	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	Página número
			1 de 6
<p>Perez Lugín, 10 - C. P. 15011 Tfno.- 981-14 54 18 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: asociacion@aspronaga.net Web corporativa: aspronaga.net</p>	<p align="center">Código del Documento</p>	Edición	
		EST4-F-4	02

Organización auditada: **Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia "ASPRONAGA" Centro LABORAL "LAMASTELLE"**

Alcance: LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: DESARROLLO DE HABILIDADES LABORALES, PERSONALES Y SOCIALES (ATENCIÓN PSICOLÓGICA, SOCIO-FAMILIAR, LOGOPEDIA, HABILITACIÓN EN DESTRAZAS PROPIAS DE LA VIDA EN EL HOGAR, EN LA COMUNIDAD Y BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA) Y DE OCIO E INCLUSIÓN SOCIAL. LOS SERVICIOS SANITARIOS: MEDICINA Y FISIOTERAPIA GENERALES DE RESTAURACIÓN Y DE TRANSPORTE

Referencial: **UNE EN ISO 9001:2015**

Fechas: **25 de Enero**

AUDITORIA INTERNA

OBJETO
Informar sobre el grado de conformidad del sistema auditado con la Norma ISO 9001:2015, así como de los análisis de riesgos y oportunidades de mejora


EQUIPO AUDITOR	
Audidores	Aurora Lage Menéndez
	Alfredo Manuel Sousa Miguens

ORGANIZACIÓN		EMPLAZAMIENTOS	
Representante	LISA MATOS	OLEIROS	

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

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



	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	Página número
			2 de 6
<p>Perez Lugín, 10 - C. P. 15011 Tfno.- 981-14 54 18 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: asociacion@aspronaga.net Web corporativa: aspronaga.net</p>	<p align="center">Código del Documento</p>	Edición	
		EST4-F-4	02

REUNION INICIAL

DESARROLLO DE AUDITORIA

Hora inicio: 9.30	Hora terminación: 14:00
ASISTENTES	
CENTRO AUDITADO	EMPRESA ASPRONAGA
LISA MATOS	

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


PERSONAS ENTREVISTADAS
<ul style="list-style-type: none"> • Lisa Matos • Juan Fontela (Director de personas) • Cristina Díaz(psicóloga) • Ana Pier Jaspe (logopeda) • M^a José Piñeiro (responsable taller)

Este año se ha realizado la Auditoría teniendo en cuenta

El Auditor explicó el contenido del plan de trabajo en cuanto a los horarios y reuniones con los responsables de la Entidad, de forma que no se produjeran trastornos en el normal desarrollo de las actividades del centro, considerando que este año es la primera certificación de la nueva Norma ISO9001:2015, se acuerda iniciarla con los requisitos de la misma, para dar posteriormente continuidad al proceso normal de una Auditoria Interna.

También se explicó el propósito de la auditoría a realizar, consistente en los siguientes objetivos:


- Demostrar la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad con la nueva Norma ISO 9001:2015
- Identificar fortalezas del Sistema de Gestión e Calidad.
- Aportar nuevas oportunidades de mejora detectas en la propia Auditoria.

	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	<p align="center">Pagina número 3 de 6</p>
<p align="center">Perez Lugín, 10 - C. P. 15011 Tfno.- 981-14 54 18 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: asociacion@aspronaga.net Web corporativa: aspronaga.net</p>		<p align="center">Código del Documento</p>	<p align="center">Edición</p>
		<p align="center">EST4-F-4</p>	<p align="center">02</p>


CONFORMIDAD DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

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

- 4.1 Comprensión de la organización y su contexto *
- 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas *
- 4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión *
- 4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos *
- 5.1 Liderazgo y compromiso *
- 5.1.1 Generalidades *
- 5.1.2 Enfoque al cliente *
- 5.2 Política *
- 5.2.1 Establecimiento de la política de la calidad *
- 5.2.2 Comunicación de la política de la calidad *
- 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organiza... *
- 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades *
- 6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlo... *
- 6.3 Planificación de los cambios *
- 7.1 Recursos *
- 7.1.1 Generalidades *
- 7.1.2 Personas *
- 7.1.3 Infraestructura *
- 7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos *
- 7.1.5 Recursos de seguimiento y medición *
- 7.1.6 Conocimientos de la organización *
- 7.2 Competencia *
- 7.3 Toma de conciencia *
- 7.4 Comunicación *
- 7.5 Información documentada *
- 7.5.1 Generalidades *
- 7.5.2 Creación y actualización *
- 7.5.3 Control de la información documentada *
- 8.1 Planificación y control operacional *
- 8.2 Requisitos para los productos y servicios *
- 8.2.1 Comunicación con el cliente *
- 8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos ... *
- 8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y ser... *
- 8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y serv... *
- Diseño y desarrollo de los productos y servicios
- 8.3.1 Generalidades
- 8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo
- 8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo
- 8.3.4 Controles del diseño y desarrollo
- 8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo
- 8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo
- 8.4 Control de los procesos, productos y servicios sumini... *
- 8.4.1 Generalidades *
- 8.4.2 Tipo y alcance del control *
- 8.4.3 Información para los proveedores externos
- 8.5 Producción y provisión del servicio
- 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del serv... *
- 8.5.2 Identificación y trazabilidad *
- 8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedor... *
- 8.5.4 Preservación *
- 8.5.5 Actividades posteriores a la entrega *
- 8.5.6 Control de los cambios *

	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	<p align="center">Pagina número 4 de 6</p>
<p align="center">Perez Lugín, 10 - C. P. 15011 Tfno.- 981-14 54 18 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: asociacion@aspronaga.net Web corporativa: aspronaga.net</p>		<p align="center">Código del Documento</p>	<p align="center">Edición</p>
		<p align="center">EST4-F-4</p>	<p align="center">02</p>

