

ASPRONAGA

Informe de Auditoría

Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN: 2007/0321/ER/01	Nº INFORME: 14	TIPO DE AUDITORÍA: 2ª Seguimiento
NORMA DE APLICACIÓN: UNE-EN ISO 9001:2015	Auditoría: Individual <input checked="" type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Integrada <input type="checkbox"/>	
Requiere envío de Acciones Correctivas: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		

Fecha de realización de la Auditoría: 2020-11-25, 26 y 27

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)	Dña.. Lucia BARRAL GÓMEZ (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
--

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Cuestiones generales para todos los Sistemas de Gestión

Confirmación de la realización de la auditoría

Se ha realizado la segunda auditoría de seguimiento según los requisitos de la norma UNE-EN ISO 9001:2015 del sistema de gestión de la calidad implantado en ASPRONAGA durante los días 25, 26 y 27 de noviembre de 2020. La misma ha sido llevada a cabo en modalidad remoto.

Han sido 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.)

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, evidenciándose un grado de madurez adecuado en los requisitos requeridos por la misma. **Se han detectado dos no conformidades de categoría menor, si bien no es necesario que la organización remita un plan de acciones correctivas. No obstante, se revisarán dichas acciones en la próxima auditoría.**

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

En cuanto al proceso de auditoría interna: realizadas varias auditorías durante los meses de octubre y noviembre de 2020 de manera interna por la responsable de calidad. Si bien se destaca nivel de detalle y rigurosidad de las mismas, el proceso se considera incompleto (ver no conformidad asociada).

En cuanto al proceso de Revisión del sistema por la Dirección: se ha llevado a cabo dicho informe de revisión por la dirección en noviembre de 2020, recogándose en el mismo el período 2019-2020. El contenido y análisis del mismo se considera completo.

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

Desde la anterior auditoría de marzo de 2019, indicar:

- Cambio de gerencia de la entidad (abril de 2020).
- Nuevas herramientas creadas en el SGC. Por ej.:
 - Excel de ANÁLISIS DE CONTEXTO GENERAL Y POR SERVICIOS, que incluye identificación de partes interesadas, necesidades, expectativas, requisitos; Matriz DAFO del contexto general y por servicios; Identificación de riesgos y oportunidades y su evaluación; Análisis en la entidad por el COVID-19^a través de un análisis CAME para identificar las 4 tipo de estrategias: Supervivencia, Defensa, reorientación y ofensivas).
 - Excel para el SEGUIMIENTO DE ACCIONES” que incluye acciones derivadas de mejoras, incidencias, correctivas, riesgos, y oportunidades, Seguimiento de PAC’s, y seguimiento de las estrategias del Covid 19.
 - Excel de Cuadro de Mando Integral con los indicadores para procesos esenciales de todos los servicios, estratégicos y apoyo; se incluye plan de mejora para el eje de ética de calidad plena.
 - Excell de INFORMACIÓN DOCUMENTADA de la entidad; por servicios y la relativa al covid-19.

- La pandemia por COVID-19 ha supuesto un importante cambio en las cuestiones internas y externas entre las que la entidad destaca:
 - Cambios en la planificación de los objetivos y estructura de la organización, establecimiento de medidas de seguridad y prevención necesarias; adaptación a las normativas y regulaciones sanitarias; reestructuración de la plantilla para atender a las necesidades etc.
 - Cambios en las relaciones con los principales clientes de la entidad (usuarios, familias y profesionales) y el enfoque a sus necesidades y demandas que han supuesto reorientar las intervenciones según los distintos escenarios
 - La competencia y formación de los profesionales: profesionales formados en materia de seguridad e higiene, uso de tecnologías y medios telemáticos ...
 - Cambios en la situación regulatoria de los servicios: nuevas disposiciones normativas para la gestión de los servicios esenciales durante la pandemia, planes de contingencia, regulaciones para la reapertura y visitas en los diferentes servicios etc.
 - Se han implementado acciones, protocolos, procedimientos y establecido las medidas necesarias para asegurar una adecuada prestación y atención a las nuevas necesidades, preservando en todo momento la seguridad de los usuarios y trabajadores y atendiendo a las diversas demandas de las familias

Mencionar algunos antecedentes:

- Se continúan replanteado cambios y ajustes en los mapas de procesos de los diferentes servicios, estando muy adelantado en el CRB
- 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.

