

# ASPRONAGA

## Informe de Auditoría

Nº EXPEDIENTE: <b>2007/0321/ER/01</b>	Nº INFORME: <b>8</b>	TIPO DE AUDITORÍA: <b>2º Seguimiento</b>
NORMA DE APLICACIÓN: <b>UNE-EN ISO 9001:2008</b>	Requiere envío de PAC a AENOR: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	

Fecha de realización de la Auditoría: **2015-03-23, 24 y 25**

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 8	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

## 1. DATOS GENERALES

### A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

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

### B. EQUIPO AUDITOR

<b>Función</b>	<b>Nombre</b>	<b>Iniciales</b>
Auditor Jefe	Dña. Sonia RUIZ VARGAS	SRV

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

NO PROCEDE

### 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.

*(Si procede, añadir objetivos específicos de la presente auditoría)*

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...)

<b>2007/0321/ER/01</b> <b>Nº DE INFORME: 8</b>	___/___/___ <b>Nº DE INFORME:</b>	___/___/___ <b>Nº DE INFORME:</b>
---	--------------------------------------	--------------------------------------

## 2. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

### **Cambios significativos del sistema con respecto a la anterior visita:**

Se evidencia una clara tendencia a la mejora continua en el sistema de gestión, un impulso desde la anterior auditoría que va redundar en beneficio de la organización.

Portal de Calidad de ASPRONAGA.

La nueva web de ASPRONAGA.

Implantación de la aplicación Gestión de Centros de ASPRONAGA.

Portal de Gestión de Personas de ASPRONAGA.

Aprobada la nueva Residencia de 15 plazas

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

Se ha realizado la auditoría segunda 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 23, 24 y 25 de marzo de 2015.

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, Residencia Hogar Pla y Cancela
- Servicio de Ocio

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.

### **Puntos fuertes (continúan en vigor los de años anteriores)**

#### **En general**

- 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 familias.
- El enfoque a usuarios, familias, financiadores, asociados y sociedad.
- El capital humano de la organización.

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 8	____/____/____ Nº DE INFORME:	____/____/____ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

- Cultura de trabajo en equipo y participación de los grupos de interés en la gestión de los centros y servicios.
- La elevada satisfacción de los grupos de interés de la organización en los servicios prestados: usuarios, familias y personal.
- El Ágora de Aspronaga, "Espacio para el diálogo"
- El grupo de hermanos ASPROHER.
- La autoevaluación del eje de calidad de vida del Modelo de Calidad FEAPS.
- La implantación en la organización de acciones del Programa de Transformación Cultural para ONG.
- La puesta en real del Código Ético.
- La gestión de la formación del personal de la organización.
- La nueva web de ASPRONAGA.
- El uso de las redes, Facebook, Blogs,...

### En el Centro Ricardo Baró, CRB

- El sólido Equipo Directivo del Centro.
- La participación del Director del Centro en Comités de Ética.
- Buena coordinación del equipo técnico de cooperas (Psicóloga, Logopeda y Terapeuta ocupacional) con el personal de atención Directa y Dirección. Destacar la implicación y compromiso de las Cooperas.
- La reorganización de Planes individuales y su vinculación con el Mapa Vital.
- La participación del personal de Atención Directa para la organización de actividades de ocio y tiempo libre.
- El Grupo Nosotros. El enfoque a familias, el seguimiento y atención prestada a los mismos. La comisión de acogida y el proceso de acogida.
- La dedicación de los cuidadores para la consecución del PIT así como la participación en actividades de ocio y tiempo libre.
- Las mejoras en las instalaciones: tejado, vaso terapéutico,...
- El trato exquisito a los usuarios. La participación de usuarios en Reuniones de Coordinación y Evaluación de los Equipos de Trabajo, con los apoyos necesarios.