- 8.6 Liberación de los productos y servicios *
- 8.7 Control de las salidas no conformes*
- 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación *
- 9.1.1 Generalidades *
- 9.1.2 Satisfacción del cliente *
- 9.1.3 Análisis y evaluación *
- 9.2 Auditoría interna
- 9.3 Revisión por la dirección
- 9.3.1 Generalidades
- 9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección
- 9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección
- 10.1 Generalidades *
- 10.2 No conformidades y acción correctiva *
- 10.3 Mejora continua *
- Uso del Logo *
- 4.1 Requisitos Generales*
- 4.2 Requisitos de la Documentación*
- 5.1 Compromiso de la Dirección*
- 5.2 Enfoque al cliente*
- 5.3 Política de la Calidad*
- 5.4 Planificación*
- 5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación*
- 5.6 Revisión por la Dirección
- 6.1 Provisión de recursos*
- 6.2 Recursos humanos*
- 6.3 Infraestructura*
- 6.4 Ambiente de Trabajo*
- 7.1 Planificación de la realización del producto*
- 7.2 Procesos relacionados con un cliente*
- 7.3 Diseño y Desarrollo
- 7.4 Compras*
- 7.5 Producción y Prestación del Servicio*
- 7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición*
- 8.1 Medición, análisis y mejora*
- 8.2 Seguimiento y medición*
- 8.3 Control del producto no conforme*
- 8.4 Análisis de datos*
- 8.5 Mejora*

	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	Página número
			5 de 6
<p>Perez Lugín, 10 - C. P. 15011 Tfno.- 981-14 54 18 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: asociacion@aspronaga.net Web corporativa: aspronaga.net</p>	<p align="center">Código del Documento</p>	<p align="center">Edición</p>	
			EST4-F-4

FORTALEZAS IDENTIFICADAS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD


RESUMEN AUDITORIA: Cumplimientos y buenas prácticas PUNTOS FUERTES

- 1- Destacamos la actualización de la página web en la que se recoge toda la documentación del S.G.C de los servicios, debidamente actualizada.
- 2- Claro compromiso de la alta Dirección con la Gestión de la Calidad, y en el compromiso por la mejora.
- 3- Se evidencia la Política de Calidad accesible a todos los grupos de Interés.
- 4- Orientación del Servicio hacia los clientes, teniendo como referencia las dimensiones de Calidad de Vida.
- 5- Se evidencia una correcta adaptación de la norma ISO 9001:2015 al verificar en el sistema de gestión de calidad los requisitos de la norma:
- 6- Evidencia de la DAFO como herramienta de análisis de la organización, realizándolo de forma individual cada profesional y posterior puesta en común, compartida con todos los profesionales.
- 7- Identificación de riesgos y oportunidades así como acciones para su abordaje, a través de documento claramente definido, Matriz de riesgos
- 8- Identificación de partes de interés, expectativas y necesidades.
- 9- Plan que incluye el análisis de competencias, y las herramientas necesarias para poner a disposición del personal el conocimiento que requiere.
- 10- Plan de comunicación interna y externa.
- 11- Creación de comisión de mantenimiento y mejora de infraestructuras.
- 12- Programa de prevención de caídas.
- 13- A nivel de satisfacción existe una comunicación directa, además de un análisis evidenciado de los resultados con los grupos de interés como el de las familias, Usuarios,...
- 14- Se seleccionan a los Usuarios A. L. G del C. Ocupacional y A.P. del Centro de Día evidenciando su Plan de Atención Individual, así como el seguimiento de las actividades que realiza, entrevistando a profesionales referentes y espacios en los que está desarrollando su actividad en ese momento, teniendo facilidad los profesionales a la hora de acceder a la información y gestionarla.
- 15- Se evidencia gestión en los turnos de comedor y registros diarios a través del croquis de mesa.
- 16- Existe una supervisión de la gestión de la medicación, por parte de los profesionales que comen con ellos diariamente.

RECOMENDACIONES QUE PROPICIEN LA MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

RESUMEN AUDITORIA: Propuestas de mejora

1. Vinculación de las dimensiones de Calidad de vida de las actividades para un análisis teniendo en cuenta esta tendencia.
2. Elaboración de unos paneles de datos en el Servicio de comedor para las personas susceptibles de problemas de disfagia, etc.
3. Mejorar la página WEB, a la hora de la gestión por parte de los profesionales, para que sea más intuitiva.
4. Evidenciar la toma de medicación del Usuario en el Servicio del comedor.

	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	Página número
			6 de 6
<p>Perez Lugín, 10 - C. P. 15011 Tfno.- 981-14 54 18 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: asociacion@aspronaga.net Web corporativa: aspronaga.net</p>	<p>Código del Documento</p>	Edición	
		EST4-F-4	02

--

Observaciones
<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración de un acta con un registro conforme se evidencia las formaciones internas que se llevan a cabo desde el Plan de comunicación. 2. Elaborar indicadores para los objetivos de Calidad.

Ref	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo	Categ.
	NO HAY	.	

Firma Auditores


Alfredo Manuel Sousa Miguens

Firma el Responsable de Calidad

Aurora Lage Menéndez

Firma del Gerente de ASPRONAGA

Firma del responsable del Servicio

	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	Página número
			1 de 7
<p>Perez Lugín, 10 - C. P. 15011 Tfno.- 981-14 54 18 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: asociacion@aspronaga.net Web corporativa: aspronaga.net</p>	<p>Código del Documento</p>	Edición	
		EST4-F-4	02

Organización auditada: **Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia "ASPRONAGA"**
Centro "COLEGIO NTRA SRA DE LOURDES"

Alcance: SERVICIOS EDUCATIVOS DE FORMACIÓN BÁSICA Y DE FORMACIÓN PROFESIONAL COMPLEMENTARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL, INCLUYENDO SERVICIO DE TRANSPORTE Y DE COCINA Y COMEDOR, SERVICIOS SANITARIOS DE FISIOTERAPIA Y DE CUIDADOS PERSONALES, Y SERVICIOS DE TERAPIA, REHABILITACIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL (PSICOLOGÍA, TRABAJO SOCIAL, LOGOPEDIA, DEPORTE Y OCIO).

