

## ASOCIACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE IBIZA Y FORMENTERA (AEMIF)

### Informe de Auditoría

|   |   |  |
|---|---|--|
| Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN:<br><b>2017/0047/ER/01</b> | Nº INFORME: <b>8</b>  | TIPO DE AUDITORÍA: <b>Renovación</b>   |
| NORMA DE APLICACIÓN: <b>UNE-EN ISO<br/>9001:2015</b>    | 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"/> |

Fechas de realización de la Auditoría: 2023-02-15

## DATOS GENERALES

### A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

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

### B. EQUIPO AUDITOR

| <b>Función</b> | <b>Nombre</b>               | <b>Iniciales</b> |
|----------------|-----------------------------|------------------|
| 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>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.</p>  |
| Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado  |
| <p><b>La prestación de:</b><br/><b>Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP)</b><br/><b>Servicio de Centro de Día</b></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: No se han producido.</p> <p>Descripción del muestreo realizado (procesos operativos, actividades, proyectos, líneas de producto, tipos de servicio, emplazamientos temporales...): Se revisan las dos actividades descritas muestreando usuarios en ambos casos.</p> <p>Alcance de la auditoría:</p> <p>¿Se han auditado todas las actividades incluidas en el alcance del certificado?<br/>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>  |
| Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión  |
| <p><b>Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión:</b></p> <p><b>1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados</b></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 primer 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>Se destaca la incorporación de una responsable de calidad y la revisión de procesos y documentación que se ha realizado el último año.</p> <p>2023</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1-Presupuesto CRN 600.000 €. Se ha conseguido sobradamente. Superado.</li><li>2-Concertar 50 plazas SAIPAP. No se han concertado.</li><li>3-Mejorar la calidad de atención al usuario (satisfacción general &gt;70% trabajadores). Conseguido con un 93,9%.</li><li>4-Auditoría de renovación. Se realizó sin problemas.</li><li>5-Conseguir que los usuarios CD paguen 0 euros. Conseguido.</li><li>6-Ampliar 5 plazas de centro de día. No ha podido ampliarse el número de plazas.</li></ol> <p><b>2. Auditoría interna y el proceso de revisión del sistema por la Dirección</b></p> |

En cuanto al proceso de auditoría interna:

La sistemática de auditorías internas se define en el Procedimiento Auditoría Interna P-9.2/01 Rev. 02. 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 23/01/2024, en la misma se identifican cuatro 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 15/02/2024 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 revisa el estado de las acciones indicadas en el informe de auditoría de renovación 2023:

| Ref. N.C. | DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD  | Apdo. Norma | Categoría N. C. | REVISIÓN  |
|-----------|---|-------------|-----------------|---|
| 1         | <p>En relación con las formaciones realizadas:</p> <p>a) En contra de lo indicado en el procedimiento de referencia "Competencia y RRHH P-7.2/01 Rev. 04", no se está utilizando el cuestionario R4 7.2/01-A Cuestionario actividad formativa para las formaciones realizada en 2022.</p> <p>b) No se evidencian documentadas las formaciones internas realizadas referidas a mejora de procesos de control de la herramienta IXIS o a los requisitos del sistema de gestión.</p> | 7.2         | menor           | Se establece una sistemática para la valoración de las formaciones externas e internas. Habiéndose valorado las formaciones realizadas en 2023. |
| 2         | <p>Para el Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP) y en contra de lo indicado en el procedimiento Centro de rehabilitación neurológica: SAIPAP P-8.5/02 Rev.05 06/02/2022, no se evidencia que en los Planes de Individuales de Atención (PIA), que se entregan al usuario para su firma, se indique el número y tipo de sesiones de cada área en función de los objetivos marcados derivados de la valoración pertinente.</p>                | 8.5         | menor           | Se comprueba como correcto.   |

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

No se han producido.

#### 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

¿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

### Enfoque a riesgos y oportunidades en relación con el contexto de la organización

La organización ha identificado Riesgos y Oportunidades mediante un ejercicio DAFO realizado por Dirección junto con equipo de profesionales de la organización y junta directiva.

