



INFORME DE LA AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN

ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS

10224977

Bureau Veritas Iberia S.L.

2da. 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	2da. Visita de Seguimiento				
Fecha Inicio de la Auditoría	29/05/2023	Fecha Fin de la Auditoría	29/05/2023	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
29/05/2023 - 09:00 Reunión inicial	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS		MEF	
29/05/2023 - 09:30 Auditoría	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS 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 Accciones para abordar riesgos y oportunidades 9K-6.3 Planificación de los cambios 9K-9.3 Revisión por la dirección 9K-9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección	Planificación	MEF	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-7.1 Recursos 9K-9.3.1 Generalidades 9K-9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección
29/05/2023 - 10:30 Auditoría	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS 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	Centro Residencial: Atención a la Demanda, Plan de desarrollo Individual, habilidades para la vida, seguimiento y salida. Ocio y Deporte	MEF	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
29/05/2023 - 12:30 Auditoría	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS Cláusula : 9K-8.2.1 Comunicación con el cliente 9K-8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios	Atención a Familias	MEF	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

Fecha - Horario Actividad	Nombre del Emplazamiento	Proceso	Auditor	Comentario
29/05/2023 - 13:30 Comida	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS		MEF	
29/05/2023 - 14:30 Auditoría	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS Cláusula : 9K-7.1.1 Generalidades 9K-7.1.6 Conocimientos de la organización 9K-7.3 Toma de conciencia	Gestión de RRHH	MEF	9K-7.1 Recursos 9K-7.1.2 Personas 9K-7.2 Competencia 9K-7.4 Comunicación
29/05/2023 - 16:00 Auditoría	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS Cláusula : 9K-8.4.1 Generalidades 9K-8.4.3 Información para los proveedores externos	Compras y gestión de proveedores	MEF	9K-8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente 9K-8.4.2 Tipo y alcance del control
29/05/2023 - 17:00 Auditoría	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS Cláusula : 9K-7.5.1 Generalidades 9K-7.5.3 Control de la información documentada 9K-9.1.2 Satisfacción del cliente 9K-9.2 Auditoría interna 9K-10.2 No conformidades y acción correctiva 9K-Uso del Logo	Mejora	MEF	9K-7.5 Información documentada 9K-7.5.2 Creación y actualización 9K-9.1.1 Generalidades 9K-9.1.3 Análisis y evaluación 9K-10.1 Generalidades 9K-10.3 Mejora continua
29/05/2023 - 18:00 Reunión de cierre	ASPNAIS ASOC DE PADRES O TUTORES DE PERS		MEF	

Fecha de preparación del plan de auditoría	15/05/2023
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,	29/05/2023	Planificación	ISO 9001:2015	Blanca Roibas. Trabajadora social – Responsable de calidad. Andrea Carreras Mourin. Pedagoga. Calidad.
Notas				
<p>REUNIÓN INICIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> •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

Número de usuarios:

Centro de día 27 usuarios. (plazas concertadas + 1 privada).

Centro ocupacional: 71 concertadas + 8 privadas.

Residencia: Gravemente afectados (asistencial): 12 usuarios (11 públicas y 1 privada).

Ocupacional: 55 usuarios (45 concertadas + 10 privadas).

Número de empleados: 65 personas.

Este año se ha creado la unidad de valoración y orientación diagnóstica. Servicio privado para diagnóstico de TEA y TEL.

Se evidencia en la revisión por la dirección el análisis de contexto relacionada con la situación organizacional. Este análisis se basa en un análisis DAFO de las cuestiones internas y externas.

Enero 2023.

OM - Cláusula 4.4.1: Aunque se evidencia el seguimiento de los indicadores, sin embargo, debido a la situación actual del entorno es conveniente incluir indicadores de recursos humanos relacionados con estabilidad de plantilla, etc.

Se evidencia correcto el análisis DAFO de la organización coherente con las actividades realizadas.

PF: Estabilidad del servicio y asentamiento de los procesos.

PARTES INTERESADAS

Se evidencia la identificación de los grupos de interés por nivel de relevancia. El análisis se realiza en el cuadro de mando integral. Fecha: 09.01.2023.

Este año se ha mejorado el análisis en conexión con los servicios prestados que dan sustento a 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:

Se evidencia que la organización tiene un sistema de gestión de calidad implantado y mantenido, en el que participan los miembros de la organización.