Referencial: **UNE EN ISO 9001:2015**

AUDITORIA INTERNA

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


EQUIPO AUDITOR	
Auditores	AURORA LAGE MENENDEZ M^a JESÚS GÓMEZ GÓMEZ

ORGANIZACIÓN		EMPLAZAMIENTOS	
Representante	RUBÉN	PEREZ LUGIN 10. A CORUÑA	

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

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



	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	Página número
			2 de 7
<p>Perez Lugín, 10 - C. P. 15011 Tfno.- 981-14 54 18 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: asociacion@aspronaga.net Web corporativa: aspronaga.net</p>		Código del Documento	Edición
		EST4-F-4	02

REUNION INICIAL

DESARROLLO DE AUDITORIA

Hora inicio: 10:00	Hora terminación: 14:00
ASISTENTES	
CENTRO AUDITADO	EMPRESA ASPRONAGA
RUBÉN MATEOS	
JUAN FONTENLA	

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


PERSONAS ENTREVISTADAS

- Rubén Mateos. Director.
- Patricia Freire: Profesora de Educación Especial.
- Esther Tarela. Profesora Educación Especial.
- Ana M^a Pérez Martínez: Fisioterapeuta.
- Jacobo Cancelo: Auxiliar Técnico Educativo.
- Carlos Alonso Piñeiro: Auxiliar Técnico Educativo.

El equipo auditor entregó una planificación de la auditoría al director del centro con quien mantuvo una reunión inicial para conocer el centro y los cambios relevantes del SGC.


Los objetivos de la auditoria son verificar la eficacia del Sistema de Gestión auditado en relación a la norma ISO 9001:2015, así como su adaptación a dicha nueva norma. En función de los resultados se darán recomendaciones que propicien la mejora del SGC y, si se detectan, de levantar No Conformidades del sistema.

Posteriormente se mantuvieron reuniones con diversos profesionales arriba mencionados.

	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	<p align="center">Pagina número 3 de 7</p>
<p>Perez Lugín, 10 - C. P. 15011 Tfno.- 981-14 54 18 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: asociacion@aspronaga.net Web corporativa: aspronaga.net</p>	<p align="center">Código del Documento</p>	<p align="center">Edición</p>	
	<p align="center">EST4-F-4</p>	<p align="center">02</p>	

Impresión general de los
 Auditores:


El Colegio Nuestra Sra. de Lourdes destaca por su gran capacidad de Innovación a través de los diferentes proyectos educativos que año tras año se ponen en marcha en sus programaciones anuales. Consiguiendo de esta manera mantenerse en vanguardia con los nuevos y diversos métodos educativos y al mismo tiempo atendiendo al desarrollo integral de sus alumnos, familias y profesionales los cuales destacan por su gran implicación y autonomía.

	ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	INFORME DE AUDITORIA	Página número 4 de 7
			Código del Documento EST4-F-4
Perez Lugín, 10 - C. P. 15011 Tfno.- 981-14 54 18 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: asociacion@aspronaga.net Web corporativa: aspronaga.net			

CONFORMIDAD DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

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

Requisitos del Sistema	Conforme	No Conforme
4.1 Comprensión de la organización y de su contexto.	X	
4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.	X	
4.3 Determinación del alcance del SGC.	X	
4.4. Sistema de gestión de calidad y sus procesos.	X	
5.1. Liderazgo y compromiso.	X	
5.2. Política.	X	
5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización.	X	
6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades.	X	
6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos.	X	
6.3 Planificación de los cambios.	X	
7.1 Recursos.	X	
7.2 Competencia.	X	
7.3. Toma de conciencia.	x	
7.4. Comunicación.	X	
7.5 Información documentada.	X	
8.1 Planificación y control operacional.	X	
8.2 Requisitos para los productos y servicios.	X	
8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios.	X	
8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente.	X	
8.5 Producción y provisión del servicio.	X	


	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	Página número
			5 de 7
<p>Perez Lugín, 10 - C. P. 15011 Tfno.- 981-14 54 18 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: asociacion@aspronaga.net Web corporativa: aspronaga.net</p>	<p align="center">Código del Documento</p>	Edición	
		EST4-F-4	02

8.6. Liberación de os productos y servicios.	X	
8.7. Control de las salidas no conformes.	X	
9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación.	X	
9.2 Auditoría interna.	X	
9.3. Revisión por la dirección.	X	
10.1 Generalidades.	X	
10.2. No conformidad y acción correctiva.	X	
10.3. Mejora continua.	X	

FORTALEZAS IDENTIFICADAS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

RESUMEN AUDITORIA: Cumplimientos y buenas prácticas PUNTOS FUERTES


- 1- Se constata un gran compromiso de la entidad en implantar la utilización del sistema XADE de la Xunta de Galicia incluido en su Plan de Actuación 2018 con el fin de que los expedientes académicos del alumnado sean reconocidos como oficiales. Esto implicó que todo el claustro haya tenido que realizar una acción formativa en la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE).
- 2- Empleo de la aplicación online "Programame" (www.recursoseducativos.net) donde se vuelca toda la programación y adaptaciones curriculares del alumno/a.
- 3- Utilización de la plataforma de comunicación "Lourdes Virtual" donde se comparte toda la documentación del centro en tiempo real: asistencia del alumnado, menú del comedor, valoración de salidas a la comunidad, actas de claustro, carpeta de calidad,...
- 4- Se aprecia gran compromiso con el proceso de calidad por parte del equipo y un gran interés por el trabajo derivado de la aplicación de todos los procesos (programaciones individuales, informes de seguimiento,...)
- 5- Gran compromiso hacia la mejora continua, a través de la inmersión en diferentes proyectos en auge de innovación pedagógica con el objetivo de mejorar el aprendizaje de los alumnos, tales como organizar talleres para manejar drones, impresoras 3D,...

