- Se continúa en proceso de implantación de Resiplus.
- El asesoramiento y orientación del Comité de Ética de ASPRONAGA; presentación de un caso que supone un punto de inflexión en el modelo de prestación de apoyos a las personas que viven en los entornos residenciales.
- Se ha iniciado la implantación de la “Norma Libera Care” (espacios libres de sujeciones) en las residencias de personas con grandes necesidades de apoyo y para la que se ha realizado una planificación. Actualmente en proceso la fase de diagnóstico y recogida de datos (Nº de sujeciones, fármacos, etc.).
- La aprobación el 7 de diciembre de 2023 por parte de la Xunta de Galicia, de la convocatoria para el Concierto Social de Discapacidad Intelectual
- Implantado Adittio (ya se está evaluando con esta aplicación).
- Formaciones a través de FADEMGGA (grupales) y formación individualizada.
- Proyectos de “Maneras de Vivir”, acompañamiento modelo Calidad Plena.
- Plan de acción para la PXA para el curso 2023-2024.
- Nuevos protocolos para servicios sociosanitarios:
Se elaboran y en su caso se revisan, adaptándolos en caso necesario a cada centro los siguientes protocolos: Protocolo de Atragantamiento para RES, CLL; Protocolo Caídas para CRB, RES, CLL; Protocolo de detección e intervención ante malos tratos para TODOS LOS CENTROS; Protocolo de higiene personal para CRB, RES; Protocolo Medidas de Sujeción para TODOS LOS CENTROS; Prevención úlceras por presión para RES; CRB; Transferencias y movilizaciones para TODOS LOS CENTROS; Fugas y control de errantes para CLL, RES; Emergencia sanitaria para CRB; RES; CLL; Pendiente la adaptación del protocolo de Preingreso y cuidados al final de la vida.

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

Enfoque a riesgos y oportunidades en relación con el contexto de la organización

En relación con la determinación de sus cuestiones externas e internas, se dispone de Ficha de Proceso EST5 Análisis de Contexto (Ed. 1 de fecha 10/2017), donde se recogen entradas, salidas, así como detalle de sistemática a aplicar para llevar a cabo dicho análisis.

A inicios del año, se realizó una actualización para la presente vigencia de todas las matrices DAFO de los distintos centros, y del DAFO general de la entidad. A partir de las conclusiones extraídas se realiza un análisis

CAME, tratando de utilizar los puntos fuertes de la entidad y aprovechar las oportunidades del entorno y corregir sus puntos débiles. Alineado con el Plan de Acción y sus 5 retos a 3 años.

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.

Otras consideraciones del equipo auditor

No procede.

Puntos fuertes

- Compromiso, transparencia, profesionalidad e implicación mostradas por parte del personal auditado.
- La implicación de la Gerencia, Coordinadora de Calidad y direcciones 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.
- Última revisión del Análisis de Contexto y trazabilidad con los Retos (Estrategia).
- El análisis reflejado en el informe de Revisión por la Dirección.
- Continúa una clara orientación en ASPRONAGA a la mejora de la calidad de vida de la persona (usuarios, alumnos, residentes, familias, etc.) en cumplimiento de lo requerido en la Misión, Visión y Política de Calidad de la organización.
- Realización de un Plan Estratégico de Sostenibilidad Ambiental y su integración transversal con los ODS de la Agenda 2023.
- Para la medición de los procesos del CRB se han incorporado indicadores de Calidad de Vida; las dimensiones de calidad de vida se han correlacionado a ODS: 3 salud y bienestar; 10 reducción de las desigualdades; 11 Ciudades y comunidades sostenibles; y 16 Paz, justicia e instituciones sólidas
- Memoria de verano de ocio 2023 para el CRB y Residencias Antonio Paz, La Casa Lamastelle y Martín Pou.
- Rigor en las auditorías internas realizadas.
- Continuas mejoras realizadas en las instalaciones: CEEPR: Instalación de Paneles Fotovoltaicos, reforma integral de la cocina, y saneamiento de la torre; CRB: Instalación de paneles fotovoltaicos, cambio de todas las sillas del comedor, sustitución de sillas de ruedas de los residentes por sillas posicionales; CLL: cubiertas de los tejados, sillas de los comedores, baños del centro de día. Residencia la casa Lamastelle: renovación de mobiliario; reestructuración de la organización de la lavandería. Viviendas Antonio Paz: renovación de mobiliario; recibidores, taquillas del personal, renovación mobiliaria del despacho, mueble del comedor, canapés y colchones residentes y adquisición de una furgoneta.

Oportunidades de mejora

- Revisión general de información documentada e integración con el aplicativo ResiPlus, adaptándola a las necesidades de la organización, y simplificándola en aquellos puntos en que se considere.
- Realizar una mayor formación en relación a la aplicación Resiplus.
- Analizar como enlazar el Portal de Calidad de ASPRONAGA con la documentación de Clasroom (carpeta compartida en CEE Lourdes).

- Continuar trabajando en la conservación, funcionalidad y accesibilidad de las instalaciones.
- En CRB, adaptar los valores umbrales de algunos de los indicadores de proceso, ya que se alejan significativamente del valor real alcanzado. Diferentes metas para las residencias MPou y CRB
- Continuar con la digitalización de los expedientes de las personas usuarias para favorecer la intercomunicación de información necesaria y relevante entre las personas que forman el equipo interdisciplinar. Aplicativo Resiplus.
- Extender Aditio al resto de aulas y realizar formación interna relativa a evaluación por competencias.
- Continuar siendo proactivos en el camino a definir por la Administración, en el caso de alumnado con necesidades educativas especiales; así como en la concreción de ACI's en el alumnado del centro, que permita obtener la mayor motivación y avance por parte del mismo.
- Continuar con la implantación del sistema de rúbricas y del sistema de autoevaluación.
- Realizar un manual de acogida para el profesorado.
- Integrar la formación recibida por los CFR en los planes de formación de la entidad.
- Aprovechar sinergias con otros centros, Hornos Lamastelle, para abaratar costes. Extensión del Plan de Control de Legionella (a raíz de la entrada en vigor 2023-01-02 del RD 487/2022, para el control de la propagación de la legionelosis). al resto de centros del complejo de Lamastelle. En la actualidad se aplica al Centro Ricardo Baró y La Casa de Lamastelle.
- Buscar vías alternativas para conseguir una mayor participación de las familias en las encuestas de satisfacción; muestreo obtenido de Encuestas de satisfacción a las familias no es representativo. La participación por centros fue: CRB: 9%; CD:6%; CO: 6%; RES: 16%; COL: 22%.

