

ASPRONAGA

Informe de Auditoría

Nº SUBEXPEDIENTE: 2007/0321/ER/01	Nº INFORME: 13	TIPO DE AUDITORÍA: 1ª Seguimiento
NORMA DE APLICACIÓN: UNE-EN ISO 9001:2015	Auditoría: Individual <input type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Integrada <input type="checkbox"/>	
	Requiere envío de PAC a AENOR INTERNACIONAL S.A.U.: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Fecha de realización de la Auditoría: 2020-03-02, 03 y 04

1. DATOS GENERALES

A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

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

B. EQUIPO AUDITOR

Función	Nombre	Iniciales
Auditora Jefa	Dña. NOELIA CEA GUITIÁN	NCG

C. CRITERIOS DE AUDITORÍA

<p>El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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
--

2. 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 según los requisitos de la norma UNE-EN ISO 9001:2015 del sistema de gestión de la calidad implantado en ASPRONAGA durante los días 02, 03 y 04 de marzo de 2020.

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

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

Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado

1. La prestación de servicios de atención integral especializada a personas con discapacidad intelectual gravemente afectadas (servicios residenciales: alojamiento, restauración y lavandería; servicios sanitarios y atención básica: medicina, enfermería, fisioterapia, hidroterapia y cuidados personales y servicios de terapia, rehabilitación e inclusión social: psicología, trabajo social y educación social).

2. La prestación de servicios de atención integral especializada a personas con discapacidad intelectual: Desarrollo de habilidades laborales, personales y sociales (atención psicológica, socio-familiar, logopedia, habilitación en destrezas propias de la vida en el hogar, en la comunidad y básicas de la vida diaria) y de ocio e inclusión social. Los servicios sanitarios: Medicina y fisioterapia y los servicios generales de restauración y de transporte.

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

4 y 5. La prestación de servicios a personas con discapacidad intelectual: servicios residenciales de alojamiento, restauración, servicios de atención básica (aseo, higiene y cuidados personales), atención a la salud y los servicios de terapia, el desarrollo personal e inclusión social (psicología, trabajo social, deporte y ocio).

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

7. La prestación de a personas con discapacidad intelectual con necesidades de apoyo extenso y generalizado e indispensable y continuo de otra persona para su autonomía personal, incluyendo servicios residenciales de alojamiento, restauración y lavandería; servicios de atención básica (aseo, higiene y cuidados personales); atención a la salud y los servicios de terapia, el desarrollo personal e inclusión social (psicología, trabajo social, deporte y ocio).

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

Alcance de la auditoría:

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

SI NO En caso negativo incluir descripción del muestreo realizado (actividades, proyectos, líneas de producto, tipos de servicio, emplazamientos temporales, etc.) No se ha auditado el proceso de compras y proveedores, así como el de Formación y RRHH.

Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión

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

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

Se ha comprobado la implantación del Sistema respecto a los requisitos especificados en la norma de referencia UNE-EN ISO 9001:2015, si bien se evidencia un grado de madurez insuficiente en alguno de los requisitos requeridos por la misma, fundamentalmente en lo referente en los procesos vinculados a la estructura de alto nivel (contexto, evaluación de riesgos y oportunidades) así como en algunas herramientas de seguimiento y medición sistema de gestión (satisfacción, no conformidades y acciones correctivas, revisión por la dirección, indicadores).

La organización deberá presentar un plan de acciones correctivas para las no conformidades de categoría menor reflejadas en el presente informe.

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

En cuanto al proceso de auditoría interna: realizado durante el mes de febrero de 2020 por auditores internos y profesionales de otras entidades del tercer sector, considerándose correcta.

En cuanto al proceso de Revisión del sistema por la Dirección: no se ha llevado a cabo dicho informe de revisión por la dirección (ver no conformidad asociada).

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

Desde la anterior auditoría de febrero de 2018, indicar:

- Cambio de gerencia de la entidad (abril de 2020).
- Continua el trabajo para acreditar el modelo de Calidad de Plena Inclusión, se va a reabrir el proceso de autoevaluación.
- Se continúan replanteado cambios y ajustes en los mapas de procesos de los diferentes servicios, estando muy adelantado en el CRB

Mencionar algunos antecedentes:

- Se amplía el alcance a la Residencia Lamastelle Martín Pou en diciembre de 2018.
- Implantación de Xade en el Centro Educativo en 2018.
- Continua el trabajo para acreditar el modelo de Calidad de Plena Inclusión, se va a reabrir el proceso de autoevaluación.
- Se continúan replanteado cambios y ajustes en los mapas de procesos de los diferentes servicios, estando muy adelantado en el CRB
- Adaptación a la UNE EN ISO 9001:2015 en AS2 de febrero de 2018

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

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? Procesos de formación, proveedores y compras.

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

f.1. Comprensión del contexto de la organización

La organización ha determinado sus cuestiones externas e internas mediante un DAFO que se ha elaborado global y por servicios. No obstante, en algunos de los servicios este no ha sido revisado (ver NC asociada).