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.

Resaltar que:

La presente auditoría se ha llevado a cabo en remoto y con medios telemáticos, como medida excepcional y a consecuencia de las restricciones motivadas por la prevención del contagio del CoVid-19, y de acuerdo a la evaluación del riesgo realizado (R-DTC-859).

Durante el transcurso de la misma se ha podido comprobar toda la documentación y registros solicitados (a través de la Nube, del correo electrónico y de las diferentes entrevistas telefónicas y videoconferencias realizadas con los diferentes trabajadores de la organización) que aseguran el cumplimiento completo de los objetivos previstos para esta auditoría de seguimiento. Se ha utilizado Teams para la realización de

videoconferencias y para poder acceder a sus aplicativos internos de gestión (compartiendo escritorio). También se ha habilitado una nube compartida en OneDrive en la que se ha subido toda la documentación necesaria. Se han realizado ejercicios de trazabilidad para las actividades operativas.

¿Qué cuestiones han quedado por resolver a la finalización de esta auditoría? No procede.

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

f.1. 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. 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.

Se ha creado en 2020 un Excel de ANÁLISIS DE CONTEXTO GENERAL Y POR SERVICIOS, que incluye identificación de partes interesadas, necesidades, expectativas, requisitos; Matriz DAFO del contexto general y por servicios; Identificación de riesgos y oportunidades y su evaluación; Análisis en la entidad por el COVID-19^a través de un análisis CAME para identificar las 4 tipo de estrategias: Supervivencia, Defensa, reorientación y ofensivas).

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 un 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. Se ha creado en 2020 un Excel para el SEGUIMIENTO DE ACCIONES" que incluye acciones derivadas de mejoras, incidencias, correctivas, riesgos, y oportunidades, Seguimiento de PAC's, y seguimiento de las estrategias del Covid 19.

f.3.Liderazgo

El liderazgo y el compromiso de la alta dirección se demuestran mediante la implicación de la Gerencia, de las direcciones de los centros auditados, de la nueva coordinadora de calidad, de los responsables de los procesos y del personal en general. Destacar que en 2020 se han establecido líneas estratégicas y de actuación comunes, que permitan alinear las diferentes estrategias de los servicios con el propósito principal de la entidad; reforzando la sólida cultura asociativa que siempre ha caracterizado a ASPRONAGA.

Se han llevado a cabo mejoras en los procesos de soporte de la entidad como los relacionados con la planificación estratégica; las cuales permitirán 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.

Otras consideraciones del equipo auditor

La entidad continúa trabajando en el Sistema de Calidad de Plena Inclusión, constituyéndose en mayo de 2020 un equipo de autoevaluación transversal. Como objetivo de calidad se ha establecido implementar en 2021 una revisión del sistema de valores y elaborar un mapa de valores propio que será integrado con el SGC.

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.
- La gestión y coordinación realizada durante la pandemia por el Equipo COVID 19 de ASPRONAGA. (equipo transversal a todos los servicios de la entidad).
- Destacar las nuevas herramientas creadas:
 - Excel de ANÁLISIS DE CONTEXTO GENERAL Y POR SERVICIOS, que incluye identificación de partes interesadas, necesidades, expectativas, requisitos; Matriz DAFO del contexto general y por servicios; Identificación de riesgos y oportunidades y su evaluación; Análisis en la entidad por el COVID-19^a través de un análisis CAME para identificar las 4 tipo de estrategias: Supervivencia, Defensa, reorientación y ofensivas).
 - Excel para el SEGUIMIENTO DE ACCIONES” que incluye acciones derivadas de mejoras, incidencias, correctivas, riesgos, y oportunidades, Seguimiento de PAC’s, y seguimiento de las estrategias del Covid 19.
 - Excel de Cuadro de Mando Integral con los indicadores para procesos esenciales de todos los servicios, estratégicos y apoyo; se incluye plan de mejora para el eje de ética de calidad plena.
 - Excell de INFORMACIÓN DOCUMENTADA de la entidad; por servicios y la relativa al covid-19.
- Se crea un equipo de calidad transversal de la entidad (análisis del contexto), Equipo de autoevaluación Calidad Plena; Equipo Calidad Martín Pou.
- 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.
- La actualización del Portal de Calidad de ASPRONAGA.
- El diseño de un nuevo esquema de mantenimiento, con establecimiento de un equipo de

