



INFORME DE LA AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN

ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS

10224977

Bureau Veritas Iberia S.L.

1ra. Visita de Seguimiento / ISO 9001:2015

ÍNDICE

1 INFORMACIÓN GENERAL

- 1.1 INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN
- 1.2 INFORMACIÓN DE CONTACTO

2 INFORMACIÓN DE LA AUDITORÍA

- 2.1 NORMAS DE LA AUDITORÍA
- 2.2 ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN
- 2.3 INFORMACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR
- 2.4 ALCANCE DE LA AUDITORÍA
 - Objetivos de la Auditoría
 - Plan de auditoría
 - Criterios de auditoría

3 PROCESO DE AUDITORÍA

- 3.1 NOTAS DEL AUDITOR

4 RESUMEN EJECUTIVO DE LA AUDITORÍA

- 4.1 CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA
- 4.2 RESUMEN DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA
- 4.3 Documentación mínima a revisar
- 4.4 PUNTOS FUERTES
- 4.5 OPORTUNIDADES DE MEJORA
- 4.6 OBSERVACIONES

5 RECOMENDACIONES DEL LÍDER DEL EQUIPO AUDITOR

6 PROGRAMA DE AUDITORÍAS DE SEGUIMIENTO

7 PROGRAMA DE AUDITORÍA

8 PLAN DE AUDITORÍA DE LA SIGUIENTE VISITA

9 Información del certificado

1 INFORMACIÓN GENERAL

1.1 INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la Compañía	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS		
Dirección	CL SANTIAGO, 7		
Ciudad	LUGO		
Código postal	27004		
Provincia	-		
País	Spain		
Nº Teléfono	+34982284107	Nº Fax	+34982818887
Nº Contrato	10224977		

1.2 INFORMACIÓN DE CONTACTO

Persona de Contacto	BLANCA ROIBAS		
Dirección Email	tsocial@aspnais.org	Nº Teléfono	+34982284107

2 INFORMACIÓN DE LA AUDITORÍA

2.1 NORMAS DE LA AUDITORÍA

Norma(s) objeto de la Auditoría ISO 9001:2015

2.2 ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN

Idioma	Norma	Nombre del Emplazamiento	Central	Alcance
Español	ISO 9001:2015	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS	<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: CENTROS DE DIA, OCUPACIONALES Y RESIDENCIALES.
Inglés	ISO 9001:2015	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS	<input type="checkbox"/>	INTREGRAL ATENTION OF PERSONS WITH INTELLECTUAL DISCAPITY: DAY CENTER, RESIDENCE AND OCUPATIONAL CENTER.

Nº de Emplazamientos 1

Nº de Empleados 52

Central ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS

En caso de auditorías "multi-sites" se listará un Anexo con todos los emplazamientos que deben aparecer en el certificado

Tipo de Auditoría	1ra. Visita de Seguimiento				
Fecha Inicio de la Auditoría	30/05/2022	Fecha Fin de la Auditoría	30/05/2022	Duración	1

2.3 INFORMACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR

Jefe de equipo	Iniciales	Miembro del equipo	Iniciales
MARIA EUGENIA FERNANDES MONTILLA,	MEF		

2.4 ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Objetivos de la Auditoría

1. confirmar que el sistema de gestión de la organización es conforme con todos los requisitos de la norma(s) de auditoría.
2. confirmar que la organización ha implantado de forma efectiva sus medidas previstas.
3. confirmar que el sistema de gestión es capaz de alcanzar las políticas y objetivos de la organización y evaluar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la organización cliente cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables.
4. cuando corresponda, la identificación de las áreas de mejora potencial del sistema de gestión.
5. confirmar que el sistema de gestión certificado es conforme con los requisitos de la norma, incluyendo, pero no limitado a:
 - a) auditorías internas y revisión por la dirección;
 - b) una revisión de las acciones tomadas sobre las no conformidades identificadas durante la auditoría previa;
 - c) el tratamiento de las quejas,
 - d) la eficacia del sistema de gestión en relación con el logro de los objetivos del cliente certificado;
 - e) el progreso de las actividades planificadas dirigidas a la mejora continua;
 - f) la continuidad en el control operativo;
 - g) la revisión de cualquier cambio, y
 - h) la utilización de las marcas y/o cualquier otra referencia a la certificación.

Plan de auditoría

Fecha - Horario Actividad	Nombre del Emplazamiento	Proceso	Auditor	Comentario
30/05/2022 - 09:30 Reunión inicial	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS		MEF	
30/05/2022 - 10:00 Auditoría	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS	Centro de Día: Atención a la Demanda, Plan de desarrollo Individual, habilidades para la vida, seguimiento y salida. Ocio y Deporte	MEF	
	Cláusula : 9K-8.2 Requisitos para los productos y servicios 9K-8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios 9K-8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios 9K-8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio 9K-8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos 9K-8.5.5 Actividades posteriores a la entrega 9K-8.6 Liberación de los productos y servicios			9K-8.1 Planificación y control operacional 9K-8.2.1 Comunicación con el cliente 9K-8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios 9K-8.5 Producción y provisión del servicio 9K-8.5.2 Identificación y trazabilidad 9K-8.5.4 Preservación 9K-8.5.6 Control de los cambios 9K-8.7 Control de las salidas no conformes
30/05/2022 - 12:30 Auditoría	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS	Centro Ocupacional: Atención a la Demanda, Plan de desarrollo Individual, formación y orientación prelaboral, seguimiento y salida. Ocio y Deporte	MEF	
	Cláusula : 9K-8.2 Requisitos para los productos y servicios 9K-8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios 9K-8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios 9K-8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio 9K-8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos 9K-8.5.5 Actividades posteriores a la entrega 9K-8.6 Liberación de los productos y servicios			9K-8.1 Planificación y control operacional 9K-8.2.1 Comunicación con el cliente 9K-8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios 9K-8.5 Producción y provisión del servicio 9K-8.5.2 Identificación y trazabilidad 9K-8.5.4 Preservación 9K-8.5.6 Control de los cambios 9K-8.7 Control de las salidas no conformes
30/05/2022 - 14:30 Comida	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS		MEF	
30/05/2022 - 15:00 Auditoría	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS	Servicios Generales	MEF	
	Cláusula : 9K-7.1.1 Generalidades 9K-7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos			9K-7.1 Recursos 9K-7.1.3 Infraestructura 9K-7.1.5 Recursos de seguimiento y medición