El enfoque a procesos es evidente y el seguimiento del desempeño se realiza a través de los indicadores de procesos. El sistema tiene una estructura documental basada en ficha de procesos, procedimientos, protocolos, etc.

La información documentada se conserva correctamente.

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

GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Se evidencia en el cuadro de gestión los riesgos y oportunidades: actualizado en enero 2023.

Se realiza un seguimiento específico para aquellos riesgos con un nivel 9. Metodología de impacto y probabilidad.

-Riesgos relacionados con personal. Ej. formación – nivel 12. Acción: plan de formación específica.

-Riesgos relacionados con voluntariado. Nivel 12. Acciones: profesionales de atención directa los sábados a cambio de días libres.

-Riesgos de quejas y reclamaciones. Nivel 9. Acción: se evidencian acciones adecuadas al impacto.

Oportunidades:

-Poner en funcionamiento las dimensiones de calidad de vida. Acciones: ok

-Crear unidades de envejecimiento: acciones. En curso. Ok

-Regresión de los usuarios – intervenciones para minimizar el impacto. Ok

-Trabajo externo – en 3D.

-Mejorar la programación del taller. Acción: se han creado los programas en todos los talleres. Ok

Se considera un enfoque adecuado para el tratamiento de los riesgos y oportunidades con respecto a la norma.

Punto fuerte: Gestión de riesgos y oportunidades.

OBJETIVOS DE CALIDAD

Cuadro de mando integral. Año 2022-2023.

Objetivo no. 1 – puesta en funcionamiento del servicio de valoración. En curso.

Objetivo no. 2- puesta en funcionamiento de la residencia de 3ra. Edad. Cerrado.

Indicador con no. Usuario alcanzado + lista de espera. Ok

Año 2023:

Se evidencia la planificación de los objetivos de calidad y el cuadro de mando con el seguimiento de los indicadores de logro.

Obj. 1: viene del año 2022. Se evidencia el seguimiento.

Obj. 2. Implantación de base de datos. Resiplus. % expedientes dados de alta.

Seguimiento en el cuadro de mando. Avance: registros de medicación – mayo 2023. Ok

Planificación conforme a la norma.

PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS:

Sin cambios significativos.

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN:

Informe de revisión por la dirección. Fecha: 15.02.2023. Período año 2022.

Participan: Responsables de servicios de atención directa, junta directiva, directoras, etc.

Los elementos de entrada y salida de la revisión por la dirección son conforme con los requisitos de la norma y eficaz para determinar el desempeño del sistema de gestión de calidad.

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,	29/05/2023	Mejora	ISO 9001:2015	Blanca Roibas. Trabajadora social – Responsable de calidad. Andrea Carreras Mourin. Pedagoga. Calidad.

Notas

PROCESO DE MEJORA:

USO DEL LOGO: correcto.

INFORMACIÓN DOCUMENTADA:

Toda la documentación está disponible en los puntos de usos a través del servidor.

Este año sólo ha habido pequeños cambios documentales se han centrado en estabilizar el servicio en las nuevas instalaciones.

En la revisión por la dirección, se evidencia el análisis de las modificaciones de la documentación del sistema.

La legislación está correctamente actualizada en el listado Ref. AP1/P1-F3. Año 2023.

En este documento se tiene en cuenta el impacto en los grupos de interés asociado.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

Se evidencia el panel de indicadores correspondiente al año 2023 con las metas definidas pero el seguimiento es semestral.

Cierre año 2022:

Se evidencia el seguimiento de los indicadores con los resultados de los procesos. En el caso de los indicadores que no se han alcanzado están relacionados con la situación del COVID que se vivía aun el año pasado en el centro.

Ej. No. Personas con citas para revisión de PDI. Acción: carta informativa a familia con posibilidad de ampliar información en reunión presencial. Ok.

No. Respiro familiar. Bajo el indicador. Debido a Covid. Ok

Indicador de acompañamiento a médicos. Acción: servicio de acompañamiento de ayuda a domicilio.

OM: Mejorar el seguimiento de los indicadores de calidad de vida de los usuarios a fin de comprobar la evolución.

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Método de recogida de los grupos de interés: encuestas, reuniones, Reclamaciones y sugerencias.

