

	ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	INFORME DE AUDITORIA	Pagina número 1 de 6
	Perez Lugín, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org		Código del Documento EST4-F-4

Organización auditada: **Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia "ASPRONAGA". Centro Ocupacional y Centro de Día "Lamastelle"**

Alcance: **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 DESTRAZAS 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 GENERALES DE RESTAURACIÓN Y DE TRANSPORTE**

Referencial: **UNE EN ISO 9001:2008**

Fechas: **22 mayo 2013**

AUDITORIA INTERNA

OBJETO
Informar sobre el grado de conformidad del sistema auditado así como de los puntos fuertes y áreas de mejora

EQUIPO AUDITOR	
Audidores	PATRICIA ÁLVAREZ DOLORES ESTEBAN
Observadores	

ORGANIZACIÓN	EMPLAZAMIENTOS
Representante Lisa Matos	Lamastelle – Oleiros (A Coruña)

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Los auditores han desarrollado su trabajo bajo compromiso de confidencialidad sobre toda la información a la que han tenido acceso

	ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	INFORME DE AUDITORIA	Página número
			2 de 6
Perez Lugin, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org		Código del Documento	Edición
		EST4-F-4	02

REUNION INICIAL

Hora inicio: 10:00	Hora terminación: 10:30
ASISTENTES	
CENTRO AUDITADO	EMPRESA ASPRONAGA
CLL y Centro de Día.	

Se explicó el propósito y objetivos de la auditoría a realizar, consistente en los siguientes objetivos:

- **Demostrar la conformidad del Sistema de Gestión auditado**
- **Identificar fortalezas del Sistema de Gestión**
- **Dar recomendaciones que propicien la mejora del Sistema de Gestión**
- **Levantar, si es del caso, en última instancia no conformidades del Sistema**

DESARROLLO DE AUDITORIA

La auditoria se desarrolló conforme al Programa de Auditoria, con la flexibilidad propia del trabajo de campo y ello supuso los siguientes cambios con relación a lo planificado:

Horario de : 10:00- 17:00

PERSONAS ENTREVISTADAS

Lisa
Sandra
Cristina
Marta
Victoria
Begoña
Susi
Mata
Matilde Orduna

Laura López
Chus
Ana Díaz
Mariló
M^a José
Lucía
Amparo
Ana Quintana
María Aboy

Se han obtenido evidencias de la auditoria en base a un muestreo de las actividades de los procesos de los siguientes usuarios:
SR,RS, PS,CL,JV.

 ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	INFORME DE AUDITORIA	Página número 3 de 6
		Código del Documento EST4-F-4
Perez Lugin, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org		

CONFORMIDAD DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

El SGC muestra conformidad con los requisitos establecidos en la norma de referencia.

Requisitos del Sistema	Conforme	No Conforme
4.1. Requisitos generales	X	
4.2. Requisitos de la documentación	X	
5.1. Compromiso de la dirección	X	
5.2. Enfoque al cliente	X	
5.3. Política de calidad	X	
5.4. Planificación	X	
5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación	X	
5.6. Revisión por la dirección	X	
6.1. Provisión de recursos	X	
6.2. Recursos humanos	X	
6.3. Infraestructura	X	
6.4 Ambiente de trabajo	X	
7.1 Planificación de la realización del producto	X	
7.2. Procesos relacionados con el cliente	X	
7.3 Diseño y desarrollo	X	
7.4. Compras	X	
7.5. Producción y prestación del servicio	X	
7.6. Dispositivos de seguimiento y medición	EXCLUIDO	
8.1 Generalidades	X	
8.2. Seguimiento y Medición	X	
8.3. Control del producto no conforme	X	
8.4. Análisis de datos	X	
8.5. Mejora	X	

	ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	INFORME DE AUDITORIA	Pagina número 4 de 6
	Perez Lugin, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org		Código del Documento EST4-F-4

FORTALEZAS IDENTIFICADAS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

RESUMEN AUDITORIA: Cumplimientos y buenas prácticas

- 1.- Se ha realizado la Auditoría interna bajo los requisitos de la UNE en ISO 9001:2008 del sistema de Gestión de Calidad implantado en el Centro Laboral y Centro de Día de la Asociación Aspronaga.
- 2.- Es destacable la existencia del Servicio Médico de la organización por el beneficio que comporta para los usuarios.
- 3.- Se evidencia la flexibilidad y autonomía en el trabajo en toda la organización.
- 4.- Se resalta la participación de usuarios y familias a la hora de seleccionar actividades grupales (musicoterapia, informática, relajación...).
- 5.- Se evidencia el conjunto compartido de creencias, valores, normas y sentimientos en la organización.
- 5.- No se ha detectado ninguna no-conformidad.