Fecha - Horario Actividad	Nombre del Emplazamiento	Proceso	Auditor	Comentario
30/05/2022 - 16:00	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS	Planificación	MEF	
Auditoría	Cláusula : 9K-4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas 9K-4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos 9K-5.1.1 Generalidades 9K-5.2 Política 9K-5.2.2 Comunicación de la política de la calidad 9K-6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades 9K-6.3 Planificación de los cambios 9K-9.3.1 Generalidades 9K-9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección			9K-4.1 Comprensión de la organización y su contexto 9K-4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad 9K-5.1 Liderazgo y compromiso 9K-5.1.2 Enfoque al cliente 9K-5.2.1 Establecimiento de la política de la calidad 9K-5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización 9K-6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos 9K-9.3 Revisión por la dirección 9K-9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección
30/05/2022 - 17:00	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS	Mejora	MEF	
Auditoría	Cláusula : 9K-7.5.1 Generalidades 9K-7.5.3 Control de la información documentada 9K-9.1.1 Generalidades 9K-9.1.3 Análisis y evaluación 9K-10.1 Generalidades 9K-10.3 Mejora continua			9K-7.5 Información documentada 9K-7.5.2 Creación y actualización 9K-9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación 9K-9.1.2 Satisfacción del cliente 9K-9.2 Auditoría interna 9K-10.2 No conformidades y acción correctiva 9K-Uso del Logo
30/05/2022 - 18:00	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS		MEF	
Reunión de cierre				

Fecha de preparación del plan de auditoría	23/05/2022
Comentario	<ol style="list-style-type: none"> 1. El equipo auditor ajustará su horario de trabajo, en lo posible, al de la empresa previo acuerdo con la organización. 2. El programa de auditoría propuesto ha de considerarse orientativo. 3. Previamente al desarrollo diario del programa, el equipo auditor se reunirá con los representantes de la empresa para programar la jornada de auditoría y comentar su desarrollo. 4. El equipo auditor precisará de un despacho u otro lugar de trabajo adecuado para su uso durante la auditoría. 5. La Dirección de la empresa debe encontrarse presente en las reuniones inicial y final, así como los responsables de los otros departamentos. En el resto de actividades debe encontrarse presente el Representante de la Dirección para la gestión de calidad o el Responsable de gestionar el proceso concreto que se trate. 6. Para la realización de la auditoría se entrevistará a todos los departamentos involucrados en las actividades y cuyas responsabilidades se encuentran descritas en la documentación del SGQ. 7. En cumplimiento de nuestro procedimiento interno PG 04 y tal como se especifica en la oferta de certificación aceptada por Uds., les recordamos que les asiste el derecho a recusar al equipo auditor designado, justificándolo por escrito y con 15 días de antelación a la fecha de auditoría prevista a Bureau Veritas Certification. 8. Asimismo, les indicamos que la información interna de la empresa, obtenida por el equipo auditor durante el desarrollo de la auditoría, tendrá un tratamiento estrictamente confidencial.

Criterios de auditoría

Documentación utilizada en los registros de datos relacionados a los servicios prestados dentro y otros documentos relativos al sistema de gestión de calidad como por ejemplo los procedimientos de gestión de los procesos fundamentales

y el Manual de la calidad que resulta actualizado de acuerdo a los requisitos de la norma UNE EN ISO 9001:2015.

Se revisan los requisitos de admisión de los usuarios incluyendo la documentación relacionada a los requisitos del Reglamento de Protección de datos y documentación técnica.

Todos los documentos auditados se encuentran acorde a los requisitos de las leyes vigentes en el LISTADO DE CONTROL DE NORMATIVA Y LEGISLACIÓN.

Los criterios de esta auditoría son la norma UNE-EN ISO 9001:2015, la relación de documentos en vigor del Sistema de Gestión y las reglamentaciones locales, regionales y nacionales vigentes en materia socio educativa.

