

ASPRONAGA

Informe de Auditoría

Nº EXPEDIENTE: 2007/0321/ER/01	Nº INFORME: 7	TIPO DE AUDITORÍA: 1º de 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: **2014-03-17-19**

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 7	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

1. DATOS GENERALES

A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

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

B. EQUIPO AUDITOR

Función	Nombre	Iniciales
Auditora Jefe	Dña. Sonia RUIZ VARGAS	SRV

C. MODIFICACIONES SOBRE EL ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN, SI PROCEDE

No proceden modificaciones en el alcance de la certificación.

D. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA

Los objetivos de la auditoría son: determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización / empresa auditada con los criterios de auditoría, evaluar su capacidad para cumplir con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables, así como evaluar su eficacia para cumplir los objetivos especificados y cuando corresponda, identificar posibles áreas de mejora.

Se Indicará en el resumen de auditoría 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...)

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 7	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
---	--------------------------------------	--------------------------------------

2. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Cambios significativos del sistema con respecto a la anterior visita:

La organización ha tenido una incidencia grave con el sistema informático y los datos de gestión, la misma ha ocasionado pérdida de información y necesidad de contratar un servicio informático y crear una aplicación informática que sustituya al "radar". Dicha cuestión ha afectado a la mejora continua del sistema de gestión, no sólo debido a la pérdida de información, sino a la gestión de la incidencia en sí mismo. Destacar la flexibilidad de la organización para adaptarse a esta circunstancia.

Cambio en la dirección del Colegio Nuestra Sra. De Lourdes.

La organización solicitó un aplazamiento de la auditoría.

Conclusiones sobre el cumplimiento de los objetivos de la auditoría y la eficacia del sistema de gestión.

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 17, 18 y 19 de marzo de 2014.

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

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

Se evidencia un estancamiento de sistema, no se evidencia mejora continua en el sistema de gestión. El Sistema de Gestión auditado evidencia un correcto grado de implantación en la prestación del servicio, sin embargo, en lo relativo a la parte central del sistema (control y optimización documental, utilización de herramientas del sistema (acciones correctivas y preventivas, no conformidades,...), actualización de indicadores, análisis de datos, mejoras...) es necesario continuar haciendo un esfuerzo para tener una implantación eficaz y una búsqueda de la mejora continua. Se evidencia, por tanto, un estacionamiento del sistema, si bien los usuarios, alumnos, familias no han percibido ese parón. Para la misma se han abierto acciones para su resolución y están en fase de implantación y seguimiento. La organización es consciente del estancamiento y va a establecer acciones para salvar esta situación. 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.

Puntos fuertes

En general

- El enfoque a usuarios, familias, financiadores, asociados y sociedad.

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 7	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
---	--------------------------------------	--------------------------------------

- La Auditoría interna cruzada.
- 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 capacidad creativa y comunicativa reflejada en las Memorias de la Asociación.
- La participación del personal en la impartición de formación externa e interna.
- El Ágora de Aspronaga.
- La Conmemoración del 50 Aniversario de ASPRONAGA.
- Creación del grupo de hermanos ASPROHER.

En el Centro Ricardo Baró, CRB

- Participación del personal y de los usuarios e las reuniones de Coordinación y evaluación y en los equipos de trabajo.
- La participación del personal de Atención Directa para la organización de actividades de ocio y tiempo libre.
- El enfoque a familias, el seguimiento y atención prestada a los mismos, la continuidad del grupo Nosotros. La comisión de acogida y el proceso de acogida.
- La dedicación de los cuidadores para la consecución del PIT.
- El uso de economía de fichas con los usuarios del Centro.
- Implicación del centro en el debate ético sobre creencias, valores,... la participación del Director en FADEMGA formando en ética y valores a otras organizaciones.
- El Ágora de Aspronaga.
- Las mejoras en las instalaciones: tejado, sala de enfermería para usuarios,...
- Nuevo enfoque para evaluación de la satisfacción de usuarios de ocio.

En el Centro Laboral Lamastelle, CLL

- Organización del centro (actividades, talleres, comedor ...)
- El abanico de actividades existentes para los usuarios.
- El seguimiento personalizado de los usuarios.
- La gestión del servicio de Comedor.
- La identificación de mejoras, incidencias y acciones en el sistema.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

- El enfoque personalizado y especializado con los alumnos, PTI.
- El uso de las nuevas tecnologías con los alumnos y el profesorado.
- Lourdes Virtual y la página web.
- La implicación del nuevo Equipo Directivo.

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 7	____/____/____ Nº DE INFORME:	____/____/____ Nº DE INFORME:
---	---	---

- Diversidad de Proyectos: Xuntos, Capaces, la participación en prácticas de empresa, ALCAMPO , EROSKI,...
- La gestión del proceso de Orientación interno y la participación del Orientador en equipos de orientación externos. El Blog de Orientadores de primaria.

En Hogares Residencias, RES

- El seguimiento y evaluación de los usuarios.
- La creación de registros y documentos que permiten al personal que rota el conocimiento de usuarios. Referencias para la elaboración del Plan de Tareas.
- La coordinación con el CLL.
- El buen hacer del servicio doméstico.

En el Servicio de Ocio, OCI

- La optimización de recursos (humanos y materiales) para la gestión del servicio. El esfuerzo y dedicación realizado por el equipo de trabajo.
- Tendencia por parte del Club al ocio en comunidad, la búsqueda de la integración social.
- La proactividad para fomentar alianzas con organismos y entidades,...

Oportunidades de mejora:

En general

- Implantación del Modelo de Calidad FEAPS.
- Implantación de la nueva herramienta de gestión (ARCADE).
- La implantación del Programa de Transformación Cultural para ONG.
- Establecer nuevos indicadores relacionados con la prestación de los servicios a los usuarios de los diferentes, cuya interpretación aporte mayor valor e información a la organización.
- Elaborar un cuadro de indicadores con sistema colorimétrico (verde, amarillo, rojo) para facilitar la interpretación de los datos de una forma más visual.
- Incluir en los informes de revisión por la dirección gráficos de evolución de los distintos indicadores del sistema, así como anexas o hacer referencia a otros informes de análisis (satisfacción, indicadores, objetivos, etc.)
- Continuar trabajando en la conservación, funcionalidad y accesibilidad de las instalaciones.
- Optimizar la arquitectura documental actual. La utilización de herramientas documentales de apoyo al texto, tales como diagramas de flujo, gráficos, tablas,... ayudaría.
- Continuar con la formación en requisitos prácticos de la Norma de referencia.
- Participación del personal de todos los servicios en el AGORA.
- Continuar con la aplicación práctica de requisitos del sistema de gestión: uso de herramientas del sistema, formalización documental, definición de indicadores,...

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 7	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
---	--------------------------------------	--------------------------------------

En el Centro Ricardo Baró, CRB

- En la medida de lo posible buscar actuaciones para estabilizar los puestos de psicóloga y logopeda.
- Incorporar a la web la acreditación del servicio médico.
- Implantación del nuevo aplicativo de gestión.
- Formalización del proceso de salida.
- Incorporar protocolos sobre cuidados paliativos.
- Implantar indicadores asociados al código FEAPS, al cumplimiento de medidas de seguridad.
- Continuar realizando un esfuerzo en la sistematización de reuniones para la participación de todo el personal.
- Incorporar cambios en el test de atención básica.
- Construcción de la piscina.
- Establecer indicadores en negativo, por ejemplo en atención a familias.
- Eliminar registros obsoletos con más de 3-4 años de antigüedad.

En el Centro Laboral Lamastelle, CLI

- Fomentar las salidas a otros centros, tanto del personal como de los usuarios.
- Continuar estableciendo acciones para aumentar las visitas de familias al centro.
- Continuar reactivando el grupo de autogestores.
- Creación de una nueva Unidad para el Centro de día.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

- Continuar con la formación en nuevas tecnologías del profesorado y alumnado.
- Establecer un indicador para los Proyectos de Innovación.
- Conseguir ser un referente como Centro de Recursos.
- Continuar con la Escuela de Familias.
- Versión adaptada y digital de lluvia de colores.
- Implantación de mejoras en EXPEDIRE o implantación de la nueva aplicación que incorpore el seguimiento de la prestación del servicio.

En Hogares Residencias, RES

- Optimización de procesos.
- Redefinición de indicadores.

En el Servicio de Ocio, OCI

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 7	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
---	--------------------------------------	--------------------------------------

- Establecer un programa de horarios para atención telefónica y personal a familias.
- Modificar algunos de los indicadores definidos para el servicio, con objeto de que aporte mayor información al centro (por ej. preguntar por la satisfacción con la información recibida).
- Realizar un catálogo de actividades, para aquellas actividades que se vienen repitiendo durante años.
- Valorar la necesidad de la encuesta de acogida teniendo en cuenta el nuevo perfil de los usuarios.
- Evitar la duplicidad de registros (salvo los casos en los que se considere conveniente o necesario)
- Continuar introduciendo apoyos al servicio de usuarios del centro, de cara a colaborar en la carga de trabajo.

Observaciones:

En la parte general

1. El Plan de Autoprotección conjunto para todas las instalaciones y centros se presentado en REGAPE y a fecha de auditoría se están planificando los simulacros de evacuación.
2. Se observa procedimientos y procesos que hacen alusión a LORCA o RADAR no existiendo los mismos actualmente.
3. En la web de ASPRONAGA se observan puntualmente procedimientos estratégicas EST01-04, EST01-03, "Coordinación interna del Colegio" y "Planificación interna del colegio" obsoletos. El listado de documentación en vigor del Centro Escolar tiene los actualizados y en el COL están los actualizados.
4. El procedimiento de "satisfacción de clientes" EST2-2 puntualmente hace alusión a la encuesta anual, cuando la sistemática establecida actualmente no realiza encuestas anuales en todos los casos.
5. Se observa que en la Revisión del Sistema no se ha reflejado la información relativa al cambio de Dirección en el Centro, así como un análisis pormenorizado final global de los indicadores de los procesos, el cálculo de los mismos es por Centro.
6. Se observa que organización ha aplazado la evaluación de desempeño de la formación a la implantación de los nuevos perfiles que identifiquen valores (MODELO FEAPS) dicha información no ha sido incorporada a la Revisión del sistema.
7. Se observa que los informes de resultados de auditoría interna no hacen alusión a la revisión específica de algunos procesos, por ejemplo (Revisión del sistema, Auditoría Interna),... la organización realiza 5 informes, uno por centro no realizando uno específico para aspectos centrales y de apoyo del sistema.
8. Los procedimientos actuales incluyen en su mayoría los indicadores de proceso, detectándose algún caso en el que los que aparecen en el mismo no son los que aparecen en el cuadro de mando específico. Por ejemplo: indicadores del proceso de planificación (porcentaje de conocimiento del plan por parte de los trabajadores del servicio, porcentaje de cumplimiento de los objetivos de calidad. señalar en este sentido que se detectan indicadores que su cálculo no aporta información adicional a la organización.
9. La última encuesta realizada de manera global a todos los grupos de interés es del año 2012.

En el Centro Ricardo Baró, CRB

10. Se observa algún procedimiento del sistema que no está actualizado, por ejemplo alusiones a Lorca y RADAR.
11. El centro ha perdido información debido a la incidencia informática, septiembre 2013-octubre de 2013.

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 7	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
---	--------------------------------------	--------------------------------------

12. Se observa que si bien se está registrando temporalmente el seguimiento de la prestación del servicio en words y Excel, el número de registro de incidencias no es el mismo que en RADAR.
13. La organización no ha tenido datos para calcular alguno de los indicadores del sistema de gestión, por ejemplo: atención a familias.
14. La organización ha planteado en auditoría interna hacer un Plan Individual del usuario menor.
15. Se observa que no se profundiza en el análisis seguimiento y medición de los procesos.
16. Se observa que la organización está planteando indicadores nuevos para dar de baja aquellos antiguos que han dejado de aportar valor.
17. Se observa que los registros de familias se llevan actualmente en agenda.

En el Centro Laboral Lamastelle , CLL

18. Se observa que la organización tiene abierta una acción para la actualización de expedientes de usuarios, se detectan casos en los que los mismos no incorporan toda la información o la misma está obsoleta, por ejemplo en lo relativo al DNI actualizado, en la firma del documento de protección de datos, en la firma del pacto de asistencia, en la actualización de la ficha psicológica,...
19. La última encuesta realizada de manera global a todos los grupos de interés es del año 2012.
20. Se observan algunas incidencias con el proveedor de limpieza del centro.
21. Se observan indicadores que se han visto afectados en el tercer trimestre del año, debido a la pérdida de información, los mismos están identificados y justificados.
22. Se observan indicadores que actualmente no están aportando interés a la organización, ya que los mismos se cumplen desde hace años, o bien no están aportando el valor deseado, por ejemplo reuniones de evaluación del PII.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

23. El centro se está planteando la modificación del umbral de algún indicador, así como la introducción de nuevos indicadores.
24. Se observa cierto retraso en la escolarización de algún alumno, motivada por factores externos al centro de educación.
25. Se observan alusiones al Proyecto de Normalización en lugar de Dinamización lingüística.
26. Se observa que a fecha de auditoría alguno de los indicadores del objetivo 12-13 están pendiente de cálculo (Plan de Comunicación)
27. Se observa algún deterioro en la escalera del Centro Educativo.

En Hogares Residencias, RES

28. Se observan casos en que los expedientes de usuarios no están actualizados, por ejemplo para AA (ver observación de CLL, número 17 del presente informe).
29. Se observan indicadores que a fecha de auditoría están siendo analizados para su reformulación.

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 7	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

En el Servicio de Ocio, OCI

30. El centro tiene abierta una acción correctiva relativa a las desviaciones encontradas en la auditoría interna, para su seguimiento se está utilizando un Excel en lugar del formato de acción correctiva, a fecha de auditoría su planificación no es completa en cuanto al tiempo de implantación y cierre, si bien se han comenzado a implantar acciones al respecto.
31. Se observan procesos que no incorporan información sobre registros que se están utilizando en el proceso.
32. Se observa algún procedimiento que no está actualizado a la sistemática de trabajo, la organización tiene planteada una acción al respecto.
33. Si bien existen datos sobre voluntariado, la organización no ha determinado el indicador que va a incorporar al cuadro de mando propio, en recursos humanos se calculan otros.
34. Se observan registros sin codificación que no están incorporados al listado de registros del servicio de OCIO.
35. Se observan indicadores de ocio que van a ser replanteados por la organización para incorporar nuevas mediciones.
36. Se observa algún requisito práctico de la Norma que no es conocido por el personal de la organización.

Listado de documentos del SGC

Se adjuntan al presente informe los siguientes documentos:

Obligatorios en todos los Sistemas:

- Matriz de actividades de auditoría.
- Listado de emplazamientos fijos y/o temporales
- Listado de participantes
- Hoja de Datos (no procede en GFS)
- Listado de documentos en vigor

No Obligatorios en todos los Sistemas:

- Listado de legislación aplicable
- Listado de proyectos (obligatorio en I+D+i)
- Listado de proyectos obras y/o servicios (en 9001/14001)
- Resumen requisitos verificación medioambiental (EMAS)
- Otros:

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 7	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

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

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 7	____/____/____ Nº DE INFORME:	____/____/____ Nº DE INFORME:
---	---	---

4. DISPOSICIONES FINALES

1. Las observaciones y no conformidades han sido aclaradas y entendidas.
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 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*.
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 la justificación y evidencias documentales necesarias para su valoración por los servicios de AENOR: no procede.
4. Se indican a continuación los comentarios del equipo auditor sobre el cierre de las no conformidades detectadas en la anterior auditoría: 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:	Diciembre de 2014
Fecha expiración del actual certificado: <i>(no cumplimentar en Fase I Fase II)</i>	2015-12-14

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 19 de marzo de 2014

El Representante de la Organización

El Equipo Auditor

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 7	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

ANEXO CENTROS VISITADOS

DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)
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)

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 7	____/____/____ Nº DE INFORME:	____/____/____ Nº DE INFORME:
---	---	---

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

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	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 . CONCEPCIÓN LORENZO PATIÑO	ASISTENTA SOCIAL Y GOBERNANTA CRB		X	X
D ^a . MANUEL LANGUEIRA	CUIDADORA CRB		X	
D ^a . PILI POMBO	CUIDADORA CRB		X	
D ^a . BEATRIZ CALVIÑA	CUIDADORA CRB		X	
D ^a . ÁNGELES VALES CANELO	COCINA CRB		X	
D ^a . ANA MARÍA CEDEIRA LÓPEZ	COCINA 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 . SANDRA ESPADA ALVAREZ	TRABAJADORA SOCIAL CLL		X	
D ^a . MARÍA JESUS FERNÁNDEZ SOTO	MONITORA CLL MANIPULADO		X	
D ^a . ANA DÍAZ COSTA	MONITORA CLL TALLER		X	
D ^a . MATILDE ORDUNA VELA	MONITORA CLL TALLER		X	
D ^a FÁTIMA PORTO	PSICÓLOGA CLL		X	
D ^a MARÍA JOSÉ PIÑEIRO CAAMAÑO	ENCARGADA DE UNIDAD CLL		X	

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 7	____/____/____ Nº DE INFORME:	____/____/____ Nº DE INFORME:
---	---	---

Dª. MARIA JESUS SUAREZ-NOGUEROL CALVET	COCINERA CLL		X	
Dº ALFONSO PATIÑO VEIRA	MAESTRO DE TALLER Y MANTENIMIENTO CLL Y RES		X	
Dª. FERNANDA PÉREZ BERMÚDEZ	COORDINADORA DE RESIDENCIAS		X	X
Dª. MICHELE MARÍA GARCÍA EDWARDS	SERVICIO DOMÉSTICO RES		X	
D. IAGO GRAÑA MENDUIÑA	COORDINADOR DE OCIO		X	
Dª. PATRICIA GERMANO POLO	TÉCNICO DE OCIO		X	
Dª. PATRICIA FREIRE ALLIS	DIRECTORA DEL COLEGIO		X	X
Dª. VERÓNICA SOUTO COELLO	SECRETARIA COL DOCENTE COL		X	
Dª: FÁTIMA REY CASTROS	JEFATURA DE ESTUDIOS COL DOCENTE COL		X	
Dª: CELIA RAPOSO VARELA	DOCENTE COL		X	
D. RUBÉN LÓPEZ	DOCENTE COL		X	
Dª. MARIA LOPEZ MIGUEZ	COCINERA COL		X	
D. MANOLO SALGUEIRO MENDEZ	ORIENTADOR Y PSICOLOGO COL		X	
Dª. SONIA RUIZ VARGAS	AENOR		X	

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 7	____/____/____ Nº DE INFORME:	____/____/____ Nº DE INFORME:
---	---	---

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)	OBRA SOCIAL CAIXA GALICIA	
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 <small>(añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)</small>		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Norma de referencia	UNE-EN ISO 9001:2008	

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 7	____/____/____ Nº DE INFORME:	____/____/____ Nº DE INFORME:
---	---	---

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 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 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 treatment and physiotherapy and general services: Catering and transport.</p> <p>3. Provision of educative service of basic, professional and complementary</p>

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 7	____/____/____ Nº DE INFORME:	____/____/____ Nº DE INFORME:
---	---	---

	<p>formation for handiacapped 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>	
Procesos subcontratados <i>(mencionar procesos)</i>		
Productos/Proyectos		

CENTROS DE ACTIVIDAD Y Nº 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 ROSALIA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	35	0			
COLEGIO NUESTRA SENORA 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	Nº Centros:		Emplazamientos temporales	Nº Centros:	
	Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):			Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):	

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 7	____/____/____ Nº DE INFORME:	____/____/____ Nº DE INFORME:
---	---	---

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: 8 Producción: 151 Comercial: Admón: 4

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	

<p style="text-align: center;">El representante de la empresa</p> <p>Fecha: 2014-03-19</p> <p>Fdo: JUAN FONTENLA PÉREZ</p>	<p style="text-align: center;">El representante de AENOR</p> <p>Fdo: SONIA RUIZ VARGAS</p>
---	--