

AENOR

Asociación Española de
Normalización y Certificación

ASPRONAGA

Informe de Auditoría

NORMA DE APLICACIÓN: **UNE-EN ISO 9001:2008** EXP.: **2007/0321/ER/01**
TIPO DE AUDITORIA: **Renovación**
Nº INFORME: **3**

Requiere envío de PAC a AENOR: SI ☐ NO ☒

Fecha de realización de la Auditoría: **2009-05-18-21**

Informe propiedad de: AENOR

R-DCT-002.00

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 3	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

1.-Datos Generales

A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la Organización	ASPRONAGA
Domicilio Social	CL PÉREZ LUGIN, 10, 15011 - A CORUÑA
Representante de la Organización (nombre y cargo)	D. Juan FONTELA PÉREZ (RESPONSABLE DE CALIDAD)

B .EQUIPO AUDITOR

Función	Nombre	Iniciales	Entidad
Auditor Jefe	Dña. SONIA RUIZ VARGAS	SRV	AENOR
Auditor	D. NOELIA CEA GUITIAN	NCG	AENOR

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

Ampliación del alcance del certificado, se incluye:

La prestación del servicio educativo de formación básica y formación profesional complementaria a personas con discapacidad intelectual, incluyendo el servicio de transporte y 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).

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).

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.

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 3	___/___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___/___ Nº DE INFORME:
---	---	---

2007/0321/ER/01

Nº DE INFORME: 3

___/___/___

Nº DE INFORME:

___/___/___

Nº DE INFORME:

2. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Cambios significativos del sistema con respecto a la anterior visita:

Se detecta una clara tendencia a la mejora continua por parte de la Asociación. Durante la presente auditoría se amplía el alcance del certificado, incluyéndose el Colegio de Educación Especial Nuestra Sra. de Lourdes, los Hogares - Residencias La Casa Lamastelle y Aspronaga y el Club Juvenil Finisterre, considerándose correcta la implantación de las mismas en todos los servicios incluidos. Mencionar que el nivel de implantación en los centros nuevos es de auditoría inicial y animarles a beneficiarse de la experiencia y conocimientos de los centros antiguamente certificados que gozan de mayor experiencia y conocimiento.

Conclusiones sobre la eficacia del sistema de gestión

El sistema está implantado y se considera eficaz. El mismo debe orientarse a su optimización y al alcance de la eficiencia en su totalidad. 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. Destacar el bagaje de una larga y sólida trayectoria de la Asociación.

La Asociación se ha adaptado a la Norma UNE EN ISO 9001:2008 durante el presente ejercicio.

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

Puntos fuertes

En general

- La implicación en el sistema de gestión del personal de la Asociación a todos los niveles.
- Cultura de trabajo en equipo y participación de todos los grupos de interés en la gestión de los centros y servicios.
- La vocación de mejora continua tanto en la propia organización de la asociación como en la expansión de la misma para llegar a más usuarios y prestar más servicios, por ejemplo en cuanto a la ampliación de infraestructuras para la ampliación de plazas de la residencia y el centro de día Lamastelle.
- El enfoque a usuarios, familias, financiadores, asociados,... en general a todos los clientes.
- La evaluación del desempeño de los trabajadores. Las mejoras implantadas en el Plan de Formación de la Asociación.
- Video divulgativo de la implantación del sistema de gestión de calidad en los centros previamente certificados (reflexión sobre las ventajas, aspectos a mejorar, superación de prejuicios,...) esta herramienta es compartida en toda la entidad y ha sido trasladada a otras organizaciones.
- Las Memorias de los Centros.
- La implantación de acciones del Plan de Comunicación, por ejemplo: Boletín de Aspronaga Informa, Catálogo de actividades del CLL,...
- Destacar los trabajos realizados hasta la fecha para la elaboración de un método para identificar las expectativas de los clientes y el plan de personas, de cara a conseguir el compromiso con la excelencia, modelo EFQM y su integración con el sistema de gestión.