3 PROCESO DE AUDITORÍA

3.1 NOTAS DEL AUDITOR

Auditor	Fecha	Proceso	Norma	Contactos
MARIA EUGENIA FERNANDES MONTILLA,	30/05/2022	Centro de Día: Atención a la Demanda, Plan de desarrollo Individual, habilidades para la vida, seguimiento y salida. Ocio y Deporte	ISO 9001:2015	Andrea Carreras Mourin. Pedagoga. Blanca Roibas. Trabajadora social – Responsable de calidad. Sofía Freire. Ocupacional. Educativa social. Paula Nieto Rey. Psicóloga. Ana López.
Notas				
<p>Registro en RUEPSS. E-92. fecha inscripción: 16.06.1994.</p> <p>Inscripción de la memoria del año 2021. Fecha: 31.03.2022. Se evidencia la memoria que ha sido subida al RUEPSS. Memoria de anual de control económico. ok Memoria social 2021. ok</p> <p>última inspección: 25.11.2021. Requerimiento contestado. ok</p> <p>CENTRO DE DÍA: Usuarios: 25 plazas autorizadas y completo.</p> <p>Usuario: ACB. Ingreso: 08.02.2021. Plaza concertada. Información inicial de usuario. Nuevo formulario. Ok Informe del centro de educación espacial que sirve de base para la elaboración del informe inicial. Ok Informe aula taller: firmado por el equipo técnico. ok Entrevista de valoración inicial y admisión del centro. Se evidencian las diferentes entrevistas con la familia sobre aspectos propios de la dinámica familiar y su relación con el centro. El registro de incidencias se encuentra registrado correctamente. En función a las incidencias se ha establecido un objetivo en el PAI.</p> <p>Reglamento de régimen interno. Fecha: 08.02.2021. Pacto asistencial de media pensión. Fecha: 08.02.2021.</p> <p>ficha social: Ok Expediente de personal. Ref. ES1/P1-F1. fecha: 08.02.2021. Impreso de matrícula. Ref. ES1/P1-F6. ok Autorización de padres o tutores. Ok Cesión de datos conforme al reglamento de protección de datos. ok Reconocimiento del grado de discapacidad. ok Grado II. Valoración del período de prueba.</p> <p>Expediente médico: documentación. Ok hoja de medicación activa. Ok Autorización administración de medicación. ok. Ficha médica. ok</p> <p>PDI: fecha: 12.05.2021. Se establece el objetivo de control de esfínteres. Se evidencia el registro de seguimiento en el MN program. Registro de control de esfínteres. Semana 5 del mes de mayo /23 al 27). Establecieron un horario para realizar el</p>				

acompañamiento al baño.

Pedagogía: Lograr que escriba su nombre. se evidencia el seguimiento del objetivo.

Pautas de actuación;:

se evidencia las pautas de actuación por cada usuario. ok

OM: aunque se evidencian las pautas de actuación con cada usuario es necesario mejorar la conexión con los objetivos del PAI y la estrategia de intervención.

Programa de hábitos de higiene. Fecha: 09.02.2022.

Programa de duchas. Programa de intervención. Ok

Auditor	Fecha	Proceso	Norma	Contactos
MARIA EUGENIA FERNANDES MONTILLA,	30/05/2022	Centro Ocupacional: Atención a la Demanda, Plan de desarrollo Individual, formación y orientación prelaboral, seguimiento y salida. Ocio y Deporte	ISO 9001:2015	Blanca Roibas. Trabajadora social – Responsable de calidad. Sofía Freire. Ocupacional. Educativa social. Paula Nieto Rey. Psicóloga. Ana López. Elena García Varela-Villamor. Fisioterapia.
Notas				
<p>CENTRO OCUPACIONAL: Centro Ocupacional: Atención a la Demanda, Plan de desarrollo Individual, formación y orientación prelaboral, seguimiento y salida. Ocio y Deporte</p> <p>Usuarios: 94 (concertadas y privadas).</p> <p>toda la gestión se realiza en el MN program.</p> <p>USUARIO: APC. Fecha ingreso: 01.07.2021. Plaza privada - libranza. Entrevista de valoración inicial y admisión en el centro. Fecha: 01.07.2021. Se evidencia el registro en el MN program: grado 1. Fecha: 08.03.2022. Documentación. ok se evidencia la cumplimentación de toda lla documentación de la historia social. ok Expediente en fecha: 08.10.2021.</p> <p>Contrato de ingreso. Fecha: 01.07.2021. firmado. Reglamento de regimen interno. Fecha: 01.07.2021. Pacto asistencial personal. Ref. ASP-F2. fecha:.. 24.09.2021.</p> <p>Informe de aula/taller. evaluación inicial. Julio 2021- valoración a los 3 meses. Octubre 2021. Firmado por Ana López y Sofía Freire Blanco. Evaluación irdisciplinar. Fecha: 01.07.2021. conforme al protocolo Criterios de evaluación. ESA4/P1-D1. Ed. 1.. Fecha: 01.09.2019. Profesionales: Ana López. OBS: Aunque es posible trazarlo, es necesario mejorar la trazabilidad del equipo técnico que ha participado en la evaluación inicial del usuario.</p> <p>Expediente médico: ficha médica: Ref. ES1/P1-F7. Ed. 3. Dictamen facultativo. Pauta médica. Ok No toma medicación en el centro se evidencia la información en el MN program. ok</p> <p>PAI: Se establecen los objetivos de aula taller con un objetivo generico. Taller Grabado: aprender parte del proceso de grabado y corte laser. Fecha; 10.01.2022. Se evidencia la justificación del objetivo con un aspectos claves a hacerle seguimiento.</p> <p>Talleres de educación emocional. Adquirir conomientos para reconocer las emociones. fecha: 31.03.2022.</p> <p>Seguimiento de los objetivos en talleres. El primer trimestre ha sido cumplimentado. ok</p> <p>Programas de intervención técnica: comunicación con las familias. Resumen de los talleres y actividades del centro con el objetivo de cada programa. También se añaden proopuestas de mejora del plan de intervención. Usuario MFP. Feedback de la familia en base a la información enviada con sugerencia de participación.</p> <p>Programa del taller: Taller de emociones. Incluye objetivos, metodología, organización de las sesiones, recursos materiales, etc.</p> <p>OM: En el caso de las actividades de los talleres es mejorable la programación de los talleres.</p>				

USUARIO: MCLP. fecha de ingreso: 09.07.2020. Plaza concertada.