### 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 ...). El abanico de actividades existentes para los usuarios.
- La identificación de mejoras, incidencias y acciones en el sistema así como su seguimiento e implantación.
- La participación activa de la Dirección del CLL en la elaboración de encuestas de toda la organización.
- Los trabajos realizados para la integración de la aplicación informática de gestión en el día a día del centro.
- El enfoque y seguimiento personalizado en la atención de los usuarios.
- La implicación de personal y voluntarios para realizar Proyectos.

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 8	____/____/____ Nº DE INFORME:	____/____/____ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

- La implicación del grupo de autogestores en los equipos de trabajo del centro. Equipos mixtos de evaluación, análisis y mejora de los apoyos que se prestan.

### En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

- La implicación del Equipo Directivo.
- Lourdes Virtual y la página web.
- El uso de las nuevas tecnologías con los alumnos y el profesorado, la realización y participación en Proyectos TICS.
- Los Proyectos y trabajos realizados para la inclusión social y laboral de los alumnos, por ejemplo: Proyecto Intercentros, Proyecto Mi Ciudad, convenios de prácticas laborales,... así mismo el desarrollo de programas para favorecer la autonomía personal y social de los usuarios.
- La realización de Talleres para las Familias, el Proyecto Fundación Mujeres.
- El enfoque personalizado y el seguimiento de alumnos para Logopedia y Fisioterapia.
- La participación y coordinación del Orientador en equipos de orientación externos.
- Lluvia de colores en edición pictograma y la mejora en el Boletín de comunicación con familias.

### En Hogares Residencias, RES

- El esfuerzo e implicación del equipo de trabajo. El trato cercano y personalizado a los usuarios.
- El seguimiento y evaluación de los usuarios. El desarrollo de programas para favorecer la autonomía personal y social de los usuarios teniendo en cuenta sus necesidades y preferencias.
- 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 y CRB.
- Seguimiento de acciones de proceso así como la gestión documental.
- El buen hacer del servicio doméstico.

### En el Servicio de Ocio, OCI

- Clara mejora en la gestión del sistema.
- La optimización de recursos para la gestión del servicio. El esfuerzo e implicación del equipo de trabajo.
- Tendencia por parte del Club al ocio en comunidad, la búsqueda de la integración social.
- La búsqueda del empoderamiento e inclusión social.
- La proactividad para fomentar alianzas con organismos y entidades,...
- El nuevo Plan de Voluntariado desarrollado para diferentes perfiles de voluntarios.

### Oportunidades de mejora:

#### En general

<b>2007/0321/ER/01</b> <b>Nº DE INFORME: 8</b>	____/____/____ <b>Nº DE INFORME:</b>	____/____/____ <b>Nº DE INFORME:</b>
---	---	---

- Continuar con la implantación del Modelo de Calidad FEAPS.
- 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, por ejemplo relacionados con la Calidad de Vida.
- Elaborar un cuadro de mando integral.
- Continuar trabajando en la conservación, funcionalidad y accesibilidad de las instalaciones.
- Continuar optimizando las fichas de proceso y formatos aplicables al sistema, en este sentido aprovechar la adaptación a la nueva versión de la Norma UNE EN ISO 9001:2015, aumentar la informatización de los mismos.
- Continuar con la aplicación práctica de requisitos del sistema de gestión: uso de herramientas del sistema como No conformidades y acciones correctivas.
- Implantación de la aplicación Gestión de Centros de ASPRONAGA en COL, RES y OCI.
- La apertura del área privada de la web para usuarios y familias.
- Automatizar el cálculo de indicadores.
- Implantación de QRL para la identificación de usuarios en información documentada.
- La puesta en marcha de la nueva Residencia para usuarios.
- Integración en el área privada para la comunicación con las familias.
- Adaptación de los contenidos del portal corporativo a la norma WCAG de accesibilidad Doble-A.
- Implementación de mejoras en las comunicaciones de voz datos y acceso a internet.
- Elaboración de un Protocolo para comedor así como verificar su cumplimiento.
- Continuar formando a auditores internos de cara a que el intercambio de auditorías continúe aportando un gran valor a la organización.

