

Informe de Auditoría Interna de los Sistemas de Gestión de Calidad, Medio Ambiente, Seguridad de la Información y Responsabilidad Social

Dirección de Gestión de Calidad y Medio Ambiente

Centro auditado:	BW – 0817 – Cerdanyola del Vallès
Responsable centro auditado:	Juan Ramón Fernández Zaragoza
Codificación informe:	ASG01-0817-P/2017

DOCUMENTO DE USO INTERNO Y EXCLUSIVO PARA EL PERSONAL DE ASEPEYO

El presente informe de auditoría es propiedad exclusiva de ASEPEYO. Queda prohibida, de forma total o parcial y por cualquier medio, su explotación, reproducción, divulgación, transmisión y/o distribución fuera del ámbito de la mutua.

1. DATOS GENERALES

Centro Auditado: Cerdanyola del Vallès

Dirección: Avenida de Catalunya 49, 08290 Cerdanyola del Vallès, Barcelona.

Responsable: Juan Ramón Fernández Zaragoza

Equipo auditor: Paz G. Prieto Martínez y Anna López Bueno

Fecha de la auditoría: 31 de Enero y 1 de Febrero de 2017

Actividades realizadas en el centro:

- Asistencia sanitaria AT
- Fisioterapia
- Radiodiagnóstico
- Gestión sanitaria ITCC
- Prevención
- Administración (todos los procesos exceptuando Afiliación y Cotización)

Tipo de auditoría: Auditoría Interna del Sistema de Gestión:

☒ Calidad ☒ Ambiental ☒ Seguridad de la información ☒ Responsabilidad Social

2. OBJETO DEL DOCUMENTO

El objetivo de la auditoría es determinar la conformidad del sistema de gestión calidad, medioambiental, seguridad de la información y responsabilidad social, definido e implantado en el centro. Los modelos de referencia son las normas UNE-EN ISO 9001, 14001, UNE ISO/IEC 27001 e IQNet SR10. En el transcurso de la auditoría se verifica documentación relativa al sistema de gestión de prevención de riesgos laborales.

Igualmente es objeto del informe la evaluación del cumplimiento de los requisitos legales, contractuales aplicables y objetivos propuestos por la Mutua. Cuando corresponda, se identificaran posibles áreas de mejora.

3. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

La documentación de referencia que se ha tenido en cuenta para la realización del presente informe, ha sido la siguiente:

- Norma UNE-EN ISO 9001:2015 Sistema de gestión de la calidad.
- Norma UNE-EN ISO 14001:2015. Sistema de gestión de medio ambiente
- Norma UNE ISO/IEC 27001:2014. de Gestión de Seguridad de la Información
- Estándar IQNet SR10:2015. Sistemas de Gestión de la Responsabilidad Social
- Documentación del Sistema de Gestión de Asepeyo: Manuales; circulares y Procedimientos publicados en INSTMAN

4. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Todas las actividades, documentos y elementos/funciones involucrados en el Sistema de Gestión de calidad, ambiental, de seguridad de la información y de responsabilidad del centro, así como lista de verificación de documentación PRL.

Los procesos que han sido objeto de auditoría, así como los controles de medio ambiente y de seguridad de la información y PRL, se indica en los anexos I, II, III, IV y V del presente informe.

Periodo cubierto: Enero 2015, hasta la fecha de auditoría.

5. METODOLOGÍA Y PERSONAL AUDITADO

Los resultados del informe provienen de la consulta de información a las diferentes direcciones funcionales, así como de la consulta de las aplicaciones corporativas, análisis de documentación y registros.

El informe describe las desviaciones de norma (NC), observaciones (OBS), oportunidades de mejora (OM) y puntos fuertes (PF), así como las evidencias, observaciones de licencias, permisos, autorizaciones, y conclusión del comportamiento con respecto a los sistemas auditados.

La detección de no conformidades implica la apertura de acción de mejora a través de la aplicación informática "acciones de mejora".

La verificación de documentación referente al sistema de PRL no dispone de análisis, ni propuesta de acciones de mejora, en este informe.

Las observaciones y oportunidades de mejora deben ser analizadas para evitar que puedan convertirse en no conformidades del sistema.

6. OBSERVACIONES / OPORTUNIDADES DE MEJORA

CC.PE.00. GESTIÓN PRESTACIONES ECONÓMICAS IT.CC

SUBPROCESO CCPE.02. COMPROBACIÓN DE REQUISITOS Y RECONOCIMIENTO PRESTACIÓN ECONÓMICA IT CC

- No se informa correctamente en Prestaciones 3.0. la fecha de entrada/envío de los acuses de recibo en los acuerdos enviados a pacientes y empresas. Dicha fecha debe ser la de recepción del acuerdo por parte del destinatario.
Evidencia (expedientes): 2502647, 2516859, 2520359.

