

**CERTIFICACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN
INFORME DE AUDITORÍA**

Organización:	AFA RIOJA - ASOCIACION DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DE LA RIOJA		
Dirección:	C/ Menéndez Pelayo, nº 9 Bajo, Logroño, La Rioja , 26002, ES		
Normas y acreditaciones:	ENAC: ISO 9001:2015		
Representante:	Esperanza Moraga Herce		
Emplazamientos auditados:	Ver apartado 6	Fechas de auditoría:	2021/11/04, 2021/11/05
Nº efectivo de personal:	17	Technical Area:	38.3
Auditor Jefe:	Oscar Palencias	Otros miembros del equipo auditor:	
Otros asistentes y funciones:			
Este informe es confidencial y su distribución se limita al equipo auditor, asistentes a la auditoría, representantes del cliente y personal de SGS.			

1. Objetivos de la Auditoría

Los objetivos de esta auditoría han sido:

- Confirmar la conformidad del sistema de gestión con los criterios de auditoría establecidos en el Reglamento de Certificación
- Confirmar que la organización ha implantado eficazmente el sistema de gestión de acuerdo a lo planificado
- Confirmar que el sistema de gestión es capaz de cumplir los objetivos y la política de la organización

2. Alcance

Desarrollo de actividades que ayuden a la mejora de la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer. Información, Orientación y asesoramiento, taller de psico-estimulación grupales e individuales, asesoría jurídica, atención psicológica individualizada y apoyo a familiares.

Direcciones cubiertas por el Certificado: Ver punto 10.

El alcance ha sido modificado como consecuencia de esta auditoría si no

Esta es una auditoría a una organización con múltiples emplazamientos (En iniciales o cambios debe adjuntarse un listado de emplazamientos) si no

En auditorías integradas, confirmar el nivel actual de integración del sistema N/A Básico Alto

Nº: trabajo	214149	Fecha de informe:	5 November 2021	Auditoría:	RAU
CONFIDENCIAL		Formato:	GS0304-15(ES)	Ed.	8
				Pág. nº:	1 de 9

3. Conclusiones de la Auditoría

Se ha realizado una auditoría basada en procesos y enfocada a los aspectos significativos, riesgos, objetivos, de acuerdo con la norma de referencia. La auditoría se ha realizado por muestreo y con base en la información disponible en el momento de la auditoría. Los métodos utilizados han sido entrevistas, observación de evidencias, y revisión de la documentación y registros.

El equipo auditor considera que si / no se han cumplido los objetivos de auditoría y la organización ha establecido y mantenido su sistema de gestión de acuerdo a los requisitos de la norma y demuestra la capacidad del sistema para cumplir eficazmente con los requisitos del producto/servicio para el alcance, objetivos y política de la organización.

Nº de no conformidades identificadas: 0 mayores 0 menores

Por lo tanto, y de acuerdo con los procedimientos de SGS ICS Ibérica, el equipo auditor recomienda que el certificado del sistema de gestión sea :

Concedido / renovado / mantenido / condicionado al tratamiento satisfactorio de las no conformidades identificadas (ver apdo 7)

4. Resultados de auditorías previas

Se revisaron los resultados de anteriores auditorías, para asegurar que hayan sido implantadas las acciones correctivas apropiadas para tratar las no conformidades identificadas, con el siguiente resultado:

- Las no conformidades detectadas durante la anterior auditoría han sido corregidas y las acciones correctivas continúan siendo efectivas (ver apartado 6 de este informe).
- El sistema de gestión no ha tratado, de manera adecuada, no conformidades identificadas en la anterior auditoría. Se indican en el apartado 7 de este informe.
- Renovación. Se ha considerado el desempeño del sistema de gestión durante el ciclo de certificación previo, incluyendo la revisión de los informes de las auditorías realizadas en dicho ciclo.
- No aplica.

