

ASPRONAGA

Informe de Auditoría

| | | |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Nº EXPEDIENTE: 2007/0321/ER/01 | Nº INFORME: 6 | TIPO DE AUDITORÍA: Renovación |
| 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: **2012-11-21**

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 6 | ____/____/_____ 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 Jefa | Dña. Noelia CEA GUITIÁN | NCG |
| Auditora | 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...)

2. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Cambios significativos del sistema con respecto a la anterior visita:

No se han producido cambios significativos en relación a la anterior visita a excepción del cambio en la dirección del Colegio Nuestra Sra. De Lourdes.

También cabe destacar que la organización continúa con la dedicación y esfuerzo dedicado al Sistema de Gestión de calidad, lo cual se refleja en el resultado del presente informe.

Conclusiones sobre la eficacia del sistema de gestión

Se ha realizado la auditoria de renovación bajo los requisitos de la norma UNE-EN ISO 9001:2008 del sistema de gestión de la calidad implantado en ASPRONAGA durante los días 12 y 21 de noviembre.

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

El Sistema de Gestión auditado evidencia un correcto grado de implantación a todos los niveles de la organización, y es coherente con la Política Calidad y con el compromiso de mejora continua adquirido. Se considera por tanto un sistema eficaz y maduro que evoluciona de forma adecuada, existiendo una sistemática sólidamente implantada y asumida por el personal. No obstante, la organización debe seguir trabajando en la simplificación y adaptación de algunos de los procedimientos y herramientas del sistema, como pueden ser los procesos del servicio de ocio o el cuadro de mando de indicadores en general.

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.

Es necesario destacar el esfuerzo realizado por la organización para tratar las observaciones identificadas en la anterior auditoría así como en implantar las mejoras reflejadas en el informe de dicha auditoría.

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 6 | ____/____/_____ Nº DE INFORME: | ____/____/_____ Nº DE INFORME: |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

Puntos fuertes

En general

- 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.
- Planificación del proceso de auditoría interna con suficiente antelación a la auditoría externa de forma que ha permitido la implantación de Acciones Correctivas oportunas y verificar la evaluación de la eficacia de las mismas.
- Plan estratégico AVANZA
- Destacar la colaboración del personal auditado durante la realización de la auditoría.
- 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.
- Gestión de las reuniones de coordinación y evaluación.
- Desarrollo y potenciación de la imagen y presencia de la Asociación (Ruedas de prensa, libro, participación en cursos de entidades externas, apariciones en prensa, etc.)
- El enfoque continuo 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.
- La capacidad creativa y comunicativa reflejada en las Memorias de la Asociación.
- La importancia dada por la organización al proceso de formación.
- La rigurosidad e implicación en el proceso de Auditoría Interna.
- El mantenimiento 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.

En el Centro Ricardo Baró, CRB

- Participación de los usuarios e las reuniones de Coordinación y evaluación y en los equipos de trabajo
- 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.

| | | |
|------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| 2007/0321/ER/01 | ____/____/_____ Nº DE INFORME: | ____/____/_____ Nº DE INFORME: |
|------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|

- La flexibilidad y adaptación 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.

En el Centro Laboral Lamastelle, CLL

- Proyecto de nuevas tecnologías, entre ellos el de fotografía.
- Extensión del plan de mantenimiento a los centros.
- Proyecto de centro
- Organización del centro (actividades, talleres, comedor ...)
- La creación de un aula informática, dotada con 7 equipos informáticos.
- 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 abanico de actividades existentes para los usuarios.
- El documento de descripción del centro.
- El seguimiento personalizado de los usuarios.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

- El Proyecto de Equipo Directivo 2011-2014.
- El enfoque personalizado y especializado con los alumnos, PTI.
- El uso de las nuevas tecnologías con los alumnos y el profesorado, por ejemplo tablets para alumnos,...Lourdes Virtual,...
- La participación activa del profesorado en grupos o equipos de trabajo.
- Pragmatismo de la página web.
- La informatización del sistema de gestión (documentos y registros).
- Diversidad de Proyectos: Xuntos, Capaces, ...
- Mejoras en servicios complementarios: transporte
- Potenciación de la participación del alumnado y las familias.

| | | |
|------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| 2007/0321/ER/01 | ____/____/_____ Nº DE INFORME: | ____/____/_____ Nº DE INFORME: |
|------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|

- Difusión del centro, mejora de la comunicación.
- La inclusión trabajada de fuera a dentro y de dentro a fuera.