SUBPROCESO CCPE.05. GESTIÓN INCOMPARECENCIAS A CONTROL SANITARIO.

- Puntualmente se evidencian dos expedientes en los que no se ha tramitado los acuerdos de extinción en menos de diez días hábiles desde la fecha de la cita.
Evidencia (expedientes): 2222138 (fecha cita 10/10/2016 y fecha acuerdo 26/10/2016) y 2502188 (fecha cita 24/11/2016 y fecha acuerdo 12/12/2016).

CATA.00 GESTIÓN Y TRAMITACION CESE DE ACTIVIDAD DE TRABAJADORES AUTÓNOMOS

- De manera puntual se detecta que el expediente *BW-00005-16-CT* supera el plazo de registro de cinco días desde la recepción. Asimismo, en el expediente *BW-00001-16-CT* se ha informado un motivo de cese en Rapsodia diferente al indicado por el autónomo en la solicitud de CATA.

TIC.05.SGSI. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD INFORMÁTICA

- El grado de lectura de algunos de los manuales que contienen la normativa en materia de Seguridad de la Información no es satisfactorio (<80%) (Datos del Informe de la DTIC a cierre de 2016):
 1. M1329- Normativa de Seguridad de la Información (52,63 %).
 2. M1273- Ejercicio de Derechos (52,63 %)
 3. P-038- Uso del Correo Electrónico e Internet (73,68%)
 4. M-1385 HC-Protocolo de solicitud y entrega de copias (sustituye a C-311) (63,16%)

RR.HH.00. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

- Respecto al Subproceso "Formación" se han detectado empleados que no han realizado los cursos de realización obligatoria, o los correspondientes a sistemas de gestión:
Evidencia:
 - *Empleado 4067: Gestión de residuos y buenas prácticas ambientales.*
 - *Empleado 24331 (nueva incorporación): Gestión de residuos y buenas prácticas ambientales, Seguridad de Sistemas de la Información, Prevención de Riesgos Penales, Formación específica sobre riesgos del centro y el puesto de trabajo y Sistema Gestión de la Calidad.*

PECP.00. GESTIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS POR CONTINGENCIA PROFESIONAL

SUBPROCESO PECP.01.01. Registro de partes A.T/E.P y RATS

- Se detectan Relaciones Sin Baja que no se han validado en un plazo de 10 días.
Evidencia: BW0094416SB, BW0087016SB, BW0081316SB y BW0080916SB.
- Se detectan casos de Enfermedad Profesional que no han sido informados en INEP dentro del plazo máximo de 3 días desde la baja. *Evidencia: BW004611600, BW007231600 y BW007831600 siendo estos dos últimos recaídas.*
Se recuerda que para que una recaída aparezca en la consulta de Chaman "CVN Enf. Profesional - Nuevos casos por centro", debe crearse una primera actuación de "Recaída EP" tal y como se especifica en el M-1229 Chaman: Manual de referencia para el usuario apartado 6. a15) Recaída EP.

SUBPROCESO CPSAN.02. VISITAS SUCESIVAS: ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS PROPIOS

- Se detectan varios casos del listado pendientes de alta de Chaman que tienen una próxima visita caducada en BW.
Evidencia: BW006981600, BD043511600, BV001571600, BQ000171700, BY000201700 y BC000251700.

SUBPROCESO SREL.00.GESTIÓN DEL SUBSIDIO POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL

- Puntualmente se detecta un caso en el que no se ha anexado la documentación del expediente en Chaman. *Evidencia: BW005911600.*

GAM.02. IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE REQUISITOS LEGALES

- No se encuentra colgada en un lugar visible la autorización sanitaria del centro asistencial con número de expediente: P-3154 de fecha 26/04/2016. La tenían localizada en formato papel.

GIE.00. GESTIÓN DE INSTALACIONES Y EQUIPOS

- No se ha podido evidenciar el Registro de control de fugas en la climatizadora. Únicamente constaba la etiqueta de las revisiones por ECA (la última revisión fue en 04/2016).