5. Hallazgos

A continuación se indican los principales hallazgos de auditoría:

- Auditoría inicial: la información facilitada por el cliente, utilizada para la revisión de la solicitud de certificación, es coherente con la obtenida durante la auditoría (si hay discrepancias, éstas no ponen en cuestión las conclusiones de dicha revisión) / Otras auditorías: el sistema mantiene su eficacia, pertinencia y aplicabilidad para el alcance de la certificación, a la vista de los cambios internos y externos. si no
- La documentación del sistema de gestión es conforme a los requisitos de la Norma y proporciona la estructura adecuada para la implantación y mantenimiento del sistema. si no
- La organización demuestra la implantación efectiva, el mantenimiento y la mejora de su sistema de gestión. si no
- La organización demuestra el establecimiento de objetivos y metas adecuados y realiza una evaluación del seguimiento de los mismos. si no
- El programa de auditorías internas se ha implantado en su totalidad y demuestra su eficacia como herramienta para el mantenimiento y mejora del sistema de gestión. si no
- El proceso de revisión por la Dirección demuestra la capacidad para garantizar la continuidad, adecuación y efectividad del sistema de gestión. si no

Nº: trabajo	214149	Fecha de informe:	5 November 2021	Auditoría:	RAU		
CONFIDENCIAL		Formato:	GS0304-15(ES)	Ed.	8	Pág. nº:	2 de 9

- Durante el proceso de auditoria, se ha podido comprobar que el sistema de gestión cumple con la totalidad de los requisitos de la norma de referencia. si no
- Se realiza un uso de la marca de certificación de acuerdo con los requisitos de SGS ICS. N/A si no

6. Principales evidencias comprobadas en la auditoría

Durante el desarrollo de la auditoria se comprobaron, entre otras, las siguientes evidencias:

Auditoría anterior

Se revisan las observaciones de la auditoria previa y se verifica que se han tenido en cuenta.

Auditoría actual

4 CONTEXTO	<p>Contexto: Se ha definido en revisión por la dirección. Incluye situación generada por el Covid (disminución de plazas y gastos extras por Covid, epis mamparas, bajas por covid de trabajadores, bajas usuarios por miedo..... se han definido todas partes interesadas sus expectativas y como se cumplen o controla el cumplimiento de las mismas; Según tabla anexa en la revisión del sistema por la dirección de fecha 13.03.21</p> <p>Alcance: El alcance del sistema de gestión se considera adecuado con la actividad desarrollada.</p> <p>Exclusión diseño y calibración al no desarrollar nuevos servicios. Incluido en Manual de calidad.en rev 5 de 2019</p> <p>Mapa de procesos: Se incluye mapa de procesos como anexo al manual de calidad.</p>
5 LIDERAZGO	<p>La alta dirección define la estrategia, los objetivos, realiza la revisión por dirección, y se demuestra un adecuado liderazgo.</p> <p>Política: Política de calidad comunicada al personal y expuesta de fecha Marzo del 2018, debido a cambios en los estatutos de la asociación. Manual de 05.05.19.Incluye organigrama, responsabilidades..... Mapa de procesos; Indicadores de proceso (Excel) seguimiento trimestral.</p>
6 PLANIFICACION	<p>Se define en una Excel 2021 las PI y sus expectativas, DAFO, plan de acción, Evaluación de R y O, mapa de procesos etc. Este documento se revisa anualmente 13.03.21</p> <p>Riegos y oportunidades: Se ha identificado de manera general en revisión por dirección riesgos y oportunidades. Las acciones se definen en los objetivos o en un plan de acción. Se valora cada riesgo / Oportunidad (de trivial, tolerable, moderado, importante)</p> <p>CRÍTICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subvenciones Gastos derivados de la pandemia. • Aumentar la sensibilización de la población <p>IMPORTANTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posibles contagios de usuarios y personal • Falta de recursos propios • Aumento de precios de los equipos sanitarios • Diminución de plazas por COVID19 • La baja de usuarios por miedo al contagio • Aumento de usuarios que vienen a valorar debido a la vacunación. • Bajas laborales por COVID19 <p>Se crea plan de acción para 2021 con 7 acciones.</p>

Nº: trabajo	214149	Fecha de informe:	5 November 2021	Auditoría:	RAU
CONFIDENCIAL		Formato:	GS0304-15(ES)	Ed.	8
				Pág. nº:	3 de 9