Nº	Observaciones
01	Continúa pendiente el registro en REGCON de un nuevo plan de igualdad de la entidad (es obligatorio para entidades de más de 50 personas trabajadoras desde marzo de 2022. En enero de 2024 Se constituye la nueva Comisión Negociadora y se establece el cronograma de trabajo.
02	Continúa en proceso la actualización de los planes de autoprotección. Por ej. del Complejo Lamastelle (nombrar al nuevo equipo responsable del Sistema de Autoprotección, formar al nuevo equipo, adaptar los planes de las instalaciones a la normativa UNE23032, solicitar a AUTECO un inventario de los medios de autoprotección (extintores,) y plano de ubicación, detallar las revisiones y su periodicidad de las calderas y medios de protección contra incendios. Y en CEE Nuestra Señora de Lourdes (cambios en las instalaciones).
03	Se encuentra pendiente planificar de manera completa el Plan de actuación 2024 vinculado a los 5 retos (por ej. determinar los equipos de trabajo/responsable). Dichos retos son: Entidad sostenible, Empleabilidad de las personas con discapacidad; Prestar otros tipos de apoyos; Más participativa en la base social; Mejores personas profesionales.
04	Se observan muestras de comida guardadas en las cuales no se identifica de manera clara el día de la semana con objeto de que pueda ser sustituida diariamente para favorecer su control. Se registra fecha y plato del menú correspondiente.
05	A fecha de auditoría se encuentra pendiente la verificación de la eficacia de algunos de los cursos de formación realizados durante el 2023. Se recuerda que han de ser evaluados el 100% de los mismos, si bien la metodología ha de adaptarse a la tipología de curso realizado.
06	Se observa que para en la planificación del curso escolar no siempre se identifican de manera inequívoca las fechas de realización de las acciones. Por ej. Objetivo 1.
07	Se observan de manera puntual algún registro incompleto en relación con el control de temperaturas de cocina de CEE Lourdes. Asimismo, deberían profundizarse en el correcto control de incidencias por parte de Eurest.
08	Se observa algún objetivo de calidad en cuyo seguimiento únicamente se indica "realizado". Profundizar en el registro de las acciones concretas llevadas a cabo.
09	Se encuentra pendiente procedimentar algunos de los procesos esenciales del CEE Lourdes. Por ej. Servicios Esenciales COL3 (evaluación inicial), COL4 (programación de aula), COL 7 (evaluación final), etc.

10	Se observa que se establece tan sólo una frecuencia anual de medición en indicadores de Autodeterminación, derechos, desarrollo personal, no permitiendo tomar medidas en caso de desvío.
11	No se pueden evidenciar los seguimientos de aula (aula celeste) así como la evaluación al alumnado, reuniones con familias, etc. por no disponer en el momento de la auditoría de los correspondiente en el centro educativo.

Documentos adjuntos al informe de auditoría:

- Matriz de actividades de auditoría
- Hoja de Datos - Emisión Certificado
- Hoja de Datos - Contactos y Direcciones
- Otros:

ANEXO

Cuestiones particulares del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001

ISO 9001 (Sistemas de Gestión de Calidad)

i. Información sobre satisfacción de Cliente

La organización dispone de Ficha de Proceso ETS02-D1 Procedimiento de Satisfacción, de fecha 11/04/2022, donde se detalla sistemática para recopilar la información relativa a la satisfacción de diferentes partes interesadas.

Se establece la realización de las siguientes encuestas:

A) Encuestas de satisfacción a las familias: Se envían encuestas **cada dos años** a todas las familias de la entidad; vía tookapp, edvoice, y/o WhatsApp, se obtiene un índice de participación muy bajo del 10%, no representativo.

La participación por centros fue: CRB: 9%; CD:6%; CO: 6%; RES: 16%; COL: 22%.

Encuesta corta a familias del Centro Ocupacional y Centro de Día. Responden a la encuesta 85 familias. Se obtiene un 45% de participación. *Es una encuesta que consta de 4 ítems para la medición de los indicadores del CLL.*

b) Encuestas de satisfacción a usuarios del CLL, CRB y RMP.

Encuesta a usuarios del Centro Ocupacional y Centro de Día para medición de indicadores. Responden a la encuesta 63 usuarios; de un total de 220; consiguiendo una participación general del 28,6%. La participación por centros fue: Centro Ocupacional 63,5%; Centro de Día 36,5%.

En base a los resultados hay que decir que desciende el nivel de satisfacción con las actividades grupales y con el servicio del comedor. No cumplimiento de meta del indicador. Se abre acción correctiva para analizar las causas de esta desviación.

Encuestas a usuarios en la Residencia Martín Pou y Centro Ricardo Baró:

Representación del CRB: 27% RMP: 33,3%.

Se incorpora este año 2023 para recoger la satisfacción de las personas con mayores necesidades de apoyo, y con el objetivo de conocer el grado de participación y toma de decisiones y poder tomar decisiones para incorporar y/o afianzar BBPP basadas en los derechos y valores de las personas que viven en las residencias.

Encuesta de satisfacción a profesionales de toda la Entidad: Se envía una encuesta de clima laboral al total de la plantilla actual, 228. Se obtiene un 24% de participación un 4% más respecto al año 2021.

A través del procedimiento EST02-D-1 Procedimiento de Satisfacción, de fecha 11/04/2022, Ed 3 y el registro EST02-F-3 Sugerencias y Observaciones de Mejora la organización define el modo de gestionar las mismas. Seguimiento realizado a dichas acciones, por parte de cada centro.