En el Centro Ricardo Baró, CRB

- Vocación de atención personalizada a los residentes, la elevada implicación del personal.
- Mejora en la coordinación interdisciplinar del personal de la Residencia que redundará en mejoras para los residentes, "realización de 10 estudios de caso"
- La gestión del servicio de atención hospitalaria, así como la elevada satisfacción obtenida de las encuestas realizadas.
- Introducción de protocolos de seguridad para usuarios.
- Los PIT de los usuarios y el seguimiento de los mismos.
- La supervisión de los procesos de registros de APPCC y Legionela por parte del servicio médico del CRB. La participación del servicio médico en la definición de los manuales de APPCC.

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 3	___/___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

En el Centro Laboral Lamastelle, CLL

- El Plan de Captación de clientes laborales, su despliegue, seguimiento e implantación.
- Bateria de encuestas realizadas a los usuarios de los centros, a sus familias y a trabajadores: preferencias en actividades laborales CLL, preferencias y satisfacción del comedor CLL, visitas, salidas y fiestas, satisfacción final del proceso de acogida en el CLL, preferencias de menú fiesta anual. La elevada satisfacción obtenida de las mismas.
- Los PII de los usuarios, el seguimiento y evaluación de los mismos.
- Unido al abanico de actividades existentes, la creación de nuevos talleres y sus proyectos, por ejemplo musicoterapia, reciclado y medioambiente,...
- La mejora del proceso de valoración, admisión y acogida.
- La mejora en el registro de mantenimiento respecto a la anterior auditoría, si bien el mismo debe seguir esta tendencia.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

- Equipo compacto, implicado e integrado de trabajo, por ejemplo: Reuniones de jefatura de estudios con tutores
- El diseño de la página web del centro
- Las Normas de las aulas realizadas con aportaciones de los alumnos.
- La participación del Centro en programas de inclusión en la escuela vinculados al movimiento asociativo, Reuniones de Orientadores a nivel educación,...

En Hogares Residencias, RES

- El fomento de la integración social
- Ambiente familiar
- Las Reuniones de Convivencia
- Normas de los Centros con la participación de los usuarios.

En el Servicio de Ocio, OCI

- Tendencia por parte del Club al ocio en comunidad, la búsqueda de la integración social
- Amplia oferta de actividades para los usuarios
- La coordinación del voluntariado
- La proactividad para fomentar alianzas con organismos y entidades,...

Oportunidades de mejora:

En general

- Plantear como objetivos del sistema, los desarrollos en los planes de EFQM, el Plan de FEAPS.
- Establecer las mismas escalas para los estudios de satisfacción realizados en los distintos centros.
- Indicar en los paneles de indicadores el signo del resultado planificado del mismo, por ejemplo menor, mayor o igual.
- Establecer un cuadro de mando completo para la Asociación, con todos los indicadores por servicios.
- El planteamiento de los 3 planes de mejora derivadas de la autoevaluación EFQM van a suponer en su implantación a corto y medio plazo una mejora sustancial en la Asociación, a fecha de hoy la justificación de la elección de los mismos, su planteamiento e implantación son correctos (Elaboración del Plan de Personas, Elaboración de un método para identificación de las expectativas de los clientes e implantación del sistema de gestión de calidad en todo Aspronaga)
- Tipificar la encuesta de personal en cuanto al personal de Ocio y de Hogares-Residencias.

2007/0321/ER/01

Nº DE INFORME: 3

___/___/___

Nº DE INFORME:

___/___/___

Nº DE INFORME:

- Distanciar la Auditoría Interna de la Externa. Continuar con la participación de personal de la Asociación en la realización de auditorías internas, la realización de auditorías cruzadas por servicios y la formación de una cantera de observadores de cara a tener un equipo de auditores para toda la entidad.
- Continuar en la vía de actualización de la Página web.

En el Centro Ricardo Baró, CRB

- La organización está trabajando en la optimización del coste de viajes y campamentos
- Animar al personal al registro de más sugerencias y quejas de las familias
- Destacar el diseño del Manual de Ética y las enriquecedoras reuniones mantenidas hasta la fecha.
- Continuar con la agilización de la base de datos.

