

ASOCIACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE IBIZA Y FORMENTERA (AEMIF)

Informe de Auditoría

Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN: 2017/0047/ER/01 NORMA DE APLICACIÓN: UNE-EN ISO 9001:2015	Nº INFORME: 6 Auditoría: Individual <input checked="" type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Integrada <input type="checkbox"/> Requiere envío de Acciones Correctivas: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO DE AUDITORÍA: 1ª Seguimiento
---	---	--

Fecha de realización de la Auditoría: 2021-02-03

DATOS GENERALES

A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la Organización	ASOCIACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE IBIZA Y FORMENTERA (AEMIF)
Dirección	CL AUBARCA 22, LOCAL 3. 07800 - IBIZA (ISLAS BALEARES)
Representante de la Organización (nombre y cargo)	D./Dña. ISMAEL VARGAS (PRESIDENTE)

B. EQUIPO AUDITOR

Función	Nombre	Iniciales
Auditor Jefe	D. JOSE MIGUEL PEREZ SEGURA	JMPS

C. CRITERIOS DE AUDITORÍA

El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:

- Requisitos de la/s norma/s de sistema de gestión de referencia
- Los procesos definidos y la documentación del sistema de gestión desarrollada por el cliente
- Los requisitos legales y reglamentarios aplicables

D. USO DE TÉCNICAS DE AUDITORÍA EN REMOTO

Si durante la auditoría se utilizan técnicas de auditoría en remoto en alguna medida, cumplimentar la siguiente tabla: Se ha realizado la auditoría de manera presencial conforme al plan establecido.

Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)	Herramientas y descripción
Herramienta(s) a utilizar	
Plataforma(s) IT del cliente	

Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Descripción (cuando proceda)
Revisión documental (no en tiempo real) (ej., revisión de documentos en web)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Videollamada (WebEx)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Captura de Pantallas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Video en tiempo real o no real	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Grabación de video	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Intercambio de fotografías	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
COMENTARIOS:		

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Cuestiones generales para todos los Sistemas de Gestión

Confirmación de la realización de la auditoría

El presente informe recoge las conclusiones de la auditoría del sistema gestión de la ASOCIACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE IBIZA Y FORMENTERA (AEMIF). A efectos de certificación, se ha realizado la auditoría de primer seguimiento de la Norma UNE-EN ISO 9001:2015.

Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado

La prestación de:

- Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP)
- Servicio de Centro de Día

¿Es adecuado el alcance del certificado? SI NO Indicar si se han producido cambios o modificaciones, desde la anterior auditoría:

Se propone un cambio en el alcance para redefinir los servicios prestados, pasando la parte de atención social a denominarse SERVICIO DE CENTRO DE DÍA. El cual se ha concertado este servicio con el Consell de Ibiza. Resolución del Consell de Ibiza por la que se autoriza el servicio de centro de día para personas con discapacidad física (15 plazas) 16/07/2020

Alcance de la auditoría:

¿Se han auditado todas las actividades incluidas en el alcance del certificado (sólo para auditorías de seguimiento)?

SI NO En caso negativo incluir descripción del muestreo realizado (actividades, proyectos, líneas de producto, tipos de servicio, emplazamientos temporales, etc.)

Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión

Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión:

b.1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados

El presente informe recoge las conclusiones de la auditoría del sistema gestión de la ASOCIACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE IBIZA Y FORMENTERA (AEMIF). A efectos de certificación, se ha realizado la auditoría de primer seguimiento de la Norma UNE-EN ISO 9001:2015.

En este sentido, durante la auditoría se ha podido comprobar el adecuado mantenimiento del sistema de gestión y el cumplimiento con los requisitos de la Norma de referencia, así como el resto de los requisitos de auditoría, a excepción de lo recogido en el apartado de observaciones y no conformidades del presente informe.