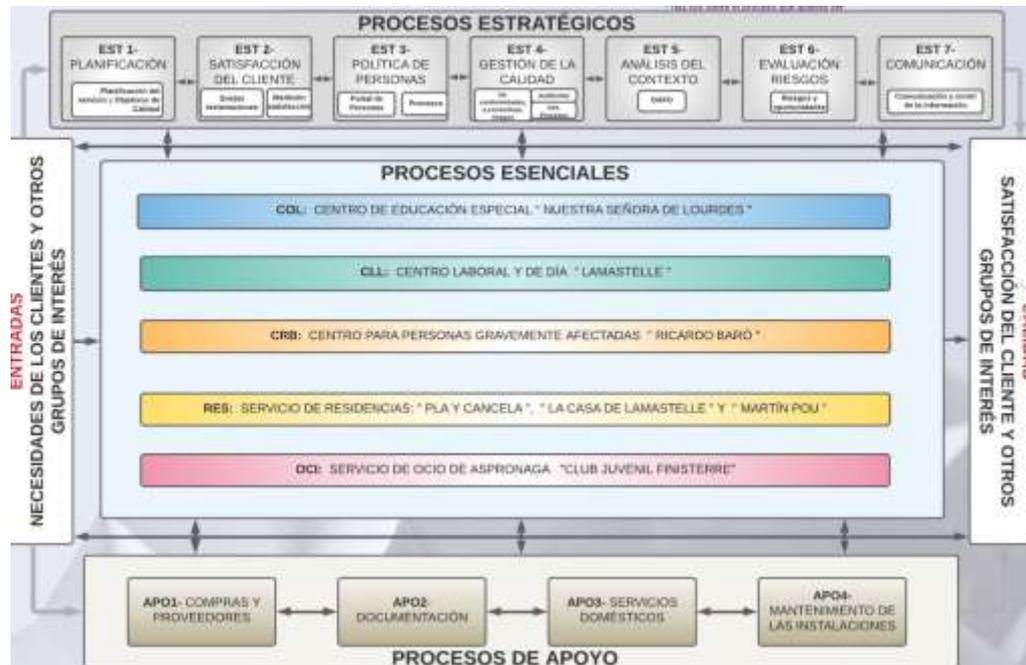
Se dispone de EST02-D-2 Procedimiento canal de denuncias, quejas y reclamaciones. La organización refiere no haber recibido reclamaciones ni quejas formales durante el ejercicio objeto de auditoría.

ii. Enfoque a procesos

La organización ha identificado los procesos que forman parte del Sistema de Gestión, definiendo un Mapa de Procesos General (mostrado a continuación), y mapas de procesos para cada uno de los centros:

Cambio en el mapa de procesos:

Nuevos indicadores. /Nuevos procesos para las residencias.



Se dispone de procedimientos y fichas de proceso en los que se recogen entradas, salidas, responsables, etc.

Para el seguimiento y medición de procesos la organización ha definido un elevado número de indicadores, para los que realiza seguimiento según periodicidades definidas.

iii. Objetivos:

Plan de actuación 2024. 5 retos: (a nivel estratégico)

1. Entidad sostenible
2. Empleabilidad de las personas con discapacidad
3. Prestar otros tipos de apoyos
4. Más participativa en la base social
5. Mejores personas profesionales

Un equipo de trabajo por cada reto. Obs. Pendiente establecer responsables.

Objetivos 2022 – 2024:

- OBJETIVO CALIDAD 1: Construcción de un módulo de menores en el Centro Ricardo Baró independientemente del centro actual con capacidad para 8 plazas.
- OBJETIVO DE CALIDAD 2: Revisar y adecuar los mapas de procesos facilitando la orientación a las personas, la incorporación de la mejora continua y la transformación de los servicios de la entidad hacia nuevos modelos de intervención centrados en las personas.

- a. OBJETIVO CALIDAD 2.1: Implantación NORMA LIBERA CARE en las residencias de personas con grandes necesidades de apoyo, con alcance al Centro Ricardo Baró y Residencia Martín Pou.
- b. OBJETIVO DE CALIDAD 2.2: Implantación del Modelo de Calidad Plena
- OBJETIVO DE CALIDAD 3: Implantar un software de gestión adaptado a las actividades de los centros de la entidad. Resiplus.

iv. Gestión de Información Documentada - Comunicación

Se dispone de completo listado de información documentada, vinculada a los diferentes documentos, con el fin de garantizar que la organización conozca y utilice en todo momento la información documentada actualizada.

Copias de seguridad: Todos los centros con servidor. Proveedor externo programa copias de seguridad.

Protección de Datos: Proveedor externo. Auditoría realizada.

Formación realizada por todos los profesionales en materia de Protección de Datos.

Se dispone del Plan Anual de Comunicación.

v. Gestión de Recursos Humanos

Dentro de cada servicio se dispone de un equipo de calidad.

Perfiles de puesto OK

Se dispone de los siguientes procedimientos en relación con la Gestión de Personas:

- ✓ EST03-1 Sistema de competencias (Ed. 3 de fecha Noviembre 2015)
- ✓ EST03-2 Cobertura de puestos (Ed. 3 de fecha Noviembre 2015)
- ✓ EST03-3 Evaluación de Competencias (Ed. 3 de fecha Noviembre 2015). Se establece informe de evaluación de competencias cada 3 años, si bien no se está realizando con esta periodicidad. Previsto, por parte de la organización, realizar la misma.
- ✓ EST03-4 Desarrollo de Competencias (Ed. 3 de fecha Noviembre 2015)

Revisado Plan de Formación 2023. Es proceso valoraciones eficacia.

vi. Mantenimiento y Gestión de Infraestructuras

Proceso revisado en fecha diciembre 2021. Procedimiento AP04.1 Procedimiento de mantenimiento, donde se recoge sistemática para planificar y llevar a cabo el mismo. Se incluyen mantenimientos preventivos, correctivos y ampliaciones.

Se establece:

- ✓ Elaboración de Plan de Mantenimiento Preventivo.
- ✓ Seguimiento trimestral de cumplimiento de Plan de Mantenimiento Preventivo, dentro de la reunión trimestral de grupo de trabajo. Si bien no se está realizando seguimiento a través de dicho grupo de trabajo, sí se lleva a cabo un seguimiento continuo del mismo.
- ✓ Mantenimiento correctivo: Planificación semanal de los trabajos a realizar, y seguimiento semanal por parte de Olalla. Seguimiento trimestral de acciones realizadas.

Respuesta ante emergencias: Plan de Autoprotección en revisión. Acción interna abierta.

vii. Compras y Evaluación de Proveedores

Se dispone de Ficha de Proceso AP01 (Julio 2021) en la que se establece selección, evaluación y seguimiento de los mismos.

Registro de Evaluación y Seguimiento de Proveedores, en la que se recogen tanto los criterios de selección, como un seguimiento del número de incidencias.