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. No obstante, en algunos de los servicios este no ha sido revisado (ver NC asociada).

f.2. Enfoque a riesgos y oportunidades

La organización ha determinado los riesgos y oportunidades mediante la aplicación de un sistema para la detección y análisis de los riesgos recogido en el documento "metodología para la administración de riesgos" y, se ha implantado una hoja Excel que recoge "el mapa de riesgos y oportunidades" en la que se fija la valoración y prioridad de cada uno numéricamente y con un sistema colorimétrico. Destacar la participación de la Dirección y responsables de procesos en la identificación de riesgos y oportunidades, que se ha realizado por servicios y procesos. En algunos casos en los procedimientos hay identificados también riesgos como puntos críticos. No obstante, en algunos de los servicios el seguimiento de las acciones para abordar dichos riesgos no es completo (ver NC asociada).

f.3.Liderazgo

El liderazgo y el compromiso de la alta dirección se demuestran mediante la implicación de la Gerencia, de los directores de los centros auditados, de la nueva coordinadora de calidad, de los responsables de los procesos y del personal en general. No obstante, se considera importante definir y establecer para toda la entidad unas líneas estratégicas y de actuación comunes, que permitan alinear las diferentes estrategias de los servicios con el propósito principal de la organización; reforzando la sólida cultura asociativa que siempre ha caracterizado a ASPRONAGA.

Por lo que se considera conveniente; mejorar tanto los procesos de soporte de la entidad como los relacionados con la planificación estratégica; garantizar el establecimiento de mecanismos de monitoreo de la entidad, que permitan diagnosticar, evaluar, reflexionar y tomar decisiones conjuntas sobre el enfoque y el valor de los procesos esenciales presentes y futuros.

Puntos fuertes

En general

- 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.
- 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.
- El claro enfoque a usuarios, familias, financiadores, asociados y sociedad.
- El capital humano y amplia experiencia de la organización.
- Cultura de trabajo en equipo y participación de los grupos de interés en la gestión de los centros y servicios.
- El Portal de Calidad de ASPRONAGA.
- La realización de auditorías internas por personal propio, así mismo la participación en la bolsa de auditores de Plena Inclusión Galicia, en la que se cruzan auditorías internas con otras entidades del sector.

En el Centro Laboral Lamastelle, CLL

- Creación de un Fondo Social para las personas que necesiten del recurso del carácter de emergencia (acompañamiento a centro hospitalario).
- La página web del CLL. Actualizada y eficazmente gestionada. La gestión de la misma y su contenido. La gestión documental.
- Observatorio de riesgos y oportunidades para gestionar aquellos no considerados significativos.
- Programa como Buena vejez, Calidad de Vida Familiar.
- Organización del centro (actividades, talleres, comedor...).
- El esfuerzo que se continúa llevando a cabo para desarrollar el nuevo modelo de PII de las pdci así como la integración del mismo en la aplicación informática de gestión. El mismo incorpora la escala PSIS de intensidad de apoyos y las dimensiones de calidad de Vida FEAPS.
- La gestión y variedad de Proyectos realizados en el centro, así como el abanico de actividades que se ofrecen a los usuarios.

En el Centro Ricardo Baró

- El esfuerzo e implicación del equipo de trabajo. El trato cercano y personalizado a los usuarios.
- Comisión de asistencia hospitalaria
- Reuniones mensuales del Comité de bienvenida, así como las reuniones de Convivencia.
- La prestación de los apoyos enfocados hacia las personas usuarias como centro del servicio
- Nivel de detalle y análisis de las actas de evaluación y coordinación mensuales.
- Participación periódica de todos los miembros del equipo de calidad (evidencia en las actas, acciones de mejora abiertas, seguimiento de las mismas y de mediciones de indicadores, identificación de riesgos...), llevados a cabo por todos los propietarios de los procesos.
- Implantación de 23 Planificaciones Centradas en las personas y su seguimiento

En Hogares Residencias, RES

- El desarrollo de programas para favorecer la autonomía personal y social de los usuarios teniendo en cuenta sus necesidades y preferencias.
- El seguimiento y evaluación de los usuarios. En este sentido destacar la coordinación entre el servicio (Coordinadora) y el centro laboral Lamastelle.

En Centro Educativo,

- Apuesta del personal del centro por avanzar en el proceso de inclusión educativa así como la participación en diversos programas como por ejemplo SEMGAL.
- Que la totalidad del alumnado disponga de una adaptación curricular significativa durante el presente curso 2019-2020
- Implantación del sistema XADE de la Xunta de Galicia y seguimiento del alumnado a través del mismo con el objetivo de que se reconozca la formación oficial.
- Plataforma Moodle de gestión documental, plataforma de comunicación Lourdes Virtual

En servicio de Ocio,

- Servicio con un claro enfoque de información, formación y empoderamiento de los usuarios.
- Esfuerzo que se continúa llevando a cabo para la adaptación pictográfica de todo el material facilitado.