Encuesta a trabajadores. Participación: 52,5%. período año 2022 – encuesta realizada en 2023

Se evidencia una tendencia favorable de los resultados entre 8-10/10.

Acciones de mejora propuestas.

Frecuencia cada dos años. Medición de la satisfacción –año 2022:

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.

Encuestas a familias. Total respuestas 42 de 125 familias. Respuestas un 36,6%.

AUDITORÍA INTERNA

Informe de auditoría interna. Fecha: 19.05.2023. Auditores: Lucía Barral Gómez y Alfredo Sousa Míguas.

Resultados: 11 puntos fuertes.

Oportunidades de mejora: 5.

Observaciones: 7.

Perfil de auditores: ok

Se considera eficaz para la identificación de mejoras.

NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y MEJORA

En el año 2023, se han registrado como no conformidades los resultados de inspección de servicios sociales.

El control se realiza en el documento informe de acciones de procesos.

Se evidencian las acciones de mejora: página Web, redes sociales, unidad de atención diagnóstica, satisfacción de nuevos empleados.

Ref. 5. Fecha: 03.07.2022. Adaptación del PDI con pictogramas para usuarios. En curso.

Ref. 9. Quejas de familias. Implantación de mejora.

No conformidad de inspección de servicios sociales:

Se evidencia las correcciones a las incidencias detectadas. Fecha: 21.03.2023. Ok

Ocupacional y centro de día:

Se evidencian las correcciones. Fecha: 24.04.2023. ok

Quejas de familias:

Año 2022: 2 quejas.

No. 11. Fecha: 15.07.2023. Protocolo COVID.

Se evidencian los antecedentes de la situación con la petición de información del protocolo para situaciones de Covid.

Cierre: 16.12.2022.

Se evidencian las comunicaciones con los familiares. Ok

Año 2023: 2 quejas.

No. 3. Fecha: 23.03.2023. Cristal roto de la gafa. Queja oficial.

Contestación al familiar. Fecha: 27.03.2023. Se evidencia la comunicación a la Xunta en proceso de revisión por parte de la administración.

No. 2. Retirar las mascarillas de los talleres de ocupacionales. Fecha: 22.03.2023.

Contestación de familias.

PROCESO DE MEJORA:

USO DEL LOGO: correcto.

INFORMACIÓN DOCUMENTADA:

Toda la documentación está disponible en los puntos de usos a través del servidor.

Este año sólo ha habido pequeños cambios documentales se han centrado en estabilizar el servicio en las nuevas instalaciones.

En la revisión por la dirección, se evidencia el análisis de las modificaciones de la documentación del sistema.

La legislación está correctamente actualizada en el listado Ref. AP1/P1-F3. Año 2023.

En este documento se tiene en cuenta el impacto en los grupos de interés asociado.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

Se evidencia el panel de indicadores correspondiente al año 2023 con las metas definidas pero el seguimiento es semestral.

Cierre año 2022:

Se evidencia el seguimiento de los indicadores con los resultados de los procesos. En el caso de los indicadores que no se han alcanzado están relacionados con la situación del COVID que se vivía aun el año pasado en el centro.

Ej. No. Personas con citas para revisión de PDI. Acción: carta informativa a familia con posibilidad de ampliar información en reunión presencial. Ok.

No. Respiro familiar. Bajo el indicador. Debido a Covid. Ok

Indicador de acompañamiento a médicos. Acción: servicio de acompañamiento de ayuda a domicilio.

OM: Mejorar el seguimiento de los indicadores de calidad de vida de los usuarios a fin de comprobar la evolución.

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Método de recogida de los grupos de interés: encuestas, reuniones, Reclamaciones y sugerencias.

Encuesta a trabajadores. Participación: 52,5%. período año 2022 – encuesta realizada en 2023

Se evidencia una tendencia favorable de los resultados entre 8-10/10.

Acciones de mejora propuestas.

Frecuencia cada dos años. Medición de la satisfacción –año 2022:

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.

Encuestas a familias. Total respuestas 42 de 125 familias. Respuestas un 36,6%.

AUDITORÍA INTERNA

Informe de auditoría interna. Fecha: 19.05.2023. Auditores: Lucía Barral Gómez y Alfredo Sousa Mígues.

Resultados: 11 puntos fuertes.

Oportunidades de mejora: 5.

Observaciones: 7.