	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	<p align="center">Pagina número 6 de 7</p>
<p>Perez Lugín, 10 - C. P. 15011 Tfno.- 981-14 54 18 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: asociacion@aspronaga.net Web corporativa: aspronaga.net</p>	<p align="center">Código del Documento</p>	<p align="center">Edición</p>	
	<p align="center">EST4-F-4</p>	<p align="center">02</p>	

- 6- El Portal de Calidad de ASPRONAGA que permite que cualquier parte interesada pueda consultar la documentación relativa al SGC.
- 7- La entidad tiene identificados una matriz de riesgos y oportunidades, en la que se evalúa la magnitud del riesgo y se abordan acciones para su tratamiento.
- 8- Gran abanico de actividades de carácter inclusivo en colaboración con otros Centros Educativos (Programa Cultura Accesible e Inclusiva con el IES Menéndez Pidal).
- 9- El desarrollo de talleres de robótica y la participación de Erasmus+ son actividades muy interesantes. Además, se aprovechan los recursos del entorno para mostrar su trabajo como la participación en la Feria OSHWDEM para explicar el funcionamiento con las impresoras 3D.

RECOMENDACIONES QUE PROPICIEN LA MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

RESUMEN AUDITORIA: Propuestas de mejora
<ol style="list-style-type: none"> 1. El objetivo de implantar el sistema de Calidad Plena se ha suspendido su ejecución puesto que están a la espera de la publicación del nuevo modelo de calidad de Plena Inclusión. Dicho modelo estaba previsto que se diera difusión a mediados de 2017, no obstante a principios de 2018 todavía no se ha finalizado. Se recomienda iniciar el proceso de autoevaluación con el modelo de calidad actual puesto que no hay cambios significativos y sería una importante oportunidad de mejora. 2. La Dirección no ha diseñado un Plan Anual de Mantenimiento con las mejoras previstas recogido como oportunidad de mejora en la auditoría externa de AENOR. En el Plan de Acción se recoge una partida de 15.250 €, no obstante no se ha creado un plan para adecuar las instalaciones a las necesidades de accesibilidad de los alumnos/as (escaleras interiores del edificio principal). 3. La entidad tiene correctamente identificadas las necesidades y expectativas de las partes interesadas en cada uno de los procesos de la entidad. No obstante, para evitar la modificación anual de los procesos por la actualización de dichos requisitos pertinentes de las partes interesadas, se recomienda que se recojan en otro documento fuera de los procesos.

	ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	INFORME DE AUDITORIA	Página número 7 de 7
			Pérez Lugín, 10 - C. P. 15011 Tfno.- 981-14 54 18 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: asociacion@aspronaga.net Web corporativa: aspronaga.net

4. Identificar el proceso de comedor como de apoyo en vez de esencial. La entidad ya tiene previsto acometer esta mejora cuando modifique su mapa de procesos.

Observaciones

Actividades que no tienen la gravedad o la reiteración necesaria como para darles el rango de no conformidad, pero que preocupan al auditor por que puedan dar lugar a no conformidades con el tiempo. Representan áreas que cumplen pero que pueden caer en el no cumplimiento si las cosas continúan como están. Bordean la frontera del no cumplimiento y en las que las actividades pueden cumplir al mínimo con los requisitos.

- Se observa que el último informe de auditoría externa realizado por AENOR fue realizado los días 28, 29 y 30 de noviembre de 2016 en el que consta que la fecha de expiración del actual certificado es el 14 de diciembre de 2017. Se recomienda en lo sucesivo realizar dicha auditoría externa en el plazo estimado.
- La entidad tiene previsto utilizar el sistema XADE (Xestión Administrativa da Educación) de la Xunta de Galicia con el fin que los expedientes académicos de los alumnos sean reconocidos como oficiales. Esto implica acometer importantes cambios en su Mapa de Procesos, así como en cada uno de los mismos. Las adaptaciones curriculares individuales tienen previsto aprobarse en mayo de 2018 y a partir del curso 2018/2019 se pondrá en marcha el programa por competencias.

Ref	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo.	Categ.


Firma Auditores:

Firma del Gerente de ASPRONAGA

M^a Jesús Gómez Gómez
Aurora Lage Menéndez

Firma el Responsable de Calidad

Firma del responsable del Servicio

	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	<p align="center">Pagina número 1 de 6</p>
	<p>Perez Lugín, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org</p>	<p align="center">Código del Documento EST4-F-4</p>	<p align="center">Edición 02</p>

Organización auditada: **Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia "ASPRONAGA"**
Centro "RICADO BARO"

Alcance: LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS RESIDENCIAL DE ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA A PERSOAS CON DISCAPACIDADE INTELECTUAL GRAVEMENTE AFECTADAS, INCLUINDO: SERVICIO RESIDENCIAL (ALOXAMENTO, RESTAURACIÓN E LAVANDERIA), SERVICIOS SANITARIOS E ATENCION BASICA (MEDICINA, ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA, E CUIDADOS PERSOALES), E SERVICIOS DE TERAPIA, REHABILITACIÓN E INCLUSION SOCIAL (PSICOLOXIA, TRABALLO SOCIAL E EDUCACIÓN SOCIAL).

Referencial: **UNE EN ISO 9001:2015**

Fechas: **25 de Enero del 2017**

AUDITORIA INTERNA

OBJETO
Informar sobre el grado de conformidad del sistema auditado con la Norma ISO 9001:2015, así como de los análisis de riesgos y oportunidades de mejora


EQUIPO AUDITOR	
Auditores	ALFREDO MANUEL SOUSA MIGUENS
	AURORA LAGE MENÉNDEZ

ORGANIZACIÓN	EMPLAZAMIENTOS
Representante	Lamastelle – Oleiros (A Coruña)
Antonio Naya	

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

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



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


REUNION INICIAL

DESARROLLO DE AUDITORIA

Hora inicio: 14H.	Hora terminación: 19:00
ASISTENTES	
CENTRO AUDITADO	EMPRESA ASPRONAGA
Antonio Naya Sancho	