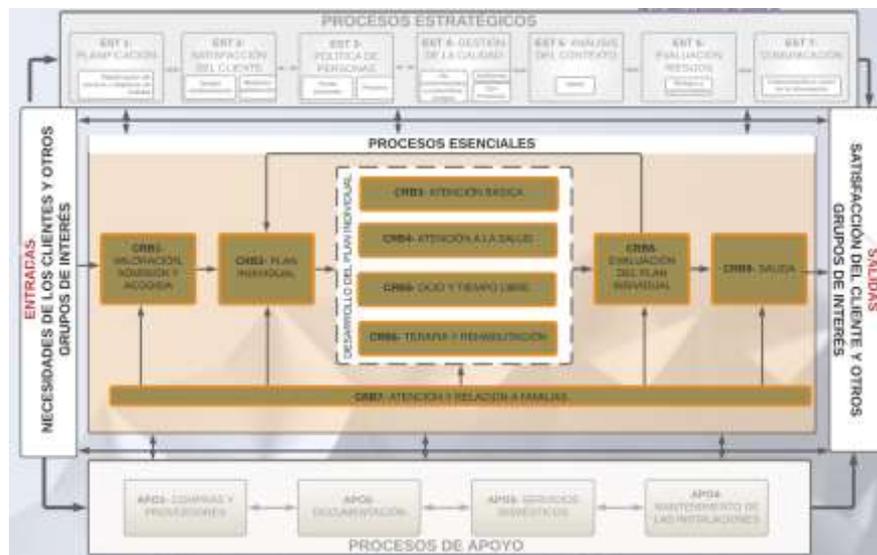
AP01-F-2 Comunicación evaluación a proveedores: Ok.

viii. Prestación de servicio

Se lleva a cabo un muestreo de personas usuarias de todos los centros y servicios auditados (expediente, PIA, seguimiento, evaluación de los objetivos de cada una de las áreas, documentación administrativa, etc.)

Centro Ricardo Baró

- ✓ **Alcance:** 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).
- ✓ **Mapa de Procesos**

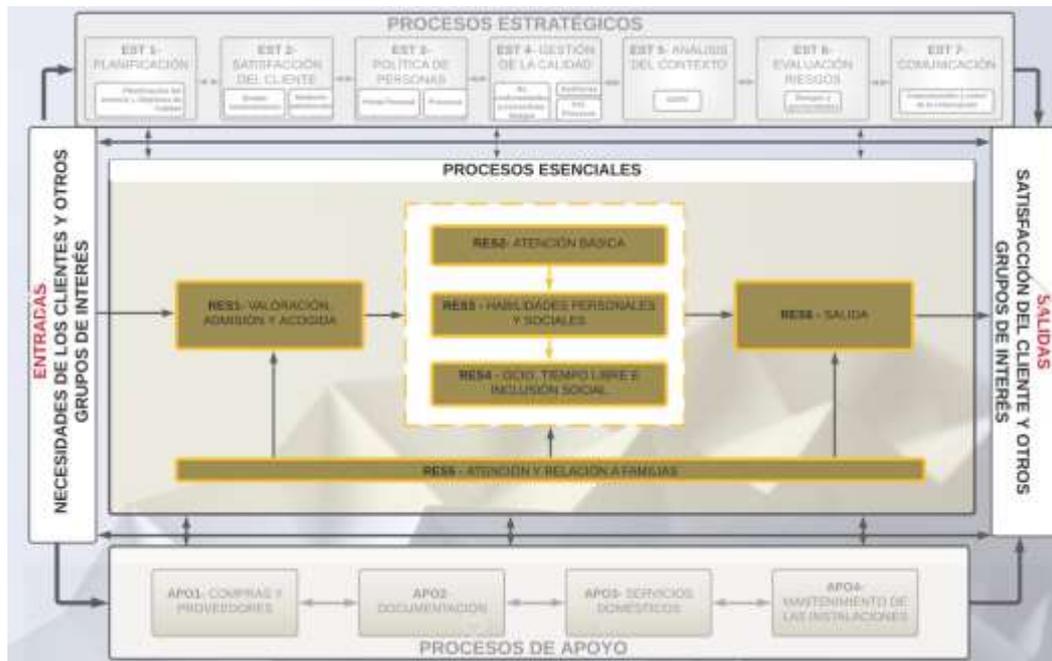


- ✓ **Indicadores:**
- ✓ **Análisis de contexto:** Última revisión de Enero 2024. Detectadas debilidades como: desgaste de profesionales, sistema de turnos y descansos poco eficaz, dificultad en la acogida a nuevos profesionales, etc.

Residencias

ALCANCE	
RESIDENCIA HOGAR LA CASA DE LAMASTELLE AV DE ISAAC PARDO, 13,12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	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).
RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA CL PLA Y CANCELA, 10. 15011 - A CORUÑA	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).
RESIDENCIA LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	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).

✓ **Mapa de Procesos**



- ✓ **Indicadores:** Indicadores definidos para todos los procesos operativos, en cuadro de mando específico.