Pacto asistencial. ok

Reglamento de régimen interno. fecha: 09.07.2020. ok

Taller de envasados.

fisioterapia:

Calendario de fisioterapia: se evidencia el calendario para esta usuaria y los que participan en fisioterapia.

Valoración realizada por Yago Ref.. ES6/P1-F3. Fecha: 23.04.2021

Tinetti. 27/28. Identifican los problemas principales.

control de peso de la usuaria. Ok

Objetivo definido para mejorar su capacidad física.

Intervención: ejercicio + terapia manual. ok

seguimiento mensual en MN program.

Se evidencia la escala de Tinetti del día 27.04.2022.

OBS; indicar clara trazabilidad de profesional que ha realizado la evaluación.

Reforzar la información de la estrategia de intervención.

Auditor	Fecha	Proceso	Norma	Contactos
MARIA EUGENIA FERNANDES MONTILLA,	30/05/2022	Servicios Generales	ISO 9001:2015	Carmen Mosquera. María Josefa Rancaño Pasarin. Responsable cocina. Sergio Lage.

Notas

Cocina:

Menú:

Se evidencian los tipos de menú en el tablón de anuncios hasta el día 31.05.2022.

Cambios de menú:

Se evidencia el registro desde septiembre 2021 - mayo 2022. ok

Revisión de las cámaras: se evidencia la comida identificada y trazable.

Carne adobada: cintas de lomo. Albarán: 2022/1F/418. Fecha: 30.05.2022.

trazabilidad caducidad: 04.06.2022.

Se evidencian las muestras correctamente identificadas.

Control de temperaturas:

Se evidencia el registro de la temperatura con el equipo de la propia cámara. Controles desde el 18.12.2021 al 30.05.2022. Ok

Buenas prácticas de fabricación del huevo. Fecha: 20.12.2021 al 29,05.2022. > 75°

Controles de limpieza:

Año 2022:

Suelos, superficies, planchas hornos, fregadero, contenedor, etc. se evidencian los registros de limpieza desde enero a mayo 2022. ok

Control mensual de caducidad de alimentos. Enero a mayo 2022. ok

Control del cloro. Mayo 2022. ok

Mantenimiento:

hay una revisión periódicas anual. fecha: 2022.

Mapa de extintores: Junio 2020.

Extintores:

Seguimiento trimestral: fecha. 08.03.2022.

Se evidencia el mantenimiento conforme con el mapa de extintores. ok

Anual: No. 062/22. fecha: 04.05.2022. BIES. Rigel seguridad. ok

Quinquenal: Protese. último retimbrado. 2019. Anual.

Mantenimiento correctivo:

Se evidencian los partes de mantenimiento del mes de mayo 2022. Ok.

Mes de diciembre 2022: se evidencia 8 incidencias firmadas y cerradas. ok

OBS: Organizar mejor la oficina de mantenimiento. Comprobar el estado de los seguros.

Mantenimiento preventivo:

se registra el mantenimiento preventivo de las acciones externalizadas.

Informe de necesidades - semestral. Fecha: 2do. semestre 2021.

Ej. barandilla terraza y termo de agua caliente.

Mantenimiento de furgoneta:

Matrícula: 5461 HMM. Año 2021. se realiza una revisión trimestral de los aspectos claves.

Marzo 2022. 1ra. revisión.

Parte de control de vehículos. Fecha: 09.03.2021. cambio de embrague - mayo 2021. Cambio de discos y pastillas.

ITV. Fecha: 01.10.2022 próxima inspección.

Permiso de circulación: año 2012.
ficha técnica: Ref. 1295770. fecha: 31.07.2012.
Leve con cambio de luces. cambiado sin registro.
Poliza de responsabilidad civil: Pagado. Fecha: 11.02.2022.

Seguro de accidentes del centro de día y centro ocupacional.
Poliza: 0552080106757. valida hasta el 22.06.2022. Mapfre vida. ok

Calderas:
Realizado por Tecnoservicio.
Mantenimiento preventivo: fecha: 31.01.2022. Revisión mensual hasta abril 2022.
Partes de trabajo de mantenimiento. se evidencian los partes de revisión. Fecha: 20.04.2022.

CONTROL DE EQUIPOS DE MEDIDAS:
revisión de las cámaras. Fecha: 03.05.2022.
Realizado por Comercial Casal. ok

Comercial Casal. Fecha: 28.02.2022. revisión de la maquinaria. no. B1158.
Notas de reparación. Fecha: 09.02.2022. ok

Verificación de las temperaturas: Ref. AP3/F3-F6.
Cocina, residencia y agua. Valoración apto.
Patrón: G89ST9263A. ok

Cerrada no conformidad.

Auditor	Fecha	Proceso	Norma	Contactos
MARIA EUGENIA FERNANDES MONTILLA,	30/05/2022	Planificación	ISO 9001:2015	Blanca Roibas. Trabajadora social – Responsable de calidad.

