

AENOR

INFORME DE AUDITORÍA

ASPRONAGA

| NºSUBEXPEDIENTE | TIPO DE AUDITORÍA | NORMA DE APLICACIÓN O REGLAMENTO | FECHA | REQUIERE ENVÍO DE PLAN DE ACCIONES A AENOR |
|-----------------|----------------------|----------------------------------|-------------------------------|--|
| 2007/0321/ER/01 | Auditoría Renovación | UNE-EN ISO 9001:2008 | 2015-11-24 a 2015-11-26 | Si <input type="checkbox"/> |

Indicar si la auditoría planificada se corresponde con alguna de las siguientes categorías:

- Auditoría conjunta: realizada por dos o más entidades de certificación en cooperación para un mismo cliente.
- Auditoría combinada: realizada simultáneamente respecto a dos o más normas de sistemas de gestión.
- Auditoría integrada: realizada sobre la aplicación integrada de los requisitos de varias normas en un único sistema de gestión.

DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre: ASPRONAGA

Dirección: CL PÉREZ LUGIN, 10
15011 - A CORUÑA

Representante de la Organización:

D. Juan FONTELA PÉREZ - 2007/0321/ER/01

1. DATOS DEL EQUIPO AUDITOR

| Función | Nombre Auditor | Iniciales |
|--------------|------------------------|-----------|
| Auditor Jefe | Dña. Sonia RUIZ VARGAS | SRV |

- Auditor Jefe: Dirige reuniones inicial y final, coordina equipo auditor y es responsable del contenido del informe.

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

La auditoría se realizará respecto a las siguientes actividades y centros:

Subexpediente: 2007/0321/ER/01

Norma: UNE-EN ISO 9001:2008

Alcance: 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 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

| Centro | Tipo(*) | Dirección | Nº Empleados | Actividades |
|--------|------------|---|--------------|-------------|
| 1 | Productivo | CENTRO RICARDO BARO AV ISAAC DIAZ PARDO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA) | 77 | No aplica |
| 2 | Productivo | CENTRO LABORAL LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA) | 35 | No aplica |
| 3 | Productivo | COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES CL PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA | 27 | No aplica |
| 4 | Productivo | RESIDENCIA HOGAR LA CASA DE LAMASTELLE AV DE ISAAC PARDO, 13,12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA) | 5 | No aplica |
| 5 | Productivo | RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA CL PLA Y CANCELA, 10. 15011 - A CORUÑA | 5 | No aplica |
| 6 | Productivo | SERVICIO DE OCIO, CLUB JUVENIL FINISTERRE CL PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA | 4 | No aplica |

Conclusiones sobre la adecuación del alcance del certificado sobre las actividades auditadas (indicar si se ha producido alguna modificación derivada de esta auditoría):

Ampliación del alcance del certificado en el Centro Ricardo Baró se incluye el servicio de hidroterapia.

3. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA

Los objetivos de la auditoría son:

- Determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización / empresa auditada con los criterios de auditoría.
- Evaluar su capacidad para cumplir con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables.
- Evaluar su eficacia para cumplir los objetivos especificados y cuando corresponda, identificar posibles áreas de mejora de la organización/empresa.
- Añadir, si procede, otros objetivos específicos de esta auditoría:

NO PROCEDE

Conclusiones sobre el cumplimiento de los objetivos de auditoría, indicando si se ha producido cualquier situación durante la auditoría que haya afectado a su consecución (imposibilidad de evaluar una actividad, centro, requisito...):

NO PROCEDE

Otros aspectos de la auditoría que hayan podido quedar sin resolver durante la investigación del equipo auditor:

NO PROCEDE

4. REGISTRO DE LA ACTIVIDAD DE AUDITORÍA

| DIA | HORA INICIO | HORA FIN | CENTRO | AUDITOR | PROCESO / AREA / ACTIVIDAD | NORMAS |
|------------|-------------|----------|--------|---------|---|----------------------|
| 2015-11-24 | 9:30 | 9:45 | 2 | SRV | Reunión inicial | |
| 2015-11-24 | 9:45 | 10:25 | 2 | SRV | Gestión de calidad | UNE-EN ISO 9001:2008 |
| 2015-11-24 | 10:25 | 10:30 | 1 | SRV | Marca | UNE-EN ISO 9001:2008 |
| 2015-11-24 | 10:30 | 11:00 | 2 | SRV | Recursos Humanos | UNE-EN ISO 9001:2008 |
| 2015-11-24 | 11:00 | 11:30 | 2 | SRV | Compras | UNE-EN ISO 9001:2008 |
| 2015-11-24 | 11:30 | 12:00 | 1 | SRV | Mantenimiento | UNE-EN ISO 9001:2008 |
| | | | 2 | | | |
| | | | 3 | | | |
| | | | 4 | | | |
| | | | 6 | | | |
| 2015-11-24 | 12:00 | 12:30 | 2 | SRV | Requisitos relacionados con los usuarios | UNE-EN ISO 9001:2008 |
| 2015-11-24 | 12:30 | 17:00 | 2 | SRV | Centro Laboral Lamastelle | UNE-EN ISO 9001:2008 |
| 2015-11-24 | 17:00 | 18:30 | 4 | SRV | Residencia Hogar la Casa de Lamastelle | UNE-EN ISO 9001:2008 |
| 2015-11-25 | 9:00 | 12:00 | 6 | SRV | Servicio de Ocio, Club Juvenil Finisterre | UNE-EN ISO 9001:2008 |
| 2015-11-25 | 12:00 | 17:15 | 3 | SRV | Colegio Nuestra Señora de Lourdes | UNE-EN ISO 9001:2008 |
| 2015-11-26 | 9:30 | 14:30 | 1 | SRV | Centro Ricardo Baró | UNE-EN ISO 9001:2008 |

| DIA | HORA INICIO | HORA FIN | CENTRO | AUDITOR | PROCESO / AREA / ACTIVIDAD | NORMAS |
|------------|-------------|----------|--------|---------|------------------------------|----------------------|
| 2015-11-26 | 16:00 | 17:00 | 1 | SRV | Elaboración de informe | UNE-EN ISO 9001:2008 |
| 2015-11-26 | 17:00 | 18:00 | 1 | SRV | Lectura y entrega de informe | UNE-EN ISO 9001:2008 |

5. RESUMEN DE LA ACTIVIDAD DE AUDITORÍA

5.1. Cambios significativos que hayan podido afectar al sistema de gestión desde la anterior visita:

-Se continúa evidenciando una tendencia a la mejora continua en el sistema de gestión.
Mejora en las comunicaciones: Buena velocidad de conexión a internet.
Reforma en el centro de Ocio.
Reorganización en el CLL.
Transporte propio en el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes
Ampliación de alcance en el Centro Ricardo Baró para el servicio de hidroterapia.
Proyecto en firme de nueva Residencia.

5.2 Conclusiones sobre el grado de implantación y la eficacia del sistema de gestión:

-Se ha realizado la auditoría de renovación bajo los requisitos de la norma UNE-EN ISO 9001:2008 del sistema de gestión de la calidad implantado en ASPRONAGA durante los días 24, 25 y 26 de noviembre de 2015.
Han sido visitados y auditados los siguientes centros objeto del alcance de la certificación:
o Centro Ricardo Baró
o Centro Laboral Lamastelle
o Colegio Nuestra Sra. De Lourdes
o Residencia Hogar La Casa de Lamastelle
o Servicio de Ocio
El Sistema de Gestión auditado evidencia un buen grado de implantación, el sistema es eficaz y se está trabajando en optimizar el mismo.
La organización declara no haber tenido reclamaciones de clientes desde la auditoría anterior.
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.
Destacar la colaboración del personal auditado durante la realización de la auditoría.