Se propone un cambio en el alcance para redefinir los servicios prestados, pasando la parte de atención social a denominarse SERVICIO DE CENTRO DE DÍA. El cual se ha concertado este servicio con el Consell de Ibiza. Resolución del Consell de Ibiza por la que se autoriza el servicio de centro de día para personas con discapacidad física (15 plazas) 16/07/2020.

b.2. Auditoría interna y el proceso de revisión del sistema por la Dirección

En cuanto al proceso de auditoría interna:

Se ha realizado la auditoría interna con fecha de 25/01/2021 La sistemática de auditorías internas se define en el Procedimiento Auditoría Interna P-9.2/01 Rev. 01. El procedimiento establece una auditoría por procesos, así mismo, se establece la capacitación y experiencia mínima de auditor interno (conocimiento de las Normas) y se establece una sistemática que permite la imparcialidad del equipo auditor, ya que las auditorías son realizadas de forma cruzada entre los responsables de calidad de otras entidades. En la misma se identifican tres no conformidades que han sido correctamente tratadas.

En cuanto al proceso de Revisión del sistema por la Dirección:

Se ha realizado el informe de revisión por la Dirección 15/01/2021 contemplando los elementos de entrada especificados en la norma de referencia.

Cambios significativos con respecto a la anterior visita y su impacto en el Sistema de Gestión

Se propone un cambio en el alcance para redefinir los servicios prestados, pasando la parte de atención social a denominarse SERVICIO DE CENTRO DE DÍA. El cual se ha concertado este servicio con el Consell de Ibiza. Resolución del Consell de Ibiza por la que se autoriza el servicio de centro de día para personas con discapacidad física (15 plazas) 16/07/2020.

Confirmación sobre el cumplimiento de los objetivos de auditoría

Los objetivos de la auditoría son:

Determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización / empresa auditada, o partes de dicho sistema, con los criterios de auditoría.

Determinar su capacidad para asegurar que la organización cumple con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables (teniendo siempre presente que una auditoría de certificación de un sistema de gestión no es una auditoría de cumplimiento legal).

Determinar la eficacia del sistema de gestión, para asegurar que el cliente puede tener expectativas razonables en relación al cumplimiento de los objetivos especificados; y cuando corresponda, identificar posibles áreas de mejora.

Como objetivo específico se ha incorporado la redefinición del alcance y su correcta integración en el sistema de gestión, siendo conforme.

¿Se han cumplido los objetivos de la auditoría? SI NO

Se indicará si se ha producido cualquier situación durante la auditoría que haya afectado a la consecución de sus objetivos (imposibilidad de evaluar una actividad, centro, requisito...), así como cualquier cuestión significativa que afecte al programa de auditoría y/o al Plan de auditoría, incluyendo las causas que las han generado.

¿Qué cuestiones han quedado por resolver a la finalización de esta auditoría?

No se han producido.

Cuestiones para Sistema de Gestión adaptados a la Estructura de Alto Nivel

f.1. Comprensión del contexto de la organización

La organización utiliza la herramienta DAFO para realizar el ejercicio de comprensión del contexto de la organización. Este DAFO se ha realizado por Dirección junto con equipo de profesionales de la organización, ha sido revisado para el año 2021, y del mismo se desprenden acciones y objetivos para los riesgos y oportunidades detectadas. Así mismo ha identificado a las partes interesadas usuarios, socios, profesionales (trabajadores), administración pública, GRUPO DISCARED y Proveedores. En la Revisión por la Dirección se define la retroalimentación y requisitos de las mismas.