Notas

REUNIÓN INICIAL

- Presentación del equipo auditor y funciones en la auditoría, incluida una breve descripción de sus roles
- Presentación de los participantes.
- Confirmación del plan de auditoria (tipo, alcance, objetivos, criterios, cambios, fecha, hora de la reunión de cierre, reuniones intermedias, reunión dirección)
- Confirmación de revisión de los siguientes datos: Alcance, Emplazamientos, Número de empleados, existencia consultoría, cambios del sistema de gestión.
- Confirmación de los temas relativos a la confidencialidad.
- Confirmación de que no existe conflicto de intereses para el proceso de auditoría
- Confirmación de los canales de comunicación formales entre el equipo auditor y el cliente.
- Confirmación de que están disponibles los recursos y la logística necesaria para el equipo auditor.
- Confirmación, de los procedimientos de protección, emergencia y seguridad en el trabajo pertinentes para el equipo auditor.
- Confirmación de la disponibilidad, de las funciones y de la identidad de los guías y observadores (recordar pedir siempre evidencias de autorización y designación a interlocutores que no sean plantilla)
- Información sobre las condiciones bajo las cuales la auditoria puede darse por terminada (no disponibilidad de interlocutores, excesivo tiempo en la presentación de evidencias que alteren los tiempos establecidos en el plan, evidencias que indiquen que los objetivos de la auditoria no son alcanzables o sugieran la presencia de un riesgo inmediato y significativo)
- Método de presentación de la información, así como la categorización de los hallazgos de auditoria.
- Métodos y procedimientos a utilizar para llevar a cabo la auditoria sobre la base de un muestreo:
- Entrevistas, la observación de los procesos y actividades y la revisión de la documentación y los registros.
- Confirmación del idioma de la auditoria.
- Confirmación que durante la auditoria se mantendrá informado al cliente sobre el progreso de la auditoria y de cualquier problema que se detecte durante la misma.
- Confirmación del estado de los hallazgos de la auditoria anterior: NCs y Observaciones
- Certificado vigente (fecha inicial, caducidad, alcance y emplazamientos).
- Uso del logotipo.

Se presenta el equipo auditor exponiendo el plan previsto, sistemática de la evaluación, alcance de la auditoria, norma aplicable ISO 9001:2015, legislación identificada que afecta a la prestación del servicio, regimen de reuniones, lugar de trabajo y recordatorio de que se deberá respetar los requisitos del contrato.

Así mismo se indican las reglas de confidencialidad e independencia a la que esta sujeta el equipo auditor y la posibilidad de uso del procedimiento de reclamaciones en el caso de aparecer irregularidades en el comportamiento del equipo o el desarrollo de la auditoria. Se realiza visita inicial a las instalaciones y/o locales de la empresa auditada.

CONTEXTO ORGANIZATIVO Y PARTES INTERESADAS

Para el análisis de las cuestiones internas y externas se utiliza la herramienta DAFO. Actualizado enero 2022.

Por cada fortaleza, debilidades, oportunitades y amenazas se ha realizado un análisis de cada una.

Los cambios están relacionadas con las oportunitades identificadas como cuestiones externas.

Las cuestiones internas y externas están acordes con la realidad del entorno.
ej. situación energética, ratios. etc.

Se evidencia que están trabajando en la unidad de valoración y orientación diagnóstica. Especializado en TEA - TEL.
Dirigido a infancia, adolescencia y vida adulta. ok
En progreso.

Entre las acciones tomadas para paliar los efectos negativos de la pandemia en los usuarios se ha contratado más personal para atención profesional especializado.

Grupos de interés: identificados administración, clientes, empresas colaboradoras, proveedores, sociedad en general, Las necesidades y expectativas se han identificado en el documento "Grupos de interés".

OM: Aunque se evidencia la identificación de las necesidades y expectativas de los grupos de interés acorde al contexto es mejorable la identificación de necesidades relacionadas con el impacto de la pandemia en la prestación del servicio.

ALCANCE DEL SISTEMA

El alcance se mantiene sin cambios desde el año pasado.

El alcance se encuentra documentado en el manual de calidad conforme a las actividades certificadas y confirmada por la dirección.

La cláusula no aplicable se encuentra adecuadamente justificada. manual de calidad- ASP-D1 - Ed. 11. Fecha: 08.01.2021.

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SUS PROCESOS:

Manual de calidad. ASP. Ed. 11. Fecha: 08.01.2021. En el manual se encuentra el mapa de procesos que muestran las interacciones.

También cuentan con ficha de procesos con las entradas, salidas e interacciones. El sistema cuenta con una estructura documental acorde a las actividades de la organización.

El enfoque a procesos está conforme con lo exigido por la norma.

LIDERAZGO:

La organización mantiene la responsabilidad de establecer, hacer seguimiento y promoviendo el uso de mejoras en base al sistema de gestión de calidad.

POLÍTICA DE CALIDAD:

Se mantiene sin cambios desde la última auditoría.

Es conforme con los requisitos de la norma.

Publicada en los tableros de anuncios en las instalaciones, página web, documentación que se entrega a las nuevas incorporaciones.

GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

En el excel de cuadro de riesgos y oportunitades se evidencia el análisis y valoración, acciones y seguimiento, etc.

Año 2022. Cuadro de riesgos y oportunitades.

Oportunidades:

Reforzar el servicio sanitario. contratación de la enfermera.

Creación de unidad de envejecimiento. ok

Riesgos:

Regresión importante de los usuarios. Acciones: refuerzo del equipo técnico para atención más individualizada.

Se evidencia la gestión adecuada de los riesgos y oportunidades conforme con la norma.

OBJETIVOS DE CALIDAD

Se evidencia la planificación de dos objetivos de calidad para el año 2022 conforme con la norma.

Obj. 1) Puesta en valoración de la unidad de valoración y orientación diagnóstica. Meta: 75% de nuevos servicios.
Obj. 2 acreditación y puesta en funcionamiento del servicio de tercera edad. Año 2021-2022. No. Personas que se interesan por el servicio: 20.

Con respecto al objetivo del año 2021 se encuentra en proceso de implantación. se evidencia el seguimiento, así como su análisis en la revisión por la dirección.

PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS;

Para el año próximo está previsto ampliar el alcance de certificación con la inclusión de vivienda residencial para tercera edad y la unidad terapéutica. En la revisión por la dirección se realiza el análisis. ok

Renovación del modelo de calidad plena.