En el Centro Laboral Lamastelle, CLL

- El intercambio con otros centros asistenciales, acción de mejora abierta en el CLL
- Difusión del Tríptico del CLL
- Actualizar los programas de actividades existentes con las aportaciones novedosas.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

- Introducir las visitas de la Inspección en el sistema, generalmente no dejan acta, a no ser que demanden algo formalmente.
- Potenciar la Escuela de Padres
- Publicar la página web del centro
- 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.
- Trasladar a otros compañeros la buena práctica de enviar pautas de trabajo para casa a los familiares, por ejemplo: sala rosa.
- Incorporar en la medida de lo posible a los cuidadores en las reuniones de equipos en el centro.

En Hogares Residencias, RES

- Tipificar los indicadores por cada Hogar Residencia, incorporando en la tabla de los mismos las variantes.
- Introducir en la meta de la tabla de indicadores el signo de mayor, igual o menor.
- Sistematizar a través de un formato o registro, las "Pautas a tener con los Usuarios" en cuanto al dinero, ... la Asociación tiene abierta una acción de mejora al respecto.
- Informatizar registros del sistema, por ejemplo: seguimiento de fondos de los usuarios
- Optimizar la conexión del RADAR con la Residencia-Hogar de Pla y Canela.
- Informatizar registros del sistema
- Estudiar la posibilidad de la utilización de la Herramienta RADAR en el seguimiento, evaluación y medición del servicio.
- Continuar en la vía de formación práctica de requisitos de la Norma de referencia.

En el Servicio de Ocio, OCI

- Elaborar un Manual del Voluntario
- Automatizar el cálculo de indicadores
- Introducir en la meta de la tabla de indicadores el signo de mayor, igual o menor.
- Optimizar el uso de la aplicación informática existente o bien estudiar la posibilidad de implantar el RADAR.
- Retomar el Blog de la Página Web de Aspronaga
- Crear una web interactiva para los usuarios y voluntarios, plantearla también como posible vía de comunicación.
- Obtener retroalimentación de las relaciones Institucionales del Club, Xunta, Servicio Municipal de deporte, club de baloncesto Brigantium, Facultades de ciencias de la educación y magisterio, Institutos,...
- Reducir el número de formatos y tender a la informatización de los mismos.
- Establecer un indicador para los voluntarios, a mayores de los planteados en RRHH.

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 3	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

- Continuar en la vía de formación práctica de requisitos de la Norma de referencia.

Observaciones:

En general

- La Asociación ha solicitado en mayo de 2009 el permiso de inicio de actividades de algunos servicios nuevamente para actualizarlo a la legislación actual.
- Se detecta que en la ficha de proceso de control de la documentación aparece el listado de distribución de la documentación como registro, cuando el mismo no está siendo utilizado (documentación informatizada)
- La herramienta informática Lorca está paralizada hasta finales de 2009.
- El perfil del auditor interno hace referencia a la Norma UNE EN ISO 9001:2000
- Puntualmente algún proceso estratégico de la Asociación hace mención específica el CRB y no al resto de centros.
- En la Revisión del sistema, puntualmente no se han volcado los datos de 2 indicadores, del CRB.
- Si bien se detecta que el seguimiento del Plan de Comunicación se está realizando correctamente en las Reuniones de Técnicos, se recomienda actualizar la información relativa a fechas en el propio plan de Comunicación.

En el Centro Ricardo Baró, CRB

- Indicadores que a fecha de auditoría no estaban volcado en el listado de indicadores, por ejemplo para el CRB8, "Evaluación del PI" para el año 2008, porcentaje de familias a las que se las explica el PI. La meta de este indicador se ha establecido teniendo en cuenta todos los usuarios con familia y de la Fundación Tutelar de Aspronaga. Comentar que este hecho sesga algunos indicadores del sistema en cuanto a la atención y relación con las familias (actualmente existen 12 residentes tutelados). El indicador del proceso CRB8 "Evaluación del PI", para el número de casos revisados en reuniones de coordinación y evaluación, no se ha reflejado el dato del segundo semestre de 2008 y primer semestre de 2009.
- El indicador relativo al proceso CRB3 "Atención Básica" es nuevo para el año 2009, el mismo sustituye a los existentes en la anterioridad, se evidencia la implantación del test de cumplimiento de protocolo.
- A fecha de auditoría existe una incidencia de mantenimiento en la sala amarilla.
- La próxima auditoría se revisarán las observaciones contenidas en el informe de auditoría interna, por ejemplo incorporación de los protocolos a la documentación.