f.2. Enfoque a riesgos y oportunidades
La organización ha identificado Riesgos y Oportunidades mediante un ejercicio DAFO realizado por Dirección junto con equipo de profesionales de la organización, ha sido revisado para el año 2021.
f.3.Liderazgo
El liderazgo y el compromiso de la alta dirección se demuestran mediante el análisis de contexto y la generación de objetivos, así como en la mejora de los procesos, las reuniones periódicas y en la revisión del sistema en la que participa la Dirección y la Junta Directiva.
Otras consideraciones del equipo auditor
Se está en proceso de incorporar IXIS como sistema informático de control de usuarios, lo que puede ayudar a facilitar el seguimiento de los indicadores y el control sobre los usuarios.
Puntos fuertes
<ul style="list-style-type: none"> • Se está en proceso de implantación de ixis (sistema de control informático para los usuarios). • Los buenos resultados de satisfacción, tanto de usuarios como a nivel interno, teniendo en cuenta la situación de pandemia actual y la actualización del servicio con la inclusión del centro de día • El control de quejas, sugerencias y agradecimiento para 2020, siendo todas ellas agradecimientos y solo una sugerencia. • Los cambios que se están llevando a cabo para las reestructuraciones de los diferentes procesos de la organización, es especial el que hace referencia a la Junta Directiva y su participación.
Oportunidades de mejora
<ul style="list-style-type: none"> • En el informe de revisión por la dirección, para la valoración de la satisfacción, realizar la valoración en comparativos anuales, para poder ver la evolución de los resultados. • Sería conveniente establecer una matriz de competencias para la búsqueda de necesidades formativas del personal. • Realizar el seguimiento de indicadores en un formato que permite el comparativo con otros años de manera ágil e intentar aumentar el número de indicadores de control con los datos que se tienen en la organización.

Nº	Observaciones	Norma/s
1	Puntualmente, hay acciones concretas derivadas del análisis de contexto mediante el DAFO, para las que no se ha documentado el seguimiento, si bien se evidencian tratadas, como es el caso del cambio de nombre de la entidad y la participación de la junta directiva.	9001
2	Para una trabajadora, de manera puntual no presenta formación específica en el ámbito de la neurorrehabilitación en todos sus niveles, tal como se indica en la ficha del trabajador (R1-7.2/01-A) del puesto de fisioterapia.	9001
3	Respecto a la formación en suelo pélvico realizada el 19/12/2020 por AL, de manera puntual, el cuestionario de la actividad formativa, no	9001

	recoge ningún comentario acerca de la eficacia de la formación, si bien se indica que ha sido eficaz.	
--	---	--

Documentos adjuntos al informe de auditoría:

- Matriz de actividades de auditoría
- Hoja de Datos
- Otros:

ANEXO

Cuestiones particulares del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001

a. ISO 9001 (Sistemas de Gestión de Calidad)

i. Información sobre satisfacción de Cliente

En el procedimiento P-9.1/02 Rev. 02 Satisfacción del cliente, se establece la sistemática para llevar a cabo una valoración de la percepción de la satisfacción del usuario/familia a través del método directo (realización de encuestas) y a través de métodos indirectos como la valoración de comentarios de manera anual.

En el procedimiento se establece un mínimo de un 60% de participación para que sea representativo. En el año 2020, para los usuarios se ha obtenido una participación de 52 de un total de 78 usuarios, 68% de participación. El resultado de satisfacción global de AEMID es de un 86% con puntuación máxima.

ii. Enfoque a procesos

La organización ha determinado la interacción entre los diferentes procesos en el «mapa de procesos», que ha sido revisado para incluir el centro de día (13/08/2020). Para los procesos operativos se han definido los indicadores, también para algunos procesos de apoyo.

Información específica del sistema de gestión a adjuntar al informe, cuando aplique:

- Listado de proyectos
- Listado de obras y/o servicios
- Listado completo de centros temporales
- Otros:

ANEXO - MATRIZ ACTIVIDADES DE AUDITORÍA

UNE-EN ISO 9001:2015					4.1- 4.2 Comprensión del contexto. Partes interesadas	4.3 -4.4 Determinación alcance. SGC y sus procesos	5 Liderazgo	6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	6.3 Planificación de los cambios	7.1 Recursos	7.2 - 7.3 Competencia y toma de conciencia	7.4 - 7.5 Comunicación e Información documentada	8.1 Planificación y control operacional	8.2 Requisitos para los productos y servicios	8.3 Diseño y desarrollo de productos y servicios	8.4 Control proc., prod. y serv. suministrados externamente	8.5 Producción y provisión del servicio	8.6 Liberación de los productos y servicios	8.7 Control de las salidas no conformes	9.1.1-9.1.3 Seguimiento, medición, análisis y eval.	9.1.2 Satisfacción del cliente	9.2 Auditoría interna	9.3 Revisión por la dirección	10 No conformidad y acc. correctiva. Mejora continua		
DÍA	CENTRO	HORA	AUDITOR	PROCESO/ DEPTO/ DOCUMENTO/ ACTIVIDAD																							
3	1	08:30/ 09:00	JMPS		Reunión inicial																						
3	1	09:00/ 10:30	JMPS	ANÁLISIS CONTEXTO. GESTIÓN RIESGOS Y OPORTUNIDADES	X	X	X	X			X																
3	1	09:00/ 10:30	JMPS	DIRECCION Y OBJETIVOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X	X	X	X	X		
3	1	10:30/ 11:30	JMPS	SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL (SAIPAP)								X		X	X		X	X	X	X	X				X		
3	1	11:30/ 12:30	JMPS	SERVICIO DE CENTRO DE DÍA								X		X	X		X	X	X	X	X				X		
3	1	12:30/ 13:00	JMPS	RRHH							X	X															
3	1	13:00/ 13:30	JMPS	COMPRAS									X				X										
3	1	13:30/ 14:00	JMPS		Elaboración del informe																						
3	1	14:00/ 14:30	JMPS		Reunión final																						

CUADRO DE NO CONFORMIDADES

Ref. NC	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma 9001	Categoría N. C.
1	Para los PIA (Planes Individuales de Atención) de los usuarios MMO y ESR de centro de día y JRRT de SAIPAP, no se indica ni la fecha de elaboración ni el profesional que la elabora, tampoco la comunicación al usuario.	8.5.1	Menor
2	En contra de lo indicado en el P-8.4/01 Control de procesos, productos y servicios suministrados externamente Rev. 02, no se evidencia comunicación de los requisitos del servicio para el proveedor de catering S'Olivera (servicio de alimentación para el centro de día), tampoco se dispone de ninguna información al respecto.	8.4.3	Menor
3	No se evidencian controlados los parámetros establecidos por el proveedor de comida para el servicio de centro de día (temperatura de almacenamiento).	8.5.1	Menor

Nota 1: Para todas las NC descritas en esta tabla, será necesario que la Organización establezca y documente las acciones correctivas pertinentes.

Nota 2: Aunque puedan existir apartados / subapartados que se auditen conjuntamente (cuando así lo indique la Matriz de Actividades), las NC se asignarán al subapartado específico en el que se detectan.

DISPOSICIONES FINALES

- Las observaciones y no conformidades han sido aclaradas y entendidas.
- A la vista de los resultados de la auditoría, el Auditor Jefe realiza la siguiente propuesta sobre la certificación:

Mantenimiento.

