

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

Dirección de Calidad

Centro auditado:	BG – Mollet del Vallès – 0814
Responsable centro auditado:	Juan Fco. Fernández Álvarez
Codificación:	ASG10-0814-P/2018

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: Mollet del Vallès

Dirección: AV/ de Jaume I, 190, 08100 Mollet del Vallès, Barcelona

Responsable: Juan Fco. Fernández Álvarez

Equipo auditor: MariLuz Manzanares Resino y Anna López Bueno

Fecha de la auditoría: 21 y 22 Marzo de 2018

Actividades realizadas en el centro:

- Asistencia sanitaria AT
- Fisioterapia
- Radiodiagnóstico
- Gestión sanitaria ITCC
- Prevención
- Administración (todos los procesos)

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 2017, 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. PUNTOS FUERTES

GAM.00. GESTIÓN AMBIENTAL

El Centro Asistencial realiza un registro exhaustivo de envases, bricks y residuos sin segregar de manera diaria. Una vez al mes, el Director del CA introduce todos los registros en la aplicación de gestión de residuos.

7. OBSERVACIONES / OPORTUNIDADES DE MEJORA

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

- De manera puntual, se detecta un expediente en los que no se han anexado los acuerdos firmados de empresa y trabajador en Prestaciones 3.0.
Evidencia: nº de prestación 3019984
- Se evidencian dos casos de incomparecencia a visita médica por Contingencias Comunes en los que la fecha de emisión del Acuerdo de Extinción supera el plazo de diez días naturales desde la fecha de la incomparecencia.
Evidencia: nº de prestación 2847135 y 2899184.

CPSAN.00. GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR C. PROFESIONAL

SUBPROCESO VISITAS SUCESIVAS. ASISTENCIA SANITARIA MEDIOS PROPIOS

- Se detectan expedientes sin próxima actuación o con la actuación caducada. En muchos de los casos, la actuación aparece caducada en los episodios de Sant Cugat.

Esta incidencia no se clasifica como una No Conformidad al evidenciarse la mejora respecto la muestra analizada previamente a la situación verificada durante la visita.

Se recuerda que el listado de pendientes de alta debe repasarse de manera diaria.

Evidencia: Listado de pendientes de alta del 19/02/2018: BG008201700, BQ003731700, BF003071600, BF003551700, BN000591800, BG001191800...

- En fecha de la auditoría, 21/03/2018, y de manera puntual, se detecta un caso con Fecha Probable de Alta caducada en más de siete días. Recordamos que se debe continuar controlando este campo para que no se caduque.
Evidencia: BS001851800.
- Se realiza un análisis de los partes de confirmación impresos desde inicios de 2018 hasta la fecha de la de consulta 22/02/2018. Se evidencia que el 15,64% de los expedientes no tienen todos los partes de confirmación impresos.

SUBPROCESO CONTROL Y SEGUIMIENTO SANITARIO DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR C.P.

- Se detectan expedientes en los que no se ha realizado la actuación "Informe Comité Prestaciones" en el plazo establecido de 60 días.
Evidencia: BG002271600, BG007641600 y BG002041700.

CCSAN.00. CONTROL Y SEGUIMIENTO SANITARIO IT.CC.

SUBPROCESO CCSAN.02. VISITA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO MÉDICO

- Se detectan expedientes sin próxima actuación o con la actuación caducada. En la gran mayoría de los casos, la actuación aparece caducada en los episodios de ZZICAM.
Se recuerda que el listado de pendientes de alta debe repasarse de manera diaria.
Evidencia: Listado pendientes de alta del 09/03/2018: BG000021800E, BG002521700G, BG011661800G, BG038871603G, BG050601600G, BG007231700G, BQ024111600G...
- Se evidencian casos pendientes de alta que el médico responsable asignado no corresponde al médico que se encuentra físicamente en el Centro Asistencial. Debido a este error, dichos casos quedan pendientes de seguimiento sanitario.
Evidencia: BJ072891601G, BV049251700G, BY039151700G, BJ080761700G y BG036971700G.