### **En el Centro Ricardo Baró, CRB**

- En la medida de lo posible buscar actuaciones para estabilizar los puestos de psicóloga, terapeuta ocupacional y logopeda.
- Gestión de usuarios en el nuevo aplicativo de gestión.
- Incorporar protocolos sobre cuidados paliativos.
- Implantar indicadores asociados al código FEAPS.
- Eliminar registros obsoletos con más de 3-4 años de antigüedad.
- La realización de tests de cumplimientos de los protocolos de atención básica y de aseo e higiene.
- Continuar fomentado la lectura de incidencias por el aplicativo informático.
- Nombrar un responsable de la gestión documental propia de CRB.
- Continuar con las mejoras en la Comunicación con el Servicio de Menores.

### **En el Centro Laboral Lamastelle, CLI**

<b>2007/0321/ER/01</b> <b>Nº DE INFORME: 8</b>	___/___/___ <b>Nº DE INFORME:</b>	___/___/___ <b>Nº DE INFORME:</b>
---	--------------------------------------	--------------------------------------

- Establecer indicadores en negativo, por ejemplo en atención y relación con familias, familias sin contacto.
- Nuevo modelo de PII
- Fomentar las salidas a otros centros, tanto del personal como de los usuarios.
- 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,... destacar las acciones en este sentido.
- Automatizar el cálculo de indicadores.

### **En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL**

- Establecer indicadores sobre Calidad de vida, incorporando información sobre autonomía, inclusión,... así mismo continuar ajustando sus resultados planificados a la realidad de la organización.
- Conseguir ser un referente como Centro de Recursos en formación sobre discapacidad.
- La dinamización de la nueva sala de Biblioteca.
- Realizar el control de la versión de indicadores por la hoja de indicadores y sacarlos del procedimiento o proceso.
- Establecer un Plan anual de mantenimiento con las mejoras previstas.
- Incorporación al nuevo aplicativo de gestión de ASPRONAGA.
- Continuar potenciando el sentimiento de pertenencia a ASPRONAGA.

### **En Hogares Residencias, RES**

- Optimización de procesos.
- Redefinición de indicadores.
- Establecer planes de mejoras en infraestructura anuales (humedades, iluminación,...)
- Optimización del proceso de Valoración, Admisión y Acogida coordinado en el CLL.
- Incorporación al nuevo aplicativo de gestión de ASPRONAGA

### **En el Servicio de Ocio, OCI**

- La implementación del proceso de gestión del voluntariado (en borrador a fecha de auditoría).
- Establecer indicadores que reflejen la inclusión social y empoderamiento.
- Adaptación de la encuesta, pictografiarla.
- El Proyecto de accesibilidad cognitiva y espacios de ocio.
- Implantación de la aplicación informática de gestión.
- Mejora de las instalaciones, planteada para verano de 2015.
- La creación de una bolsa de voluntarios con discapacidad.
- Establecer un programa de horarios para atención telefónica y personal a familias.
- Realizar un catálogo de actividades, para aquellas actividades que se vienen repitiendo durante años.

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 8	____/____/____ Nº DE INFORME:	____/____/____ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

- 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. 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.
2. A fecha de auditoría se están planificando los simulacros de evacuación.
3. 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.
4. Se observa algún indicador de procesos estratégicos que no ha sido subido a la web calculado, por ejemplo, número de acciones de proceso abiertas a iniciativa de los trabajadores.
5. En relación a auditoría interna se detecta que la planificación de la auditoría para los siguientes procesos: EST 1, EST 3 y EST 4, Planificación, Política de Personas y Gestión de Calidad será para este año 2015.