Colegio Nuestra Sra de Lourdes

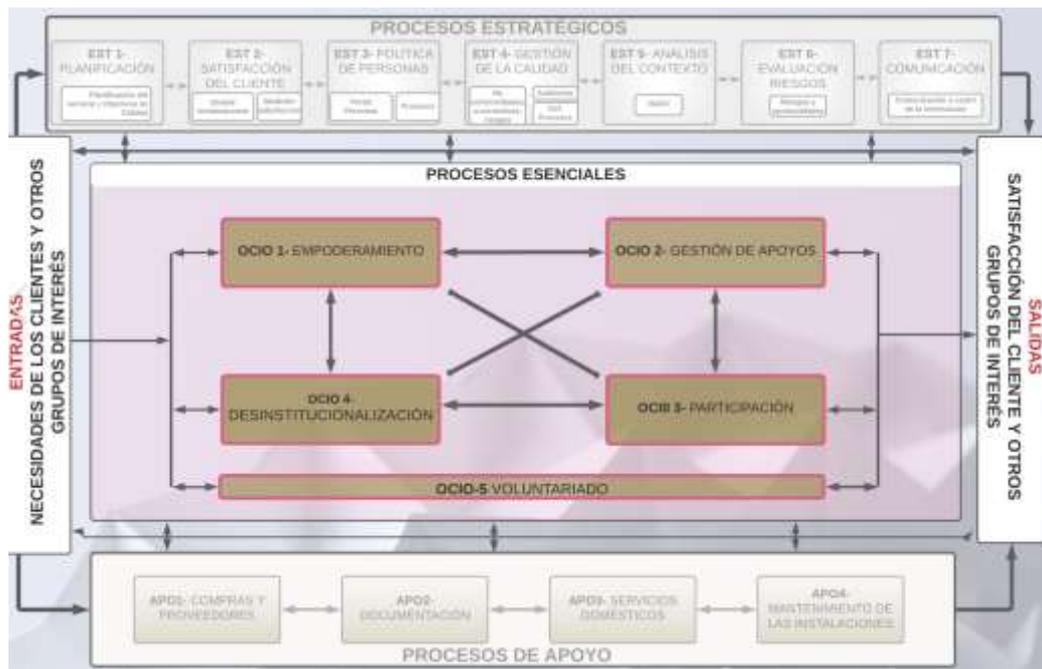
- ✓ **Alcance:** La prestación del servicio educativo de formación básica y formación profesional y complementaria a personas con discapacidad intelectual, incluyendo: el servicio de transporte, comedor. El servicio sanitario de fisioterapia, y los cuidados personales. Los servicios de terapia, rehabilitación e inclusión social (psicología, trabajo social, logopedia, deporte y ocio).

✓ **Mapa de Procesos**



Servicio de Ocio

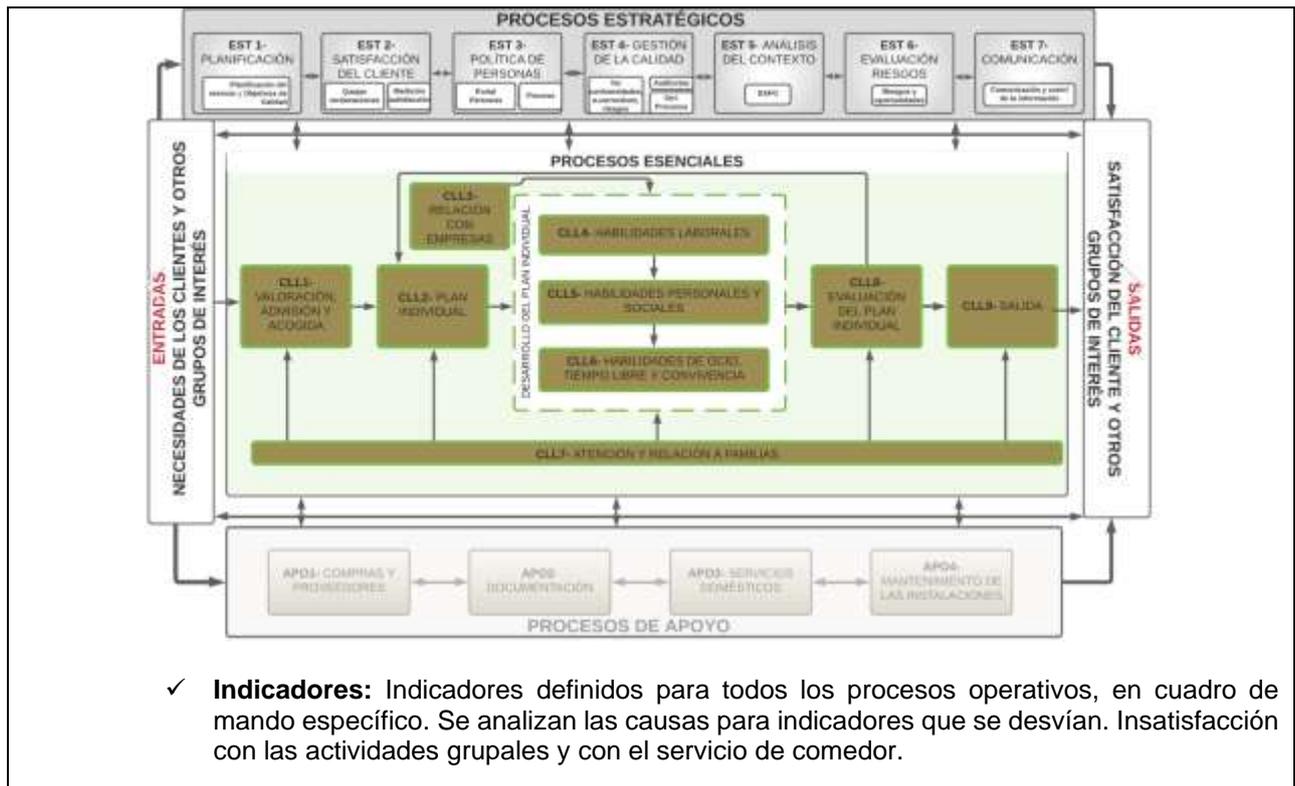
- ✓ **Alcance:** La prestación del servicio de ocio lúdico, deportivo, artístico-cultural, turístico, interactivo y normalizado, para el disfrute y el desarrollo personal e inclusión social de cualquier persona con discapacidad intelectual. La gestión del voluntariado de la asociación.
- ✓ **Mapa de Procesos**



- ✓ **Indicadores:** todos los indicadores dentro del umbral de aceptación.

Centros Laboral y de Día Lamastelle

- ✓ **Alcance:** 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.
- ✓ **Mapa de Procesos:**



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:

ANEXO - MATRIZ ACTIVIDADES DE AUDITORÍA

PLAN DE VISITA					
Proceso / Actividad / Departamento	Responsable Empresa	Auditor	Centro	Día	Hora
<i>REUNIÓN INICIAL</i>					
Sistema de Gestión	Interlocutor / Guía	NCG	2	04/03	9:30-9:45
Contexto-Riesgos	Interlocutor / Guía	NCG	2	04/03	9:45-11
Mantenimiento / Instrumentación	Interlocutor / Guía	NCG			11-12
Compras	Interlocutor / Guía	NCG	2	04/03	12-13
Recursos Humanos / Formación	Interlocutor / Guía	NCG	2	04/03	13-14
Comunicación	Interlocutor / Guía	NCG	2	04/03	16-17
Comercial	Interlocutor / Guía	NCG	2	04/03	17-17:30
RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA (PLA Y CANCELA)	Interlocutor / Guía	NCG	5	04/03	16-17:30
CENTRO RICARDO BARO	Interlocutor / Guía	NCG	1	05/03	09:30-11:30
RESIDENCIA LAMASTELLE (MARTIN POU)	Interlocutor / Guía	NCG	7	05/03	11:30-13:30
RESIDENCIA HOGAR LA CASA DE LAMASTELLE	Interlocutor / Guía	NCG	4	05/03	15:00-17:30
COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES	Interlocutor / Guía	NCG	3	06/03	09:30-11:30
Sistema de Gestión					
<i>ELABORACIÓN INFORME DE AUDITORÍA</i>					
	Interlocutor / Guía	NCG	2	06/03	13:30- 15
<i>REUNIÓN FINAL</i>					
	Interlocutor / Guía	NCG	2	06/03	16-17:30

