

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:	BU 0816 Gavá
Responsable centro auditado:	Alberto Fusté Soler
Codificación informe:	ASG18-0816-V/2016

1. DATOS GENERALES

Centro Auditado: Gavá

Dirección: Rambla de Salvador Lluch, 15

Responsable: Alberto Fusté Soler

Equipo auditor: Fernando Torán Poggio

Fecha de la auditoría virtual: Agosto-Septiembre 2016

Actividades realizadas en el centro:

- Asistencia sanitaria AT
- Fisioterapia
- Radiodiagnóstico
- Gestión sanitaria ITCC
- Seguridad e Higiene
- Administración (todos los procesos)

Tipo de auditoría: Auditoría Interna del Sistema de Gestión:

☒ Calidad ☒ Ambiental ☒ Seguridad de la información ☒ SR10

2. OBJETO DEL DOCUMENTO

Los objetivos de la auditoría es determinar la conformidad de los sistemas de gestión calidad, medioambiental y de la seguridad de la información definido e implantado en el centro con los criterios de auditoría utilizando como modelo las normas UNE-EN ISO 9001, 14001 y UNE ISO/IEC 27001, evaluando el cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables, así como evaluar la eficacia para cumplir los objetivos especificados y cuando corresponda, identificar posibles áreas de mejora, comprobando su coherencia con la política de calidad, ambiental y de seguridad de la información de ASEPEYO.

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 9001:2008 Sistema de gestión de la calidad.
- Norma UNE-EN ISO 14001/2004. Sistema de gestión de medio ambiente
- Norma UNE ISO/IEC 27001:2014. de Gestión de Seguridad de la Información
- 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 y de seguridad de la información responsabilidad del centro.

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

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

6. Puntos fuertes:

SYM.03. MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO, MUTUALISTA Y COLABORADOR

Cumplimiento del objetivo "Grado de satisfacción usuario" con un 8,54 (Gavá) cuando el objetivo de la Comunidad Autónoma era de un 8,21 a cierre del 2015.

En el informe de Septiembre 2016 el grado de satisfacción obtenido es de un 8,52 superando el objetivo establecido en un 8,39.

7. Observaciones / Oportunidades de mejora

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

SUBPROCESO PRIMERA VISITA: ASISTENCIA SANITARIA Y DETERMINACIÓN DE CONTINGENCIA

- Se ha detectado los siguientes procesos que no tienen escaneado en Chaman el volante de asistencia y no está firmada la hoja de gastos (08162016000006, 08162016000160, 08162016000229 y 08162016000443).

SUBPROCESO VISITAS SUCESIVAS. ASISTENCIA SANITARIA MEDIOS PROPIOS

- Se detectan partes de confirmación de varios expedientes sin imprimir. Evidencia: **BU003101600**, **BU003101600**, **BJ009781500**.

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

SUBPROCESO CCPE.01 CREACION EXPEDIENTE IT.CC.:

- Se detectan expedientes que no tienen el parte médico de baja anexado en Chaman. (Evidencia: BU009331600, BU017391500, BU009341600, BU000631501, BU007001600), aunque si se encuentran en el aplicativo U3C.

- Revisados los siguientes listados de Depuración TGSS: 20160531 y 20160601 se observa que en la fecha de la muestra 08/08/2016 no se había realizado la modificación oportuna en nuestras bases de datos para que se subsanaran los errores de carga de bajas comunicadas automáticamente. Evidencia:

049820394W 08-11770903-19 ARCE, DELICIA CARMEN NAF-IPF DIFER.DE TRABAJADORES, 0X6816002K 46-10778333-24 BARSAN, LUCIANA NO CONSTA LA RELACION LABORAL

PROCESO PAGOS IT DIRECTA AT

- Se detectan expedientes en los que el motivo de pago declarado no es correcto. (Evidencias: **BU017861500** debería ser tipo G y se declara tipo H, **BU002141600** debería ser tipo C y se declara tipo S, **BU016691500** debería ser tipo K y se declara tipo E

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

- El grado de lectura de los manuales que contienen la normativa en materia de Seguridad de la Información no es satisfactorio (<80%).
 - M-1329 Normativa de Seguridad de la Información (63,64 %)
 - M-1273 Ejercicio de Derechos (63,64 %)
 - M-1385 HC- Protocolo de solicitud y entrega de copias (sustituye a la C-311) (63,64%).

GAM.00.GESTIÓN AMBIENTAL:

- Archivo cronológico. Se registran en la aplicación "gestión de residuos" los residuos Biosanitarios, papel y cartón, tóner, residuos sin segregar, envases (plástico, metal y bricks). Falta introducir pesos, volúmenes y algunos nº DCS.. Puntualmente no se han registrado las retiradas de residuos de medicación caducada, pilas, equipos eléctricos y electrónicos.