PUNTOS FUERTES:

- 1.- Destacamos las coordinaciones sobre actividades grupales realizadas por el personal coopera.
- 2.- Destacamos las reuniones por parte de la psicóloga con los profesionales del centro para tratar temas de modificación de conducta, seguimiento del Plan de Intervención entre otras ampliando las frecuencias de las mismas.
- 3.- La formación de agrupamientos flexibles enriquece a los usuarios, pues comparten diversas experiencias en diferentes entornos y con diferentes personas (tanto profesionales como compañeros).
- 4.- Se destaca la formación hacia los usuarios como elemento eficaz de inclusión laboral (limpieza, jardinería, oposiciones...).

 ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	INFORME DE AUDITORIA	Página número 5 de 6
		Edición 02
Perez Lugin, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org	Código del Documento EST4-F-4	

RECOMENDACIONES QUE PROPICIEN LA MEJORA DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

RESUMEN AUDITORIA: Propuestas de mejora

- 1.- Mejorar el Plan de Intervención Individualizado para dar poder al usuario como agente esencial en la construcción de su propio proyecto vital (Calidad de Vida) .
- 2.- Realizar acciones para conseguir buenos resultados personales y que sean significativos; es decir, que esas acciones llevadas a cabo tengan un impacto positivo en dimensiones relevantes de la Calidad de Vida de las personas.
- 3.- Dar salida laboral a la formación adquirida por los usuarios.
- 4.- Enfocar los servicios a los clientes contando con las necesidades, demandas y preferencias de los mismos.
- 5.- Adjuntar en el Informe de Evaluación del PI (CLL8-F-1) una leyenda que indique la lectura / interpretación de los resultados del informe de evaluación.
- 6.- Retomar las reuniones de coordinación entre el personal encargado de las unidades.
7. Realizar una recogida de propuestas de los profesionales en las reuniones establecidas por la psicóloga.
- 8.- Mejorar la coordinación entre los profesionales de las Unidades, fomentando proyectos comunes.
- 9.- Mejorar la coordinación entre los profesionales de los Talleres a la hora de compartir información sobre los usuarios.
- 10.-Analizar los indicadores de los procesos orientándolos a la CV de los usuarios y sus familias.
- 11.- Introducir en el Proceso 3, Procedimiento 4 (Actividades individuales, terapéuticas y de promoción de la salud) un registro del Servicio de Fisioterapia.

Observaciones

- 1.- Se observa que algunos expedientes de usuarios no están actualizados, como S.R., R.S.
- 2.- Falta documentación de entrada de los usuarios S.R y R.S.
- 3.- Se observa que la Ficha Psicológica CLL-1-F-3 de algunos usuarios está en la edición 0



ASPRONAGA
 Servicios de atención a
 Personas con Discapacidad
 Intelectual

INFORME DE AUDITORIA

Página número

6 de 6

Perez Lugín, 10 C. P. 15011
 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93
 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org
 Web corporativa: aspronaga.org

Código del Documento

EST4-F-4

Edición

02

cuando actualmente se encuentra en la edición 1.

4.- Se observa que no está actualizada la edición del Plan de Intervención Individualizado (CLL-2-F-1).

5.- Se observa acumulación de grasa en la campana extractora de la cocina y en la pared de entrada al almacén.

6.- Se observa óxido en los laterales del carro utilizado para transportar la comida.

Ref	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo.	Categ.

Firma Auditores

Firma auditores observadores

Firma del Gerente de ASPRONAGA

Firma del responsable del Servicio