	<p>A parte de los objetivos se definen en 2020 10 acciones planificadas para controlar o minimizar riesgos y oportunidades. Se han implementado 7 de ellas 1 desestimada, 2 paradas por la pandemia.</p> <p>Planificación de los objetivos y seguimiento en el propio excel PARA 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2/2018- Viene de 2018: 100% de las nuevas incorporaciones se les asocian el PIA. EN PROCESO. Conseguido al 100% • 1/2019- Elaborar un censo de pacientes.: Conseguido en un 66,7%. EN PROCESO • 1/2020- No existencia de contagios dentro del centro. Objetivo 0. Conseguido al 100%. Se mantiene para el presente 2021. <p>2021</p> <ul style="list-style-type: none"> • 01/2021- 100% de usuarios y personal con pauta completa. • 02/2021- No existencia de contagios dentro del centro. Objetivo 0. • 03/2021- Conseguir que el 80% de los gastos derivados por la pandemia sean subvencionados. • 04/2021: Aumentar la sensibilización de la población: Aumento de presencia en las redes sociales y mejora de la WEB (2021-2022) vistas en la web diciembre 2022: Instagram y Facebook: 1.000 seguidores <p>La planificación de los cambios: Los cambios significativos se planifican por lo general dentro de los objetivos ; No se han identificado cambios significativos salvo los relacionados con la pandemia.</p>
<p>9 EVALUACION DEL DESEMPEÑO</p>	<p>Revisión del sistema por dirección de fecha 12.03.21 Ley de protección de datos implantado auditoria cada 2 años ultima. Se sustituye por la supervisión/revisión mensual del sistema de protección de datos por el delegado de protección. Proveedor "Consulpyme "Registro de actividades de tratamiento de datos" de fecha 13.10.21. Delegado de previsión alta en la AEPD de fecha 27.10.20 (Koldo Ochandiano).</p> <p>Autorización sanitaria cada 5 años, última renovación Julio 2020 Menéndez Pelayo y de fecha 26.10.18 en Manresa. Inspecciones: Inspección anual servicios sociales en 2021: Acta de fecha 11.08.21 y 10.08.21: a los dos centros. Sin comentarios Autorización vehículos adaptados de Sept 2015. Copias de seguridad diaria y se trabaja en la nube.1 vez a la semana subcontratado ofyser.</p>
	<p>Satisfacción de clientes. En 2020 no se realizaron encuestas debido a que el centro estuvo cerrado por la pandemia en 2021 2021 se realizan encuestas en los dos centros., solo para el grupo de talleres puesto que el de apoyo se ha realizado de manera telemática y casi sin gente. Buenos resultados de la satisfacción en general en todas las áreas. Se estudian los comentarios en el documento de recogida de los mismos. EJ: centro de Somosierra: - Siempre que se trabaja con personas a la larga hay resultados positivos y gratificantes y siempre queda el trabajo bien hecho. - El periodo que recoge el informe es excesivamente amplio. Sería bueno incluir información oral. Se utiliza esta sugerencia como un área de mejora explicando los informes a los familiares. - Avisar a los familiares cuando se entregue a los usuarios documentación o información como este tipo de encuestas. Se realiza por whatsapp. EJ: centro de Manresa: - La calidad es muy buena, estamos contentos, el servicio es muy bueno. Nuestro familiar cuenta cosas que son de agradecer. - Acude al centro muy contenta y se lo pasa bien, echa en falta el taller de las manualidades. - Muy agradecidos con atención prestada a nuestra madre y el contacto con nosotros</p>