Algunos documentos han sido mejorados y adaptados al nuevo centro, pero con respecto al año pasado no supone ningún cambio relevante.

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN:

informe de revisión por la dirección. Ref. EST1/P6-F01. Fecha: 25.01.2022.

Se evidencia la participación del personal de dirección de las diferentes funciones.

Los elementos de entrada y salida se consideran acordes con la norma.

REUNIÓN DE CIERRE

Asistentes: auditora y representantes de la organización.

- Informar al cliente que las evidencias de auditoría reunidas se basan en un muestreo de la información, lo que introduce, de hecho, un elemento de incertidumbre.

- Conclusiones de la auditoría incluyendo las recomendaciones relativas a la certificación.

- Presentación de los hallazgos y su categorización (nc, observaciones y oportunidades de mejora). Proceso de BV

para el tratamiento de las NC, incluyendo cualquier consecuencia relativa al estado del certificado. Método y plazo para que el cliente presente un plan de corrección y acciones correctivas para las NC identificadas.

- Actividades del organismo de certificación posteriores a la auditoría: emisión de certificados, próximas auditorías, etc.

- Información del procedimiento de BV de quejas y apelaciones.

- Preguntas de la organización. Si la Organización presenta diferencias de opinión acerca de las conclusiones y hallazgos de auditoría, deben registrarse.

Auditor	Fecha	Proceso	Norma	Contactos
MARIA EUGENIA FERNANDES MONTILLA,	30/05/2022	Mejora	ISO 9001:2015	Blanca Roibas. Trabajadora social – Responsable de calidad.
Notas				
<p>USO DEL LOGO: Correcto en la muestra auditada.</p> <p>INFORMACIÓN DOCUMENTADA: Toda la documentación está disponible en los puntos de usos a través del servidor.</p> <p>Este año sólo ha habido pequeños cambios documentales se han centrado en estabilizar el servicio en las nuevas instalaciones.</p> <p>En la revisión por la dirección, se evidencia el análisis de las modificaciones de la documentación del sistema.</p> <p>La legislación está correctamente actualizada.</p> <p>ANÁLISIS Y EVALUACIÓN</p> <p>Panel de indicadores: Ref. EST3/P1-F2. Año 2022. seguimiento semestral.</p> <p>Año 2021: Se evidencia el seguimiento de los indicadores de procesos algunos se han visto afectado por la situación del COVID pero se han tomado acciones para mejorar la situación. ej. Seguimiento : % de objetivos cuya consecución superior al 50% - resultado: 21%. Razón COVID - acciones nuevas organización de los grupos y talleres más especializados. Ej. bienestar emocional.</p> <p>OBS: Aunque se evidencia la definición de indicadores de procesos, algunos de estos indicadores requieren mejorarse en cuanto a la evaluación de la eficacia de proceso.</p> <p>SATISFACCIÓN DEL CLIENTE método de recogida de feedback de los grupos de interés: encuestas reuniones Reclamaciones y sugerencias.</p> <p>Medición de la satisfacción. Cuestionario de familias. Responden: 102 familias. Diciembre 2021. Todos los servicios. se evidencia una tendencia positiva en la respuesta de los usuarios a las 16 preguntas formuladas.</p> <p>Encuestas a familias. Total respuestas 42 de 125 familias. Respuestas un 36,6%.</p> <p>Encuesta a profesionales. año 2022. Se evidencia una tendencia favorable de los resultados. Respondidos: 52.2%.</p> <p>Reclamaciones: Año 2021: una reclamación. Reclamación año 2021. - evidencia: primera reclamación octubre 2021. Respuesta: fecha: 27.01.2022. se evidencia el análisis de la situación y coomunicación a la familia. Acción: Creación de buzón de sugerencia, envío de menús, etc.</p> <p>OM: Aunque se evidencia un manejo adecuado de la reclamación de la familia, es mejorable la retroalimentación al familiar de las acciones tomadas.</p> <p>AUDITORÍA INTERNA</p> <p>Informe de auditoría interna. Fecha: 19.05.2022. Auditora: Bibiana Sieiro Iglesias (FADEMGA) - Maite García (autismo Ourense). Resultados: Puntos fuertes: 8. oportunidades de mejora: 6.</p>				

Observaciones: 8.

NCR:0.

Plan y programa de auditoría:

Se considera adecuada para la identificación de mejoras.

NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS

No se han registrado no conformidades sólo de auditoría externa.

Acciones de procesos: Oportunidades de mejora y observaciones de la auditoría externas, entre otras.

Se evidencian los planes de acción de los hallazgos.

También se identifican una incidencia en el año 2022. Ej. pérdida de documentación en MN program. Acción duplicar la copia de seguridad. En progreso.

MEJORA

Plan de mejora de calidad plena. Año 2021.

Definidas 9 acciones. no están completadas en proceso.

Plan de gestión de salud integral.

Los cambios en los programas de intervención vienen derivadas de estas líneas de trabajo. Ej. taller de gestión emocional, control de duchas, etc.

En la revisión por la dirección se realiza la planificación de todas las acciones de mejora prevista para este período con el análisis.

4 RESUMEN EJECUTIVO DE LA AUDITORÍA

4.1 CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

La auditoría está basada en un proceso de muestreo de la información disponible y las técnicas de auditoría usadas fueron: entrevistas, observación, muestreo de actividades y revisión de documentos y registros.