Perfil de auditores: ok

Se considera eficaz para la identificación de mejoras.

NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y MEJORA

En el año 2023, se han registrado como no conformidades los resultados de inspección de servicios sociales.

El control se realiza en el documento informe de acciones de procesos.

Se evidencian las acciones de mejora: página Web, redes sociales, unidad de atención diagnóstica, satisfacción de nuevos empleados.

Ref. 5. Fecha: 03.07.2022. Adaptación del PDI con pictogramas para usuarios. En curso.

Ref. 9. Quejas de familias. Implantación de mejora.

No conformidad de inspección de servicios sociales:

Se evidencia las correcciones a las incidencias detectadas. Fecha: 21.03.2023. Ok

Ocupacional y centro de día:

Se evidencian las correcciones. Fecha: 24.04.2023. ok

Quejas de familias:

Año 2022: 2 quejas.

No. 11. Fecha: 15.07.2023. Protocolo COVID.

Se evidencian los antecedentes de la situación con la petición de información del protocolo para situaciones de Covid.

Cierre: 16.12.2022.

Se evidencian las comunicaciones con los familiares. Ok

Año 2023: 2 quejas.

No. 3. Fecha: 23.03.2023. Cristal roto de la gafa. Queja oficial.

Contestación al familiar. Fecha: 27.03.2023. Se evidencia la comunicación a la Xunta en proceso de revisión por parte de la administración.

No. 2. Retirar las mascarillas de los talleres de ocupacionales. Fecha: 22.03.2023.

Contestación de familias.

Auditor	Fecha	Proceso	Norma	Contactos
MARIA EUGENIA FERNANDES MONTILLA,	29/05/2023	Centro Residencial: Atención a la Demanda, Plan de desarrollo Individual, habilidades para la vida, seguimiento y salida. Ocio y Deporte	ISO 9001:2015	<p>Andrea Carreras Mourin. Pedagoga. Calidad.</p> <p>Blanca Roibás. Trabajadora Social. Responsable de calidad.</p> <p>Yolanda Rodríguez. Cuidadora residencia.</p> <p>Ana Fernández.</p>

Notas

CENTRO RESIDENCIAL:

Andrea Carreras Mourin. Pedagoga. Calidad.

Blanca Roibás. Trabajadora Social. Responsable de calidad.

Yolanda Rodríguez. Cuidadora residencia.

Ana Fernández.

Planificación del trabajo:

Se evidencia la planificación de los turnos de trabajo con las actividades a realizar por usuario según nivel de necesidad asistencia. Existen tres turnos (incluyendo el turno partido y fines de semana).

Cuadrante de emergencias con las guardias de urgencia por semana.

Cambios de útiles de aseos.

-Lunes: sábanas y pijamas.

Protocolos de hipoglucemia por necesidad de usuario.

Inyectables: plan de inyectables.

Tutelados: información sobre los usuarios bajo esta condición.

Pautas de usuarios: con estrategias de intervención.

Planificación de las actividades de los usuarios: ocio, conserjería, etc.

Registros de residencia:

Ficha de supervisión visual. Ref. ES3 /P2-F1.

Mes mayo:

Usuario CB. Fecha: 15.05.2023. Incidencia a la vuelta de casa. (llegada).

Mes marzo: salida.

Usuaría S. Fechas: 17.03.2023 y 31.03.2023.

Usuario JC. Fecha: 17.03.2023.

Llegada:

Usuario JC. Fecha: 08.03.2023.

Inventario anual: ropa de usuarios.

Último año 2022:

Usuaría CGQ. Fecha: octubre 2022.

OM: Aunque se evidencia el inventario de pertenencias de los usuarios residenciales, es conveniente comunicarlo a las familias.

otros controles:

Calendario de ataques epilépticos: se registra por cada usuario con esta situación.

Mayo 2023: usuario CR.

Calendario de control de parches de glucemia. Usuaría: MQ. Registro de fallos del equipo. Ok

Control de alimentación/ansiedad: usuario JV.

Control de alteración del sueño. Usuaría MA.

Control de esfínteres: Solo se lleva de aquellos usuarios con estreñimiento o incontinencia.

Usuario OCL. Se evidencia el control.

Registro de sueño:

Se evidencia el registro del sueño. Usuario OCL.

Usuaría MFO. Ok

Registro de menstruaciones:

Se evidencia el calendario con las chicas que tienen la menstruación.