En Hogares Residencias, RES

- Adelantar las reuniones para mejorar los tiempos de elaboración de los PII de los residentes
- 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

- Revisión de las carpetas por actividades, estudios de viabilidad de las mismas, etc.
- 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.
- El Calendario de ocio.
- La proactividad para fomentar alianzas con organismos y entidades,...
- El Programa "Quedamos"

Oportunidades de mejora:

En general

- Analizar las tendencias, mediante representación gráfica, de los distintos indicadores de eficacia y satisfacción en los dos últimos años, de forma que permita identificar posibles oportunidades de mejora y evidencie la mejora continua de los procesos de la organización.
- Analizar la posibilidad de reducir los tiempos de archivo de documentos y registros (actualmente para algunos se establecen cuatro años).
- 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.
- Sacar los indicadores de cada uno de los procedimientos con objeto de que sea una herramienta ágil y flexible, posibilitando el ajusten continuo de los valores de aceptación, información que interesa medir, etc.

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 6 | ____/____/_____ Nº DE INFORME: | ____/____/_____ Nº DE INFORME: |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

- 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 anexar o hacer referencia a otros informes de análisis (satisfacción, indicadores, objetivos, etc.)
- Utilización de Google docs o encuesta fácil.com para la explotación de datos de las encuestas realizadas.
- La creación de un Protocolo o Guía de RADAR.
- Continuar optimizando el uso, manejo y posibilidades de RADAR.
- 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.
- Establecer en las reuniones del comité de calidad un punto en el orden del día en el que se puedan tratar los posibles cambios o modificaciones que se consideren convenientes en relación a los registros y procedimientos de cada centro, con el objeto de posibilitar la mejora continua y coordinar eficazmente dichos ajustes.

En el Centro Ricardo Baró, CRB

- En la medida de lo posible buscar actuaciones para estabilizar los puestos de psicóloga y logopeda.
- Fomentar la formación en el correcto uso de la herramienta RADAR.
- 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

- 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.
- Fomentar el registro en RADAR y continuar formando al personal para su uso.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

- Continuar con la formación en nuevas tecnologías del profesorado.
- Continuar fomentando el uso de nuevas tecnologías por el alumnado.

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

- Establecer un indicador para los Proyectos de Innovación.
- Someter a control documental los indicadores a través de una tabla que agrupe a todos y no por ficha de proceso.
- Conseguir ser un referente como Centro de Recursos.
- Conseguir ser un Centro de FP adaptado.
- Continuar con la Escuela de Familias retomada el presente curso escolar.
- Continuar con la formación en requisitos prácticos de la Norma de referencia.
- Continuar con la búsqueda de sinergias en Aspronaga y con recursos externos al centro escolar.

En Hogares Residencias, RES

- Continuar trabajando en los informes a través de RADAR.
- Realizar un Plan de Actuación Anual.

En el Servicio de Ocio, OCI

- Establecer un programa de horarios para atención telefónica y personal a familias.
- Adaptar y flexibilizar los procedimientos actuales al nuevo perfil de los usuarios del servicio.
- 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 del servicio.
- Evitar la duplicidad de registros (salvo los casos en los que se considere conveniente o necesario)
- Elaborar un Manual del Voluntario.
- Crear informes a partir del RADAR.
- Continuar introduciendo 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.

| | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 6 | ____/____/____ Nº DE INFORME: | ____/____/____ Nº DE INFORME: |
|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

Observaciones:

En la parte general

1. Se encuentra en proceso la realización de un Plan de Autoprotección conjunto para todas las instalaciones y centros.

En el Centro Ricardo Baró, CRB

2. Se observa que no está sistematizado el registro de mantenimiento correctivo de las instalaciones a través del RADAR.
3. Se observa que no está sistematizado el registro de incidencias y sugerencias de informática a través del RADAR.
4. Durante la auditoría se observa que la herramienta informática acusa el peso de los registros del sistema.

En el Centro Laboral Lamastelle , CLL

5. Se observa que no está sistematizado el registro de mantenimiento correctivo de las instalaciones a través del RADAR.
6. Se observa que el formato creado para el mantenimiento de vehículos de transporte no incluye por ejemplo la información relativa al kilometraje.
7. 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

8. El centro se está planteando la modificación del umbral de algún indicador, así como la introducción de nuevos indicadores.
9. Se observa cierto retraso en la escolarización de algún alumno, motivada por factores externos al centro de educación.
10. Se observa algún deterioro en la escalera del Centro Educativo.

En Hogares Residencias, RES

11. Las RES están comenzado a evaluar el ocio en el RADAR.
12. 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.

2007/0321/ER/01

Nº DE INFORME: 6

____/____/____

Nº DE INFORME:

____/____/____

Nº DE INFORME:

En el Servicio de Ocio, OCI

13. Se observa alguna incoherencia en relación a la versión de los formatos utilizados (por ej. informe de valoración de actividades, actas de revisión trimestral, formato de dietas).
14. Puntualmente se observa algún indicador que no ha sido medido (% usuarios satisfechos con la acogida)
15. Se observa que no ha sido realizada algunas de las reuniones de la Comisión de Ocio planificadas.