7. No conformidades

Nº	DESCRIPCIÓN	PUNTO NORMA			
		9001	14001	EMAS	27001
1	GIT.00. GESTIÓN Y CONTROL DE EQUIPOS Se detectan equipos registrados en ACME en los que no consta como realizado un mantenimiento preventivo ni anexado el informe de la operación. Asimismo, tampoco figura la fecha de un próximo mantenimiento. <i>Evidencia: N° dossier: 200005195, 200400239, 200409483, 200502758, 200701536, 201204146, 201204147, 201204164, 201204165, 201204166, 201204167, 4072 y 990380.</i> <i>En contra de lo especificado en el manual M-1325 Control y mantenimiento de equipamiento sanitario crítico en los Centros Asistenciales de ASEPEYO.</i>	6.3			
2	PCEP. 00. GESTIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS POR CONTINGENCIA PROFESIONAL Subproceso Registro de Partes AT/EP Se detectan casos en los que el mutualista no ha presentado el PAT o RATSB y no se ha remitido desde el centro la segunda reclamación con acuse de recibo. <i>N° historia (con baja): 00046629583, 00046736448, 00036579283, 00046813963. N° proceso (sin baja): 08172016004327, 08152016002448, 08172016004459, 08172016004321, 08102016006051.</i> <i>Referencia documental: Punto 5 del Manual M-1173 Declaración accidentes de trabajo.</i>	7.5			
3	GIE 00. GESTIÓN DE INSTALACIONES Y EQUIPOS Se detectan algunos casos en los que no guardan fotocopia en papel de los partes de trabajo de Mastertools firmados y sellados por parte del mantenedor y del centro asistencial. <i>Evidencia: Parte 52603 en fecha 10/11/2016, Parte 53683 en fecha 2/12/2016 y Parte 52602 en fecha 21/10/2016.</i> <i>Referencia documental: Circular C- 028/07.3 Mantenimiento de CCAA: Gestión General (Apartado gestión Mastertools por las delegaciones de Asepeyo)</i>	6.3			
4	GAM.00. GESTIÓN AMBIENTAL Los contenedores de residuos biosanitarios especiales (cortantes y punzantes) no se encuentran etiquetados tal y como se especifica en la legislación vigente. <i>Evidencia: Tres contenedores de cinco litros.</i> <i>Referencia documental: Real Decreto 833/88 de residuos peligrosos y M-1131 de Gestión de residuos.</i>		4.5.2 4.4.6		

Nº	DESCRIPCIÓN	PUNTO NORMA			
		9001	14001	EMAS	27001
5	GDR.00. GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS Se evidencian varios documentos que no disponen de sello de entrada del CA. <i>Evidencia:</i> • Documentación de pago delegado: BW002281600-A61895371, BW066051500-B61795043, BW000131600-B66076464 y BW048971500-B66478272. • Pagos directos AT: BW008021500 (falta sello en el certificado de empresa), BW008551600 (solamente constan los sellos de entrada de Terrassa), BW008971500, BW006831600. • SREL: BW005911600 • Pagos directos CC: 2529481 (falta el sello en el documento DNI) • Queja: L16070125 Por otro lado se evidencian dos quejas cuyo sello de entrada es de fecha posterior a la fecha de presentación informada en la aplicación SAU. <i>Referencia documental: C-135 Estudio devoluciones de IT por deducciones no realizadas en tiempo y forma por las empresas, Protocolo nº R-019/11.6 Solicitud Pago Directo AT, Protocolo nº R- 021/11.7 Solicitud Pago Directo CC, Protocolo nº R-015/11.8 Riesgo Durante el Embarazo y Manual nº M-1183.10 Reclamaciones y quejas... entre otros.</i>	4.2.4			
6	MC.02. GESTIÓN DE RECLAMACIONES, QUEJAS, INCIDENCIAS Y SUGERENCIAS Se evidencian dos quejas recibidas en el centro cuyo sello de entrada es de fecha posterior a la fecha de presentación informada en el aplicativo SAU (ambas fechas tienen que coincidir). <i>Evidencia: L16090076 y L16120048.</i> Asimismo se evidencian quejas recibidas en el centro en las que no se cumple el plazo de respuesta de cuatro días hábiles “en la realización del Informe Mutua. <i>Evidencia: L16070125 y L16090076.</i> <i>Referencia documental: Punto 3.3. del Manual “M-1183 Reclamaciones y quejas” y Protocolo nº R-001/11.5 “Recepción Quejas y Reclamaciones “Se anexará informe realizado por la dirección del centro asistencial, donde se contrasten los hechos aducidos en la reclamación o queja, en el plazo máximo de 4 días hábiles a contar desde el día siguiente al de la recepción de éstas”.</i>	7.2.3			