- No obstante, los Servicios Técnicos de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. son el órgano responsable de la decisión final sobre la certificación, una vez analizados los resultados reflejados en este informe de auditoría y en el plan de acciones correctivas (cuando proceda) enviado por la organización. En consecuencia, la propuesta del equipo auditor sobre la certificación podrá ser ratificada o no.
- Teniendo en cuenta las no conformidades indicadas en este informe, si fuese necesaria la presentación del Plan de Acciones Correctivas, la Organización se compromete a enviarlo a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. (a la dirección de correo electrónico facilitada por la delegación) en 30 días naturales a partir de la fecha de emisión del informe de auditoría, con la información requerida por la *Guía para la elaboración del plan de acciones correctivas*. En caso de que el Plan de Acciones Correctivas no fuera satisfactorio, la organización dispone de un plazo de 15 días naturales para el envío de la documentación adicional que le sea requerida por AENOR INTERNACIONAL S.A.U., a partir de la fecha de recepción dicho requerimiento.
- Indicar las no conformidades del presente informe a las cuales la organización tiene intención de presentar apelación. En este caso, la organización deberá enviar a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. en el plazo de 7 días naturales, a contar desde la fecha del último día de auditoría, la justificación y evidencias documentales necesarias para su valoración por los servicios de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. Asimismo, se informa a la organización que cualquier queja o reclamación sobre la actuación de AENOR INTERNACIONAL S.A.U., estas deben ser remitidas a la siguiente dirección calidad@aenor.com
- Se indican a continuación los comentarios del equipo auditor sobre el cierre de las no conformidades detectadas en la anterior auditoría (en el caso de auditoría de renovación se revisarán todas las no conformidades del ciclo): se revisan las desviaciones indicadas en el anterior informe de auditoría siendo conforme el tratamiento.
- El Equipo Auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe y hace entrega al Representante de la Organización del Informe de Auditoría.
- Durante la auditoría se ha comprobado el uso de la marca correspondiente a la/s Norma/s auditada/s, identificándose en el presente informe cualquier desviación que pudiera haberse detectado al respecto.
- Las no conformidades pueden referirse a incumplimientos de los requisitos de la norma de referencia aplicable, o de cualquier otro requisito establecido en el Sistema de Gestión de la Organización.
- Se acuerda con la Organización, las siguientes fechas para la realización de la próxima auditoría:

Fecha próxima auditoría:	Febrero 2022
Fecha expiración del actual certificado: (no cumplimentar en Fase I / Fase II)	2023-05-03

- Comentarios si procede, sobre la planificación de la próxima auditoría (a cumplimentar por el Auditor Jefe):
- Con antelación a la realización de la próxima auditoría, se determinarán en el Plan de Auditoría los centros a visitar y la planificación de actividades prevista.
- Una vez concedida la Certificación, la organización se compromete a poner a disposición de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. durante la realización de las auditorías la documentación vigente del Sistema de Gestión.
- Para cualquier aspecto relacionado con el proceso de certificación, la organización puede dirigirse al Técnico Responsable de su Expediente (TRE). **JOSE MIGUEL PEREZ SEGURA**

En Ibiza, a 03 de febrero de 2021

ANEXO A CENTROS VISITADOS

DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)

CENTROS FIJOS

CENTRO 1: AEMIF

DIRECCIÓN: CL AUBARCA 22, LOCAL 3. 07800 - IBIZA (ISLAS BALEARES)

ACTIVIDADES DEL ALCANCE:

La prestación de:

- Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP)
- Servicio de Centro de Día

ANEXO B PROGRAMA DE AUDITORÍA

Datos Generales de la Organización y Cuestiones a considerar

Tamaño de la organización y el alcance: ver Hoja de Datos anexa.

Nº Turnos (el número de turnos y su tipología se tendrán en cuenta en programación de actividades, considerando que si se trabaja a más de 1 turno, se debe justificar si procede o no auditar todos los turnos de trabajo)

1 turno

Reflejar si ha habido alguna incidencia o cambios que deban ser tenidos en cuenta para programar las auditorías del ciclo en cuanto al nivel de eficacia del sistema de gestión, su complejidad, sus productos o procesos, resultados de auditorías previas (NC mayores o resultados insatisfactorios), quejas recibidas sobre el cliente o comunicaciones relevantes de alguna parte interesada sobre el cliente, cambios en requisitos de certificación, cambios legislativos, cambios en requisitos de acreditación u otros.

No han habido.

