

ASPRONAGA

Informe de Auditoría

Nº SUBEXPEDIENTE: 2007/0321/ER/01	Nº INFORME: 10	TIPO DE AUDITORÍA: 1º Seguimiento
NORMA DE APLICACIÓN: UNE-EN ISO 9001:2008	Requiere envío de PAC a AENOR: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	

Fecha de realización de la Auditoría: **2016-11-28, 29 Y 30**

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
Auditor Jefe	Dña. Sonia RUIZ VARGAS	SRV

C. CRITERIOS DE AUDITORÍA

El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:

- Requisitos de la/s norma/s de sistema de gestión de referencia
- Los procesos definidos y la documentación del sistema de gestión desarrollada por el cliente
- Los requisitos legales y reglamentarios aplicables

2. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

1.1. Cuestiones generales para todos los Sistemas de Gestión

a. Confirmación de la realización de la auditoría

Se ha realizado la auditoría primera de seguimiento bajo los requisitos de la norma UNE-EN ISO 9001:2008 del sistema de gestión de la calidad implantado en ASPRONAGA durante los días 28, 29 y 30 de noviembre de 2016.

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

- Centro Ricardo Baró
- Centro Laboral Lamastelle
- Colegio Nuestra Sra. De Lourdes
- Residencia Hogar La Casa de Lamastelle
- Servicio de Ocio

b. Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado

Alcance de la auditoría:

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

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

¿Se han auditado todas las actividades incluidas en el alcance del certificado (sólo para auditorías de seguimiento)?
SI NO

c. 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

El Sistema de Gestión auditado evidencia un buen grado de implantación, el sistema es eficaz y se está trabajando en optimizar el mismo.

La organización declara no haber tenido reclamaciones de clientes desde la auditoría anterior.

Frente a las observaciones recogidas en el presente informe se recomienda a la organización que las tenga en cuenta, para evitar que, de mantenerse o generalizarse, puedan devenir en no conformidades en futuras auditorías.

Destacar la colaboración del personal auditado durante la realización de la auditoría.

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

En cuanto al proceso de auditoría interna: realizado por auditores internos correcta.

En cuanto al proceso de Revisión del sistema por la Dirección: se realiza por año natural. Último año auditado 2015 correcto.

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

Creación de un Comité de Ética propio en el que participan partes interesadas de la organización (personal, autogestor, familias, técnicos UDC,
 Creación de un Aula Virtual en la organización para la gestión de la formación interna.
 Continúa la implantación de la aplicación Gestión de Centros de ASPRONAGA.
 Nuevo modelo de PII para el CLL e incorporación del mismo al aplicativo informático.
 Nueva contratación de prestación de servicios en RES que sustituye al actual Pacto de Asistencia.
 El trabajo por Proyectos en el COL.
 El Modelo de Calidad de Vida FEAPS se está modificando a Plena Inclusión y la organización retomará el mismo cuando se apruebe el nuevo modelo.
 La nueva Residencia de 15 plazas en construcción tiene prevista su finalización en febrero de 2017.

e. 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

f. Puntos fuertes

En general (continúan en vigor los de años anteriores)

- Clara orientación en ASPRONAGA a la mejora de la calidad de vida de los usuarios en cumplimiento de lo requerido en la Misión, Visión y Política de Calidad de la organización.
- La implicación de la Gerencia, Responsable de Calidad y Directores en el sistema de gestión así como la apuesta por la mejora continua que redunde en la Calidad de vida de los usuarios y las familias.
- El enfoque a usuarios, familias, financiadores, asociados y sociedad.
- El capital humano de la organización.
- Cultura de trabajo en equipo y participación de los grupos de interés en la gestión de los centros y servicios.
- La creación de un Comité de ética propio.
- El reconocimiento externo a la organización: la obtención del Premio "Líderes en Calidad en Galicia".
- El Portal de Calidad de ASPRONAGA.
- Portal de Gestión de Personas de ASPRONAGA y la gestión de la formación.
- La comunicación externa: el uso proactivo y eficaz de las redes, Facebook, Blogs,...
- La realización de auditorías internas por personal propio.

En el Centro Ricardo Baró, CRB

- El sólido Equipo Directivo del Centro.
- Destacar la implicación y respuesta del personal de la organización ante la elevada carga de atención directa debida al envejecimiento de usuarios, a casos complicados,...
- La participación del Director del Centro en Comités de Ética.
- La participación de usuarios en el servicio de hidroterapia.
- El nuevo Blog de Ocio del centro, se han potenciado las actividades de ocio y la participación de los usuarios.

Destacar la gestión del ocio como su valoración.

- La elaboración y seguimiento de los Planes Individuales (adaptados a las 8 dimensiones de Calidad de Vida FEAPS) de usuarios.
- El Grupo Nosotros. El enfoque a familias, el seguimiento y atención prestada a los mismos. La comisión de acogida y el proceso de acogida.
- Los nuevos Protocolos implantados y la revisión de los existentes por todo el personal implicado: Médico, DUES, cuidadoras,...
- El trato exquisito a los usuarios.
- Las Reuniones de Coordinación y Evaluación de los Equipos de Trabajo.

En el Centro Laboral Lamastelle, CLL

- Equipo compacto y sólido de trabajo, la implicación de la Dirección del centro en el sistema y la mejora.
- La página web del CLL. La gestión de la misma y su contenido. La gestión documental.
- Organización del centro (actividades, talleres, comedor...).
- La incorporación de personal formado en Aspronaga con alto grado de implicación en talleres.
- Los trabajos realizados para el desarrollo del nuevo modelo de PII de usuarios 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.
- El enfoque y seguimiento personalizado en la atención de los usuarios.
- Los Proyectos realizados en el centro, por ejemplo: Mefacylita, Idocal, Decálogo de Buenas Prácticas de Autogestores, Plan de actividades no laborales,...
- El abanico de actividades existentes para los usuarios a la que siempre se incorporan novedades, por ejemplo trabajo con animales (perros), incorporación de piscina.
- El trabajo en talleres, clientes fidelizados.
- La participación de un mayor número de usuarios en actividades ocupacionales de centro: cocina, limpieza, instalaciones,...
- Mejoras en la organización: nuevo procesador de leña y la pasarela de protección para la lluvia realizada por la propia organización.

En Hogares Residencias, RES

- El esfuerzo e implicación del equipo de trabajo. El trato cercano y personalizado a los usuarios.
- 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..
- Personalización de pautas y objetivos de usuarios.
- Seguimiento de acciones de proceso así como la gestión documental.
- El buen hacer del servicio doméstico.
- La realización de una encuesta específica para el respiro familiar.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

- La implicación del Equipo Directivo.
- Lourdes Virtual y la página web.
- La gestión documental del sistema.
- El uso de las nuevas tecnologías con los alumnos y el profesorado, la realización y participación en Proyectos TICS. Este año se ha creado una APP propia del Colegio.
- Los convenios para la inclusión social, p.e: CIFP Paseo das Pontes.
- La implantación de metodologías basadas en inteligencias múltiples. El trabajo por Proyectos en el centro: Proyecto en el Espejo, Mi Colegio, Master Chef, Edificios de Deporte en la Rúa.
- El seguimiento de las Programaciones de los alumnos y los Proyectos del centro por el personal auditado.
- El seguimiento de alumnos por logopedia.

En el Servicio de Ocio, OCI

- La realización de actividades para el empoderamiento de los usuarios y la inclusión social. La realización de registros nuevos para el personal y voluntarios, por ejemplo: Guías de Viaje,...
- La optimización de recursos para la gestión del servicio. El esfuerzo e implicación del equipo de trabajo.
- Adaptación de material a Lectura Fácil.
- Tendencia por parte del Club al ocio en comunidad, la búsqueda de la integración social.
- La proactividad para fomentar alianzas con organismos y entidades,...
- El uso de redes sociales en la gestión del servicio.
- El equipo de voluntarios con discapacidad.

g. Oportunidades de mejora

En general

- Continuar con la implantación del Modelo de Plena Inclusión en su nueva versión.
- Establecer nuevos indicadores relacionados con la Calidad de Vida.
- Continuar trabajando en la conservación, funcionalidad y accesibilidad de las instalaciones.
- Adaptación a la Norma UNE EN ISO 9001:2015. Revisar el mapa de procesos de la organización para la incorporación de procesos como comunicación, proceso de identificación de riesgos y oportunidades,...
- Continuar 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.
- Conseguir financiación a para las 15 plazas de la nueva Residencia.
- Creación de nuevos diseños de Planes de Actuación para los centros.
- Continuar formando a auditores internos de cara a que el intercambio de auditorías continúe aportando un gran valor a la organización.

En el Centro Laboral Lamastelle, CLI

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

En Hogares Residencias, RES

- Redefinición de indicadores incorporando Calidad de Vida.
- Reforma de Pla y Cancela.
- No personalizar los propietarios de procesos, identificar con puesto de trabajo.
- Incorporar nuevos protocolos, por ejemplo: Éxitus.
- Incorporar la información sobre autoprotección a la web.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

- Establecer un Plan anual de mantenimiento con las mejoras previstas.
- Informatizar registros.
- Continuar potenciando el sentimiento de pertenencia a ASPRONAGA.
- Crear grupos de trabajo para la reforma de documentos clave del centro.

En el Servicio de Ocio, OCI

- La implementación del proceso de gestión del voluntariado.
- Implantación de la aplicación informática de gestión.
- Flexibilizar la documentación del sistema evitando encorsetar las actuaciones a llevar a cabo. .
- Valorar la necesidad de la encuesta de acogida teniendo en cuenta el nuevo perfil de los usuarios.
- Continuar introduciendo apoyos al servicio de usuarios del centro, de cara a colaborar en la carga de trabajo.
- Continuar con la mejora en las instalaciones: incorporación de señalización.
- Continuar potenciando el sentimiento de pertenencia a ASPRONAGA.

En el Centro Ricardo Baró, CRB

- En la medida de lo posible buscar actuaciones para estabilizar los puestos de psicóloga, terapeuta ocupacional y logopeda, la organización ha extendido el plazo y asumido el coste de los contratos de cooperación hasta su relevo.
- Aumentar el uso del aplicativo de gestión, por ejemplo para el PAI. Personalizar el mismo.
- Continuar incorporando indicadores, por ejemplo: calidad de vida.
- Instalación de una pasarela cubierta para el acceso a la piscina, planteado por la organización.
- Continuar en la búsqueda de financiación para plazas de concierto (Diputación a Xunta).
- Continuar con el seguimiento de las acciones de mejora abiertas.
- Implantación de la aplicación informática de gestión.

Nº	Observaciones	Norma/s
01	<p>Generales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La organización está definiendo las competencias de personal para incorporar una evaluación de desempeño. 2. Se observa que si bien la sistemática para alérgenos ha sido implantada en los centros y se han creado registros, los APPCC de los centros no incorporan en los mismos la normativa RD26/2015 a la que se da respuesta. Sí la incorpora los disponibles en el Servicio Médico, CRB. Se debería trasladar las mismas a los centros. 3. Se observa que la organización está en proceso de mejora para la identificación de alérgenos en los menús, se están realizando fichas de elaboración de recetas. (Destacar la participación del personal de cocina del CRB en las mismas). 4. Se observa que se ha cambiado el proveedor de limpieza y el mismo no ha aportado las nuevas fichas técnicas de productos de limpieza, Darlim. 	UNE EN ISO 9001:2008
02	<p>CLL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se observa que la organización tiene abierta una acción para la actualización de expedientes de usuarios. 2. Se observa que el registro de mantenimiento correctivo se realiza primero en papel o móvil siendo luego volcado al aplicativo, estudiar otras posibilidades. 3. Se observa que algunos de los registros de mantenimiento preventivo técnico- 	UNE EN ISO 9001:2008

	<p>legal están disponibles en el correo electrónico, si bien no están ordenados en una carpeta informática documental.</p> <p>4. A fecha de auditoría el simulacro de evacuación está planificado para la segunda semana de diciembre de 2016.</p>	
03	<p>RES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se observan indicadores que a fecha de auditoría están siendo analizados para su reformulación. 2. Se observa en el control de alérgenos platos de comida que no incorporan todos los alérgenos que contienen, por ejemplo: albóndigas de pescado únicamente incorpora pescado, empanada de bacalao únicamente incorpora pescado, plan batido de yogur únicamente lactosa,... 3. A fecha de auditoría se ha actualizado el PII de los usuarios, la organización ha identificado objetivos sobre el nuevo. 4. A fecha de auditoría el simulacro de evacuación está planificado para la segunda semana de diciembre de 2016. 	UNE EN ISO 9001:2008
04	<p>OCI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La organización tiene abierta una acción derivada de la no conformidad de auditoría interna relativa a la actualización documental del sistema de gestión. La organización tiene prevista su implantación definitiva en marzo de 2017. 2. Se observa algún procedimiento que no está actualizado a la sistemática de trabajo, la organización tiene planteada una acción al respecto. 3. Se observa que a fecha de auditoría no se ha realizado la encuesta de satisfacción de acogida. 4. La organización ha cambiado algún indicador, si bien debería reflexionar sobre los existentes incorporando alguno nuevo. 5. Se observa que el listado de registros identifica fundamentalmente registros con formato, incorporar al listado alguno que no tiene formato, por ejemplo: apoyos. 	UNE EN ISO 9001:2008
05	<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 está en proceso de implantación, por ejemplo: PEC, PCC,... 2. Se observa que la Programación Didáctica de Etapa de Formación Básica contiene alusiones a competencias básicas cuando actualmente la normativa referencia las competencias clave. 3. A fecha de auditoría el simulacro está pendiente de realizar y será planificado en Consello Escolar. 	UNE EN ISO 9001:2008

	4. Se observa algún deterioro en las instalaciones, la organización está realizando mejoras parciales.	
06	<p>CRB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En cuanto a mantenimiento: se observa puntualmente un cebo en lavandería no señalado. 2. Se observa que actualmente no está actualizado el registro de control diario de temperatura del acumulador (el nuevo equipo tiene un sistema de respuesta en 3 niveles que asegura que no baje de 60° con alarma visual incluida). 3. En cuanto a indicadores, se observa: un indicador que tiene un error de transcripción en el cuadro de mando, CRB3, indicador test cumplimentado; y, un indicador pendiente de cálculo, usuarios participando en reuniones de coordinación y evaluación. 	UNE EN ISO 9001:2008

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
- ii. Enfoque a procesos

Información específica del sistema de gestión a adjuntar al informe, cuando aplique:

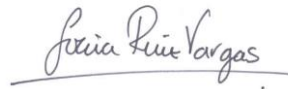
- Listado de proyectos
- Listado de obras y/o servicios
- Listado completo de centros temporales
- Otros:

3. CUADRO DE NO CONFORMIDADES

Ref. N. C.	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma	Apdo. Norma	Categoría N. C.
	NO PROCEDE			

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.



EL REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN

EL EQUIPO AUDITOR

4. DISPOSICIONES FINALES

1. 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 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.

2. 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 (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, a partir de la fecha de recepción dicho requerimiento.

3. 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 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. Asimismo, se informa a la organización que cualquier queja o reclamación sobre la actuación de AENOR, estas deben ser remitidas a la siguiente dirección calidad@aenor.es

4. 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): no procede.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

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

Fecha próxima auditoría:	01-11-2017
Fecha expiración del actual certificado: <i>(no cumplimentar en Fase I Fase II)</i>	14-12-2018

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

10. 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.

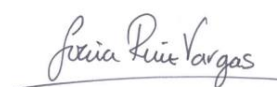
11. Una vez concedida la Certificación, la organización se compromete a poner a disposición de AENOR durante la realización de las auditorías la documentación vigente del Sistema de Gestión.

12. Para cualquier aspecto relacionado con el proceso de certificación, la organización puede dirigirse al Técnico Responsable de su Expediente (TRE). **RUIZ VARGAS, SONIA**

En Oleiros, A Coruña, a 30 de noviembre de 2016

El Representante de la Organización

El Equipo Auditor



ANEXO A CENTROS VISITADOS

DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)
CENTROS FIJOS
CENTRO RICARDO BARÓ AV ISAAC DIAZ PARDO, 12 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)
CENTRO LABORAL LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12 15179- OLEIROS (A CORUÑA)
HOGAR RESIDENCIA LAMASTELLE AV ISAAC DIAZ PARDO 13 15179- OLEIROS (A CORUÑA)
COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES CL PEREZ LUGIN 10 15011 (A CORUÑA)
CLUB DE OCIO FINISTERRE, SERVICIO DE OCIO CL PEREZ LUGIN 10 15011 (A CORUÑA)
CENTROS TEMPORALES

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

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	Desarrollo Auditoría	Reunión final
D. POMPEYO FERNÁNDEZ PEREZ	DIRECTOR GERENTE	X	X	X
D. ANTONIO NAYA SANCHO	DIRECTOR DEL CENTRO RICARDO BARO	X	X	X
D. JUAN FONTENLA PÉREZ	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS	X	X	X
D ^a . MARIA JOSE MUÑOZ MARTÍN	MÉDICO. JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA Y SALUD		X	X
D. JUAN MÉNDEZ	DUE ATENCIÓN BÁSICA CRB		X	
D ^a . PILI GONZÁLEZ BELLO	ENFERMERÍA CRB		X	
D. YAGO BARCIA LÓPEZ	PSICÓLOGO CRB		X	
D ^a . LUCÍA MONTALVO	CUIDADORA Y OCIO CRB		X	
D ^a . SUSANA POMBO	CUIDADORA Y OCIO CRB		X	
D. ANTONIO FERNÁNDEZ	MANTENIMIENTO CRB		X	
D ^a . PATRICIA ZAS	TECNICA RR.HH. ASPRONAGA		X	
D ^a . LISA MATOS CONCHADO	DIRECTORA DEL CENTRO LABORAL LAMASTELLE	X	X	X
D ^a . MARTA FERNANDEZ RIAL	EDUCADORA SOCIAL CLL		X	X
D ^a . CRISTINA DÍAZ ÁLVAREZ	PSICÓLOGA CLL		X	
D ^a . SANDRA ESPADA ALVAREZ	TRABAJADORA SOCIAL CLL		X	
D ^a . SUSANA FERNÁNDEZ SOTO	ENCARGADA TALLER CLL		X	
D ^a . ANA DÍAZ CASTRO	ENCARGADA UNIDAD 5		X	
D ^a . AMPARO RODRÍGUEZ BURÁN	ENCARGADA DE UNIDAD 3		X	
D ^a . MARIA JESUS SUAREZ-NOGUEROL CALVET	COCINERA CLL		X	
D ^o . ALFONSO PATIÑO VEIRA	MAESTRO DE TALLER Y MANTENIMIENTO CLL Y RES		X	
D. JOSE ANTONIO CANEDO COSTA	MAESTRO DE TALLER Y MANTENIMIENTO CLL Y RES		X	
D ^a . FERNANDA PÉREZ BERMÚDEZ	COORDINADORA DE RESIDENCIAS	X	X	X

D ^a . MICHELE MARÍA GARCÍA EDWARDS	SERVICIO DOMÉSTICO RES		X	
D ^a . DIANA FRAGUAS AGUNDEZ	EDUCADORA SOCIAL RES Y CLL			
D. IAGO GRAÑA MENDUIÑA	COORDINADOR DE OCIO		X	X
D ^a . PATRICIA GERMANO POLO	TÉCNICO DE OCIO		X	
D ^a . PATRICIA FREIRE ALLIS	DIRECTORA DEL COLEGIO		X	X
D ^a . VERÓNICA SOUTO COELLO	SECRETARIA COL DOCENTE COL		X	
D ^a . LUISA CHAO SORDO	DOCENTE COL		X	
D ^a . MAR SERRANO	DOCENTE COL		X	
D ^a . PATRICIA ÁLVAREZ	LOGOPEDA COL		X	
D. JUAN OTERO	REPRESENTANTE DEL GRUPO DE AUTOGESTORES DE ASPRONAGA		X	X
D ^a . SONIA RUIZ VARGAS	AENOR	X	X	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 CORUNA	
C.I.F.	G15028855	
Grupo (si aplica)	<GRUPO>	
Correo electrónico	recursoshumanos@aspronaga.net	
Representante de la Dirección		
Nombre	D. Juan FONTELA PÉREZ	
Cargo	RESPONSABLE DE CALIDAD	
Teléfono	981610850	
Fax	981631393	
Correo electrónico	juanfontela@aspronaga.net	
Dirección General		
Nombre	POMPEYO FERNANDEZ PÉREZ	
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 9001:2008	
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 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>	
Alcance Inglés	<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, personal and social skills (psychological counselling, family support, speech therapy, training in daily home- life and community skills) and leisure and social inclusion. Health care services: Medical treatment and physiotherapy and general services: Catering and transport.</p> <p>3. Provision of educative service of basic, professional and complementary formation for handicapped persons with learning disabilities. Transport 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 (pspsychology, 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>	

Procesos subcontratados <i>(mencionar procesos)</i>		
Productos/Proyectos		

CENTROS DE ACTIVIDAD Y N° PERSONAS			Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)		
Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado <i>(añadir tantas filas como sean necesarias)</i>	Pers Prop	Pers Subc	Indicar posibles modificaciones en los centros <i>(añadir tantas filas como sean necesarias)</i>	Pers Prop	Pers Subc
CENTRO RICARDO BARO AV ISAAC DIAZ PARDO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	77	0			
CENTRO LABORAL LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	35	0			
COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES CL PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA	27	0			
RESIDENCIA HOGAR LA CASA DE LAMASTELLE AV DE ISAAC PARDO, 13,12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	5	0			
RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA CL PLA Y CANCELA, 10. 15011 - A CORUÑA	5	0			
SERVICIO DE OCIO, CLUB JUVENIL FINISTERRE CL PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA	4	0			

Emplazamientos temporales	N° Centros:		Emplazamientos temporales	N° 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)			
Total personas implicadas en el alcance del certificado:				Total personas implicadas en el alcance del certificado			
Total personas que realizan la misma actividad:				Total personas que realizan la misma actividad			
Personal estacional	N° Personas:	Periodo:		Personal estacional	N° Personas:	Periodo:	
Personal a tiempo parcial	N° Personas:	Duración jornada:		Personal a tiempo parcial	N° Personas:	Duración jornada:	
Personal en turnos	N° Personas:	N° turnos:		Personal en turnos	N° Personas:	N° turnos:	
Distribución personal por área				Distribución personal por área			
Dirección:	Producción:	Comercial:	Admón:	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

El representante de la empresa

Fecha: 2016-11-30

Fdo: D. POMPEYO FERNÁNDEZ PÉREZ

El representante de AENOR



Fdo: D^a. SONIA RUIZ VARGAS