RR.HH.00. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

- Respecto al Subproceso “Formación” se han detectado un empleado que no ha realizado el curso de realización obligatoria de Gestión de residuos y buenas prácticas ambientales Evidencia: Empleado 5066.

CATA.00. GESTIÓN Y TRAMITACIÓN CESE DE TRABAJADORES AUTÓNOMOS:

- Puntualmente se han detectado un expediente en el que el plazo transcurrido entre la recepción y el registro no es correcto, y la fecha límite de reconocimiento está mal informada. Evidencia: BU0000416CT. Asimismo se detecta un expediente cuya documentación externa no se encontraba sellada Evidencia: BU0000516CT

CCSAN.00. GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR C. COMUNES

SUBPROCESO CCSAN.03. “VALORACIÓN SANITARIA DE INFORMES Y/O PRUEBAS DE PACIENTES ITCC”:

- En las actuaciones de “Consulta especialista” y “Prueba complementaria” con medios ajenos se han detectado expedientes sin volante firmado anexado en el episodio. Evidencia: N° historia 36580111, 37365781. En la actualidad hay abierta una acción de mejora (ACP-021/16) transversal ante la dificultad objetiva de disponer de día y hora de la cita durante la propia visita sucesiva del paciente.

SUBPROCESO “PROPUESTA DE INCAPACIDAD PERMANENTES CC”:

- Puntualmente se encuentran casos en los que el documento acreditativo de la fecha de entrada de la Propuesta Citación ICAM no está anexado en Chaman (Expediente BJ021231500G, BU001101500E, BS042231500G y BR020521500G).

8. No conformidades

N°	DESCRIPCIÓN	PUNTO NORMA			
		9001	14001	EMAS	27001
1	CPSAN.00. GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR C. PROFESIONAL Se detectan casos del listado de pendientes de alta del centro asistencial, que no tienen informada la próxima actuación o que figura caducada. - Cuatro de los cinco casos sin próxima actuación corresponden a altas médicas emitidas con fecha futura. (BK001671600, 1888721, 1890872, 1890880) - Prox. Actuación Caducada: BM003801600, BU003071600, BW006761600, BN001421600, BU003101600 <i>Referencia documental: Punto 2.2. del M-909 Registro de Historia Clínica de Contingencias Profesionales en Asepeyo.</i>	7.5			
2	CPSAN.00. GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR C. PROFESIONAL Se detectan varios expedientes en los que no está realizada el Informe propuesta clínico laboral en el plazo correspondiente (BD036291500, BO004801500, BK001831500, BM004351500) <i>Referencia documental: Procedimiento CPSAN.03 Control y Seguimiento Sanitario ITCP.</i>	7.5			
3	GIT.00. GESTIÓN Y CONTROL DE EQUIPOS Se detectan la mayoría de equipos no tienen el registro de mantenimiento/calibración externo informado ni la fecha de la próxima revisión (Evidencia: 200001928, 200403295, 200409482, 200701440, 200804473) <i>Referencia documental: Manual M 1325 Control y mantenimiento de equipamiento sanitario crítico en los centros asistenciales de ASEPEYO. (Según la DAS se hizo una revisión el 29/09/2014)</i>	7.5			
4	PCEP. 00 GESTIÓN PRESTACIONES ECONÓMICAS POR CONTINGENCIA PROFESIONAL SUBPROCESO REGISTRO DE PARTES EP- CEPROSS Se detectan varios casos de Enfermedad Profesional que han superado el plazo máximo para registrarlos desde el diagnóstico o la baja. <i>Evidencia: BU000221600, BU000271600 y BU000351500.</i> <i>Referencia documental: M-1209 Partes de enfermedad profesional. CEPROSS.</i>	7.5			