En el Centro Laboral Lamastelle, CLL

- Destacar el esfuerzo y coordinación por parte de todos los profesionales del CD y CLL para dar respuesta a las necesidades más urgentes de las personas y familias en situación de confinamiento; así como en otros servicios de la entidad.
- La capacidad del centro para establecer acciones y estrategias frente la situación de pandemia actual. Por ej.: evaluación de los riesgos biológicos derivados de la pandemia sobre los profesionales del servicio y relacionadas con sus funciones; formación a profesionales y usuarios sobre medidas de prevención y uso de EPIS frente al COVID-19. (adaptación pictográfica y en lectura fácil); coordinación de los recursos “humanos, materiales y de infraestructuras” durante el confinamiento y en la reactivación de los centros (atención a usuarios y familias en sus domicilios, uso de tecnologías para mantener contacto durante el confinamiento, elaboración de videos con actividades de ocio, pautas terapéuticas de fisioterapia, adaptación a las diferentes normativas sanitarias, distribución y organización de espacios, grupos estables convivencia, readaptación de servicio de transporte, comedor etc.)
- 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.

En el Centro Ricardo Baró

- La experiencia del servicio médico para la gestión de los recursos, coordinación con los servicios sanitarios y seguimiento del impacto de la pandemia en las personas, familias y profesionales de la entidad.
- La mejora en la calidad de vida de los menores al establecer un nuevo itinerario en el centro diferenciado del de los adultos (adecuación de un espacio exclusivo para los menores – Sala de juegos, estudio, ocio)
- El establecimiento de acciones y estrategias frente al COVID19, por ej. el establecimiento de medidas preventivas y de respuesta necesarias para asegurar la continuidad del servicio en las distintas situaciones; planes de contingencia; evaluación de los riesgos biológicos derivados de la pandemia sobre los profesionales del servicio y relacionadas con sus funciones; formación a profesionales y residentes sobre medidas de prevención y uso de Epis; reorganización de las actividades y funcionamiento de los servicios (instrucciones de trabajo del servicio de limpieza, lavandería, cocina, atención directa, intervenciones, regulación de las visitas etc.); reorganización de los espacios, creación de zonas de aislamiento, reubicación comedores, redistribución de residentes (contagiados, no contagiados o posibles síntomas); aseguramiento del personal necesario para la atención a los residentes, colaboración con servicios de empleo y de formación etc. ante la necesidad de incorporar nuevos profesionales, uso de tecnologías para que los residentes y familias mantuviesen contacto, elaboración de videos para transmitir tranquilidad a las familias, etc.
- 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.

En Hogares Residencias, RES

- Destacar el esfuerzo para establecer de acciones y estrategias frente a la situación actual de pandemia, la reorientación en la planificación de los procesos e intervenciones. Por ej. evaluación de los riesgos biológicos derivados de la pandemia sobre los profesionales del servicio y relacionadas con sus funciones; elaboración y revisión de planes de contingencia para gestionar los diferentes escenarios, organización de espacios por los que han pasado los servicios residenciales (con contagios, sospecha de contagio, sin contagio); coordinación continua con el servicio médico de la entidad para el seguimiento de la salud de los residentes; formación a profesionales y usuarios sobre medidas de prevención y uso de EPI's frente al COVID-19; coordinación de los recursos "humanos, materiales y de infraestructuras" para asegurar los apoyos, mantener a las personas en contacto con el exterior (uso medios tecnológicos, organización de actividades de ocio, pautas terapéuticas de fisioterapia, para fomentar la movilidad etc....)
- 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,

- Esfuerzo realizado por el centro para implantar medidas de seguridad en el centro. Por ej. Plan de reapertura del centro, reestructuración de actividades y espacios, creación de un equipo COVID, etc.)

- La implantación progresiva de nuevas herramientas” tanto para el seguimiento educativo del alumnado “G-Suite for education tales como “Google Teachers”; como para la gestión y comunicación con las familias “ADITTIO” (expedientes del alumnado, programación general y programación de aula).
- La adquisición y gestión de recursos tecnológicos como Chromebooks para facilitar el aprendizaje y la colaboración entre el profesorado y el alumnado.