PECP.00. GESTIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS POR CONTINGENCIA PROFESIONAL

SUBPROCESO REGISTRO DE PARTES A.T/E.P y RATSB

- De manera puntual, se detecta un caso que no se ha enviado la 2ª reclamación con acuse de recibo y todavía no se ha recibido la RATSB.
Evidencia: 14269215S

Se recuerda que, tal y como indica el M-1173, se deben remitir las reclamaciones de los correspondientes partes de accidente y relaciones sin baja en el plazo establecido y con acuse de recibo.

- Se detecta un caso de Enfermedad Profesional que no ha sido informados en INEP dentro del plazo máximo de tres días desde la baja y que además no se ha informado el cierre del mismo en los cinco días posteriores al alta.
Evidencia: BG005851700.

Se recuerda que, con el fin de evitar que quede ningún caso sin declarar o que se realice fuera de plazo, es necesario que los tramitadores de los centros asistenciales con una periodicidad mínima de dos veces por semana, ejecuten la consulta de Chaman "CSHIC- EP POR SECTOR (F.APERTURA+SECTOR)" para conocer los nuevos expedientes diagnosticados desde cualquier centro por esta contingencia.

SUBPROCESO GESTIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS POR AT/EP

- De manera puntual, se detecta un expediente de pago directo en el que no se evidencia fotocopia del DNI del lesionado.
Evidencia: BG006881700

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

- Puntualmente no se han anexado en Chaman la documentación obligatoria de dos casos de SREL.
Evidencia: BG000081700 y BG000201700.

- Se detectan dos expedientes que han sido cerrados de forma incorrecta al no coincidir la fecha de extinción informada en INSL con los datos de extinción de CExSIL.
Evidencia: BG000081700 y BG005181700.
Asimismo se evidencia un expediente en el que no se ha realizado la extinción en Chaman.
Evidencia: BG000191700.

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

- Se detectan solicitudes ARCO pendientes de recoger y que no han sido registradas en el aplicativo informático.
Evidencia: 48037006W (F. entrada 23/01/2018) y 53122161G (F. entrada 02/03/2018)
- 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 del 3^{er} trimestre 2017):
 1. M-1273 - Ejercicio de Derechos (50%)
 2. M-1385 - HC-Protocolo de solicitud y entrega de copias (66,67%)

GCM.00. GESTIÓN DE CUIDADO DE MENOR CON ENFERMEDAD GRAVE

- Se evidencian tres expedientes de Cuidado del Menor en los que no se había informado la fecha de extinción en INSL. Durante la auditoría, se subsana la incidencia.
Evidencia: BG007301600, BG001781700 y BG004061700.

MC.02 GESTIÓN DE RECLAMACIONES, QUEJAS, INCIDENCIAS Y SUGERENCIAS

- No se evidencia el cartel informativo colgado en un lugar visible del Centro Asistencial conforme disponen de hojas de reclamación a disposición del usuario
- Se evidencia una queja en la que no se cumple el plazo de respuesta de cuatro días hábiles en la realización del Informe Mutua.
Evidencia: C17100173

GSP.01. GESTIÓN DE SOLICITUDES DE PRESTACIONES ESPECIALES

- No se ha informado la totalidad de los casos incluidos en la vista "Casos Cargados" en el aplicativo Prestaciones Especiales. Durante la auditoría se subsana esta incidencia.
Evidencia: 36565923V, 26321759F, 43698043K, 31214680T...

Se recuerda que los casos propuestos por la Dirección de Prestaciones a través de la "C-156/12 - Propuesta de casos a solicitar ayudas sociales" deben trabajarse y asignarles en el campo "Código del aplicativo" el resultado.

SAS.00. SOPORTE A LA ASISTENCIA SANITARIA

- Se evidencian cuatro medicamentos caducados, tres en consultas médicas y uno en la nevera.
Evidencia: Dos Clorhexidina (julio 2017), Yurelax (septiembre 2016) y Titanlíz (septiembre 2017)
- De manera puntual, se detectan varios días en los que no se ha registrado las temperaturas de la nevera o solamente se ha registrado una vez.
Evidencia: 02/02/18, 03/10/17 29/09/2017, 26/09/17, 04/08/17 y 03/04/17.

GAM.00. GESTIÓN AMBIENTAL

- Con fecha 30/11/2017 se realiza un simulacro de incendio pero no se simula la secuencia de gestión de los residuos derivados del mismo.
- No consta la ficha de seguridad de un producto químico. Durante la auditoría, se solicitó la ficha de seguridad a la empresa de limpieza, quedando subsanada la incidencia.
Evidencia: Vitral Plus.
- A pesar de que el indicador de consumo de papel se encuentra por debajo del valor objetivo, este empeora un 35,89% respecto al mismo periodo que el año anterior.