	<p>Auditoria interna: Auditoria interna realizada por personal externo (Interalia) debidamente calificado olga. Planificación auditoria 2020; informe de auditoría de 20.10.21 no se detectan NC y si varias observaciones y áreas de mejora observaciones.</p>
10 MEJORA	<p>El sistema tiene definido y sistematizada la mejora continua a través de la satisfacción clientes, auditorias, indicadores, etc. definiendo acciones en cada área. La organización determina e implementa oportunidades de mejora con el fin de cumplir con los requisitos del cliente, aumentar su satisfacción y conseguir los resultados previstos en el sistema de gestión.</p> <p>NC / AC En 2021 3 NC, fuga agua vecinos de arriba, golpe furgoneta, rotura puerta c/ Manresa.. Se evidencia análisis de causas y acción inmediata. Mejoras: No existen en 2021 fuera de las determinadas en la evaluación de los riesgos y oportunidades. No se han identificado reclamaciones de cliente.</p>
8 OPERACION	<p>Requisitos cliente; Se firman contratos con los familiares / usuarios. Usuario: AAP; Protección de datos; Uso de imágenes y fotos; Persona de contacto para comunicaciones; contrato de fecha 28.04,21. AMS de fecha 22.06.21</p> <p>Proveedores y compras:</p> <p>Listado proveedores homologados 21. En 2020 sin incidencias. En la presente acta se revalúan a los proveedores, en función de las no conformidades. Son eficaces y cumplen con los servicios. El proceso de compras está siendo eficaz. Para los nuevos proveedores, se les va a realizar un proceso de evolución del producto adquirido, registrándolo en el Seguimiento de Nuevos Proveedores. Una vez realizados dos pedidos al nuevo proveedor, satisfactoriamente el Responsable de Calidad, procede a añadir al nuevo proveedor en el Listado de Proveedores Homologados. Nuevos proveedores 2021: Comunicadia (Web) y Strato (dominio Web).</p> <p>Pedido de material: factura 202104770 con fecha 04/10/2021, proveedor Infanity, nº pedido: 349096, Puzzles, Se evidencia en el listado de proveedores como primer servicio. Compra supermercado Mercadona, fecha 03/09/2021, factura 3230-050-000637, 1EJ: 14 leches desnatada, 8 paquetes napolitanas crema, todo chequeado en el cuaderno de pedidos y en la factura. Información a proveedores externos del control y seguimiento de los mismos por parte de la asociación incluido en la Web de la misma. Justificante de seguros del inmueble y seguro de responsabilidad civil 01/03/2021</p> <p>Información a los proveedores sobre los criterios de homologación están colgados de la página web; Asimismo también está colgada la política de gestión.</p> <p>Prestación del servicio: Se ha definido protocolo covid de fecha junio 2020 de cara a prevenir contagios entre trabajadores y usuarios. En el centro de Menéndez se han ampliado dos plazas debido al relajamiento de algunas medidas por la evolución positiva de los datos.</p> <p><u>Centro de trabajo Central / C/ Menendez Pelayo</u> Prestación del servicio: <u>Atención psicológica, individualizada y apoyo a familiares</u> En 2021 han empezado en oct / nov de 21 de manera presencial y se hacen en la iglesia Santa Teresita en un local grande que permite mantener las medidas de seguridad frente al covid. ; En 2020 se realizaron en remoto pero la experiencia no fue muy positiva. Existen 5</p>

Nº: trabajo	214149	Fecha de informe:	5 November 2021	Auditoría:	RAU
CONFIDENCIAL		Formato:	GS0304-15(ES)	Ed.	8
				Pág. nº:	5 de 9

	<p>grupos de familiares, se reúnen cada 15 días Según planificación anual “calendario 2020” de octubre a mayo.</p> <p>Grupo Lunes; Listado asistentes pertenecientes al grupo y autorización cesión datos personales del grupo, para compartir y pasarse información sobre usuarios del servicio. Listado de contactos; calendario de reuniones; Actas de las sesiones realizadas; Debido a Covid algunas sesiones se están haciendo por teams de manera favorable. Reviso ultimas sesiones de 31.05.20;</p> <p>Reviso atención individualizada; Planificación de visitas en agenda. Reviso agenda 2021.: Usuarios: BC evolutivo consulta de fecha 07.09.21, 25.08.21.....; SH consultas y evolutivo; 08.04.21;18.03.21. MAC consultas y evolutivo 08.07.21, 20.09.21, 28.09.21</p> <p><u>asesoría jurídica</u></p> <p>Asesoría jurídica; Contrato de fecha 01.06.18; Listado usuarios personas servicio y servicio; 10 personas en servicio 2014; En 2015 3 usuarios y en 2016 13 usuarios. En 2020 debido a la situación Covid se ha disminuido los servicios de asesoría jurídica Únicamente se han derivado a 3 usuarios. En 2021 no se ha derivado a ningún usuario a este servicio. Ha cambiado el enfoque a las incapacitaciones, ahora ya no se dan como tal y se ha definido un método abreviado que no necesita resolución judicial. Se definen medidas de apoyo específicas en base a las necesidades de la persona. Según Reforma ley 08/21 reforma legislación civil y procesal de las personas con discapacidad.</p> <p><u>TO individual y grupal</u></p> <p>Se realiza terapia individualizada y terapia grupal; se realiza valoración del usuario; Test Minimental de manera semestral,, 7 minutos, test strop. Valoración inicial de usuarios. En función de la valoración se asigna a un grupo. Calendario mensual de grupos. Reviso grupo 1 de mañana; Terapeuta Sarai Bayon; Existe una planificación “programa global de intervenciones”. Existe una planificación semanal de cada grupo a nivel de TO. Cuaderno de registro de actividades. Se realizan seguimientos semestrales de cada usuario; Reviso MC; PR seguimiento ultimo de junio 21, dic 20. Existe una tabla por usuario con el evolutivo anual en función de los seguimientos realizados.</p> <p><u>Centro de trabajo de C/ Manresa</u></p> <p><u>TO individual y grupal; Ficha de proceso de 25.05.15;Talleres estimulación de 02/01/20</u></p> <p>Registro de entrevista; Lista de espera; Valoración (En 2020 se cambia la valoración debido a que los usuarios cada vez llegan mejor: Minimental, Stropp, moca en deterioros leves, 7 minute) evaluación semestral; parte de incidencias; horarios; valoración de los enfermos. Valoración inicial de usuarios; Usuario CMP de 23.12.20 En función de la valoración se asigna a un grupo. Reviso grupo pequeño 2 de mañana; Terapeuta Aitor Piñero ; Existe una planificación “programa global de intervenciones”. Existe una planificación semanal de cada grupo a nivel de TO. Se registran las actividades a realizar “Cuadro semanal de registro de actividades” . Se registra al menos semanalmente evoluciones del día a día de cada usuario. Se realizan seguimientos semestrales de cada usuario (PAI, historia de vida, seguimiento semestral) ; Reviso CR de fecha agosto 21; Existe una tabla por usuario con el evolutivo anual en función de los seguimientos realizados.</p>
--	--