Este DAFO se ha realizado por Dirección junto con equipo de profesionales de la organización, ha sido revisado en enero 2024, y del mismo se desprenden acciones y objetivos para los riesgos y oportunidades detectadas, que son trasladadas al programa de gestión.

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.

### Otras consideraciones del equipo auditor

--

### Puntos fuertes

- Se destaca la incorporación de una responsable de calidad y la revisión de procesos y documentación que se ha realizado el último año
- Los buenos resultados en cuanto a satisfacción de los trabajadores.

### Oportunidades de mejora

- 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, así como analizar tendencias de los últimos años.
- Respecto al formato del "Parte de No Conformidad" R1 10.2/01-C, valorar eliminar el apartado de Acción Correctiva puesto que se recoge la acción en el apartado de No Conformidad.
- Valorar la descripción de indicadores con los responsables de área o por profesional, con el objetivo de ajustar los mismos al interés real de cada proceso.
- Realizar el seguimiento de los indicadores en un solo documento, en lugar de realizar la descripción de estos separada de su seguimiento.

| Nº | Observaciones  | Norma/s |
|----|--|---------|
| 1  | No se ha publicado en la web la política de calidad de cara a partes interesadas.  | 9001    |
| 2  | El reglamento de régimen interno no presenta fecha de revisión.  | 9001    |
| 3  | El Procedimiento Servicio centro de día P-8.5/01. Rev 08, indica un "?" en el apartado de nutrición, sin ningún otro comentario. | 9001    |

**Documentos adjuntos al informe de auditoría:**

- Matriz de actividades de auditoría
- Hoja de Datos - Emisión Certificado
- Hoja de Datos - Contactos y Direcciones
- Otros:

## ANEXO

### Cuestiones particulares del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001

#### ISO 9001 (Sistemas de Gestión de Calidad)

i. Información sobre satisfacción de Cliente

En el procedimiento P-9.1/02 Rev. 03 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.

|                              | 2020  |       | 2021  |       | 2022  |       | 2023  |       |
|------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                              | PART. | RESU. | PART. | RESU. | PART. | RESU. | PART. | RESU. |
| SATISFACCIÓN GLOBAL USUARIOS | 68%   | 86%   | 40%   | 72%   | 45%   | 83,7% | 48%   | 93,9% |

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, comentario que se mantiene desde la anterior auditoría.

**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 – ISO 9001

| PLAN DE VISITA  |                         |         |        |     |             |
|---|-------------------------|---------|--------|-----|-------------|
| Proceso / Actividad / Departamento  | Responsable Empresa     | Auditor | Centro | Día | Hora        |
| <i>REUNIÓN INICIAL</i>  | Rbl. Sistema de Gestión | JMPS    | 2      | 29  | 09:00/09:30 |
| SISTEMA DE GESTIÓN  | Rbl. Sistema de Gestión | JMPS    | 2      | 29  | 09:30/11:00 |
| ANÁLISIS CONTEXTO.<br>GESTIÓN RIESGOS Y OPORTUNIDADES                       | Rbl. Sistema de Gestión | JMPS    | 2      | 29  | 09:30/11:00 |
| DIRECCION Y OBJETIVOS   | Rbl. Sistema de Gestión | JMPS    | 2      | 29  | 09:30/11:00 |
| SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL (SAIPAP) | Rbl. Sistema de Gestión | JMPS    | 2      | 29  | 11:00/12:00 |
| SERVICIO DE CENTRO DE DÍA   | Rbl. Sistema de Gestión | JMPS    | 2      | 29  | 12:00/13:00 |
| PROCESOS DE SOPORTE   | Rbl. Sistema de Gestión | JMPS    | 2      | 29  | 13:00/14:00 |
| <i>ELABORACIÓN INFORME DE AUDITORÍA</i>                                     | Rbl. Sistema de Gestión | JMPS    | 2      | 29  | 14:00/14:00 |
| <i>REUNIÓN FINAL</i>  | Rbl. Sistema de Gestión | JMPS    | 2      | 29  | 15:00/15:00 |