Oportunidades de mejora

En general:

- Llevar a cabo un informe de seguimiento de las oportunidades de mejora y observaciones planteadas en el presente informe.
- Se debería profundizar en la identificación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas identificadas por cada centro y analizar al menos anualmente si

las mismas han sido cubiertas o modificadas. Tener en cuenta la diferencia entre requisito y necesidad/expectativa.

- La entidad se encuentra actualmente rediseñando sus procesos y procedimientos para adaptarla a la realidad de la entidad y con el objetivo de implantar un sistema de gestión con un enfoque más dinámico y eficiente. Dicho cambio, dada su relevancia, ha de ser planificado de manera detallada para favorecer su adecuada implantación.
- Potenciar en la entidad, a través de formación y sensibilización del personal, el principio de enfoque de procesos, teniendo en cuenta que los procesos de los diferentes centros también interaccionan entre sí. Asimismo, y teniendo en cuenta la incorporación de la figura de la coordinación de calidad, fomentar la participación de los responsables de proceso (medición de su indicador, establecimiento y abordaje de riesgos y oportunidades de su proceso, tratamiento de no conformidades que le afectan, etc.)
- Retomar la realización de encuestas de satisfacción del personal y clima laboral.
- Crear un equipo de calidad formado por los responsables de cada centro y coordinación de calidad que permita un seguimiento más dinámico y participativo de las herramientas del sistema de gestión (seguimiento de objetivos, indicadores, riesgos, incidencias, etc.)
- Establecer una sistemática de realización de auditorías internas más dinámica y eficiente. Por ejemplo, llevar a cabo prácticas tales como: realizar un check-list que sirva de guía a los auditores internos, planificar auditorías internas/"tutorías" a lo largo del año, realizar supervisiones documentales y muestrales aleatorias.
- Abrir no conformidades derivadas de auditorías de protección de datos, inspecciones, incidencias reiteradas, problemáticas identificadas en cada servicio.
- Diferenciar aquellas no conformidades que deberán ser abiertas y gestionadas de manera centralizadas (por ejemplo relativa a actualización al reglamento de protección de datos), de aquellas que son asociadas a un determinado servicio o centro.
- Implantar un CRM o bien crear herramientas más dinámicas que favorezcan un seguimiento más eficaz de las herramientas del sistema (por ej. evitar el uso de documentos Word que dificultan el análisis de la información, implantar paneles de indicadores o planes de acción en formato Excel en la nube para favorecer su medición y revisión, etc.)
- Modificar la sistemática para la gestión de los mantenimientos correctivos y averías (los partes de trabajo utilizados actualmente no se consideran operativos).
- Eliminar aquellos procedimientos organizativos considerados obsoletos, trámites administrativos innecesarios, bucles de comunicación redundantes, duplicidad de registros, actividades que no aportan valor, etc.
- Redefinir la sistemática de identificación y evaluación de riesgos y oportunidades, así identificar con mayor detalle aquellos que la organización no va a abordar por considerarlos no prioritarios o bien decide asumir.
- Fomentar 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.

- Crear un listado de indicadores para procesos estratégicos y de apoyo e incorporarlos a la web. Asimismo, valorar aquellos indicadores que ya no aportan valor e introducir nuevos indicadores.
- Sensibilizar al personal en con la aplicación práctica de requisitos del sistema de gestión: uso de herramientas del sistema como no conformidades y acciones correctivas.
- Automatizar el cálculo de indicadores en la medida de lo posible.
- Continuar participando en el programa de Garantía Xuvenil de Galicia y otros para conseguir ayudas en la contratación de técnicos.
- Continuar con las mejoras en la aplicación Gestión de Centros de ASPRONAGA.
- Retomar el funcionamiento del Comité de Ética por ser un referente a nivel autonómico y el valor asociativo que supone su existencia.

En el Centro Laboral Lamastelle, CLL

- Fomentar las reuniones con la participación con todos los miembros del equipo de calidad para la toma de decisiones reforzando el enfoque a procesos.
- Reducir el uso de registros en papel (por ej. valoraciones de psicología, logopedia, etc.)
- Eliminar el indicador de participación de las familias en las reuniones.
- Establecer indicadores de calidad de Vida asociados a los nuevos PII (en proceso, aplicable a todos los servicios, orientados a la planificación centrada en la persona y nuevo mapa de procesos).
- Si bien se ha implementado en firme del nuevo modelo de PII, se encuentra en proceso el seguimiento del mismo.
- Continuar estableciendo acciones para fidelizar empresas que provean de trabajo al centro.
- Continuar fomentando la participación de familias a través de Talleres, visitas al centro.