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:

3. CUADRO DE NO CONFORMIDADES

| Ref. N. C. | DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD | Apdo. Norma | Apdo. Norma | Categoría N. C. |
|---------------|------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|--------------------|
| | No han sido detectadas no conformidades durante la presente auditoría. | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 auditén conjuntamente (cuando así lo indique la Matriz de Actividades), las NC se asignarán al subapartado específico en el que se detectan.

EL REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN

EL EQUIPO AUDITOR

4. DISPOSICIONES FINALES

1. Las observaciones y no conformidades han sido aclaradas y entendidas.
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: | Abril de 2013 |
| 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 21 de noviembre de 2012

El Representante de la Organización

El Equipo Auditor

2007/0321/ER/01

Nº DE INFORME: 6

____/____/____

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) |

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 |
| Dª. MARIA JOSE MUÑOZ MARTÍN | MÉDICO. JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA Y SALUD |
| D. JUAN MÉNDEZ | ATENCIÓN BÁSICA CRB |
| Dª. CONCEPCIÓN LORENZO PATIÑO | ASISTENTA SOCIAL Y GOBERNANTA CRB |
| Dª. MARÍA BELLO | CUIDADORA CRB |
| Dª. BEA SABÍN CASTEL | CUIDADORA CRB |
| Dª. MARISA RUA PRIETO | CUIDADORA CRB |
| Dª. PATRICIA ZAS | TECNICA RR.HH. APRONAGA |
| Dª. LISA MATOS CONCHADO | DIRECTORA DEL CENTRO LABORAL LAMASTELLE |
| Dª. SANDRA ESPADA ALVAREZ | TRABAJADORA SOCIAL CLL |
| Dª. MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ SOTO | MONITORA CLL MANIPULADO |
| Dª GEMA--- | PROYECTO TIC CLL |
| Dª CRISTINA DÍA ÁLVAREZ | PSICÓLOGA CLL |
| Dª MARÍA JOSÉ PIÑEIRO | ENCARGADA DE UNIDAD CLL |
| Dª. MARIA JESUS SUAREZ-NOGUEROL CALVET | COCINERA CLL |
| Dº ALFONSO PATIÑO VEIRA | MAESTRO DE TALLER Y MANTENIMIENTO CLL Y RES |
| D. JOSE ANTONIO CANEDO COSTA | MANTENIMIENTO CLL y RES |
| D. ANTONIO GÓMEZ MOURIÑO | MANTENIMIENTO |
| Dª. FERNANDA PÉREZ BERMÚDEZ | COORDINADORA DE RESIDENCIAS |
| Dª. CRISTINA GARCÍA PENA | EDUCADORA SOCIAL RES |
| Dª IRIA QUEIJEIRO | TERAPEUTA OCUPACIONAL RES |
| Dª ALEJANDRA BEATRIZ GARCÍA | CUIDADORA RES |
| Dª SARAY PEREZ | CUIDADORA RES |
| Dª. ROSARIO RODRIGUEZ BARÓN | SERVICIO DOMÉSTICO RES |
| D. IAGO GRAÑA MENDUIÑA | COORDINADOR DE OCIO |
| Dª. PATRICIA GERMANO POLO | TÉCNICO DE OCIO |
| Dª ESTHER TARELA VILLANUEVA | DIRECTORA DEL COLEGIO |
| D. JUAN ANTONIO FERNÁNDEZ LÓPEZ | SECRETARIO DEL CENTRO EDUCATIVO |
| Dª. RAQUEL QUINTELA LOPEZ | JEFATURA DE ESTUDIOS COL |

2007/0321/ER/01

Nº DE INFORME: 6

____/____/____

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 PÉREZ LUGIN, 10, 15011 - A CORUÑA | |
| 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 PÉREZ | |
| Cargo | RESPONSABLE DE CALIDAD | |
| Teléfono | 981610850 | |
| Fax | 981631393 | |
| Correo electrónico | recursoshumanos@aspronaga.org | |
| Dirección General: | Nombre | POMPEYO FERNANDEZ PÉREZ |
| | Cargo | DIRECTOR-GERENTE |
| Número total de personas en plantilla | 153 | |
| Alcance del certificado | 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</p> |

2007/0321/ER/01

Nº DE INFORME: 6

____/____/____

Nº DE INFORME:

____/____/____

Nº DE INFORME:

| | | |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | <p>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> | |
| 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> | |

2007/0321/ER/01

Nº DE INFORME: 6

____/____/____

Nº DE INFORME:

____/____/____

Nº DE INFORME:

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).

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.

Centros de trabajo objeto de la certificación y número de personas por centro (propias y subcontratadas)

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

Centros de trabajo objeto de la certificación y número de personas por centro (propias y subcontratadas)

| Centro | Propio | Subc. |
|--------|--------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 2012-11-21

El representante de la empresa

El representante de AENOR

D. Juan FONTENLA PÉREZ

Dª. Sonia RUIZ VARGAS