

ASPRONAGA

Informe de Auditoría

Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN: 2007/0321/ER/01 NORMA DE APLICACIÓN: UNE-EN ISO 9001:2015	Nº INFORME: 16 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"/>	TIPO DE AUDITORÍA: 1ª Seguimiento
---	--	--

Fechas de realización de la Auditoría: 2023-03-06 - 2023-03-08

DATOS GENERALES

A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la Organización	ASPRONAGA
Dirección	CENTRO RICARDO BARO Avenida ISAAC DIAZ PARDO, 12 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)
Representante de la Organización (nombre y cargo)	Dña. Lucía BARRAL GÓMEZ (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

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 Primera 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:
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 RESIDENCIA LAMASTELLE y RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA.

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.

Programa de auditoría: Programa de auditorías para año 2022, planteando auditorías semestrales que cubren todo el alcance. Planificado proceso de Gestión de la Calidad para auditor independiente, si bien no se ha realizado. Se revisa informe de fecha 2022-11-05.

En cuanto al proceso de Revisión del sistema por la Dirección: Se revisa informe de fecha 2023-02-23, en el cual se analiza el período 2022. El contenido de este se considera completo y abarca:

- Colegio Ntra. Señora de Lourdes.
- Centro ocupacional y Centro de Día Lamastelle.
- Residencias "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):

Ref. NC	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma	Estado actual
1	En relación con el mantenimiento de equipos e infraestructuras , se detecta: <ol style="list-style-type: none"> 1. Si bien se incluye dentro del alcance de los diferentes centros, el servicio de cocina, no se evidencia mantenimiento preventivo de cámaras frigoríficas. Realizados mantenimientos. 2. No se evidencia que haya identificado si resulta de aplicación la realización de inspección por OCA de instalación contra incendios, en los diferentes centros, según lo establecido en Real Decreto 513/2017. El 15/03/2022 se realiza la inspección OCA, el 09/12/2022 se recibe el certificado de inspección de la instalación, con resultado condicionada a subsanar en 6 meses a 1 año. 3. Registro de control de temperatura de cámara frigorífica de cocina de Residencia Martín Pou con valores fuera de rango en días consecutivos, sin evidencia de que se hayan tomado medidas al respecto. Realizado y cerrado 	7.1.3	Se mantiene abierta y en seguimiento.
2	En relación con los recursos de seguimiento y medición , si bien el servicio médico realiza controles de peso, tensión, etc, no se evidencia control / verificación, de los equipos utilizados para dichos seguimientos. Modificado procedimiento. Pendiente ejecución.	7.1.5	Se mantiene abierta.
3	En relación con la evaluación de la eficacia de la formación realizada , a fecha de auditoría no se dispone de información relativa a la misma (Solamente se recoge información de los asistentes una vez terminado el curso, si bien dicha información no permite conocer la eficacia de los conocimientos adquiridos, en relación con los objetivos de la acción formativa). Elaborado cuestionario en enero 2022. No seguimiento desde entonces.	7.2	Se mantiene abierta

4	En relación con el control de la prestación del servicio , se detecta: a) Servicio de ocio – Club Finisterre: No se evidencia completa planificación y seguimiento de las actividades realizadas por el mismo. Del mismo modo no se realiza seguimiento de indicadores asociados, ni se dispone de información relativa a satisfacción de los usuarios. b) Centro Ocupacional Lamastelle – Centro de Día: En contra de lo establecido en contrato de prestación, no se evidencia que se disponga de prescripción médica que avale la información aportada por la familia en relación a la medicación a administrar a usuarios.	8.5.1	Último seguimiento de febrero. Abierta pendiente de verificar.
5	En relación con la auditoría interna , se detecta: a) No se evidencia que se haya definido la competencia de la que debe disponer el auditor interno. b) No se garantiza imparcialidad con parte de los procesos auditados (responsable de Calidad asume auditoría de procesos estratégicos).	9.2	Seguimiento OK. Se mantiene abierta pendiente de verificar.

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

Algunos de los cambios identificados:

- Se han renovado y ampliado algunas instalaciones para mejorar la prestación de los servicios por parte de los profesionales y a consecuencia de las necesidades y demandas de las personas con discapacidad y sus familias.
- Cambios en las funciones y responsabilidades de los profesionales de los turnos de noche de las residencias al reconocérsele el turno de noche completo como jornada de trabajo y ejercer su derecho al plus de nocturnidad.
- Creación de nuevos puestos de trabajo de profesionales para prestar apoyos en los talleres ocupacionales y centro de día ante el aumento de número de plazas.

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.

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.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS / OBJETIVOS PLANTEADOS EN 2021 - 2022

La organización ha definido las siguientes líneas estratégicas:

1. Promover la formación, el crecimiento personal y social y preparar a las personas para desarrollarse en su realidad social y cultural.
2. Promover al máximo nivel el desarrollo de la persona en los distintos contextos (a nivel individual, familiar, social, etc.) en un entorno de hogar en el que sus necesidades básicas estén satisfechas, así como su bienestar físico, emocional y material.
3. Promover que las personas con discapacidad intelectual puedan enfrentarse con las exigencias de la vida cotidiana y el trabajo, así como para facilitar el desarrollo de sus potencialidades para la consecución de una calidad de vida lo más normalizada posible, generando cambios reales en la sociedad.
4. Integración real y efectiva en la sociedad de las personas con discapacidad intelectual a través de la mediación en actividades del entorno y el desarrollo de programas de actividades normalizadas y continuadas.
5. Defensa de los intereses de las personas con discapacidad y sus familias desde todas las dimensiones.

Aprobadas líneas estratégicas para ejercicio 2022, encontrándose al alcance de las diferentes partes interesadas.

Otras consideraciones del equipo auditor

No procede.

Puntos fuertes

En general

- 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.
- 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.
- Formación continua en Valores.
- Completa sistemática de evaluación de proveedores. Rigurosidad en el seguimiento de estos.
- Informe de identificación de mejoras de las instalaciones.

En el Centro Laboral Lamastelle, CLL

- Despliegue de proyectos: Habilidades Laborales; Prospección, encuestas de expectativas; “Pera corazón”; Proyecto Coruña Apoya; Proyecto “Envejecimiento” y proyecto “Raíces de FADEMGA”.
- Previsión de un concierto social para mayo de 2023, el cual supondrá un incremento de ratios de personal técnico.

En el Centro Ricardo Baró

- Proyecto de definición de PCP para todos los usuarios. Detección de preferencias y expectativas de usuarios y familias, y consideración de estas en el planteamiento de objetivos.
- Definición de actividades concretas asociadas a los objetivos individuales, por ej. en psicología.

En Centro Educativo,

- Programación Xeral Anual (Documento maquetado no presentado a Inspección)
- Definida rúbrica para evaluación en Aula Azul y uso de aplicación Aditio.
- Elaboración y aprobación de ACI´s para el 100% del alumnado. Coordinación tanto interna (entre los diferentes profesionales), como externa (familias, administración, etc), en la aprobación y seguimiento de las mismas.

En servicio de Ocio

- Esfuerzo por cubrir la demanda de ocio, así como el esfuerzo llevado a cabo para la medición de indicadores, dada la casuística de reducción de personal con la que continúa el servicio en el periodo objeto de auditoría (baja del director del servicio e inexistencia de la figura del responsable de deportes)
- Claridad en el concepto de ocio inclusivo, y esfuerzo realizado por ofrecer el mismo a los demandantes.

Oportunidades de mejora

En general

- Revisión general de información documentada, adaptándola a las necesidades de la organización, y simplificándola en aquellos puntos en que se considere.
- Digitalización de documentación de usuarios, en la medida de lo posible.
- Valorar la idoneidad de disponer de informes de auditoría y otros informes internos de la organización, en los que se recoge en detalle actividad diaria de la organización (incluido iniciales de usuarios asociados a fechas como, fecha de alta).
- Motivar al personal para incrementar la participación en encuesta de clima laboral, con el fin de obtener una muestra más representativa y detectar posibles debilidades u oportunidades de mejora.
- En relación a la satisfacción de partes interesadas:
 - a) Detallar, dentro del Procedimiento de Satisfacción, muestra considerada representativa.
 - b) Incluir análisis de tendencias, comparando resultados de encuestas con la de años anteriores.
- Diferenciar entre necesidades y expectativas de partes interesadas, con el fin de diferenciar claramente aquellas cuestiones que deben ser consideradas requisitos para la organización, de aquellas otras (expectativas), que puedan dar lugar al planteamiento de oportunidades de mejora.
- Tener en cuenta, dentro de la revisión de análisis de contexto, información derivada de: auditorías internas y externas, inspecciones, satisfacción de partes interesadas, estado de no conformidades e incidencias, seguimiento de indicadores.
- Analizar la posibilidad de sacar mayor provecho a base de datos.
- Continuar fomentando una metodología de establecimiento de objetivos por cada centro basada en las líneas estratégicas de la entidad (plan anual estratégico) y que permitan aunar esfuerzos, sumar sinergias y “caminar” hacia la mejora continua en una misma dirección (objetivos “en cascada”).

- Continuar con la implantación del Modelo de Plena Inclusión en su nueva versión.
- Continuar trabajando en la conservación, funcionalidad y accesibilidad de las instalaciones.

En el Centro Laboral Lamastelle, CLL

- Intentar conseguir mayor definición en los objetivos planteados para cada usuario.
- Buscar el modo de garantizar participación de los diferentes profesionales en el proceso de valoración inicial.
- Elaborar memoria final de cada uno de los talleres, con el fin de detectar posibles mejoras de cara a periodo siguiente.

En Hogares Residencias, RES

- Redefinición de indicadores incorporando Calidad de Vida.
- Continuar trabajando en la revisión general de procesos y protocolos.
- Protocolizar y registrar las sistemáticas de supervisión de la preparación y administración de la medicación, especialmente relevante dicho control cuando todo el proceso se realiza por personal auxiliar.

En el Centro Ricardo Baró, CRB

- Digitalizar los expedientes de las personas usuarias para favorecer la intercomunicación de información necesaria y relevante entre las personas que forman el equipo interdisciplinar.
- Profundizar en el análisis de las causas vinculadas a las caídas.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

- Aprobar el nuevo proyecto educativo (PE), y completar revisión de NORF.
- 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.

Servicio de Ocio

- Revisar el mapa de procesos vinculado al servicio (actualmente muy enfocado a los objetivos/misión del servicio).
- Indicar en el apartado de observaciones de los indicadores los aspectos relevantes identificados durante el proceso.
- Aprobar el nuevo RRI del Club Pendiente de aprobación, solo de asamblea.
- Continuar potenciando la participación de las familias y la sensibilización hacia un modelo de ocio más inclusivo y aunar esfuerzos para que todos los profesionales de la entidad trabajen de manera coordinada y en la misma dirección.
- Continuar con la difusión y sensibilización en otras entidades del sector, o centros de formación sobre el ocio inclusivo.
- Agilizar la implantación de un CRM, y en su defecto, crear un registro (por ej. en Excell), que permita una medición más automatizada de los indicadores.

Nº	Observaciones
01	Continúa en proceso el diseño del plan de igualdad de la entidad (es obligatorio para entidades de más de 50 personas trabajadoras desde marzo de 2022).
02	Si bien la entidad se encuentra en proceso de implantación del aplicativo Resiplus, a fecha de auditoría no ha establecido de manera documentada una planificación de dicho cambio.

03	<p>A fecha de auditoría la organización mantiene abiertas las siguientes acciones correctivas y/o de mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entidad: <ul style="list-style-type: none"> • N° 3. 11/03/2020. Mapas de procesos no aportan valor (No conformidad). • N° 36. 28/05/2020. Infraestructuras y equipamientos deteriorados (Prevención Riesgos) • N° 40. 10/02/2020. Participación en el pilotaje para la implantación del Modelo de Calidad Plena Inclusión (Oportunidad). • N° 45 Plan de evacuación de centro. Pendiente aprobar Plan de Autoprotección. Planos obsoletos • N° 42. 07/05/2020. Comité de Ética de Aspronaga. Se cierra sin que se evidencie un correcto seguimiento de las acciones llevadas a cabo. ✓ Lamastelle: <ul style="list-style-type: none"> • 5 riesgos abiertos. • N° 55. No conformidad de fecha 30/11/2020. Inspección Servicios Sociales. Pendiente cierre una vez evaluada eficacia en próxima Inspección de Política Social (Seguimiento de 15/11/2021) • N° 43 (asociada a medicación en CLL), se encuentra abierta en el despliegue y con último seguimiento de noviembre de 2020. • Riesgo nº 73 El Tren de Pla (control emocional). Se mantiene abierta desde 2021. • N° 72 Orientar procesos del Centro Laboral y Centro de Día hacia una mayor Calidad de Vida de los usuarios. Se mantiene abierta. Se elabora nuevo PAI. Obs. No se hace seguimiento de las acciones ✓ Centro Ricardo Baró: <ul style="list-style-type: none"> • NC57. 28/04/2021. Inspección Servicios Sociales. Pendiente cierre una vez comprobada eficacia en próxima inspección. • NC60. 12/13/2021. Inspección Sanidad. Pendiente cierre una vez comprobada eficacia en próxima inspección. ✓ Residencias: <ul style="list-style-type: none"> • No conformidades derivadas de recientes inspecciones de Sanidad y Servicios Sociales. Pendiente cierre una vez comprobada eficacia en próximas auditorías. ✓ Colegio: <ul style="list-style-type: none"> • OM Necesidad de adaptar el colegio a la LOMCE y a los requisitos de la administración para todos los Centros Educativos sostenidos con fondos públicos. Adecuación del PROYECTO EDUCATIVO DEL COLEGIO a la LOMCE/legislación vigente. Diseño de procesos (nuevo mapa de procesos) adecuados a XADE y al proceso de enseñanza/aprendizaje actualizado. Se observa que el último seguimiento de febrero de 2020. ✓ Centro de Ocio: <ul style="list-style-type: none"> • N° 26 Riesgo vinculado al voluntariado. Últimas acciones llevadas a cabo e n2010 y alguna no desplegada (convivencia voluntariado). • N°27 Riesgo vinculado a la sensibilización de la población. Último seguimiento de abril de 2019, si bien se mantiene abierto y desplegado. • NC 68 de AI. Elaboración y aprobación de Reglamento de régimen interno. Pendiente aprobación.
04	<p>Se observa que la frecuencia de medición de algunos indicadores identificada en el procedimiento de Ocio no se corresponde con la indicada en la tabla de indicadores. Por ej. Acciones de colaboración con recursos comunitarios para la participación inclusiva.</p>
05	<p>En el servicio de Ocio, se desvía el indicador asociado a "Estudio de un caso ético sobre participación desinstitucionalizada", sin evidencia de que dicho desvío haya sido analizado.</p>
06	<p>Se observa que el procedimiento de ocio, no se ha documentado de manera completa el proceso del flujo del servicio (programación, envío a interesados, etc.).</p>

07	Se observa que la ficha de datos generales y aportados por la familia al inicio (CLL), no recoge clausulado relativo a RGPD.
08	En relación con el seguimiento y medición de procesos, se observa que, si bien se establece tiempo de respuesta a incidencias, si bien a fecha de auditoría no se está midiendo.
09	No se alcanza el grado de satisfacción asociada al indicador de familias, si bien el análisis y/o procedencia de llevar a cabo acciones no ha sido documento.
10	En relación con la gestión de recursos humanos, se observa: <ul style="list-style-type: none"> a) Estructura jerárquica general definida en septiembre 2010. Detectado en autodiagnóstico de igualdad la necesidad de revisar el mismo. (Ej. Centro Ocupacional: incluye coordinador de producción, y ya no existe dicha figura). Se está revisando. b) Se observa que la organización establece que se realizará 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. c) No se incluye dentro de Organigrama de Centro Ricardo Baró la figura de terapeuta ocupacional.
11	Se encuentra pendiente la aprobación de los nuevo Reglamentos de Régimen Interno presentados en septiembre de 2022.
12	En relación con la evaluación y seguimiento de proveedores, se observa que no se guarda envío requisitos a proveedores históricos
13	En relación a la gestión de información documentada, se observa Información documentada pendiente de actualizar en web de la organización (Ej. Portal de Recursos Humanos) Información documentada en proceso de revisión por parte de la organización, como los planes de Autoprotección de Centros (Excepto Residencia Martín Pou).
14	En relación a la competencia de personal se observa que, si bien se dispone de certificado de delitos sexuales de personal en contacto con menores, no se ha definido periodicidad de renovación del mismo, ni se ha renovado durante el periodo objeto de auditoría.

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 01/11/2015, donde se detalla sistemática para recopilar la información relativa a la satisfacción de diferentes partes interesadas.

Se establece la realización de las siguientes encuestas:

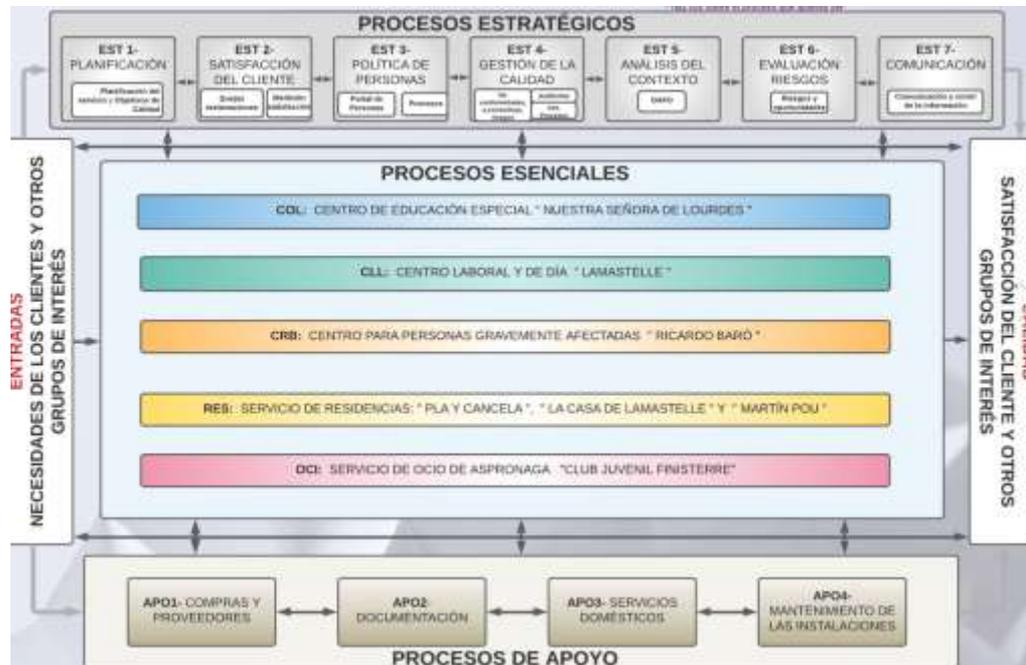
- ✓ **Personas usuarias:** A finales de 2022 se envían online dos modelos de encuestas para recoger la satisfacción de las personas que viven en las **residencias**. Se adaptan las opciones de respuesta a lectura fácil que lo cumplimentaron con los apoyos de los profesionales si así lo necesitaban o demandaban. Muestra del 25,8% de participación. Satisfacción del 97,5%.
- ✓ **Personas usuarias y familias de CLL:**
- ✓ Personas **usuarias** de Centro Ocupacional y Centro de día: Dicha encuesta fue respondida por 91 usuarios; de un total de 220; consiguiendo de esta manera una participación general del 41,36%, y una participación por centros de Centro Ocupacional 54%; Centro de Día 15%.
- ✓ Encuesta a **familias** del Centro Ocupacional y Centro de Día: Se envían las encuestas a través de los grupos de WhatsApp de la trabajadora social, se reciben 101 respuestas de las 220 familias; logrando de esta manera una participación del 45,9%. La participación por centros se reparte de la siguiente manera; Centro Ocupacional un 46,6% y Centro de Día de un 44%.
- ✓ **Encuesta sobre la comunicación de la planificación y estrategia de ASPRONAGA:** En el primer trimestre del año 2022 tras la emisión de los Planes de Actuación; se envía un cuestionario a las familias con el fin de valorar la comprensión de los planes y mejorar la comunicación estratégica de ASPRONAGA.
- ✓ Se envía a las 200 familias que forman parte de la entidad y en modalidad online, utilizando para ello la nueva herramienta de comunicación ToKApp. Contestan al cuestionario 60 familias obteniendo así un índice del 30% de participación. Se obtiene un resultado de 92,70%. Se supera la meta establecida de >75%. OM. Valorar incrementar el umbral.

A través del procedimiento EST02-D-2 Sugerencias y Observaciones de Mejora (Ed. 1 de fecha 21/07/2021), 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:



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:

Se han revisado los objetivos de calidad de 2022. Se mantienen los tres objetivos:

- ✓ "Implantación del nuevo modelo de CALIDAD FEAPS en toda la entidad"
- ✓ En 2022 se diseña y comienza la difusión de un boletín trimestral para las familias
- ✓ A lo largo del mismo año con el diseño y puesta en marcha del nuevo PAI en el CLL y Residencias se comienzan a aplicar las escalas Gencat y Escala San Martín para evaluar la Calidad de Vida de las PCDI;
- ✓ La nueva trabajadora social comienza a evaluar la Calidad de Vida de algunas de las familias de las residencias.
- ✓ Otras de las acciones de mejora previstas en el Plan no han podido realizarse por la carga de trabajo de los equipos y la reorientación de las planificaciones de los centros para dar respuesta a necesidades distintas. Se replanifican.
- ✓ "Revisar y adecuar los mapas de procesos facilitando la orientación a las personas"
- ✓ No se ha avanzado mucho más en ese sentido; el equipo de conceptualización de valores sopesa la posibilidad de delegar esta tarea al equipo de profesionales formados en la materia del Comité de Ética de la entidad.
- ✓ " Proyecto de ampliación del CENTRO RICARDO BARÓ".
- ✓ Previsto en el 2º-4º trimestre de 2023: Solicitud de licencia municipal ; Licitación e inicio de las obras; Finalización de las obras.

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**

Estructura jerárquica definida en Septiembre 2010. Detectado en autodiagnóstico de igualdad la necesidad de revisar el mismo. (Ej. C. Ricardo Baró: Creación de figura de coordinadora de fin de semana, y no incorporada al organigrama; Centro Ocupacional: incluye coordinador de producción, y ya no existe dicha figura).

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

Perfiles de puesto de fecha 09/12/2011. No se incluyen nuevas figuras incorporadas recientemente.

Se dispone de los siguientes procedimientos en relación a 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 2022. Si bien se realiza encuesta de valoración, a cumplimentar por los asistentes, una vez finalizada la formación, no se dispone de información relativa a la eficacia de la misma.

Control de certificado de delitos sexuales: Nuevas incorporaciones. Ver observación.

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 registrado y subido al REGAPE para Residencia Lamastelle, con apertura en 2019.

Para el resto de los centros, 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: Se observa que no se ha remitido la misma a proveedor de reciente incorporación: Quirón Prevención.

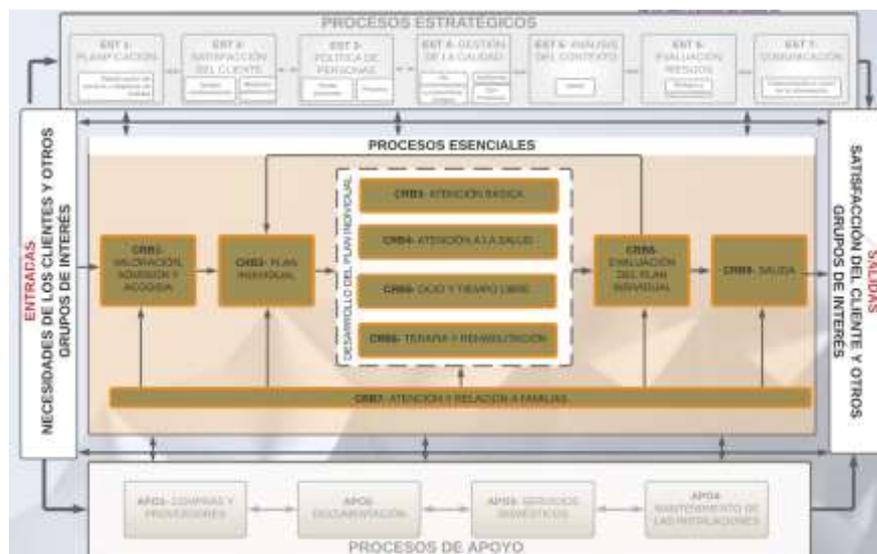
De modo puntual se observa algún proveedor histórico del que no se guarda el registro del mail de envío de equisitos.

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**

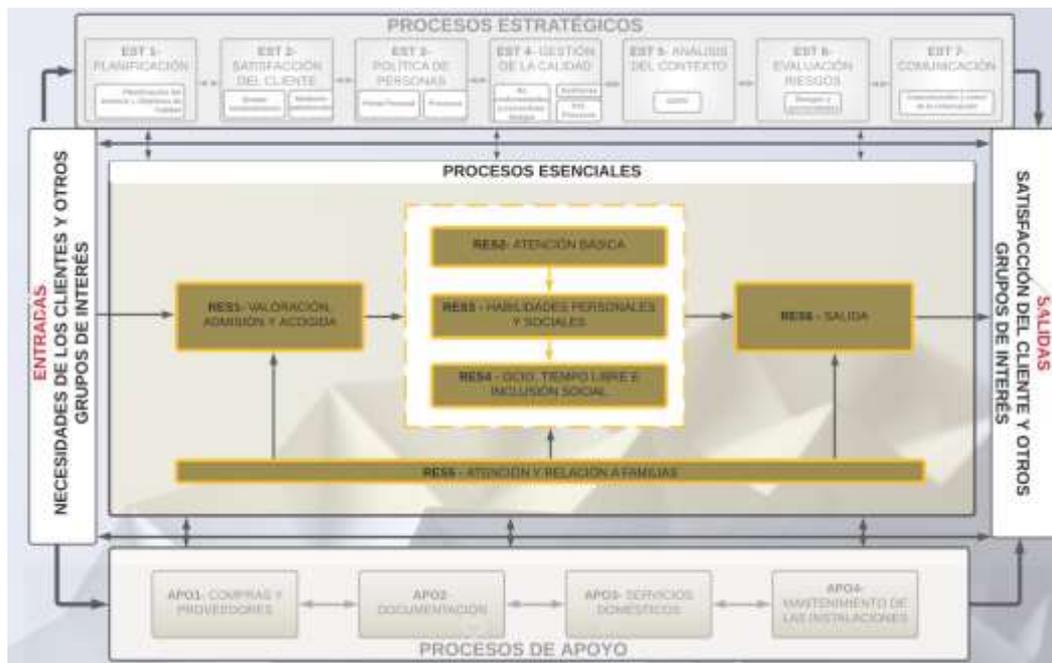


- ✓ **Indicadores:**
- ✓ **Análisis de contexto:** Última revisión de Diciembre 2021. Detectadas debilidades como: desgaste de profesionales, sistema de turnos y descansos poco eficaz, dificultad en la acogida a nuevos profesionales, etc.

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	
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).

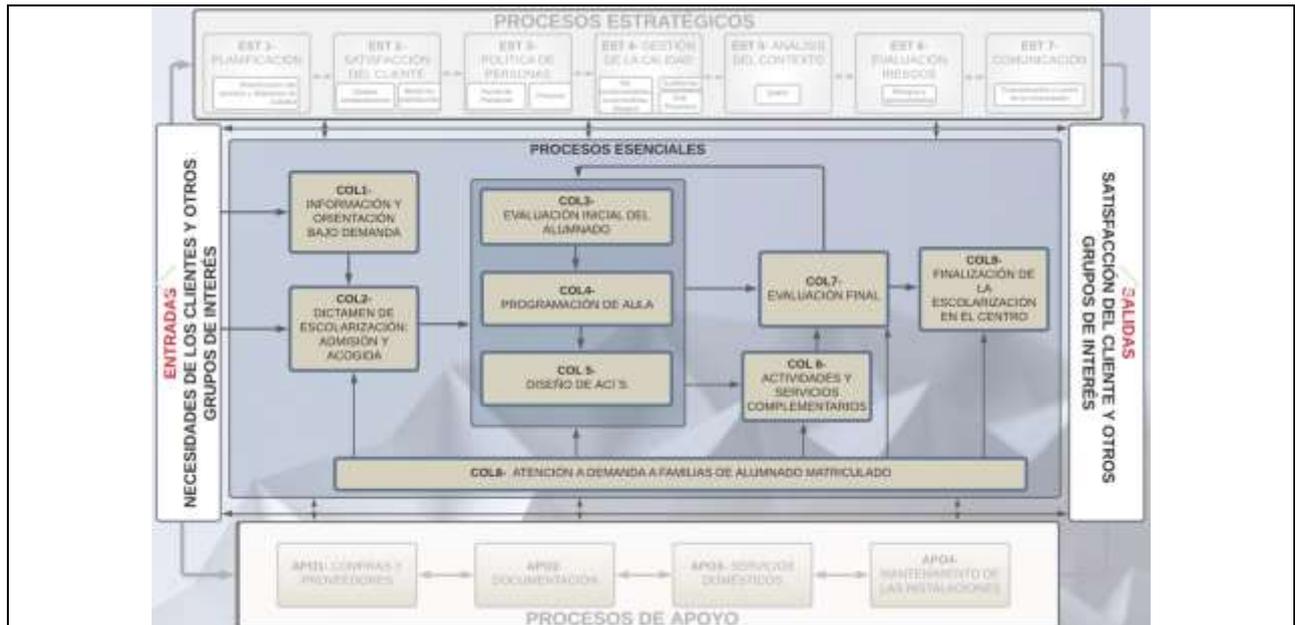
✓ Mapa de Procesos



- ✓ **Indicadores:** Indicadores definidos para todos los procesos operativos, en cuadro de mando específico. OM. Sustituir indicador "Nº aportaciones de los usuarios al menú <=30"

Colegio Nuestra Sra de Lourdes

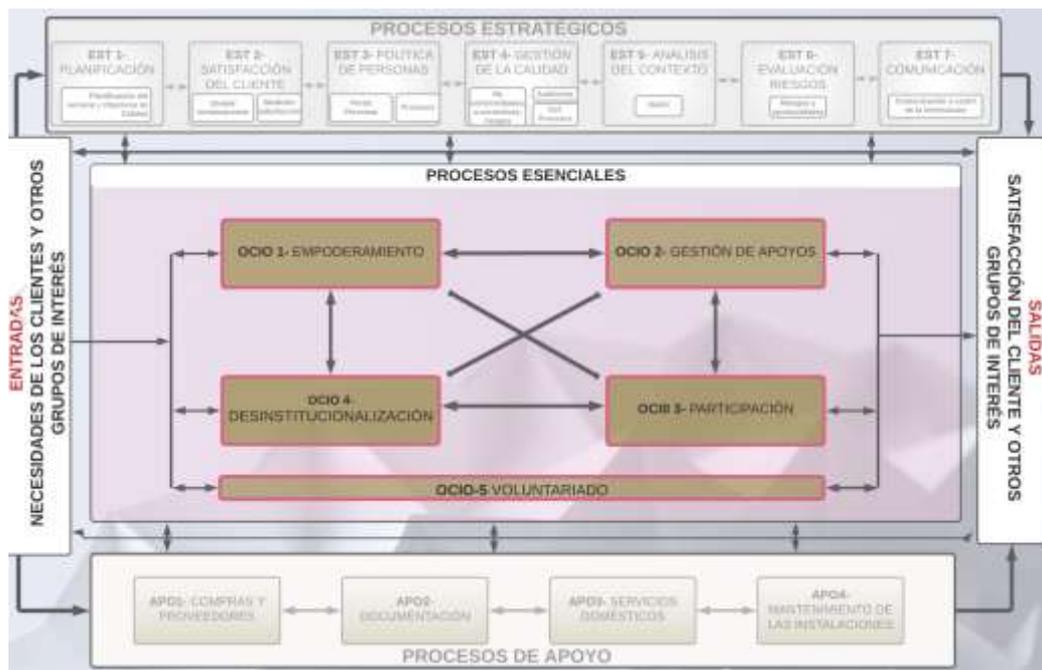
- ✓ **Alcance:** La prestación del servicio educativo de formación básica y formación profesional y complementaria a personas con discapacidad intelectual, incluyendo: el servicio de transporte, comedor. El servicio sanitario de fisioterapia, y los cuidados personales. Los servicios de terapia, rehabilitación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



NC. Ver NC asociada a la no medición de indicadores durante el curso 22/23. Asimismo, no se trazan los indicadores con los procesos.

Servicio de Ocio

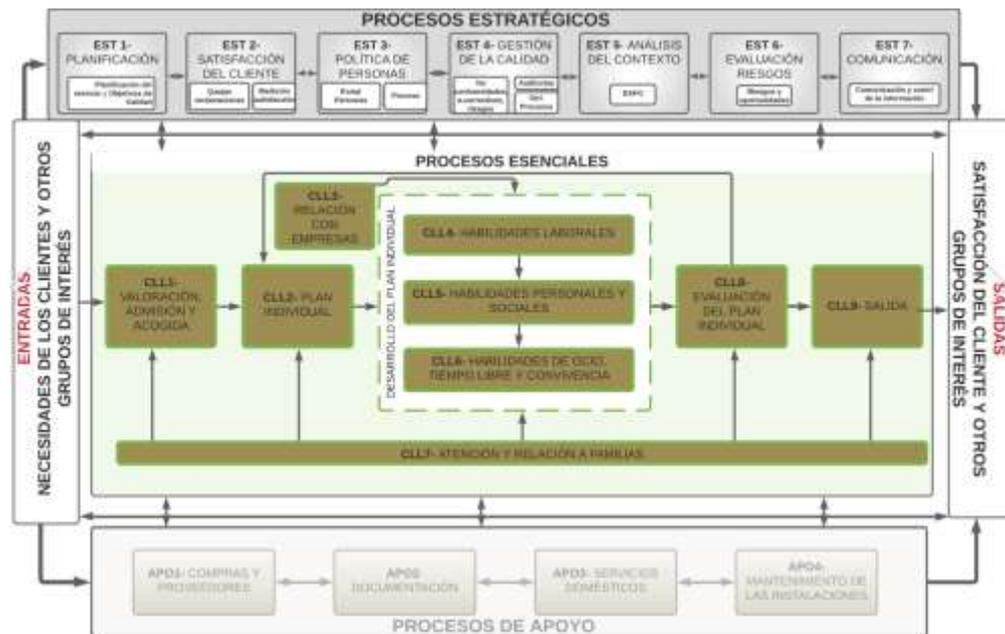
- ✓ **Alcance:** La prestación del servicio de ocio lúdico, deportivo, artístico-cultural, turístico, interactivo y normalizado, para el disfrute y el desarrollo personal e inclusión social de cualquier persona con discapacidad intelectual. La gestión del voluntariado de la asociación.
- ✓ **Mapa de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



- ✓ **Indicadores:** Indicadores definidos para todos los procesos operativos, en cuadro de mando específico. Indicadores que se desvían y no se analizan.

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

ANEXO - MATRIZ ACTIVIDADES DE AUDITORÍA (As1)

PLAN DE VISITA					
Proceso / Actividad / Departamento	Responsable Empresa	Auditor	Centro	Día	Hora
<i>REUNIÓN INICIAL</i>		NCG	2	06/03	9:30-9:45
Sistema de Gestión	Interlocutor / Guía	NCG	2	06/03	9:45-11
Contexto-Riesgos	Interlocutor / Guía	NCG	2	06/03	11-1
Mantenimiento / Instrumentación	Interlocutor / Guía	NCG	2	06/03	12-14
<i>Compras</i>					
Recursos Humanos / Formación	Interlocutor / Guía	NCG	2	06/03	14-15
Comunicación	Interlocutor / Guía	NCG	2	06/03	16-17
Comercial	Interlocutor / Guía	NCG	2	06/03	17-17:30
CENTRO RICARDO BARO	Interlocutor / Guía	NCG	1	07/03	09:30-11:30
CENTRO LABORAL LAMASTELLE	Interlocutor / Guía	NCG	2	07/03	11:30-14
COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES	Interlocutor / Guía	NCG	3	07/03	15-17:30
RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA	Interlocutor / Guía	NCG	5	08/04	09:30-11:30
SERVICIO DE OCIO, CLUB JUVENIL FINISTERRE	Interlocutor / Guía	NCG	7	08/04	11:30-13:30
<i>ELABORACIÓN INFORME DE AUDITORÍA</i>	Interlocutor / Guía	NCG	2	08/04	13:30- 15
<i>REUNIÓN FINAL</i>	Interlocutor / Guía	NCG	2	08/04	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

<i>REQUISITOS POR NORMA</i>			
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.
01	<p>Con relación a requisitos asociados a Objetivos y planificación para lograrlos, se detecta:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Que no se presenta evidencia de una completa planificación de los objetivos del Educativo en cuanto a plazos y responsables de su ejecución. Por ej. Mejorar los procesos de enseñanza aprendizaje LOMLOE y mejora de la evaluación de competencias del alumnado. b) Objetivos del Centro Educativo para los cuales no se evidencia seguimiento de los mismos. Por ej. Tener una mejora en la comunicación interna en el ámbito pedagógico y dar valor a las iniciativas en las aulas. c) Objetivos del Educativo para los que no se han definido objetivos/indicadores a alcance. Por ej. objetivos 1 y 2. d) No se evidencia trazabilidad y coherencia entre los objetivos identificados en la PXA presentada a Inspección y los realmente planificados y ejecutados por el centro. 	6.2	menor
02	<p>En relación con requisitos asociados a recursos de seguimiento y medición, si bien el servicio médico realiza controles de peso, tensión, etc. no se evidencia control / verificación, de los equipos utilizados para dichos seguimientos. Por ej. báscula, esfigmomanómetro, etc.</p>	7.1.5	menor
03	<p>En relación con requisitos asociados a Evaluación de la eficacia de la formación realizada, a fecha de auditoría no se dispone de información relativa a la misma (Solamente se recoge información de los asistentes una vez terminado el curso, si bien dicha información no permite conocer la eficacia de los conocimientos adquiridos, en relación con los objetivos de la acción formativa).</p>	7.2	menor
04	<p>En relación con requisitos asociados a Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño, se detecta:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Que no se ha llevado a cabo la medición de los datos del 1º semestre del curso 2022. b) Que no se han definido indicadores para todos los procesos identificados en el mapa de procesos del centro (se enfocan a la medición de los objetivos de la PXA). c) Se observan algunos indicadores para los que no se alcanza el umbral y no se identifica la necesidad de tomar acciones. Por ej.: <ul style="list-style-type: none"> ✓ % de usuarios con resultados patológicos en analítica de control anual, se obtienen 7 puntos más respecto a la meta establecida y se aprecia un aumento creciente respecto a años anteriores. Por ej. para la meta de $\leq 30\%$ de patologías detectadas en los controles analíticos anuales; comentar que en el año 2019 se obtiene un resultado del 23% y en los años 2020 y 2022 los resultados son del 31, 25% y 37% respectivamente. ✓ Respecto al indicador, números de casos revisados en las reuniones de coordinación y evaluación se obtiene un resultado de 18%; no alcanzando la meta de $>$ de 45%, 1º semestre: 4 casos de 71: 2º semestre 9 casos de 71. ✓ Familias que muestran interés por que se les explique el plan de intervención individual que se realiza con su familiar. Se obtiene 18% del total de las familias. Umbral mayor o igual a 45%. ✓ % de familias que responde al informe para familias del PII. No se calcula. ✓ de familias y/o usuarios que responden a la encuesta (33% en lugar de 40%) y ✓ Porcentaje de plazas fijas cubiertas con personal eventual de la empresa (38% en lugar de 90%). 	9.1	menor

Ref. N.C.	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma	Categoría N. C.
05	<p>Con relación a requisitos asociados a No conformidades y acciones correctivas, se detecta que no se evidencia un adecuado tratamiento de estas. Por ej.:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Acciones correctivas para las que no se evidencia un adecuado seguimiento de las mismas. Por ej. NC 2, 4 de auditoría externa (último seguimiento de febrero de 2022), b) No conformidades cerradas sin que se ha realizado una verificación de la eficacia de las mismas. Por ej. derivadas de las inspecciones: <ul style="list-style-type: none"> - Nº 78 Inspección de Sanidad de 2022-04-26 - Nº77 Inspección de Sanidad de 2022-12-27 (Martin Pou) y Nº79 Inspección de Sanidad de 2022-12-27(La Casa Lamastelle) relativas a APPCC y muestras testigo. - Nº75 Inspección de Ricardo Baró de 2022-12-27 sobre muestras testigo, alérgenos. - Nº 66 Inspección de Servicios Sociales (CO y CD) c) No conformidades abiertas para las que no se evidencia una planificación (despliegue) de las acciones a llevar a cabo. Por ej. AC82 (asociada a la gestión de la medicación en RES), AC91 (asociado a la coordinación en centro de ocio, 	10.2	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:	Noviembre de 2023
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 08 de marzo de 2023

ANEXO - CENTROS VISITADOS

DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)
CENTROS FIJOS
CENTRO 1: DIRECCIÓN: CENTRO RICARDO BARÓ AV ISAAC DIAZ PARDO, 12 15179 - OLEIROS (A CORUÑA) ACTIVIDADES DEL ALCANCE: VER HOJA DE DATOS
CENTRO 2: DIRECCIÓN: CENTRO LABORAL LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12 15179- OLEIROS (A CORUÑA) ACTIVIDADES DEL ALCANCE: VER HOJA DE DATOS
CENTRO 3: DIRECCIÓN: HOGAR RESIDENCIA LAMASTELLE AV ISAAC DIAZ PARDO 13 15179- OLEIROS (A CORUÑA) ACTIVIDADES DEL ALCANCE: VER HOJA DE DATOS
CENTRO 4: DIRECCIÓN: COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES CL PEREZ LUGIN 10 15011 (A CORUÑA) ACTIVIDADES DEL ALCANCE: VER HOJA DE DATOS
CENTRO 5: DIRECCIÓN: CLUB DE OCIO FINISTERRE, SERVICIO DE OCIO CL PEREZ LUGIN 10 15011 (A CORUÑA) ACTIVIDADES DEL ALCANCE: VER HOJA DE DATOS
CENTRO 6: DIRECCIÓN: RESIDENCIA LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12 15179 OLEIROS (A CORUÑA) ACTIVIDADES DEL ALCANCE: VER HOJA DE DATOS
CENTRO 7: DIRECCIÓN: RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA CL PLA Y CANCELA, 10 15011 – A CORUÑA ACTIVIDADES DEL ALCANCE: VER HOJA DE DATOS

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.

Se han producido los siguientes cambios con respecto a lo planificado inicialmente:

1. Si bien en un principio se había planificado realizar auditoría en modalidad 100% presencial, finalmente se decide realizar 1.5 jornadas en remoto, y 1.5 jornadas en presencial, dada la incidencia de Covid en la última semana, tal como se recoge anteriormente.
2. Si bien se había planteado visita a las 3 residencias, no se puede visitar in situ residencia ubicada en A Coruña, por afección de Covid a la misma en periodo de auditoría.

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 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.
6	SERVICIO DE OCIO, CLUB JUVENIL FINISTERRE Calle PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA	4 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).
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 (En Remoto)		AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración: 2021-12-14)		AS1 (no más allá de los 12 meses de la fecha de concesión)		AS2	
Fecha aproximada (mes/año)	Noviembre 2020		Octubre 2021 (Aplazada a Enero 2022 – Solicitada prórroga)		Octubre 2022 (Aplazada a marzo 2023)		Noviembre 2023	
ALCANCE	(*)		(*)		(*)		(*)	
CENTROS	1, 2, 4, 7		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7		1, 2, 3, 4, 6		1, 3, 4, 5, 7	
NORMA	APARTADOS DE LA NORMA A AUDITAR							
ISO9000	COMPLETO (excepto RRHH)		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	X	X	
COMPRAS Y PROVEEDORES DOCUMENTACIÓN AT. DOMÉSTICA Y MANTENIMIENTO Y RRHH	X	X	X	X	X	X	X	
. CENTRO LABORAL LAMASTELLE	X	X	X	X	X	X		
. RESIDENCIA HOGAR LA CASA DE LAMASTELLE	X	X	X	X	X	X	X	
. RESIDENCIA LAMASTELLE	X	X	X	X			X	
. COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES	X	X	X	X	X	X	X	
. SERVICIO DE OCIO, CLUB JUVENIL FINISTERRE	X	X	X	X	X	X		
. CENTRO RICARDO BARÓ	X	X	X	X	X	X	X	
. RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA (PLA Y CANCELA)	X	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 - 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 CORUÑA	
C.I.F.	G15028855	
Grupo (si aplica)	<GRUPO>	

ALCANCE DEL CERTIFICADO (añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)		¿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)T he 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 handiacapped persons with learning disabilities. Transpor and</p>	

	<p>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>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)	77	0	N.A.		
B) CENTRO LABORAL LAMASTELLE Avenida ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	35	0	N.A.		
C) COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES Calle PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA	27	0	N.A.		
D) RESIDENCIA HOGAR LA CASA DE LAMASTELLE Avenida DE ISAAC PARDO, 13,12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	5	0	N.A.		
E) RESIDENCIA "ANTONIO PAZ" Calle PLA Y CANCELA, 10. 15011 - A CORUÑA	5	0	N.A.		
F) SERVICIO DE OCIO, CLUB JUVENIL FINISTERRE Calle PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA	4	0	N.A.		
G) RESIDENCIA LAMASTELLE Avenida ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	12	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	