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


PERSONAS ENTREVISTADAS
<ul style="list-style-type: none"> • Antonio Naya, Director • Juan Fontela. Director de Personas. • Lara R.G, Psicóloga. • Sandra Suárez Cuidadora. • Verónica Pujeiro Recouso-Fisioterapeuta • Conchi y Manolo padres. • Loli Vázquez-cuidadora • Lucia Montalvo- cuidadora/ocio • Concepción Lorenzo, Trabajadora Social. • Mª José Muñoz, Médico.
<p>En este informe no se reflejan las evidencias de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 de los procesos en el que es propietario el Responsable de Calidad, y que evidencia una buena adaptación del Sistema a la nueva Norma, pues ya han sido recogidos en la primera parte de la mañana en la Auditoría realizada en Lamastelle. Continuando con la Auditoria en el Ricardo Barón, se han obtenido evidencias en base a un muestreo de las actividades, de los siguientes usuarios: A.D.S, N.E.M Y R.S cada uno de ellos corresponde a una sala (Naranja, verde o amarilla).</p>
<p>Los Auditores con la Dirección del Centro deciden iniciar la Auditoria para agilizar tiempos, en la hora de la comida, se consensua el contenido del plan de trabajo en cuanto a los horarios y reuniones con los responsables de la Entidad, de forma que no se produjeran trastornos en el normal desarrollo de las actividades del centro, considerando que este año es la primera certificación de la nueva Norma ISO9001:2015.</p> <p>También se explicó el propósito de la auditoría a realizar, consistente en los siguientes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demostrar la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad con la nueva Norma ISO 9001:2015 • Identificar fortalezas del Sistema de Gestión e Calidad. • Aportar nuevas oportunidades de mejora detectas en la propia Auditoria.

	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	<p align="center">Pagina número 3 de 6</p>
<p>Perez Lugín, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org</p>		<p align="center">Código del Documento EST4-F-4</p>	<p align="center">Edición 02</p>


CONFORMIDAD DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

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

- 4.1 Comprensión de la organización y su contexto *
- 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas *
- 4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión *
- 4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos *
- 5.1 Liderazgo y compromiso *
- 5.1.1 Generalidades *
- 5.1.2 Enfoque al cliente *
- 5.2 Política *
- 5.2.1 Establecimiento de la política de la calidad *
- 5.2.2 Comunicación de la política de la calidad *
- 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organiza... *
- 6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades *
- 6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlo... *
- 6.3 Planificación de los cambios *
- 7.1 Recursos *
- 7.1.1 Generalidades *
- 7.1.2 Personas *
- 7.1.3 Infraestructura *
- 7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos *
- 7.1.5 Recursos de seguimiento y medición *
- 7.1.6 Conocimientos de la organización *
- 7.2 Competencia *
- 7.3 Toma de conciencia *
- 7.4 Comunicación *
- 7.5 Información documentada *
- 7.5.1 Generalidades *
- 7.5.2 Creación y actualización *
- 7.5.3 Control de la información documentada *
- 8.1 Planificación y control operacional *
- 8.2 Requisitos para los productos y servicios *
- 8.2.1 Comunicación con el cliente *
- 8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos ... *
- 8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y ser... *
- 8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y serv... *
- Diseño y desarrollo de los productos y servicios
- 8.3.1 Generalidades
- 8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo
- 8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo
- 8.3.4 Controles del diseño y desarrollo
- 8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo
- 8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo
- 8.4 Control de los procesos, productos y servicios sumini... *
- 8.4.1 Generalidades *
- 8.4.2 Tipo y alcance del control *
- 8.4.3 Información para los proveedores externos
- 8.5 Producción y provisión del servicio
- 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del serv... *
- 8.5.2 Identificación y trazabilidad *
- 8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedore... *
- 8.5.4 Preservación *
- 8.5.5 Actividades posteriores a la entrega *
- 8.5.6 Control de los cambios *
- 8.6 Liberación de los productos y servicios *
- 8.7 Control de las salidas no conformes*


	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	<p align="center">Pagina número 4 de 6</p>
<p>Perez Lugín, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org</p>		<p align="center">Código del Documento EST4-F-4</p>	<p align="center">Edición 02</p>

- 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación *
- 9.1.1 Generalidades *
- 9.1.2 Satisfacción del cliente *
- 9.1.3 Análisis y evaluación *
- 9.2 Auditoría interna
- 9.3 Revisión por la dirección
- 9.3.1 Generalidades
- 9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección
- 9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección
- 10.1 Generalidades *
- 10.2 No conformidades y acción correctiva *
- 10.3 Mejora continua *
- Uso del Logo *
- 4.1 Requisitos Generales*
- 4.2 Requisitos de la Documentación*
- 5.1 Compromiso de la Dirección*
- 5.2 Enfoque al cliente*
- 5.3 Política de la Calidad*
- 5.4 Planificación*
- 5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación*
- 5.6 Revisión por la Dirección
- 6.1 Provisión de recursos*
- 6.2 Recursos humanos*
- 6.3 Infraestructura*
- 6.4 Ambiente de Trabajo*
- 7.1 Planificación de la realización del producto*
- 7.2 Procesos relacionados con un cliente*
- 7.3 Diseño y Desarrollo
- 7.4 Compras*
- 7.5 Producción y Prestación del Servicio*
- 7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición*
- 8.1 Medición, análisis y mejora*
- 8.2 Seguimiento y medición*
- 8.3 Control del producto no conforme*
- 8.4 Análisis de datos*
- 8.5 Mejora*

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

RESUMEN AUDITORIA: Cumplimientos y buenas prácticas PUNTOS FUERTES

- 1.- Los trabajadores de atención directa disponen de autonomía y tiene iniciativa propia a la hora de planificar y desarrollar actividades.
- 2.- La aportación del "Grupo Nos". Y grado de implicación de las familias.
- 3.- Clara inquietud por aparte de los profesionales, a la hora de adquirir conocimientos para el desempeño de su trabajo.
- 4.- Se evidencia objetivos del Plan de Atención individual, pero se debe generar un mayor seguimiento de los mismos en el desarrollo de las actividades.
- 5.- Existe un Comité de bienvenida, que se reúnen una vez al mes,
- 6.- Existe un buzón de sugerencia.
- 7.- Se analiza el proceso de salida y está en elaboración una revisión del mismo, dados los riesgos que tiene el Proceso, éste se consensuará con las familias, aspecto que esta tratado en la matriz de riesgo.
- 8.- Se percibe un buen clima laboral, y se tiene como pauta de Dirección la rotación de los profesionales, en la Atención directa de las personas con apoyos generalizados.

	ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	INFORME DE AUDITORIA	Página número 6 de 6
			Pérez Lugín, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org

RECOMENDACIONES QUE PROPICIEN LA MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

RESUMEN AUDITORIA: Propuestas de mejora
<p>1.- Realizar una planificación básica y permanente de los servicios como el de Psicología, de forma que los profesionales de nueva incorporación, tengan ya establecida una base de trabajo continuista, pues se observa que la psicóloga es de reciente ingreso en la Entidad y está en proceso de conocimiento de los Usuarios a la hora de gestionar los Planes de atención Individual.</p> <p>2.- Es también conveniente ampliar esta formación al resto de personal de atención directa y continuar con las sesiones formativas sobre aspectos relacionados con la fisioterapia. Como propuesta ya comentada en la Auditora del año 2016.</p> <p>3.- Se debe actualizar horarios como el de fisioterapia, pues se detecta uno con fecha del año 2017.</p>

Observaciones
<p><i>Actividades que no tienen la gravedad o la reiteración necesaria como para darles el rango de no conformidad, pero que preocupan al auditor por que puedan dar lugar a no conformidades con el tiempo. Representan áreas que cumplen pero que pueden caer en el no cumplimiento si las cosas continúan como están. Bordean la frontera del no cumplimiento y en las que las actividades pueden cumplir al mínimo con los requisitos.</i></p> <p>1.-</p>

Ref	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo	Categ.
	NO HAY	.	


Firma Auditores

Alfredo Manuel Sousa Miguens
Aurora Lage Menéndez

Firma el Responsable de Calidad

Firma del Gerente de ASPRONAGA

Firma del responsable del Servicio

	ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	INFORME DE AUDITORIA	Pagina número 1 de 7
	Perez Lugin, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 Web corporativa: aspronaga.org		Código del Documento EST4-F-4

Organización auditada: **Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia "ASPRONAGA"**
"Servicio de Ocio de ASPRONAGA"

Alcance:

La prestación del servicio de ocio lúdico, deportivo, artístico-cultural, turístico, interactivo y normalizado, para el disfrute y el desarrollo personal e inclusión social de cualquier persona con discapacidad intelectual. La gestión del voluntariado de la asociación.

Referencial: **UNE EN ISO 9001:2015**

AUDITORIA INTERNA

OBJETO	
Informar sobre el grado de conformidad del sistema auditado así como de los puntos fuertes y áreas de mejora	
EQUIPO AUDITOR	
Auditores	LUCIA BARRAL GOMEZ JUAN MENDEZ LOPEZ
Observadores	
ORGANIZACIÓN	
Representante	IAGO GRAÑA MENDUÑA
EMPLAZAMIENTOS	
Pérez Lugin. (A Coruña)	

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

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



	ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	INFORME DE AUDITORIA	Página número
			2 de 7
Perez Lugín, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 Web corporativa: aspronaga.org		Código del Documento	Edición
		EST4-F-4	02

REUNION INICIAL

Hora inicio: 10 h	Hora terminación: 14 h
ASISTENTES	
CENTRO AUDITADO	EMPRESA ASPRONAGA
Iago Graña	
Patricia Germano	

DESARROLLO DE AUDITORIA

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

El Auditor explicó el contenido del plan de trabajo en cuanto a los horarios y reuniones con los responsables de las distintas actividades de forma que no se produjeran trastornos en el normal desarrollo de las actividades del centro.

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

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

PERSONAS ENTREVISTADAS

- Iago Graña
- Patricia Germano

Se han obtenido evidencias de la auditoria en base a un muestreo de las actividades de los procesos de los siguientes usuarios:


MUESTREO GENERAL

 ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	Perez Lugín, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 Web corporativa: aspronaga.org	INFORME DE AUDITORIA	Pagina número 3 de 7
		Código del Documento EST4-F-4	Edición 02

CONFORMIDAD DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

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

REQUISITOS DEL SISTEMA		CONFORME		OBSERVACIONES
		SI	NO	
CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN				La organización NO ha evaluado su entorno contemplando las amenazas y oportunidades NI ha identificando las necesidades y expectativa de sus grupos de interés. Ha determinado el alcance y los procesos del sistema
4.1	Comprensión de la organización y su entorno		X	
4.2	Comprensión necesidades y expectativas de las partes interesadas		X	
4.3	Determinación del alcance del sistema de la calidad	X		
4.4.	Sistema de gestión de la calidad y sus proceso	X		
LIDERAZGO				
5.1	Liderazgo y compromiso	X		
5.2	Política	X		
5.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	X		
PLANIFICACIÓN				
6.1	Acciones para abortar riesgos y oportunidades	X		
6.2	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	X		
6.3	Planificación de los cambios	X		
APOYO				
7.1	Recursos	X		
7.2	Competencia	X		
7.3	Toma de conciencia	X		
7.4	Comunicación	X		
7.5	Información adecuada	X		
OPERACIÓN				
8.1	Planificación y control operacional	X		
8.2	Requisitos para la producción y servicios	X		
8.3	Diseño y desarrollo de los productos y servicios	X		
8.4	Control procesos, productos y servicios suministrados externamente	X		
8.5	Producción y provisión del servicio	X		
8.6	Liberación de los productos y servicios	X		
8.7	Control de las salidas no conformes	X		
EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO				
9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación	X		
9.2	Auditoria interna	X		
9.3	Revisión por la dirección	X		
MEJORA				
10.1	Generalidades	X		
10.2	No conformidad y acción correctiva	X		
10.3	Mejora continua	X		


	<p>ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p>INFORME DE AUDITORIA</p>	<p>Página número 4 de 7</p>
<p>Perez Lugín, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 Web corporativa: aspronaga.org</p>		<p>Código del Documento EST4-F-4</p>	<p>Edición 02</p>