En servicio de Ocio,

- Apertura del servicio de ocio a cualquier persona, accediendo incluso de diferentes lugares a nivel nacional).
- El esfuerzo realizado por los profesionales del servicio para dar respuesta a las necesidades de los socios durante el estado de alarma y su posterior levantamiento. Por ej. flexibilidad horaria, nuevas estrategias (por ej. ocio telemático, listas musicales en la red, educarte, encuentros grupales con diferentes temáticas, actividades diarias en Facebook y otras redes, comunicaciones entre las personas, reactivación de las salidas de las pandillas, etc.)
- Las acciones de asesoramiento y formación durante el confinamiento, a socios “Planes de entrenamiento ante cese de confinamiento” uso de mascarilla, adaptaciones pictográficas, infografías sobre fases confinamiento, medidas preventivas a adoptar en las salidas por el entorno...)
- Servicio con un claro enfoque de información, formación y empoderamiento de los usuarios.

Oportunidades de mejora

NOTA: Indicar que se mantienen algunas de las OM identificadas en 2019 para verificar en la próxima auditoría de renovación).

En general

- Centralizar en archivos comunes los certificados que acrediten la realización de los mantenimientos preventivos y correctivos, contratos de mantenimiento con los proveedores, etc. en los que se reflejen las actuaciones contratadas.
- Abrir no conformidades internamente para aquellas actuaciones o sistemáticas que se han visto paralizadas o entorpecidas por las medidas de prevención del COVID, como puede ser la actividad y seguimiento de algunos procesos, programas y proyectos, seguimiento de los objetivos de los PII, programa Buena Vejez, PCP, reorientación del mapa de procesos a las necesidades, expectativas y valores de las personas, etc.
- 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 detalladas 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.

- Llevar a cabo reuniones periódicas del 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, en las que se trate el seguimiento de objetivos, indicadores, riesgos, incidencias, etc.)
- Continuar con la realización de auditorías internas por la responsable de calidad. Por ejemplo, llevar a cabo prácticas tales como: realizar un Check-list que sirva de guía a los auditores internos, planificar auditoría internas/"tutorías" a lo largo del año, realizar supervisiones documentales y muestrales aleatorias.
- Retomar las evaluaciones del desempeño del personal, así como continuar trabajando en la evaluación de la motivación del personal (se ha iniciado en 2020)
- 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.
- 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.
- 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 Juvenil 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

- Continuar fomentando las reuniones con la participación con todos los miembros del equipo de calidad para la toma de decisiones reforzando el enfoque a procesos.
- Evaluar el desempeño de las nuevas necesidades más urgentes identificadas durante el confinamiento del servicio tanto de familias como de usuarios.
- Reducir el uso de registros en papel (por ej. valoraciones de psicología, logopedia, etc.)
- 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.
- Continuar trabajando en la puesta en marcha del equipo de calidad en la Residencia Martín Pou y con su participación en la elaboración de los procesos, procedimientos, protocolos etc. para su SGC así como continuar con la elaboración de los protocolos específicos para la nueva residencia.
- 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). Actualmente se encuentra pendiente.
- Consolidación de las programaciones en la herramienta informática para todo el profesorado (elaboración en "Prográmame"). Actualmente las prórrogas se encuentran prorrogadas y se convive con el programa ADDITIO (implantada en septiembre 2020).
- Continuar con la implantación del sistema de rúbricas y del sistema de autoevaluación (actualmente continúa en proceso la formación).
- Continuar con el Plan anual de mantenimiento de mejoras del centro.
- Actualizar el mapa de procesos en el centro.
- Continuar adaptando la documentación y los procesos a la sistemática actual del centro (sistema LOMCE, programa ADDITIO, nuevos perfiles competenciales, sistema de rúbricas y autoevaluación, etc.)

En el Servicio de Ocio, OCI

- Aprobar el 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.
- Agilizar la implantación de un 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.
- Valorar establecer posibles mejoras para el diseño y seguimiento de los PIT en relación, a:
- 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
01	Si bien se destaca el diseño de un nuevo esquema de mantenimiento, con establecimiento de un equipo de mantenimiento que se reúne periódicamente para la supervisión del plan, este se encuentra proceso de implantación. Se verificará en la próxima auditoría.	UNE-EN ISO 9001:2015
02	Se encuentra pendiente localizar la revisión OCA de las instalaciones eléctricas de los servicios de la finca de Lamastelle.	UNE-EN ISO 9001:2015
03	Se hace referencia en el SGC a la exclusión del requisito 8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios, si bien las exclusiones ya no serían aplicables en la versión de la norma UNE-EN ISO 9001:2015.	UNE-EN ISO 9001:2015
	<p>CLL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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. La acción se encuentra abierta. 2. No se abre NC ante indicadores q se desvían. 3. Se ha abierto una incidencia relacionada con un brote de gastroenteritis en enero de 2020 (pendiente de informe de sanidad), así como de una posible intoxicación alimentaria en octubre de 2020 (proveedor EUREST), también pendiente del informe de sanidad. 	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. Se encuentra pendiente localizar la revisión OCA de la instalación eléctrica de las instalaciones. 3. Se encuentra abierta una no conformidad (EST4-F-09) enfocada a la completa implantación del SGC en la residencia Martín Pou. Indicar algunas de las cuestiones que se mantienen pendientes: Mapa de procesos, indicadores de las residencias, análisis DAFO, adaptación de la documentación de la Martin Pou, incorporación de documentos del centro CRB del área de salud. 	UNE-EN ISO 9001:2015
	<p>OCI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se encuentra en proceso el reglamento de régimen interno para el Club Finisterre. 2. 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. 3. Establecer una herramienta o base de datos para gestionar el servicio y poder explotar toda la información (en proceso la elección del CRM). 4. No se han identificado necesidades y expectativas específicas asociadas al servicio, así como actualización del 	UNE-EN ISO 9001:2015

	DAFO con el contexto actual asociado a la situación actual de pandemia. -	
	<p>COL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Está pendiente incorporar a la nueva plataforma ADDITIO tanto los expedientes como las programaciones generales y de aula. Actualmente convive con el sistema "Prográmame". 2. No se ha actualizado el análisis del contexto específico del centro, así como las nuevas necesidades y expectativas asociadas a la situación de pandemia por COVID-19, así como los nuevos riesgos y oportunidades vinculados a los mismos. 3. La organización tiene abierta una acción relativa a la actualización documental a los cambios de la LOMCE. La misma continua en proceso de implantación. Continúa en proceso el estandarizar la evaluación y sistema de rúbricas (actualmente en Legua y Matemáticas). 4. Está pendiente adaptar los procedimientos de calidad con la nueva sistemática (por ej. ADDITIO), así como el mapa de procesos. 5. 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 (se ha paralizado, si bien está previsto retomarlo con la nueva dirección Xeral de Educación). 6. A fecha de auditoría la organización está concretando como se va a comunicar los resultados a las familias de las programaciones. La familia firma las ACI's y se llevará a cabo una evaluación por competencias. En el presente curso escolar únicamente se ha comunicado que las ACI's han sido prorrogadas. 7. Está pendiente la actualización del Plan de autoprotección del centro, señalización de extintores y realización del simulacro de evacuación (se ha paralizado debido a la nueva situación). 8. Está en proceso la elaboración del Plan de Atención a la Diversidad y Proyecto TIC. 9. Actualmente la PXA no se encuentra presentada (prorrogado el plazo por la inspección educativa debido a la situación de COVID). En la misma se establecen los indicadores de proceso y adaptados al nuevo contexto. 	UNE-EN ISO 9001:2015
	<p>CRB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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. Indicar al respecto que el proceso de mantenimiento se encuentra en proceso de reajuste (ver observación general). 	UNE-EN ISO 9001:2015

Documentos adjuntos al informe de auditoría:

- Matriz de actividades de auditoría
- Hoja de Datos
- Otros:

ANEXO

Cuestiones particulares del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001

a. ISO 9001 (Sistemas de Gestión de Calidad)

- i. Información sobre satisfacción de Cliente. La entidad establece diferentes métodos para evaluar la satisfacción, entre los cuales se incluyen la aplicación regular de diversas metodologías como los cuestionarios de satisfacción, equipos de trabajo, reuniones, las quejas, reclamaciones y sugerencias y el registro de información en nuestras bases de datos.
Toda información derivada de la aplicación de estas metodologías es revisada y analizada por los responsables de los Servicios y la Responsable de Calidad para la toma de decisiones que deriven en acciones de mejora. En general, el grado de satisfacción obtenido se considera adecuado.

- ii. Enfoque a procesos. A fecha de auditoría la entidad continúa en proceso de redefinición de su mapa de procesos y de los indicadores asociados a la medición de los mismos.
Asimismo, indicar que, durante el presente año, como consecuencia de la pandemia la principal debilidad del SGC de la entidad ha sido la dificultad de obtener información con la que evaluar la eficacia de los de los procesos con el fin de mejorar los resultados. Los elementos de entrada no se han correspondido en su mayoría con los procesos tal y como estaban planificados, por lo que los objetivos y prioridades de nuestras intervenciones se han reorientado para seguir dando una respuesta lo más eficaz posible para transformar estas nuevas necesidades y expectativas.
La entidad debe continuar trabajando en el enfoque a procesos como base metodológica de la UNE-ISO 9001-2015, así como la sistematización de su seguimiento a través del establecimiento de indicadores de medición en cada uno de los procesos y actividades planificadas. Ver NC asociada.

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

UNE-EN ISO 9001:2015				4.1 – 4.2 Comprensión del contexto y partes interesadas	4.3 – 4.4 Determinación del alcance. SGC y sus procesos	5 Liderazgo	6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	6.2 Objetivos de la calidad y planificación para logros	6.3 Planificación de los cambios	7.1 Recursos	7.2 – 7.3 Competencia y toma de conciencia	7.4 – 7.5 Comunicación e Información documentada	8.1 Planificación y control operacional	8.2 Requisitos para los productos y servicios	8.3 Diseño y desarrollo de productos y servicios	8.4 Control proc., prod. y serv. suministrados externamente	8.5 Producción y provisión del servicio	8.6 Liberación de los productos y servicios	8.7 Control de las salidas no conformes	9.1.1 y 9.1.3 Seguimiento, medición, análisis y evaluación	9.1.2 Satisfacción del cliente	9.2 Auditoría interna	9.3 Revisión por la dirección	10 No conformidad y acción correctiva. Mejora continua			
DIA	CENTRO	HORA	AUDITOR	PROCESO/ DEPARTAMENTO/ DOCUMENTO/ ACTIVIDAD																							
25/ 11	2	09.30 a 09:45	NCG	Reunión inicial																							
	2	09:45 a 11	NCG	Satisfacción del cliente Política de personas Gest de calidad Análisis del contexto Evaluación de riesgos Comunicación	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X			X	X	X	X	X	X			
	2	11 a 12.30	NCG	Compras y proveedores Documentación At. doméstica y mantenimiento y RRHH							X	X	X	X	X		X										
	2	12:30 a 17:30	NCG	Centro Laboral Lamastelle				X			X	X	X					X	X	X				X			
26/ 11	3	09:30 a 12:30	NGC	Colegio Nuestra Señora de Lourdes				X			X	X	X					X	X	X				X			
	4,5,7	12:30 a 14	NCG	Servicio de Ocio, Club Juvenil Finisterre				X			X	X	X					X	X	X				X			
	6	15:40 a 17:30	NCG	Servicio Residencias				X			X	X	X					X	X	X				X			
27/ 11	1	09:30 a 13	NCG	Centro Ricardo Baró				X			X	X	X					X	X	X				X			
	2	13 a 13:30	NCG	Cuestiones pendientes	Elaboración del informe de auditoría por el equipo auditor																						
	2	13:30 a 14	NCG	Reunión final																							

CUADRO DE NO CONFORMIDADES

Ref. NC	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma	Categoría N. C.
01	<p>En relación a Seguimiento, medición, análisis y evaluación se detecta:</p> <p>a) Indicadores cuyo seguimiento no es completo. Por ej. algunos de los procesos esenciales en el centro educativo la última medición es de junio de 2019 (por curso escolar), centro ocupacional y centro de día, centro Ricardo Baró, servicio de ocio; procesos estratégicos (EST-1, EST-4, EST-6) o de apoyo (APO-3).</p> <p>b) Indicadores para los que no se evidencia de manera explícita el análisis de las causas (o toma de acciones, si procede), cuando se desvían de su umbral de aceptación. Por ej. en centro educativo, centro ocupacional y centro de día, centro Ricardo Baró, residencias.</p>	9.1	Menor
02	<p>En relación a los requisitos asociados a la Auditoría Interna, se detecta que en los informes de a las auditorías realizadas en octubre y noviembre de 2020 no se recogen de manera explícita la auditoría de los requisitos asociados al sistema de gestión y procesos de apoyo.</p>	9.2	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