Ej. Fecha: 11.04.2023. AVP.

Desarreglo hormonales.

OBS – CLÁUSULA 8.5.1: Aunque se evidencian los controles de salud, es necesario dejar mejor trazabilidad en el PAI

de usuario residenciales dichos controles y aspectos relevantes a resaltar. También es importante garantizar una correcta planificación de los cambios de pañales a usuarios que lo requieran.

Pauta de servicio: Ref. ES6/P-1-F21.

Usuario OC. Se evidencian los aspectos relacionados con la intervención del usuario.

Muestreo:

Residencial asistencial

Usuario: AVP. Ingreso: 01.07.2020.

Inventario anual: se evidencia el inventario con fecha: 01.11.2022. Monitora: Mónica Seijas.

Objetivo residencia: Ref. ES3/P2-F03. 1er. Semestre. Año 2023.

Estrategia de trabajo identificada. Relacionado con el bienestar físico.

Se evidencia el seguimiento en el MN program. Fecha: 17.06.2022, el último seguimiento anual.

En Junio está previsto el seguimiento. Fecha original: noviembre 2020.

Centro de día: aula no. 1. María del Mar.

Objetivos del centro de día:

Realizar otra actividad de su interés. Fecha: 17. 06.2022.

Actividad física. Fecha: 17.06.2022.

Residencial ocupacional:

Usuario: PBF. Ingreso: 01.07.1995.

Inventario anual: se evidencia el inventario con fecha: octubre 2022. Monitora: Ángel

Veiga.

Objetivos de residencia: Ref. ES3/P2-F03. 1er. Semestre. Año 2023.

Se evalúan en función de los criterios de evaluación. ES4/P-1D1.

Se evidencia el objetivo con el grado de consecución por semana. La metodología de apoyo activo basado en la responsabilidad del usuario para el logro del objetivo.

Seguimiento anual: se realiza en el MN Program.

Bienestar físico: relacionado con la dimensión de la calidad de vida.

Fecha original: 14.05.2021. fecha seguimiento: 19.05.2023.

Con la metodología de apoyo activo.

Usuario de centro ocupacional: Taller de carpintería.

Seguimiento del PIA: mantenimiento de capacidades adquiridas.

Fecha: 19.05.2023.

Se evidencian los objetivos conectados con las dimensiones de calidad de vida, grado de avance y metodología de apoyo activo.

Sin incidencias durante la prestación del servicio.

Usuario OC. Asistencial + centro de día.

Objetivo centro de día: mantener una conducta adecuada en el aula taller. Fecha seguimiento: 24.02.2023.

Grado de avance 40%

Pautas de apoyo activo y dimensión de bienestar emocional. Ok.

Objetivo residencial: Se evidencia un objetivo genérico de bienestar físico, sin embargo, es necesario mejorar, aunque actualmente está en estudio médico. OBS.

Seguimiento de psicología:

Se evidencia el seguimiento por parte de psicología para este año teniendo en cuenta la situación del usuario.

PF: Hay mejora en el abordaje de los objetivos de los usuarios.

Control de medicación:

Se evidencia el listado de usuarios con administración de inyectables.

Ej. AVP – Risperdal 50mg.

Hoja de medicación activa: Fecha: 07.01.2023. – nueva: 13.09.2023.

Medicación permanente. Ref. ES5/P1-F1.

También la pauta de medicación del comedor/planta residencia. ES5/P1-F-14.

Autorización de la familia. Ref. ES5/P1-F12. Fecha: 21.03.2021. Ok

Dieta pobre en grasa.

El suministro de medicación se registra en cenas y desayunos, fines de semana, excepto la comida de lunes a viernes que la realiza la misma persona. Ej. Sofía Freire.

Usuario OC.

Hoja de medicación activa: fecha: 01.10.2022.

Medicación permanente. Ref. ES5/P1-F1.

pauta de medicación del comedor/planta residencia. ES5/P1-F-14. Ok

Autorización de la familia. Ref. ES5/P1-F12. Fecha: 21.03.2021. Ok

En el MN program se registra el seguimiento del psiquiatra de la seguridad social. Fecha: 24.04.2023.

Se evidencian los tratamientos para estreñimiento con uso prolongado, sin prescripción médica para este usuario. Son tratamientos sin receta. OBS.

