

ASOCIACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE IBIZA Y FORMENTERA (AEMIF)

Informe de Auditoría

Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN: 2017/0047/ER/01	Nº INFORME: 9	TIPO DE AUDITORÍA: 2º Seguimiento
NORMA DE APLICACIÓN: UNE-EN ISO 9001:2015	Auditoría: Individual ☒ Combinada ☐ Integrada ☐	
	Requiere envío de Acciones Correctivas: SI ☐ NO ☒	

Fechas de realización de la Auditoría: 2025-03-31

DATOS GENERALES

A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

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

B. EQUIPO AUDITOR

Función	Nombre	Iniciales
Auditor Jefe	Dña. Gabriela CILIMINGRAS GÓMEZ	GCG

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
<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>
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: No se han producido. 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. Inspección del Consell d'Eivissa al Centro de día (servicio concertado en 15 plazos) de fecha 11/12/2024. Registro sanitario FORN CAN BUFI, S.L. con nº 26.08443/PM Alcance de la auditoría: ¿Se han auditado todas las actividades incluidas en el alcance del certificado? SI ☒ NO ☐
Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión
Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión: 1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados <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> <i>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.</i> Principales líneas del Plan Estratégico 2025 – 2028: 1-Promoción y desarrollo de un proyecto asociativo común. 2-Las personal y sus familias. Recursos para su calidad de vida. 3-Gestión y sostenibilidad%. 4-I+D+I+F.: Innovación, Desarrollo, Investigación y Formación.

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. 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 04/03/2025, en la misma no se identifican no conformidades.

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

Se ha realizado el informe de revisión por la Dirección 26/12/2024 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 seguimiento de 2025. Se han cerrado como eficaces las acciones implantadas para las 3 no conformidades detectadas. .

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? NINGUNA.

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, junta directiva y otras partes interesadas (familias, usuarios, socios). Fruto de esta reflexión, se ha establecido el Plan Estratégico 2025- 2028 que temporaliza por años los resultados a conseguir. Para 2025 se ha establecido el Plan Operativo anual 2025.

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

Actualmente la atención a usuarios se desarrolla únicamente en el centro de Calle Mallorca, no desarrollándose ninguna actividad en el centro de Calle Aubarca.

Puntos fuertes
• Reflexión estratégica con la participación de partes interesadas (profesionales, familias, socios, usuarios). • Establecimiento de un plan estratégico 2025-2028. • Detalle del plan operativo anual. • Las sesiones clínicas post valoración inicial para el establecimiento del PIA . • Gestión de la lista de espera.
Oportunidades de mejora
• Incluir una columna en el Plan Operativo 2025 para registrar los recursos necesarios para las acciones que llevan objetivos asociados.

Nº	Observaciones	Norma/s
1	Puntualmente la Política de calidad no aparece firmada por la Dirección o Gerencia en la página web.	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.

	2021		2022		2023		2023	
	PART.	RESU.	PART.	RESU.	PART.	RESU.	PART.	RESU.
SATISFACCIÓN GLOBAL USUARIOS	40%	72%	45%	83,7%	48%	93,9%	36%	97,4%

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	GCG	2	31	09:00/09:30
SISTEMA DE GESTIÓN	Rbl. Sistema de Gestión	GCG	2	31	09:30/11:00
ANÁLISIS CONTEXTO. GESTIÓN RIESGOS Y OPORTUNIDADES	Rbl. Sistema de Gestión	GCG	2	31	09:30/11:00
DIRECCION Y OBJETIVOS	Rbl. Sistema de Gestión	GCG	2	31	09:30/11:00
SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL (SAIPAP)	Rbl. Sistema de Gestión	GCG	2	31	11:00/12:00
SERVICIO DE CENTRO DE DÍA	Rbl. Sistema de Gestión	GCG	2	31	12:00/13:00
PROCESOS DE SOPORTE	Rbl. Sistema de Gestión	GCG	2	31	13:00/14:00
<i>ELABORACIÓN INFORME DE AUDITORÍA</i>	Rbl. Sistema de Gestión	GCG	2	31	14:00/14:45
<i>REUNIÓN FINAL</i>	Rbl. Sistema de Gestión	GCG	2	31	14:45/15:00

ANEXO - REQUISITOS POR APARTADOS DE LA NORMA

REQUISITOS POR NORMA			
9001	Requisito norma	Tipo de auditoría Fase I / Fase II / AS1 / AS2 / AR	Marcar / 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>	NA
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. 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.
	No se detectan		

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
- 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 2026
Fecha expiración del actual certificado: (no cumplimentar en Fase I / Fase II)	2026-05-03

- 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 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). **GABRIELA CILIMINGRAS GÓMEZ**

En Ibiza, a 31 de marzo de 2025

ANEXO - CENTROS VISITADOS

DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)
CENTROS FIJOS
CENTRO 1: AEMIF DIRECCIÓN: CALLE MALLORCA 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 - 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		
ALCANCE	La prestación de: - Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP) - Servicio de Centro de Día		La prestación de: - Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP) - Servicio de Centro de Día		La prestación de: - Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP) - Servicio de Centro de Día		La prestación de: - Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP) - Servicio de Centro de Día		
	CENTROS		1,2		1		1		
	NORMA								
	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)						
PROCESOS	Planificado	Realizado	Planificado	Realizado	Planificado	Realizado	Planificado	Realizado	
Dirección / Contexto Organización. Riesgos y Oportunidades.	X	X	X	X	X	X	X		
Dirección / Revisión por Dirección	X	X	X	X	X	X	X		
Dirección/ Planificación (objetivos)	X	X	X	X	X	X	X		
Sistema de Gestión	X	X	X	X	X	X	X		
Servicio de Atención Integral y Promoción de la Autonomía Personal (SAIPAP)	X	X	X	X	X	X	X		
Servicio de Centro de Día	X	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	
TAMARA GRACIA	DIRECTORA ASISTENCIAL		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)	NO
Factoría/Planta/Delegación		
Domicilio Social	AUBARCA 22, LOCAL 3, 07800 - IBIZA, (ISLAS BALEARES)	NO
C.I.F.	G07849730	NO
Grupo (si aplica)	<GRUPO>	NO

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

CENTROS DE ACTIVIDAD Y N° PERSONAS					¿Hay cambios respecto a datos anteriores? SI / NO
Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado (añadir tantas filas como sean necesarias)	Pers Prop	Pers Subc	Colectivo	N°	
AUBARCA 22, LOCAL 3- 07800 - IBIZA (ISLAS BALEARES)	11	0			Sí, eliminar centro
CL MALLORCA, 3. 07800 - IBIZA (ILLES BALEARS)	17	0			Las personas pasan a este centro

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL DIMENSIONAMIENTO DE LA AUDITORÍA			
Volumen de proyectos			
Superficie (m²)/ 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 Business Impact Analysis (ISO 22301)			
Otros esquemas			

OTROS ASPECTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN	
Sistema de Gestión integrado	SI ☐ NO ☐
Grado de integración (en %)	

ANEXO - HOJA DE DATOS – CONTACTOS Y DIRECCIONES

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