En el Centro Laboral Lamastelle, CLL

- Se detecta que el plan de Mejora del Centro no recoge en la tabla en la que aparecen desplegados los indicadores, los valores totalizados para todo el año de los mismos.
- En relación a los indicadores existentes sobre el PII, se considera correcta la actualización de los mismos, se evidencia el correcto seguimiento y actualización de los PII, se plantea el número de sugerencias a los PII realizadas por familias, usuarios o profesionales.
- Se detecta en el Taller de Actividades Varias 1, que si bien están planteados objetivos en el PII de los usuarios para el seguimiento individual, actualmente al estar realizando habilidades sociales, instrumentales,... no se está registrando en algún caso su seguimiento, se recomienda registrar la evolución del usuario en las tareas del día a día.
- Se detecta muy puntualmente algún usuario con el que no es posible contactar con la familia, se recomienda registrar los intentos, por ejemplo para MJP PII pendiente de revisar por familia, y para JAP.

En el Colegio Nuestra Sra. de Lourdes, COL

- El simulacro de evacuación está planificado para el presente junio de 2009.
- El listado de documentación y el listado de registros no contienen todos los documentos del sistema, por ejemplo: Memorias del Centro, Revista Escolar Lluvia de Colores, Anuario del Centro,...

2007/0321/ER/01

Nº DE INFORME: 3

___/___/___

Nº DE INFORME:

___/___/___

Nº DE INFORME:

3. El Centro escolar a fecha de auditoría no está remitiendo a RRHH la formación realizada vía CEFOR por el profesorado. Así mismo la formación del personal del centro educativo realizada a título particular debe incorporarse.
4. El Centro Educativo está en vías de reforma para actualizar el acceso a las clases en las plantas altas o trasladarlas.
5. A fecha de auditoría se detecta algún profesor de unidad de formación básica que no está registrando el contenido de las reuniones mantenidas con los familiares de los alumnos, o con el tutor/orientador del centro al que pertenece, por ejemplo aulas gris y roja.
6. Se detecta que el seguimiento de las programaciones individuales no está normalizado en su totalidad, si bien las actas de ciclo contienen información respecto a los mismos, algunos profesores realizan el seguimiento en la plantilla y otros ajustan únicamente las programaciones.
7. Se detecta puntualmente documentación no sometida a control, por ejemplo: apuntes creados para las asignaturas.
8. El RRI del centro no está actualizado a la realidad de la Colegio y Asociación, existe una acción abierta y correctamente planificada al respecto.
9. El PCE está en proceso de cambio en el Centro. La PCC se ha actualizado y entra en vigor el próximo curso escolar.
10. En el servicio de transporte el Centro educativo está utilizando un formato libre para el control de asistencia y las incidencias, siendo el establecido el COL-06-F07.
11. Si bien el plan de prevención marca las pautas anuales para la revisión del Botiquín del Centro, internamente no está sistematizada la revisión del mismo, existe un listado, pero sin fechar, sin firmar,...
12. El APPCC del Centro no se adapta en su totalidad a la realidad del Centro, por ejemplo en cuanto a la disponibilidad de almacén, 2 controles de temperatura diarios y se realiza uno,...
13. Se detectan usuarios que reciben el servicio de fisioterapia para los que no se presenta evidencia de un seguimiento parcial durante el año, sin embargo se detectan otros para los que hay seguimiento en el cuaderno de la fisioterapeuta, en función del usuario se debería especificar la periodicidad del seguimiento.
14. Se observa en la Memoria del aula amarilla una oportunidad de mejora relativa al charlas sobre educación afectivo-sexual, de la que a fecha de auditoría no se han impartido.

En Hogares Residencias, RES

1. No se han planteado objetivos respecto a este servicio.
2. Se detecta algún indicador cuyo resultado planificado no se ajusta a la realidad, teniendo planteada la Asociación la actualización del mismo, por ejemplo para el proceso de atención básica, el indicador relativo al número de aportaciones de los usuarios al menú.
3. El indicador relativo a habilidades personales y sociales va a calcularse en junio
4. El indicador relativo a ocio y tiempo libre, hace referencia al ocio planteado desde la Residencia exclusivamente.
5. Se detecta algún registro que no está incorporado al listado de registros del sistema, por ejemplo: tabla de fines de semana.
6. Se detecta muy puntualmente en el almacén de cocina unos fideos que han sido traspasados a una bolsa sin marcar la fecha de caducidad o consumo preferente en la misma.
7. En relación al análisis de indicadores, ha sido a fecha de Auditoría de Renovación cuando se ha reflexionado sobre el mismo, si bien dicha información debe también estar incluida en la Revisión del Sistema.