Se evidencia el registro de medicación, con los blisters por usuario y control por comedor.

Auditor	Fecha	Proceso	Norma	Contactos
MARIA EUGENIA FERNANDES MONTILLA,	29/05/2023	Atención a Familias	ISO 9001:2015	Blanca Roibas. Trabajadora social – Responsable de calidad. Andrea Carreras Mourin. Pedagoga. Calidad.
Notas				
<p>ATENCIÓN A FAMILIAS:</p> <p>Blanca Roibás. Trabajadora Social.</p> <p>Las actividades con familias se planifican el grupo de padres con una intervención mensual, grupos de hermanos (previsto para este año), asambleas, charlas varias, etc.</p> <p>Grupo de padres:</p> <p>Por cada sesión se establecen temas específicos. Ej. sección 25.04.2023. Duelo.</p> <p>Se mantiene una asistencia de 11 en enero, 9 en febrero, etc.</p> <p>Control de asistencia:</p> <p>Charla jurídica. Fecha: 28.03.2023. participan 56.</p> <p>Comida – día de la familia. Total 334 familias.</p>				

Auditor	Fecha	Proceso	Norma	Contactos
MARIA EUGENIA FERNANDES MONTILLA,	29/05/2023	Gestión de RRHH	ISO 9001:2015	Carmen Mosquera Sergio Lage
Notas				
Cuidadoras:				
Perfil de cuidadora/or: se evidencian los requisitos establecidos para el perfil de cuidadores. Incluye requisitos legales. Ok				
Yolanda Rodríguez. Cuidadora residencia. Ingreso: 12.11.2005.				
Documentación: DNI, permiso, seguridad social, etc.				
Ficha de empleado de protección de datos. Fecha: 01.04.2021.				
Antecedentes de delitos sexuales y trata de seres humanos: no consta. Ok				
Acuerdo de renovación contratación. Ok				
Información a los trabajadores PRL. OK				
Certificado de formación. Fecha: 04.05.2022. ok				
Certificado de profesionalidad. Fecha: 31.08.2012.				
Técnica superior en integración social. Fecha: 26.04.2004.				
Formación varia en envejecimiento y trato a personas mayores. Fecha: 01.12.2017.				
Patologías emocionales. Fecha: 11.04.2019.				
Prevención de TME. Fecha: 14.03.2019.				
Certificado de aprovechamiento. Bienestar emocional y salud mental. Octubre 2022.				
Manipulación de alimentos: 01.10.2021.				
María del Mar Castedo.				
Documentación DNI, Carnet de conducir, etc.				
Manipulación de alimentos. Fecha: 04.06.2021.				
Ficha de empleado de protección de datos. Fecha: 01.04.2021.				
Antecedentes de delitos sexuales y trata de seres humanos: no consta. Ok				
Acuerdo de renovación contratación. Ok				
Información a los trabajadores PRL. OK				
Formación PRL. ok				
Titulación en técnica de cuidados de auxiliares de enfermería. Fecha: 20.12.2013.				
Curso de buen trato. Fecha: 25.11.2022.				
Currículo. Ok				
Formaciones varias. ok				

Mónica Seijas. Ingreso: 01.02.2022.

Documentación DNI, Carnet de conducir, etc. Ingreso: 30.09.2021.

Manipulación de alimentos. Fecha: 20.05.2022.

Ficha de empleado de protección de datos. Fecha: 01.04.2021.

Antecedentes de delitos sexuales y trata de seres humanos: no consta. Ok

Acuerdo de renovación contratación. Ok

Información a los trabajadores PRL. OK

Formación PRL. ok

Contrato de trabajo. Ok

Certificado de atención socio sanitaria a personas dependientes en instituciones sociales. Fecha: 02.08.2017.

Sensibilización en apoyo conductual positivo. Fecha: 13.05.2021.

Introducción a los trastornos del espectro del autismo. Fecha: 09.11.2022.

Andrea Carreras Mourin. Pedagoga. Calidad. Ingreso: 05.08.2021.

Perfil de puesto:

Se evidencian los requisitos establecidos por cada empleado. En este caso definidas las funciones, conocimientos, habilidades y actitudes, otros aspectos valorables.

Check list de alta nuevas contrataciones:

Documentación DNI, carnet de conducir, etc.

