

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: 7 TIPO DE AUDITORÍA: 2ª Seguimiento 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"/>
---	--

Fecha de realización de la Auditoría: 2022-02-23

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. 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

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Cuestiones generales para todos los Sistemas de Gestión

Confirmación de la realización de la auditoría
<p><i>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 segundo seguimiento de la Norma UNE-EN ISO 9001:2015.</i></p>
Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado
<p>La prestación de: Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP) Servicio de Centro de Día</p> <p>¿Es adecuado el alcance del certificado? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indicar si se han producido cambios o modificaciones, desde la anterior auditoría:</p> <p>Alcance de la auditoría:</p> <p>¿Se han auditado todas las actividades incluidas en el alcance del certificado? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso negativo incluir descripción del muestreo realizado (actividades, proyectos, líneas de producto, tipos de servicio, emplazamientos temporales, etc.)</p>
Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión
<p>Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión:</p> <p>1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados</p> <p>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 segundo seguimiento de la Norma UNE-EN ISO 9001:2015.</p> <p>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.</p> <p>Objetivos:</p> <p>2021</p> <ol style="list-style-type: none">1. Prepuesto CNR 400.000 euros. Conseguido.2. Garantizar atención integral estable a 70 usuarios del SAIPAP. Se presta pero no está garantizada al no estar concertado.3. Aumentar área de atención a usuarios (+2 profesionales). Se ha incorporado un logopeda y el 4º fisioterapeuta.4. Mejorar la calidad de atención al usuario (satisfacción general > 8). Conseguido.5. Ampliar infraestructura en más de 100 m2. Ampliado con un local de >850m2.6. Mejorar cohesión del equipo.7. Obtener documentación oficial de la nueva asociación de Daño Cerebral Adquirido. No se ha conseguido.

La organización manifiesta que no ha recibido quejar, reclamaciones o requerimientos de carácter formal, más allá de las propias quejas transmitidas por los usuarios, que han sido tratadas por los cauces internos establecidos.

Se considera de manera muy positiva que se haya comenzado con el uso de la plataforma informática para el control de usuarios ixis, si bien se ha de seguir trabajando en mejorar el proceso de documentación.

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

En cuanto al proceso de auditoría interna:

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. Se ha realizado la auditoría interna con fecha de 11/02/2022, 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 31/01/2022 contemplando los elementos de entrada especificados en la norma de referencia.

3. Estado de implantación y cierre de No conformidades detectadas en la anterior auditoría:

Se revisan las desviaciones del anterior informe de auditoría siendo conforme su tratamiento.

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

- El principal cambio ha sido la implantación de ixis (sistema de control informático para los usuarios).
- Hay un cambio de centro previsto en el que toda la actividad se traslada al nuevo centro para este año.
- Nueva responsable del sistema de gestión de calidad

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.*

¿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

Comprensión del contexto de la organización	
<p>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 2022, 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 de las mismas.</p>	
Enfoque a riesgos y oportunidades	
<p>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 2022.</p>	
Liderazgo	
<p><i>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.</i></p>	
Otras consideraciones del equipo auditor	
<p>No se indican.</p>	
Puntos fuertes	
<ul style="list-style-type: none"> • Listado de recepción y seguimiento de quejas, sugerencias y agradecimientos 2021. Todas ellas se evidencian tratadas y correctamente documentadas. Todo son agradecimientos y solo una sugerencia. • El uso de la plataforma IXIS, sobre todo en lo que puede suponer de agilización del control y seguimiento de los usuarios. • La implicación del personal de la organización de cara a la mejora continua. • El crecimiento previsto de la organización, con la adquisición de un nuevo local donde ampliar servicios. 	
Oportunidades de mejora	
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar utilizar un formato para el seguimiento de las acciones derivadas de riesgos y oportunidades que permita una mejor trazabilidad entre años. • Sería conveniente realizar la valoración en comparativos anuales, para poder ver la evolución de los resultados en lo referido a indicadores de control. • Valorar incluir más indicadores de procesos, sobre todo en lo referido a los procesos productivos y teniendo en cuenta los datos que pueda aportar la plataforma ixis. • Valorar incluir un proceso para la evaluación de la aplicabilidad de la formación por parte de un responsable directo en un plazo de tiempo determinado. • Valorar unificar criterios a la hora de definir los objetivos con el fin de que todo el personal técnico los defina de una manera similar para que pueda hacerse buen seguimiento en caso del cambio de un profesional. 	