Nº	DESCRIPCIÓN	PUNTO NORMA			
		9001	14001	EMAS	27001
7	TIC.05.SGSI.01. IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS El cableado interior y exterior del rack no es adecuado. No existen medidas de control de acceso físico por cuanto el rack no dispone del panel lateral izquierdo. Por otro lado se ha evidenciado que el nuevo SAI no está operativo y se encuentra en el exterior del rack. No fue posible verificar si la sesión del MiniPacs se encontraba bloqueada ya que la pantalla no era accesible.  <i>Referencia documental: Apartado 4.1 (Medidas de seguridad en recursos especialmente protegidos) del Manual M-1329 Normativa de Seguridad de la Información.</i>				11.2.1 11.2.3
8	TIC.05.SGSI.01. IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS El contenedor de documentación confidencial no está precintado. El personal del centro accede a su contenido (sólo debe acceder el personal del proveedor). En contraposición a lo especificado en el contrato con el proveedor A-81597320: “los contenedores a utilizar en el depósito de la documentación confidencial a destruir, deberán <u>estar completamente cerrados</u> y cumplir con las medidas de seguridad de la norma UNE-EN 15713, punto 8 (pág 40...)” y “Todas las operaciones de recogida, carga y descarga de los documentos o sus contenedores, tienen que ser realizadas por el <u>personal debidamente autorizado</u> y fácilmente identificable (pág 41)”. <i>Referencia documental: Apartado 4.6 (Eliminación de soporte papel/informático) del Manual M-1329 Normativa de Seguridad de la Información.</i>				8.3.2

8. Evaluación de la auditoría

EVALUACIÓN DE LA AUDITORÍA		
Evaluación de la Auditoría	☐	Muy satisfactoria
	☒	Satisfactoria (9001, 14001, 27001 y SR10)
	☐	Necesita atención
	☐	Necesita mucha atención
	☐	Fuera de control
Conclusiones: De manera global se cumplen los procedimientos de actuación en relación a la prestación del servicio y soporte del mismo. El personal del centro conoce la operativa interna de la Mutua y la aplica correctamente. De manera puntual se detecta una desviación en la segunda reclamación de PAT/RATSB, así como otras incidencias en el control de posibles riesgos de seguridad de la información y del comportamiento ambiental.		

Las No Conformidades han sido aclaradas y entendidas.

- Este informe se da por TERMINADO y ACEPTADO. Antes de su publicación en la INTRANET ha sido consensuado con el director del centro.

ANEXO I: Observaciones sobre el estado de autorizaciones y mantenimientos reglamentarios

- **Licencias de actividad:**
 - Expedida por el ayuntamiento de Cerdanyola del Vallès, 12 Junio 2006, Expediente número: 2004LAM32 y Número registro: 2006/9676.
 - Licencia sanitaria Autorización sanitaria nº EXP: P-3154 en fecha 26/04/2016.
- **Instalaciones de Radiodiagnóstico:**
 - Inscripción en el registro – Referencia Rx 06/11/2000 - Nº:B/1740/00
 - Control de calidad por UTPR con fecha de 26/11/2015 realizado por INFOCITEC.
 - Programa de protección radiológica y programa de garantía de calidad: Revisado por la UTPR: INFOCITEC Fecha 03/06/2013. Conforme.
 - Envío del informe de calidad y dosimetrías a CSN en fecha 31/03/2016
- **Instalaciones de climatización:**
 - Certificado de mantenimiento de instalaciones térmicas expedido en 2016 por la empresa llerfred fecha 01/02/2016.
 - Autorizada con Nº Inscripción: RASIC-250023524
- **Instalación de baja tensión:**
 - Dispone de certificado de mantenimiento de la instalación con fecha Mayo 2016. Validez 1 año
 - Traver Elctric SL número de autorización REIE-08-200192
 - Certificado de inspección por OCA (ECA) con fecha 14/03/2013 válida hasta 14/04/2018 sin defectos.
- **Instalación contra incendios:**
 - TÈNICS EN SEGURETAT I FOC SL Nº de Inscripción como empresa autorizada: RECI 080148824
 - Certificado anual de revisión 20/04/2016 Favorable, validez de 1 año
- **Gestión de residuos:**
 - Inscripción como productor de residuos peligrosos S-20149.1
 - Autorización de TMA como Transportista de residuos con nº T-099 y código NIMA 0800525084 para residuos peligrosos y no peligrosos.
 - Autorización de TMA como gestor de residuos peligrosos con nº E-1279.1
 - Se evidencia presentación de Estudio de Minimización de Residuos 2013-2017 ante la Agencia de Residus de Catalunya, con sello de Asepeyo en el acuse del 18/09/2013
 - Informe anual de Residuos peligrosos presentado con acuse de recibo del 09/02/2016.
 - El centro dispone de libro oficial de la Comunidad Autónoma para el registro de residuos peligrosos, con número 0914.