CENTROS:

1	CENTRO RICARDO BARO AV ISAAC DIAZ PARDO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)
2	CENTRO LABORAL LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)
3	COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES CL PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA
4	RESIDENCIA HOGAR LA CASA DE LAMASTELLE AV DE ISAAC PARDO, 13,12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)
5	RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA CL PLA Y CANCELA, 10. 15011 - A CORUÑA
6	SERVICIO DE OCIO, CLUB JUVENIL FINISTERRE CL PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA
7	RESIDENCIA LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)

ANEXO - REQUISITOS POR APARTADOS DE LA NORMA

REQUISITOS POR NORMA			
9001	Requisito norma	Tipo de auditoría Fase I / Fase II / AS1 / AS2 / AR	Marcar / Desmarcar
4.1- 4.2	Comprensión del contexto. Partes interesadas	<AS1 o AS2>	X
4.3 -4.4	Determinación del alcance. SG y sus procesos	<AS1 o AS2>	X
5.1-5.2	Liderazgo, compromiso y Política	<AS1 o AS2>	X
5.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	<AS1 o AS2>	X
6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	<AS1 o AS2>	X
6.2	Objetivos y planificación para lograrlos	Todas	X
6.3	Planificación de los cambios	Todas	X
7.1	Recursos	<AS1 o AS2>	X
7.2-7.3	Competencia y toma de conciencia	<AS1 o AS2>	X
7.4	Comunicación	<AS1 o AS2>	X
7.5	Información documentada	<AS1 o AS2>	X
8.1	Planificación y control operacional	Todas	X
8.2	Requisitos para los productos y servicios	Todas	X
8.3	Diseño y desarrollo de productos y servicios	<AS1 o AS2>	X
8.4	Control de los procesos, productos y servicios. suministrados externamente	<AS1 o AS2>	
8.5	Producción y provisión del servicio	Todas	X
8.6	Liberación de los productos y servicios	Todas	X

8.7	Control de las salidas no conformes	Todas	X
9.1.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño. Generalidades	Todas	X
9.1.2	Satisfacción del cliente	Todas	X
9.1.3	Análisis y evaluación	Todas	X
9.2	Auditoría interna	Todas	X
9.3	Revisión por la dirección	Todas	X
10.1	Mejora. Generalidades	Todas	X
10.2	No conformidades y acciones correctivas	Todas	X
10.3	Mejora continua	Todas	X

Nota 1: Desmarcar aquellos apartados de la norma que no vayan a ser auditados en la presente auditoría.

Nota 2: Sombreado se indican los apartados de la norma que deben ser auditados por un auditor especialista.

CUADRO DE NO CONFORMIDADES

Ref. N.C.	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma	Categoría N. C.
	<p>En relación con requisitos asociados a Planificación y control operacional, se detecta:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Incidencias en el control de la medicación. Por ej. en Antonio Paz: para ADO, en fecha 2024-02-01 hay un cambio de mediación no coincidente con el registro de medicación habitual. Por otro lado, se evidencia blíster con una pastilla de Eutirox en desayuno cuando dicha dosis debería haber sido administrada. Asimismo, MCA, con fecha 2023-012-01 se identifica en el registro de medicación no habitual (Nolotil), pero no se localiza la pauta o informe médico por parte del personal médico). En Ricardo Baró: para LUC se observa medicación puntual para la que no se identifica la pauta o informe médico por parte del personal médico. Asimismo, medicación puntual sin fecha identificada en la hoja de tratamiento. b) Personas usuarias para las que no se evidencia un completo seguimiento de los objetivos del plan individual. Por ej. En CRB Ismael S, Jose L. c) Personas usuarias para las que no se ha realizado el correspondiente Plan de cuidados, informe social, escalas de evaluación, y se identifica la realización de la reunión con cuidadores. Por ej. para José L. alta 8 de enero de 2024. 	8.1	Menor

Nota 1: Para todas las NC descritas en esta tabla, será necesario que la Organización establezca y documente las acciones correctivas pertinentes.

Nota 2: Aunque puedan existir apartados / subapartados que se auditen conjuntamente (cuando así lo indique la Matriz de Actividades), las NC se asignarán al subapartado específico en el que se detectan.

DISPOSICIONES FINALES

- Las observaciones y no conformidades han sido aclaradas y entendidas.
- A la vista de los resultados de la auditoría, el Auditor Jefe realiza la siguiente propuesta sobre la certificación: Mantenimiento sujeto a entrega correcta de PAC.

Mantenimiento

- No obstante, los Servicios Técnicos de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. son el órgano responsable de la decisión final sobre la certificación, una vez analizados los resultados reflejados en este informe de auditoría y en el plan de acciones correctivas (cuando proceda) enviado por la organización. En consecuencia, la propuesta del equipo auditor sobre la certificación podrá ser ratificada o no.
- Teniendo en cuenta las no conformidades indicadas en este informe, si fuese necesaria la presentación del Plan de Acciones Correctivas, la Organización se compromete a enviarlo a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. (a la dirección de correo electrónico facilitada por la Sede) en 30 días naturales a partir de la fecha de emisión del informe de auditoría, con la información requerida por la *Guía para la elaboración del plan de acciones correctivas*. En caso de que el Plan de Acciones Correctivas no fuera satisfactorio, la organización dispone de un plazo de 15 días naturales para el envío de la documentación adicional que le sea requerida por AENOR INTERNACIONAL S.A.U., a partir de la fecha de recepción dicho requerimiento.
- Indicar las no conformidades del presente informe a las cuales la organización tiene intención de presentar apelación. En este caso, la organización deberá enviar a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. en el plazo de 7 días naturales, a contar desde la fecha del último día de auditoría, la justificación y evidencias documentales necesarias para su valoración por los servicios de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. Asimismo, se informa a la organización que cualquier queja o reclamación sobre la actuación de AENOR INTERNACIONAL S.A.U., estas deben ser remitidas a la siguiente dirección: calidad@aenor.com
- 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 2024
Fecha expiración del actual certificado: <i>(no cumplimentar en Fase I / Fase II)</i>	2024-12-14