### En el Centro Ricardo Baró, CRB

6. Se observa puntualmente algún proceso que ha sido actualizado sin incorporar la nueva edición.
7. Se observa que el listado de documentos propio del CRB en vigor está en actualización. La documentación actualizada a fecha de auditoría se encuentra en la web.
8. A fecha de auditoría el proceso de fisioterapia no contempla la hidroterapia, el vaso terapéutico ha sido recientemente instalado en la organización.
9. El Protocolo de piscina creado no se ha incorporado a fecha de auditoría a la documentación del centro.
10. Se observa algún indicador que no se ha incorporado a la tabla de indicadores, si bien están documentados en los procesos, por ejemplo el relativo a mantenimiento, la tabla refleja los de los procesos esenciales de prestación del servicio.
11. Se observa puntualmente algún indicador cuyo resultado planificado que determina el proceso, no coincide con lo indicado en la tabla de indicadores, por ejemplo para CRB08, porcentaje de familias a las que se les explica el PI del usuario 50% en la tabla, 20% en el proceso CRB08, número de estancias de respiro cubiertas anualmente 60 en la tabla y 15 en el proceso CRB01.
12. Se observa algún indicador que no aporta información a la organización, por ejemplo mantenimiento, ya que no se han generado no conformidades en los últimos años al respecto.
13. La organización en base a la recuperación final de datos, tiene planificado incorporar la información a los expedientes de usuarios.
14. Se observa algún indicador de procesos de apoyo que no ha sido subido a la web calculado, número de no conformidades detectadas en mantenimiento o cocina.

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 8	____/____/____ Nº DE INFORME:	____/____/____ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

## En el Centro Laboral Lamastelle , CLI

15. Se observa que la organización tiene abierta una acción para la actualización de expedientes de usuarios, la nueva aplicación informática genera alertas al respecto.
16. Puntualmente se observa un caso de un PII de usuario que no incorpora la actividad de logopedia en la que está participando el usuario, IQ.
17. El proceso de acogida, admisión está en proceso de cambio, por ejemplo respecto a los periodos de prueba,...

## En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

18. El centro se está planteando la modificación del umbral de algún indicador, así como la introducción de nuevos indicadores.
19. Se observa que la organización tiene planificado el simulacro en cumplimiento de su plan de Autoprotección.

## En Hogares Residencias, RES

20. Se observan indicadores que a fecha de auditoría están siendo analizados para su reformulación.
21. Se observan acciones previstas para el mantenimiento de los hogares, por ejemplo humedades, iluminación,...

## En el Servicio de Ocio, OCI

22. 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.
23. Se observa algún registro del sistema que se llama de dos maneras diferentes, por ejemplo: ficha de conocimiento personal y ficha inicial de usuario de servicio de ocio.
24. Se observa que la periodicidad del indicador de aportaciones de familias se ha modificado a semestral, no reflejando la tabla de indicadores dicha cuestión.
25. A fecha de auditoría se observa que no se utiliza el Plan de Apoyo individual/grupal.

## Listado de documentos del SGC

Se adjuntan al presente informe los siguientes documentos:

### Obligatorios en todos los Sistemas:

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

### No Obligatorios en todos los Sistemas:

- Listado de proyectos (obligatorio en I+D+i)
- Listado de proyectos obras y/o servicios (en 9001/14001)
- Otros:

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 8	____/____/____ 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**

<b>2007/0321/ER/01</b> <b>Nº DE INFORME: 8</b>	____/____/____ <b>Nº DE INFORME:</b>	____/____/____ <b>Nº DE INFORME:</b>
---	---	---

## 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: **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:	2015-11
Fecha expiración del actual certificado: <i>(no cumplimentar en Fase I   Fase II)</i>	<b>2015-12-14</b>

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 25 de marzo de 2015

**El Representante de la Organización**

**El Equipo Auditor**

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 8	____/____/____ Nº DE INFORME:	____/____/____ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

## ANEXO CENTROS VISITADOS

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

<b>2007/0321/ER/01</b> <b>Nº DE INFORME: 8</b>	____/____/____ <b>Nº DE INFORME:</b>	____/____/____ <b>Nº DE INFORME:</b>
---	---	---