Tabla de Programación de actividades de auditoría del ciclo completo de certificación

	AS1 (no más allá de los 12 meses de la fecha de concesión)		AS2		AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración)	
Fecha aproximada (mes/año)	FEBRERO 2021		FEBRERO 2022		FEBRERO 2023	
ALCANCE	La prestación de: <ul style="list-style-type: none"> Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP) Servicio de Centro de Día 		La prestación de: <ul style="list-style-type: none"> Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP) Servicio de Centro de Día 		La prestación de: <ul style="list-style-type: none"> Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP) Servicio de Centro de Día 	
CENTROS	1		1		1	
NORMA						
ISO9000	4.1 4.2 5 (5.1 a 5.6) 6.3 6.4 7.1 7.2 7.3 7.5 7.6 8.1 8.2.1 8.2.2 8.2.3 8.2.4 8.3 8.4 8.5 (8.5.1, 8.5.2 y 8.5.3)		4.1 4.2 5 (5.1 a 5.6) 6.1 6.2 6.4 7.1 7.2 7.3 7.4 7.5 8.1 8.2.1 8.2.2 8.2.3 8.2.4 8.3 8.4 8.5 (8.5.1, 8.5.2 y 8.5.3)		4.1 4.2 5 (5.1 a 5.6) 6.1 6.2 6.3 6.4 7.1 7.2 7.3 7.4 7.5 7.6 8.1 8.2.1 8.2.2 8.2.3 8.2.4 8.3 8.4 8.5 (8.5.1, 8.5.2 y 8.5.3)	
PROCESOS	Planificado	Realizado	Planificado	Realizado	Planificado	Realizado
Dirección / Contexto Organización. Riesgos y Oportunidades.	X	X	X		X	
Dirección / Revisión por Dirección	X	X	X		X	
Dirección/ Planificación (objetivos)	X	X	X		X	
Sistema de Gestión	X	X	X		X	
Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP)	X	X	X		X	
Servicio de Centro de Día	X	X	X		X	

P: Programado R: Realizado

Nota 1: Se incluirán en la tabla las columnas que procedan relativas a **auditorías extraordinarias** que hayan sido necesarias realizar a lo largo del ciclo, detallando los procesos y apartados de la norma que hayan sido auditados en cada caso.

Nota 2: La descripción de los procesos se realizará atendiendo a los requisitos de cada tipo de Sistema de Gestión. La información de la Tabla debe ser trazable con los datos (procesos, centros y apartados de Norma) identificados en la Matriz. Se incluyen en cursiva y corchetes los procesos generales de la Estructura de Alto Nivel. **Estos procesos deben particularizarse para cada organización y cada tipo de Sistema de Gestión.**

Nota 3 En caso de tratarse de una transferencia el Programa deberá empezar con la auditoría del ciclo de certificación que corresponda.

ANEXO C RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	Desarrollo Auditoría	Reunión final
ISMAEL VARGAS VILLANUEVA	DIRECTOR CENTRO AEMIF	X	X	X

ANEXO HOJA DE DATOS

DATOS GENERALES		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Nombre de la Organización	ASOCIACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE IBIZA Y FORMENTERA (AEMIF)	
Factoría/Planta/Delegación		
Domicilio Social	CL AUBARCA 22, LOCAL 3, 07800 - IBIZA, (ISLAS BALEARES)	
C.I.F.	G07849730	
NACE	88.10 - 88.99 -	
Grupo (si aplica)	<GRUPO>	
Correo electrónico	<EMAIL_EMPRESA>	
Representante de la Dirección		
Nombre	D./Dña. ISMAEL VARGAS	
Cargo	PRESIDENTE	
Teléfono	971932146	
Correo electrónico	direccion@aemif.es	
Director General		
Nombre	VARGAS, ISMAEL	
Cargo	PRESIDENTE	
Contacto de Facturación		
Nombre	VARGAS, ISMAEL	
Cargo	PRESIDENTE	
Teléfono	971932146	
Correo electrónico	direccion@aemif.es	

ALCANCE DEL CERTIFICADO (añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Norma de referencia	UNE-EN ISO 9001:2015	<p>La prestación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP) ➤ Servicio de Centro de Día <p>The provision of:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Service of Total Attention and Promotion of Personal Autonomy (SAIPAP) ➤ Day Center Service
Alcance Español	La prestación del servicio de rehabilitación neurológica: atención social, fisioterapia, psicología y terapia ocupacional.	
Alcance Inglés	The neurological rehabilitation services: attention to social services, physiotherapy, psychology and occupational therapy.	
Procesos subcontratados (mencionar procesos)		
Productos/Proyectos		