## ANEXO - REQUISITOS POR APARTADOS DE LA NORMA

| REQUISITOS POR NORMA |  |   |                       |
|----------------------|--|---|-----------------------|
| 9001                 | Requisito norma  | Tipo de auditoría<br>Fase I / Fase II /<br>AS1 / AS2 / AR | Marcar /<br>Desmarcar |
| 4.1- 4.2             | Comprensión del contexto. Partes interesadas                                 | <AS1 o AS2>   | X                     |
| 4.3 -4.4             | Determinación del alcance. SG y sus procesos                                 | <AS1 o AS2>   | X                     |
| 5.1-5.2              | Liderazgo, compromiso y Política   | <AS1 o AS2>   | X                     |
| 5.3                  | Roles, responsabilidades y autoridades en la organización                    | <AS1 o AS2>   | X                     |
| 6.1                  | Acciones para abordar riesgos y oportunidades                                | <AS1 o AS2>   | X                     |
| 6.2                  | Objetivos y planificación para lograrlos                                     | Todas   | X                     |
| 6.3                  | Planificación de los cambios   | Todas   | X                     |
| 7.1                  | Recursos   | <AS1 o AS2>   | X                     |
| 7.2-7.3              | Competencia y toma de conciencia   | <AS1 o AS2>   | X                     |
| 7.4                  | Comunicación   | <AS1 o AS2>   | X                     |
| 7.5                  | Información documentada  | <AS1 o AS2>   | X                     |
| 8.1                  | Planificación y control operacional  | Todas   | X                     |
| 8.2                  | Requisitos para los productos y servicios                                    | Todas   | X                     |
| 8.3                  | Diseño y desarrollo de productos y servicios                                 | <AS1 o AS2>   | N/A                   |
| 8.4                  | Control de los procesos, productos y servicios. suministrados externamente   | <AS1 o AS2>   | X                     |
| 8.5                  | Producción y provisión del servicio  | Todas   | X                     |
| 8.6                  | Liberación de los productos y servicios                                      | Todas   | X                     |
| 8.7                  | Control de las salidas no conformes  | Todas   | X                     |
| 9.1.1                | Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño.<br>Generalidades | Todas   | X                     |
| 9.1.2                | Satisfacción del cliente   | Todas   | X                     |
| 9.1.3                | Análisis y evaluación  | Todas   | X                     |
| 9.2                  | Auditoría interna  | Todas   | X                     |
| 9.3                  | Revisión por la dirección  | Todas   | X                     |
| 10.1                 | Mejora. Generalidades  | Todas   | X                     |
| 10.2                 | No conformidades y acciones correctivas                                      | Todas   | X                     |
| 10.3                 | Mejora continua  | Todas   | X                     |

**Nota 1:** Desmarcar aquellos apartados de la norma que no hayan sido auditados en la presente auditoría.

**Nota 2:** Sombreado se indican los apartados de la norma que deben ser auditados por un auditor especialista.

**Nota 3:** Puede alternarse entre ambos seguimientos la auditoría del proceso o sistemática para la gestión de estos requisitos, pero podrá comprobarse su aplicación transversal en otros procesos según sea necesario para evaluar su conformidad.

## CUADRO DE NO CONFORMIDADES

| Ref. N.C. | DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD   | Apdo. Norma | Categoría N. C. |
|-----------|--|-------------|-----------------|
| 1         | La organización no se ha asegurado la calificación y cualificación de los trabajadores (fisioterapeutas) aportados por la empresa subcontratada FISIOACTIVIDAD. Nota: Contrato de prestación de servicios 04/12/2023.  | 8.4.1       | menor           |
| 2         | En relación con el servicio de Atención Integral SAIPAP, se evidencian las siguientes desviaciones:<br>a) Para la usuaria DS no se ha documentado la valoración inicial de logopedia. Se indica un mensaje del 25/09/2023 que anula cita.<br>b) La usuaria JRT, no presenta objetivos abiertos de fisioterapia en el programa ixis, cuando está en el centro en el momento de la auditoría haciendo trabajo de fisioterapia. | 8.1         | menor           |
| 3         | En relación con el servicio de Centro de Día, se evidencian las siguientes desviaciones:<br>a) Para el usuario JMCR, el objetivo de logopedia incorporado en enero de 2023, no presenta la revisión trimestral del mismo en 2023 (realizados seguimientos en 11/05/2023 y 11/10/2023).<br>b) En ixis no se ha registrado el control de comida para ningún usuario el último mes.   | 8.1         | 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 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 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 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 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 S.A.U. Asimismo, se informa a la organización que cualquier queja o reclamación sobre la actuación de AENOR S.A.U., estas deben ser remitidas a la siguiente dirección: [calidad@aenor.com](mailto: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 2025      |
| Fecha expiración del actual certificado:<br><i>(no cumplimentar en Fase I / Fase II)</i> | <b>2026-05-03</b> |