En Hogares Residencias, RES

- Redefinición de indicadores incorporando Calidad de Vida.
- En la medida de lo posible estabilizar el personal de estos servicios.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

- Aprobar el nuevo proyecto educativo (PE).
- Consolidación de las programaciones en la herramienta informática para todo el profesorado (elaboración en "Programame")
- Continuar con el Plan anual de mantenimiento de mejoras del centro.
- Actualizar el mapa de procesos en el centro.
- Adaptación de la documentación y de los procesos a la sistemática actual del centro (sistema LOMCE) y formación del personal (profesorado y PT´s)

En el Servicio de Ocio, OCI

- Aprobación del nuevo RRI del Club
- 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.
- Incorporación de un nuevo CRM

En el Centro Ricardo Baró, CRB

- Eliminar del "Programa de Taller" la identificación concreta de los usuarios, horarios, etc., así como incorporar dicho documento al SGC.
- Formalización del PCP (crear un formato con un flujograma de trabajo y registros propios a incorporar). Alinear el mismo con el PII.
- En la medida de lo posible incorporar a más personas residentes al PCP.
- En la medida de lo posible buscar actuaciones para estabilizar los puestos de psicóloga, terapeuta ocupacional y logopeda.
- Incorporar indicadores de calidad de vida.
- Optimizar y aumentar el uso de la aplicación informática de gestión. Informatizar registros.

Nº	Observaciones	Norma/s
	No se encuentra identificado el Documento de Seguridad de Conversia en el listado de información documentada. Dar mayor trazabilidad al cumplimiento de los requisitos exigidos en el mismo, así como abrir acciones correctivas o planes de acción para las conclusiones identificadas en la última auditoría de protección de datos.	UNE-EN ISO 9001:2015
	Se observan no conformidades que se mantienen abiertas durante un período de tiempo excesivamente largo (algunas de 2009, por ej. en Pla y Cancela). Asimismo, se identifica alguna NC que es cerrada sin que se identifica de manera explícita la verificación de la eficacia de las acciones tomadas.	UNE-EN ISO 9001:2015
	No existe una sistemática de trabajo general de mantenimiento preventivo para las instalaciones en la totalidad de la entidad. Por ejemplo, a través de un equipo de mantenimiento establecer planes en los que se determinen responsabilidades, equipamiento e instalaciones a revisar, frecuencias de revisión, proveedores encargados; así como centralizar en archivos comunes los certificados que acrediten su realización, contratos de mantenimiento con dichos proveedores en los que se reflejen las actuaciones contratadas.	UNE-EN ISO 9001:2015
	Se encuentra pendiente localizar la revisión OCA de las instalaciones eléctricas de los servicios de la finca de Lamastelle.	UNE-EN ISO 9001:2015
	<p>CLL</p> <p>1. Se evidencia algunas acciones abiertas en relación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La dificultad en algunos casos puntuales para que las familias aporten las prescripciones médicas de los usuarios cuando cambian durante el año. Se ha incorporado como riesgo. b) La actualización de expedientes de usuarios. Se incorpora a la misma la redacción del nuevo contrato por la actualización LOPD. Acción correctiva abierta (actualizándose expedientes, clausulado del contrato de asistencia). c) Registro de alérgenos. <p>2. A fecha de auditoría el simulacro de evacuación está planificado para el primer semestre de 2020. Realizada formación (1ª fase) de todo el personal y algunos usuarios sobre plan de evacuación y primeros auxilios.</p>	UNE-EN ISO 9001:2015

	<p>RES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A fecha de auditoría se observa que no se completado el plan de autoprotección de la residencia Martín Poo, así como la realización del simulacro. 2. No ha podido localizarse el certificado de revisión bianual de los extintores e instalación contraincendios, si bien se ha comprobado la realización de las revisiones mensuales por parte de AUTECO. 3. Se encuentra pendiente localizar la revisión OCA de la instalación eléctrica de las instalaciones. 4. Se encuentra abierta una no conformidad (EST4-F-09) enfocada a la completa implantación del SGC en la residencia Martín Pou. 5. Se encuentra abierta una nc (Apo3-res) relativa a una contaminación y análisis microbiológico en residencia Aspronaga (mesado de cocina y muestra de sopa). 	<p>UNE-EN ISO 9001:2015</p>
	<p>OCI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En la matriz de riesgos no se especifica el proceso asociado al riesgo u oportunidad identificado. 2. No se han identificado necesidades y expectativas específicas asociadas al servicio de ocio. 3. Valores de aceptación de indicadores no adaptados a la realidad actual del servicio. 4. En proceso el reglamento de régimen interno para el Club Finisterre. 5. Continuar implantando y adaptando el nuevo enfoque: Mapa de procesos (proceso de empoderamiento, procesos de gestión de apoyos, proceso de participación, desinstitucionalización, proceso de voluntariado, procedimientos, etc. 6. Establecer una herramienta o base de datos para gestionar el servicio y poder explotar toda la información (en proceso la elección del CRM que será implantado en toda la entidad). 	<p>UNE-EN ISO 9001:2015</p>
	<p>COL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La organización tiene abierta una acción relativa a la actualización documental a los cambios de la LOMCE. La misma continua en proceso de implantación, por ejemplo: PEC, Destacar que la organización se encuentra trabajando con nuevas programaciones (a fecha de auditoría se ha realizado la implantación de Xade en el curso actual, itinerarios tipo para los 49 alumnos). Se elabora documento de adaptación curricular significativa (ACI'S para cada alumno). Continúa en proceso el estandarizar la evaluación y sistema de rúbricas. 2. En proceso Proyecto Educativo (se está trabajando en una Comisión del Consello Escolar Seminario organizado con CFR para realización de ACI's y evaluación por competencias, etc. 3. Está pendiente adaptar los procedimientos de calidad con la nueva sistemática, así como el mapa de procesos. 	<p>UNE-EN ISO 9001:2015</p>