ANEXO II: Procesos

RESUMEN POR PROCESOS							
PRESTACIÓN DE SERVICIOS			Vdo	NC	Obs	PF	NA
CONTINGENCIAS PROFESIONALES							
CPSAN.00	Gestión de la Asistencia Sanitaria por C. Profesional	☒	☐	☐	☐	☐	
PECP.00	Gestión de Prestaciones Económicas	☒	☒	☒	☐	☐	
GSP 01	Gestión de Solicitudes de Prestaciones Especiales	☒	☐	☐	☐	☐	
CONTINGENCIAS COMUNES							
CC.PE.00	Gestión de Prestaciones Económicas	☒	☐	☒	☐	☐	
CCSAN.00	Control y Seguimiento Sanitario ITCC	☒	☐	☐	☐	☐	
GESTIÓN DE MUTUALISTAS							
GDC 00	Gestión de Colaboradores	☐	☐	☐	☐	☐	
AFI.00	Afiliación	☐	☐	☐	☐	☐	
COTI.00	Cotización	☐	☐	☐	☐	☐	
AMU.00	Atención al Mutualista / Usuario	☒	☐	☐	☐	☐	
MC.02	Gestión Reclamaciones, quejas, incidencias y sugerencias	☒	☐	☐	☐	☐	
CATA.00	Cese de Actividad Trabajadores Autónomos	☒	☐	☒	☐	☐	
GAP.00	Gestión de Actividades Preventivas	☒	☐	☐	☐	☐	
GCM.00	Gestión de Cuidado de Menor con Enfermedad Grave	☒	☐	☐	☐	☐	
PROCESOS DE SOPORTE			Vdo	NC	Obs	PF	NA
AJ.00	Asesoramiento Jurídico	☐	☐	☐	☐	☐	
GH.00	Gestión Hospitalaria	☐	☐	☐	☐	☐	
SAS.00	Soporte de la Asistencia Sanitaria	☒	☐	☐	☐	☐	
GIT.00	Gestión y Control de Equipos	☒	☒	☐	☐	☐	
GIE.00	Gestión de Instalaciones y Equipos	☒	☒	☒	☐	☐	
COM.00	Gestión de la Comunicación y la Divulgación	☒	☐	☐	☐	☐	
RR.HH.00	Gestión de Recursos Humanos	☒	☐	☒	☐	☐	
COMP.00	Gestión de Compras y Contratación	☒	☐	☐	☐	☐	
GDR.00	Gestión de la Documentación y los Registros	☒	☒	☐	☐	☐	
PROCESOS DE MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA			Vdo	NC	Obs	PF	NA
SYM.00	Seguimiento y Medición	☒	☐	☐	☐	☐	
MC.00	Mejora continua	☒	☒	☐	☐	☐	

ANEXO III: Controles de Gestión Ambiental

RESUMEN DE CONTROLES DE GESTIÓN AMBIENTAL (ISO 14001)							
Punto Norma		Vdo.	NC	Obs.	PF	NA	
GESTIÓN AMBIENTAL							
Punto 4.2	Política de Medio Ambiente	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.3	Objetivos y metas	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.1	Aspectos ambientales	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.5.2	Evaluación del cumplimiento legal	☒	☒	☐	☐	☐	
Punto 4.4.7	Preparación y respuesta ante emergencias	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.2	Autorización para la producción de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.2	Comunicación con la administración, referente a la gestión de residuos peligrosos	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.2	Autorización del transportista/gestor de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.2	Documento de aceptación de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.2	Estudio de Minimización	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.2	Registro de los residuos (Libro oficial)	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.3.2	Registro de los residuos (aplicación informática "Gestión de residuos")	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.4.3	Comunicación	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.4.6	Segregación de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	
Punto 4.4.6	Etiquetado de residuos	☒	☒	☐	☐	☐	
Punto 4.4.6	Almacenamiento de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	