Protección de datos: incluye el secreto profesional. Fecha: 27.07.2021.

Antecedentes de delitos sexuales y trata de seres humanos: no consta. Ok

Acuerdo de renovación contractual.

Información a los trabajadores. Ref. R-ICP/5. Comunicación PRL.

Ibersys. Fecha: 04.05.2022. Formación PRL.

Formaciones varias.

Currículo: ok

Titulación. Pedagogía. Fecha: 19.02.2019.

Manipulación de alimentos. Fecha: 16.03.2005. – actualización: 01.10.2021. ok

Formación:

Autoformación en atención temprana. Fecha: 05.09.2022.

Introducción a los trastornos del espectro del autismo. Fecha: 26.10.2022.

Resiplus: Dudas. Fecha: 23.03.2023. Presencial. Entre febrero – marzo 2023. Ok

Las nuevas contrataciones corresponden a puestos ya existentes.

Plan de formación:

Año 2023:

Formaciones de equipos UDS. Trimestral – Fademga.

Red Lucense de Voluntariado.

Grupo de trabajo de trastornos mentales y alteraciones de conductas.

Formación en manipulación de alimentos.

Formación PRL- participan 9.

Resiplus: participante 13.

Enfoque centrado en la persona. Participantes: 1.

Entre otros.

Previstas: primeros auxilios, acoso dentro del marco del plan de igualdad.

Evaluación de la eficacia: se realiza la valoración de la eficacia en el propio plan de auditoría.

OM: aunque se evidencia una valoración de la eficacia de las acciones formativas general, es mejorable el criterio a nivel individual teniendo en cuenta el tipo de formación.

Organigrama sin cambios.

Auditor	Fecha	Proceso	Norma	Contactos
MARIA EUGENIA FERNANDES MONTILLA,	29/05/2023	Compras y gestión de proveedores	ISO 9001:2015	Carmen Mosquera Sergio Lage
Notas				
<p>Principales de compras:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alimentación -Maderas para el taller -Servicios: gas, agua, electricidad, etc. -Servicios externos: transporte, informática, mantenimientos, copistería, jurídico, dietista, etc. -Insumos de oficinas y talleres. <p>Compras muestreo:</p> <p>Maderas – marzo 2023. Taller ocupacional.</p> <p>Proveedor: Maderas Besteiro SL.</p> <p>factura no. 2301878. Incluye todas las entregas del mes de marzo 2023.</p> <p>Fecha: 31.03.2023.</p> <p>Se evidencian los albaranes de recepción firmada por el personal de taller. Ok</p> <p>El pedido se realiza directamente por el personal según necesidades.</p> <p>Comida: mayo 2023.</p> <p>Cárnicas: Proveedor Cash IFA. Fecha: 29.04.2023. Factura no. 3O0000069.</p> <p>Pedidos desde cocina con trazabilidad de lotes. Albaranes correctos para todo el mes.</p> <p>Congelados Lofre. Fecha: 30.04.2023. Ref. factura no. 42/251. Trazabilidad de lote y caducidad. Ok</p> <p>Huevos: Proveedor: Lombardero. Fecha: 30.04.2023. No. 021587. Se evidencian los albaranes con trazabilidad. Ok</p> <p>Material de aseo:</p> <p>Ref. 1O0008400. Fecha: 11.05.2023. Proveedor: Cash IFA.</p> <p>Información verbal sobre necesidades y pedido telefónico. Se evidencia la factura con la compra relacionada. Ok</p> <p>Servicios:</p> <p>Transporte – Febrero 2023.</p>				

Al principio de año se comunican los usuarios que llevan.

Proveedores:

Empresa Monforte. Factura no. B284. Fecha: 28.02.2023.

Se evidencia la factura por 56 usuarios con recorrido de mañana y tarde. Ok

Muralla Bus. Fecha: 28.02.2023. ref. 7/2023.

Servicios del mes de febrero 2023.

Compromiso de confidencial:

Dietista: abril 2023

Sara Barreiro Lázare. Fecha: 21.04.2023. factura no. AS18.

Formación: se evidencia el currículo con la información sobre su formación y experiencia profesional. ok

Colegio: 1518.

compra de ropa usuario:

JRG.