	<p>4. A fecha de auditoría los procesos y procedimientos de la organización van a actualizarse a la entrada de XADE y a las nuevas programaciones en base a los nuevos PEC.</p> <p>5. A fecha de auditoría la organización está concretando como se va a comunicar los resultados a las familias de las programaciones del curso 2018-2019. La familia firma las ACI's y se llevará a cabo una evaluación por competencias.</p> <p>6. Está pendiente la actualización del Plan de autoprotección del centro, señalización de extintores y realización del simulacro de evacuación.</p> <p>7. Está en proceso la elaboración del Plan de Atención a la Diversidad y Proyecto TIC.</p> <p>8. En el presente curso escolar (2019-2020) se observa que 14 de los alumnos no pueden ser incorporados al sistema Xade por no disponer del código del centro de referencia.</p>	
	<p>CRB</p> <p>1. Se observan contratos de prestación de servicios cuya cláusula relativa a la protección de datos de carácter personal no se encuentra actualizada en base al nuevo reglamento de protección de datos.</p> <p>2. Se detecta un usuario del centro (SRO) que no ha sido dado de baja en el aplicativo en el servicio anterior (CLL). De manera puntual se observa un error en la preparación de la medicación de un usuario (CLL), ya que está depositada una Queatipina que no procede en la pauta de la cena. Mencionar que existe un acción abierta para supervisar dicho proceso (E ST4-F-01).</p> <p>3. No se observa en el momento de la auditoría el registro del control de temperaturas de la nevera de la sala de curas.</p> <p>4. Se observan indicadores que a fecha de auditoría están siendo analizados para su reformulación e incorporación de indicadores de calidad de vida (valoración de procesos de salida).</p> <p>5. No se recoge en el plan de mantenimiento la revisión de las bombonas de oxígeno (ya sean realizado por el SERGAS, Plaxair o bien revisiones internas). Incorporar la nueva instalación de aire acondicionado en el plan.</p> <p>6. A fecha de auditoría no está cerrara la evaluación anual de los planes individuales de los usuarios. En la medida de lo posible coordinar el cierre para que participe el psicólogo con más presencia en los mismos.</p>	<p>UNE-EN ISO 9001:2015</p>

ANEXO A Cuestiones particulares del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001

a. ISO 9001 (Sistemas de Gestión de Calidad)

- i. Información sobre satisfacción de Cliente. A fecha de auditoría el análisis de dicha información no es completa. Ver NC4.
- ii. Enfoque a procesos. A fecha de auditoría la entidad está en proceso de redefinición de su mapa de procesos y de los indicadores asociados a la medición de los mismos. Ver NC4.

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:

3. CUADRO DE NO CONFORMIDADES

Ref. NC	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma	Categoría N. C.
01	En relación al Contexto de la organización, se detecta que la entidad no ha llevado a cabo un seguimiento y revisión de su contexto (actualización del DAFO). Se encuentra pendiente la realización del mismo para la Residencia MP.	4.1	Menor
02	En relación a Acciones para abordar riesgos y oportunidades, se detecta que no se ha llevado a cabo un seguimiento completo de las acciones planificadas para abordar los mismos. Asimismo, está pendiente en algunos casos verificar la eficacia de dichas acciones. Por ej. en COL la matriz es de diciembre de 2017.	6.1	Menor
03	En relación a Información documentada, se detecta que los procesos y procedimientos actuales de la entidad no se adaptan a la realidad actual. Por ej. proceso de admisión y acogida (asignación de plazas por parte de la Administración) o servicio de farmacia hospitalaria.	7.5	Menor
04	En relación a Seguimiento, medición, análisis y evaluación se detecta: <ul style="list-style-type: none"> a) Indicadores cuyo seguimiento no es completo. Por ej. en el colegio la última medición es de junio de 2019 (por curso escolar). b) Indicadores cuya frecuencia de medición es anual, no permitiendo la toma de acciones en caso de que se desvíen. Por ej. en COL. c) No se lleva a cabo un seguimiento y análisis completo de las percepciones del cliente en relación a sus necesidades y expectativas y el grado de satisfacción con las mismas. Por ej. no se han llevado a cabo encuestas en el COL, RES, CRB en el último ejercicio. d) No se evidencia el establecimiento de indicadores para los procesos esenciales de la RES Martín Poo. 	9.1	Menor
05	En relación a los requisitos asociados a la Revisión por la Dirección, se detecta que no se evidencia la realización de un completo informe de revisión por la dirección.	9.3	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.