- 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 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 29 de febrero de 2024

## ANEXO - CENTROS VISITADOS

| DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)   |
|--|
| <b>CENTROS FIJOS</b>   |
| <b>CENTRO 1: AEMIF</b><br><b>DIRECCIÓN: CL AUBARCA 22, LOCAL 3. 07800 - IBIZA (ISLAS BALEARES)</b><br><b>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</b><br>La prestación de: <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP)</li><li>• Servicio de Centro de Día</li></ul> |
| <b>CENTRO 2: AEMIF</b><br><b>DIRECCIÓN: CALLE MALLORCA 3. 07800 - IBIZA (ISLAS BALEARES)</b><br><b>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</b><br>La prestación de: <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP)</li><li>• Servicio de Centro de Día</li></ul>       |

## ANEXO - 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

|   | AR (al menos tres meses antes de la fecha de expiración)   |                  | 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 2023   |                  | FEBRERO 2024   |                  | FEBRERO 2025   |                  | FEBRERO 2026   |                  |
| <b>ALCANCE</b>  | La prestación de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP)</li> <li>Servicio de Centro de Día</li> </ul> |                  | La prestación de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP)</li> <li>Servicio de Centro de Día</li> </ul> |                  | La prestación de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP)</li> <li>Servicio de Centro de Día</li> </ul> |                  | La prestación de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP)</li> <li>Servicio de Centro de Día</li> </ul> |                  |
| <b>CENTROS</b>  | 1,2  |                  | 1,2  |                  | 1,2  |                  | 1,2  |                  |
| <b>NORMA</b>  |  |                  |  |                  |  |                  |  |                  |
| ISO9000   | 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)               |                  |  |                  |  |                  |  |                  |
| <b>PROCESOS</b>   | <b>Planificado</b>   | <b>Realizado</b> | <b>Planificado</b>   | <b>Realizado</b> | <b>Planificado</b>   | <b>Realizado</b> | <b>Planificado</b>   | <b>Realizado</b> |
| Dirección / Contexto Organización. Riesgos y Oportunidades.                 | X  | X                | X  | X                | X  |                  | X  |                  |
| Dirección / Revisión por Dirección  | X  | X                | X  | X                | X  |                  | X  |                  |
| Dirección/ Planificación (objetivos)  | X  | X                | X  | X                | X  |                  | X  |                  |
| Sistema de Gestión  | X  | X                | X  | X                | X  |                  | X  |                  |
| Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP) | X  | X                | X  | X                | X  |                  | X  |                  |
| Servicio de Centro de Día   | X  | 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 - RELACIÓN DE PARTICIPANTES

| Nombre y apellidos       | Departamento o cargo                               | Reunión inicial | Desarrollo Auditoría | Reunión final |
|--------------------------|--|-----------------|----------------------|---------------|
| ISMAEL VARGAS VILLANUEVA | DIRECTOR CENTRO AEMIF                              | X               | X                    | X             |
| CRISTINA RAMON CARDONA   | RESPONSABLE DE CALIDAD                             | X               | X                    | X             |
| FRANCISCA SALA BONET     | TERAPEUTA OCUPACIONAL Y COORDINADORA CENTRO DE DÍA |                 | X                    |               |

## ANEXO - HOJA DE DATOS – EMISIÓN CERTIFICADO

| DATOS GENERALES            |   | ¿Hay cambios respecto a datos anteriores? SI / NO |
|----------------------------|---|---|
| Nombre de la Organización  | ASOCIACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE IBIZA Y FORMENTERA (AEMIF) |   |
| Factoría/Planta/Delegación |   |   |
| Domicilio Social           | AUBARCA 22, LOCAL 3, 07800 - IBIZA, (ISLAS BALEARES)            |   |
| C.I.F.                     | G07849730   |   |
| Grupo (si aplica)          | <GRUPO>   |   |
|                            |   |   |

| ALCANCE DEL CERTIFICADO<br>(añadir tantas filas como traducciones sean necesarias) |   | ¿Hay cambios respecto a datos anteriores? SI / NO |
|--|---|---|
| Norma de referencia  | UNE-EN ISO 9001:2015  |   |
| Alcance Español  | La prestación de:<br>Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP)<br>Servicio de Centro de Día |   |
| Alcance Inglés   | The provision of:<br>Service of Total Attention and Promotion of Personal Autonomy (SAIPAP)<br>Day Center Service             |   |
|  |   |   |

| CENTROS DE ACTIVIDAD Y Nº PERSONAS   |           |           |           |    | ¿Hay cambios respecto a datos anteriores? SI / NO |
|--|-----------|-----------|-----------|----|---|
| Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado<br>(añadir tantas filas como sean necesarias) | Pers Prop | Pers Subc | Colectivo | Nº |   |
| AUBARCA 22, LOCAL 3. 07800 - IBIZA (ISLAS BALEARES)  | 11        | 0         |           |    |   |
| CL MALLORCA, 3. 07800 - IBIZA (ILLES BALEARS)  | 2         | 0         |           |    |   |

| OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL DIMENSIONAMIENTO DE LA AUDITORÍA   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Volumen de proyectos  |  |  |  |
| Superficie (m <sup>2</sup> ) / nº Líneas/Nº APPCC (ISO 22000)   |  |  |  |
| Consumo anual de energía (Mwh/año) / Nº de fuentes de energía / Nº usos significativos de energía (ISO 50001) |  |  |  |
| Nº 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 |   |
|---------------------------------------|---|
| Sistema de Gestión integrado          | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Grado de integración (en %)           |   |

## ANEXO - HOJA DE DATOS – CONTACTOS Y DIRECCIONES

| CONTACTOS Y DIRECCIONES                          |  | ¿Hay cambios respecto a datos anteriores? SI / NO |
|--|--|---|
| <b>Contacto Principal</b>                        |  |   |
| <b>Nombre</b>                                    | D. ISMAEL VARGAS   |   |
| <b>Cargo</b>                                     | PRESIDENTE   |   |
| <b>Teléfono</b>                                  | 971932146  |   |
| <b>Correo electrónico</b>                        | direccion@aemif.es                                       |   |
| <b>Dirección Envío Correspondencia</b>           | AUBARCA 22, LOCAL 3<br>07800 - IBIZA<br>(ISLAS BALEARES) |   |
| <b>Contacto Envío Certificado</b>                |  |   |
| <b>Nombre</b>                                    | D. ISMAEL VARGAS   |   |
| <b>Cargo</b>                                     | PRESIDENTE   |   |
| <b>Teléfono</b>                                  | 971932146  |   |
| <b>Correo electrónico</b>                        | direccion@aemif.es                                       |   |
| <b>Dirección Envío Certificado</b>               | AUBARCA 22, LOCAL 3<br>07800 - IBIZA<br>(ISLAS BALEARES) |   |
| <b>Contacto de Facturación (entrega factura)</b> |  |   |
| <b>Nombre</b>                                    | VARGAS, ISMAEL   |   |
| <b>Cargo</b>                                     | PRESIDENTE   |   |
| <b>Teléfono</b>                                  | 971932146  |   |
| <b>Correo electrónico</b>                        | direccion@aemif.es                                       |   |
| <b>Contacto de contabilidad (pago facturas)</b>  |  |   |
| <b>Nombre</b>                                    | VARGAS, ISMAEL   |   |
| <b>Cargo</b>                                     | PRESIDENTE   |   |
| <b>Teléfono</b>                                  | 971932146  |   |
| <b>Correo electrónico</b>                        | direccion@aemif.es                                       |   |