ANEXO IV: Controles de Seguridad de la información

RESUMEN DE CONTROLES DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN (ISO 27001)						
	Vdo	NC	Obs	PF	NA	
SEGURIDAD FÍSICA						
Existe alarma antiintrusión.	☒	☐	☐	☐	☐	
¿Los códigos se cambian periódicamente? (Rotación personal externo)	☒	☐	☐	☐	☐	
Existe alarma contraincendios en los archivos de documentación (sensores).	☒	☐	☐	☐	☐	
Existe sistema de videovigilancia (CCTV). En caso afirmativo:	☒	☐	☐	☐	☐	
¿Existe en el oportuno letrero LOPD? (ver manual M-1247)	☒	☐	☐	☐	☐	
¿Se graban las imágenes captadas? En caso afirmativo, ¿qué antigüedad tienen (antigüedad máxima permitida 1 mes)?	☒	☐	☐	☐	☐	
Las imágenes captadas, ¿en alguna ocasión las han solicitado o visualizado personal ajeno a la empresa de seguridad?	☒	☐	☐	☐	☐	
Existe personal externo (seguridad, limpieza) que dispone de las llaves del Centro (Horarios).	☒	☐	☐	☐	☐	
Existe registro de visitas al centro realizado por el personal de seguridad externo y/o propio (registro DNI).	☒	☐	☐	☐	☐	
¿Se producen accesos en horario fuera de oficina?	☒	☐	☐	☐	☐	
¿Los códigos se cambian periódicamente? (Rotación personal externo)	☒	☐	☐	☐	☐	
AREA CONFIDENCIALIDAD INFORMACIÓN						
Indicar el número de destructoras de papel que hay en el Centro (cantidad).	☒	☐	☐	☐	☐	
Ubicación destructora de papel.	☒	☐	☐	☐	☐	
Existe destructora de CDs.	☒	☐	☐	☐	☐	
Contenedores de reciclaje de papel.	☒	☒	☐	☐	☐	
Existen medidas de control acceso físico al archivo Historias Clínicas (cerradura con llave, cerradura electrónica, etc.).	☒	☐	☐	☐	☐	
¿El archivo de Historias Clínicas se encuentra compartido con otro material?	☒	☐	☐	☐	☐	
Política de "mesas limpias" (ausencia de documentos en mesas, ni impresoras compartidas, ni lugares públicos), especialmente en el área de admisión.	☒	☐	☐	☐	☐	
Confidencialidad en el área médica, urgencias (aislamiento acústico, conversaciones telefónicas, consultas médicas)	☒	☐	☐	☐	☐	
¿La orientación de las pantallas de los equipos evita la visualización de la misma por personal no autorizado? (Básicamente rehabilitación y mesas orientadas al exterior (fachada vidrio)	☒	☐	☐	☐	☐	
Existe un uso generalizado del salvapantallas en los equipos del Centro (F11).	☒	☐	☐	☐	☐	

RESUMEN DE CONTROLES DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN (ISO 27001-continuación)

	Vdo	NC	Obs	PF	NA
AREA DISPOSITIVOS TIC Y SISTEMA DE RADIOLOGÍA DIGITAL					
Indicar la cantidad de armarios informáticos (racks) principales (si es posible fotografía).	☒	☐	☐	☐	☐
Indicar la cantidad de armarios informáticos (racks) secundarios del Centro.	☒	☐	☐	☐	☐
El(los) rack(s) está(n) ubicado(s) en una lugar de acceso restringido.	☒	☐	☐	☐	☐
La ubicación del rack es compartida? (material oficina, limpieza, etc.)	☒	☐	☐	☐	☐
¿El acceso al interior de los racks del Centro está restringido (puerta cerrada y llave custodiada)?	☒	☐	☐	☐	☐
El cableado interior y exterior del rack es adecuado.	☒	☒	☐	☐	☐
Existe SAI (operativo).	☒	☐	☐	☐	☐
Existe miniPACS.	☒	☐	☐	☐	☐
¿La sesión del MiniPacs se encuentra bloqueada?	☒	☐	☐	☐	☐
Si el miniPACS no está en el interior del rack, ¿Se encuentra ubicado en una zona de acceso restringido?	☒	☐	☐	☐	☐
AREA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO LEGAL					
Existencia de letreros LOPD en las mesas de atención al público (consultas médicas, admisión, etc.).	☒	☐	☐	☐	☐
AREA SEGURIDAD LÓGICA					
Existencia de usuarios externos (trabajadores sociales, personal en prácticas, etc.) con acceso a los Sistemas de Información.	☒	☐	☐	☐	☐
Contenido del servidor del Centro (P: y U:).	☒	☐	☐	☐	☐
Accesos Chaman (usuarios bloqueados)	☒	☐	☐	☐	☐
Accesos Internet (media mensual)	☒	☐	☐	☐	☐
AREA LOPD: EJERCICIO DE DERECHOS					
Solicitudes ARCO pendientes	☒	☐	☐	☐	☐
Solicitudes resueltas sin documento anexo (cantidad).	☒	☐	☐	☐	☐
AREA COMUNICACIÓN NORMATIVA DE SEGURIDAD					
Realización del curso virtual en materia de Seguridad y LOPD.	☒	☐	☒	☐	☐
Lectura Normativa Seguridad de la Información del Centro.	☒	☐	☐	☐	☐