Nº	Observaciones	Norma/s
----	---------------	---------

1	Para la valoración de la satisfacción de usuario y familias no se ha alcanzado el ratio de participación indicado en el procedimiento de un 60% con un 40%, si bien la satisfacción continua en un 72%.	9001
2	De manera puntual, para la usuaria LTT (SAIPAP), no se incluye el resultado de la valoración integral con la propuesta de áreas a trabajar dentro del informe de 25/11/2021 y el objetivo establecido en el PIA únicamente indica que se hará sesión de hidroterapia pero no el objetivo a conseguir por la usuaria.	9001
3	Para el usuario SRC de Centro de Día, no se ha recogido información acerca de las "necesidades" y "pautas de apoyo" en la planificación del objetivo PIA.	9001

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 AEMIF es de un 86% con puntuación máxima. Para el año 2021 no se ha alcanzado el ratio de participación con un 40%, si bien la satisfacción global ha sido de un 72%.

ii. Enfoque a procesos

La organización ha determinado la interacción entre los diferentes procesos en el «mapa de procesos», y donde se han definido indicadores por proceso, si bien se pueden obtener más indicadores de control con la nueva plataforma de gestión informática.

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		
DIA	CENTRO	HORA	AUDITOR	PROCESO/ DEPTO/ DOCUMENTO/ ACTIVIDAD																							
23	1	08:30/ 09:00	JMPS		Reunión inicial																						
23	1	09:00/ 10:30	JMPS	ANÁLISIS CONTEXTO. GESTIÓN RIESGOS Y OPORTUNIDADES	X	X	X	X			X																
23	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		
23	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			
23	1	11:30/ 12:30	JMPS	SERVICIO DE CENTRO DE DÍA								X		X	X		X	X	X	X	X			X			
23	1	12:30/ 13:00	JMPS	RRHH							X	X															
23	1	13:00/ 13:30	JMPS	COMPRAS									X				X										
23	1	13:30/ 14:00	JMPS		Elaboración del informe																						
23	1	14:00/ 14:30	JMPS		Reunión final																						

CUADRO DE NO CONFORMIDADES

Ref. NC	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma	Categoría N. C.
1	Para el puesto de nutricionista no se han definido los requisitos del mismo, si bien se evidencia recogida la información relativa a la formación para el puesto.	7.2	9001

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 Sede) 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
- 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 2023
Fecha expiración del actual certificado: <i>(no cumplimentar en Fase I / Fase II)</i>	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 23 de febrero de 2022

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 se han producido.

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	X	
Dirección / Revisión por Dirección	X	X	X	X	X	
Dirección/ Planificación (objetivos)	X	X	X	X	X	
Sistema de Gestión	X	X	X	X	X	
Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP)	X	X	X	X	X	
Servicio de Centro de Día	X	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
TAMARA GRACIA RODRÍGUEZ	DIRECTORA ASISTENCIAL	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	
Contacto de contabilidad		
Nombre	ASOCIACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE IBIZA Y FORMENTERA (AEMIF), CONTABILIDAD	
Cargo	<CARGO_CONTACTO_CONTABILIDAD>	
Teléfono	<TELEFONO_CONTACTO_CONTABILIDAD>	
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	
Alcance Español	La prestación de: Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP) Servicio de Centro de Día	
Alcance Inglés	The provision of: Service of Total Attention and Promotion of Personal Autonomy (SAIPAP) Day Center Service	
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)	11	0	ELIJA..					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 %)		