- 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). **NOÉLIA CEA GUITIÁN**

En OLEIROS, a 06 de marzo de 2024

ANEXO - CENTROS VISITADOS

DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)
CENTROS FIJOS
<p>CENTRO 1:</p> <p>DIRECCIÓN: CENTRO RICARDO BARÓ AV ISAAC DIAZ PARDO, 12 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)</p> <p>ACTIVIDADES DEL ALCANCE: VER HOJA DE DATOS</p>
<p>CENTRO 2:</p> <p>DIRECCIÓN: HOGAR RESIDENCIA LAMASTELLE AV ISAAC DIAZ PARDO 13 15179- OLEIROS (A CORUÑA)</p> <p>ACTIVIDADES DEL ALCANCE: VER HOJA DE DATOS</p>
<p>CENTRO 3:</p> <p>DIRECCIÓN: COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES CL PEREZ LUGIN 10 15011 (A CORUÑA)</p> <p>ACTIVIDADES DEL ALCANCE: VER HOJA DE DATOS</p>
<p>CENTRO 4:</p> <p>DIRECCIÓN: RESIDENCIA LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12 15179- OLEIROS (A CORUÑA)</p> <p>ACTIVIDADES DEL ALCANCE: VER HOJA DE DATOS</p>
<p>CENTRO 5:</p> <p>DIRECCIÓN: RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA CL PLA Y CANCELA, 10 15011 – A CORUÑA</p> <p>ACTIVIDADES DEL ALCANCE: VER HOJA DE DATOS</p>

ANEXO B PROGRAMA DE AUDITORÍA

Datos Generales de la Organización y Cuestiones a considerar

Tamaño de la organización y el **alcance**: ver Hoja de Datos anexa.

Nº Turnos (el número de turnos y su tipología se tendrán en cuenta en programación de actividades, considerando que si se trabaja a más de 1 turno, se debe justificar si procede o no auditar todos los turnos de trabajo)

1-2 turnos dependiendo del tipo de centro. Actividades repetitivas en ambos.

Reflejar si ha habido alguna incidencia o cambios que deban ser tenidos en cuenta para programar las auditorías del ciclo en cuanto al nivel de eficacia del sistema de gestión, su complejidad, sus productos o procesos, resultados de auditorías previas (NC mayores o resultados insatisfactorios), quejas recibidas sobre el cliente o comunicaciones relevantes de alguna parte interesada sobre el cliente, cambios en requisitos de certificación, cambios legislativos, cambios en requisitos de acreditación u otros.

RELACIÓN DE CENTROS			
1	CENTRO RICARDO BARO Avenida ISAAC DIAZ PARDO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	77	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	CENTRO LABORAL LAMASTELLE Avenida ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	35	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	COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES Calle PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA	27	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	RESIDENCIA HOGAR LA CASA DE LAMASTELLE Avenida DE ISAAC PARDO, 13,12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	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).
5	RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA Calle PLA Y CANCELA, 10. 15011 - A CORUÑA	5	
6	SERVICIO DE OCIO, CLUB JUVENIL FINISTERRE Calle PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA	4	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	RESIDENCIA LAMASTELLE Avenida ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	12	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).

Tabla de Programación de actividades de auditoría del ciclo completo de certificación

	AS2		AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración: 2024-12-14)		AS1 (no más allá de los 12 meses de la fecha de concesión)		AS2	
Fecha aproximada (mes/año)	Marzo2024		Octubre 2024		Octubre 2025		Noviembre 2026	
ALCANCE	(*)		(*)		(*)		(*)	
CENTROS	1, 3, 4, 5, 7		2, 3, 5, 6, 7		1, 2, 4, 6		1, 3, 5, 7	
NORMA	APARTADOS DE LA NORMA A AUDITAR							
ISO9000	COMPLETO (excepto Mto)		COMPLETO		COMPLETO (excepto compras)		COMPLETO (excepto Mto)	
PROCESOS	P	R	P	R	P	R	P	R
SATISFACCIÓN DEL CLIENTE POLÍTICA DE PERSONAS GEST DE CALIDAD ANÁLISIS DEL CONTEXTO EVALUACIÓN DE RIESGOS COMUNICACIÓN	X	X	X		X		X	
COMPRAS Y PROVEEDORES DOCUMENTACIÓN AT. DOMÉSTICA Y MANTENIMIENTO Y RRHH	X	X	X		X		X	
. CENTRO LABORAL LAMASTELLE			X		X			
. RESIDENCIA HOGAR LA CASA DE LAMASTELLE	X	X			X			
. RESIDENCIA LAMASTELLE	X	X	X				X	
. COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES	X	X	X				X	
. SERVICIO DE OCIO, CLUB JUVENIL FINISTERRE			X		X			
. CENTRO RICARDO BARÓ	X	X			X		X	
. RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA (PLA Y CANCELA)	X	X	X				X	

P: Programado R: Realizado

Nota 1: Se incluirán en la tabla las columnas que procedan relativas a **auditorías extraordinarias** que hayan sido necesarias realizar a lo largo del ciclo, detallando los procesos y apartados de la norma que hayan sido auditados en cada caso.

Nota 2: La descripción de los procesos se realizará atendiendo a los requisitos de cada tipo de Sistema de Gestión. La información de la Tabla debe ser trazable con los datos (procesos, centros y apartados de Norma) identificados en la Matriz. Se incluyen en cursiva y corchetes los procesos generales de la Estructura de Alto Nivel. **Estos procesos deben particularizarse para cada organización y cada tipo de Sistema de Gestión.**

Nota 3: En caso de tratarse de una transferencia el Programa deberá empezar con la auditoría del ciclo de certificación que corresponda.