Rendición de cuentas anual. Fecha: 09.08.2022. Fecha aprobación: 30.08.2022. Ok

Se evidencia la hoja de gastos con las compras para el usuario, incluyendo las ropas, etc. ok

Comunicación a proveedores. AP2/PD1-D1. Ed. 1.

Lista de proveedores año 2023. Ref. AP2/P1-F3.

Ficha de evaluación de proveedores. AP2/P1-F1. Se crea por cada proveedor y se actualizan datos cada año.

Proveedor: Maderas Besteiro SL. Puntuación: 34. Categoría A.

Proveedor Cash IFA. Puntuación: 40. Categoría A. Registro sanitario.

Proveedor: Lombardero. Es un nuevo proveedor. En proceso de homologación. Primera evaluación inicial a los 6 meses.

Empresa Monforte: puntuación 32. Categoría A. Certificados ISO.

Muralla Bus: puntuación 24. Categoría B. Se le facilita la información sobre las paradas de los usuarios. OBS – Clausula 8.5.4: Aunque se evidencia la información comunicada a los proveedores de transportes, es conveniente garantizar el tratamiento de datos.

Sara Barreiro Lázare. Puntuación: 29. Categoría B. Fecha: 01.01.2023. titulación, colegiatura, etc. ok

Informe de evaluación continua no. 2. Semestre 2022. Fecha. 29.12.2022.

Comunicación interna con solicitud de información sobre desempeño de proveedores.

Respuesta 4 nuevos proveedores, ninguna reclamación. Ok

Resumen de nuevos proveedores: nutricionista, farmacia Forjan, Ibersys (mutua), servicio jurídico, etc.

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 la documentación del sistema de gestión de calidad, sin embargo, no hay cambios significativos reportados. Este año se evidencia una mejora en el 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

Gestión de riesgos y oportunidades.
 Conocimiento del personal
 Organización del centro residencial
 Organización de registros
 Estabilidad del servicio y asentamiento de los procesos.
 mejora en el abordaje de los objetivos de los usuarios.

4.5 OPORTUNIDADES DE MEJORA

Número	Proceso	Oportunidad(es) de Mejora
1	Planificación	Aunque se evidencia el seguimiento de los indicadores, sin embargo, debido a la situación actual del entorno es conveniente incluir indicadores de recursos humanos relacionados con estabilidad de plantilla, etc.
2	Mejora	Mejorar el seguimiento de los indicadores de calidad de vida de los usuarios a fin de comprobar la evolución.
3	Centro Residencial: Atención a la Demanda, Plan de desarrollo Individual, habilidades para la vida, seguimiento y salida. Ocio y Deporte	Aunque se evidencia el inventario de pertenencias de los usuarios residenciales, es conveniente comunicarlo a las familias.
4	Gestión de RRHH	aunque se evidencia una valoración de la eficacia de las acciones formativas general, es mejorable el criterio a nivel individual teniendo en cuenta el tipo de formación.

4.6 OBSERVACIONES

Número	Proceso	Cláusula
Observaciones		
1	Centro Residencial: Atención a la Demanda, Plan de desarrollo Individual, habilidades para la vida, seguimiento y salida. Ocio y Deporte	9K-8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio
Aunque se evidencian los controles de salud, es necesario dejar mejor trazabilidad en el PAI de usuarios residenciales dichos controles y aspectos relevantes a resaltar. También es importante garantizar una correcta planificación de los cambios de pañales a usuarios que lo requieran.		
2	Centro Residencial: Atención a la Demanda, Plan de desarrollo Individual, habilidades para la vida, seguimiento y salida. Ocio y Deporte	9K-8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio
Objetivo residencial: Se evidencia un objetivo genérico de bienestar físico, sin embargo, es necesario mejorar, aunque actualmente está en estudio médico.		
3	Centro Residencial: Atención a la Demanda, Plan de desarrollo Individual, habilidades para la vida, seguimiento y salida. Ocio y Deporte	9K-8.5 Producción y provisión del servicio
Se evidencian los tratamientos para estreñimiento con uso prolongado, sin prescripción médica para este usuario. Son tratamientos sin receta.		
4	Compras y gestión de proveedores	9K-8.4.3 Información para los proveedores externos
Aunque se evidencia la información comunicada a los proveedores de transportes, es conveniente garantizar el tratamiento de datos.		

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-7.1 Recursos 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-8.2 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-9.1.1 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	29/05/2023	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	29/05/2024
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