En el Servicio de Ocio, OCI

1. Se detecta que los Estatutos del Club no están actualizados en su totalidad a la realidad actual del servicio.
2. Se detectan actas semanales del Club que no reflejan todas las actividades realizadas desde marzo de 2009.
3. Se detecta que el listado de documentación y listado de registros no contienen toda los documentos y registros del sistema, por ejemplo: Un esfuerzo para todos un logro común, nuevo folleto de difusión del club,...
4. El Club no ha registrado el informe de la última Asamblea del Club, año 2008.
5. Se observa que la aplicación informática (aces) utilizada por el Club no se encuentra actualizada. Por ejemplo: fecha de baja de MPM, documentación del socio (autorización e informe médico de MPM y APP), medicación de APP.
6. Actualizar el alcance del Manual de Calidad para el servicio de ocio en cuanto a la gestión del voluntariado.
7. Se detecta que para la salida del campamento de semana santa a Lugo no se ha cubierto el Registro de Incidencias de la actividad ni el Registro de incidencias de las dos furgonetas utilizadas en la actividad.
8. A fecha de auditoría se detecta actividades realizadas en la sede del club para las cuales no se han registrado los informes de valoración de actividad ni las actas de revisión trimestral.
9. La base de datos da la posibilidad de incluir la evaluación en la propia aplicación y a fecha de auditoría no está siendo utilizado este campo.
10. Se están actualizando la ficha de conocimiento de personal para todos los socios.

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 3	___/___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

11. Las reuniones de equipo de ocio no contienen información detallada sobre los contactos institucionales del Club si bien se realiza una labor proactiva muy importante.
12. El club va a normalizar los códigos de ayuda para las fichas de conocimiento personal de socios.
13. El club tiene planteado un nuevo organigrama (Director Técnico, Coordinador de ocio,...)
14. Se detecta que para los indicadores de % de familias que participan en la planificación del Plan General de Ocio y para el % de actividades en relación con otras entidades y/o personas ajenas a Aspronaga no se han guardado los cálculos realizados en los mismos.
15. A fecha de auditoría no se han calculado algunos indicadores del sistema, por ejemplo: para el Proceso de Valoración, admisión y acogida y para el porcentaje de usuarios satisfechos con las actividades del Plan General de Ocio.
16. Se detecta algún indicador que a fecha de auditoría la organización ya se ha dado cuenta de que sus resultados se alejan de la meta planificada.
17. En relación a las observaciones 14, 15 y 16 la organización tiene abierta una acción para su resolución.
18. Se detecta cierto desorden en el almacén del Club, es compartido por un alto número de voluntarios y por los empleados.

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: 3	___/___/___ 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 SE HAN DETECTADO NO CONFORMIDADES DURANTE EL TRANCURSO DE LA AUDITORÍA			

EL REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN

EL EQUIPO AUDITOR

2007/0321/ER/01

Nº DE INFORME: 3

___/___/___/___

Nº DE INFORME:

___/___/___/___

Nº DE INFORME:

4. MATRIZ PLANIFICACIÓN PRÓXIMA AUDITORÍA AS/AR UNE-EN ISO 9001:2008

	AUDITOR	DIA (1, 2, 3...)	CENTRO (A, B, C)	PROCESO/ DPTO./DOC.	INTERLOCUTOR	4.1	4.2	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5.1	7.5.2	7.5.3	7.5.4	7.5.5	7.6	8.1	8.2.1	8.2.2	8.2.3	8.2.4	8.3	8.4	8.5.1	8.5.2	8.5.3	Verificación Uso	Reclamaciones de	
ELEMENTOS AUDITADOS EN AR	SRV	1	CLL	ESTRATEGICOS	RP			X	X	X	X	X	X					X										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	SRV	1	CRB	APOYO CRB	RP	X	X			X				X	X	X	X				X																	X		
	SRV	1	CRB	ESENCIALES	RP														X				X	X	X	X	X					X						X		
	SRV	2	CLL	ESENCIALES	RP															X			X	X	X	X	X					X						X		
	SRV	2	CLL	APOYO	RP	X	X			X					X	X	X	X				X																		
	SRV	2	RES	LAMASTELLE	RP															X			X	X	X	X	X					X						X		
	SRV	2	RES	APOYO	RP	X	X			X					X	X	X	X				X										X								
	SRV	3	COL	ESENCIALES	RP															X			X	X	X	X	X					X						X		
	NCG	3	COL	APOYO	RP	X	X			X					X	X	X	X				X																	X	
	SRV	3	RES	PLA CANCELA	RP															X			X	X	X	X	X					X							X	
	NCG	3	RES	APOYO	RP	X	X			X					X	X	X	X				X										X								
	SRV	4	OCI	ESENCIALES	RP															X			X	X	X	X	X	X				X							X	
NCG	4	OCI	APOYO	RP	X	X			X					X	X	X	X				X										X									
Total NC:																																								
PLANIFICACIÓN AS 1	SRV/NCG	1	CRB	ESEN/APOYO	RP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	SRV/NCG	2	CLL	ESEN/APOYO	RP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	SRV/NCG	2	RES	ESEN/APOYO	RP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	SRV/NCG	3	COL	ESEN/APOYO	RP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	SRV/NCG	3	OCI	ESEN/APOYO	RP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	SRV			ESTRATÉGICOS	RP			X	X	X	X	X	X	X					X										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Marcar con "X" los elementos del Sistema de Gestión auditados.

Nota: Durante la auditoría de los apartados relacionados con las responsabilidades de la Dirección, debería estar presente la Alta Dirección de la Organización.

Se acuerda con la Organización, las siguientes fechas para la realización de próxima auditoría: ABRIL/MAYO 2010

Comentarios si procede, sobre la planificación de la próxima auditoría (a cumplimentar por el Auditor Jefe): Se planificará detalladamente un mes antes de la fecha

Con antelación a la realización de la próxima auditoría, se determinarán los centros a visitar y cualquier modificación respecto a la planificación prevista.

2007/0321/ER/01

Nº DE INFORME: 3

___/___/___

Nº DE INFORME:

___/___/___

Nº DE INFORME:

5.-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. 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.
7. 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.
8. Para cualquier aspecto relacionado con el proceso de certificación, la organización puede dirigirse al Técnico Responsable de su Expediente (TRE).

En OLEIROS, A Coruña, a 21 de mayo de 2009

El Representante de la Organización

El Equipo Auditor

2007/0321/ER/01

Nº DE INFORME: 3

//_/_

Nº DE INFORME:

//_/_

Nº DE INFORME:

ANEXO CENTROS VISITADOS

EMPLAZAMIENTOS AUDITADOS	
CENTRO RICARDO BARÓ AV ISAAC DIAZ PARDO, 12 15179 - OLEIROS (A CORUÑA) AUDITOR: Dña. SONIA RUIZ VARGAS	ELEMENTOS AUDITADOS: VER MATRIZ DE PLANIFICACIÓN
CENTRO LABORAL LAMASTELLE AV ROSALÍA DE CASTRO, 12 15173- OLEIROS (A CORUÑA) AUDITOR: Dña. SONIA RUIZ VARGAS	ELEMENTOS AUDITADOS: VER MATRIZ DE PLANIFICACIÓN
HOGAR RESIDENCIA LAMASTELLE AV ISAAC DIAZ PARDO 13 15179- OLEIROS (A CORUÑA) AUDITOR: Dña. SONIA RUIZ VARGAS	ELEMENTOS AUDITADOS: VER MATRIZ DE PLANIFICACIÓN
COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES CL PEREZ LUGIN 10 15011 (A CORUÑA) AUDITOR: Dña. SONIA RUIZ VARGAS AUDITOR: Dña. NOELIA CEA GUTIÁN	ELEMENTOS AUDITADOS: VER MATRIZ DE PLANIFICACIÓN
HOGAR RESIDENCIA PLA Y CANCELA CL PLA Y CANCELA 35 15007 (A CORUÑA) AUDITOR: Dña. SONIA RUIZ VARGAS AUDITOR: Dña. NOELIA CEA GUTIÁN	ELEMENTOS AUDITADOS: VER MATRIZ DE PLANIFICACIÓN
CLUB DE OCIO FINISTERRE, SERVICIO DE OCIO CL PEREZ LUGIN 10 15011 (A CORUÑA) AUDITOR: Dña. SONIA RUIZ VARGAS AUDITOR: Dña. NOELIA CEA GUTIÁN	ELEMENTOS AUDITADOS: VER MATRIZ DE PLANIFICACIÓN