El sistema de gestión de calidad está conforme a la versión de la norma ISO9001:2015 con un nivel adecuado de implantación conforme al tiempo de certificación en dicho estándar. Desde la última auditoría los cambios que ha tenido la organización están relacionados con la revisión de alguna documentación del sistema de gestión de calidad, sin embargo, no hay cambios significativos reportados.

Se evidencia la mejora del seguimiento de los objetivos de los usuarios.

La Dirección a través de la revisión del sistema de gestión de calidad realiza el seguimiento de los resultados del desempeño del QMS acorde con la norma aplicable considerándose un punto fuerte de la organización. La auditoría interna ha sido conducida considerándose eficaz para la identificación de áreas de mejora.

El alcance del sistema ha sido confirmado acorde con las actividades y procesos incluidos en el alcance del sistema. Se mantiene sin cambios desde la última auditoría.

En la muestra auditada no se han detectados incumplimientos normativos ni de requisitos legales, lo cual, no exime que en el futuro puedan encontrarse estos ó algún otro. Los hallazgos de la anterior auditoría de BV han sido atendidos adecuadamente.

El plan de auditoría ha sido logrado conforme al programa de auditoría previsto, teniendo en cuenta los procesos incluidos bajo el alcance del QMS. Por lo tanto, los objetivos de la auditoría han sido logrado.

La auditoría está basada en un proceso de muestreo de la información disponible y las técnicas de auditoría usadas fueron: entrevistas, observación, muestreo de actividades y revisión de documentos y registros.

Se recomienda el mantenimiento de la certificación de la organización.

4.2 RESUMEN DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA

	Mayor	Menor
Número de No conformidades grabadas	0	0

4.3 Documentación mínima a revisar

ES OBLIGATORIO REVISAR :

1. Documentación del Sistema de gestión
2. Implementación y mantenimiento eficaz del Sistema
3. Mejoras
4. Objetivos clave del Sistema y su monitorización
5. Programa de Auditorías Internas
6. Revisión por la Dirección
7. Acciones Correctivas y Preventivas

4.4 PUNTOS FUERTES

Seguimiento de los objetivos de los usuarios
 Reorganización de los talleres conforme a las nuevas instalaciones.
 Compromiso de la Dirección
 Revisión por la Dirección
 Enfoque a la mejora continua

4.5 OPORTUNIDADES DE MEJORA

Número	Proceso	Oportunidad(es) de Mejora
1	Centro Ocupacional: Atención a la Demanda, Plan de desarrollo Individual, formación y orientación prelaboral, seguimiento y salida. Ocio y Deporte	En el caso de las actividades de los talleres es mejorable la programación de los talleres.
2	Centro de Día: Atención a la Demanda, Plan de desarrollo Individual, habilidades para la vida, seguimiento y salida. Ocio y Deporte	aunque se evidencian las pautas de actuación con cada usuario es necesario mejorar la conexión con los objetivos del PAI y la estrategia de intervención.
3	Planificación	Aunque se evidencia la identificación de las necesidades y expectativas de los grupos de interés acorde al contexto es mejorable la identificación de necesidades relacionadas con el impacto de la pandemia en la prestación del servicio.

4.6 OBSERVACIONES

Número	Proceso	Cláusula
Observaciones		
1	Centro de Día: Atención a la Demanda, Plan de desarrollo Individual, habilidades para la vida, seguimiento y salida. Ocio y Deporte	9K-8.5.2 Identificación y trazabilidad
Aunque es posible conocer quién ha realizado las evaluaciones, es necesario mejorar la trazabilidad del equipo técnico que ha participado en la evaluación inicial del usuario.		
2	Mejora	9K-9.1.2 Satisfacción del cliente
Aunque se evidencia un manejo adecuado de la reclamación de las familias, es mejorable la retroalimentación al familiar de las acciones tomadas a raíz de las reclamaciones.		
3	Mejora	9K-4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos
Aunque se evidencia la definición de indicadores de procesos, algunos de estos indicadores requieren mejorarse en cuanto a la evaluación de la eficacia de proceso.		
4	Servicios Generales	9K-7.1.3 Infraestructura
Aunque la infraestructura se encuentra conforme es necesario organizar mejor la oficina de mantenimiento. También es necesario comprobar el alcance de los seguros de los vehículos, todos se encuentran vigentes.		

5 RECOMENDACIONES DEL LÍDER DEL EQUIPO AUDITOR

Norma	Acreditación	Copias Cert.	Idioma
ISO 9001:2015	ENAC	0	Español

Norma	ISO 9001:2015
Recomendación	Mantener Certificación/ Continuar con el Proceso
Razón para la emisión o cambio del certificado	
¿ se requiere auditoría extraordinaria	N
Fecha Inicio de la auditoría extraordinaria	
duración (días) :	

6 PROGRAMA DE AUDITORÍAS DE SEGUIMIENTO

Nombre del Emplazamiento	Proceso	Cláusula	Seguimiento								Recer	
			1	2	3	4	5	6	7	8		
ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS	Centro Residencial: Atención a la Demanda, Plan de desarrollo Individual, habilidades para la vida, seguimiento y salida. Ocio y Deporte	9K-8.1 Planificación y control operacional 9K-8.2 Requisitos para los productos y servicios 9K-8.2.1 Comunicación con el cliente 9K-8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios 9K-8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios 9K-8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios 9K-8.5 Producción y provisión del servicio 9K-8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio 9K-8.5.2 Identificación y trazabilidad 9K-8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos 9K-8.5.4 Preservación 9K-8.5.5 Actividades posteriores a la entrega 9K-8.5.6 Control de los cambios 9K-8.6 Liberación de los productos y servicios 9K-8.7 Control de las salidas no conformes		X								X
ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS	Servicios Generales	9K-7.1 Recursos 9K-7.1.1 Generalidades 9K-7.1.3 Infraestructura 9K-7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos 9K-7.1.5 Recursos de seguimiento y medición	X									X
ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS	Compras y gestión de proveedores	9K-8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente 9K-8.4.1 Generalidades 9K-8.4.2 Tipo y alcance del control 9K-8.4.3 Información para los proveedores externos		X								X

