

ASEPEYO

MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL N.º 151

Informe de Auditoría de Certificación Sistema de Gestión Integrado

Calidad · Medio Ambiente · Seguridad y Salud en el Trabajo
Responsabilidad Social · Seguridad del paciente

AUDITORÍA RENOVACIÓN		
Nº EXPEDIENTE: 2003/0709/ER/03	NORMA DE APLICACIÓN: UNE-EN ISO 9001:2015	Nº INFORME: 17
Nº EXPEDIENTE: 2003/0709/GA/04	NORMA DE APLICACIÓN: UNE-EN ISO 14001:2015	Nº INFORME: 15
Nº EXPEDIENTE: 2003/0709/SST/04	NORMA DE APLICACIÓN: ISO 45001:2018 (*)	Nº INFORME: 15
Nº EXPEDIENTE: 2003/0709/SI/01	NORMA DE APLICACIÓN: UNE-ISO/IEC 27001:2017 (**)	Nº INFORME: 15
AUDITORÍA 1er SEGUIMIENTO		
Nº EXPEDIENTE: 2003/0709/SR10/01	NORMA DE APLICACIÓN: IQNET SR-10:2015	Nº INFORME: 08
Nº EXPEDIENTE: 2003/0709/GRP/01	NORMA DE APLICACIÓN: UNE 179003:2013	Nº INFORME: 07

(*) en el proceso de auditoría se lleva a cabo la auditoría reglamentaria de PRL conforme a la Ley 31/1995 (expediente 2003/0709/APRL/04 con informe independiente).

(**) en el proceso de auditoría se lleva a cabo la auditoría de renovación con adaptación del Esquema Nacional de Seguridad (ENS) según Real Decreto 311/2022 (expediente 2003/0709/ENS/01 con informe independiente).

Requiere envío de PAC a AENOR: SI ☒ NO ☐

Fecha de realización de la Auditoría:

W19: 2023-05-08, 09

W20: 2023-05-15, 16

W21: 2023-05-22, 23, 24, 25, 26

W22: 2023-05-29, 30, 31 y 2023-06-01, 02

W23: 2023-06-05, 06, 07, 08, 09

DATOS GENERALES

A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la Organización	ASEPEYO, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 151
Sede central	VIA AUGUSTA, 36 08006 – BARCELONA
Representantes de la Organización (nombre y cargo)	Alejandro IÑARETA SERRA <i>Director Gerente</i>
	José Ignacio MIRANDA <i>Dirección de Calidad</i>
	Raquel García VELA <i>Directora Servicio de Prevención Propio</i>
	Edgard Ansola Munuera <i>Director de área de seguridad corporativa</i>

B. EQUIPO AUDITOR

Función	Nombre	Iniciales
Auditor Jefe	Pío MARTÍN GONZÁLEZ ER, GA, SST, APRL	PMG
Auditor Jefe	Juan Carlos AGUILAR MEDIAYILLA SR10	JAM
Auditor Jefe	Eduard BUIL BRIÓ SDP	EBB
Auditor Jefe	Pablo CASTRO MONTERO SI	PCM
Auditor Jefe	Ivan LEAL VELUISE GRI	ILV
Auditor/a	Eduard BUIL BRIÓ ER, GA	EBB
	Juan Carlos AGUILAR MEDIAYILLA GA, ER	JAM
	Alberto CERCEDEA HERNÁNDO SST, APRL	ACH
	Jose Miguel PÉREZ SEGURA GA, ER, SST, APRL	JMPS
	Ana Mildret SALAZAR TEJADA SST, ER, GA	AST
	Isabel MORÓN CASTRO ER, SDP	IMC
	Olga CRESPO FONTANEDA SST, APRL	OCF
	Ana HUERTA OURTUOSTE SST, ER, GA	AHO
	María de los Desamparados NEBOT ALAMAR ER, SDP	MDNA
	María Ángeles TORAL SÁNCHEZ SST, GA	MATS
	Joaquim ORIENTE CANTOS SI	JOC
	Antonio MARTÍNEZ VILUGRÓN Auditor jefe en Practica y auditor SI	AMV
	María Reineria DÍAZ IGLESIAS SST, ER, GA	MRD
	Blanca SENDRA REYES GA	BSR

C. CRITERIOS DE AUDITORÍA

El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:

- Requisitos de la/s norma/s de sistema de gestión de referencia
- Los procesos definidos y la documentación del sistema de gestión desarrollada por el cliente
- Los requisitos legales y reglamentarios aplicables
- Verificar y comprobar el grado de cumplimiento a lo establecido en el Artículo 31 y en el Anexo III del RD 311/2022 y, por lo tanto, verificar el cumplimiento de los requerimientos (Artículos) establecidos por el RD 311/2022 así como en los Anexos I y II y en las disposiciones que sean aplicables.

D. USO DE TÉCNICAS DE AUDITORÍA EN REMOTO

Si durante la auditoría se utilizan técnicas de auditoría en remoto en alguna medida, cumplimentar la siguiente tabla:

Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)	Herramientas y descripción
Herramienta(s) a utilizar	CiscoWebex
Plataforma(s) IT del cliente	Varias (Chaman, SAP, DRIVE etc.).

Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)		Descripción (cuando proceda)
Revisión documental (no en tiempo real) (ej., revisión de documentos en web)	SI ☒ NO ☐	
Videollamada (WebEx)	SI ☒ NO ☐	
Captura de Pantallas	SI ☒ NO ☐	
Video en tiempo real o no real	SI ☐ NO ☒	
Grabación de video	SI ☐ NO ☒	
Intercambio de fotografías	SI ☐ NO ☒	
Otros:	SI ☐ NO ☒	
COMENTARIOS:		

RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Cuestiones generales para todos los Sistemas de Gestión

Confirmación de la realización de la auditoría

Se ha realizado la auditoría a la Mutua ASEPEYO de los certificados AENOR de calidad, medio ambiente, seguridad y salud de los trabajadores, gestión de riesgos para la seguridad del paciente, responsabilidad social y seguridad de la información de Mutua ASEPEYO.

Se ha llevado a cabo en paralelo la auditoría reglamentaria de PRL conforme a la Ley 31/1995 (expediente 2003/0709/APRL/04 con informe independiente), así como la Auditoría de certificación al Sistema de Gestión de la Seguridad (SGSI) que se corresponde con Auditoría de Renovación con Adaptación (AR-ADA) de Conformidad de acuerdo con los requisitos especificados en el Esquema Nacional de Seguridad (ENS) regulado en Real Decreto 311/2022, de 3 de mayo de 2022

La auditoría incluye el proceso de baja de los certificados ambientales de los centros sanitarios Hospital de Sant Cugat, Hospital de Coslada y ASEPEYO La Cartuja:

- ISO 14001:2015: expedientes: 2003/0709/GA/01, 2003/0709/GA/02 y 2003/0709/GA/03.
- Reglamentos EMAS; expedientes: 2003/0709/VM/01, 2003/0709/VM/02 y 2003/0709/VM/03.

Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado

El objetivo de la auditoría es evaluar el sistema de gestión de la Mutua para las actividades de:

MUTUA ASEPEYO

CERTIFICACIÓN DE CALIDAD, AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, RESPONSABILIDAD SOCIAL Y GESTIÓN DE LOS RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Gestión integral de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales: prestaciones económicas, prevención, asistencia ambulatoria y hospitalaria, readaptación profesional y trabajo social.
- Seguimiento y control de la prestación económica de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.
- Gestión de las prestaciones económicas de riesgo durante el embarazo y la lactancia natural, durante el cuidado de menores afectados por cáncer y otras enfermedades graves y por cese de actividad de los trabajadores autónomos.

ISO 27001

Los sistemas de información que soportan los servicios de prestación de asistencia sanitaria y los servicios de apoyo asistencial, diagnóstico y terapéutico de la red de centros asistenciales y hospitales; conforme a la declaración de aplicabilidad vigente, a fecha de emisión del certificado.

ENS

Los sistemas de información que dan soporte, en el ámbito de acceso electrónico, a los servicios de asistencia sanitaria y prestaciones económicas, de acuerdo a la categorización del sistema vigente.

¿Es adecuado el alcance del certificado? SI ☒ NO ☐ Indicar si se han producido cambios o modificaciones, desde la anterior auditoría:

Alcance de la auditoría:

¿Se han auditado todas las actividades incluidas en el alcance del certificado (sólo para auditorías de

seguimiento)?

SI ☒ NO ☐ En caso negativo incluir descripción del muestreo realizado (actividades, proyectos, líneas de producto, tipos de servicio, emplazamientos temporales, etc).

Todas las actividades de la auditoría se han realizado con normalidad de acuerdo con lo previsto en el **Plan de visita de auditoría de fecha 2023-04-21 (rev.02) y Plan de Auditoría con Referencia: PMG/PCM; Fecha 2023-05-28; Revisión: 5,**

Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión

Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión:

1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados

Se trata de un sistema de gestión sólido, que continúa de manera firme en su proceso de consolidación. La organización continua en un proceso profundo de transformación, marcado por la nueva estrategia y que es palpable en los proyectos de mejora que se van planteando en las diferentes direcciones funcionales. En este proceso de consolidación, algunos de los aspectos más reseñables son:

- Se ha consolidado la sistemática de valoración de los riesgos iniciada ya en 2020, con una sistemática basada en la metodología COSO que consideramos que ha supuesto un salto cualitativo en este proceso fundamental de gestión y que, además, está resultando coherente con el contexto analizado y por tanto, con las acciones propuestas tras la evaluación de los riesgos. Sin embargo, es importante que se tengan en cuenta al mismo nivel, las oportunidades que del análisis se puedan derivar.
- Solida cadena de valor de los procesos de Mutua, en cumplimiento de las actividades establecidas por ley (gestión integral de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, así como el seguimiento de prestaciones económicas derivadas de sus actuaciones). Se cuenta al respecto con un alto grado de seguimiento, control y mejora, a pesar de las dificultades con la que se encuentra el sector de las mutuas.
- La orientación a gestión por procesos de todas las actividades de la Mutua se ha mejorado notablemente, con concreción de los procesos de la mutua o la unificación de procesos comunes a todos los hospitales, además del despliegue del modelo de gestión que se está haciendo a los centros territoriales.
- Caracterización de los grupos de interés relevantes, así como de sus requisitos fundamentales con la Mutua; seguimiento de resultados a través de indicadores en muchos casos y declaración en memorias de sostenibilidad GRI.
- Estamos finalizando el ciclo previsto para el plan estratégico 2021-2023, basado en cuatro principios básicos, la solvencia económica, la excelencia en el servicios, la innovación y la cultura corporativa y sostenibilidad y se ha constatado que se está trabajando ya en el nuevo plan estratégico para el horizonte 2024-2026
- También recordar la existencia de procesos soporte como la gestión de las infraestructuras, el seguimiento del cumplimiento legal y reglamentario, la operativa de la gestión ambiental y sostenible, etc. están alineados y cuentan con recursos para su desempeño, de manera adecuada.
- En gestión ambiental de la mutua es buena en términos de sensibilización, operación y búsqueda de mejoras en los aspectos más relevantes (gestión de recursos naturales, por ejemplo) y se ha mejorado de manera sustancial, la sistemática de identificación y evaluación de los aspectos ambientales, por lo que en los próximos años, podremos ver la mejora de estos aspectos, de manera global.

En el capítulo específico de certificación de seguridad y salud del trabajador/a cabe indicar:

Respecto del sistema de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo, basado en la norma ISO 45001, el equipo auditor considera que es un sistema que continua su proceso de consolidación de una manera adecuada, que es coherente con el análisis hecho por la organización de manera que se han detectado aspectos que marcan las estrategias seguidas por la organización para afrontar los retos futuros de la prevención de riesgos. Si bien es cierto que todavía se tienen que seguir haciendo esfuerzos para que todo el control operacional definido, esté alineado con las tareas a desempeñar por cada miembro de la organización y por tanto, se vaya hacia una integración efectiva, tal es el caso

del control por ejemplo, de la Coordinación de Actividades Empresariales con empresas subcontratadas o el propio uso adecuado de EPI's.

En el capítulo específico de la certificación del modelo de gestión en responsabilidad social cabe indicar:

- Un año más el *Buen Gobierno* de la Organización prevalece en cada una de las actuaciones que la Mutua toma, el estricto cumplimiento de sus obligaciones en materia legal cuenta con el reconocimiento de la Junta de Dirección, los Órganos de Tutela e Intervención.
- El grupo de interés *Empleados* sigue siendo el grupo de interés que más atención requiere por parte de la Mutua en términos de comprensión de sus necesidades más inmediatas. Este hecho hace necesario que se pongan en valor las muchas herramientas de gestión que ya están operativas, al servicio de los retos inmediatos en gestión de personas (negociación del Convenio Colectivo, despliegue y/o consolidación de medidas del plan de igualdad, retención de talento). Dicho esto, se reitera y se pone en valor el enorme despliegue de recursos que la Mutua pone a disposición del empleado y que son reconocibles y valorados.
- En lo que respecta a *Clientes y Usuarios* destaca el reconocimiento generalizado de su actividad por parte de las Empresas Mutualistas, las cuales destacan las políticas de calidad asistencial y acompañamiento. En el mismo sentido el trabajador atendido tiene el exhaustivo seguimiento de su percepción.
- Cabe seguir analizando y adecuando las necesidades y expectativas de *Proveedor* de Mutua ASEPEYO, ampliando lo estipulado contractualmente y del correcto cumplimiento con las obligaciones por ambas partes.
- La respuesta a otros grupos de interés, como: administraciones públicas y organismos reguladores, comunidad, sociedad y medio ambiente se valora como constante y proporcional.

En cuanto a la certificación de seguridad del paciente, cabe destacar:

Se ha comprobado la implantación del Sistema respecto a los requisitos especificados en la norma de referencia UNE 179003:2013.

El equipo auditor considera que la organización ha iniciado una sólida respuesta a las debilidades detectadas en pasadas auditorías. Al respecto se evidencia, a través del recientemente iniciado PE para la Seguridad del Paciente 2023-2026 la planificación de acciones encaminadas a mejorar:

- la sensibilización de los trabajadores en Seguridad del Paciente (priorizando esfuerzos entre el personal no sanitario)
- las sistemáticas de identificación y apreciación de riesgos a todos los niveles y procesos de la organización

Sin duda, queda camino por recorrer, pero los proyectos iniciados presentan una sólida estructura y alcance.

En cuanto al sistema de seguridad de la información, el sistema cumple con los requisitos del ENS RD 311/2022, así como con el resto de los criterios de auditoría (requisitos legales y reglamentarios, requisitos del cliente, requisitos propios del sistema de gestión interno) y se considera que está implantado, a excepción de lo dispuesto en el presente informe de auditoría, categorizado como no conformidad.

Rogaríamos que, como habitualmente ya realiza ASEPEYO, se preste especial atención en las Observaciones y Oportunidades de Mejora incluidos en este informe.

2. Auditoría interna y el proceso de revisión del sistema por la Dirección

En cuanto al proceso de auditoría interna:

Al inicio del año se elabora un plan que incluye centros (22 cada año), procesos (todos, todos los años) y hospitales (2 al año). En el 2022 solo se pudieron auditar 20 centros.

De cada auditoría se genera un informe de auditoría por cada Centro Asistencial y por cada Hospital, y luego de las direcciones funcionales

Durante el 2022 se han analizado de maneja global los resultados de las auditorías con el fin de

modificar los controles de los procesos, e función de los resultados, es decir, para los aspectos que no han tenido NC's ni observaciones, se intentan no centrar demasiado con el fin de centrarse en puntos más críticos. Esto comienza 2021 con un proyecto de mejora del proceso de auditoría con 4 objetivos

- Mejora de la eficacia del proceso de auditoría
- Potenciar las sinergias entre direcciones funcionales y dirección de calidad
- Automatización de los controles de auditoría (hay aproximadamente 140 controles a ejecutar en procesos de auditoría)
- Objetivar la valoración final de la auditoría de un centro.

El detalle se ha recogido en un informe de revisión del proceso de auditoría presentado a la dirección.

De los diferentes puntos clave de los procesos, definen controles específicos en forma de auditorías y por tanto, de listado de chequeo con el fin de poder analizar una muestra amplia para detectar deficiencias. En función de la problemática que van detectando, van variando la intensidad de los controles. Para evitar eso, se revisa con las direcciones funcionales cuales son los elementos clave a revisar.

Informes:

- Informe de auditoría internas de sistemas de gestión de calidad, seguridad de la información, gestión ambiental, seguridad del paciente y responsabilidad social de las direcciones funcionales 2023/02 (con resultados de 2022 y publicado 2023/03/17) de la que se derivan 7 NC's sobre diferentes aspectos de diferentes sistemas, para las cuales se han abierto las correspondientes acciones preventivas, pero a fecha de la auditoría, están abiertas, aunque en plazo.
- Informe de auditoría internas de sistemas de gestión de calidad, seguridad de la información, gestión ambiental, seguridad del paciente y responsabilidad social, uno por cada CA.

Derivado de los resultados de las auditorías, se analizan casuísticas para determinar si es necesario definir un NC transversal que permita la mejora del proceso.

De cada NC se han abierto las pertinentes Acciones correctivas.

- En los centros se ven todo el sistema excepto la parte de prevención y todos los procesos.
- Hay una aplicación, denominada "acciones de mejora" para la gestión de las NC's y observaciones de manera que cara responsable de proceso pueda ver y gestionar sus resultados.
- Se hacen análisis de la casuística de las desviaciones de auditorías, especialmente en los centros asistenciales.

Las auditorías del sistema de gestión de seguridad y salud se hacen a parte del resto de sistema. Se hace una al año y en ella se incluye tanto el sistema como un muestreo de centros. La última es del 2023 sobre visitas realizadas en el último trimestre de 2022.

Para ENS. Se realiza GAP Análisis con equipo auditor independiente (D. Miguel ROCA y D. Fernando GARCÍA de la organización SEIDOR Cybersecurity), con informe de fecha abril de 2023. Mientras que para ISO 27001, se realiza auditoría por centros y del sistema de gestión. Concretamente, en 2022 la meta es hacer 27 auditorías en S1 y 23 auditorías en S2 de 2022, de las que se realizaron 46. Para 2023, el plan es realizar 25 auditorías en el S1 y 26 auditorías en el S2. Las auditorías se realizan por equipos independientes al área auditada perteneciente a Sistemas. A la fecha se han realizado:

- 7 auditorías con informe
- 12 auditorías realizadas con informe, pendiente de su publicación.
- 6 auditorías pendientes

La auditoría del sistema de Gestión (ISO 27001 e realiza con equipo auditor independiente (de la organización SEIDOR). Se realiza de acuerdo a los requisitos de la nueva norma ISO 27001:2022. Se revisaron todos los controles. Se dispone de informe de fecha mayo de 2023 y se han registrado las acciones correctivas en la aplicación "monday", pendiente de su análisis y acciones para su corrección, debido al reciente informe de auditoría.

Proceso adecuado.

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

Revisión por la Dirección de Mutua semestral y cierre 2022. De manera general, se lleva a cabo un acta de comité de calidad total, que toma las decisiones estratégicas y posteriormente se hace un acta del comité de gestión por procesos para concretar acciones y su seguimiento. De manera que, durante el 2023 y como cierre del análisis del 2022 se han llevado a cabo:

- Un Comité de Calidad Total de fecha marzo de 2023.
- Un Comité de Gestión por procesos de fecha 2023-05-17.

Habitualmente se hacen dos seguimientos mediante Comité de Gestión por Procesos, uno en mayo y el otro en octubre. Se considera que el documento cumple con todos los elementos de las normas de referencia (ER, GA, SST, SI, SR10), con detalle de los resultados de los mismos, quizá conviene profundizar en algunos casos en las conclusiones a las que se llega en cada caso.

Revisión por la Dirección Hospital del Coslada 2022, de fecha mayo de 2023. Acta de reunión nº 1 de Comité de Calidad, Seguridad del Paciente, Seguridad y Salud.

Proceso adecuado.

3. Estado de implantación y cierre de No conformidades detectadas en la anterior auditoría

Renovación 2020. En el año 2020 se realizó la auditoría del sistema integrado (SGI) en dos fases por la incidencia de la pandemia COVID 19. Las no conformidades quedaron solucionadas entre ambas fases, no quedando pendiente ninguna no conformidad en fase 2. Todas las no conformidades encontradas en el informe final fueron de la certificación inicial del SGSI.

Seguimiento 2021. En el 2021 se realizó la auditoría de seguimiento del SGI, con 10 no conformidades encontradas (de las cuales 2 eran exclusivas del SGSI). Se valoró el cierre eficaz de todas las acciones correctivas derivadas para su corrección.

Seguimiento 2022. En el 2022 se realizó la auditoría de seguimiento del SGI, con 7 no conformidades encontradas (de las cuales 2 eran exclusivas del SGSI). Se valoró el cierre eficaz de todas las acciones correctivas derivadas para su corrección.

Por otro lado, respecto de Seguridad de la Información, Durante la auditoria se revisaron las acciones correctivas para eliminar las causas de las no conformidades menores del informe de auditoría anterior [IDA nº 08 (ENS) y 10 (SI) de 2022]. Se consideran que dichas acciones son correctas y se dan por cerradas las no conformidades, a excepción de:

- ENS: lo reflejado en la NC01 presente informe de Auditoría
- ISO 27001: lo reflejado en la NC01 presente informe de Auditoría

Cambios significativos con respecto a la anterior visita y su impacto en el Sistema de Gestión

- Cambios en el organigrama, con cambios en los cargos y en las ubicaciones; reorganización de la Dirección de RRHH, reorganización de la Dirección Territorial.
- En la organización del Hospital de Coslada:
 - o Nuevo Director Médico y nuevo Jefe del Dpt. de Traumatología, Anestesia y Urgencias.
 - o Nuevo Coordinadora de Calidad
 - o Nueva Presidenta del Comité de Docencia.
 - o El Servicio de Admisión y Documentación Clínica incluye el Centro de Citación.
 - o Nueva responsable de Laboratorio.
- Plan Estratégico 2021-2023 entra en su proceso de finalización, nuevo proceso de reflexión estratégica iniciado.
- Se continúa con el proceso de modificación del mapa de procesos: Nuevo mapa de procesos, en revisión en 2023, para alinear la gestión de los dos hospitales en los procesos asistenciales del trabajador. También se ha podido ver una revisión del mapa de procesos de Hospital de Coslada 2022, con nueva redefinición de los procesos hospitalarios.
- Plan Estratégico para la Seguridad del paciente 2023-2026 iniciado en el 1er semestre de 2023.

- Incluye la creación del Comité de Seguridad del Paciente.
- Nuevo modelo de gestión sanitaria de la Contingencia Común basado en el análisis de casos, con el fin de mejorar la eficiencia del proceso.
- Cambios de ubicación de algunos centros (Lugo).
- En cuanto a Gestión de la competencia y formación:
 - o Mejoras en el proceso de Gestión de Competencias (Optimización del cuestionario, mayor control de los Planes de Acción...)
 - o Optimización del proceso de "on boarding" gestionado en el portal de aula virtual.
- Implantación del aplicativo SIRA para gestión de la recaudación y afiliación.
- Implantación de herramienta GEMA de relación con mutualista.
- Sigue el proceso de implantación del programa INTEGRA para unificar en una única herramienta la gestión de PRL. De momento sigue conviviendo INTEGRA con @dossier PRL.
- Instalación de tótems en CAs para la gestión de turnos.
- Cambios en la gestión del grado de impacto ambiental.
- Plan Renove para los equipos de Radiodiagnóstico por la Imagen
- Cambios derivados de la nueva normativa de legionela.
- Se están montando una nueva UBS en el Hospital de Coslada.
- Nueva licitación de laboratorios para la vigilancia de la salud SYNLAB DIAGNOSTICOS GLOBALES.
- Entorno y plataforma de Integración y Delivery. Recientemente gestionado por ASEPEYO.

Confirmación sobre el cumplimiento de los objetivos de auditoría

Los objetivos de la auditoría son:

- Determinar la conformidad del sistema de gestión de la Mutua auditada, o partes de dicho sistema, con los criterios de auditoría.
- Determinar su capacidad para asegurar que la organización cumple con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables (teniendo siempre presente que una auditoría de certificación de un sistema de gestión no es una auditoría de cumplimiento legal).
- Determinar la eficacia del sistema de gestión, para asegurar que el cliente puede tener expectativas razonables en relación con el cumplimiento de los objetivos especificados; y cuando corresponda, identificar posibles áreas de mejora.
- Comprobar el grado de cumplimiento a lo establecido en el Artículo 34 y en el Anexo III del RD 3/2010 y, por lo tanto, verificar el cumplimiento de los requerimientos (Artículos) establecidos por el RD 3/2010 así como en los Anexos I y II y en las disposiciones que sean aplicables.
- Verificar la conformidad con los requerimientos del Esquema Nacional de Seguridad, (ENS):
 - Política de Seguridad.
 - Análisis y Gestión de Riesgos.
 - Marco organizativo y Segregación de funciones.
 - Marco operacional.
 - Medidas de protección.
 - Declaración de Aplicabilidad.
 - Mejora continua.

¿Se han cumplido los objetivos de la auditoría? SI ■ NO □

Los objetivos de la auditoría de certificación han sido cumplidos de acuerdo con lo indicado en el plan de auditoría conjunta de calidad, medio ambiente, seguridad y salud de los trabajadores, seguridad del paciente, responsabilidad social.

Los servicios auditados se prestan desde los Centros de Proceso de Datos (CPD) que gestiona el Proveedor Tecnológico COSTAISA, certificado en ENS con categorización MEDIA por AENOR y, desde los Centros Asistenciales (CA, ver ANEXO de CENTROS AUDITADOS) aunque éstos no se encuentran dentro del alcance de la certificación actual de ENS (sí para ISO 27001); ver Hoja de Datos.

Se indicará si se ha producido cualquier situación durante la auditoría que haya afectado a la consecución de sus objetivos (imposibilidad de evaluar una actividad, centro, requisito...), así como cualquier cuestión significativa que afecte al programa de auditoría y/o al **Plan** de auditoría, incluyendo las causas que las han

generado. No se describen

¿Qué cuestiones han quedado por resolver a la finalización de esta auditoría?

Ninguna.

Cuestiones para Sistema de Gestión adaptados a la Estructura de Alto Nivel Enfoque a riesgos y oportunidades en relación con el contexto de la organización

La organización ha determinado sus cuestiones externas e internas mediante:

- Revisión de Misión, visión y valores y del documento de Filosofía (2017).
- Análisis PEST y DAFO – Plan Estratégico cada 3 años; Análisis PEST y DAFO PE 2021-2023.
 - Definición de los 4 objetivos clave.
 - Análisis PEST.
 - DAFO para cada uno de los objetivos clave.
- Mapa de importancia (estudio de prioridades de usuarios).
- Metodología EFQM.
- Informe de *focus group* multigrupos de interés y los de mutualistas y asesores laborales.
- Actas del Comité de Calidad Total.
- Mapa de alianzas.

Dossier informativo para la reflexión estratégica realizado en 2020, de cara al nuevo Plan Estratégico 2021-2023. Información analizada:

- DAFO 2017, revisado en 2019, del anterior PE.
- Indicadores semestrales analizados en el nuevo PE 2020-06 y 2019-12:
 - Operativos
 - Asistencia sanitaria CP
 - Asistencia sanitaria CC
 - Afiliación
 - Recaudación
 - Contingencias CP
 - Contingencias CC
- Indicadores de SG 2020 y 2019: Calidad, RSC, Medio Ambiente, SI, SST, Seguridad del paciente
- Informe de análisis de asuntos relevantes y GI de ASEPEYO, necesidades y expectativas de los GI e informe de Materialidad de fecha 2015-11.
- Satisfacción de usuarios 2020.
- Mapa de alianzas 2020.
- Extracto del análisis modelo EFQM realizado en 2018.
- Se hace referencia al contexto y se definen las partes interesadas junto con sus requisitos en Manual del Sistema de Seguridad de la Información en v.7 con fecha de julio 2021. Las partes interesadas que se definen son: Empleados, Clientes, Proveedores, AMAT, AAPP, Mutuas con acuerdo de colaboración, Ciberespacio (amenazas externas).

En cuanto a la revisión y análisis de los riesgos existentes, se han definido 6 tipos de riesgos (estrategia, cumplimiento normativo, de reputación e imagen, prestación del servicio, impacto en la seguridad de pacientes, ambiental).

La metodología de evaluación se basa en el método COSO que tiene tres líneas de defensa:

- Responsable del Proceso, que define, plantea acciones, valora y ejecuta
- Calidad, mediante una función de asesoramiento.
- Auditoría interna, para validar el proceso.

Se establecen dos niveles:

- Riesgo de alto nivel gestionado mediante DAFO's y que incluye oportunidades, hay un DAFO muy general a nivel de comité de gerencia, y luego DAFO's en cascada por cada objetivo estratégico.
- Riesgos de proceso aplicable con la nueva metodología.

Se establecen sistemáticas basadas en el análisis y priorización de riesgos, de manera que de cada proceso se está elaborando un análisis de riesgos específico, que es revisado por la Dirección de Calidad

que establece metodologías para establecer su prioridad.

Análisis de riesgos tridimensional con varias capas de riesgos:

- Por un lado, la identificación y gestión de los riesgos, de una manera global de cara a la definición de la estrategia.
- Por otro lado, un análisis más transversal de los riesgos de cada proceso.
- Y finalmente, el análisis de riesgos específicos de algunos elementos del sistema como puede ser la Seguridad de la información, la SST o la seguridad del paciente.

Existen matrices de riesgos por cada Dirección Funcional, identificación de riesgos por procesos y subprocesos:

- Caracterización del control del riesgos y estimación del riesgo residual.
- Evaluación del riesgo inherente por probabilidad e impacto.
- Análisis de los controles por diseño de control y ejecución.
- Establecimiento de planes de acción para eliminar o reducir su manifestación.
- Cálculo del riesgo residual derivado de valorar la operativa de los riesgos.
- Determinación en los gráficos de procesos donde están los riesgos asociados, puntos críticos y control.
- Establecimiento de indicadores propios del SGRA.

Circular sobre Manual de Sistema de Gestión de Riesgos ASEPEYO (SGRA) nº M 1391.4. Programa de implantación v.4 de fecha 2021-05-10. Cronograma de avances de las acciones. Mapa de riesgos por procesos v6 de Mutua ASEPEYO. De fecha Marzo 2022.

En 2021 se realizó formación a nivel de personal para que todo el mundo entendiera la sistemática en la gestión del riesgo. Actualmente están formadas todas las Direcciones Funcionales y las Gerencias de los hospitales, con alcance a 72 personas formadas.

Durante el presente 2022 lo que se ha llevado a cabo es un análisis de los riesgos transversales y su impacto sobre las diferentes líneas estratégicas con el fin de conocer si, dichos riesgos, van a permitir o no alcanzar los objetivos.

Informe de seguimiento de implantación del Sistema de Gestión de Riesgos (SGRA) de Asepeyo de 6 de marzo de 2023.

Derivado del análisis y planificación del PE 2021-2023, se han identificado 18 riesgos estratégicos (RT) mediante metodología PESTEL. Se relacionan los riesgos con las líneas estratégicas (LE) a desplegar e implantar.

Matriz Riesgos Hospital Coslada 2023. Revisión de los procesos en actas de procesos semestrales. En un acta de proceso se incluye el análisis de indicadores, de riesgos, seguimiento de las áreas de mejora, seguimiento de los resultados de auditoría.

En gestión ambiental está la IAR (identificación de aspectos y riesgos). Se hace a nivel de centro.

Ejercicios AMFE seguridad del paciente. Por ejemplo, Seguridad de paciente de profilaxis protrombótica Plan de Acción ID: PA22 CPSAN.01-02.

Para ISO 27001. Se hace referencia al contexto y se definen las partes interesadas junto con sus requisitos en Manual del Sistema de Seguridad de la Información en v.7 con fecha de julio 2021. Las partes interesadas que se definen son: Empleados, Clientes, Proveedores, AMAT, AAPP, Mutuas con acuerdo de colaboración, Ciberespacio (amenazas externas).

Se revisa Plan estratégico 2021-2023 con objetivo clave "Innovación", el cual incluye proyectos operativos para la modernización de aplicaciones comunicaciones e infraestructuras.

Otras consideraciones del equipo auditor

El liderazgo y el compromiso de la alta dirección se demuestra mediante un SGI avanzado con políticas activas en lo relativo a atender las necesidades y expectativas de las diferentes tipologías de clientes, mirando de minimizar el impacto ambiental de las actividades llevadas a cabo en los centros, mirando de mejorar la calidad de vida de sus trabajadores y atendiendo a los asuntos relevantes de los GGII más relevantes.

Este proceso obtiene garantías a través de políticas implantadas dirigidas a la reducción y minimización de los riesgos identificados y priorizados en áreas tales como: seguridad de la información o el cumplimiento o seguridad del paciente.

Algunas referencias que alinean dicho comportamiento son:

- La política integrada de gestión se encuentra publicada en la Intranet corporativa de ASEPEYO, INSTMAN, web e Informe Anual y M. Sostenibilidad. Actualizada el 2020-10-30 por cambio de Director General.
- Actualmente ASEPEYO dispone de tres Códigos de Conducta.
- Algunos documentos generados para el gobierno del modelo de gestión son:
 - M-1049. Manual de procedimientos de ASEPEYO.
 - M-1391. Manual de S.G. de Riesgos de ASEPEYO (SGRA).
 - M-1384. Programa de auditoría de los S.G. de calidad, medio ambiente, seguridad de la información y responsabilidad social corporativa
 - P-022/11. Comité Gestión por Procesos.

- Seguimiento del Plan Estratégico 2021-2023. Fecha de publicación 2021-01-22. Incluye:

4 Objetivos Clave.

8 Líneas Estratégicas.

46 proyectos operativos.

- Objetivo clave 1: Solvencia económica. Con 3 Líneas estratégicas: LE1 Mejora resultados CC. LE2 Mejora de resultados de CP. LE3 Eficacia y control del Gasto.
- Objetivo clave 2: Excelencia en el servicio. Con una línea: LE4 Elaboración de la cartera de servicios.
- Objetivo clave 3: Cultura corporativa y sostenibilidad. Con 2 Líneas estratégicas: LE5 Compromiso y fidelización del personal y LE6 gestión del liderazgo.
- Objetivo clave 4: Innovación. Con dos líneas: L7 Digitalización y L8 Instalaciones.

Programa de Objetivos incluye indicadores y metas previstas por actuaciones a llevar a cabo de cada uno de los 46 proyectos.

Cada proyecto cuenta con su ficha de proyecto (46), con responsable asignado a cada uno de ellos; calendario de ejecución de las actividades con responsables en cada una de ellas, estatus de implantación y % de avance.

Se han identificado 18 riesgos estratégicos (RT) mediante metodología PESTEL. Se relacionan los riesgos con las líneas estratégicas (LE) a desplegar e implantar para garantizar coherencia del PE.

Las Líneas Estratégicas tienen definidos resultados previstos a través de indicadores de procesos.

Seguimiento de las líneas estratégicas y los planes operaciones. Informe de grado de avance semestral. Se valora con un 67% de avance del plan estratégico en el 2S/2022.

- Plan Estratégico 2021-2023 específico de Hospital Coslada que se viene desplegando en 2023 incluye:

4 Objetivos Estratégicos.

16 Líneas estratégicas.

26 Procesos Operativos.

64 Líneas de Acción.

Revisión trimestral del PE de Hospital.

Respecto al seguimiento del PE 2021-2023 hasta la fecha (2023) incluye:

- En 2021 con el 83,60% de consecución
- En 2022 con el 88, 60% de consecución
- En el 2023/1T se ha conseguido el 92,18%

- Actualmente están trabajando en la elaboración del nuevo Plan Estratégico, que cubrirá el período 2024-2026.

Por otro lado, respecto del uso de la marca ENS, de acuerdo con la vigilancia continuada del uso de Marca y a lo establecido en la Resolución de 13 de octubre de 2016, de la Secretaría de Estado de Administraciones

Públicas, por la que se aprueba la Instrucción Técnica de Seguridad de conformidad con el Esquema Nacional de Seguridad se ha comprobado a fecha de la Auditoria que la Organización realiza uso del certificado en su página web: <https://www.asepeyo.es/wp-content/uploads/Certificado-ENS.pdf>. Se reproduce el certificado de ENS: correcto.

Respecto del uso de la marca de ISO 27001, se reproduce el certificado en la WEB: https://www.asepeyo.es/wp-content/uploads/Certificado-SI-0032_2014.pdf

Durante el periodo revisado, la Organización ha declarado que no se han recibido reclamaciones de clientes, dentro del ámbito de la certificación.

Política. Se dispone de un resumen de Política integrada en <https://www.asepeyo.es/responsabilidad-social-corporativa/>

Puntos fuertes

Generales

- La figura PROAS como proceso avanzado de Mutua.
- La citación de primeras visitas de ITCC de manera centralizada (U3C de la DAS).
- Orientación del sistema hacia los objetivos ODS
- Análisis del proceso de auditoría interna, con controles de auditoría específicos vinculados a los riesgos de los procesos y que se van desarrollando en función de las problemáticas que se detectan.
- Enfoque del estudio psicosocial ya que integra a toda la organización en el proceso, de manera que todos puedan aportar su punto de vista.
- Análisis realizado de todos los métodos aplicables a estudios ergonómicos con el fin de facilitar el proceso de decisión de estos en función de su aplicabilidad en los puestos.
- Protocolo de agresiones y uso de la figura del interlocutor policial sanitario del ministerio del interior.
- Derivado de los resultados de las auditorías, se analizan casuísticas para determinar si es necesario definir un NC transversal que permita la mejora del proceso.
- Seguimiento realizado desde el área de SAU sobre los planes de acciones en los CA's en función de sus resultados de satisfacción.
- Informe de quejas y reclamaciones mensual por unidad y software de gestión de dichas quejas para detectar recurrencias.
- Nivel de detalle del Seguimiento desde la Dirección de Prestaciones de los diferentes proyectos operativos que afectan a la estrategia, con un reporte mensual de su evolución.
- Desarrollo de guía para la revisión de las prestaciones CATA previstas en el corto plazo.
- Gestión de datos (big data) realizado mediante el Qlick Sense desde Prestaciones.
- Proyecto operativo de Criterio Jurídico como gestión del conocimiento dentro del área de Prestaciones.
- Estudio epidemiológico de la Vigilancia de Salud colectiva del año 2021, por su exhaustividad y nivel de detalle.
- Soporte psicológico para trabajadores, vía telemática y telefónica.
- Colaboración del personal sanitario en el transcurso de la auditoría.
- Las aplicaciones diseñadas internamente para la gestión e identificación de requisitos legales y aspectos ambientales, que facilitan su actualización y difusión a los centros o en el Hospital de Coslada.
- El registro de Evaluación de Aspectos ambientales, que, de una forma sencilla y muy visual, informa sobre los aspectos ambientales que han resultado significativos.
- La definición de un indicador que mide el "grado de impacto ambiental" de forma anual, así como la mejora de este valor en el año 2023.
- En enfoque a los ODS ligados a indicadores propios, ya existentes, en concreto el ODS 13 "Acción por el clima". Sería una mejora darle más difusión en la web externa (actualmente se encuentra en al intranet).
- Ofrecimiento para los trabajadores masculinos que a partir de los 50 años detección precoz de cáncer de colon, PSA (próstata en sangre).
- Resultados de la promoción hecha mediante la Unidad móvil expositora creada para la difusión de los proyectos en los que se está trabajando desde la Mutua en Prevención hacia las

- empresas.
- Agilidad en la gestión de las quejas y reclamaciones
- Cuadro de mando vinculado al plan operativo de los centros asistenciales, con valores acumulados que permiten conocer la situación de gestión de cada centro.
- Enfoque de la información dada a los centros sobre satisfacción mediante datos acumulados del año.
- Sistemática de respuesta de reclamaciones, cuya eficiencia supone que las respuestas sean en menos de 5 días.
- El Informe de seguimiento del SAE en 2022-2023. Temáticas recogidas en el campus UCA.
- Gestión de Competencias y Formación:
 - o A partir del Diccionario de Competencias, trabajo realizado para mejorar la armonización de las evaluaciones de competencias realizadas por cada mánager.
 - o Resultados del Programa Telémaco en cuanto a la identificación y despliegue del talento y liderazgo en la organización.
- DAS. Trabajos iniciados en aras de promover la participación activa del personal no sanitario en Seguridad del Paciente (vinculado al Plan Estratégico para la Seguridad del Paciente 2023-2026)
- DIE. Sistemática de seguimiento de la calidad de las prestaciones por parte de los proveedores (bonificación del 5% del importe mediante aplicación de kpi's).
- Seguimiento de Proveedores TIC
- Alta capacidad para desplegar proyectos que implican mejoras en la seguridad de la información, como por ej. Gestión de Identidades, herramienta gestión de correo electrónico (CES de Cisco).
- Auditoría GDPR realizada (2022-12-01)
- Documentación publicada en la Intranet para la concienciación (e información) sobre la calificación de la información y su tratamiento.
- Dashboard de firma electrónica.
- Gamas de mantenimiento en Hospital de Coslada
- Proceso de on-boarding

Hospital Coslada

- Refuerzos formativos específicos relativos al plan de autoprotección suministrados en área de fisioterapia.
- Inversiones realizadas en la mejora de zonas auxiliares del hospital. Ej. Protección perimetral y zonas de tránsito de cubiertas.
- Proyecto Viaje del paciente como medición de la satisfacción del cliente intentando valorarlo desde la perspectiva del paciente y por tanto, desde el punto de vista de lo que para el usuario es importante. Extracción de conclusiones.
- Revisión constante de la adecuación del proceso radiológico a la problemática del paciente. Revisión continua para ver si el proceso de diagnóstico es adecuado a las condiciones del paciente y su patología, para no exceder.
- Optimización de los recursos quirúrgicos. En especial, mejora evidenciada en el segundo semestre 2022 en cuanto a la reducción en el tiempo de intercambio de quirófanos.
- Por regla general se evidencia un detallado y puntual seguimiento de los indicadores de seguimiento definidos en cada proceso. Hay que destacar, por ejemplo, el buen análisis de causalidad evidenciado en Atención Urgencias.
- Rondas de seguridad, monitorizadas desde Dirección de Enfermería, con la participación activa del paciente en su propia seguridad.
- Control y Prevención de la Infección. Actas bimestrales de seguimiento de la actividad por parte del Comité de Higiene e Inspecciones. Continuidad del tratamiento de los puntos pendientes de anteriores reuniones.

Centros Asistenciales

- Dentro de las medidas aplicadas en accesibilidad de los usuarios, las mejoras en atención a los diferentes idiomas de los usuarios, con la disposición de sistema de traducción simultánea o en algún caso, con personal que conoce el lenguaje de signos, lo que mejora la también comunicación con personas discapacitadas auditivas

Oportunidades de mejora

Generales

- Reforzar la realización de auditorías internas del área de Vigilancia de la Salud, y de ser posible realizarlas por personal sanitario.
- Profundizar sobre la información recogida en el Manual en el apartado de Aspectos ambientales en el enfoque de Ciclo de Vida.
- En las evaluaciones de riesgos se deberían reflejar todas las medidas que se realizan de iluminación en todos los puestos de trabajo, no sólo las medidas que no cumplen.
- En el acta del Comité de Calidad Total, sería conveniente que se concrete el análisis de doble entrada basado en el grado de implantación de las acciones de cada plan operativo, pero cruzando la información con los resultados de los indicadores.
- Unificar los estudios de satisfacción de mutua conjuntamente con los de hospitales e incluso con la de la dirección de prevención.
- Sería muy interesante que inequívocamente se tenga en cuenta el resultado de los estudios de satisfacción realizados desde la Dirección de prevención en la medición e la satisfacción global, ya que, si bien está destinado al mutualista, como grupo de interés, es un personal muy concreto de las mismas, concretamente el personal responsable de prevención de la misma, y quizá es un sector diferente que el interesado en el resto de los servicios prestados por la mutua a los mutualistas.
- Definición de indicadores de impacto en medios o en organizaciones, de las campañas realizadas desde gestión de la actividad preventiva, o de medias de participación en las diferentes campañas de asesoramiento o sensibilización, de manera que se den valores ponderados.
- Gestión de la competencia y formación. Si bien se dispone de indicador (de carácter interno) para el seguimiento del nivel alcance de la formación en la organización (% trabajadores al que alcanza la formación), se recomienda incluirlo en el cuadro de mando como ratio de gestión.
- DAS. Incluir, en la definición y planificación de los diferentes Proyectos Operativos, un apartado específico que obligue a cuestionarse si los cambios promovidos pueden afectar a la seguridad del paciente (diferente apreciación del riesgo, aparición o desaparición de riesgos...).
- Asistencia Sanitaria CP i Soporte. Se evidencia, en aras de minimizar el impacto asistencial ocasionado por la actual alta rotación entre el personal sanitario, esfuerzos para mejorar las comunicaciones y sensibilizaciones temáticas (por ej: webinars en cuanto al Plan de Tratamiento de Profilaxis Tromboembólica). Al respecto se recomienda incorporar seguimientos en cuanto a los resultados de eficacia de dichas sensibilizaciones.
- Analizar la certificación en Privacidad según norma ISO 27701.
- Sería recomendable evaluar la ubicación de los extintores de CO2, dado que se encuentran alejados de la zona de cuadro eléctrico y rack de comunicaciones en cada planta. Además, la señalética no se encuentra en una zona visible.
- Respecto a las medidas de seguridad aplicadas al correo electrónico, explotar los datos aportados por G. Suite (segunda capa gestionada por COSTAISA) que no son identificados por CES de CISCO (capa gestionada por EVOLUTIO)
- Continuidad: aunque se considera que el trabajo realizado en el BIA es correcto, se sugiere trabajar la escala de tiempos donde siempre aparezcan un impacto 5 (rojo).
- Aceptación de aplicaciones. Sistematizar para el servicio AOV las auditorías y tests a realizar (tipo y frecuencia)

Hospital Coslada

- En el caso de radiodiagnóstico, la información sobre el proceso, debería darla el médico/a del centro asistencial, de manera que se pueda filtrar casos en los que no se puede hacer radiodiagnóstico, para evitar casos de gente que se presenta y por la razón que sea, no puede hacérsela.
- No hay manera de saber cuándo a un paciente recurrente, se le está excediendo la cantidad de radiación permitida. No existen sistemas de alarma que alerten de dicha situación.
- Valorar la posibilidad de poner un indicador de roturas de stock de medicamentos ante el riesgo definido de falta de suministro, que es alto, en el proceso de farmacia hospitalaria
- Planteamiento de objetivos de eficiencia energética en el hospital de Coslada, con un enfoque de excelencia de servicio, pero también de solvencia económica ya que dicha eficiencia supone reducción de gasto.
- Planeamiento del seguimiento de indicadores establecido en el Hospital de Coslada, así como la

trazabilidad, a partir del seguimiento del plan estratégico, del seguimiento de mejoras propuesta en la revisión por la dirección.

- En ocasiones, se echa en falta un seguimiento de causa de las caducidades detectadas en los controles de seguimiento. Ello permitiría incorporar mejoras en la gestión del estocaje de los materiales. P ej: caducidades de esterilización.
- Tipificar y tabular los principales eventos que se detectan en revisiones estandarizadas (auditorías de HC, cortes de supervisión en la identificación del paciente, simulacros de Seguridad del Paciente...) para promover su registro, entre el personal, en la plataforma habilitada.

Centros Asistenciales

- Sería conveniente registrar las revisiones semestrales de los desfibriladores, no sólo el cambio de parches o batería.
- Mejorar la accesibilidad en los centros a los documentos de retiradas de residuos.
- En el CA de Alcalá de Henares, aclarar con el gestor de residuos el código LER asignados en los contratos de tratamiento de algunos residuos, como, por ejemplo: Pilas: 160606* Electrolitos de pilas y acumuladores recogidos selectivamente y Medicamentos caducados: 180106
- En el CA de Alcalá de Henares, en el registro de control de fugas se debería de incluir la fecha completa, no sólo el año.
- Sería recomendable que se reportara a los centros datos de seguridad de pacientes.
- Impartir al personal sanitario información sobre el etiquetado de productos sanitarios.
- Revisar el procedimiento de esterilización para valorar si se debe modificar/aclarar la frecuencia de realización de ciclos en los centros con menos actividad.
- Plantear la posibilidad de agrupar planes operativos por técnico que cubre varios centros y no por centro.
- En los centros en los que hay representa de los trabajadores, pero no se haya constituido un comité de seguridad y salud oficialmente, sería conveniente establecer una pauta para la realización de reuniones periódicas.
- Valorar unificar las licencias de actividad en el caso del CA de Vía Augusta.
- De manera general, valorar la posibilidad de configurar los despachos médicos, de manera que se facilite la salida del personal en caso de una agresión (Ej.: despacho medico CC de Vía Augusta).

ANEXO

Cuestiones particulares del Sistema de Gestión Integrado

ISO 9001 (Sistemas de Gestión de Calidad)

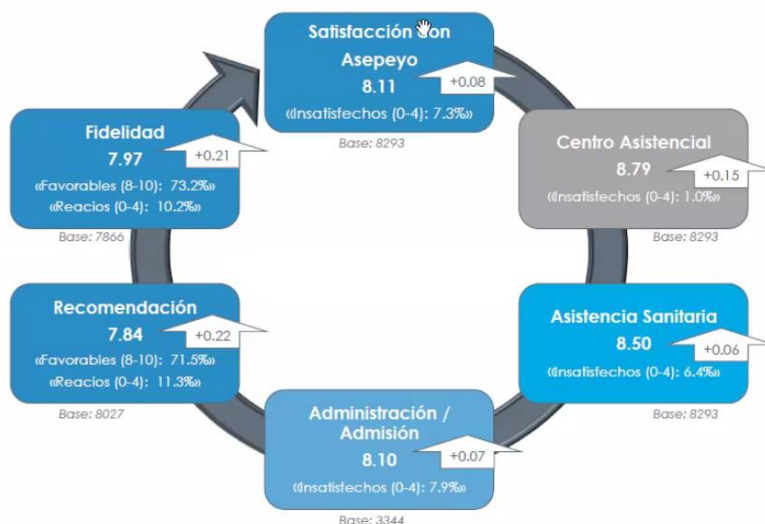
i. Información sobre satisfacción de Cliente

Para llevar a cabo el análisis de la información sobre la satisfacción del cliente, en la organización se hacen diferentes estudios que, si bien se complementan unos con otros, no se ha optado de una manera efectiva, a analizar toda la información en conjunto. De esta manera, hay un análisis de la satisfacción de los usuarios a nivel de mutua, que afecta a la atención principalmente vinculada a los centros asistenciales, otra de los hospitales, cada uno por separado y una tercera desde el área de prevención, como prestación de servicio, dirigida a personal participante de las actividades organizadas.

En el caso de la satisfacción de los usuarios y desde el prisma de la Mutua, se trata de un método muy consolidado, centrado en la recogida de una muestra continua que se lleva a cabo durante todo el año. Son encuestas telefónicas que se hacen a tres tipos de pacientes:

- Pacientes de contingencia común que han tenido una primera visita.
- Pacientes de contingencia profesional sin baja.
- Pacientes de contingencia profesional con baja, al que se le hace la entrevista una semana después del alta.

Resultados encontrados (2022):



De manera general, se ha producido una mejora de todos los valores de satisfacción.

Semanalmente se facilita un listado a la empresa encargada, de los pacientes, según los tres bloques, susceptibles de ser entrevistados. Se les exige un 95% de fiabilidad de la satisfacción total, bajado a centros asistenciales, de manera que se llega a marcar en número de encuestas que se deben hacer por centro. Los resultados se recogen en:

- Circular de publicación mensual con datos acumulados de 1 año. La última es de 2022/05 con un resultado de 8,09 y resaltan que es lo que mas incrementa y que es lo que menos.
- Informe de diagnóstico de la satisfacción a nivel global de la entidad, también mensual
- Además, una vez al año, el proveedor genera un informe global anual con un resumen de toda la actividad y acciones de mejora.

Ante los resultados de la satisfacción, y si son negativos, se solicitan planes de acciones mediante los coordinadores autonómicos para que se desarrollen los planes de acciones. El coordinador autonómico tiene una función de asesoramiento. Para el desarrollo del trabajo, están previstas visitas presenciales y/o virtuales con los directores de los CA's.

Pero se hacen también hacen otras mediciones, por ejemplo, a empresas mutualistas y a asesores laborales, si bien en este caso se hace con otro tipo de sistemática. Este tipo de estudios se paralizaron durante la pandemia y actualmente están retomando nuevamente este tipo de encuestas. Pero será en próximas auditorías en las que podremos analizar los resultados.

En lo que respecta al seguimiento de la satisfacción del paciente y familiar de paciente en su atención hospitalaria (Hospital de Coslada, 2022) cabe decir:

1) Seguimiento de quejas y reclamaciones habidas en el hospital por servicios:

Quejas y reclamaciones	2021	2022	1Tr. 23
Admisión	1	4	1
Centro de coordinación	3	1	0
Consultas externas	10	16	8
Diagnóstico por imagen	5	2	0
Hospitalización	0	5	1
Organización territorial	22	25	4
Quirófano	3	1	0
Rehabilitación	7	6	1
Transporte	39	38	6
Urgencias	13	15	10
Unidad de valoración f.	0	2	0
Varios*3	3	5	0
TOTAL	106	120	31

Resolución media de quejas y reclamaciones en 2,2 días.

2) Encuestas de satisfacción realizadas en el centro:

Seguimiento del NPS y satisfacción de paciente con seguimiento trimestral. En 4T/2022, 362 encuestas, lo que supone un 41% de participación de los pacientes ingresados:

- NPS de valoración del paciente en 2022, media en anual 2022 NPS 66.
- La valoración global (suma de excelente y bien) alcanza el 96%.

Los aspectos mejor valorados en 4T respecto al 3T del 2022 son:

- Atención recibida en admisión
- Información al ingreso
- Información médica sobre su patología
- Atención en quirófano
- Información de la intervención
- Atención servicio de limpieza
- Atención personal que sirve la comida
- Confort habitación
- Ropa de cama, baño y vestuario
- Información médica a la hora del alta
- Información enfermería al alta
- Identificación nombre enfermería
- Información sobre cuidados y curas

Los aspectos con peor valoración en 4T respecto al 3T del 2022 son:

- Resolución trámites administrativos
- Rapidez asignación de la habitación
- Atención equipo médico
- Identificación médicos
- Atención recibida enfermería
- Te has sentido atendido cuando lo solicitaste
- Atención mantenimiento
- Limpieza de instalaciones
- Señalización para orientarse

- Instalaciones del hospital
- Información sobre cuidados y curas
- Atención del celador
- Posibilidad de reciclaje
- Alimentación hospitalaria
- Actividades de ocio
- Valoración global
- Ropa cama, baño y vestuario
- 3) El viaje del paciente (Patient Journey) metodología “Discoveryng Wow” el NPS por servicios:
 - Cafetería. NPS= -100
 - Ambulancias: NPS= -56.
 - Urgencias: NPS= -25
 - Consultas: NPS= 30.
 - Radiología. NPS= 56
 - Rehabilitación: NPS= 60
- 4) Otras iniciativas para la mejora en la atención asistencial del paciente son la puesta en marcha del Grupo de Humanización. LE8. Humanización de la asistencia sanitaria:
 - PO1 Potenciar la humanización en la Asistencia S.
 - PO2 Lograr espacios amables.
 - PO3 Cuidados al profesional.
 - PO4 Docencia y actividades de ocio.
- 5) Encuestas de satisfacción a centros asistenciales (cliente interno): Índice satisfacción global 93,9% (2022) y 92.4% (2021).

ii. Enfoque a procesos

- ASEPEYO viene realizando una revisión de sus procesos en 2021-2023, mejorando la diagramación de sus actividades, incorporando la identificación de los riesgos existentes en la ejecución de estas.
- Nuevo mapa de procesos en revisión en 2023, para alinear la gestión de los dos hospitales en los procesos asistenciales del trabajador.
- Cuadros de Mando de Indicadores para área de gestión.
- Cuadros de Mando de Indicadores por centro asistencial.
- Seguimiento semestral del SGI a través del Comité de Gestión por Procesos.
- Comités Territoriales.
- Acta de Comité de Gestión por Procesos de fecha 17 de mayo de 2023.
- Seguimiento de procesos a nivel hospitalario. Por ejemplo en Hospital de Coslada:
 - Mapa de procesos aún independiente, con una distribución en 22 procesos específicos del Hospital y 16 centralizados.
 - En 2022 se consigue un grado de conformidad en los resultados encontrados en los indicadores con un 70% de consecución y un 30% de resultados no conseguidos.

ISO 14001 (Sistemas de Gestión Ambiental)

iii. Aspectos ambientales (considerando el ciclo de vida)

A nivel de aspectos, se han definido unos valores de referencia para poder valorar la criticidad de cada uno de los centros asistenciales.

En función de los resultados, se marcan los objetivos de gestión ambiental. Básicamente 2

- Reducir consume de energía eléctrica
- Reducir la huella de carbono de la organización

A cada centro se les envía un análisis exhaustivo de su situación en cuanto a los aspectos ambientales que tiene y cuáles de esos son significativos si es que hay alguno significativo. SE han marcado unos criterios estandarizados de manera que aquellos centros que se desvían del estándar, se les exige analizar causas y plantear acciones.

Hay que seguir trabajando en la definición de aspectos ambientales directos e indirectos dentro del ciclo de vida de los servicios que presta Mutua; aspectos derivados de las externalizaciones, procesos de

transporte, uso de materiales biodegradables o reciclables, etc.

iv. *Requisitos legales (incluir el estado de Licencias, Autorizaciones y Permisos)*

Actualización con la plataforma Infosald para la identificación de requisitos legales.
Ver relación de cumplimiento por centros en la relación de abajo.

v. *Comunicación externa (incluir el estado de denuncias, sanciones y reclamaciones)*

La Organización declara la no existencia de denuncias, aperturas de expedientes sancionadores o sanciones habidas por incumplimientos de la normativa ambiental de centros y actividades en 2022-2023.

ISO 45001 (Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo)

vi. *Organización de la prevención (modalidad preventiva, delegados de prevención, comités de seguridad y salud, contratación con SPA de especialidades o actividades, recursos, etc.)*

Servicio de Prevención Propio asumiendo las especialidades de seguridad en el trabajo, higiene industrial, ergonomía y psicología y medicina en el trabajo.

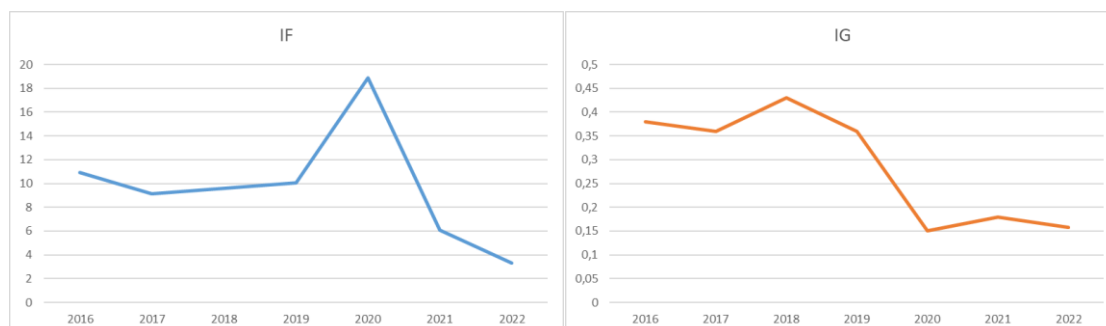
vii. *Valoración de la integración de la actividad preventiva (incluida la referencia a la auditoría reglamentaria)*

La organización trabaja por una integración efectiva de la actividad preventiva dentro de la estructura organizativa de la misma, de manera que, se constata que, a nivel de centros asistenciales o de hospitales, toda la línea jerárquica tiene definidas y asumidas funciones desde el punto de vista de seguridad y salud. Así mismo, dicha integración queda patente también en la gestión, que desde los centros asistenciales o desde los hospitales, se hace de la prevención, tanto a través del Plan Operativo como de aplicaciones como Integra o de la aplicación de las Observaciones preventivas, lo que está permitiendo en cierta manera, que las responsabilidades puedan desarrollarse. Uno de los elementos que se está desarrollando dentro de Asepeyo, es la implantación de una cultura preventiva que permita integrar la prevención a todos los niveles y esto queda plasmado también en las líneas estratégicas definidas para el período 2021-2023. Sin embargo, se debe seguir trabajando en la línea de hacer efectiva dicha integración, en aspectos como que las funciones definidas para cada estatus, sean realmente desempeñadas, por ejemplo, en la responsabilidad sobre la gestión de la Coordinación de Actividades Empresariales o el uso de Equipos de Protección individual.

La última auditoría legal se llevó a cabo en 2021 y durante esta auditoría, se ha llevado a cabo la auditoría legal correspondiente a 2023.

viii. *Datos de siniestralidad (explicar los aumentos y disminuciones)*

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
I. Frecuencia	10,92	9,16	9,61	10,05	18,87	6,07	3,31
I. Gravedad	0,38	0,36	0,43	0,36	0,15	0,18	0,16



Según se muestra en los índices de accidentabilidad facilitados por la organización, se evidencia una tendencia clara a baja tanto en los valores de índice de frecuencia, como en el del índice de gravedad, si bien este último parece haber llegado a una meseta, de manera que habrá que ver su evolución a futuro y si realmente la organización es capaz de mantener la mejora, como parece que se ha iniciado en 2021.

ix. *Requisitos legales (incluir el estado de Licencias, Autorizaciones y Permisos) y documentación revisada*

Ver relación de cumplimiento por centros en la relación de abajo.

x. *Comunicación externa (incluir el estado de denuncias, sanciones y reclamaciones)*

No se han evidenciado denuncias, sanciones y reclamaciones.

xi. *Entrevista con los representantes de los trabajadores con responsabilidad en SST (ej. CSS) y el personal encargado de la vigilancia de la salud (ej. Médico del SPP, SPM o SPA). Justificar su ausencia en caso de no asistir a la reunión final*

La organización de la participación y consulta en ASEPEYO se basa en la constitución de un Comité de Seguridad y Salud a nivel estatal, comités de seguridad y salud por cada uno de los hospitales, así como comités por territorios, por ejemplo, en oficinas centrales o comité provincial de Barcelona o en algunos centros asistenciales, en los que hay delegados de personal que hacen las veces también, de delegados de prevención. Así mismo, hay constituida una mesa de trabajo en el que la parte social está representado y cuya función es colaborar en la toma de decisiones.

La sistemática para llevar a cabo la participación y consulta de los trabajadores es vertebra de la siguiente manera:

- Comité de seguridad y salud estatal para llevar a cabo temas estratégicos. Está formado por 7 delegados de prevención de entre todos los delegados de prevención del territorio.
- Comités de seguridad y salud de centro o intercentro, por territorios más pequeños, con reglamentos específicos.
- Aplicación para comunicados de riesgos para la gestión de los mismos en cada uno de los comités. Todos los trabajadores pueden acceder a este aplicativo y crear un comunicado de riesgos.
- Mesa de trabajo de prevención es un órgano de participación formado por la parte social juntamente con el SPP para tratar diversos temas, pero fundamentalmente consenso en la generación de procedimientos, que luego deben ser aprobados por el Comité de seguridad y salud estatal.

Durante la auditoría se ha mantenido reunión con:

- 4 representantes del comité de seguridad y salud estatal en la sede central de manera telemática.
- Uno de los tres representantes del Comité de Seguridad y Salud del Hospital de Coslada.
- Así como con los representantes de los trabajadores de los Centros Asistenciales de Albacete, Alcázar de San Juan, Cervera y La Sagrera.

En el resto de los centros no se han mantenido dichas entrevistas, o bien por no disponer de esta figura o bien por problemas de agenda debido a los turnos de trabajo. Excusan su participación en la reunión final debido a problemas de agenda.

Por otro lado, se audita la Unidad Básica de Salud del Hospital CEPRA de Barcelona, responsable de parte de la vigilancia de la salud de los trabajadores de ASEPEYO. Durante la reunión final asisten tanto la directora de SST, como el Coordinador Médico del SPP, ambos con responsabilidades en Vigilancia de la Salud.

IQNET SR10 (Sistemas de Gestión de Responsabilidad Social)

Materialidad

- Programa de muestreo para la realización de un nuevo estudio de materialidad realizado con GGII durante el 2022 y 2023. Calendario previsto en proceso de ejecución:

Participación final alcanzada en dicho proceso por los GGII externos sobre un total de contactos previstos de 2717, se ha conseguido una participación final de 715 contactos (26%):

Informe de Análisis de Materialidad 2023 en borrador, pendiente de finalización.

- R-DTC-002.29

atributos o características de esos servicios.

- Gestión de la responsabilidad social: comportamiento ético, cumplimiento legal y transparencia, acuerdos y alianzas, reputación corporativa, excelencia en el servicio o confidencialidad, privacidad y seguridad de datos.
- Gestión social: innovar, aprender y compartir con los grupos de interés, contribuir a investigación y divulgación en salud y cultura preventiva, promoción de la RSC, información sobre contribución a los ODS o responsabilidad social en la cadena de suministros con aliados y proveedores.
- Gestión de personas: igualdad de oportunidades, diversidad y conciliación laboral, salud y seguridad laboral, condiciones de trabajo y beneficios sociales, gestión del desempeño y reconocimiento o desarrollo profesional.
- Gestión ambiental: gestión eficiente de recursos naturales y minimización de residuos o eficiencia energética y reducción de emisiones.

En el focus group de proveedores se incorporó un apartado de valoración y priorización adicional, con aspectos específicos sobre la relación de la Mutua con este grupo de interés.

Conclusiones y aportaciones realizadas por los Focus Group.

- Informe encuestas materialidad 2021 (Anexo 2 Análisis de Materialidad). El alcance de muestreo de encuestas realizadas ha sido:
 - Mutualistas. Se remite un formulario de encuesta sobre análisis de materialidad a 38 empresas mutualistas por correo electrónico para que evaluaran nuestro desempeño en responsabilidad social y sostenibilidad. Se registran un total de 14 respuestas válidas, lo que representa un 36,8% sobre la muestra total.
 - Asesores laborales. El formulario se remite a 20 asesorías laborales, con respuesta por parte de seis gestorías, lo que supone un 30% sobre la muestra total.
 - Proveedores. Se reciben 5 respuestas sobre una muestra de 18, lo que representa un nivel de respuesta del 27,8% sobre el total.
- En el caso de empleados se han trabajado conforme al último estudio de opinión 2022. Estudio de opinión 2022. Circular C-125/22.1. Publicación de los resultados del Estudio de Opinión disponible en la Intranet. Acceso a los resultados segmentados por unidad organizativa y comparado con los resultados del estudio anterior 2020.
- Resultados de asuntos valorados por empresas mutualistas y asesores externos.
- Estudios comparados de los GGII y los asuntos relevantes de otras mutuas.
- Análisis de relevancia. Informe de Materialidad global.
- Estudio del alineamiento de los objetivos claves y las líneas estratégicas con los asuntos relevantes priorizados por los grupos de interés de la Mutua. Valorado como muy significativo.
- Alineamiento de los ODS con las líneas del PE. Cuadro de Mando de sostenibilidad 2022 con seguimiento de 40 indicadores y publicación de resultados de los últimos 4 años (2018 a 2021). Informe de priorización de la contribución de ASEPEYO a las ODS realizado por la Dirección de Calidad en noviembre de 2021. 4 ODS considerados críticos y 6 ODS considerados importantes por ASEPEYO.

Los 4 ODS críticos son:

- ODS 1. Fin de la pobreza
- ODS 3. Salud y bienestar
- ODS 8. Trabajo decente y crecimiento económico
- ODS 9. Industria, innovación e infraestructuras

Y los 6 considerados relevantes:

- ODS 16. Paz y justicia
- ODS 04. Educación de calidad
- ODS 05. Igualdad de género
- ODS 10. Reducción de las desigualdades
- ODS 13. Acción por el clima
- ODS 17. Alianzas para obtener los objetivos

Seguimiento de Indicadores ODS cierre del 2022.

Plan de Comunicaciones Dirección de Calidad Sostenible ODS 2023-2024. Ejemplo de comunicación de la contribución al ODS Final de la Pobreza.

- Selección de contenidos GRI standard vinculados.
- Sobre la identificación de asuntos relevantes, existe una metodología (análisis de solicitudes de atención, satisfacción, customer journey, encuestas, focus group, etc.) y frecuencia (entre anual y trienal) de contactos establecidos con GGII y para el seguimiento previsto a los asuntos relevantes identificados para 2022-2023.

Gobierno

- Celebración de la Junta General el 2022-07-12 para aprobar los resultados 2021 y anteproyecto de los resultados de la Seguridad Social del 2023.
 - Convocatoria de la Junta General el 2023- 07-11 para aprobar los resultados 2022 y anteproyecto de los resultados de la Seguridad Social del 2024.
 - Publicación de las cuentas anuales 2021 en la web de la SS, resultados Balance 2021 incluida la auditoría de cuentas publicado en la web de la SS el 2022-08-09.
 - Deposito en el registro mercantil de Barcelona el 2022-07-15 de las cuentas correspondientes a patrimonio histórico.
 - Pendiente de informe de auditoría de cuentas del 2022; pendiente de propuesta de informe para poder cerrar las cuentas por parte de ASEPEYO.
 - Impuesto de sociedades parcialmente exenta y exención de declarar IRPF.
 - Dirección General de Ordenación de SS. Presupuestos 2023 en los capítulos I, II y VI.
 - Memoria de Sostenibilidad y de Buen Gobierno Corporativo 2021 GRI-Exhaustiva. Documento aprobado en la Junta General Ordinaria de Mutualistas el 2023- 07-11. Verificada por AENOR en fecha 2022-07-20 a 22. Explicación del ejercicio de materialidad seguido. Incluye resultados sobre objetivos de ODS y Global Compact.
 - Web de Política de Transparencia con resultados puesto a disposición a los diferentes públicos conforme a la Ley 19/2013, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno (<https://www.asepeyo.es/politica-de-transparencia/>). Contenidos:
 - Estructura organizativa.
 - Normas de gestión.
 - Perfil profesional y trayectoria del director gerente.
 - Retribuciones de altos cargos.
 - Información económica.
 - Informe anual y memoria de sostenibilidad.
 - Contratos.
 - Oficina de licitación.
 - Canal ético.
 - Política de Cumplimiento 2022-02-16, aprobado por Junta Directiva (de Mutualistas), comunicada en C-025/22.0. Tiene dos años de duración.
 - Política de Conflicto de interés al que se han de adherir los cargos directivos. Declaración bienal de los directivos y declaración puntual en caso de darse las circunstancias de conflicto. Instrucción Manual M-1636.0 de fecha 2023-01-31.
 - Líneas de defensa de Cumplimiento.
 - 1ª Línea de Defensa: direcciones funcionales y direcciones territorial que establecen controles. Incluye controles normativos y controles propios de cumplimiento.
 - 2ª Línea de Defensa: Aseguramiento interno del sistema (Auditoría Interna de calidad) y Comité de cumplimiento.
 - 3ª Línea de Defensa encargada a la Dirección de Cumplimiento y Comité de Auditoría Interna, desde 2020-02.
 - Modelo de Cumplimiento versión de Marzo de 2023. Manual del Modelo de Cumplimiento que lo desarrolla. Instrucción Manual M-1622.0 de fecha 2022-07-06.
 - M-1535.3 Manual de Dirección de Cumplimiento de fecha 2021-12-02.
 - Manual de Prevención de Riesgos Penales M-1310.4 actualizado el 2021-03-14, pendiente de publicar en INSTMAN una nueva versión.
 - Manual del Sistema de Gestión de Riesgos Asepeyo (SGRA), M-1391.5 actualizado el 2023-03-06
 - Comité de Cumplimiento. Formado por la Directora y Compliance Officer, Secretario, Dir. RRHH, Dir. Asesoría Jurídica y Dir. de SI. Resuelve cuestiones relacionadas con el código de conducta y reporta al Comité de Auditoría. Actas de reunión desde el 2018. 5 actas en 2022 y 4 actas en 2023.
 - Reglamento del Comité de Cumplimiento (2022). Manual M-1604.1, actualizado el 2023-04-2, en canal de transparencia web.
 - Comité de Auditoría. Aprobado en diciembre de 2021 por Junta, formado por 4 miembros, 2 miembros de Junta, Secretaria y Presidente. Con sesiones bimensuales.
 - Seguimiento de auditorías externas (Tribunal de cuentas, Intervención de DGOSS, IGSS, IT).
 - Seguimiento de las auditorías internas realizadas por el Departamento. Se reportan informes de resultados.
 - Se tratan temas propios de la Dirección de Cumplimiento.
- Manual M1644.0 actualizado el 2023-05-24 por el Comité de Auditoría.
Las actas se suben aprobadas en el libro de actas de la Mutua.

- Reglamento de funcionamiento de Comité de Auditoría. No publicado internamente Se aplican controles de diligencia debida y de conocimientos propios de la Mutua.
- Dirección de cumplimiento, Dirigido por la Compliance Officer.
- Actualmente ASEPEYO dispone de 2 Códigos de Conducta:
 - Código de conducta ASEPEYO con alcance a todos los GGII (empleados y proveedores). Manual M-1206.6 publicado el 2023-04-21 (actualización del canal ético).
 - Código de conducta de inversiones financieras temporales (conforme al acuerdo del 20 de febrero de 2019 de la CNMV, al que la Mutua está obligado a cumplimiento). Manual M-1485.2 publicado el 2022-04-29.
- Reglamento de los Consejos Consultivos ASEPEYO, aprobado en enero 2019 y publicado en 2023.
- Se valida el proceso de abordaje de denuncias procedente de los 2 códigos en el Comité de Compliance. Con el fin de adaptar la Directiva (UE) 2019/1937 del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de octubre de 2019 relativa a la protección de las personas que informen sobre infracciones del Derecho de la Unión (Whistleblower Protection). Empleo metodologías para garantizar la anonimizado y confidencialidad del proceso de denuncia. Manual 1586.1 de fecha el 2023-03-03 denominado Portal de Transparencia: Canal Ético.
- Circuito de recogida de denuncias en el canal ético (telefónicas, por formulario o por mail), tratadas en reunión del Comité de Cumplimiento, se genera un acuse de recibo para el denunciante.
- Se revisa el funcionamiento del canal de denuncia y actas de reunión:
 - Reuniones de Comité de Cumplimiento.
 - Sistema de codificación de las denuncias anonimizadas.
 - Memoria de Cumplimiento 2022 publicada en el canal de transparencia, 52 comunicaciones (25 consultas y 4 denuncias que han sido objeto de investigación en 2022).
- Comité de Nombramiento y Retribuciones para el aseguramiento de los cargos directivos (excepto los miembros de la Alta Dirección que son escogidos por Junta de la Mutua) y sus retribuciones dentro de normativa. Aprobado en 2021-05-11. Existe una Instrucción C060/21 al respecto para reglamentar el proceso en estado borrador. Existe un repositorio compartido UC8007 del Comité de Nombramiento con 13 nombramientos resueltos en 2022 y 5 en 2023.
- Los directores de Alta Dirección pasan su nombramiento por la Junta Directiva.
- Acta de infracción de I82020007000214 de fecha 2020-12-14 por una sanción de 741.280€ puesta por Consejo de Ministros. Solicitud de un auto de medidas cautelares de fecha 2021-12-02 para poder presentar una demanda al Tribunal Supremo, escrito de formalización de la demanda cautelada de fecha 2022-03-24. Señalamiento de la vista en Tribunal Supremo Sala de lo Social en fecha 2023-07-12.
- Departamento de Auditoría Interna con una dotación de 4 auditores; Plan de Auditorías Internas 2023. Auditorías de verificación, recurrentes, compliance, periodificados por trimestres.
- Comité de Protección de Datos y Seguridad de la Información con 7 miembros, actualizado en fecha 2023 por modificación del cargo de uno de sus miembros.
 - Ampliación de competencia con el nombramiento de Coordinador de Seguridad que recae en el Director de del Área Funcional de Ciberseguridad y riesgos TIC. Nombramiento de fecha 2021-01-26.
 - Auditoría ENS nivel medio realizada dentro del marco de la gestión de la seguridad de la información y la ciberseguridad.
 - Certificación ISO 27001.

Reglamento de Mutuas

- Pendiente de aprobación del nuevo Reglamento de la Ley de Mutuas 2014 (Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social), sigue siendo una previsión su aprobación.
- Existen acciones dirigidas a interpretar la ley y mirar de adelantarse a los cambios exigidos. Presentadas alegaciones a través de AMAT al proyecto de Real Decreto del Reglamento pendiente de aprobación.

Personas

- Representación legal de los trabajadores de unas 180 personas en ASEPEYO: Comités de empresas (17), delegados de personal en el resto de los centros (70). Las cuestiones generales se negocian directamente con las 3 secciones sindicales (secretarios).
- Comité de Empresa del Hospital de Coslada formado por 3 RLT de CCOO.
- Convenio colectivo ASEPEYO 2012-2015 prorrogado *sine die* y denunciado por los trabajadores. En fase inicial de negociación del nuevo convenio colectivo. Se aprueban acuerdos parciales a cuenta de que se incorporen en el Convenio colectivo definitivo.
 - Se evidencian circulares informativas (2022-2023) con las acciones de mejora implantadas en

- o el colectivo de Empleados (por ejemplo, en el área de reconocimiento, área de retribución, área de formación y desarrollo profesional). También se informa de la existencia de proyectos a corto-medio plazo.
 - o Mesa técnica de trabajo que traslada las conclusiones al Comité Estatal de Seguridad y Salud.
- Grupo de Trabajo para la negociación de un nuevo Convenio Colectivo. Actas de seguimiento de la actividad generada:
 - o Acta 1 de fecha 2022-05-25, acciones: CMA del plan de igualdad, diagnóstico del nuevo.
 - o Acta 2 de fecha 2022-06-16, auditoría retributiva, diagnóstico nuevo, auditoría retributiva, constitución.
 - o Acta 3 de fecha 2022-09-28, medidas a incluir en el nuevo Plan de Igualdad y la falta de avance por no disponer en la aprobación de la masa salarial 2022 autorizada por la Agencia Tributaria.
- Autorización del Ministerio de Hacienda para el pago de atrasos de la subida del 3,5% prevista en 2022, con fecha 2023-06-02.
- Los objetivos se pagan respecto al Convenio Colectivo. Objetivos pagados en el mes de abril del 2023. Abono de incentivos por cumplimiento de objetivos 2022 conseguidos al 100%.
 - o % de resultados económicos en CC
 - o % de satisfacción del usuario
 - o % de propuesta de Alta de incapacidad CGMG
 - o % de exp. pendientes alta C P sin prox. actuación.
- En el caso de empleados se han trabajado conforme al último estudio de opinión 2022. Publicación de los resultados del Estudio de Opinión disponible en la Intranet. Acceso a los resultados segmentados por unidad organizativa y comparado con los resultados del estudio anterior 2020.
- Estudio de opinión 2022 ¡Mejoramos juntos!. Circular C-125/22.1. Publicación de los resultados del Estudio de Opinión disponible en la Intranet. Acceso a los resultados segmentados por unidad organizativa y comparado con los resultados del estudio anterior 2020.
 - o Realizada con medios propios, mediante códigos QR.
 - o Participación del 55,73% (2022, 1810 participantes) vs 54,5% (2020, 1.735 participantes) y 58,40% (2017, 1.891 participantes).
 - o Media de satisfacción global 7,12 (2022) vs 7,08 (2020) y 6,54 (2017).
 - o Muestreo a hospitales, Organización funcional y organización territorial.

Factor analizado	Satisfacción global 2022	Satisfacción global 2020
Satisfacción con el trabajo	7,69	7,56
Satisfacción con factores personales	6,76	6,67
Satisfacción con la empresa	7,31	7,37
Satisfacción con la gestión COVID-19	7,79	7,46
Satisfacción con el Plan de igualdad	6,47	(no incluido en 2020)
Satisfacción general (compromiso)	6,99	7,24

- Grupo de trabajo para evaluar los resultados de clima, con incidencia en las áreas peor valoradas (retribución, reconocimiento y acciones saludables). Se toman 2 líneas de acciones sobre las dos áreas sobre las que se pueden tomar medidas: reconocimiento y acciones saludables. Se busca también mejorar la participación y la toma de acciones específicas en los dos hospitales. En el caso de las acciones saludables se va a tratar de manera como actuaciones dentro de los proyectos operativos.
- Encuesta de valoración de la cultura preventiva; resultados, 2019-06-03.
- Servicio de Atención al Empleado (SAE). Circular C-169/19. Tratamiento de temas de interés del empleado. Formato webinar y repositorio en share de Comunidad SAE. Buzón de consultas de los empleados. Encuesta de valoración, ruegos y preguntas. Comunidad SAE de los empleados donde se despliega el plan de comunicación interna con empleados. Incluye los webinars dirigidos a empleados sobre temáticas solicitadas tanto de RRHH, prestaciones, retribuciones y nóminas, pautas saludables, plan de compensación flexible, masa salarial, permisos y vacaciones, nacimiento y cuidado de hijo menor, Influencia positiva de la actividad física sobre la salud mental en el entorno laboral. Informe de seguimiento en la intranet del SAE durante el 2022-2023. Temáticas recogidas en el campus

UCA.

- II Plan de igualdad 'Monalisa' (2019) en proceso de negociación de uno nuevo. Incluye selección, formación, promoción, retribución conciliación, comunicación, salud laboral y prevención de riesgos y procedimiento de actuación ante situaciones de acoso sexual y por razón de sexo. Mesa de seguimiento de las iniciativas aprobadas en su momento en el Plan de Igualdad de 2019. Comunicación del plan de igualdad de ASEPEYO (2021) y correo de comunicación para recoger sugerencias (igualdad@asepeyo.es). En relación con el Registro Retributivo (2021) exigido ante el cambio legislativo, se evidencia Acuerdo de distribución y aplicación individual de la masa salarial conforme a lo establecido en el RDL 2/2020 por el que se aprueban medidas urgentes en materia de retribuciones en el ámbito del sector público relativo a los colectivos más desfavorecidos de la existencia de brecha salarial, de fecha 2022-05-25. Pendiente de aprobación la masa salarial del 2023 por la Agencia Tributaria como paso previo para poder proceder a la aprobación y registro del nuevo Plan de Igualdad.
- En 'ASEPEYO trabajamos en buena compañía', con el canal de denuncia por acoso o conflicto laboral y recursos de mediación entre las partes. Procedimiento de actuación en situaciones de violencia laboral, canal de acoso vía mediadora, informe a Comisión de Riesgos Psicosociales. No se declara actividad de la existencia de procesos de denuncia o mediación. Última de febrero 2021.
- Procedimiento de actuaciones ante situaciones de violencia en el trabajo (SPP, 2017).
- Canal de denuncia de compliance dirigido por el Comité de Cumplimiento.
- BI de RRHH con datos de valoración de la satisfacción del empleado. Cuadro de Mando Territorial RRHH Consolidado a fecha 2023-04. Resultados comparados con los últimos 4 años (2020-2023). Segmentación por áreas de gestión, comunidades autónomas.
- Cuadro de Mando Hospital de Coslada – Plantilla Hospital 2023, con seguimiento trimestral.
- Seguimiento del presupuesto de gastos y dotaciones para el Capítulo I.
- Absentismo por IT 3,75% (2022), 2,99 (2021), 2,45 (2020), 3,18 (2019). Valoración por la U3C de las bajas de CC propias.
- Cuadro de mando de absentismo Hospital de Coslada con seguimiento semanal con el seguimiento de bajas, duración, cobertura de la plaza. Se comunica a Comité de Empresa y a la Dirección.
- Reorganización de la Dirección de RRHH. Coordinadores de RRHH en el territorio.
- Comité de Recursos en el que se deciden la aprobación de dar cobertura a vacantes y a nuevas plazas. Se evidencia el tratamiento de las solicitudes de contratación a fecha de auditoría mediante sistema de workflow de aprobaciones. Work Flow de solicitudes de contratación y nombramientos de plazas conforme a su aprobación por el Comité de Recursos de la Mutua. Seguimiento semanal. Comunicación de plazas aprobadas o amortizadas. Ejemplo de amortización de plaza realizada 2023-03-27, plaza aprobada de jubilación de una enfermera realizada el 2023-05-11, nombramiento de cargo de supervisor de enfermería de turno de noche de fecha 2023-05-18.
- Denuncia del Comité de Empresa del Hospital de Sant Cugat a Inspección de Trabajo con alcance a los dos hospitales relativa a un exceso de horas extras admitidas del colectivo de enfermería (>80horas admitidas). Denuncia de abril 2023 pendiente de estudio. Asamblea realizada a los trabajadores en fecha 2023-04-25 para explicar soluciones a dicha problemática.
- Formación realizada en horas: 136.372 (2022), 107.671 (2021), 104.032 (2020) vs 128.856 (2019) y por horas de empleado 43,43 (2022), 34,34 (2021), 33 (2020) vs 40,7 (2019).
- Plan de desarrollo individual conforme al resultado de la valoración competencial realizado por RRHH y propuesto por la UCA.
- Ratio de 82 (2023-04), 83 empleados con discapacidad (2022), 82 (2021), 76 (2021) con discapacidad reconocida; en el cierre del 2022: 2,64 % de la plantilla (83 empleados con discapacidad/3.140 empleados). No se considera necesario adoptar medidas alternativas.
- Programa Integra anual para poder declarar la discapacidad de empleados y poder solicitar ayudas: En el ejercicio 2022 se beneficiaron 183 personas trabajadoras obtuvieron alguna ayuda por un total de 154.000€ tanto para trabajadores como familiares de trabajadores. Circular de Programa Integra 2023 con los supuestos admitidos para solicitar la ayuda, publicada el 2023-06-08 (C-064/23.0).
- Intranet participativa ASEPEYO para empleados.
- Plan Nacional de gestión de la Pandemia M.1566.4.

De las entrevistas grupales a empleados y representantes de los empleados con el fin de conocer su valoración sobre la atención de necesidades y expectativas. Se han realizado las siguientes apreciaciones:

- El tema retributivo es el aspecto con valoración más baja. El empleado/a considera insuficientemente abordados los siguientes aspectos:
 - o Falta de existencia de tablas salariales por categorías profesionales.
 - o La plus de antigüedad está topado hasta los 10 años de permanencia en la empresa.

- La amortización de puestos de trabajo no se percibe como un aumento de la masa salarial disponible.
 - Se ha dejado de explicar en nómina el 5% de retención del trabajador público, aunque se sigue aplicando.
 - Los objetivos que se consiguen no cubren las expectativas en cuanto a su remuneración.
- Todo ello redundando en una pérdida importante del poder adquisitivo de la plantilla. Este hecho también comporta la pérdida de atracción de talento y competitividad laboral de la Mutua.
- Se considera que la Mutua pone especial atención en el pago de las nóminas.
 - Se reconocen los inicios de negociación de un nuevo Convenio Colectivo, aunque los topes económicos y salariales laminan las expectativas entre los empleados/as. Existen otras áreas de negociación que tienen mejores expectativas.
 - Escaso conocimiento de los avances en materia de igualdad. Por lo general no hay un conocimiento del estado de aprobación del nuevo plan de igualdad, o del estado de avance de determinadas acciones.
 - Del Plan de Igualdad se espera el abordaje de la brecha salarial entre compañeros de una misma categoría, la revisión de los DPTs, la explicación clara de los conceptos salariales en las nóminas. Algunos trabajadores estiman que el plan de igualdad aborda del orden del 70% de los temas establecidos por Convenio.
 - Buena valoración del programa Trabajamos en buena compañía.
 - El proyecto Telémaco se conoce y está activo, pero depende de muchos factores el promocionar (de la facilitación del superior, de la posibilidad de que se creen vacantes, cuestionarios de valoración de la persona que arroja resultados que generan desacuerdos, creación de falsas expectativas a los aspirantes, poco feedback sobre el proceso de elección alcanzado por cada empleado, proceso opaco). No hay carrera profesional en determinados colectivos, ni promoción o mejora de categoría. No hay promoción en según qué centros de trabajo y categorías. Se percibe que hay una falta de promoción del personal de la red territorial, solo promocionan en Cataluña (Vía Augusta) y Madrid.
 - Se conocen casos de subidas de categoría establecidas por convenio que no están siendo aprobadas (celadores, enfermeros, auxiliares).
 - El programa de compensación mediante libranzas se considera no resuelto; unos empleados tienen acceso a esta medida y otros no.
 - Las medidas de conciliación están por lo general bien valoradas en los diferentes colectivos (mejor incluso que otras empresas).
 - Informe favorable en tema de teletrabajo y desconexión digital. Se reconoce que funciona y que la plantilla muestra profesionalidad en la práctica del teletrabajo. Existen dos supuestos de teletrabajo a explorar: los casos justificados por la situación personal del trabajador, o por el tiempo pactado con cada colectivo conforme a las posibilidades del servicio.
 - Buena valoración de los beneficios sociales actuales (soporte a la familia, asistencia sanitaria, Asepeyo Integra a la discapacidad, préstamos y anticipos, reducciones de jornadas y días de compensación en el personal que se jubila en sus últimos 5 años, reconocimiento a partir de los 25 años de antigüedad), aunque se considera que en perspectiva histórica se han venido perdiendo.
 - UCA y formación están bien valoradas. La oferta se ha mejorado mucho, con muchos contenidos en un catálogo abierto. Algunas mejoras a considerar en los planes de formación serían:
 - Excesiva concentración de la formación en el último cuatrimestre del año.
 - Existen formaciones que son más demandadas y no siempre hay plazas.
 - Se encuentra a faltar formación de tipo capacitante.
 - El colectivo de administrativo no tiene un itinerario bien definido en comparación con los colectivos sanitarios que están mejor formados. Por ejemplo, los planes de acogida del personal administrativo son excesivamente expeditivos.
 - Se han dejado de pagar ayudas en la participación activa en congresos o en formaciones externas. Algunos colectivos asistenciales no disponen de tiempo en su jornada laboral para la formación.
 - Se valora positivamente la aproximación de la Mutua a que su empleado comprenda en cada momento las directrices operativas y sus posibles actualizaciones. Sin embargo, se ha de seguir trabajando en mejorar el redactado de instrucciones y circulares para que todo el mundo las entienda.
 - Se considera adecuado el funcionamiento del SAE y el apoyo psicológico al empleado de ASEPEYO, se considera que son acciones que han funcionado activamente durante la pandemia. Se valora positivamente las webinars. Los temas son de interés para los trabajadores.
 - El clima laboral en los centros asistenciales, igual que en los hospitales, se considera que ha empeorado, y algunos aspectos que han contribuido son:
 - Las cargas de trabajo están descompensadas entre unos compañeros y otros. En el caso de los sanitarios es motivo para la marcha de profesionales.
 - Se identifica la existencia de fatiga mental y otros riesgos psicosociales (por ejemplo, en mostradores se trabaja con más estrés y ansiedad).

- A los nuevos médicos se incorporan si experiencia previa, no tienen plan de acogida adecuada y se les exige una alta carga de trabajo.
- Se están amortizando plazas de puestos de trabajo, si bien no se teme por un riesgo de despidos.
- Se percibe que a las nuevas contrataciones de sanitarios se les ofrecen mejores condiciones que al personal existente.
- Preocupa el hecho de reducir el horario de atención al público en los centros por falta de personal sanitario. Se cree que este hecho redundará en la calidad asistencial.
- El colectivo de administrativos se siente invisibilizado, a pesar de que hay mucha vocación, orientación al servicio, y empatiza con el paciente.
- Colectivos como terapeutas o TCAIs están mal retribuidos y no se cubre en muchos casos la jornada completa.
- El esfuerzo realizado durante la pandemia no ha sido compensado y no ha sido generador de orgullo de pertenencia.
- La actividad y seguimiento del Servicio de Prevención Propio está muy bien valorado. Se valora muy positivamente la baja siniestralidad en los centros.
- El empleado de ASEPEYO considera que la organización tiene un comportamiento ético respecto a las partes interesadas relevantes.
- El compañerismo es muy bien valorado.
- El Comité de Empresa y los representantes de los trabajadores están bien valorados y se consideran un recurso válido para los trabajadores.

Cliente

- **Ver información sobre satisfacción del cliente en el apartado de ISO 9001 (arriba).**
- 2021 Aplicación de metodología *Design Thinking* para desarrollar las mejoras sugeridas por la empresa mutualista y prescriptores.
- Comité Técnico de cliente digital. En ocasiones se pide al cliente colaboración en el diseño de servicios y productos (p.ej.: en las APPs).
- Proyectos de usuarios digitales: ASEPEYO Oficina Virtual y APPs. APP ASEPEYO Oficina Virtual – AV.
- Plan de Comunicación.
- Gestión de crisis mediante Comité de Crisis.
- 2020 Comisión de Control y Seguimiento (órgano de participación paritario de la Mutua con Empresas-Sindicatos).
 - Informe de reclamaciones indemnizatorias de daños y perjuicios de 2020-01.
 - Informe de reclamaciones indemnizatorias de daños y perjuicios anual de 2019-01-01 a 2019-12-31.
- Procesos judicializados relativos a contenciosos administrativos, con seguimiento por la DAS (dado que es un indicador sobre la calidad sanitaria).
- Oficina de reclamaciones y transparencia. Demandas judiciales incluidas.

De las entrevistas a empresas mutualistas y trabajador protegido/autónomo con el fin de conocer su valoración sobre la atención de necesidades y expectativas, se han extraído las siguientes conclusiones:

- La mutua sigue en una posición referente por encima de la media de las otras mutuas. Tiene una buena reputación en el sector.
- El cliente mutualista de considera que ASEPEYO es una organización ética, con un alto grado de cumplimiento legal y normativo.
- Se destaca la fidelidad tras muchos años de relación con la Mutua. Buena atención de sus trabajadores, sin apenas incidencias tanto en la atención sanitaria, seguimiento de la IT, como en el pago de prestaciones.
- Existe una continua comunicación y resolución de consultas.
- Todas las empresas conocen a su interlocutor de ASEPEYO, persona que considera próxima y accesible.
- Los clientes valoran el grado de digitalización y de análisis de los datos que realiza la Mutua; por ejemplo en el seguimiento del absentismo.
- Se valora positivamente la actualización de algunos centros asistenciales en estos últimos años.
- Por lo general no se conocen los contenidos web de la Mutua.
- Sigue siendo poco conocida la actividad de responsabilidad social de la Mutua, no se destaca ningún proyecto o iniciativa al respecto.

Proveedores, colaboradores y aliados

- Contratación de servicios de acuerdo con la Ley de Contratos del Sector Público.
- Circular de Dirección de Contratación.

- Manual de contratación de ASEPEYO M1437
- Circular de la Contratación Menor C-054/19.1
- Incorporación de los contratos a licitar en la Plataforma de Contratación del Sector Público.
- Proceso de contratación llevado a cabo conforme a Ley 9/2017 de Contratos del Sector Público:
 - Consultas previas y estudios de mercado.
 - Contratos menores.
 - Licitaciones. Licitación electrónica al 100%.
 - Concursos sanitarios. Autorización de concursos en CAS@.
- Perfiles de contratante de los órganos de contratación del sector público estatal integrados en la Plataforma de Contratación del Sector Público.
- Portal de licitación electrónica @Plica para registrar y gestionar la presentación de.
- Manual M-1233 Facturas de proveedores.
- Aplicativo SOLFA utilizado en la facturación y consultas realizadas en ASID para la explotación de datos.
- Buzón de atención de consultas e incidencias en facturación a proveedores facturacionproveedores@asepeyo.es
- Informes justificativos de incidencias en el servicio que obligan a rescindir el contrato.
- Planificación a 2 años vista de las licitaciones. Planificación anual de los contratos previamente.
- Cuadro de Mando de Contratación.
- Mapa de alianzas.

De las entrevistas muestrales a proveedores con el fin de conocer su valoración sobre la atención de necesidades y expectativas. Se han realizado las siguientes valoraciones:

- Diferentes proveedores valoran la relación con ASEPEYO como duradera en el tiempo, producto de una mutua confianza y respeto entre las partes.
- El funcionamiento y cumplimiento tanto del proceso de licitación pública como de la contratación de suministros y servicios se considera transparente y rigurosa.
- Se valora positivamente las reuniones periódicas de seguimiento del servicio entre ambas partes.
- El sistema de facturación se considera excesivamente burocratizado para el proveedor, con una elevada carga administrativa transferida al proveedor.
- Se valora correctamente el cumplimiento de los periodos de pago.
- La coordinación de actividades empresariales se valora positivamente.
- Se valora muy positivamente la seguridad de la información y las medidas de protección de datos que aplica la Mutua.
- No se conoce la faceta RSC de la Mutua, no se conocen las actividades sociales o ambientales que se desarrollan.

De la entrevista a colaboradores (otras mutuas de accidentes) con el fin de conocer su valoración sobre la atención de necesidades y expectativas. Se han realizado las siguientes valoraciones:

- Relación duradera, de confianza y beneficio mutuo.
- Cumplimiento estricto del convenio establecido entre las partes.
- Rapidez de comunicación y atención del trabajador.
- Los equipos se entienden y si es necesario se eleva a las Direcciones.
- Facturación correcta de los servicios prestados.
- Ampliar el marco de relación a la inspección de ITCC y mejora la integración de la información (volcado de información se realiza ahora una vez al día).

Comunidad/Sociedad

De la entrevista a centros de formación, con los que existe un convenio de colaboración, con el fin de conocer su valoración sobre la atención de necesidades y expectativas. Se han realizado las siguientes valoraciones:

- Relación duradera basada en la confianza.
- Cumplimiento estricto del convenio establecido. Buena comunicación y coordinación de las actividades.

Competencia

Pertenencia a AMAT-Asociación de Mutuas. Dicho organismo recoge las necesidades colectivas consensuadas, se relaciona con los Organismos Reguladores del Sector; sin embargo, ofrece un amplio margen de mejora en la obtención de resultados del sector de cara a la detección de necesidades y acciones a llevar a cabo de manera colectiva.

UNE 179003 (Sistema de gestión de riesgos para la seguridad del paciente)

En la presente auditoría han participado un total de tres auditores, especialistas en el sector sanitario, con capacitación para la realización de auditorías de Sistemas de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente (SdP a partir de ahora).

Además de la revisión de los servicios centrales (estratégicos y transversales a toda la organización), se han visitado los centros siguientes: CA Ciudad Lineal (Madrid), CA Alcalá de Henares, CA Albacete, CA Alcázar de San Juan y Hospital de Coslada.

Se ha revisado la totalidad de los procesos administrativos y asistenciales con afectación a la seguridad del paciente. Ello incluye los procesos operacionales de prestación asistencial (Contingencias Profesionales, Contingencias Comunes, Urgencias, Tratamiento Quirúrgico, Hospitalización, Atención programada, Pruebas diagnósticas, Rehabilitación...), los procesos de soporte (Farmacia, Hospitalización, Esterilización, Compras, Mantenimiento, Gestión de Personas, S.I,...) y los estratégicos centralizados (Dirección, Control del Sistema de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente, DIE, DAS, Asistencia Sanitaria CP y Soporte, Control y Seguimiento Sanitario CC, Gestión de la competencia y formación...).

Cabe destacar los siguientes aspectos relevantes en cuanto a la evolución y seguimiento del Sistema de Gestión de Riesgos para la SdP:

- La organización (y el sector en general) están padeciendo una elevada rotación de personal sanitario, fruto de la alta demanda de profesionales y la limitada oferta actual. Ello ha llevado a la iniciativa de potenciar y agilizar procesos de "On Boarding", a promover la identificación y retención del talento y a evaluar en profundidad los procesos asistenciales en aras de mejorar la eficiencia de los recursos sin que ello suponga afectación en la calidad asistencial en la que destaca Asepeyo.
- Se ha dado inicio en 2023 del Plan Estratégico para la Seguridad del Paciente 2023-2026. Contempla, entre otras las siguientes acciones:
 - Promover y garantizar la Seguridad del paciente en toda la Organización.
 - Desarrollar la cultura entre la plantilla de Asepeyo con publicaciones y comunicaciones de temas relacionados
 - Identificar los riesgos en todos los procesos desarrollados en la Organización.
 - Actualizar y desarrollar formaciones para toda la plantilla.
 - Promover y facilitar la notificación de incidentes/eventos adversos
 - Realizar y actualizar guías sanitarias (Evento centinela, Segunda víctima, entre otros).

Destacar aquí los esfuerzos ya definidos para promover la cultura de la SdP entre el personal no sanitario de la organización, especialmente en aquellos puestos en que se presta atención al paciente. En los próximos ejercicios se priorizará su incorporación activa en la gestión del sistema de SdP.

Este equipo auditor quiere agradecer los sensibles esfuerzos realizados por la organización en cuanto a la mejora en la Gestión del Riesgos de SdP. Se ha realizado una efectiva revisión de la sistemática de Identificación de Riesgos evidenciando, asimismo, mejoras en la sensibilidad de detección y en la toma de decisiones para llevar a cabo Tratamientos eficaces de los mismos.

Debe trabajarse para incorporar la identificación y gestión del riesgo en todos los proyectos, objetivos y mejoras que la organización plantee. Durante esta visita se han detectado situaciones en que la gestión del cambio no evidencia un análisis paralelo de la posible afectación a los riesgos que puedan verse relacionados con el cambio planificado.

Sin duda, todavía queda un largo camino que recorrer, pero las bases asentadas últimamente parecen garantizar que los objetivos y proyectos se cumplirán.

ENS conforme al RD 311/2022

La Auditoría de Renovación de Certificación de Conformidad con el ENS se ha realizado para las actividades reflejadas en las Hojas de Datos y referenciadas en el Plan de visita con Referencia PMG/PCM; Fecha: 2023-05-28; Revisión: 5, según los requisitos del Esquema Nacional de Seguridad (en adelante ENS), Real Decreto 311/2022, de 3 de mayo, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad en el ámbito de la Administración Electrónica.

La Auditoría ha tenido una duración de 3,5 jornadas/Auditor: 0,5j para el Estudio documental en remoto, 2,5j de revisión in-situ y 0,5j para el Informe de Auditoría.

Esta auditoría sobre el grado de cumplimiento del Esquema Nacional de Seguridad se encuadra dentro de lo previsto en las leyes 39/2015 de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y la Ley 40/2015 de Régimen Jurídico del Sector Público y, específicamente, dentro de los requisitos del Artículo 31 (Auditoría de la Seguridad) y del Anexo III (Auditoría de la Seguridad) del Real Decreto 311/2022, de 3 de mayo, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad en el ámbito de la Administración Electrónica.

El ámbito de la presente auditoría de conformidad se ciñe a los sistemas de información incluidos dentro del alcance identificado para el ENS; su redacción se ha identificado en los apartados 2.1.2, así como en los Anexo Hoja de Datos del presente informe de Auditoría. Han sido revisadas las medidas de seguridad de acuerdo a la categorización del sistema y en relación a Declaración de aplicabilidad (SOA) del Sistema de Información de ASEPEYO.

La **categoría** establecida por ASEPEYO para los sistemas de información en los que se apoyan los servicios dentro del alcance, es MEDIA. Se dispone en el documento “ENS - Categorización de Sistemas de Información (Mayo-2022)”. Sigue a lo requerido en el Anexo I del RD311/2022 y los criterios de impacto de la Guía CCN-STIC 803, para la información:

- Información Sanitaria
- Información prestaciones económicas

Y para los servicios:

- Asepeyo Oficina Virtual (AOV)
- Chaman
- Prestaciones 3.0

Denominación del activo esencial	tipo	C	I	T	A	D
Información sanitaria	Información	Medio	Medio	Medio	Medio	
Información prestaciones económicas	Información	Medio	Medio	Medio	Medio	
AOV	Servicio					Medio
Chaman	Servicio					Medio
Prestaciones 3.0	Servicio					Medio
Valor máximo del nivel registrado en las dimensiones de seguridad		Medio	Medio	Medio	Medio	Medio

Categoría que se ha asignado al sistema de Asepeyo:

CATEGORÍA MEDIA: [C(M), I(M), D(M), A(M), T(M)]

El documento de categorización se encuentra firmado por el Comité de Seguridad y por los Responsables de la información/servicio, tal y como establece el Art. 41 del ENS.

Denominación del activo esencial	tipo	Responsable
Información sanitaria	Información	Dirección de Asistencia Sanitaria
Información prestaciones económicas	Información	Dirección de Prestaciones
AOV	Servicio	Dirección de Relaciones Externas
Chaman	Servicio	Dirección de Asistencia Sanitaria
Prestaciones 3.0	Servicio	Dirección de Prestaciones

Tener en consideración la observación correspondiente.

Como resultado de la Auditoría de Renovación de Conformidad, se considera alcanzado el grado de cumplimiento **L3** requerido por ENS para la categorización MEDIA, con identificación de hallazgos de “no conformidades” que han de ser resueltos según lo establecido en las disposiciones finales, del presente informe de Auditoría, de acuerdo con la guía 824-CCN-STIC (ver figura siguiente):

Se han detectado en la presente auditoría inicial de conformidad un total de **8 no conformidades de carácter menor**, para las que la Organización ASEPEYO deberá establecer las correspondientes acciones, de acuerdo a la disposición final nº 3 del presente informe.

15. Los niveles mínimos de madurez requeridos por el Esquema Nacional de Seguridad en función de la categoría del sistema son:

Categoría del sistema	Nivel mínimo de madurez requerido
BÁSICA	L2 – Reproducible, pero intuitivo (50%)
MEDIA	L3 – Proceso definido (80%)
ALTA	L4 – Gestionado y medible (90%)

Figura 3.- Niveles mínimos de madurez del sistema requeridos en el Esquema Nacional de Seguridad

16. Umbrales de madurez de la categoría de un sistema.

Categoría del Sistema	Rojo	Amarillo	Nivel Adecuado
BÁSICA	< 40%	< 50%	≥50% (L2 o superior)
MEDIA	< 50%	< 80%	≥80% (L3 o superior)
ALTA	< 80%	< 90	≥90% (L4 o superior)

Figura 4.- Umbrales de madurez del sistema

También se recomienda el tratamiento de algunas de las observaciones detectadas en la presente auditoría,

con el fin de prevenir posibles incumplimientos en el futuro.

Por tanto, se concluye que el Informe de Auditoría de conformidad es: **FAVORABLE, con identificación de no conformidades menores.**

Para la auditoría de conformidad de ENS, se ha seguido la metodología prevista en los estándares aplicables a Entidades que ofrecen servicios de certificación según norma UNE-EN ISO/IEC 17065:2012 “Evaluación de la conformidad. Requisitos para organismos que certifican productos, procesos y servicios”, así como las Instrucciones Técnicas de Seguridad que son de aplicación según el artículo 30 para la auditoría de conformidad con el ENS.

Y complementariamente en las Guías CCN-STIC 804 “ENS. Medidas de implantación”, CCN-STIC-802 “Esquema Nacional de Seguridad. Guía de Auditoría”, CCN-STIC-808 “Verificación del cumplimiento de las medidas en el ENS”, y CCN-STIC-825 “ENS. Certificaciones 27001” Guía CCN-STIC 823 “Utilización de servicios en la nube” y Guía CCN-STIC 819 “Medidas compensatorias” la Resolución de 27 de marzo de 2018, de la Secretaría de Estado de Función Pública, por la que se aprueba la Instrucción Técnica de Seguridad de Auditoría de la Seguridad de los Sistemas de Información y la guía de ENS: Criterios adicionales de Auditoría y Certificación, la Guía de Seguridad CCN-STIC CCN-CERT IC-01/19. También se han tenido en cuenta complementariamente otras guías internacionales de auditoría de organismos como ISACA e ISO/IEC 27008, así como otras guías internacionales de auditoría de organismos como ISACA e ISO/IEC 27008.

Se ha revisado:

1. Respecto a la Política de protección de datos y seguridad de la información (v07, julio de 2022). Se considera correcta.
2. Existen procedimientos para la resolución de conflictos entre las personas asignadas.
3. Se han designado personas para los roles identificados de acuerdo con el principio de “separación de funciones”.
4. Respecto al Análisis de Riesgos (AARR):
 - 4.1. Se ha revisado el documento de metodología “RIE.00-Gestión de Riesgos”, de fecha marzo de 2021 que, se basa en MAGERIT. Se realizan 2 revisiones anuales.
 - 4.2. El AARR es soportado en la herramienta PILAR (v7.4.5 de 28 de octubre de 2020) y la última evaluación de riesgos data de enero de 2023 (v3). Se ha identificado como Nivel de Riesgo Aceptable (NRA) < 5.
 - 4.3. No se han identificado como nuevos activos de información.
 - 4.4. Se identifican 10 activos/amenazas con riesgo > 5,0, que superan el NRA, (el mayor es de 5,5), como:
 - 4.5. Activos: servicio esencial Asistencia sanitaria
 - Tipo persona
 - Usuario externo
 - Administradores TIC
 - Usuario interno
 - Tipo instalaciones (sólo ISO 27001)
 - Hospital
 - CA
 - Datos sanitarios
 - Logs de monitorización
 - 4.6. Amenazas
 - Deficiencias en la organización
 - Acceso no autorizado
 - Ingeniería social
 - Incumplimiento
 - Resolución indebida del ejercicio de derechos ...
 - No tramitar el ejercicio de derechos SOPLAR
 - Errores de monitorización
 - 4.7. Se dispone de Plan de Tratamiento de los Riesgos (PTR) de enero de 2023.
5. Se han identificado las medidas de seguridad requeridas. La selección de medidas (controles) para realizar las pruebas de cumplimiento se ha realizado en base a la categorización establecida en el sistema [MEDIA]. N/A mp.si.x
6. Además, se ha comprobado la Declaración de Aplicabilidad (SOA) documento “ENS - Declaración de

aplicabilidad (Mayo 2023)". No se han identificado medidas compensatorias. No se encuentra actualizada para los nuevos requisitos de RD311/2022 (ver NC correspondiente).

7. La Organización, cuenta con un Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información, documentado y con un proceso regular de aprobación por la dirección, basado en el proceso de mejora continua (PDCA) según las normas UNE-ISO/IEC 27001.
8. La prestación de los servicios se realiza desde los centros auditados, reflejado en el ANEXO de Centros visitados.
9. El idioma utilizado durante la auditoría ha sido el Español.
10. Han sido entrevistadas las personas y roles identificados en el Anexo Relación de Participantes del presente informe de auditoría.
11. En el registro de AENOR (R-DTC-692 Lista de Verificación, Check-list) se anotan las medidas de seguridad (controles) revisados en la auditoría que permite determinar el índice de cumplimiento derivado del nivel de madurez exigido para el propio ENS según apartado 4 del artículo 31 del RD 311/2022.

Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (ISO 27001)

La Auditoría de Renovación ha tenido una duración 6,5 jornadas/auditor. Durante la visita se ha comprobado simultáneamente la documentación de los aspectos de las normas de referencia.

Han sido revisadas las Áreas y Actividades descritas en el Plan de Auditoría de Referencia PMG/PCM; Fecha: 2023-05-28; Revisión: 5. El alcance de la certificación es el que se refleja en el apartado 2.1.2 del presente informe de auditoría y en el Anexo Hoja de Datos.

Durante la visita se ha comprobado simultáneamente la documentación de los aspectos de la norma de referencia.

Los centros visitados en la presente auditoría se encuentran reflejados en el Anexo correspondiente del presente informe.

Respecto al Análisis de Riesgos (AARR):

- Se ha revisado el documento de metodología "RIE.00-Gestión de Riesgos", de fecha marzo de 2021 que, se basa en MAGERIT. Se realizan 2 revisiones anuales.
- El AARR es soportado en la herramienta PILAR (v7.4.5 de 28 de octubre de 2020) y la última evaluación de riesgos data de enero de 2023 (v3). Se ha identificado como Nivel de Riesgo Aceptable (NRA) < 5.
- No se han identificado como nuevos activos de información.
- Se identifican 10 activos/amenazas con riesgo > 5,0, que superan el NRA, (el mayor es de 5,5), como:
- Activos: servicio esencial Asistencia sanitaria
 - Tipo persona
 - Usuario externo
 - Administradores TIC
 - Usuario interno
 - Tipo instalaciones (sólo ISO 27001)
 - Hospital
 - CA
 - Datos sanitarios
 - Logs de monitorización
- Amenazas
 - Deficiencias en la organización
 - Acceso no autorizado
 - Ingeniería social
 - Incumplimiento
 - Resolución indebida del ejercicio de derechos ...
 - No tramitar el ejercicio de derechos SOPLAR
 - Errores de monitorización
- Se dispone de Plan de Tratamiento de los Riesgos (PTR) de enero de 2023.

Se han identificado las medidas de seguridad requeridas. La selección de medidas (controles) para realizar las pruebas de cumplimiento se ha realizado en base a la categorización establecida en el sistema [MEDIA].
N/A mp.si.x

Además, se ha comprobado la Declaración de Aplicabilidad (SOA) documento “ENS - Declaración de aplicabilidad (Mayo 2023)”. No se han identificado medidas compensatorias. No se encuentra actualizada para los nuevos requisitos de RD311/2022 (ver NC correspondiente).

La selección de controles para realizar las pruebas de cumplimiento de Seguridad de la Información se ha realizado tomando como base la declaración de aplicabilidad (SOA).

Además, se incorpora al expediente el registro de AENOR R-DTC-063 con las pruebas realizadas sobre los controles (se encuentra integrado en el R-DTC-692), así como una matriz en presente informe de los controles revisados en la auditoría.

ANEXO - MATRIZ DE ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL RD 311/2022 (ESQUEMA NACIONAL DE SEGURIDAD)

RD 311/2022 CAPITULOS/ARTICULOS	DÍA	2023-05-29	2023-05-29	2023-05-30	2023-05-30	2023-05-31	2023-05-31	2023-06-01	2023-06-01	2023-06-01	2023-06-02	2023-06-02
	CENTRO	11, 12	2,3,4,5,6	1	7,8,9,10	1	1	1	1	1	1 (en remoto)	1 (en remoto)
	Hora	08:00 a 15:00	08:00 a 15:00	08:00 a 15:00	08:00 a 15:00	08:00 a 15:00	08:00 a 15:00	08:00 a 13:00	08:00 a 13:00	13:00 a 14:00 14:00 a 15:00	08:00 a 15:00	08:00 a 15:00
	Auditor	PCM	JOC (ISO 27001)	PCM	JOC (ISO 27001)	PCM	AMV	PCM	AMV	PCM/AMV	PCM/AMV	PCM/AMV
	Proceso/Departament o/ Documento/Actividad	Responsables de los CA	Responsables de los CA	Medidas de Seguridad Equipo Auditor, RSEG, Responsables Técnicos	Responsables de los CA	Medidas de Seguridad Equipo Auditor, RSEG, Responsables Técnicos		Medidas de Seguridad Equipo Auditor, RSEG, Responsables Técnicos	ISO 27001 4.1/4.2/4.3/4.4/ 6.1.1	Reunión Equipo Auditor: unificación de aspectos detectados. Presentación de los hallazgos de Auditoría	Equipo Auditor	Equipo Auditor, Dirección/RSEG, Responsables de Áreas
Reunión Inicial				08:10 a 08:30								
CAPÍTULO I. Disposiciones generales				X								
Art.1 Objeto				X								
Art.2 Ámbito de aplicación				X								
Artículo 3. Sistemas de información que traten datos personales.				X								
Artículo 4. Definiciones.				X								
CAPÍTULO II. Principios básicos				X								
Art.5 Principios básicos del ENS				X								
Art.6 La seguridad como un proceso integral				X								
Art.7 Gestión de la seguridad basada en riesgos				X								
Art.8 Prevención, detección, respuesta y conservación				X								
Art.9 Existencia de líneas de defensa				X								
Artículo 10. Vigilancia continua y reevaluación periódica.				X								
Art.11 Diferenciación de responsabilidades				X								
CAPÍTULO III. Política de seguridad y requisitos mínimos de seguridad				X								
Artículo 12. Política de seguridad y requisitos mínimos de seguridad.				X								
Artículo 13. Organización e implantación del proceso de seguridad.				X								
Artículo 14. Análisis y gestión de los riesgos.				X								
Artículo 15. Gestión de personal.				X								
Artículo 16. Profesionalidad.				X								
Artículo 17. Autorización y control de los accesos.				X								
Artículo 18. Protección de las instalaciones.				X								
Artículo 19. Adquisición de productos de seguridad y contratación de servicios de seguridad.				X								
Artículo 20. Mínimo privilegio.				X								
Artículo 21. Integridad y actualización del sistema.				X								
Artículo 22. Protección de información almacenada y en tránsito.				X								
Artículo 23. Prevención ante otros sistemas de información interconectados.				X								
Artículo 24. Registro de actividad y detección de código dañino.				X								
Artículo 25. Incidentes de seguridad.				X								
Artículo 26. Continuidad de la actividad.				X								
Artículo 27. Mejora continua del proceso de seguridad.				X					X			
Artículo 28. Cumplimiento de los requisitos mínimos.				X								
Artículo 29. Infraestructuras y servicios comunes.				X								
Artículo 30. Perfiles de cumplimiento específicos y acreditación de entidades de implementación de configuraciones seguras.				X								
CAPÍTULO IV. Auditoría de la seguridad				X								
Artículo 31. Auditoría de la seguridad.				X								
Artículo 32. Informe del estado de la seguridad.				X								
Artículo 33. Capacidad de respuesta a incidentes de seguridad.				X								
Artículo 34. Prestación de servicios de respuesta a incidentes de seguridad a las entidades del sector público.				X								
Capítulo V. Normas de conformidad.				X								
Artículo 35. Administración digital.				X								
Artículo 36. Ciclo de vida de servicios y sistemas.				X								
Artículo 37. Mecanismos de control.				X								
Artículo 38. Procedimientos de determinación de la conformidad con el Esquema Nacional de Seguridad.				X								
Capítulo VI. Actualización del Esquema Nacional de Seguridad.				X								

ANEXO - MATRIZ DE ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL RD 311/2022 (ESQUEMA NACIONAL DE SEGURIDAD)

RD 311/2022 CAPITULOS/ARTICULOS	DÍA	2023-05-29	2023-05-29	2023-05-30	2023-05-30	2023-05-31	2023-05-31	2023-06-01	2023-06-01	2023-06-01	2023-06-02	2023-06-02
	CENTRO	11, 12	2,3,4,5,6	1	7,8,9,10	1	1	1	1	1	1 (en remoto)	1 (en remoto)
	Hora	08:00 a 15:00	08:00 a 15:00	08:00 a 15:00	08:00 a 15:00	08:00 a 15:00	08:00 a 15:00	08:00 a 13:00	08:00 a 13:00	13:00 a 14:00 14:00 a 15:00	08:00 a 15:00	08:00 a 15:00
	Auditor	PCM	JOC (ISO 27001)	PCM	JOC (ISO 27001)	PCM	AMV	PCM	AMV	PCM/AMV	PCM/AMV	PCM/AMV
	Proceso/Departament o/ Documento/Actividad	Responsables de los CA	Responsables de los CA	Medidas de Seguridad Equipo Auditor, RSEG, Responsables Técnicos	Responsables de los CA	Medidas de Seguridad Equipo Auditor, RSEG, Responsables Técnicos		Medidas de Seguridad Equipo Auditor, RSEG, Responsables Técnicos	ISO 27001 4.1/4.2/4.3/4.4/ 6.1.1	Reunión Equipo Auditor: unificación de aspectos detectados. Presentación de los hallazgos de Auditoría	Equipo Auditor	Equipo Auditor, Dirección/RSEG, Responsables de Áreas
Artículo 39. Actualización permanente.				X								
Capítulo VII. Categorización de los sistemas de información.				X								
Artículo 40. Categorías de seguridad.				X								
Artículo 41. Facultades.				X								
Disposición adicional primera. Formación.				X								
Disposición adicional segunda. Desarrollo del Esquema Nacional de Seguridad.				X								
Disposición adicional tercera. Respeto del principio de «no causar un perjuicio significativo» al medioambiente.				X								
Disposición transitoria única. Adecuación de sistemas.				X								
Disposición derogatoria única. Derogación normativa.				X								
Disposición final primera. Títulos competenciales.				X								
Disposición final segunda. Desarrollo normativo.				X								
Disposición final tercera. Entrada en vigor.				X								
ANEXO I – CATEGORIA DE LOS SISTEMAS				X								
ANEXO II. MEDIDAS DE SEGURIDAD				X		X		X				
ANEXO III. AUDITORIA DE LA SEGURIDAD				X								
ANEXO IV. GLOSARIO				X								
Temas pendientes.												
Redacción Informe		45 min.	45 min.	45 min.	45 min.					X	Redacción Informe	
Lectura y presentación de Informe										X		Envío Informe

ANEXO - Planificación de medidas/controles ENS

A REVISAR	medida / descripción (73)	Dimensiones/Categoría	BAJO	MMEDIO	ALTO
	[ORG] MARCO ORGANIZATIVO (4)				
X	org.1 - política de seguridad	Categoría	X	X	X
X	org.2 - normativa de seguridad	Categoría	X	X	X
X	org.3 - procedimientos de seguridad	Categoría	X	X	X
X	org.4 - proceso de autorización	Categoría	X	X	X
	[OP] MARCO OPERACIONAL (33)				
	[OP.PL] PLANIFICACIÓN (5)				
X	op.pl.1 - análisis de riesgos	Categoría	X	+R1	+R2
X	op.pl.2 - arquitectura de seguridad	Categoría	X	+R1	+R1+R2+R3
X	op.pl.3 - adquisición de nuevos componentes	Categoría	X	X	X
X	op.pl.4 - dimensionamiento/gestión de capacidades	D	X	+R1	+R1
X	op.pl.5 - componentes certificados	Categoría		X	X
	[OP.ACC] CONTROL DE ACCESO (6)				
X	op.acc.1 - identificación	TA	X	+R1	+R1
X	op.acc.2 - requisitos de acceso	CITA	X	X	+R1
X	op.acc.3 - segregación de funciones y tareas	CITA		X	+R1
X	op.acc.4 - proceso de gestión de derechos de acceso	CITA	X	X	X
X	op.acc.5 - mecanismo de autenticación (usuarios externos)	CITA	+ [R1 o R2 o R3 o R4]	+ [R2 o R3 o R4] + R5	+ [R2 o R3 o R4] + R5
X	op.acc.6 - acceso local	CITA	+ [R1 o R2 o R3 o R4] + R8 + R9	+ [R1 o R2 o R3 o R4] + R5 + R8 + R9	+ [R1 o R2 o R3 o R4] + R5 + R6 + R7 + R8 + R9
	[OP.EXP] EXPLOTACIÓN (10)				
X	op.exp.1 - inventario de activos	Categoría	X	X	X
X	op.exp.2 - configuración de seguridad	Categoría	X	X	X
X	op.exp.3 - gestión de la configuración de la seguridad	Categoría	X	+R1	+R1+R2+R3
X	op.exp.4 - mantenimiento y actualizaciones de seguridad	Categoría	X	+R1	+R1+R2
X	op.exp.5 - gestión de cambios	Categoría		X	+R1
X	op.exp.6 - protección frente a código dañino	Categoría	X	+R1+R2	+R1+R2+R3+R4
X	op.exp.7 - gestión de incidentes	Categoría	X	+R1+R2	+R1+R2+R3
X	op.exp.8 - registro de la actividad	T	X	+R1+R2+R3+R4	+R1+R2+R3+R4+R5
X	op.exp.9 - registro de la gestión de incidentes	Categoría	X	X	X
X	op.exp.10 - protección de las claves criptográficas	Categoría	X	+R1	+R1
	[OP.EXT] SERVICIOS EXTERNOS (4)				
X	op.ext.1 - contratación y acuerdos de nivel de servicio	Categoría		X	X
X	op.ext.2 - gestión diaria	Categoría		X	X
N/A	op.ext.3 - protección de la cadena de suministro	CATEGORÍA			X
X	op.ext.4 - interconexión de sistemas	Categoría		X	+ R1
	[OP.NUB] SERVICIOS EN LA NUBE (1)				
X	op.nub.1 - protección de servicios en la nube	Categoría	X	+R1	+R1+R2
	[OP.CONT] CONTINUIDAD DEL SERVICIO (4)				
X	op.cont.1 - análisis de impacto	D		X	X
N/A	op.cont.2 - plan de continuidad	D			X
N/A	op.cont.3 - pruebas periódicas	D			X
N/A	op.cont.4 - medios alternativos	D			X
	[OP.MON] MONITORIZACIÓN DEL SISTEMA (3)				
X	op.mon.1 - detección de intrusión	Categoría	X	+R1	+R1+R2
X	op.mon.2 - sistema de métricas	Categoría	X	+R1+R2	+R1+R2
X	op.mon.3 - vigilancia	Categoría	X	+R1+R2	+R1+R2+R3+R4+R5 +R6
	[MP] MEDIDAS DE PROTECCIÓN (36)				
	[MP.IF] PROTECCIÓN DE LAS INSTALACIONES E INFRAESTRUCTURAS (7)				
X	mp.if.1 - áreas separadas y con control de acceso	Categoría	X	X	X
X	mp.if.2 - identificación de las personas	Categoría	X	X	X
X	mp.if.3 - acondicionamiento de los locales	Categoría	X	X	X
X	mp.if.4 - energía eléctrica	D	X	+R1	+R1
X	mp.if.5 - protección frente a incendios	D	X	X	X
X	mp.if.6 - protección frente a inundaciones	D		X	X
X	mp.if.7 - muestreo de entrada y salida de equipamiento	Categoría	X	X	X
	[MP.PER] GESTIÓN DEL PERSONAL (4)				
X	mp.per.1 - caracterización del puesto de trabajo	Categoría		X	X
X	mp.per.2 - deberes y obligaciones	Categoría	X	+R1	+R1
X	mp.per.3 - concienciación	Categoría	X	X	X
X	mp.per.4 - formación	Categoría	X	X	X
	[MP.EQ] PROTECCIÓN DE LOS EQUIPOS (4)				
X	mp.eq.1 - puesto de trabajo despejado	Categoría	X	+R1	+R1
X	mp.eq.2 - bloqueo de puesto de trabajo	A		X	+R1
X	mp.eq.3 - protección de dispositivos portátiles	Categoría	X	+R1	+R1+R2
X	mp.eq.4 - otros dispositivos conectados a la red	C	X	+R1	+R1
	[MP.COM] PROTECCIÓN DE LAS COMUNICACIONES (4)				
X	mp.com.1 - perímetro seguro	Categoría	X	X	X
X	mp.com.2 - protección de la confidencialidad	C	X	+R1	+R1+R2+R3
X	mp.com.3 - protección de la autenticidad y la integridad	IA	X	+R1+R2	+R1+R2+R3+R4
X	mp.com.4 - separación de flujos de información en la red	Categoría		+ [R1oR2oR3]	+ [R2oR3] + R4
	[MP.SI] PROTECCIÓN DE LOS SOPORTES DE INFORMACIÓN (5)				
X	mp.si.1 - marcado de soportes	C		X	X
X	mp.si.2 - criptografía	CI		X	+R1+R2
X	mp.si.3 - custodia	Categoría	X	X	X
X	mp.si.4 - transporte	Categoría	X	X	X
X	mp.si.5 - borrado y destrucción	C	X	+R1	+R1
	[MP.SW] PROTECCIÓN DE LAS APLICACIONES INFORMÁTICAS (2)				
X	mp.sw.1 - desarrollo de aplicaciones	Categoría	X	+R1+R2+R3+R4	+R1+R2+R3+R4
X	mp.sw.2 - aceptación y puesta en servicio	Categoría	X	+R1	+R1
	[MP.INFO] PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN (6)				
X	mp.info.1 - datos personales	Categoría	X	X	X
X	mp.info.2 - calificación de la información	C		X	X
X	mp.info.3 - firma electrónica	IA	X	+R1+R2+R3	+R1+R2+R3+R4
N/A	mp.info.4 - sellos de tiempo	T			X
X	mp.info.5 - limpieza de documentos	C			
X	mp.info.6 - copias de seguridad	D	X	+R1	+R1+R2
	[MP.S] PROTECCIÓN DE LOS SERVICIOS (4)				
X	mp.s.1 - protección del correo electrónico (email)	Categoría	X	X	X
X	mp.s.2 - protección de servicios y aplicaciones web	Categoría	+ [R1o R2]	+ [R1o R2]	+R2+R3
X	mp.s.3 - protección de la navegación web	Categoría	X	X	+R1
X	mp.s.4 - protección frente a la denegación de servicio	D		X	+R1

ANEXO - Matriz de trazabilidad entre ENS RD 3/2010 e ISO 27001:2013, de acuerdo a la Guía del CCN “ICT Security Guide CCN-STIC 825”. **NOTA (**)**

CATEGORIZACION			Dimensión	Medida de seguridad	Controles de Seguridad
B	M	A	org	Marco organizativo	Controles Anexo A ISO 27001 :2013
aplica	=	=	org.1	Política de seguridad	o 5.1.1 - Política de Seguridad o 6.1.1 - Information security roles and responsibilities o 18.1.1 - Identification of applicable legislation and contractual requirements
aplica	=	=	org.2	Normativa de seguridad	o 5.1.2 - Review of the policies for information security o 6.1.4 - Contact with special interest groups o 8.1.3 - Acceptable use of assets o 13.2.1 - Information transfer policies and procedures o 15.1.1 - Information security policy for supplier relationships o 16.1.1 - Responsibilities and procedures o 18.2.2 - Compliance with security policies and standards
aplica	=	=	org.3	Procedimientos de seguridad	o 6.1.3 - Contact with authorities o 12.1.1 - Documented operating procedures o 13.2.1 - Information transfer policies and procedures o 16.1.1 - Responsibilities and procedures o 18.1.2 - Intellectual Property Rights (IPR) o 18.2.3 - Technical compliance review
aplica	=	=	org.4	Proceso de autorización	o 6.1.1 - Information security roles and responsibilities o 6.2.1 - Mobile device policy o 8.2.3 - Handling of assets o 8.3.1 - Management of removable media o 12.5.1 - Installation of software on operational systems o 12.6.2 - Restrictions on software installation o 13.1.1 - Network controls o 13.1.2 - Security of network services o 14.2.4 - Restrictions on changes to software packages
			op	Marco operacional	Controles Anexo A ISO 27001: 2005
			op.pl	Planificación	
n.a.	+	++	op.pl.1	Análisis de riesgos	o 6.1 - Actions to address risks and opportunities o 6.1.1 - General o 6.1.2 - Information security risk assessment o 6.1.3 - Information security risk treatment o 8.2 - Information security risk assessment o 8.3 - Information security risk assessment
aplica	=	=	op.pl.2	Arquitectura de seguridad	o 8.1.1 - Inventory of assets o 8.1.2 - Ownership of assets o 13.1.1 - Network controls o 14.2.5 - Secure system engineering principles
aplica	=	=	op.pl.3	Adquisición de nuevos componentes	o 14.1.1 - Analysis and specification of security requirements
n.	aplica	=	op.pl.4	Dimensionamiento / Gestión de capacidades	o 12.1.3 - Capacity management
n.	n.	aplica	op.pl.5	Componentes certificados	N/A
			op.acc	Control de acceso	
aplica	=	=	op.acc.1	Identificación	o User registration and de-registration o 9.1.1 - Access control policy o 9.1.2 - Access to networks and network services
aplica	=	=	op.acc.2	Requisitos de acceso	o 9.4.1 - Information access restriction o 9.4.4 - Use of privileged utility programs o 9.4.5 - Access control to program source code
n.	aplica	=	op.acc.3	Segregación de funciones y tareas	o 6.1.2 - Segregation of duties
aplica	=	=	op.acc.4	Proceso de gestión de derechos de acceso	o 9.2.2 - User access provisioning o 9.2.3 - Management of privileged access rights o 9.2.5 - Review of user access rights o 9.2.6 - Removal or adjustment of access rights
aplica	+	++	op.acc.5	Mecanismo de autenticación	o 9.2.4 - Management of users' secret authentication information o 9.3.1 - Use of secret authentication information o 9.4.3 - Password management system
aplica	+	++	op.acc.6	Acceso local (local login)	o 9.4.2 - Secure log-on procedures o 9.4.2 - Secure log-on procedures
aplica	+	=	op.acc.7	Acceso remoto (remote login)	o 10.1.1 - Policy on the use of cryptographic controls o 13.1.1 - Network controls o 13.1.2 - Security of network services o 18.1.5 - Regulation of cryptographic controls
			op.exp	Explotación	
aplica	=	=	op.exp.1	Inventario de activos	o 18.1.5 - Regulation of cryptographic controls o 8.1.2 - Ownership of assets
aplica	=	=	op.exp.2	Configuración de seguridad	o Not explicitly examined
n.	aplica	=	op.exp.3	Gestión de la configuración	o Not explicitly examined
aplica	=	=	op.exp.4	Mantenimiento	o 11.2.4 - Equipment maintenance o 12.1.2 - Change management
n.	aplica	=	op.exp.5	Gestión de cambios	o 14.2.2 - System change control procedures o 14.2.3 - Technical review of applications after operating platform changes
aplica	=	=	op.exp.6	Protección frente a código dañino	o 12.2.1 - Controls against malware
n.	aplica	=	op.exp.7	Gestión de incidencias	o 6.1.3 - Contact with authorities o 6.1.4 - Contact with special interest groups o 16.1.2 - Reporting information security events o 16.1.3 - Reporting security weaknesses o 16.1.4 - Assessment of and decision on information security events o 16.1.5 - Response to information security incidents o 16.1.6 - Learning from information security incidents o 16.1.7 - Evidence collection
n.	n.	aplica	op.exp.8	Registro de la actividad de los usuarios	o 12.4.1 - Event logging o 12.4.3 - Administrator and operator logs
n.	aplica	=	op.exp.9	Registro de la gestión de incidencias	o 16.1.5 - Response to information security incidents o 16.1.7 - Collection of evidence
n.	n.	aplica	op.exp.10	Protección de los registros de actividad	o 12.4.2 - Protection of log information o 12.4.4 - Clock synchronisation
aplica	=	+	op.exp.11	Protección de claves criptográficas	o 10.1.2 - Key management
			op.ext	Servicios externos	
n.	aplica	=	op.ext.1	Contratación y acuerdos de nivel de servicio	o 13.2.2 - Agreements on information transfer o 15.1.1 - Information security policy for supplier relationships o 15.1.2 - Addressing security within supplier agreements o 15.1.3 - Information and communication technology supply chain
n.	aplica	=	op.ext.2	Gestión diaria	o 15.2.1 - Monitoring and review of supplier services o 15.2.2 - Managing changes to supplier services
n.	n.	aplica	op.ext.9	Medios alternativos	o Not applicable
			op.cont	Continuidad del servicio	
n.	aplica	=	op.cont.1	Análisis de impacto	o 17.1.1 - Planning information security continuity
n.	n.	aplica	op.cont.2	Plan de continuidad	o 17.1.2 - Implementing information security continuity
n.	n.	aplica	op.cont.3	Pruebas periódicas	o 17.1.3 - Verify, review and evaluate information security continuity
			op.mon	Monitorización del sistema	
n.	n.	aplica	op.mon.1	Detección de intrusión	• 12.4.1 - Event logging • 12.4.3 - Administrator and operator logs • 13.1.2 - Security of network services
n.	n.	aplica	op.mon.2	Sistema de métricas	o 9 - Performance evaluation o 9.1 - Monitoring, measurement, analysis and evaluation

ANEXO - Matriz de trazabilidad entre ENS RD 3/2010 e ISO 27001:2013, de acuerdo a la Guía del CCN "ICT Security Guide CCN-STIC 825". **NOTA (**)**

			mp	Medidas de protección	Controles Anexo A ISO 27001: 2005
			mp.if	Protección de las instalaciones e infraestructuras	
aplica	=	=	mp.if.1	Áreas separadas y con control de acceso	o 11.1.1 - Physical security perimeter o 11.1.2 - Physical entry controls o 11.1.3 - Securing offices, rooms and facilities o 11.1.4 - Protection against external and environmental threats o 11.1.5 - Working in secure areas o 11.1.6 - Delivery and loading areas o 11.2.1 - Equipment positioning and protection
aplica	=	=	mp.if.2	Identificación de las personas	o 11.1.2 - Physical entry controls
aplica	=	=	mp.if.3	Acondicionamiento de los locales	o 11.2.2 - Supporting utilities o 11.2.3 - Cabling security
aplica	+	=	mp.if.4	Energía eléctrica	o 11.2.2 - Supporting utilities
aplica	=	=	mp.if.5	Protección frente a incendios	o 11.1.4 - Protection against external and environmental threats
n.	aplica	=	mp.if.6	Protección frente a inundaciones	o 11.1.4 - Protection against external and environmental threats
aplica	=	=	mp.if.7	Registro de entrada y salida de equipamiento	o 11.2.5 - Removal of assets o 11.2.6 - Security of equipment and assets off-premises
n.	n.	aplica	mp.if.9	Instalaciones alternativas	o 17.2.1 - Availability of information processing facilities
			mp.per	Gestión del personal	
n.	aplica	=	mp.per.1	Caracterización del puesto de trabajo	o 7.1.1 - Screening o 7.1.2 - Terms and conditions of employment o 7.2.1 - Management responsibilities o 7.2.3 - Disciplinary process o 7.3.1 - Termination or change of employment responsibilities o 8.1.4 - Return of assets o 13.2.4 - Confidentiality or non-disclosure agreements
aplica	=	=	mp.per.2	Deberes y obligaciones	o 7.2.2 - Information security awareness, education and training o 7.2.2 - Information security awareness, education and training
aplica	=	=	mp.per.3	Concienciación	o 7.2.2 - Information security awareness, education and training
aplica	=	=	mp.per.4	Formación	o 7.2.2 - Information security awareness, education and training
n.	n.	aplica	mp.per.9	Personal alternativo	o 17.2.1 - Availability of information processing facilities
			mp.eq	Protección de los equipos	
aplica	+	=	mp.eq.1	Puesto de trabajo despejado	o 11.2.9 - Clear desk and clear screen policy
n.	aplica	+	mp.eq.2	Bloqueo de puesto de trabajo	o 11.2.8 - Unattended user equipment
aplica	=	+	mp.eq.3	Protección de equipos portátiles	o 6.2.1 - Mobile device policy
n.	aplica	=	mp.eq.9	Medios alternativos	o 17.2.1 - Availability of information processing facilities
			mp.com	Protección de las comunicaciones	
aplica	=	+	mp.com.1	Perímetro seguro	o 13.1.2 - Security of network services o 10.1.1 - Policy on the use of cryptographic controls o 13.1.1 - Network controls o 13.1.2 - Security of network services o 14.1.2 - Securing application services on public networks o 18.1.5 - Regulation of cryptographic controls
n.	aplica	+	mp.com.2	Protección de la confidencialidad	o 10.1.1 - Policy on the use of cryptographic controls o 13.1.1 - Network controls o 13.1.2 - Security of network services o 14.1.2 - Securing application services on public networks
aplica	+	++	mp.com.3	Protección de la autenticidad y de la integridad	o 10.1.1 - Policy on the use of cryptographic controls o 13.1.1 - Network controls o 13.1.2 - Security of network services o 14.1.2 - Securing application services on public networks
n.	n.	aplica	mp.com.4	Segregación de redes	o 13.1.3 - Segregation in networks
n.	n.	aplica	mp.com.9	Medios alternativos	o 17.2.1 - Availability of information processing facilities
			mp.si	Protección de los soportes de información	
aplica	=	=	mp.si.1	Etiquetado	o 8.2.2 - Labelling of information o 8.3.1 - Management of removable media o 8.3.1 - Management of removable media o 10.1.1 - Policy on the use of cryptographic controls o 8.3.1 - Management of removable media
n.	aplica	+	mp.si.2	Criptografía	o 8.3.3 - Physical media transfer o 11.2.5 - Removal of assets
aplica	=	=	mp.si.3	Custodia	o 8.3.2 - Disposal of media o 11.2.7 - Secure disposal or re-use of equipment
aplica	=	=	mp.si.4	Transporte	
n.	aplica	=	mp.si.5	Borrado y destrucción	
			mp.sw	Protección de las aplicaciones informáticas	
n.	aplica	=	mp.sw.1	Desarrollo	o 9.4.5 - Access control to program source code o 12.1.4 - Separation of development, testing and operational environments o 14.2.1 - Secure development policy o 14.2.5 - Secure system engineering principles o 14.2.6 - Secure development environment o 14.2.7 - Outsourced development o 14.3.1 - Protection of test data
aplica	+	++	mp.sw.2	Aceptación y puesta en servicio	o 12.1.4 - Separation of development, testing and operational environments o 12.5.1 - Installation of software on operational systems o 12.6.1 - Management of technical vulnerabilities o 14.2.8 - System security testing o 14.2.9 - System acceptance testing o 14.3.1 - Protection of test data o 14.2.7 - Outsourced development
			mp.info	Protección de la información	
aplica	=	=	mp.info.1	Datos de carácter personal	o 18.1.4 - Privacy and protection of personally identifiable information
aplica	+	=	mp.info.2	Calificación de la información	o 8.1.2 - Ownership of assets o 8.2.1 - Classification of information
n.	n.	aplica	mp.info.3	Cifrado	o 10.1.1 - Policy on the use of cryptographic controls o 8.3.3 - Physical media transfer o 13.1.1 - Network controls o 13.1.2 - Security of network services o 18.1.5 - Regulation of cryptographic controls
aplica	+	++	mp.info.4	Firma electrónica	o 10.1.1 - Policy on the use of cryptographic controls o 14.1.3 - Protecting application service transactions o 18.1.5 - Regulation of cryptographic controls
n.	n.	aplica	mp.info.5	Sellos de tiempo	o 14.1.3 - Protecting application services transactions
aplica	=	=	mp.info.6	Limpieza de documentos	o Not applicable
n.	aplica	=	mp.info.9	Copias de seguridad (backup)	o 12.3.1 - Information backup
			mp.s	Protección de los servicios	
aplica	=	=	mp.s.1	Protección del correo electrónico	o 12.3.1 - Information backup
aplica	=	=	mp.s.2	Protección de servicios y aplicaciones web	o Not applicable
n.	aplica	+	mp.s.8	Protección frente a la denegación de servicio	o 12.1.3 - Capacity management
n.	n.	aplica	mp.s.9	Medios alternativos	o 17.2.1 - Availability of information processing facilities

NOTA (**). Se incluye esta tabla correspondiente a la matriz de trazabilidad entre ENS RD 3/2010 e ISO 27001:2013, de acuerdo con la Guía del CCN "ICT Security Guide CCN-STIC 825", a falta de disponer una actualización de la Guía 825 para la correspondencia entre el RD311/2022 y la ISO 27001:2017.

ANEXO - CONTROLES seleccionados (según SOA vigente)

DOMINIO - Objetivo de control - Control	AS1	AS2	AR	AS1		AR
A.5 Políticas de seguridad						
A.5.1 Directrices de gestión de la seguridad de la información						
A.5.1.1 Políticas para la seguridad de la información		X	X	X	X	X
A.5.1.2 Revisión de las políticas de seguridad de la información		X	X	X	X	X
A.6 Organización de la seguridad de la información						
A.6.1 Organización interna						
A.6.1.1 Roles y responsabilidades en seguridad de la información	X		X	X	X	X
A.6.1.2 Segregación de tareas	X		X	X	X	X
A.6.1.3 Contacto con las autoridades	X		X	X		X
A.6.1.4 Contacto con grupos de interés especial	X		X	X		X
A.6.1.5 Seguridad de la información en la gestión de proyectos				X		X
A.6.2 Los dispositivos móviles y el teletrabajo						
A.6.2.1 Política de dispositivos móviles	X		X	X		X
A.6.2.2 Teletrabajo	X			X		X
A.7 Seguridad relativa a los recursos humanos						
A.7.1 Antes del empleo						
A.7.1.1 Investigación de antecedentes	X		X	X	X	X
A.7.1.2 Términos y condiciones del empleo	X		X	X	X	X
A.7.2 Durante el empleo						
A.7.2.1 Responsabilidades de gestión	X		X	X	X	X
A.7.2.2 Concienciación, educación y capacitación en seguridad de la información	X		X	X	X	X
A.7.2.3 Proceso disciplinario	X		X	X	X	X
A.7.3 Finalización del empleo o cambio en el puesto de trabajo						
A.7.3.1 Responsabilidades ante la finalización o cambio	X		X	X	X	X
A.8 Gestión de activos						
A.8.1 Responsabilidad sobre los activos						
A.8.1.1 Inventario de activos	X		X	X	X	X
A.8.1.2 Propiedad de los activos	X		X	X	X	X
A.8.1.3 Uso aceptable de los activos	X		X	X	X	X
A.8.1.4 Devolución de activos	X		X	X	X	X
A.8.2 Clasificación de la información						
A.8.2.1 Clasificación de la información		X	X	X	X	X
A.8.2.2 Etiquetado de la información		X	X	X	X	X
A.8.2.3 Manipulado de la información		X	X	X	X	X
A.8.3 Gestión de soportes extraíbles						
A.8.3.1 Gestión de soportes extraíbles		X	X	X	X	X
A.8.3.2 Eliminación de soportes		X	X	X	X	X
A.8.3.3 Soportes físicos en tránsito		X	N/E por categorización media	X	X	X
A.9 Control de acceso						
A.9.1 Requisitos de negocio para el control de acceso						
A.9.1.1 Política de control de acceso		X	X	X	X	X
A.9.1.2 Acceso a las redes y a los servicios de red		X	X	X	X	X
A.9.2 Gestión de acceso de usuario						
A.9.2.1 Registro y baja de usuario	X		X	X	X	X
A.9.2.2 Provisión de acceso de los usuarios	X		X	X	X	X
A.9.2.3 Gestión de privilegios de acceso	X		X	X	X	X
A.9.2.4 Gestión de la información secreta de autenticación de los usuarios	X		X	X	X	X
A.9.2.5 Revisión de los derechos de acceso de usuario	X		X	X	X	X
A.9.2.6 Retirada o reajuste de los derechos de acceso	X		X	X	X	X
A.9.3 Responsabilidades del usuario						
A.9.3.1 Uso de la información secreta de autenticación		X	X	X	X	X
A.9.4 Control de acceso a sistemas y aplicaciones						
A.9.4.1 Restricción del acceso a la información	X		X	X	X	X
A.9.4.2 Procedimientos seguros de inicio de sesión	X		X	X	X	X
A.9.4.3 Sistema de gestión de contraseñas	X		X	X	X	X
A.9.4.4 Uso de utilidades con privilegios del sistema	X		X	X	X	X
A.9.4.5 Control de acceso al código fuente de los programas	X		X	X	X	X
A.10 Criptografía						
A.10.1 Controles criptográficos						
A.10.1.1 Política de uso de los controles criptográficos			N/E por categorización media	X		X
A.10.1.2 Gestión de claves			X	X	X	X
A.11 Seguridad física y del entorno						
A.11.1 Áreas seguras						
A.11.1.1 Perímetro de seguridad física	X		X	X	X	X
A.11.1.2 Controles físicos de entrada	X		X	X	X	X
A.11.1.3 Seguridad de oficinas, despachos y recursos	X		X	X	X	X
A.11.1.4 Protección contra las amenazas externas y ambientales		X	X	X	X	X
A.11.1.5 El trabajo en áreas seguras		X	X	X	X	X
A.11.1.6 Áreas de carga y descarga		X	X	X	X	X
A.11.2 Seguridad de los equipos						
A.11.2.1 Emplazamiento y protección de equipos	X		X	X	X	X
A.11.2.2 Instalaciones de suministro		X	X	X	X	X
A.11.2.3 Seguridad del cableado		X	X	X	X	X
A.11.2.4 Mantenimiento de los equipos	X		X	X	X	X
A.11.2.5 Retirada de materiales propiedad de la empresa		X	X	X	X	X
A.11.2.6 Seguridad de los equipos fuera de las instalaciones		X	X	X	X	X
A.11.2.7 Reutilización o eliminación de equipos		X	X	X	X	X
A.11.2.8 Equipo de usuario desatendido	X		X	X	X	X
A.11.2.9 Política de puesto de trabajo despejado y pantalla limpia	X		X	X	X	X
A.12 Seguridad de las operaciones						
A.12.1 Procedimientos y responsabilidades de operaciones						
A.12.1.1 Documentación de procedimientos de operación	X		X	X	X	X
A.12.1.2 Gestión de cambios	X		X	X	X	X
A.12.1.3 Gestión de capacidades	X		X	X	X	X
A.12.1.4 Separación de los recursos de desarrollo, prueba y operación	X		X	X	X	X
A.12.2 Protección contra software malicioso						
A.12.2.1 Controles contra el código malicioso				X	X	X
A.12.3 Copias de seguridad						
A.12.3.1 Copias de seguridad de la información		X	X	X	X	X
A.12.4 Registros y supervisión						
A.12.4.1 Registro de eventos	X	X	X	X	X	X
A.12.4.2 Protección de la información de registro	X		N/E por categorización media		X	X
A.12.4.3 Registros de administración y operación	X		X	X	X	X
A.12.4.4 Sincronización del reloj	X		N/E por categorización media			X
A.12.5 Control del software en explotación						
A.12.5.1 Instalación del software en explotación		X	X	X	X	X

ANEXO - CONTROLES seleccionados (según SOA vigente)

Dominio - Objetivo de control - Control	AS1	AS2	AR	AS1		AR
A.12.6 Gestión de la vulnerabilidad técnica						
A.12.6.1 Control de las vulnerabilidades técnicas	X		X	X	X	X
A.12.6.2 Restricción en la instalación de software	X		X	X	X	X
A.12.7 Consideraciones sobre la auditoría de sistemas de información						
A.12.7.1 Control de auditoría de sistemas de información	X		X	X	X	X
A.13 Seguridad de las comunicaciones						
A.13.1 Gestión de la seguridad de redes						
A.13.1.1 Controles de red	X		N/E por categorización media		X	X
A.13.1.2 Seguridad de los servicios de red	X		Sí, aunque n/a por categorización media			X
A.13.1.3 Segregación en redes	X		Sí, aunque n/a por categorización media		X	X
A.13.2 Intercambio de información						
A.13.2.1 Políticas y procedimientos de intercambio de información		X	X	X		X
A.13.2.2 Acuerdos de intercambio		X	X	X		X
A.13.2.3 Mensajería electrónica		X				X
A.13.2.4 Acuerdos de confidencialidad		X	X	X	X	X
A.14 Adquisición, desarrollo y mantenimiento de sistemas de información						
A.14.1 Requisitos de seguridad en sistemas de información						
A.14.1.1 Análisis de requisitos y especificaciones de Seguridad de la información			X	X	X	X
A.14.1.2 Asegurar los servicios de aplicaciones en redes públicas			X	X		X
A.14.1.3 Protección de las transacciones de servicios de aplicaciones			X	X		X
A.14.2 Seguridad en desarrollo y proceso de soporte						
A.14.2.1 Política de desarrollo seguro	X		X	X	X	X
A.14.2.2 Procedimiento de control de cambios en sistemas	X		X	X	X	X
A.14.2.3 Revisión técnica de las aplicaciones tras efectuar cambios en el sistema operativo	X		X	X		X
A.14.2.4 Restricciones a los cambios en los paquetes de software	X		X	X		X
A.14.2.5 Principios de ingeniería de sistemas seguros	X		X	X		X
A.14.2.6 Entorno de desarrollo seguro	X		X	X	X	X
A.14.2.7 Externalización del desarrollo de software	X		X	X		X
A.14.2.8 Pruebas funcionales de seguridad	X		X	X	X	X
A.14.2.9 Pruebas de aceptación de sistemas	X		X	X	X	X
A.14.3 Datos de prueba						
A.14.3.1 Protección de los datos de prueba			X	X		X
A.15 Relación con proveedores						
A.15.1 Seguridad en la relación con proveedores						
A.15.1.1 Política de seguridad de la información en relaciones con los proveedores	X		X	X		X
A.15.1.2 Requisitos de seguridad en contratos con terceros	X		X	X	X	X
A.15.1.3 Cadena de suministro de tecnología de la información y de las comunicaciones	X		X	X		X
A.15.2 Gestión de la provisión de servicios del proveedor						
A.15.2.1 Supervisión y revisión de los servicios prestados del proveedor	X		X	X	X	X
A.15.2.2 Gestión de cambios en la provisión del servicio del proveedor	X		X	X		X
A.16 Gestión de incidentes de seguridad de la información						
A.16.1 Gestión de incidentes de seguridad de la información y mejoras						
A.16.1.1 Responsabilidades y procedimientos	X	X	X	X	X	X
A.16.1.2 Notificación de los eventos de seguridad de la información	X	X	X	X	X	X
A.16.1.3 Notificación de puntos débiles de la seguridad	X	X			X	X
A.16.1.4 Evaluación y decisión sobre los eventos de seguridad de información	X	X	X	X	X	X
A.16.1.5 Respuesta a incidentes de seguridad de la información	X	X	X	X	X	X
A.16.1.6 Aprendizaje de los incidentes de seguridad de la información	X	X	X	X	X	X
A.16.1.7 Recopilación de evidencias	X	X	X	X	X	X
A.17 Aspectos de seguridad de la información para la gestión de la continuidad del negocio						
A.17.1 Continuidad de la seguridad de la información						
A.17.1.1 Planificación de la continuidad de seguridad de la información		X	X	X	X	X
A.17.1.2 Implementar la continuidad de la seguridad de la información		X	X	X	X	X
A.17.1.3 Pruebas, mantenimiento y reevaluación de los planes de continuidad del negocio		X	X	X	X	X
A.17.2 Redundancias						
A.17.2.1 Disponibilidad de instalaciones de tratamiento de la información		X	X	X		X
A.18 Cumplimiento						
A.18.1 Cumplimiento de los requisitos legales						
A.18.1.1 Identificación de la legislación aplicable		X	X	X		X
A.18.1.2 Derechos de propiedad intelectual (DPI)		X	X	X		X
A.18.1.3 Protección de los registros de la organización		X			X	X
A.18.1.4 Protección de datos y privacidad de la información de carácter personal		X	X			X
A.18.1.5 Regulación de los controles criptográficos		X	N/E por categorización media		X	X
A.18.2 Revisiones de la seguridad de la información						
A.18.2.1 Revisión independiente de la seguridad de la información		X	X	X		X
A.18.2.2 Cumplimiento de las políticas y normas de seguridad		X	X	X		X
A.18.2.3 Comprobación del cumplimiento técnico		X	X	X		X

OBSERVACIONES SOBRE ESTADO DE AUTORIZACIONES, LICENCIAS Y PERMISOS Y SEGUIMIENTO DE ASPECTOS REGLAMENTARIOS DE CALIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y MEDIO AMBIENTE

GENERAL

- Comité de gestión por procesos de fecha 2023/05/17 (es general de toda la mutua)
- Plan de Prevención
- Acta de comité estatal de seguridad y salud de fecha 2022/04/12 (específico para plantear el estudio psicosocial), 2022/06/14 (decisión del cambio de metodología) y 2022/09/15 (se decide como debe constituirse el grupo de trabajo, de manera que estén presentes DAS, Dirección de Prevención, SPP, RRHH y que haya un psicólogo, alguien de la dirección territorial además de los delegados designados)
- Acta del Grupo de Trabajo de Riesgos Psicosociales de fecha 2023/04/21
- Planificación de estudios ergonómicos por puesto de trabajo de fecha 2023
- Planificación de estudios ergonómicos por puesto de trabajo de fecha 2020/02/13
- Autorización de instalaciones sanitarias con el código H08000459 del 16 de Mayo de 2007, por el departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.
- Autorización sanitaria por el departamento de salud de la Generalitat de Catalunya de fecha 11 de Junio de 2012; como Medicina del Trabajo, dentro del Centro de Prevención y Rehabilitación Asepeyo San Cugat del Vallés.
- Título oficial de Medicina Especialista en Medicina del Trabajo del 30 de Octubre de 1996 de Doña Mariangel Costas Henríquez.
- Título oficial de Enfermería especialista en Enfermería del Trabajo de D^a María Teresa Felipe Gutiérrez del 1 de Diciembre de 2011.
- Contrato con ASPY Prevención como SPA del 1 de Julio de 2019 para cubrir la Vigilancia de Salud de las zonas en las que no hay UBS.
- Prórroga al contrato con ASPY Prevención hasta el 30 de Junio de 2022 que cubre exámenes de salud y otras actuaciones sanitarias.
- Contrato con laboratorio CERBA Internacional S.A.E. para actividades de laboratorio clínico relacionadas con la Vigilancia de la Salud en la provincia de Barcelona de fecha 8 de Febrero de 2021.
- Contrato de gestión de residuos sanitarios, del 31 de octubre de 2016 hasta el 31 de octubre de 2018 con TECNOLOGÍA MEDIO AMBIENTE GRUPO F. SÁNCHEZ S.L. para el servicio de recogida y gestión final de residuos peligrosos y no peligrosos del hospital de San Cugat del Vallés, incluyendo grupo II (sanitarios asimilables a urbanos).
- Prórroga del contrato de residuos sanitarios con TECNOLOGÍA MEDIO AMBIENTE GRUPO F. SÁNCHEZ S.L. por un periodo de 1 año a partir del 1 de Noviembre de 2020, hasta el 31 de Octubre de 2021.
- Contrato con Corporación CLD SUTD desde el 1 de Mayo de 2022 hasta el 30 de Abril de 2023 para el servicio de gestión de residuos y limpieza de alcantarillado para el Hospital de Sant Cugat de Asepeyo.
- Procedimiento Vigilancia de la salud en Asepeyo SPP-VS PR.018.03/2021.
- Procedimiento de Trabajadores Especialmente sensibles SPP-TES PR..02/2017
- Procedimiento de Protección de la maternidad: embarazo y lactancia SPP-PM.PR 020.03/2019
- Listado de puestos de trabajo exentos de riesgo en caso de embarazo
- Unidad compartida de la DIE con la red territorial, UC8005, las principales son:
 - UC8005 Infraestructuras y equipamientos
 - UC8005 Inversiones
 - UC8005 Radiología
- Programa Monday para la gestión de documentación y registros reglamentarios, que incluye un Dashboard para el seguimiento de los controles realizados y pendiente.
- Organización de carpetas en la DIE con la documentación de cada centro asistencial. La relación de aspectos recogidos es: Control de Plagas, PCI, Licencia de actividad, Controles de legionela, BT, certificación energética del centro y Climatización RITE.
- Licitación de servicios. Ejemplo de expediente de licitación para el servicio de control de limpieza y desinfección para la prevención de la legionela y el control de plagas para la red asistencial y hospitales de ASEPEYO, Exp: CP00072/2021, con 5 lotes:
 - Lote 1 servicio de control y análisis de legionela y control de plagas en la red.
 - Lote 2 servicio de control y análisis de legionela y control de plagas en H. Coslada.
 - Lote 3 servicio de control y análisis de legionela y control de plagas en H. Sant Cugat.
 - Lote 4 servicio de control y análisis de legionela y control de plagas en H. Sevilla.
 - Lote 5 servicio de control y validación de las alas de ambiente controlados de H. Coslada y H. Sevilla.En el caso del Lote 1 de la red asistencial se adjudica a Ondoan Servicios SAU. Incluye: desinfección anual del centro, analíticas de muestreo de los puntos terminales, correctivos en desinfección en caso. Se revisa la carpeta de los CAs: CA Llodio, 2023-03-08; muestras en 5 puntos terminales, s/presencia de legionela. CA Alcalá de Henares, 2023-02-16; muestras en 5 puntos terminales, s/presencia de legionela.
- Inversiones. Dashboard de seguimiento de inversiones del Cap. VI, con un total de inversión ejecutada por un valor de 18.646.803,95€ en 2022, ejecutado el 95,26% previsto, que equivale a: 126 inversiones realizadas en 2022 de las cuales 79 están finalizadas.

Estado de Peticiones inversiones DGOSS en 2022, con 38 autorizadas por la DGOSS, 2 en estado de presentación a la DGOSS, 1 pendiente de entrega a la DGOSS y 15 solicitudes presentadas a DGOSS pendiente de respuesta. Certificación de créditos de las inversiones autorizadas.

CONTROL DE INSTALACIONES CON RADIACIONES IONIZANTES

- Conforme al Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas, se ha llevado a cabo una actualización de los programas de garantía de calidad y protección radiológica de la instalación de radiología y se han emitido al respecto dos nuevos programas:
 - Un programa con alcance a los 3 hospitales de ASEPEYO.
 - Un programa para los centros asistenciales de ASEPEYO.
- Manual ASEPEYO para el control de equipos con radiaciones ionizantes con alcance a todos los centros; incluidos tanto centros CA como Hospitales. Se han desarrollado los anexos pertinentes propios de cada una de las instalaciones sometidas a control radiológico.
- Unidad compartida con los centros radiología (UC8005_Radiologia) con la documentación relativa a los equipos de instalaciones de radiodiagnóstico. Organizada por comunidades autónomas y centros (Registro KR7_Auditorías UTPR 2023). Cada centro incluye el certificado de conformidad anual, el control de calidad anual, Control de Calidad Monitor anual (conforme a un protocolo español de pruebas de calidad de la imagen), Informe Dosis Paciente anual, Informe de niveles de radiación anual y certificado de conformidad de las instalaciones.
- Contrato de las instalaciones con radiaciones ionizantes con seguimiento anual. Incluye el registro de altas y bajas de los equipos de RX en la Administración Autonómica competente. Contrato con tres UTPRs en 2022 y 2023: ACPRO, SRCL CONSENUR y XPERT RADIOLOGICA. El contrato incluye el seguimiento del Programa de Garantía de Calidad y auditoría.
 - Registro de entrada en el CSN de de la presentación de los informes de instalaciones radiodiagnósticos Tipo 1 y 2 gestionas por SRCL CONSENUR entrada de fecha 2023-03-30 correspondiente al año 2022.
 - Registro de entrada en el CSN de la presentación de los informes de instalaciones radiodiagnósticos Tipo 1 y 2 gestionadas por ACPRO correspondiente al año 2022 entrada individualizada de la documentación por centro: CA SAGRERA, 2023-03-14, CA FIGUERES, 2023-03-14, CA CERVERA, 2023-03-14.
 - Registro de entrada en el CSN de de la presentación de los informes de instalaciones radiodiagnósticos Tipo 1 y 2 gestionas por XPERT RADIOLOGICA entrada de fecha 2023-03-23 correspondiente al año 2022.
- Se revisa la documentación de los siguientes CAs:
 - CA Alcázar de San Juan con registro de inscripción IR/CR-1527 y certificado de conformidad de la UTPR XPERT radiológica de fecha 2023-01-27.
 - CA Albacete con registro de inscripción IR/AB-1123/96 y certificado de conformidad de la UTPR XPERT radiológica de fecha 2023-01-27.
 - CA Cervera con registro de inscripción RX 00/32291/2018 y certificado de conformidad de la UTPR ACPRO de fecha 2022-05-23.
 - CA Figueres con registro de inscripción RX GI/1496/2018 y certificado de conformidad de la UTPR ACPRO de fecha 2022-03-22.
 - CA Sagrera con registro de inscripción RX 00/32473/18 y certificado de conformidad de la UTPR ACPRO de fecha 2022-02-24.
 - CA Vía Augusta con registro de inscripción RX/31346 y certificado de conformidad de la UTPR ACPRO de fecha 2022-04-07.
 - CA Badajoz con registro de inscripción IR-BA 1035 y certificado de conformidad de la UTPR ACPRO de fecha 2022-08-02.
 - CA Lugo con registro de inscripción de la instalación XG-3076-LU y certificado de conformidad de la UTPR ACPRO de fecha 2023-02-06.
 - CA Llodio con registro de inscripción de la instalación IRDM/01-0094/1 y certificado de conformidad de la UTPR SRCL CONSENUR de fecha 2022-04-25.
 - CA Tudela con registro de inscripción de la instalación NA-1058 y certificado de conformidad de la UTPR SRCL CONSENUR de fecha 2022-05-17.
 - CA Alcalá de Henares con registro de inscripción de la instalación IRCAM-2320 y certificado de conformidad de la UTPR ACPRO de fecha 2022-02-08.
 - CA Ciudad Lineal con registro de inscripción de la instalación IRCAM-2298 y certificado de conformidad de la UTPR ACPRO de fecha 2022-08-02.
- Informes individuales de dosimetría personal año 2022 realizados por Central de Dosimetría.

SEDE Vía Augusta 36

- Evaluación de riesgos de fecha 2018-09-09.
- Planificación de las medidas derivadas de la evaluación de riesgos actualizada con fecha 2019-10-09.
- Informe termohigrométrico de fecha 2020-11-03.
- Plan de emergencia interior de fecha 2019-11-12.
- Informe de simulacro de emergencia de fecha 2020-01-10.
- Informe de revisión de equipo góndola de limpieza de fecha 2023-03-31.
- Acta del comité estatal de seguridad y salud de fecha 2022-12-14.

HOSPITAL DE SANT CUGAT

- Evaluación de riesgos laborales del Hospital CEPRA de fecha 2018/06/22
- Estudio ergonómico del puesto de auxiliar sanitario bloque quirúrgico esterilización de fecha 2019/07/15
- Estudio ergonómico del puesto de fisioterapeuta de hospital Sant Cugat de fecha 2016/11/16
- Informe de factores psicosociales de fecha 2022/05/13
- Informe de ruido dosimetría, esterilización 2022/03/01
- Evaluación de la exposición por inhalación de agentes químicos (sevoflurano) de fecha 2022/05/27 (sobre muestreos de 2022/03)
- Plan de autoprotección del Hospital de Sant Cugat de fecha 2021/06/30
- Simulacro de fecha 2022/01/11
- Actas de comité de seguridad y salud de fechas 2022/03/17, 2021/10/26
- Acta de inspección reglamentaria de instalación general de BT de fecha 2021-06-28 con defectos graves con acta de subsanación con dictamen favorable de fecha 2022-03-07.A
- Acta de inspección reglamentaria de instalación de BT de quirófanos, REA, UCI y TAC de fecha 2021-12-15 con defectos graves con acta de subsanación con dictamen favorable de fecha 2022-05-28.
- Informe anual de mantenimiento de BT por mantenedor autorizado de fecha 2022-06-08.
- Acta de inspección reglamentaria de instalación de AT con dictamen favorable con defectos leves de fecha 2022-09-24.
- Informe anual de mantenimiento de AT por mantenedor autorizado de fecha 2022-09-24.
- Acta de inspección de aparatos de elevación (ascensores) de fecha enero de 2022 con resultados condicionados con acta de resolución de fecha 2022-09-07.
- Acta de inspección anual de PCI por mantenedor autorizado de fecha 2022-06-10 y trimestral de fecha marzo de 2023.
- Inspección reglamentaria de instalación de PCI de fecha 2018-09-17 con defectos graves con acta de subsanación de fecha 2019-03-26.
- Acta de inspección de equipo a presión 960000029-3/03 de fecha 2021-02-08 de nivel B

HOSPITAL DE COSLADA

- Evaluación de riesgos de fecha 2021-05-18.
- Planificación de la actividad preventiva actualizada con fecha mayo de 2023.
- Informe de revisión de elementos de protección anti caídas de fecha 2022-08-04.
- Evaluación ergonómica de puesto de trabajo de celadores de fecha 2022-05-10.
- Evaluación ergonómica de puesto de trabajo de fisioterapeuta de fecha 2023-02-29.
- Evaluación higiénica de gases anestésicos de fecha 2022-06-08 y 2022-08-04.
- Evaluación higiénica de exposición al ruido de fecha 2022-11-03.
- Plan de autoprotección de fecha diciembre de 2022.
- Informe de simulacro de fecha 2022-11-30.
- Informe de investigación de accidentes de fecha 2022-03-02, 2023-03-20 y 2023-04-18.
- Renovación de Autorización sanitaria del Hospital de Coslada del 15 de Noviembre de 2018, que incluye U99, Medicina del Trabajo Y U900: Enfermería del Trabajo. CH0042, válida por cinco años.
- Autorización sanitaria del 7 de Junio de 2012 del Hospital Cepra Asepeyo de Barcelona, que incluye Medicina del Trabajo.
- Título oficial de Médico Especialista en Medicina del Trabajo de Doña. Elena María Leiva Hernando del 22 de Septiembre de 2006
- Título oficial de Médico Especialista en Medicina del Trabajo de D. Daniel Ramos Torres, del 21 de enero de 2005.
- Listado de puestos de trabajo con asignación de protocolos de Vigilancia de la Salud, en Drive, de fecha, del 14 de Marzo de 2023.
- Contrato con ASPY Prevención como SPA del 1 de Julio de 2019 para cubrir la Vigilancia de Salud de las zonas en las que no hay UBS, que cubre Hospital de Coslada: c/Joaquín de Cárdenas, 2, que cubre hasta finales de Junio de 2023.
- Pliego de prescripciones técnicas para licitación de SPA, que incluye la realización de pruebas radiológicas, del 2 de Febrero de 2023.
- Contrato con laboratorio SYNLAB DIAGNÓSTICOS GLOBALES S.A.U. para actividades de determinaciones analíticas derivadas de la Vigilancia de la Salud de los trabajadores de Asepeyo, con vigencia de cuatro años, de fecha 17 de Marzo de 2023.
- Contrato con Servicios Integrales Sanitarios Madrid, para la gestión de residuos sanitarios, de fecha 28 de Junio de 2022, en vigor.
- Planificación de la actividad Preventiva, del Hospital de Coslada.
- Protocolos de Vigilancia de la Salud
- Contenido de los exámenes de salud.
- Procedimiento de Vigilancia de la salud en Asepeyo SPP-VS PR.018.03/ de Abril de 2021.
- Procedimiento de Trabajadores Especialmente sensibles SPP-TES PR.016.02/2017
- Procedimiento de Protección de la maternidad: embarazo y lactancia SPP-PM.PR 020.03/19
- Memoria de Vigilancia de la Salud del 2021

- Análisis epidemiológico de vigilancia de Salud Colectiva del año 2021.
- Borrador de Memoria anual de actividades preventivas del año 2022
- Certificados de calibración de:
 - o Espirómetro Sibelman Datospir 120C, S.N.;118-D809 de fecha 23 de Agosto de 2022 por Servytronix S.L.
 - o Pesapersonas SECA, SN: 1797073053979, de Fecha 23 de Agosto de 2022, por Servytrobix.
 - o Audiómetro GRASON STADLER SN: 1029, por Seveco, del 4 de Abril de 2023
 - o Espirómetro Sibelman Datospir 120C, S.N.;118-D390, del 30 de Marzo de 2023
- Electrocardiograma Fukuda Denshi SN 36064994, del 30 de Marzo de 2023.
- Certificado de inspección periódica por OCA de AT para el Centro de Transformación, realizado por INGEIN el 2021-11-14, con resultado Favorable.
- Mantenimiento anual AT realizado por MESAT (Subcontratado por FULTON) realizado 10/11/2022. Se indican deficiencias pendientes de subsanación.
- Certificado de ensayos de aislamientos principal y cubierta de cables de una nueva línea de AT instalada en el hospital, de fecha 2021-08-20 Expediente 28/RE/V0008/01/21 de SIMECAL.
- Informe del mantenimiento anual 2021 de la línea de AT realizado por MESAT (Subcontratado por FULTON) realizado 13/12/2022., informe de fecha 2021-11-11, sin anomalías, con recomendaciones.
- Inspección de BT quinquenal realizada por SGS en 2020-06-26, condicionada con anomalías a corregir en un tiempo no superior a 6 meses. Dictamen favorable definitivo de 2020-12-23
- Inspección de BT de quirófanos quinquenal por SGS de fecha 2020-06-25 con resultados:
 - o Quirófanos nº 01 y 04, condicionada de fecha 2020-06-25 (defectos graves a corregir en 6 meses), resultados favorables por informe 2020-12-02 del quirófano 1 y 4.
 - o Quirófanos nº 2, 3 y 5. FAVORABLE de fecha 2020-06-25.
- Revisión anual de instalaciones eléctricas de BT en quirófanos 11/01/2023.
- Notificación de Altas/bajas de (2) torres de refrigeración de acuerdo con RD 865/2003. Programa de Mantenimiento Higiénico Sanitario frente la legionela. Limpieza y desinfección al inicio temporada de ambas torres en fecha 2022-09-26 (1ª torre) y 2022-09-27 (2ª torre). Analíticas de las torres de fecha 2021-03-11 (1ª torre) y 2022-10-14 (2ª torre). Analíticas mensuales de presencia de legionela 2023. Limpieza y desinfección de las torres Nº y Nº2 14/03/2023.
- