

ASPRONAGA

Informe de Auditoría

Nº EXPEDIENTE: 2007/0321/ER/01	Nº INFORME: 5	TIPO DE AUDITORÍA: 2ª 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: **2011-06-20, 21 Y 22**

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 5	_/ _/ _/ 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
Auditor Jefe	D. Sonia RUIZ VARGAS	SRV

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

No procede

D. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA

Determinar el grado de conformidad del sistema de gestión con los criterios de auditoría y evaluar su eficacia para lograr los objetivos especificados.
(Si procede, añadir objetivos específicos de la presente auditoría)

Indicar 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: 5	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

2. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Cambios significativos del sistema con respecto a la anterior visita:

Se continua detectando una clara tendencia a la mejora continua por parte de la Asociación.
Se ha implantado una nueva versión de la aplicación informática Radar.
Nuevo Convenio Colectivo.

Conclusiones sobre la eficacia del sistema de gestión

El sistema está implantado y se considera eficaz. El mismo está siendo dirigido a la eficiencia. El despliegue de acciones de mejora y todo lo conseguido desde la implantación del sistema, requiere que la Asociación continúe reforzando todos los logros conseguidos hasta la fecha. **Así mismo se deben tomar acciones sobre las observaciones contenidas en el presente informe de auditoría, a las cuales se realizará seguimiento el próximo año.**

Destacar la continua búsqueda e implantación de acciones para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y de sus familiares, en cumplimiento de la Misión, Política y Código Ético de la Asociación. Recalcar el bagaje de una larga y sólida trayectoria de la Asociación.

Acentuar la colaboración del personal de la Asociación para la buena marcha de la auditoría.

Puntos fuertes

En general

- La implicación en el sistema del personal de la Asociación a todos los niveles. El capital humano.
- Cultura de trabajo en equipo y participación de los grupos de interés en la gestión de los centros y servicios.
- El enfoque a usuarios, familias, financiadores, asociados y sociedad.
- El completo estudio de la satisfacción de los grupos de interés a través del método INECA.
- La elevada satisfacción de las familias y los usuarios.
- Las Memorias de la Asociación.
- La gestión de la formación. La realización de formación por personal de la Asociación, por ejemplo Técnicas de Modificación de conductas, Atención Básica y Salud y Nominas-Laboral.
- La Auditoría Interna del presente año.
- El desarrollo del Modelo FEAPS, Plan de Política de Personas, para mejora de la organización. La generosidad de la Asociación compartiendo su sistema de gestión y know how.
- La participación en eventos sociales: Encuentro galego de RSE,...

En el Centro Ricardo Baró, CRB

- El Decálogo de Buenas Prácticas
- El Manual de Convivencia.
- La acreditación del servicio Médico su calificación profesional. El Servicio Médico del centro.
- El enfoque a familias, el seguimiento y atención prestada a los mismos, el grupo Nosotros. La comisión de acogida y el proceso de acogida.
- La flexibilidad del centro ante las nuevas incorporaciones de usuarios menores de 18 años.
- La dedicación de los cuidadores para la consecución del PIT.
- El Protocolo de rotación de personal.
- La participación de usuarios en las reuniones de coordinación, el contenido de las mismas.
- La realización de formación interna por los cuidadores del centro.
- La formación en Técnicas de modificación de conducta y la valoración de dicha formación en toda la Asociación.
- El uso de economía de fichas con los usuarios del Centro.

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 5	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

En el Centro Laboral Lamastelle, CLL

- Organización del centro (actividades, talleres, comedor ...)
- La retroalimentación de los grupos de interés, alta satisfacción. El estudio INECA.
- El informe automatizado vía RADAR del seguimiento y evaluación de los PII de los usuarios.
- El uso de las herramientas del sistema, acciones de mejora, acciones correctivas,...
- El abanico de actividades existentes para los usuarios.
- El cuadro de mando de indicadores y su seguimiento.
- El documento de descripción del centro.
- El seguimiento personalizado de los usuarios.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

- La Memoria del Centro Escolar.
- La participación en proyectos de distintos ámbitos, por ejemplo en nuevas tecnologías para los usuarios, Proyecto de Comunicación Total.
- La adquisición de nuevo material para el centro derivadas de acciones de mejora de EFQM.
- Las Revista El Mirador para familias y Lluvia de colores para alumnos.
- El enfoque a las familias y alumnos y el seguimiento de los mismos.

En Hogares Residencias, RES

- El uso de RADAR y el seguimiento de los usuarios.
- El fomento de la integración social y autogestión.
- 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, la implicación del equipo de ocio.
- Tendencia por parte del Club al ocio en comunidad, la búsqueda de la integración social.
- El Calendario de ocio.
- La proactividad para fomentar alianzas con organismos y entidades,...
- El Programa "Quedamos"

Oportunidades de mejora:

En general

- Distanciar la realización de los estudios de satisfacción, actualmente la organización los realiza anualmente y a todos los grupos de interés.
- Utilización de Google docs o encuesta fácil.com para la explotación de datos de las encuestas realizadas.
- El desarrollo e implementación del Plan Estratégico de ASPRONAGA planteado por la asociación.
- La creación de un Protocolo o Guía de RADAR.
- Destacar la nueva versión de RADAR y así mismo continuar optimizando el uso, manejo y posibilidades de RADAR.
- Distanciar la Auditoría Interna de la Externa. Participación de las 8 personas formadas en Auditoría Interna en la Auditoría del próximo ejercicio.
- Continuar con la actualización de la Página web en gallego.
- Continuar trabajando en la conservación, funcionalidad y accesibilidad de las instalaciones.
- Establecer acciones para aumentar la participación del personal en las encuestas de satisfacción.

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 5	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

En el Centro Ricardo Baró, CRB

- En la medida de lo posible estabilizar los puestos de psicóloga y logopeda.
- Conseguir financiación para nuevos ordenadores e instalar la nueva versión de RADAR en los mismos.
- Incorporar a la web la acreditación del servicio médico.
- Crear un informe de seguimiento de usuarios a través de RADAR.

En el Centro Laboral Lamastelle, CLL

- Continuar estableciendo acciones para aumentar las visitas de familias al centro.
- La creación de un aula informática, dotada con 7 equipos informáticos.
- Disponer de bicicletas para los usuarios del centro.
- Continuar reactivando el grupo de autogestores.
- Fomentar el registro en RADAR y continuar formando al personal para su uso.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

- Continuar fomentado el uso de nuevas tecnologías por el alumnado.
- Potenciar la relación del Centro con el resto de Centros de la entidad.
- Continuar en la vía de formación práctica de requisitos de la Norma de referencia.
- Crear un informe de seguimiento de alumnos a través de RADAR. Aumentar el uso de la aplicación.
- Terminal de acceso a RADAR para los ATES, trabajadora social y epop para los profesores de apoyo, por ejemplo en habilidades sociales.
- Conseguir equipos informáticos para un mayor número de usuarios.
- Establecer un indicador para los Proyectos de Innovación

En Hogares Residencias, RES

- Crear informes a través de RADAR.
- Realizar un Plan de Actuación Anual.

En el Servicio de Ocio, OCI

- Realizar un catálogo de actividades, para aquellas actividades que se vienen repitiendo durante años.
- Introducción de mejoras en la encuesta.
- Elaborar un Manual del Voluntario.
- Crear informes a partir del RADAR.
- Introducir apoyos al servicio de usuarios del centro, de cara a colaborar en la carga de trabajo.
- Establecer un indicador sobre la tendencia del voluntariado, a mayores del existente en recursos humanos.
- Normalizar la evaluación de usuarios en las actividades de ocio.
- Establecer un horario de atención e incorporar contestador al teléfono.

Observaciones:

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 5	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

En la parte general

1. Se observa que la Revisión del Sistema no referencia los anexos a la misma (informe de satisfacción, seguimiento de indicadores, objetivos).
2. Se observa en algún informe de auditoría interna en el que figura como excluido el apartado 7.6 de la Norma, siendo el mismo de aplicación y habiendo sido auditado en cuanto a la aplicación informática RADAR y la obtención de datos veraces del mismo.
3. Se observa que no está sistematizado el tratamiento de las incidencias a nivel informático por el RADAR.
4. Se observa que en la página web aparecen algunos datos del año 2009, por ejemplo los objetivos.
5. Se observa que el proceso inicialmente creado para la selección de Director/a del Centro Escolar no se ha realizado en su totalidad.

En el Centro Ricardo Baró, CRB

1. Se observa que no está sistematizado el registro de mantenimiento correctivo de las instalaciones a través del RADAR.
2. Se observa alguna acción abierta desde el año 2008, por ejemplo la número 50.
3. Se observa que no está sistematizado el registro de incidencias y sugerencias de informática a través del RADAR.
4. Se observa algún indicador que se aleja de su resultado planificado y está prevista su actualización, por ejemplo: CRB3 y CRB5.
5. Se observa que el Comité de Calidad del CRB ha tenido dificultades para reunirse en el último año.
6. Se observan goteras en el Centro, la organización es consciente de ello y está buscando financiación al respecto.
7. La herramienta informática acusa el peso de los registros del sistema.

En el Centro Laboral Lamastelle, CLL

1. Existe una acción abierta y correctamente planificada para el establecimiento de un registro de limpieza normalizado en el CLL.
2. Se observa que no está sistematizado el registro de mantenimiento correctivo de las instalaciones a través del RADAR.
3. Se observa que el formato creado para el mantenimiento de vehículos de transporte no incluye por ejemplo la información relativa al kilometraje.
4. A fecha de auditoría el taller de mantenimiento continua el traslado a las nuevas instalaciones.
5. Se observan casos puntuales en los que en las tareas de mantenimiento no está determinada la prioridad de la misma.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

1. Se observa un indicador cuyo resultado planificado cumplido y lejos del valor obtenido. Indicador relativo a familias que están satisfechas con la información recibida durante el curso, resultado planificado 30% y valor obtenido 90% en 2011.
2. Se observan dos indicadores cuyos resultados planificados no se cumplen, no justificando la acción en el seguimiento de indicadores, si no en un acta del Centro Escolar, indicadores relativos a los informes externos e internos de alumnos que son satisfactorios para el tutor, valor a alcanzar 80%.
3. Se observa que el centro no ha conservado las fichas de procesos obsoletas en una carpeta de documentación obsoleta.
4. Se observa alguna ficha de proceso impresa que no contiene el encabezado y pié de página del formato de documento.
5. Se observa que se están realizando dos registros para el control de la entrada de mercancía de proveedores en el comedor y no estando el mismo unificado con el utilizado en el CRB y CLL.
6. Se observa algún caso en el que no se ha registrado la temperatura de entrada de elementos frescos, si bien se registra su apariencia y estado.
7. Se observa alguna acción correctiva correctamente planificada pendiente de formalizar su cierre, por ejemplo acción correctiva derivada de la NC 26
8. Se observa algún deterioro en la escalera del Centro Educativo.
9. El APPCC en vigor no es el que está impreso en el comedor, si bien en el mismo se ha realizado un cambio puntual.
10. Se observa que no se ha sistematizado la evaluación del estado de limpieza del centro escolar.
11. Se observa que en el formato de seguimiento de objetivos se ha reflejado el seguimiento de los mismos en el apartado creado para metas, y las metas en los seguimientos.

En Hogares Residencias, RES

1. A fecha de auditoría están pendiente de explotarse los datos provenientes de las encuestas de satisfacción realizadas en las Residencias-Hogares.
2. A fecha de auditoría hay una acción abierta sobre la actualización de algún expediente de usuario antiguo.
3. A fecha de auditoría se han tratado todas las observaciones del informe de Auditoría Interna si bien no se han abierto las acciones correspondientes, por ejemplo para la nueva formalización de la medicación temporal.
4. Las RES están comenzado a evaluar el ocio en el RADAR.

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 5	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

5. Se observa algún indicador que se aleja de su resultado planificado, por ejemplo el de aportaciones al menú, se ha propuesto la modificación del umbral, por haber incorporado al Menú las sugerencias de los usuarios en los últimos 2 años.
6. Se observa que las RES no aperturan no conformidades y hay un indicador que mide la existencia de las mismas, por lo que el seguimiento se realiza respecto a las incidencias.

En el Servicio de Ocio, OCI

1. Se observa alguna actividad para la que no se ha registrado la evaluación de la misma, por ejemplo en mayo de 2011.
2. Se observa la utilización de RADAR y base de datos de Ocio para el registro.

Listado de documentos del SGC

Se adjuntan al presente informe los siguientes documentos:

- Listado de emplazamientos fijos y/o temporales
- Listado de participantes
- Hoja de Datos
- Listado de documentos en vigor
- Otros:

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 5	___/___/___ 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: 5	_/ _/ _/ _ Nº DE INFORME:	_/ _/ _/ _ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

6. 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: se consideran correctos.
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:	2012-03/04-01
Fecha expiración del actual certificado: <i>(no cumplimentar en Fase I / Fase II)</i>	2012-05-18

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 22 junio de 2011

El Representante de la Organización

El Equipo Auditor

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 5	___/___/___ 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: 5	_/_/_/_/_ Nº DE INFORME:	_/_/_/_/_ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