Nº: trabajo	214149	Fecha de informe:	5 November 2021	Auditoría:	RAU
CONFIDENCIAL		Formato:	GS0304-15(ES)	Ed.	8
				Pág. nº:	6 de 9

<p>7 APOYO</p>	<p>Conocimiento de la organización; AFA define en los distintos perfiles de puesto(se han definido de abogado, musicoterapia, TS, TO, Neuropsicologa.....) los conocimientos necesarios en cada puesto. Durante la acogida del nuevo personal hay un periodo de prueba (3 meses) en el cual el personal de nueva incorporación esta tutorizado.</p> <p>Plan de formación 20 (desfibrilador DEA y medidas preventivas Covid); Plan de formación 21(Formacion protección de datos (Rakel y Espe) y formación coach)</p> <p>Toma de conciencia. Todas son conscientes de la política, de los aspectos significativos asociados a su trabajo y su contribución a la eficacia del sistema y de las Implicaciones del incumplimiento.</p> <p>La comunicación y concienciación es muy fluida al ser pocos trabajadores . Se realizan reuniones de equipo mensual.</p> <p>Comunicaciones: COMUNICACIÓN EXTERNA: A CLIENTES Y/O DE LA ADMINISTRACIÓN</p> <p>Cuadro comunicaciones incluido en 7.4 del manual.</p> <p>Las comunicaciones se efectúan vía e-mail, carta, fax. La política se encuentra expuesta en la asociación. Comunicación y accesibilidad de la política a las partes interesadas y del seguimiento y evaluación de proveedores y subcontratas en la Web de la asociación.</p> <p>No hubo comunicaciones de la administración u otras partes interesadas relevantes.</p> <p>COMUNICACIÓN INTERNA</p> <p>Personal. Todo el personal del centro de trabajo, tiene una ficha de personal y unas funciones dentro del puesto de trabajo, aparte de tener un plan de formación.</p> <p>La comunicación dentro de la organización, también es satisfactoria y constante, lo que asegura un ambiente de trabajo óptimo para el desarrollo de las actividades.</p>
<p>7 APOYO</p>	<p>Infraestructuras:</p> <p>Plan Mantenimiento central / Menendez Pelayo.</p> <p>Cámara frigorífica para meriendas. Todo OK</p> <p>Mantenimiento de vehículos; Incluido en Plan de mantenimiento. Se dispone de 2 furgonetas (3809GVK) Últimas revisiones de SEPT 21(revisión taller y revisión ITV VALIDA HASTA DIC 21). 85965 kzY ULTIMA DE 08.10.21</p> <p>Revisión extintores realizada por Sercoin realizada febrero de 2021; Revisiones trimestrales realizadas internamente en Abril, Agosto, Octubre.</p> <p>Caldera; Contrato mantenimiento anual 06.04.2021 realizado por Cointra y revisión gas quinquenal; Última de 09.09.21.</p> <p>Plan de mantenimiento Manresa; Incluye</p> <p>Cámara frigorífica para meriendas. Todo OK</p> <p>Mantenimiento de vehículos; Incluido en Plan de mantenimiento. Se dispone de 1 furgonetas (0178 FWS y) Últimas revisiones de NOV 2020 (revisión taller y revisión ITV).</p> <p>Revisión extintores realizada por Caldera; realizado por Pevisat el 11.09.21 y revisión gas quinquenal; primera en 2024.</p> <p>No dispone de equipos de medición, incluido en manual.</p> <p>Sercoin realizada octubre de 2021; Revisiones trimestrales realizadas internamente en Abril, Agosto, Octubre.</p> <p>Listado de registros y documentos de fecha enero 20.</p>