FORTALEZAS IDENTIFICADAS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

RESUMEN AUDITORIA: Cumplimientos y buenas prácticas

PUNTOS FUERTES:

- **La orientación del servicio y de su SGC hacia un modelo de intervención basado en el modelo de Calidad Feaps y Discapacidades Galegas potenciando el empoderamiento de los socios hacia un Ocio inclusivo.**
- **El *Servicio de Ocio* es entendido como centro de información, formación y empoderamiento, cuya principal función es la de *mediador* y en donde se juntan personas con intereses comunes y a partir del cual se *gestionan los apoyos* necesarios para mediar con el entorno y se establecen vínculos relacionales entre los participantes y voluntarios.**
- **Adaptación pictográfica de material (ejemplo: viajes) y a lectura fácil (Ej procesos SGC).**
- **El proceso de Voluntarios con Discapacidad.**

	ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	INFORME DE AUDITORIA	Página número
			5 de 7
Perez Lugín, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 Web corporativa: aspronaga.org		Código del Documento	Edición
		EST4-F-4	02

RECOMENDACIONES QUE PROPICIEN LA MEJORA DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

RESUMEN AUDITORIA: Propuestas de mejora

- Finalizar el Reglamento de Régimen Interno en proceso de redacción.
- Potenciar la participación de las familias y buscar vías de información/formación sobre el nuevo modelo de servicio y tendencia a un ocio inclusivo.
- Terminar la planificación del proceso de información a nuevos usuarios.
- Continuar y potenciar las sinergias y colaboración con las distintas entidades públicas y privadas para poder llegar a cabo el modelo de ocio inclusivo y con tendencia a la desinstitucionalización al que aspira el servicio.
- Aprovechar sinergias dentro de la Asociación, estableciendo coordinaciones entre los diferentes centros de la misma, en cuanto a formación, uso de nuevas tecnologías que favorezcan la inclusión social y participación.
- Elaborar algún tipo de metodología a las encuestas, (ya que los usuarios se muestran reticentes) para revisar, hacer seguimiento y medir el nivel de satisfacción de las actividades realizadas.
- Potenciar el uso de las redes sociales como elemento socializador.
- Perfilar y adaptar la base de datos existente u otra adaptada a sus necesidades, con el fin de registrar las actividades y acciones realizadas en relación a los procesos del SGC.
- Buscar un perfil de voluntario acorde al modelo “compañero de ocio” vs modelo “voluntario cuidador”, en la línea que persigue el servicio.
- Partiendo del derecho de todas las personas a disfrutar de su ocio, potenciar los procedimientos y herramientas que generen los apoyos para que las personas que precisen de ellos puedan ejercer su derecho a un ocio en condiciones de igualdad. Por ejemplo el grupo “quedamos” adaptado a personas con diferentes necesidades de apoyo.

 ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual	Perez Lugín, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 Web corporativa: aspronaga.org	INFORME DE AUDITORIA	Pagina número 6 de 7
		Código del Documento EST4-F-4	Edición 02

Observaciones
<p>- <i>Actividades que no tienen la gravedad o la reiteración necesaria como para darles el rango de no conformidad, pero que preocupan al auditor por que puedan dar lugar a no conformidades con el tiempo. Representan áreas que cumplen pero que pueden caer en el no cumplimiento si las cosas continua como están. Bordean la frontera del no cumplimiento y en las que las actividades pueden cumplir al mínimo con los requisitos.</i></p> <p>En relación a los nuevos procesos del SGC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se observa que en los procedimientos no se realiza una <i>descripción</i> y desarrollo de las actividades, en auditoría se determina que estos son necesarios, aunque se redacten de forma sencilla, sin encorsetar las actuaciones. • Se observa que las entradas y salidas de los productos, responsabilidades y recursos no están identificadas en los procesos. • El plan de apoyos personal no se usa, se recomienda buscar algún tipo de documento o plan sobre todo para aquellos usuarios con mayores necesidades de apoyo. • Adaptar la identificación de los nuevos procesos y justificar sus interacciones a lectura fácil o entendibles para los principales destinatarios del servicio • Los indicadores de los procesos son poco ambiciosos, medidos en resultados del servicio se evidencia que las metas pueden ser más altas, dada la cantidad de acciones que realizan al respecto. • Valorar el proceso de empoderamiento como una línea transversal a todos los procesos más que un proceso en sí mismo, dada la duplicidad que observamos en cuanto a los procedimientos OCI1 y OCI 2 (Empoderamiento y gestión de apoyos). <p>En relación a la Gestión del Conocimiento y Apoyos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar con personal cualificado para el desarrollo de las actividades de ocio. • Realizar como entidad reconocida cursos de formación voluntariado atendiendo al nuevo modelo de servicio.

Ref	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo	Categ.
1ª	<p><u>COMPRESIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y SU ENTORNO</u> El servicio no identifica los requisitos de los clientes, sus necesidades y expectativas. Se requiere la identificación de las necesidades y expectativas de los socios para los distintos tipos de ocio determinados por el servicio (específico, mixto, mediación e Inclusivo) influyendo directamente en las planificaciones y procesos del servicio, queremos incidir en este nuevo requerimiento de la norma sobre todo ante el nuevo enfoque y modelo de Servicio de Ocio en el cual los principales agentes son los socios y el entorno.</p>	4.1	MENOR
2ª	<p><u>COMPRESIÓN NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A fecha de auditoría, no se ha realizado un DAFO o similar, con el fin de identificar y analizar factores tanto internos como externos, que pueden generar o generen riesgos y oportunidades. - No se identifican riesgos y oportunidades en la mayoría de los procesos clave (pendientes de realizar DAFO) a excepción del OCI05. 	4.2	MENOR


	<p>ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p>INFORME DE AUDITORIA</p>	<p>Página número 7 de 7</p>
<p>Perez Lugín, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 Web corporativa: aspronaga.org</p>		<p>Código del Documento EST4-F-4</p>	<p>Edición 02</p>