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

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	Desarrollo Auditoría	Reunión final
JUAN FONTELA	DIRECTOR GERENTE	X	X	X
LUCIA BARRAL	COORDINADORA CALIDAD	X	X	X
PATRICIA ZAS	TÉCNICO DE RECURSOS HUMANOS		X	
RUBÉN MATEOS	DIRECTOR (CENTRO EDUCATIVO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES)		X	X
DAVID FERREIRO	COCINA (CENTRO EDUCATIVO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES)		X	
YESSICA GARCÍA	PERSONAL DOCENTE (CENTRO EDUCATIVO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES)		X	
ANTONIO NAYA	DIRECTOR CENTRO GRAVEMENTE AFECTADOS RICARDO BARÓ		X	
ANA LOBÓN	TRABAJADORA SOCIAL CENTRO RICARDO BARÓ		X	
LÚA BRETÓN	PSICÓLOGA CENTRO RICARDO BARÓ		X	
CAROLINA AGUIAR	ATENCIÓN DIRECTA CENTRO RICARDO BARÓ		X	
IVÁN DARÍO MEJÍA	ATENCIÓN DIRECTA CENTRO RICARDO BARÓ		X	
DOLORES FERNÁNDEZ	ATS CENTRO RICARDO BARÓ / MARTIN POU		X	
ESTRELLA GUILLANET	SERVICIOS LA CASA		X	
YESSICA YUBERO	ATENCIÓN DIRECTA LA CASA		X	
LILIANA EIRIS	ATENCIÓN DIRECTA LA CASA		X	
LAURA PRESEDO	TRABAJADORA SOCIAL LA CASA Y POU		X	
FÁTIMA PORTO	PSICÓLOGA LA CAS Y MARTIN POU		X	
MÓNICA PARDO	ATENCIÓN DIRECTA MARTIN POU		X	
YOLANDA SANZ	SERVICIOS DOMÉSTICOS MARTÍN POU		X	
ANA DÍAZ	DIRECCIÓN LA CASA Y VIVIENDAS		X	
CARMEN BECERRA	ATENCIÓN DIRECTA VIVIENDA		X	
MARINA GARCIA	ATENCIÓN DIRECTA VIVIENDAS		X	
PILAR LODEIRO	SERVICIOS DOMÉSTICOS VIVIENDAS		X	

ANEXO - HOJA DE DATOS – EMISIÓN CERTIFICADO

DATOS GENERALES		¿Hay cambios respecto a datos anteriores? SI / NO
Nombre de la Organización	ASPRONAGA	
Factoría/Planta/Delegación		
Domicilio Social	Calle PÉREZ LUGIN, 10, 15011 - A CORUNA	
C.I.F.	G15028855	
Grupo (si aplica)	<GRUPO>	

ALCANCE DEL CERTIFICADO <small>(añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)</small>		¿Hay cambios respecto a datos anteriores? SI / NO
Norma de referencia	UNE-EN ISO 9001:2015	
Alcance Español	<p>A) 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>B) 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>C) 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>D) y E) 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>F) 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>G) 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>	
Alcance Inglés	<p>A)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, hydrotherapy and personal cares services; and services of therapy, rehabilitation and social inclusion: psychology, social work and social education).</p> <p>B) 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>C) Provision of educative service of basic, professional and complementary formation for handicapped persons with learning disabilities. Transpor and catering services. Physiotherapy health care services and personal care</p>	

	<p>service. Therapy, rehabilitation and social inclusion services (psychology, social work, speech therapy, sport and leisure).</p> <p>D) y E). 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>F) 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.</p> <p>Asociation voluntary work management.</p> <p>G) Provision of people with intellectual disabilities with extensive and generalized and indispensable and continuous support needs of another person for their personal autonomy, including residential accommodation, catering and laundry services; basic care services (toilet, hygiene and personal care); attention to health and therapy services, personal development and social inclusion (psychology, social work, sports and leisure).</p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

CENTROS DE ACTIVIDAD Y Nº PERSONAS					¿Hay cambios respecto a datos anteriores? SI / NO
Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado (añadir tantas filas como sean necesarias)	Pers Prop	Pers Subc	Colectivo	Nº	
A) CENTRO RICARDO BARO Avenida ISAAC DIAZ PARDO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	92	0	N.A.		
B) CENTRO LABORAL LAMASTELLE Avenida ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	55	0	N.A.		
C) COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES Calle PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA	31	0	N.A.		
D) RESIDENCIA HOGAR LA CASA DE LAMASTELLE Avenida DE ISAAC PARDO, 13,12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	15	0	N.A.		
E) VIVIENDAS "ANTONIO PAZ" Calle PLA Y CANCELA, 10. 15011 - A CORUÑA	13	0	N.A.		
F) SERVICIO DE OCIO, CLUB JUVENIL FINISTERRE Calle PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA	3	0	N.A.		
G) RESIDENCIA "MARTIN POU" Avenida ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	19	0	N.A.		

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL DIMENSIONAMIENTO DE LA AUDITORÍA			
Volumen de proyectos			
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	
Sistema de Gestión integrado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Grado de integración (en %)	

ANEXO - HOJA DE DATOS – CONTACTOS Y DIRECCIONES

CONTACTOS Y DIRECCIONES		¿Hay cambios respecto a datos anteriores? SI / NO
Contacto Principal		
Nombre	D./Dña. Lucía BARRAL GÓMEZ	
Cargo	RESPONSABLE DE CALIDAD	
Teléfono	981610850	
Correo electrónico	luciabarral@aspronaga.net	
Dirección Envío Correspondencia	Avenida ROSALÍA DE CASTRO, 12 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	
Contacto Envío Certificado		
Nombre	D./Dña. Lucía BARRAL GÓMEZ	
Cargo	RESPONSABLE DE CALIDAD	
Teléfono	981610850	
Correo electrónico	luciabarral@aspronaga.net	
Dirección Envío Certificado	Avenida ROSALÍA DE CASTRO, 12 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	
Contacto de Facturación (entrega factura)		
Nombre	PAN SECO, José	
Cargo	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN	
Teléfono	981610850	
Correo electrónico	josepan@aspronaga.net	
Contacto de contabilidad (pago facturas)		
Nombre	PAN SECO, José	
Cargo	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN	
Teléfono	981610850	
Correo electrónico	josepan@aspronaga.net	