Emplazamientos auditados

C/ Menéndez Pelayo, nº 9 Bajo, Logroño, La Rioja, 26002, ES

C/ Manresa nº 2 -4 26007 Logroño

Variaciones al Plan de Auditoría o al Programa de Auditoría

No aplica

Nº: trabajo	214149	Fecha de informe:	5 November 2021	Auditoría:	RAU
CONFIDENCIAL		Formato:	GS0304-15(ES)	Ed.	8
				Pág. nº:	7 de 9

Puntos no resueltos

No aplica

7. No conformidades

No conformidad	Nº x de x	<input type="checkbox"/> Mayor / <input type="checkbox"/> menor	
Departamento/ función	-	Norma /cláusula	-
Doc. de referencia	-	Edición / rev.	-
Descripción de la no conformidad			
Hallazgos			

Las No conformidades deben tratarse mediante el proceso de acciones correctivas de la organización y según los requisitos de la norma, incluyendo el análisis de causas y las acciones necesarias para evitar su reaparición, así como el mantenimiento de los registros oportunos. Además:

- NC Mayores: Se debe enviar al auditor jefe una propuesta de acciones correctoras antes de 30 días y antes de 90 días SGS realizará una visita extraordinaria de verificación para confirmar el cierre.
- NC Mayores: Se enviará al auditor jefe una propuesta de acciones correctoras antes de 30 días, posteriormente se remitirán los registros y evidencias demostrativas del cierre antes de 90 días.
- NC menores (iniciales, renovaciones, cambios): Se enviará al auditor jefe una propuesta de acciones correctoras antes de 30 días. En la próxima auditoría se realizará un seguimiento de las mismas.
- NC menores (iniciales, renovaciones y cambios): Se ha presentado al auditor jefe una propuesta de acciones correctoras con resultado satisfactorio. En la próxima auditoría se realizará un seguimiento de las mismas.
- NC menores (seguimientos sin cambio): No se requiere contestación. En la próxima auditoría se realizará un seguimiento de las mismas.
 - Estos plazos no son aplicables cuando exista un límite inferior más estricto, por ejemplo, la necesidad de evaluar y tomar una decisión sobre el expediente antes de expirar la fecha de validez del certificado.
 - El cierre de NC mayores y la respuesta a NC menores y su aceptación por el auditor jefe son requisitos para la emisión de un certificado.

Nº: trabajo	214149	Fecha de informe:	5 November 2021	Auditoría:	RAU
CONFIDENCIAL		Formato:	GS0304-15(ES)	Ed.	8
				Pág. nº:	8 de 9

8. Observaciones y oportunidades de mejora

No se requiere respuesta a las observaciones, estas deben considerarse como oportunidades de mejora del sistema. No obstante se comprobarán en la próxima auditoría por si alguna hubiera derivado en una no conformidad.

- 1) SE RECOMIENDA EN LAS VALORACIONES SEMESTRALES INCLUIR RECOMENDACIONES SOBRE ASPECTOS A TRABAJAR EN EL DOMICILIO.
- 2) SE RECOMIENDA MEJORAR, LA DEFINICION, EN EL APARTADO DE CONCLUSIONES DE LOS ASPECTOS A TRABAJAR.
- 3) SE RECOMIENDA VALORAR REALIZAR ALGUN TIPO DE SIMULACRO PARA VERIFICAR QUE LAS COPIAS DE SEGURIDAD SE REALIZAN DE MANERA ADECUADA.
- 4) SE RECOMIENDA EXTRAPOLAR EL PLAN DE ATENCION INDIVIDUALIZADO A LOS USUARIOS DE SOMOSIERRA

9. Asistentes a las reuniones de apertura y cierre

Nombre	Cargo / función	Reunión apertura	Reunión cierre
Esperanza Moraga Herce	Gerencia / calidad	x	x

10. Emplazamientos del certificado

C/ Menéndez Pelayo, nº 9 Bajo, Logroño, La Rioja , 26002, ES

C/ Manresa, nº 2, 4, Logroño, La Rioja , 26007, ES

Nº: trabajo	214149	Fecha de informe:	5 November 2021	Auditoría:	RAU
CONFIDENCIAL		Formato:	GS0304-15(ES)	Ed.	8
				Pág. nº:	9 de 9