- 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): correctamente cerradas y verificadas a excepción de la no conformidad relativa a indicadores.
- 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:	2021-10-01
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 Santiago, a 27 de noviembre de 2020

ANEXO A CENTROS VISITADOS

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

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
JUAN FONTELA	DIRECTOR GERENTE	ASOCIACIÓN ASPRONAGA	x	x	x
LUCIA BARRAL	COORDINADORA CALIDAD	ASOCIACIÓN ASPRONAGA	x	x	x
PATRICIA ZAS GRANDÍO	RECURSOS HUMANOS	ASOCIACIÓN ASPRONAGA	x	x	x
PILI FUSTES	COMUNICACIÓN	ASOCIACIÓN ASPRONAGA	x	x	x
JOSÉ PAN	COMPRAS	ASOCIACIÓN ASPRONAGA	x	x	x
RUBÉN MATEOS	DIRECTOR PEDAGÓGICO	COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES		X	
LISA MATOS CRISTINA DÍAZ MARTA FERNÁNDEZ SANDRA ESPADA	DIRECTORA TÉCNICA PSICÓLOGA EDUCADORA TRABAJADORA SOCIAL	CENTRO LABORAL Y CENTRO DE DÍA LAMASTELLE		X	
ANTONIO NAYA Mº JOSÉ MUÑOZ EVA ROGRÍGUEZ	DIRECCIÓN MÉDICO TRABAJADORA SOCIAL	CENTRO GRAVEMENTE AFECTADOS "RICARDO BARÓ"		X	

FERNANDA PÉREZ	COORDINADORA RESIDENCIAS	SERVICIO DE RESIDENCIAS:		X	
IAGO MENDUIÑA PATXU GERMANO	DIRECTOR COORDINADORA OCIO	SERVICIO DE OCIO		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	luciabarral@aspronaga.net	
Representante de la Dirección		
Nombre	Dña. BARRAL GÓMEZ, LUCIA MARIA	
Cargo	RESPONSABLE CALIDAD	
Teléfono	981610850	
Correo electrónico	luciabarral@aspronaga.net	
Director General		
Nombre	FONTELA PÉREZ, JUAN JESÚS	
Cargo	DIRECTOR-GERENTE	
Contacto de Facturación		
Nombre	PAN SECO, José	
Cargo	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN	
Teléfono	981610850	
Correo electrónico	lamastelle@aspronaga.org	
ALCANCE DEL CERTIFICADO (añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Norma de referencia	UNE-EN ISO 9001:2015	
Alcance Español	1. La prestación de servicios de atención integral especializada a personas con discapacidad intelectual gravemente afectadas (servicios residenciales: alojamiento, restauración y lavandería; servicios sanitarios y atención básica: medicina, enfermería, fisioterapia, hidroterapia y	

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

(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.

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).

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).

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.

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).

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

CENTRO RICARDO BARO AV ISAAC DIAZ PARDO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	77	0	ELIJA..						N.A.
CENTRO LABORAL LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	35	0	ELIJA..						ELIJA..
COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES CL PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA	27	0	ELIJA..						ELIJA..
RESIDENCIA HOGAR LA CASA DE LAMASTELLE AV DE ISAAC PARDO, 13,12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	5	0	N.A.						ELIJA..
RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA CL PLA Y CANCELA, 10. 15011 - A CORUÑA	5	0	N.A.						ELIJA..
SERVICIO DE OCIO, CLUB JUVENIL FINISTERRE CL PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA	4	0							
RESIDENCIA LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	12	0							

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

Emplazamientos temporales	Nº Centros:		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:	Dirección:	Producción:	Comercial:	Admón:

(*)Explicación sobre colectivos:

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