2007/0321/ER/01

Nº DE INFORME: 3

___/___/___

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 TECNICO CRB
D. JUAN FONTELA 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. ANTONIO GOMEZ MOURIÑO	MANTENIMIENTO CRB
D ^a . MERCEDES AMOR	PSICOLOGA CRB
D. JUAN MÉNDEZ	ATS
D ^a . ITZIAR BREA RODRIGUEZ	CUIDADORA CRB
D ^a . PATRICIA SOUTO MOREIRA	CUIDADORA CRB
D ^a . MARÍA BELLO PICALLO	CUIDADORA CRB
D ^a . MONICA BOTANA VAZQUEZ	LOGOPEDA CRB
D ^a . RAQUEL GAGO PRIETO	EDUCADORA SOCIAL
D ^a . PATRICIA ZAS	ADMINISTRACIÓN ASPRONAGA
D ^a . ELENA CORRAL	TÉCNICO DE COMUNICACIÓN
D ^a . LISA MATOS CONCHADO	DIRECTORA DEL CENTRO LABORAL LAMASTELLE
D ^a . SANDRA ESPADA ALVAREZ	TRABAJADORA SOCIAL CLL
D ^a . CRISTINA DIAZ ALVAREZ	PSICOLOGA CLL
D ^a . LUCÍA VIÑAS	LOGOPEDA CLL
D ^a . MARIA DEL CARMEN COUTO CASTRO	CUIDADORA CLL
D ^a . ANTONIA MUIÑO PIÑÓN	MAESTRA DE TALLER CLL
D ^a . MARIA JESUS FERNANDEZ SOTO	MAESTRA DE TALLER CLL
D. ALFONSO PATIÑO VEIRA	MAESTRO DE TALLER CLL
D. JOSE LUIS MATA SANTOS	MAESTRO DE TALLER CLL
D. JUAN MUÑOZ GARCÍA	COORDINADOR DE PRODUCCIÓN CLL
D ^a . DOLORES MENDOZA	PSICÓLOGA CLL
D ^a . MARIA JESUS SUAREZ-NOGUEROL CALVET	COCINERA CLL
D ^a . MATILDE ORDUNA VELA	MAESTRO DE TALLER CLL

2007/0321/ER/01

Nº DE INFORME: 3

//_/_

Nº DE INFORME:

//_/_

Nº DE INFORME:

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nombre y apellidos	Departamento o cargo
D ^a . MARÍA JESUS ROCA	EDUCADORA SOCIAL CLL
D. JOSE ANTONIO CANEDO COSTA	MANTENIMIENTO CLL y RES
D ^a . FERNANDA PÉREZ BERMÚDEZ	COORDINADORA DE RESIDENCIAS
D ^a . MARIA ISABEL FRAGA MEDÍN	SERVICIO DOMÉSTICO RES
D ^a . REGINA GONZALEZ COLLAZO	CUIDADORA RE
D ^a . LUCÍA FERNANDEZ MARTINEZ	EDUCADORA SOCIAL
D ^a . ROSARIO RODRIGUEZ BARÓN	SERVICIO DOMÉSTICO RES
D ^a . MARIA JOSE PIÑEIRO CAAMAÑO	CUIDADORA RES
D ^a . ALEJANDRA BEATRIZ GARCÍA GOMAR	CUIDADORA RES
D ^a . CARMELA RIADIGOS LALÍN	SERVICIO DOMÉSTICO RES
D ^a . GUILLERMINA ROCA FERNÁNDEZ	SERVICIO DOMÉSTICO RES
D. IAGO GRAÑA MENDUIÑA	COORDINADOR DE OCIO
D ^a . IRIA PEDROSA ANIDO	TÉCNICO DE OCIO
D ^a . SARAY GÓMEZ FIGUEIRA	TÉCNICO DE OCIO
D ^a . ANA PEREZ FERREIRO	TÉCNICO DE OCIO
D ^a . DOLORES ESTEBAN ALVAREZ	DIRECTORA DEL COLEGIO
D. MANOLO SALGUEIRO MENDEZ	SECRETARIO DEL CENTRO EDUCATIVO ORIENTADOR Y PSICOLOGO
D ^a . RAQUEL QUINTELA LOPEZ	DOCENTE DE TRANSICIÓN A LA VIDA ADULTA
D ^a . ESTHER TARELA VILLANUEVA	DOCENTE DE TRANSICIÓN A LA VIDA ADULTA
D. JUAN ANTONIO FERNANDEZ LOPEZ	TALLER DE FORMACIÓN OCUPACIONAL
D ^a . ANA PEREZ MARTINEZ	FISIOTERAPEUTA
D ^a . PILAR FERNANDEZ RIVERA	ENCARGADA DE COMEDOR
D ^a . MARIA LOPEZ MIGUEZ	COCINERA DEL CENTRO EDUCATIVO
D ^a . LUISA CHAO SORDO	JEFATURA DE ESTUDIOS DOCENTE DE UNIDAD DE EDUCACIÓN BÁSICA
D. MIGUEL ANGEL PEREZ FERNÁNDEZ	DOCENTE DE UNIDAD DE EDUCACIÓN BÁSICA
D. FELICIANO COUTO ESCANCIANO	DOCENTE DE UNIDAD DE EDUCACIÓN BÁSICA
D ^a . VERÓNICA SOUTO COELLO	DOCENTE DE UNIDAD DE EDUCACIÓN BÁSICA
D ^a . ANA VIDAL FIDALGO	SECRETARÍA
ELENA ANEIRO PEREZ	AYTE. TECNICO EDUCATIVO

2007/0321/ER/01	___/___/___	___/___/___
Nº DE INFORME: 3	Nº DE INFORME:	Nº DE INFORME:

ANEXO HOJA DE DATOS

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 CORUNA	
C.I.F.	G15028855	
¿Pertenece su empresa a un grupo empresarial? En caso afirmativo, indíquelo		
Norma de referencia para el sistema de gestión	UNE-EN ISO 9001:2000	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	
	Cargo	
Número total de personas en plantilla	112	170
Alcance del certificado	Español	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). 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.

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 3	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

		La prestación del servicio educativo de formación básica y formación profesional y complementaria a personas con discapacidad intelectual, incluyendo el servicio de transporte y 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). 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). 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.
Inglés	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). Provision of professional services for handicapped persons with learning 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.	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). 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). Provision of playful, 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) willing management

2007/0321/ER/01	___/___/___	___/___/___
Nº DE INFORME: 3	Nº DE INFORME:	Nº DE INFORME:

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.
1. CENTRO RICARDO BARO. AV ISAAC DIAZ PARDO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	77	0		78	
2. CENTRO LABORAL LAMASTELLE. AV ROSALÍA DE CASTRO, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	35	0		39	
			COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LOURDES CL PEREZ LUGIN 10, 15011 A CORUÑA	29	
			RESIDENCIA HOGAR LA CASA DE LAMASTELLE AVENIDA DE ISAAC PARDO 13, 12. 15179 - OLEIROS (A CORUÑA)	10	

2007/0321/ER/01 Nº DE INFORME: 3	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

			RESIDENCIA HOGAR ASPRONAGA CL PLA Y CANCELA 10, 15011 A CORUÑA	10	
			CLUB JUVENIL FINISTERRE CL PEREZ LUGIN 10, 15011 A CORUÑA	4	Voluntari ado 100

Para el caso de UNE-EN ISO 9001:2008, indicar las exclusiones realizadas a requisitos del Capítulo 7 de la Norma	7.3	
Reglamentación aplicable al alcance del certificado. (Adjuntar listado)		
Fecha 2009-05-21	El representante de la empresa	El representante de AENOR
D. Juan FONTENLA PÉREZ		Dª. Sonia RUIZ VARGAS