Firma Auditores

Firma del Gerente de ASPRONAGA

Firma auditores observadores

Firma del responsable del Servicio

	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	<p align="center">Pagina número 1 de 6</p>
	<p>Perez Lugín, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org</p>	<p align="center">Código del Documento EST4-F-4</p>	<p align="center">Edición 02</p>

Organización auditada: **Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual de Galicia "ASPRONAGA"**

Servicio de **RESIDENCIAS** de **ASPRONAGA**

Referencial: **UNE EN ISO 9001:2015**

Fechas: **25 de enero de 2018**


AUDITORIA INTERNA

OBJETO	
Informar sobre el grado de conformidad del sistema auditado así como de los puntos fuertes y áreas de mejora	
EQUIPO AUDITOR	
Auditores	Rubén Mateos López Patricia Álvarez Agilda
ORGANIZACIÓN	
Representante	Antonio Naya
EMPLAZAMIENTOS	
Lamastelle-Oleiros y Pla y Cancela (A Coruña)	

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

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



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

REUNION INICIAL

DESARROLLO DE AUDITORIA

Hora inicio: 10:00	Hora terminación: 14:30
ASISTENTES	
CENTRO AUDITADO	EMPRESA ASPRONAGA
Fernanda Pérez	


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

PERSONAS ENTREVISTADAS
<ul style="list-style-type: none"> • Fernanda Pérez • Sandra Espada • Rosario Rodriguez • Cristina García • Nerea Díez

El Auditor explicó el contenido del plan de trabajo en cuanto a los horarios y reuniones con los responsables de las distintas actividades de forma que no se produjeran trastornos en el normal desarrollo de las actividades del centro.

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

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


	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	Pagina número 3 de 6
Perez Lugín, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org		Código del Documento EST4-F-4	Edición 02

Impresión general de los Auditores:

Ambos auditores visitábamos por primera vez este servicio de la Asociación. La impresión general fue muy buena. Destacamos la implicación y calidez en el trato de los profesionales hacia los usuarios.


Constatamos que es un servicio que tiene mucha interdependencia del Centro Ocupacional y que el contacto es continuo. Destacamos la coordinación entre la trabajadora social y la coordinadora del servicio y el manejo de información conjunto de los usuarios. Nos parece fundamental este canal de información conjunta al compartir registros y toma de decisiones sobre los PI.

Sólo estuvimos, por disponibilidad horaria, en la residencia de Lamastelle, aunque hablamos ampliamente de las residencias de Pla y Cancela. Los horarios también condicionaron el número de personas auditadas. Pero esto no fue obstáculo para hacernos una idea global de la dinámica del servicio. Es verdad, que el número de entrevistas se vio condicionado al ser un servicio que trabaja fundamentalmente por la tarde.

	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	<p align="center">Pagina número 4 de 6</p>
<p>Perez Lugín, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org</p>		<p align="center">Código del Documento EST4-F-4</p>	<p align="center">Edición 02</p>

CONFORMIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
El SGC muestra conformidad con los requisitos establecidos en la norma de referencia

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

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

FORTALEZAS IDENTIFICADAS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD


RESUMEN AUDITORIA: Cumplimientos y buenas prácticas PUNTOS FUERTES

- 1.- El trato cercano del personal hacia el usuario.
- 2.- La implicación del personal en la dinámica general del trabajo, más allá de las competencias de un puesto de trabajo concreto, atendiendo todas las necesidades que pueden surgir.
- 3.- Las facilidades que se dan a las familias para poder visitar a sus familiares.
- 4.- El intento de adaptar la oferta a las propuestas recogidas de los usuarios en las reuniones de convivencia.
- 5.- Las adaptaciones de la documentación del sistema a la nueva norma ISO 9001/2015.

RECOMENDACIONES QUE PROPICIEN LA MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

RESUMEN AUDITORIA: Propuestas de mejora

- 1.- Formulación de los riesgos de la Matriz Realizada con un enfoque más preventivo. Algunos podrían confundirse con las debilidades en DAFO.
- 2.- Buscar el equilibrio entre las necesidades de actividad extralaboral y las necesidades de descanso de los usuarios, dada las características de los mismos (adaptación a su edad, cada vez mayor, horarios de actividad diaria en centro Ocupacional, actividades de rehabilitación)
- 3.- Mejora de ratios de profesionales/usuarios teniendo en cuenta que el envejecimiento de los usuarios/as, lo que aumenta sus necesidades de apoyo.
- 4.- Contar con técnicos para poder seguir desarrollando el P.I. Sin ellos las dificultades de llevarlos a cabo aumentan.
- 5.- Seguir promoviendo, pese a las dificultades, en la medida de lo posible, la participación de los usuarios/as en las tareas domésticas en la residencia.
- 6.- Pese a haber adecuado los indicadores, se deberían eliminar/redefinir los que no aportan valor.

	<p align="center">ASPRONAGA Servicios de atención a Personas con Discapacidad Intelectual</p>	<p align="center">INFORME DE AUDITORIA</p>	<p align="center">Pagina número 6 de 6</p>
<p>Perez Lugín, 10 C. P. 15011 Tfno.- 981-61.08.50 / Fax.- 981-63.13.93 e-mai: calidad-crb@aspronaga.org Web corporativa: aspronaga.org</p>		<p align="center">Código del Documento EST4-F-4</p>	<p align="center">Edición 02</p>

Observaciones
<p><i>Actividades que no tienen la gravedad o la reiteración necesaria como para darles el rango de no conformidad, pero que preocupan al auditor por que puedan dar lugar a no conformidades con el tiempo. Representan áreas que cumplen pero que pueden caer en el no cumplimiento si las cosas continua como están. Bordean la frontera del no cumplimiento y en las que las actividades pueden cumplir al mínimo con los requisitos.</i></p> <p>1.- El mantenimiento de las instalaciones (Pla y Cancela y “casita”). 2.- Falta de personal en Pla y Cancela en fin de semana. 3.- Realización del simulacro de evacuación pendiente.</p>

Ref	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo	Categ.
	NO HAY		

Firma Auditores

Firma del Gerente de ASPRONAGA

Firma Responsable de Calidad

Firma del responsable del Servicio