GIE.00. GESTIÓN DE INSTALACIONES Y EQUIPOS

- No se evidencia el registro de fugas de gases refrigerantes de la instalación de climatización. Para este aspecto existe una acción de mejora transversal para toda la organización.

GIT.00. GESTIÓN Y CONTROL DE EQUIPOS

- Se recuerda la obligatoriedad de registrar en el campo de observaciones del aplicativo “Registro de mediciones y marcadores” cada una de las mediciones de los esfigmomanómetro del CA.

8. NO CONFORMIDADES

Nº	DESCRIPCIÓN	PUNTO NORMA				
		9001	14001	EMAS	27001	IQNet
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. <i>Evidencia: 200005200, 200102154, 200303321, 200303322, 200504344, 200602133, 201700052...</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				8.2.1.
2	CPSAN.00. GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR C. PROFESIONAL SUBPROCESO PRIMERA VISITA: ASISTENCIA SANITARIA Y DETERMINACIÓN DE CONTINGENCIA Se detectan expedientes en los que la cumplimentación de la actuación DECO en Chaman no cumple el plazo establecido por la Dirección de Prestaciones para su registro (4 días). <i>Evidencia: BG004551600, BG850081700, BG850201700, BG000551600 y BG004111700.</i> Asimismo se detecta un expediente en el que no se ha creado y cumplimentado la correspondiente actuación DECO en el episodio de Chaman. <i>Evidencia: BG850181700.</i> <i>En contra de lo especificado en C-223/14, C-219/14 y M-1229. Chamán. Manual de referencia para el usuario.</i>	8.5				8.2.1.
3	CPSAN.00. GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR C. PROFESIONAL SUBPROCESO VISITAS SUCESIVAS. ASISTENCIA SANITARIA MEDIOS PROPIOS Se detectan expedientes en los que no están correctamente informadas las actuaciones de Fisioterapia. No consta en ninguno de ellos la escala EVA y en algunos procesos tampoco la valoración muscular y/o articular: <i>Evidencia:</i> - Valoración inicial de fisioterapia: BG007271700, BG002271600, BX013681700 y BQ006351700. - Valoración sucesiva de fisioterapia: BX013681700 y BQ006351700. - Valoración final de fisioterapia: BG007271700, BH000011800, BG002271600, BX013681700, BF001141700 y BQ006351700. <i>En contra de lo especificado en la C-137/17 Registro de la Historia Clínica en Fisioterapia.</i>	8.5				8.2.1.

Nº	DESCRIPCIÓN	PUNTO NORMA				
		9001	14001	EMAS	27001	IQNet
4	GDR.00. GESTIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS Se evidencian varios documentos de pagos directos de CP que no disponen de sello de entrada del Centro Asistencial. <i>Evidencia:</i> BG005961700, BG006881700, BG002631700, BG006911700, BG001851700, BG004201700, BG002271600, BG004391600, BG000061700, BG000091800 y BG001241700. Asimismo, se evidencian documentos de pagos directos de SREL que tampoco disponen de sello de entrada. <i>Evidencia:</i> BG000081700 y BG000201700. <i>Referencia documental:</i> De forma generalizada en diversos manuales y circulares.	8.5				8.2.1.
4	PG.00. PLANIFICACIÓN DE GESTIÓN En los meses de Agosto de 2017 y Febrero 2018 no se realizó comité sectorial. Asimismo tampoco constan anexadas en el aplicativo las actas de los meses Julio, Septiembre y Diciembre de 2017 y el mes de Enero de 2018. En el acta de Octubre 2017 no consta el análisis de las desviaciones de los Indicadores Operativos ni los acuerdos para reconducir su tendencia. No se ha podido evidenciar el análisis de algunos de los puntos del acta ya que no están completados, ni de la documentación a estudiar en el mismo (listados de pendientes de alta, casos con fecha probable de alta caducada...). <i>En contra de lo especificado en el M-1428 Guía Comités Centro Asistencial y Acta.</i>	8.5				8.2.1.
5	CC.PE.00. GESTIÓN PRESTACIONES ECONÓMICAS IT.CC Se detectan expedientes en los que no se ha anexado correctamente los acuses de recibo en Prestaciones 3.0. <i>Evidencia:</i> 3091026, 3119706, 3128202, 3081874, 3019984, 3039046, 2968872, 2847135, 2985469, 2899184 y 2980298. <i>En contra de lo especificado en el M-1408 Prestaciones 3.0 - Manual de usuario.</i>	8.5				8.2.1.