4. 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 DE PAC)

- No obstante, los Servicios Técnicos de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. son el órgano responsable de la decisión final sobre la certificación, una vez analizados los resultados reflejados en este informe de auditoría y en el plan de acciones correctivas (cuando proceda) enviado por la organización. En consecuencia, la propuesta del equipo auditor sobre la certificación podrá ser ratificada o no.
- Teniendo en cuenta las no conformidades indicadas en este informe, si fuese necesaria la presentación del Plan de Acciones Correctivas, la Organización se compromete a enviarlo a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. (a la dirección de correo electrónico facilitada por la delegación) en 30 días naturales a partir de la fecha de emisión del informe de auditoría, con la información requerida por la *Guía para la elaboración del plan de acciones correctivas*. En caso de que el Plan de Acciones Correctivas no fuera satisfactorio, la organización dispone de un plazo de 15 días naturales para el envío de la documentación adicional que le sea requerida por AENOR INTERNACIONAL S.A.U., a partir de la fecha de recepción dicho requerimiento.
- Indicar las no conformidades del presente informe a las cuales la organización tiene intención de presentar apelación. En este caso, la organización deberá enviar a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. en el plazo de 7 días naturales, a contar desde la fecha del último día de auditoría, la justificación y evidencias documentales necesarias para su valoración por los servicios de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. Asimismo, se informa a la organización que cualquier queja o reclamación sobre la actuación de AENOR INTERNACIONAL S.A.U., estas deben ser remitidas a la siguiente dirección calidad@aenor.com
- Se indican a continuación los comentarios del equipo auditor sobre el cierre de las no conformidades detectadas en la anterior auditoría (en el caso de auditoría de renovación se revisarán todas las no conformidades del ciclo):
- El Equipo Auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe y hace entrega al Representante de la Organización del Informe de Auditoría.
- Durante la auditoría se ha comprobado el uso de la marca correspondiente a la/s Norma/s auditada/s, identificándose en el presente informe cualquier desviación que pudiera haberse detectado al respecto.
- Las no conformidades pueden referirse a incumplimientos de los requisitos de la norma de referencia aplicable, o de cualquier otro requisito establecido en el Sistema de Gestión de la Organización.
- Se acuerda con la Organización, las siguientes fechas para la realización de la próxima auditoría:

Fecha próxima auditoría:	2020-11-14
Fecha expiración del actual certificado: (no cumplimentar en Fase I / Fase II)	2021-12-14

- Comentarios si procede, sobre la planificación de la próxima auditoría (a cumplimentar por el Auditor Jefe):
- Con antelación a la realización de la próxima auditoría, se determinarán en el Plan de Auditoría los centros a visitar y la planificación de actividades prevista.
- Una vez concedida la Certificación, la organización se compromete a poner a disposición de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. durante la realización de las auditorías la documentación vigente del Sistema de Gestión.
- Para cualquier aspecto relacionado con el proceso de certificación, la organización puede dirigirse al Técnico Responsable de su Expediente (TRE). **CEA GUITIAN, NOELIA**

En Oleiros, a 04 de Marzo de 2020

ANEXO A 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:
CENTRO 2: DIRECCIÓN: CENTRO LABORAL LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12 15179- OLEIROS (A CORUÑA) ACTIVIDADES DEL ALCANCE:
CENTRO 3: DIRECCIÓN: HOGAR RESIDENCIA LAMASTELLE AV ISAAC DIAZ PARDO 13 15179- OLEIROS (A CORUÑA) ACTIVIDADES DEL ALCANCE:
CENTRO 4: DIRECCIÓN: COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES CL PEREZ LUGIN 10 15011 (A CORUÑA) ACTIVIDADES DEL ALCANCE:
CENTRO 5: DIRECCIÓN: CLUB DE OCIO FINISTERRE, SERVICIO DE OCIO CL PEREZ LUGIN 10 15011 (A CORUÑA) ACTIVIDADES DEL ALCANCE:
CENTRO 6: DIRECCIÓN: RESIDENCIA LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12 15179- OLEIROS (A CORUÑA) ACTIVIDADES DEL ALCANCE:
CENTRO 6: DIRECCIÓN: RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA CL PLA Y CANCELA, 10. 15011 (A CORUÑA)

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

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Centro	Reunión inicial	Desarrollo Auditoría	Reunión final
POMPEYO FENÁNDEZ	GERENCIA	GERENCIA/GESTIÓN	x	x	
JUAN FONTELA	DIRECTOR DE PERSONAS	GERENCIA/GESTIÓN	x	x	x
LUCIA BARRAL	COORDINADORA DE CALIDAD	GERENCIA/GESTIÓN	x	x	x
RUBÉN MATEOS	DIRECTOR PEDAGÓGICO	COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES		X	
LISA MATOS CRISTINA DÍAZ MARTA FERNÁNDEZ SANDRA ESPADA LAURA LÓPEZ ALEJANDRA GARCÍA	DIRECTORA TÉCNICA PSICÓLOGA EDUCADORA TRABAJADORA SOCIAL ENCARGADA DE TALLER ENCARGADA DE TALLER	CENTRO LABORAL Y CENTRO DE DÍA LAMASTELLE		X	
ANTONIO NAYA Mº JOSÉ MUÑOZ PATRICIA GOLPE VERÓNICA SOUTO SUSANA POMBO ESTELA FERNÁNDEZ CONCHI LORENZO LIDIA ABAD JOSÉ GIMÉNEZ	DIRECCIÓN MÉDICO ATS FISIOTERAPEUTA CUIDADORA/PRO. PROCESO OCIO LOGOPEDA TRABAJADORA SOCIAL TERAPEUTA OCUPACIONAL PERSONAL USUARIO AUX. MTO.	CENTRO GRAVEMENTE AFECTADOS "RICARDO BARÓ"		X	
FERNANDA PÉREZ PILAR LODEIRO BEATRIZ GARCÍA REGINA COLLAZO EVA PARGA MICHELLE GARCIA	COORDINADORA RESIDENCIAS SV DOMÉSTICOS PLA Y CANCELA SV DOMÉSTICOS PLA Y CANCELA CUIDADORA PLA Y CANCELA TERAPEUTA OCUPACIONAL COOPERA SERVICIOS DOMÉSTICOS MARTIN POU	SERVICIO DE RESIDENCIAS: - PLA Y CANCELA - MARTIN POU		X	
IAGO MENDUIÑA PATXU GERMANO	DIRECTOR COORDINADORA OCIO	SERVICIO DE OCIO		X	
ELOY PÉREZ JOSE CANEDO	SERVICIO MANTENIMIENTO CRB SERVICIO MANTENIMIENTO CLL-RESIDENCIAS	MANTENIMIENTO		X	

ANEXO HOJA DE DATOS

DATOS GENERALES		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Nombre de la Organización	ASPRONAGA	
Factoría/Planta/Delegación		
Domicilio Social	CL PÉREZ LUGIN, 10, 15011 - A CORUÑA	
C.I.F.	G15028855	
NACE	<NACE>	
Grupo (si aplica)	<GRUPO>	
Correo electrónico	recursoshumanos@aspronaga.net	
Representante de la Dirección		
Nombre	D. Juan FONTELA PÉREZ	
Cargo	RESPONSABLE DE CALIDAD	
Teléfono	981610850	
Correo electrónico	juanfontela@aspronaga.net	
Dirección General		
Nombre	FERNANDEZ PÉREZ, Pompeyo	
Cargo	DIRECTOR-GERENTE	
ALCANCE DEL CERTIFICADO (añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Norma de referencia	UNE-EN ISO 9001:2015	
Alcance Español	<p>1. La prestación de servicios de atención integral especializada a personas con discapacidad intelectual gravemente afectadas (servicios residenciales: alojamiento, restauración y lavandería; servicios sanitarios y atención básica: medicina, enfermería, fisioterapia, hidroterapia y cuidados personales y servicios de terapia, rehabilitación e inclusión social: psicología, trabajo social y educación social).</p> <p>2. La prestación de servicios de atención integral especializada a personas con discapacidad intelectual: Desarrollo de</p>	

	<p>habilidades laborales, personales y sociales (atención psicológica, socio-familiar, logopedia, rehabilitación en destrezas propias de la vida en el hogar, en la comunidad y básicas de la vida diaria) y de ocio e inclusión social. Los servicios sanitarios: Medicina y fisioterapia y los servicios generales de restauración y de transporte.</p> <p>3. La prestación del servicio educativo de formación básica y formación profesional y complementaria a personas con discapacidad intelectual, incluyendo: el servicio de transporte, comedor. El servicio sanitario de fisioterapia, y los cuidados personales. Los servicios de terapia, rehabilitación e inclusión social (psicología, trabajo social, logopedia, deporte y ocio).</p> <p>4 y 5. La prestación de servicios a personas con discapacidad intelectual: servicios residenciales de alojamiento, restauración, servicios de atención básica (aseo, higiene y cuidados personales), atención a la salud y los servicios de terapia, el desarrollo personal e inclusión social (psicología, trabajo social, deporte y ocio).</p> <p>6. La prestación del servicio de ocio lúdico, deportivo, artístico-cultural, turístico, interactivo y normalizado, para el disfrute y el desarrollo personal e inclusión social de cualquier persona con discapacidad intelectual. La gestión del voluntariado de la asociación.</p> <p>7. La prestación de a personas con discapacidad intelectual con necesidades de apoyo extenso y generalizado e indispensable y continuo de otra persona para su autonomía personal, incluyendo servicios residenciales de alojamiento, restauración y lavandería; servicios de atención básica (aseo, higiene y cuidados personales); atención a la salud y los servicios de terapia, el desarrollo personal e inclusión social (psicología, trabajo social, deporte y ocio).</p>	
<p>Alcance Inglés</p>	<p>1. The provision of integral attention specialized services for severely handicapped persons with intellectual disabilities: (residential services: housing, restoration an laundry; health care services and basic attention services: medical treatment, nursing, physiotherapy, hydrotherapy and personal cares services; and services of therapy, rehabilitation and social inclusion: psychology, social work and social education).</p> <p>2. Provision of professional services for handicapped persons with learning disabilities: development of work, pesonal and social skills (psychological counselling, family support, speech therapy, training in daily home- life and community skills) and leisure and social inclusion. Health care services: Medical</p>	