Nombre del Emplazamiento	Proceso	Cláusula	Seguimiento								Recer	
			1	2	3	4	5	6	7	8		
ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS	Planificación	9K-4.1 Comprensión de la organización y su contexto 9K-4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas 9K-4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad 9K-4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos 9K-5.1 Liderazgo y compromiso 9K-5.1.1 Generalidades 9K-5.1.2 Enfoque al cliente 9K-5.2 Política 9K-5.2.1 Establecimiento de la política de la calidad 9K-5.2.2 Comunicación de la política de la calidad 9K-5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización 9K-6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades 9K-6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos 9K-6.3 Planificación de los cambios 9K-9.3 Revisión por la dirección 9K-9.3.1 Generalidades 9K-9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección 9K-9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección	X	X								X

Nombre del Emplazamiento	Proceso	Cláusula	Seguimiento								Recer	
			1	2	3	4	5	6	7	8		
ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS	Centro de Día: Atención a la Demanda, Plan de desarrollo Individual, habilidades para la vida, seguimiento y salida. Ocio y Deporte	9K-8.1 Planificación y control operacional 9K-8.2 Requisitos para los productos y servicios 9K-8.2.1 Comunicación con el cliente 9K-8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios 9K-8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios 9K-8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios 9K-8.5 Producción y provisión del servicio 9K-8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio 9K-8.5.2 Identificación y trazabilidad 9K-8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos 9K-8.5.4 Preservación 9K-8.5.5 Actividades posteriores a la entrega 9K-8.5.6 Control de los cambios 9K-8.6 Liberación de los productos y servicios 9K-8.7 Control de las salidas no conformes	X									X

Nombre del Emplazamiento	Proceso	Cláusula	Seguimiento								Recer	
			1	2	3	4	5	6	7	8		
ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS	Centro Ocupacional: Atención a la Demanda, Plan de desarrollo Individual, formación y orientación prelaboral, seguimiento y salida. Ocio y Deporte	9K-8.1 Planificación y control operacional 9K-8.2 Requisitos para los productos y servicios 9K-8.2.1 Comunicación con el cliente 9K-8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios 9K-8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios 9K-8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios 9K-8.5 Producción y provisión del servicio 9K-8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio 9K-8.5.2 Identificación y trazabilidad 9K-8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos 9K-8.5.4 Preservación 9K-8.5.5 Actividades posteriores a la entrega 9K-8.5.6 Control de los cambios 9K-8.6 Liberación de los productos y servicios 9K-8.7 Control de las salidas no conformes	X									X
ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS	Atención a Familias	9K-8.1 Planificación y control operacional 9K-8.2 Requisitos para los productos y servicios 9K-8.2.1 Comunicación con el cliente 9K-8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios 9K-8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios 9K-8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios		X								X

Nombre del Emplazamiento	Proceso	Cláusula	Seguimiento								Recer	
			1	2	3	4	5	6	7	8		
ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS	Mejora	9K-7.5 Información documentada 9K-7.5.1 Generalidades 9K-7.5.2 Creación y actualización 9K-7.5.3 Control de la información documentada 9K-9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación 9K-9.1.1 Generalidades 9K-9.1.2 Satisfacción del cliente 9K-9.1.3 Análisis y evaluación 9K-9.2 Auditoría interna 9K-10.1 Generalidades 9K-10.2 No conformidades y acción correctiva 9K-10.3 Mejora continua 9K-Uso del Logo	X	X								X
ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS	Gestión de RRHH	9K-7.1 Recursos 9K-7.1.1 Generalidades 9K-7.1.2 Personas 9K-7.1.6 Conocimientos de la organización 9K-7.2 Competencia 9K-7.3 Toma de conciencia 9K-7.4 Comunicación		X								X
Jornadas de auditoría			1	1								

Todos los procesos deben ser auditados durante la auditoría de recertificación . El funcionamiento del Sistema de Gestión durante el periodo de la certificación deber ser considerado, incluyendo una revisión de los informes de auditorías de seguimiento anteriores.

Plan de seguimiento preparado / modificado por	MARIA EUGENIA FERNANDES MONTILLA,	Fecha	01/06/2021
Comentario			

7 PROGRAMA DE AUDITORÍA ISO 9001:2015

Emplazamientos	Auditorías		
	Main	Surv1	Surv2
ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS	2	1	1
Jornadas de auditoría	2	1	1

Jornadas de recertificación previstas

Fecha	25/05/2022	Realizado / Revisado por	MARIA EUGENIA FERNANDES MONTILLA,
Comentario			

8 PLAN DE AUDITORÍA DE LA SIGUIENTE VISITA

Fecha - Horario Actividad	Nombre del Emplazamiento	Proceso	Auditor	Comentario
-				

Fecha de preparación del plan de auditoría	30/05/2023
Comentario	

9 Información del certificado

9.1 ISO 9001:2015 - ENAC - Español

Información del certificado

Nombre del Emplazamiento	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS
Dirección	CL SANTIAGO, 7
Ciudad	LUGO
Código postal	27004
Provincia	-
País	Spain
Alcance	ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: CENTROS DE DIA, OCUPACIONALES Y RESIDENCIALES.
Número de certificados	0