ANEXO V: Seguimiento del Dossier de Prevención

SEGUIMIENTO DOSSIER DE PREVENCIÓN 1		
2. Plan de Prevención en Asepeyo ☒ - Hoja del centro del Plan Operativo	Fecha 22/12/2016	Observaciones: Hoja de datos 2017 del centro publicada en la intranet
3. Listado de trabajadores y horario actualizado ☒	Fecha 12/05/XXXX	Observaciones: Hay tres listados pero no es visible el año, no está actualizado ya que falta el empleado 24331.
4. Evaluación de Riesgos. ☒	Fecha 11/02/2016	Observaciones: Publicada en @dossier Referencia 0817/00014607/ER
5. Planificación de la actividad preventiva. ☒	Fecha 11/02/2016	Observaciones: Publicada en @dossier Referencia 0817/00014674/PA
6. Evaluación de Riesgos Específicos (p.ej. estudios ergonómicos, psicosociales, mediciones higiénicas, etc.). ☒ Informe sobre factores psicosociales, con referencia 0817/00013876/PS	Fecha 16/09/2016	Observaciones: Publicada en @dossier
7. Seguimiento de la actividad preventiva ☒ - Registro de actuaciones preventiva ☒ - Verificación de la eficacia.	Fecha 2013 Fecha 23/07/2014	Observaciones: Anterior a seis meses Observaciones: Publicada en @dossier
8. Emergencias ☒ - Informe Medidas de Emergencia. ☒ - Certificados de Formación Emergencias ☒ - Informe Simulacro de Emergencias.	Fecha 11/02/2016 Fecha 13/12/2004 Fecha 02/02/2016	Observaciones: Publicada en @dossier Referencia 0817/00014621/ME Observaciones: Publicada en @dossier Observaciones: En @dossier el último publicado es el de Emergencia sanitaria. Referencia 0817/0014701/IM
Nº trabajadores del centro: 17 Nº trabajadores con algún certificado: 0 (no se ha mostrado evidencia en el centro asistencial)		
9. Certificados de Información y formación a los trabajadores ☒	Observaciones: Justificante de entrega de Información de la evaluación de riesgos de 03/2016. Registro referencia ER-RE-001 en el que constan 13 trabajadores.	

SEGUIMIENTO DOSSIER DE PREVENCIÓN 1 (continuación)

10. V.S. a los trabajadores

☒	- Planificación de V.S.	Fecha 27/03/2015	Observaciones: Publicada en @dossier
☒	- Informe Global Resultados Exámenes de Salud (Carta de Empresa).	Fecha 05/08/2016	Observaciones: Publicada en @dossier Referencia 08.00173927.28.0111.0
☒	- Cartas de Aptitud Individual: exámenes de salud iniciales, notificaciones embarazo del registro de situaciones, y exámenes de salud específicos no planificados.	Fecha 10/06/2013	Observaciones: Varios por trabajador el año 2013

11. Registro incidentes / accidentes / EE.PP

☒	- Relación accidentes sin baja médica.	Fecha 10/01/2014	Observaciones: Publicada en @dossier Correspondiente al mes 12/2013.
☒	- Registro notificación accidentes con baja.	Fecha 10/02/2015	Observaciones: Publicada en @dossier Incidente del 12/08/2014.
☒	- Partes de accidente de trabajo y/o EE.PP.	Fecha 16/02/2015	Observaciones: En @dossier el último es EP. Fecha de baja 11/02/2015. Referencia S150200233
☒	- Informe investigación de incidentes, accidentes y EE.PP.	Fecha 23/02/2015	Observaciones: Publicado en @dossier. Corresponde a la notificación del accidente con baja del 12/08/2014.

12. Comunicado de riesgos.

☒	Observaciones: En este caso no se encuentra documentación en @dossier. No ha habido ninguna comunicación.
-------------------------------------	---

SEGUIMIENTO DOSSIER DE PREVENCIÓN 2

13. Autorización sanitaria de la Comunidad instalación sanitaria*.

☒	Fecha	Observaciones: No aparece anexada en @dossier.
-------------------------------------	--------------	--

14. Registros de mantenimiento de las instalaciones.

☒	- Equipos contra incendios.	Observaciones: TÈCNICS EN SEURETAT I FOC DL. Nº de Inscripción como empresa autorizada: RECI 080148824 Certificado anual expedido 20/04/2016
☒	- Instalación eléctrica.	Observaciones: TRAVER ELECTRIC SL. Nº autorización: REIE-08-200192, certificado anual con fecha Junio 2016 de la revisión realizada en Mayo 2016. Satisfactorio. Certificado realizado por ECA el 14/03/2013 válido hasta 14/04/2018.
☒	- Aparatos de climatización (limpieza, prevención legionela, etc.).	Observaciones: ILERFRED SL. Nº inscripción: REITE-250023524. Certificado anual del 01/02/2016.
☐	- Aparatos a presión.	Observaciones: No procede
☐	- Otras instalaciones sometidas a reglamentación específica	Observaciones: No procede