## 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 <sup>a</sup> . MARIA JOSE MUÑOZ MARTÍN	MÉDICO. JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA Y SALUD		X	
D <sup>a</sup> . CONCEPCIÓN LORENZO PATIÑO	ASISTENTA SOCIAL Y GOBERNANTA CRB		X	
D <sup>a</sup> . MANUELA LONGUEIRA	CUIDADORA CRB		X	
D <sup>a</sup> . MARGA AMBROA SUÁREZ	CUIDADORA CRB		X	
D <sup>a</sup> . ANGELES BRANDEIRO FDEZ	CUIDADORA CRB		X	
D <sup>a</sup> . TANIA YAÑEZ CASTRO	CUIDADORA CRB		X	
D <sup>a</sup> . EVA SILVA PÉREZ	PSICÓLOGA CRB		X	
D <sup>a</sup> . LAURA FRESCO GARCÍA	LOGOPEDA CRB		X	
D <sup>a</sup> . LYDIA ABAD ITOIZ	TERAPEUTA OCUPACIONAL CRB		X	
GRUPO NOS DE FAMILIAS	CRB		X	
D <sup>a</sup> . PATRICIA ZAS	TECNICA RR.HH. ASPRONAGA		X	
D <sup>a</sup> . LISA MATOS CONCHADO	DIRECTORA DEL CENTRO LABORAL LAMASTELLE	X	X	X
D <sup>a</sup> . SANDRA ESPADA ALVAREZ	TRABAJADORA SOCIAL CLL		X	
D <sup>a</sup> . VANESSA FORMIGO JORGE	LOGOPEDA CLL		X	
D <sup>a</sup> . CRISTINA DIÁZ ALVAREZ	PSICÓLOGA CLL		X	
D <sup>a</sup> . MARÍA JOSÉ PIÑEIRO CAAMAÑO	ENCARGADA DE UNIDAD CLL		X	
D <sup>a</sup> . MARIA JESUS SUAREZ-NOGUEROL CALVET	COCINERA CLL		X	

<b>2007/0321/ER/01</b> <b>Nº DE INFORME: 8</b>	____/____/____ <b>Nº DE INFORME:</b>	____/____/____ <b>Nº DE INFORME:</b>
---	---	---

Dº ALFONSO PATIÑO VEIRA	MAESTRO DE TALLER Y MANTENIMIENTO CLL Y RES		X	
Dª. FERNANDA PÉREZ BERMÚDEZ	COORDINADORA DE RESIDENCIAS		X	X
Dª. ROSARIO RODRIGUEZ BAZÁN	SERVICIO DOMÉSTICO RES		X	
Dª. MARIA GARCÍA LIÑARES	SERVICIO DOMÉSTICO RES		X	
Dª. BEATRIZ GARCÍA NAYA	SERVICIO DOMÉSTICO RES		X	
Dª. ALEJANDRA BEATRIZ GARCÍA GOMAR	CUIDADORA RES		X	X
D. IAGO GRAÑA MENDUÍÑA	COORDINADOR DE OCIO		X	
Dª. PATRICIA GERMANO POLO	TÉCNICO DE OCIO		X	
Dª. PATRICIA FREIRE ALLIS	DIRECTORA DEL COLEGIO		X	
Dª. VERÓNICA SOUTO COELLO	SECRETARIA COL DOCENTE COL		X	X
Dª: FÁTIMA REY CASTROS	JEFATURA DE ESTUDIOS COL DOCENTE COL		X	X
Dª. ÁNGELES RODRÍGUEZ	TRABAJADORA SOCIAL COL		X	
Dª: MARIA CARRASCAL PÉREZ	DOCENTE COL		X	
Dª. DOLORES ESTEBAN ÁLVAREZ	DOCENTE COL		X	
D. JAIME VIDAL CARRAL	DOCENTE DE APOYO COL		X	
Dª. ANA MARÍA PÉREZ MARTÍNEZ	FISIOTERAPEUTA COL		X	
Dª. PATRICA ÁLVAREZ AGILDA	LOGOPEDA COL		X	
Dª. SONIA RUIZ VARGAS	AENOR	X	X	X

<b>2007/0321/ER/01</b> <b>Nº DE INFORME: 8</b>	____/____/____ <b>Nº DE INFORME:</b>	____/____/____ <b>Nº DE INFORME:</b>
---	---	---

## ANEXO HOJA DE DATOS

DATOS GENERALES		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
<b>Nombre de la Organización</b>	ASPRONAGA	
<b>Factoría/Planta/Delegación</b>		
<b>Domicilio Social</b>	CL PÉREZ LUGIN, 10, 15011 - A CORUNA	
<b>C.I.F.</b>	G15028855	
<b>Grupo (si aplica)</b>	<GRUPO>	
<b>Correo electrónico</b>	recursoshumanos@aspronaga.net	
<b>Representante de la Dirección</b>		
<b>    Nombre</b>	D. Juan FONTELA PÉREZ	
<b>    Cargo</b>	RESPONSABLE DE CALIDAD	
<b>    Teléfono</b>	981610850	
<b>    Fax</b>	981631393	
<b>    Correo electrónico</b>	juanfontela@aspronaga.net	
<b>Dirección General</b>		
<b>    Nombre</b>	POMPEYO FERNANDEZ PÉREZ	
<b>    Cargo</b>	DIRECTOR-GERENTE	

<b>2007/0321/ER/01</b> <b>Nº DE INFORME: 8</b>	____/____/____ <b>Nº DE INFORME:</b>	____/____/____ <b>Nº DE INFORME:</b>
---	---	---

<b>ALCANCE DEL CERTIFICADO</b> <small>(añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)</small>		<b>Modificaciones identificadas en auditoría</b> <b>(planificación y/o realización)</b>
<b>Norma de referencia</b>	UNE-EN ISO 9001:2008	
<b>Alcance Español</b>	<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>	
<b>Alcance Inglés</b>	<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</p>	

<b>2007/0321/ER/01</b> <b>Nº DE INFORME: 8</b>	____/____/____ <b>Nº DE INFORME:</b>	____/____/____ <b>Nº DE INFORME:</b>
---	---	---

	<p>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 (psychology, social work, sport and leisure).</p> <p>6. Provision of play, 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>
<b>Procesos subcontratados</b> <i>(mencionar procesos)</i>	
<b>Productos/Proyectos</b>	

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			

<b>2007/0321/ER/01</b> <b>Nº DE INFORME: 8</b>	____/____/____ <b>Nº DE INFORME:</b>	____/____/____ <b>Nº DE INFORME:</b>
---	---	---

SERVICIO DE OCIO, CLUB JUVENIL FINISTERRE CL PEREZ LUGIN, 10. 15011 - A CORUÑA	4	0	
--	---	---	--

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

OTROS DATOS SOBRE EL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN	Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
<b>Total personas implicadas en el alcance del certificado:</b>	<b>Total personas implicadas en el alcance del certificado</b>
<b>Total personas que realizan la misma actividad:</b>	<b>Total personas que realizan la misma actividad</b>
<b>Personal estacional</b> N° Personas:    Periodo:	<b>Personal estacional</b> N° Personas:    Periodo:
<b>Personal a tiempo parcial</b> N° Personas:    Duración jornada:	<b>Personal a tiempo parcial</b> N° Personas:    Duración jornada:
<b>Personal en turnos</b> N° Personas:    N° turnos:	<b>Personal en turnos</b> N° Personas:    N° turnos:
<b>Distribución personal por área</b>	<b>Distribución personal por área</b>
Dirección:    Producción:    Comercial:    Admón:	Dirección:    6    Producción:    151    Comercial:    Admón:    6

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

<b>El representante de la empresa</b>	<b>El representante de AENOR</b>
<b>Fecha:</b> 2015-03-25  <b>Fdo:</b> D. POMPEYO FERNÁNDEZ PÉREZ	<b>Fdo:</b> D <sup>a</sup> . SONIA RUIZ VARGAS