9. 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.		
Durante el desarrollo de la auditoría se evidencia un control adecuado de los procesos desde el punto de vista de los sistemas de calidad, medio ambiente, RSC y seguridad de la información, con las salvedades indicadas en las no conformidades.		
Respecto al comportamiento ambiental se ha evidenciado un correcto control operacional reflejándose tanto en la consecución de objetivos y metas fijados, como en el grado de control de todos los aspectos, tanto directos como indirectos identificados. Cabe destacar, tal y como se ha indicado en el punto fuerte, el registro exhaustivo de las retiradas de residuos en el pertinente aplicativo.		

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 Mollet del Vallès nº 11/2002 con fecha 31/10/2006
 - Autorización Funcionamiento Sanitaria Nº Expte: P-3170. Fecha 04/05/1994

- Instalaciones de Radiodiagnóstico:
 - Fecha de inscripción/modificación: 13/02/2015. Número de inscripción: RX-B/1736/15
 - Control de calidad por UTPR con fecha de 30/12/2017 realizado por INFOCITEC.
 - Programa de protección radiológica y programa de garantía de calidad. UTPR: INFOCITEC. Realizado control anual en Fecha 30/12/2017. Conforme.
 - Envío del informe de calidad y dosimetrías a CSN en fecha 30/03/2017.

- Instalaciones de climatización:
 - Certificado de mantenimiento de instalaciones térmicas ILEFRED S.L., certificado anual de fecha 09/01/2017.
 - ILEFRED SL, NIF B25207739, Nº Inscripción: REITE/RASIC-250023524

- Instalación de baja tensión:
 - Certificado de mantenimiento de la instalación Traver Electric, S.L., con nº REIE 08-200192, con fecha Julio 2017 de las instalaciones revisadas en Julio de 2017, satisfactoriamente.
 - Traver Electric SL número de autorización RASIC-080200192, certificado de fecha 12/06/2015
 - Certificado anual de Baja tensión realizado por ECA de fecha 23/02/2015 válida hasta 18/02/2020. Favorable.

- Instalación contra incendios:
 - TÈCNICS EN SEGURETAT I FOC S.L., NIF:B-600401353 Nº RASIC: 080148824 Fecha: 10/06/2010.
 - TECNICS EN SEGURETAT I FOC, S.L. certificado expedido a 29/03/2017 y 31/03/2017.

- Gestión de residuos:
 - Inscripción como productor de residuos peligrosos S-20150.1 . NIMA: 0800641498
 - Contrato Tratamiento Residuos SCRL Consenur. Nº CT30080037048220170000493
 - Autorización de SCRL CONSENUR como transportista de residuos con nº 13T01A1900006130G para residuos peligrosos y no peligrosos.
 - SCRL CONSENUR Autorización como gestor de residuos peligrosos en Cataluña nº E-62.94, E-131.95, T-1478.

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	☐	☐	☐	☐	☐	
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 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN			Vdo	NC	Obs	PF	NA
PG.00	Planificación de Gestión	☒	☒	☐	☐	☐	
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)						
	Vdo.	NC	Obs.	PF	NA	
GESTIÓN AMBIENTAL						
Política de Medio Ambiente	☒	☐	☐	☐	☐	
Objetivos y metas	☒	☐	☒	☐	☐	
Aspectos ambientales	☒	☐	☐	☐	☐	
Evaluación del cumplimiento legal	☒	☐	☐	☐	☐	
Preparación y respuesta ante emergencias	☒	☐	☒	☐	☐	
Autorización para la producción de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	
Comunicación con la administración, referente a la gestión de residuos peligrosos	☒	☐	☐	☐	☐	
Autorización del transportista/gestor de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	
Documento de aceptación de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	
Estudio de Minimización	☒	☐	☐	☐	☐	
Registro de los residuos (Libro oficial)	☒	☐	☐	☐	☐	
Registro de los residuos (aplicación informática "Gestión de residuos")	☒	☐	☐	☒	☐	
Comunicación	☒	☐	☒	☐	☐	
Segregación de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	
Etiquetado de residuos	☒	☐	☐	☐	☐	
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 (2).	☒	☐	☐	☐	☐	
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. <i>Plan de Prevención en Asepeyo</i> ☒ - Hoja del centro del Plan Operativo	Fecha 2018	Observaciones:
3. <i>Listado de trabajadores y horario actualizado</i> ☒	Fecha 16/03/2018	Observaciones:
4. <i>Evaluación de Riesgos.</i> ☒ Evaluación de riesgos -2015-	Fecha 16/07/2015	Observaciones: Publicada en @dossier. Ref. 0814/00014343/ER
5. <i>Planificación de la actividad preventiva.</i> ☒	Fecha 16/07/2015	Observaciones: Publicada en @dossier. Ref. 0814/00014344/PA
6. <i>Evaluación de Riesgos Específicos (p.ej. estudios ergonómicos, psicosociales, mediciones higiénicas, etc.).</i> ☒ Evaluación de Riesgos Psicosociales -2017	Fecha 24/08/2017	Observaciones: Publicada en @dossier Ref. 0814/00015537/PS Campos Magnéticos – 2009
7. <i>Seguimiento de la actividad preventiva</i> ☒ - Registro de actuaciones preventiva	Fecha	Observaciones:
☒ - Verificación de la eficacia.	Fecha 28/12/2017	Observaciones: Publicada en @dossier Ref. 0814/00015777/VE
8. <i>Emergencias</i> ☒ - Informe Medidas de Emergencia.	Fecha 02/08/2017	Observaciones: En @dossier
☒ - Certificados de Formación Emergencias	Fecha	Observaciones: Están todos
☒ - Informe Simulacro de Emergencias.	Fecha 30/11/2017	Observaciones: Publicada en @dossier Ref. 0814/00015779/IM
Nº trabajadores del centro: Nº trabajadores con algún certificado:		
9. <i>Certificados de Información y formación a los trabajadores</i>		
10. <i>V.S. a los trabajadores</i> ☒ - Planificación de V.S.	Fecha 27/02/2015	Observaciones: Publicada en @dossier
☒ - Informe Global Resultados Exámenes de Salud (Carta de Empresa). ☒ - Cartas de Aptitud Individual:	Fecha 05/08/2016	Observaciones: Publicada en @dossier. Ref. 08.00173927.28.0111.0

SEGUIMIENTO DOSSIER DE PREVENCIÓN 1 (continuación)

11. Registro incidentes / accidentes / EE.PP

☒	- Relación accidentes sin baja médica.	Fecha	Observaciones:
			Publicado en @dossier No hay
☒	- Registro notificación accidentes con baja.	Fecha	Observaciones:
			Publicado en @dossier No hay
☒	- Partes de accidente de trabajo y/o EE.PP.	Fecha	Observaciones:
			Publicado en @dossier No hay
☒	- Informe investigación de incidentes, accidentes y EE.PP.	Fecha	Observaciones:
			Publicado en @dossier No hay

12. Comunicado de riesgos.

Observaciones:

No existe

SEGUIMIENTO DOSSIER DE PREVENCIÓN 2

13. Autorización sanitaria de la Comunidad instalación sanitaria*.

☒	Autorización/renovación permiso funcionamiento Sanidad	Fecha	Observaciones:
		04/05/1994	Nº Expte: P-3170.

14. Registros de mantenimiento de las instalaciones.

☒	- Equipos contra incendios.	Observaciones:
		Autorización de la empresa por parte e la C. Autónoma para realizar ese servicio: TECNICS EN SEURETAT I FOC, S.L., RASIC: 080148824 CIF: B60401353. Fecha: 10/06/2010 Certificado anual de revisión: TECNICS EN SEURETAT I FOC, S.L. certificado expedido a 29/03/2017 y 31/03/2017.
☒	- Instalación eléctrica.	Observaciones:
		Traver Electric SL número de autorización RASIC-080200192, certificado de fecha 12/06/2015. Emitido por Traver Electric SL con fecha Julio 2017 de las instalaciones revisadas en Julio de 2017, satisfactoriamente. Certificado anual de Baja tensión realizado por ECA de fecha 23/02/2015 válida hasta 18/02/2020. Favorable
☒	- Aparatos de climatización (limpieza, prevención legionela, etc.).	Observaciones:
		ILEFRED SL, NIF B25207739, Nº Inscripción: REITE/RASIC-250023524. Certificado de fecha 22/11/2012. Certificado anual de mantenimiento: Ilerfred, certificado de mantenimiento anual fecha 09/01/2017
☐	- Aparatos a presión.	Observaciones:
		No existen
☐	- Otras instalaciones sometidas a reglamentación específica	Observaciones:
		No existe

15. Equipos de Protección Individual

☒	- Listado de los E.P.I.	Observaciones:
☒	- Folleto informativo de los E.P.I.	Observaciones:
☒	- Justificantes de entrega de los E.P.I.	Observaciones:

16. Residuos sanitarios*

☒	- Contrato actualizado residuos sanitarios.	Fecha	Observaciones:
		Vigente en máximo	Contrato Tratamiento Residuos SCRL Consenur Nº CM093/2017

SEGUIMIENTO DOSSIER DE PREVENCIÓN 2 (continuación)

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:

No existen residuos químicos

18. Equipos de Trabajo

☒

- Listado de Equipos.

Observaciones:

En aplicación ACME

☒

- Registros de mantenimiento de los equipos.

Observaciones:

En aplicación ACME

☒

- Declaraciones de conformidad de los equipos con marcado CE.

Observaciones:

19.

☒

- Inscripción registro instalaciones de radiodiagnóstico.

Fecha

Observaciones:

13/02/2015
01/08/1994

Fecha de Modificación: 13/02/2015- N°:
RX-B/1736/15
Inscripción Anterior: 01/08/1994 - N°
RX-B/1736/97

☒

- Certificado de Control de Calidad anual

Fecha

Observaciones:

Realizado por UTPR: INFOCITEC.

☒

- Informe anual.

Fecha

Observaciones:

30/03/2017

Enviado por la DIE

☒

- Acreditación del personal (títulos y actualizaciones).

Observaciones:

Noviembre 2017 (les tiene que llegar)

SEGUIMIENTO DOSSIER DE PREVENCIÓN 3

20. Coordinación de Actividades Empresariales.

☒

- Listado de empresas externas.

Observaciones:

Máximo. Tienen uno del 2015. Pendiente actualizar

☒

- Contratos

Observaciones:

Máximo

☒

- Listado de trabajadores.

Observaciones:

☒

- Certificados de formación de los trabajadores externos

Observaciones:

☒

- Registro de la entrega a la empresa, de información de los riesgos específicos del puesto / lugar de trabajo.

Observaciones:

☒

- Evaluación de riesgos específicos y medidas preventivas de los trabajos contratados.

Observaciones:

☒

- Certificados de acreditación de realización de las actividades de Vigilancia de la salud.

Observaciones:

☐

- Notificaciones de incidencias.

Observaciones:

SEGUIMIENTO DOSSIER DE PREVENCIÓN 3 (continuación)

21. *Coordinación de Actividades con ETT Empresas de Trabajo Temporal*

☐ - Listado de trabajadores.

Observaciones:

☐ - Certificados de formación.

Observaciones:

☐ - Registro de la entrega a la empresa, de información de los riesgos específicos del puesto / lugar de trabajo.

Observaciones:

☐ - Descripción de las tareas realizadas.

Observaciones:

☐ - Certificados de acreditación de realización de las actividades de Vigilancia de la salud.

Observaciones:

☐ - Notificación / Investigación de Accidentes.

Observaciones:

22. *Documentación Reuniones comité / delegados de prevención*

¿Hay Comité o delegados de prevención en su centro? ☐ Sí ☒ No

Si la respuesta es SÍ, cumplimentar los siguientes apartados:

☐ - Elección de los Delegados por parte de los trabajadores / Acta de Constitución del Comité de Seguridad y Salud.

Observaciones:

☐ - Actas reuniones del CSS.

Observaciones:

☐ - Otra documentación relacionada.

Observaciones:

23. *Actas / Comunicaciones a la autoridad laboral.*

☐ **Observaciones:**

La última evidenciada es del año