5.3 Puntos fuertes:

-En general (continúan en vigor los de años anteriores)

- Clara orientación en ASPRONAGA a la mejora de la calidad de vida de los usuarios en cumplimiento de lo requerido en la Misión, Visión y Política de Calidad de la organización.
- La implicación de la Gerencia, Responsable de Calidad y Directores en el sistema de gestión así como la apuesta por la mejora continua que redunde en la Calidad de vida de los usuarios y las familias.
- El enfoque a usuarios, familias, financiadores, asociados y sociedad.
- El capital humano de la organización.
- Cultura de trabajo en equipo y participación de los grupos de interés en la gestión de los centros y servicios.
- El Ágora de Aspronaga, "Espacio para el diálogo"
- El Portal de Calidad de ASPRONAGA.
- La gestión de la formación del personal de la organización.
- Portal de Gestión de Personas de ASRPONAGA.
- La gestión y control presupuestario.
- El uso de las redes, Facebook, Blogs,...
- El control de costes de comedor en el CLL. La comparativa de costes por año y la toma de acciones según la evolución.
- La Memoria del año 2014. Periódico ASPRONAGA.
- Fidelidad de los proveedores, si bien se debe continuar con el contraste con los existentes en mercado.
- Las auditorías internas a RRHH y compras y proveedores. Así mismo destacar la realización de auditorías internas en otras organizaciones del sector.

En el Centro Ricardo Baró, CRB

- El sólido Equipo Directivo del Centro.
- La participación del Director del Centro en Comités de Ética.
- Destacar la implantación del servicio de hidroterapia en las instalaciones del centro. Reorganización de actividades en el centro y participación del personal en la actividad.
- Buena coordinación del equipo técnico de cooperas (Psicóloga, Logopeda y Terapeuta ocupacional) con el

personal de atención Directa y Dirección. Destacar la implicación y compromiso de las Cooperas.

- La elaboración y seguimiento de los Planes Individuales (adaptados a las 8 dimensiones de Calidad de Vida FEAPS) de usuarios.
- La gestión de actividades de ocio y tiempo libre y la valoración de las mismas.
- Reforma Energética en el CRB.
- El Grupo Nosotros. El enfoque a familias, el seguimiento y atención prestada a los mismos. La comisión de acogida y el proceso de acogida.
- La dedicación de los cuidadores para la consecución del PIT así como la participación en actividades de ocio y tiempo libre.
- La realización de material propio en el centro para eventos y para la sala multisensorial.
- La realización de actividades con usuarios: Teatro, Videos,..
- Los nuevos Protocolos implantados, Atención Básica.
- El trato exquisito a los usuarios. La participación de usuarios en Reuniones de Coordinación y Evaluación de los Equipos de Trabajo, con los apoyos necesarios.

En el Centro Laboral Lamastelle, CLL

- Equipo compacto y sólido de trabajo, la implicación de la Dirección del centro en el sistema y la mejora.
- La página web del CLL. La gestión de la misma y su contenido. La gestión documental.
- Organización del centro (actividades, talleres, comedor ...). El abanico de actividades existentes para los usuarios.
- La reorganización del centro en Talleres modificando grupos históricos y la incorporación de personal formado en Aspronaga con alto grado de implicación.
- Los trabajos realizados para la integración de la aplicación informática de gestión en el día a día del centro.
- El enfoque y seguimiento personalizado en la atención de los usuarios.
- La realización de jornadas de ocio con usuarios, por ejemplo: Jornada de mantenimiento.
- Informe de evaluación de usuarios con fotos para las familias.
- La implicación del grupo de autogestores en los equipos de trabajo del centro.
- Nuevas actividades en el centro educación en valores, 32 actividades grupales.
- El trabajo en talleres, clientes fidelizados.
- La participación de un mayor número de usuarios en actividades ocupacionales de centro: cocina, limpieza, instalaciones,...
- Intercambios con otros centros, por ejemplo Geriatros Oleiros, Tercera Edad.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

- La implicación del Equipo Directivo.
- Lourdes Virtual y la página web.
- La gestión documental del sistema.
- El uso de las nuevas tecnologías con los alumnos y el profesorado, la realización y participación en Proyectos TICS. Los Blogs del centro.
- Los convenios para la inclusión social, p.e: CIFP Paseo das Pontes y Global Azaga.
- Destacar la consecución de financiación para el servicio de transportes escolar y comedor.
- La participación y coordinación del Orientador en equipos de orientación externos. El intercambio y apoyo a otros centros.
- El seguimiento de alumnos y familias por el psicólogo del centro. La realización de pruebas cada 2 años a los alumnos, estudio de la evolución de los casos. La realización de informes : informes externos, conocimiento personal, informes psicopedagógicos,...

En Hogares Residencias, RES

- El esfuerzo e implicación del equipo de trabajo. El trato cercano y personalizado a los usuarios.
- El seguimiento y evaluación de los usuarios. El desarrollo de programas para favorecer la autonomía personal y social de los usuarios teniendo en cuenta sus necesidades y preferencias.
- Los Planes Individuales de trabajo: contenido, información y actualización.
- La coordinación con el CLL y CRB.
- Seguimiento de acciones de proceso así como la gestión documental.
- El buen hacer del servicio doméstico.
- Incorporación al nuevo aplicativo de gestión de ASPRONAGA

En el Servicio de Ocio, OCI

- La realización de actividades para el empoderamiento de los usuarios y la inclusión social. La realización de registros nuevos que permiten el uso por todo el personal de la organización y voluntarios, por ejemplo: registro de material para los viajes, tarjetas de control de dinero para viajes,... Otros registros facilitan las actividades, por ejemplo: carteles identificativos a las puertas en las habitaciones de viajes.
- La optimización de recursos para la gestión del servicio. El esfuerzo e implicación del equipo de trabajo.
- Tendencia por parte del Club al ocio en comunidad, la búsqueda de la integración social.
- El uso de las nuevas tecnologías y redes sociales en la gestión del servicio.
- Renovación de la gestión del programa de Respiro en A Coruña.
- La proactividad para fomentar alianzas con organismos y entidades,...
- El equipo de voluntarios con discapacidad.

5.4 Oportunidades de mejora:

-En general

- Continuar con la implantación del Modelo de Calidad FEAPS.
- Establecer nuevos indicadores relacionados con la Calidad de Vida. La organización se está formando actualmente.
- Elaborar un cuadro de mando integral.
- Continuar trabajando en la conservación, funcionalidad y accesibilidad de las instalaciones.
- La creación de un Espacio Ético.
- Adaptación a la Norma UNE EN ISO 9001:2015.
- Continuar con la aplicación práctica de requisitos del sistema de gestión: uso de herramientas del sistema como No conformidades y acciones correctivas.
- Continuar fomentado el uso del área privada de la web para usuarios y familias.
- La Dinamización Asociativa: "Asociacionismo y Participación Activa"
- Automatizar el cálculo de indicadores.
- Desarrollar planes de captación de recursos.
- Trasladar el control de costes de comedor a todos los centros.
- Fomentar el uso del Portal de Gestión de Personas de ASRPONAGA: para comunicación interna, para gestiones de los procesos,...
- Creación de nuevos diseños de Planes de Actuación para los centros.
- Guardar muestras testigos de las comidas/cenas.
- Continuar formando a auditores internos de cara a que el intercambio de auditorías continúe aportando un gran valor a la organización.

En el Centro Ricardo Baró, CRB

- En la medida de lo posible buscar actuaciones para estabilizar los puestos de psicóloga, terapeuta ocupacional y logopeda, la organización ha extendido el plazo y asumido el coste de los contratos de cooperación hasta su relevo.
- Incorporar protocolos sobre cuidados paliativos.
- Continuar fomentado la lectura de incidencias por el aplicativo informático.
- Instalación de una pasarela cubierta para el acceso a la piscina, planteado por la organización.
- Continuar en la búsqueda de financiación para plazas de concierto (Diputación a Xunta).
- Continuar con el seguimiento de las acciones de mejora abiertas.

En el Centro Laboral Lamastelle, CLL

- Establecer indicadores de calidad de Vida.
- Nuevo modelo de PII
- Continuar estableciendo acciones para fidelizar empresas que provean de trabajo al centro.
- Continuar fomentando la participación de familias a través de Talleres, visitas al centro.
- Automatizar el cálculo de indicadores.
- Prolongación de la pasarela de protección hasta la zona de autobuses.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

- Establecer indicadores sobre Calidad de vida.
- La dinamización de la Biblioteca.
- Establecer un Plan anual de mantenimiento con las mejoras previstas. Continuar con las reformas del Centro.
- Continuar potenciando el sentimiento de pertenencia a ASPRONAGA.
- La implantación de metodologías basadas en inteligencias múltiples.
- Nuevo Proyecto Curricular.

En Hogares Residencias, RES

- Extender el Plan de Autoprotección a Pla y Cancela.
- Destacar la realización de una encuesta específica para el respiro familiar, implementación de la misma.
- Redefinición de indicadores incorporando Calidad de Vida.
- Colocación de baldas en el almacén de la RES Lamastelle.
- Trasladar el registro creado para mantenimiento correctivo en las RES al resto de centros.

En el Servicio de Ocio, OCI

- La implementación del proceso de gestión del voluntariado.
- Adaptación de la encuesta, pictografiarla.
- La presentación de Proyectos para los Ayuntamientos de A Coruña y Arteixo, por ejemplo Bolsa de Voluntariado para personas con discapacidad.
- Implantación de la aplicación informática de gestión.
- Realizar un catálogo de actividades, para aquellas actividades que se vienen repitiendo durante años.
- Valorar la necesidad de la encuesta de acogida teniendo en cuenta el nuevo perfil de los usuarios.
- Continuar introduciendo apoyos al servicio de usuarios del centro, de cara a colaborar en la carga de trabajo.
- Aprovechar la reorganización de material del centro para su organización y conservación.

5.5 No conformidades:

| Nº | DESCRIPCIÓN | PTO. NORMA | CATEGORIA |
|----|-------------|------------|-----------|
| | | | |

5.6 Observaciones:

| Nº | DESCRIPCIÓN | NORMA |
|----|---|----------------------|
| 1 | En la parte general 1. A fecha de auditoría se están planificando los simulacros de evacuación. Se ha realizado la formación en el Plan de Autoprotección. | UNE-EN ISO 9001:2008 |

| | | |
|---|--|----------------------|
| 2 | <p>1. Se observa que la organización tiene abierta una acción para la actualización de expedientes de usuarios, en fase de implantación.</p> <p>2. Se observa que la organización está en proceso de implantación en cocina de las sistemáticas de identificación de alérgenos en los menús. La organización tiene un planteamiento para Inspección.</p> <p>3. Se observa que si bien existen registros en papel o móvil respecto al mantenimiento correctivo en el centro, no se está reflejando el mismo en el base de datos de Aspronaga. Así mismo se detectan casos en los que no se identificad la fecha de cierre de incidencias de mantenimiento con una fecha concreta.</p> <p>4. Se observan ordenadores en los que el aplicativo de gestión funciona lento, por ejemplo talleres de ocupacional.</p> | UNE-EN ISO 9001:2008 |
| 3 | <p>1. Se observan indicadores que a fecha de auditoría están siendo analizados para su reformulación.</p> <p>2. La organización está en comunicaciones con el proveedor de informática para solucionar el tema de la lentitud de los ordenadores con el aplicativo de gestión en algunos puestos. La organización va a revisar la vida útil de los equipos en base a los resultados del análisis que se está realizando y las acciones que se llevarán a cabo.</p> | UNE-EN ISO 9001:2008 |
| 4 | <p>1. Se observan procesos que no incorporan información sobre registros que se están utilizando. La organización tiene planteada realizar una actualización documental al haber puesto en práctica los mismos y tener buen resultado.</p> <p>2. Se observa algún procedimiento que no está actualizado a la sistemática de trabajo, la organización tiene planteada una acción al respecto.</p> <p>3. Se observa una clara mejora en las instalaciones si bien a fecha de auditoría la organización tiene el material del Club pendiente de organizar e identificar, lo mismo está previsto realizarse cuando terminen las obras del almacén disponible para su conservación.</p> <p>3. Se observa un indicador fuera de su resultado planificado, la organización se ha planteado modificar el mismo, número de propuestas de mejora, 10 por semestre.</p> <p>5. Se observa puntualmente que la reunión de coordinación del verano no se realizó, las obras afectaron a la carga de trabajo y organización del centro.</p> | UNE-EN ISO 9001:2008 |

| Nº | DESCRIPCIÓN | NORMA |
|----|---|----------------------|
| 5 | <p>1. La organización tiene abierta una acción relativa a la actualización documental a los cambios de la LOMCE. La misma está en proceso de implantación. Competencias clave, NOF,...</p> <p>2. A fecha de auditoría el simulacro está pendiente de realizar y es planificado en Consello Escolar.</p> <p>3.. Se observa algún deterioro en las intalaciones, la organización está realizando un inventario de cara a la revisión de las mismas.</p> <p>4. Se observa que la organización está en proceso de implantación en cocina de las sistemáticas de identificación de alérgenos. La organización tiene una propuesta para Inspección.</p> | UNE-EN ISO 9001:2008 |
| 6 | <p>1. Se observa que la organización está en proceso de implantación en cocina de las sistemáticas de identificación de alérgenos en los menús. La organización tiene un planteamiento para Inspección.</p> <p>2. Se observa que el para el servicio de fisioterapia e hidroterapia el registros de actividades no se ha realizado en el aplicativo de gestión ya que el mismo no abre en el ordenador de fisioterapia.</p> <p>3. Se observan ordenadores en los que el aplicativo funciona lento para lectura y para edición, siendo el tiempo de respuesta y de registro excesivo.</p> | UNE-EN ISO 9001:2008 |

6. ASISTENCIA DE PARTICIPANTES EN LA AUDITORÍA

| NOMBRE | CARGO/ÁREA | FIRMA (si aplica) | REUNIÓN INICIAL | DESARROLLO AUDITORIA | REUNIÓN FINAL |
|---|--|----------------------|-----------------|----------------------|---------------|
| D. POMPEYO FERNÁNDEZ PEREZ | DIRECTOR GERENTE | | X | X | X |
| D. ANTONIO NAYA SANCHO | DIRECTOR DEL CENTRO RICARDO BARÓ | | X | X | X |
| D. JUAN FONTENLA PÉREZ | REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS | | X | X | X |
| D ^a . MARIA JOSE MUÑOZ MARTÍN | MÉDICO. JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA Y SALUD | | | X | X |
| D ^a . ÁNGELA FUENTES | CUIDADORA CRB | | | X | |
| D ^a . FERNANDA EVANS MONELOS | CUIDADORA CRB | | | X | |
| D ^a . MERCEDES OBELLEIRO TRIGO | CUIDADORA CRB | | | X | |
| D ^a . LITA FRAGA | CUIDADORA CRB | | | X | |
| D ^a . LUCÍA MONTALVO FERNÁNDEZ | CUIDADORA CRB | | | X | |
| D ^a . ANA MANO GARCÍA | DUE CRB | | | X | |
| D. MANUEL MARTÍNEZ SUÁREZ | FISIOTERAPEUTA CRB CLL | | | X | |
| D ^a . EVA SILVA PÉREZ | PSICÓLOGA CRB | | | X | |
| D ^a . LAURA FRESCO GARCÍA | LOGOPEDA CRB | | | X | |
| D ^a . LYDIA ABAD ITOIZ | TERAPEUTA OCUPACIONAL CRB | | | X | |

| NOMBRE | CARGO/ÁREA | FIRMA (si aplica) | REUNIÓN INICIAL | DESARROLLO AUDITORIA | REUNIÓN FINAL |
|---|---|----------------------|-----------------|----------------------|---------------|
| D ^a . PATRICIA ZAS | TECNICA RR.HH. ASPRONAGA | | | X | |
| D ^a . LISA MATOS CONCHADO | DIRECTORA DEL CENTRO LABORAL LAMASTELLE | | X | X | X |
| D ^a . MARTA FERNÁNDEZ RIAL | EDUCADORA SOCIAL | | | X | X |
| D ^a . CRISTINA DÍAZ ÁLVAREZ | PSICÓLOGA CLL | | | X | X |
| D ^a SARAI PÉREZ VARELA | ENCARGADA DE UNIDAD CLL | | | X | |
| D ^a . LAURA LÓPEZ PENA | TALLER CLL | | | X | |
| D ^a . FÁTIMA PORTO MUIÑOS | TALLER CLL | | | X | |
| D ^a . ALEJANDRA GARCÍA GOMAR | TALLER CLL | | | X | |
| D ^a . MARIA JESUS SUAREZ-NOGUEROL CALVET | COCINERA CLL | | | X | |
| D ^o ALFONSO PATIÑO VEIRA | MAESTRO DE TALLER Y MANTENIMIENTO CLL Y RES | | | X | |
| D ^a . FERNANDA PÉREZ BERMÚDEZ | COORDINADORA DE RESIDENCIAS | | | X | X |
| D ^a . MERCEDES GARCÍA | SERVICIO DOMÉSTICO RES | | | X | |
| D ^a . ESTRELLA VÁZQUEZ GUILLAMET | SERVICIO DOMÉSTICO RES | | | X | |
| D. IAGO GRAÑA MENDUIÑA | COORDINADOR DE OCIO | | | X | |
| D ^a . PATRICIA GERMANO POLO | TÉCNICO DE OCIO | | | X | |
| D ^a . PATRICIA FREIRE ALLIS | DIRECTORA DEL COLEGIO | | | X | X |

| | NOMBRE | CARGO/ÁREA | FIRMA (si aplica) | REUNIÓN INICIAL | DESARROLLO AUDITORIA | REUNIÓN FINAL |
|--------|-------------------------------------|---|----------------------|-----------------|----------------------|---------------|
| + - | D ^a . FÁTIMA REY CASTROS | JEFATURA DE ESTUDIOS COL DOCENTE COL | | | X | |
| + - | D ^a . ÁNGELES RODRÍGUEZ | TRABAJADORA SOCIAL COL | | | X | |
| + - | D. JAIME VIDAL ROSA | AYUDANTE TÉCNICO COL | | | X | |
| + - | D ^a . MAR SERRANO PAZO | DOCENTE COL | | | X | |
| + - | D. MANOLO SALGUEIRO MENDEZ | ORIENTADOR Y PSICÓLOGO COL | | | X | |

7.DISPOSICIONES FINALES

- Se entrega a la Organización, copia de este informe. Las observaciones y no conformidades descritas han sido aclaradas y entendidas.
- 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.
- Las No Conformidades se refieren a incumplimientos de los requisitos de la Norma de referencia, estándares aplicables, o de los documentos del Sistema de Gestión de la Organización. Las Observaciones reflejarán aquellas circunstancias o aspectos de la auditoría cuya evolución podría generar una no conformidad y por tanto, deben ser consideradas por la Organización para evitar que puedan constituir no conformidades en posteriores auditorías
- 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 en 30 días naturales a partir de la fecha de emisión del informe de auditoría. En la definición de las acciones correctivas, debe indicarse para cada no conformidad, el estudio de sus causas, las acciones propuestas para el cierre de las no conformidades, las acciones correctivas para eliminar las causas de las no conformidades, los plazos de implantación (para cada una de las acciones) y los responsables de dicha implantación (Ver Guía para la elaboración del plan de acciones correctivas). (Para ISO TS 16949 ver disposiciones finales específicas para esta norma)
- 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 la justificación y evidencias documentales necesarias para su valoración por los servicios de AENOR:
- Durante la auditoría se ha verificado la corrección de las distintas no conformidades y observaciones identificadas en la anterior visita. En caso de que no hayan sido corregidas forman parte de este informe. Los comentarios del equipo auditor al respecto son los siguientes:

NO PROCEDE

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

| Nº SUBEXPEDIENTE | Nº DE CERTIFICADO | FECHA DE EXPIRACIÓN DEL ACTUAL CERTIFICADO |
|----------------------------------|-------------------|--|
| 2007/0321/ER/01 | ER-0675/2007 | 2015-12-14 |
| Fecha prevista próxima auditoría | 2016-11-01 | |

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

NO PROCEDE

- 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 durante la realización de las auditorías la documentación vigente del Sistema de Gestión.

- Se adjuntan a este informe los siguientes documentos:

Obligatorios en todos los Sistemas:

- Listado de documentos en vigor
- Listado de legislación aplicable

No Obligatorios en todos los Sistemas

- Listado de proyectos, obras y/o servicios
- Listado de clientes
- Descripción de procesos (Mapa)
- Análisis de riesgos (Fichas de proceso)
- Tabla de verificación completa (OBLIGATORIA EN TS)

Otros:

- Para cualquier aspecto relacionado con el proceso de certificación, la organización puede dirigirse al Técnico Responsable de su Expediente (TRE):

2007/0321/ER/01 - Dña. Sonia RUIZ VARGAS

En _____, a _____ de _____ de 20_____