	<p>treatment and physiotherapy and general services: Catering and transport.</p> <p>3. Provision of educative service of basic, professional and complementary formation for handicapped persons with learning disabilities. Transpor and catering services. Physiotherapy health care services and personal care service. Therapy, rehabilitation and social inclusion services (psychology, social work, speech therapy, sport and leisure).</p> <p>4 y 5. Provision services for handicapped persons with learning disabilities: residential services of housing and restoration, basic attention services (toilet, hygiene and personal cares); health care attention, and therapy services, personal develop and social inclusion (pssychology, social work, sport and leisure).</p> <p>6. Provision of playfl, sportive, artistic-cultural, touristic, interactive and normalize leisure service for enjoy and for personal develop and social inclusion of handicapped persons with learning disabilities. Asociation voluntary work management.</p> <p>7. 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>								
Procesos subcontratados (mencionar procesos)									
Productos/Proyectos									
CENTROS DE ACTIVIDAD Y Nº PERSONAS					Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)				
	Pers Prop	Pers Subc	Colectivo (*)	Nº		Pers Prop	Pers Subc	colectivo	Nº
Total personas implicadas en el alcance del certificado:			N.A.		Total, personas implicadas en el alcance del certificado:			ELIJA..	
Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado (añadir tantas filas como sean necesarias)	Pers Prop	Pers Subc	colectivo	Nº	Indicar posibles modificaciones en los centros (añadir tantas filas como sean necesarias)	Pers Prop	Pers Subc	colectivo	Nº
CENTRO RICARDO BARO AV ISAAC DIAZ PARDO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	77	0	ELIJA..					N.A.	
CENTRO LABORAL LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	35	0	ELIJA..					ELIJA..	

AENOR

COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES CL PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA	27	0	ELIJA..					ELIJA..
RESIDENCIA HOGAR LA CASA DE LAMASTELLE AV DE ISAAC PARDO, 13,12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	5	0	N.A.					ELIJA..
RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA CL PLA Y CANCELA, 10. 15011 - A CORUÑA	5	0	N.A.					ELIJA..
SERVICIO DE OCIO, CLUB JUVENIL FINISTERRE CL PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA	4	0						
RESIDENCIA LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	12	0						

(*)Explicación sobre colectivos:

ACTIVIDAD DE LA ORGANIZACIÓN	Colectivo	Explicación y exclusiones:
Cualquier actividad	Comerciales	
Limpieza	Limpiadores	No se incluye en este colectivo a Limpiadores especializados (por ejemplo: limpiadores de quirófanos, centrales nucleares, zonas contaminadas, etc.)
Seguridad	Personal de Seguridad	No se incluye en este colectivo, a los Servicios especiales de seguridad (por ejemplo: guardaespaldas, personal de los furgones de seguridad, instalaciones especiales, etc.).
Transporte	Conductores	
	Conductores de transportes especiales	Por ejemplo: conductores de camiones con material muy voluminoso, mercancías peligrosas, mercancías que requieran cadena de frio, transporte de pasajeros, etc.).
Sanitaria en hospitales y residencias	Celadores	No se incluye en este colectivo el personal de enfermería (enfermeros o auxiliares de enfermería)
Construcción / Actividades extractivas a cielo abierto	Peones	No se incluye en este colectivo al Personal especializado (oficiales de primera, encargados de obra, montadores de andamios, instaladores, etc)
Call-centers y Tele-marketing	Telefonistas	No se incluye en este colectivo al Personal que realiza actividades de tele-asistencia
Agraria	Recolectores	

Emplazamientos temporales	Nº Centros:		Emplazamientos temporales	Nº Centros:	
	Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):			Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):	

OTROS DATOS SOBRE EL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN				Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)			
Personal estacional	Nº Personas:		Periodo:		Personal estacional	Nº Personas:	Periodo:
Personal a tiempo parcial	Nº Personas:		Duración jornada:		Personal a tiempo parcial	Nº Personas:	Duración jornada:
Personal en turnos	Nº Personas:		Nº turnos:		Personal en turnos	Nº Personas:	Nº turnos:
Distribución personal por área				Distribución personal por área			
Dirección:		Producción:		Comercial:		Admón:	

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

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL DIMENSIONAMIENTO DE LA AUDITORÍA			Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)		
Volumen de proyectos (ISO 166002)					
Superficie (m ²) / nº Líneas / Nº APPCC (ISO 22000)					
Consumo anual de energía (Mwh/año) / Nº de fuentes de energía / Nº usos significativos de energía (ISO 50001)					
Nº Usuarios con privilegios de administración y gestión (ISO 27001)					
Áreas/departamentos implicados en el Business Impact Analysis (ISO 22301)					
Otros esquemas					

OTROS ASPECTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Sistema de Gestión integrado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Grado de integración (en %)		