SEGUIMIENTO DOSSIER DE PREVENCIÓN 2 (continuación)

15. Equipos de Protección Individual

☐	- Listado de los E.P.I.	Observaciones: No se muestra evidencia en el centro.
☐	- Folleto informativo de los E.P.I.	Observaciones: No se muestra evidencia en el centro.
☒	- Justificantes de entrega de los E.P.I.	Observaciones: 02/01/2013. Joan Amigó Amargós (y otros anteriores)

16. Residuos sanitarios*

☒	- Contrato actualizado residuos sanitarios.	Fecha Vigente en máximo	Observaciones: Contrato Tratamiento Residuos TMA C00081/170616-6 RD 180/2015
-------------------------------------	---	-----------------------------------	--

17. Productos químicos*

El equipo de RX ¿es digital? ☒ Sí ☐ No
Si la respuesta es NO, cumplimentar los siguientes apartados:

☐	- Fichas de datos de seguridad de productos químicos.	Observaciones:
☐	- Contrato de gestión de residuos químicos.	Fecha Observaciones:

18. Equipos de Trabajo

☒	- Listado de Equipos.	Observaciones: En aplicación ACME
☒	- Registros de mantenimiento de los equipos.	Observaciones: No constan en ACME ya que los equipos no tienen responsable asignado
☒	- Declaraciones de conformidad de los equipos con marcado CE.	Observaciones: Gafas de seguridad. CAGO Photochemisches Werk GmbH

19.

☒	- Inscripción registro instalaciones de radiodiagnóstico.	Fecha 06/11/2000	Observaciones: Nº Registro: B/1740/00
☒	- Certificado de Control de Calidad anual	Fecha 30/12/2015	Observaciones: Realizado por UTPR: INFOCITEC.
☒	- Informe anual.	Fecha 31/03/2016	Observaciones: Enviado por la DIE
☒	- Acreditación del personal (títulos y actualizaciones).	Observaciones: Víctor Manuel Ortiz Morillas 28/12/2010 Concepción Ollé García 12/04/1994 Inmaculada Serratusell Torregrossa 30/11/2002 Carlos Gil Serrablo 30/11/2007 Miguel Gifreu Sánchez 10/05/2007 (Director de la instalación)	

SEGUIMIENTO DOSSIER DE PREVENCIÓN 3

20. Coordinación de Actividades Empresariales.

- ☒ - Listado de empresas externas.
- ☒ - Contratos
- ☒ - Listado de trabajadores.
- ☒ - Certificados de formación de los trabajadores externos.
- ☐ - Registro de la entrega a la empresa, de información de los riesgos específicos del puesto / lugar de trabajo.
- ☒ - Evaluación de riesgos específicos y medidas preventivas de los trabajos contratados.
- ☐ - Certificados de acreditación de realización de las actividades de Vigilancia de la salud.
- ☐ - Notificaciones de incidencias.

Observaciones:

Máximo

Observaciones:

Máximo

Observaciones:

Listado no actualizado de empresas y trabajadores.
Empresa de limpieza: ISS
Empresa de electricidad y mantenimiento: Traver
Personal de seguridad

Observaciones:

ISS: Laura Pérez de la Cruz Torrentera (no consta el certificado de formación)

Observaciones:

No consta

Observaciones:

Sí, de fecha 13/05/2014

Observaciones:

No consta

Observaciones:

No se muestra evidencia

21. Coordinación de Actividades con ETT Empresas de Trabajo Temporal

- ☐ - Listado de trabajadores.
- ☐ - Certificados de formación.
- ☐ - Registro de la entrega a la empresa, de información de los riesgos específicos del puesto / lugar de trabajo.
- ☐ - Descripción de las tareas realizadas.
- ☐ - Certificados de acreditación de realización de las actividades de Vigilancia de la salud.
- ☐ - Notificación / Investigación de Accidentes.

Observaciones:

Observaciones:

Observaciones:

Observaciones:

Observaciones:

Observaciones:

22. Documentación Reuniones comité / delegados de prevención

- ¿Hay Comité o delegados de prevención en su centro? ☐ Sí ☒ No
- ☒ - Elección de los Delegados por parte de los trabajadores / Acta de Constitución del Comité de Seguridad y Salud.
 - ☒ - Actas reuniones del CSS.
 - ☐ - Otra documentación relacionada.

Observaciones:

No procede

Observaciones:

En @dossier: 19/11/2009. 0817 22.20 Acta Nº6 CSS

Observaciones:

23. Actas / Comunicaciones a la autoridad laboral.

- ☐ **Observaciones:**