Nº	DESCRIPCIÓN	PUNTO NORMA			
		9001	14001	EMAS	27001
5	PECP.00.GESTIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS POR CONTINGENCIA PROFESIONAL SUPBPROCESO CONTROL Y RECONOCIMIENTO SANITARIO SRE o SRLN No hay anexada documentación del expediente administrativo en Chaman para la solicitud de la prestación. <i>Evidencia: (BU003251500, BU003391500, BU004021500, BU004231500, BU000131600 y BU002371600)</i> <i>Referencia documental: Manual M 1196.8 Subsidio por Riesgo de Embarazo y Lactancia Natural.</i>	7.5			
6	GSP.01. GESTIÓN DE SOLICITUDES DE PRESTACIONES ESPECIALES Dentro de la vista de "Casos Cargados" existen 201 casos sin código de gestión y 3 del código 06 de un total de 348 casos. <i>Referencia documental: Manual M 1140.4 Gestión de casos Propuestos para Ayuda Social..</i>	7.5			
7	GAP 00 GESTIÓN DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS: SUBPROCESO SISTEMA DE INCENTIVOS PARA LA PREVENCIÓN BONUS: No se ha podido evidenciar el Justificante de inversiones declaradas de los expedientes seleccionados de 2015 (NIF A58457102, B65397085, A58029620, y B64959133). Ni siquiera parte de las mismas tal y como se especifica en el manual M-1297. <i>Referencia documental: Manual M 1297.2 Sistema de incentivos para la prevención (R.D.404/2010). Tramitación de solicitudes y resoluciones.</i>	7.5			
8	MC.02. GESTIÓN DE RECLAMACIONES, QUEJAS, INCIDENCIAS Y SUGERENCIAS Se detectan quejas/reclamaciones que han superado en más de cuatro días hábiles el plazo para cumplimentar el apartado <i>Informe de la Mutua</i> desde la recepción de la queja/reclamación. <i>Evidencia: L16040018, L16030069, L16010029, L15120039, L15040006, C16020126 y C15120433.</i> <i>Referencia documental: Punto 3.3. Tramitación por la delegación del M-1183 Reclamaciones y quejas.</i>	7.5			
9	CCSAN.00 CONTROL Y SEGUIMIENTO SANITARIO ITCC SUBPROCESO CCSAN.01. "VERIFICACIÓN TELÉFONO Y DIRECCIÓN NUEVAS BAJAS": Se detectan expedientes en las que no han sido cumplimentadas la Verificación de datos de filiación. <i>Evidencia: BU019301600G, BU019361600G, BU019371600G, BU019381600G, BU019031600G, BU019071600G.</i> Los resultados de verificación de datos de filiación a fecha 24/11/2016 es 34, 38% que es muy inferior al de la comunidad 69,02%. <i>Referencia documental: Circular C- 025.15.4. Gestión Contingencias Comunes: Verificación Datos Filiación</i>	7.5			

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:		
Se constata la consistencia de los Sistemas de Gestión. Como resultado de la auditoría virtual los procesos: Prestaciones económicas por Contingencias Profesionales, Gestión de Reclamaciones, Quejas, Incidencias y Sugerencias, Gestión de Actividades Preventivas, Gestión de Solicitudes de Prestaciones Especiales, Gestión y Control de Equipos, Gestión de Asistencia Sanitaria por Contingencias Profesionales, el Control y Seguimiento Sanitario de IT.CC necesitarían atención. Se constata la consistencia del sistema de gestión ambiental y el centro tiene controlados los posibles riesgos de seguridad de la información trabajando en su mejora.		

Las No Conformidades han sido aclaradas y entendidas.

- o 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:
 - o Licencia Municipal de Apertura con número de expediente 61/2004 y con fecha 21/07/2005.
 - o Licencia sanitaria Autorización sanitaria, con fecha 09/01/1995.
- Instalaciones de Radiodiagnóstico:
 - o Inscripción en el registro número B/1882/15 con fecha 01/02/1993.
 - o Control de calidad por UTPR con fecha de 29/12/2015 realizado por INFOCITEC.
 - o Envío del informe de calidad y dosimetrías a CSN en fecha 31/03/2016.
- Instalaciones de climatización:
 - o Certificado anual realizado por ILEFRED con fecha 01/02/2016.
 - o ILEFRED SL, NIF B25207739, N° Inscripción: RASIC-250023524 encuentra autorizado como instalador/mantenedor.
- Instalación baja tensión:
 - o Traver Elctric SL número de autorización REIE-08-200192.
 - o Emitido por Traver Electric SL con fecha 15 diciembre 2015 de las instalaciones revisadas en Diciembre 2015, en vigor hasta 31 enero 2017.
 - o Certificado de Baja tensión realizado por ECA de fecha 14/03/2013 válida hasta 14/04/2018
- Instalación contra-incendios:
 - o Autorización de la empresa por parte de la C. Autónoma para realizar ese servicio TÈNICS EN SEGURETAT I FOC SL N° de Inscripción como empresa autorizada: RECI 080148824.
 - o Certificado anual de revisión de instalaciones térmicas por TÈNICS EN SEGURETAT I FOC SL certificado expedido 20/04/2016.
- Gestión de residuos:
 - o Inscripción como productor de residuos peligrosos S-20101.1.
 - o Documento de aceptación de residuo biosanitario especial de fecha 06/06/2014, con número 30460000515020140000110.
 - o Autorización de TMA como Transportista de residuos con nº T-099 y código NIMA 0800525084 para residuos peligrosos y no peligrosos.
 - o Autorización de TMA como gestor de residuos peligrosos con nº E-1279.1.
 - o Informe anual de Residuos peligrosos: enviado el 29/02/2016.

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 salpantalllas 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 anexado (cantidad).	☐	☐	☐	☐	☒
AREA COMUNICACIÓN NORMATIVA DE SEGURIDAD					
Realización del curso virtual en materia de Seguridad y LOPD.	☒	☐	☐	☐	☐
Lectura Normativa Seguridad de la Información del Centro.	☒	☐	☒	☐	☐