CENTROS DE ACTIVIDAD Y Nº PERSONAS					Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)				
	Pers Prop	Pers Subc	Colectivo (*)	Nº		Pers Prop	Pers Subc	colectivo	Nº
Total personas implicadas en el alcance del certificado:			N.A.		Total, personas implicadas en el alcance del certificado:			ELIJA..	
Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado (añadir tantas filas como sean necesarias)	Pers Prop	Pers Subc	colectivo	Nº	Indicar posibles modificaciones en los centros (añadir tantas filas como sean necesarias)	Pers Prop	Pers Subc	colectivo	Nº
CL AUBARCA 22, LOCAL 3. 07800 - IBIZA (ISLAS BALEARES)	8	2	ELIJA..		CL AUBARCA 22, LOCAL 3. 07800 - IBIZA (ISLAS BALEARES)	11		N.A.	
			N.A.					ELIJA..	

(*)Explicación sobre colectivos:

ACTIVIDAD DE LA ORGANIZACIÓN	Colectivo	Explicación y exclusiones:
Cualquier actividad	Comerciales	
Limpieza	Limpiadores	No se incluye en este colectivo a Limpiadores especializados (por ejemplo: limpiadores de quirófanos, centrales nucleares, zonas contaminadas, etc.)
Seguridad	Personal de Seguridad	No se incluye en este colectivo, a los Servicios especiales de seguridad (por ejemplo: guardaespaldas, personal de los furgones de seguridad, instalaciones especiales, etc.).
Transporte	Conductores	
	Conductores de transportes especiales	Por ejemplo: conductores de camiones con material muy voluminoso, mercancías peligrosas, mercancías que requieran cadena de frío, transporte de pasajeros, etc.).
Sanitaria en hospitales y residencias	Celadores	No se incluye en este colectivo el personal de enfermería (enfermeros o auxiliares de enfermería)
Construcción / Actividades extractivas a cielo abierto	Peones	No se incluye en este colectivo al Personal especializado (oficiales de primera, encargados de obra, montadores de andamios, instaladores, etc.)
Call-centers y Tele-marketing	Telefonistas	No se incluye en este colectivo al Personal que realiza actividades de teleasistencia
Agraria	Recolectores	

Emplazamientos temporales	Nº Centros:		Emplazamientos temporales	Nº Centros:	
	Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):			Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):	

OTROS DATOS SOBRE EL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN				Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)			
Personal estacional	Nº Personas:		Periodo:		Personal estacional	Nº Personas:	Periodo:
Personal a tiempo parcial	Nº Personas:		Duración jornada:		Personal a tiempo parcial	Nº Personas:	Duración jornada:
Personal en turnos	Nº Personas:		Nº turnos:		Personal en turnos	Nº Personas:	Nº turnos:
Distribución personal por área				Distribución personal por área			
Dirección:		Producción:		Comercial:		Admón:	

ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL ESQUEMA AUDITADO		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Indicar los apartados de la Norma en los que se realizan exclusiones		
Reglamentación aplicable al alcance del certificado		

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL DIMENSIONAMIENTO DE LA AUDITORÍA			Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Volumen de proyectos (ISO 166002)			
Superficie (m ²)/ n° Líneas/N° APPCC (ISO 22000)			
Consumo anual de energía (Mwh/año) / N° de fuentes de energía / N° usos significativos de energía (ISO 50001)			
N° Usuarios con privilegios de administración y gestión (ISO 27001)			
Áreas/departamentos implicados en el <i>Business Impact Analysis</i> (ISO 22301)			
Otros esquemas			

OTROS ASPECTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Sistema de Gestión integrado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Grado de integración (en %)		