ANEXO RELACIÓN DE PARTICIPANTES

RELACIÓN DE PARTICIPANTES	
Nombre y apellidos	Departamento o cargo
D. POMPEYO FERNÁNDEZ PEREZ	DIRECTOR GERENTE
D. ANTONIO NAYA SANCHO	DIRECTOR DEL CENTRO RICARDO BARO
D. JUAN FONTENLA PÉREZ	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS
D. JOSE RAMÓN PAN	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN
D ^a . MARIA JOSE MUÑOZ MARTÍN	MÉDICO. JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA Y SALUD
D ^a . CONCEPCIÓN LORENZO PATIÑO	ASISTENTA SOCIAL Y GOBERNANTA CRB
D ^a . VICKI PITA ANDRÉS	CUIDADORA CRB
D ^a . BEA SABÍN CASTEL	CUIDADORA CRB
D ^a . OLAYA PACÍN	CUIDADORA CRB
D ^a . PATRICIA ZAS	TECNICA RR.HH. ASPRONAGA
D ^a . PILAR FUSTES	TÉCNICO DE COMUNICACIÓN
D ^a . LISA MATOS CONCHADO	DIRECTORA DEL CENTRO LABORAL LAMASTELLE
D ^a . SANDRA ESPADA ALVAREZ	TRABAJADORA SOCIAL CLL
D ^a . MARIA JOSE PIÑEIRO CAAMAÑO	MONITORA CLL
D ^a . AMPARO DIEZ MARTÍNEZ	MONITORA CLL
D ^a . MARIA JESUS SUAREZ-NOGUEROL CALVET	COCINERA CLL
D ^o ALFONSO PATIÑO VEIRA	MAESTRO DE TALLER Y MANTENIMIENTO CLL Y RES
D. JOSE ANTONIO CANEDO COSTA	MANTENIMIENTO CLL y RES
D ^a . FERNANDA PÉREZ BERMÚDEZ	COORDINADORA DE RESIDENCIAS
D ^a . MARIA DEL CARMEN FERRARI RODRIGUEZ	EDUCADORA SOCIAL RES
D ^a . ROSARIO RODRIGUEZ BARÓN	SERVICIO DOMÉSTICO RES
D. IAGO GRAÑA MENDUIÑA	COORDINADOR DE OCIO
D ^a . PATRICIA GERMANO POLO	TÉCNICO DE OCIO
D ^a . DOLORES ESTEBAN ALVAREZ	DIRECTORA DEL COLEGIO
D. MANOLO SALGUEIRO MENDEZ	SECRETARIO DEL CENTRO EDUCATIVO ORIENTADOR Y PSICOLOGO
D ^a . PILAR FERNANDEZ RIVERA	ENCARGADA DE COMEDOR COL
D ^a . LUISA CHAO SORDO	JEFATURA DE ESTUDIOS COL DOCENTE DE UNIDAD DE EDUCACIÓN BÁSICA
D ^a . PAULA TOMÉ SEOANE	DOCENTE DE APOYO. HABILIDADES SOCIALES COL
D ^a . PATRICIA FREIRE ELLIS	DOCENTE DE UNIDAD DE EDUCACIÓN BÁSICA Y COORDINADORA
D. FELO COUTO	DOCENTE UNIDAD DE EDUCACIÓN BÁSICA
D ^a . ESTHER TARELA	DOCENTE FORMACIÓN PROFESIONAL Y COORDINADORA
D ^a . PATRICIA ÁLVAREZ	LOGOPEDA COL

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 5	____/____/____ Nº DE INFORME:	____/____/____ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

ANEXO HOJA DE DATOS

		Especificar si ha habido alguna modificación
Nombre de la empresa	ASPRONAGA	
Factoría/Planta/Delegación		
Dirección de correo electrónico	recursoshumanos@aspronaga.org	
Domicilio social	CL PEREZ LUGIN, 10, 15011 - A CORUNA	
C.I.F.	G15028855	
¿Pertenece su empresa a un grupo empresarial? En caso afirmativo, indíquelo	OBRA SOCIAL CAIXA GALICIA	
Norma de referencia para el sistema de gestión	UNE-EN ISO 9001:2008	
Nombre del representante de la dirección	D. Juan FONTELA PEREZ	
Cargo	RESPONSABLE DE CALIDAD	
Teléfono	981610850	
Fax	981631393	
Correo electrónico	recursoshumanos@aspronaga.org	
Dirección General:	Nombre POMPEYO FERNANDEZ PEREZ	
	Cargo DIRECTOR-GERENTE	
Número total de personas en plantilla	153	
Alcance del certificado	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 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).	

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 5	____/____/____ Nº DE INFORME:	____/____/____ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

	<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>	
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 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.</p>	

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 5	____/____/____ Nº DE INFORME:	____/____/____ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Asociation voluntary work management.

Centros de trabajo objeto de la certificación y número de personas por centro (propias y subcontratadas)			Centros de trabajo objeto de la certificación y número de personas por centro (propias y subcontratadas)		
Centro	Propio	Subc.	Centro	Propio	Subc.
CENTRO RICARDO BARO. AV ISAAC DIAZ PARDO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUNA)	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 CORUNA	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 CORUNA	5	0			
SERVICIO DE OCIO, CLUB JUVENIL FINISTERRE. CL PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA	4	0			

Para el caso de UNE-EN ISO 9001:2008, indicar las exclusiones realizadas a requisitos del Capítulo 7 de la Norma

Reglamentación aplicable al alcance del certificado. (Adjuntar listado)

Fecha 2011-06-22

El representante de la empresa

El representante de AENOR

D. Juan FONTENLA PÉREZ

Dª. Sonia RUIZ VARGAS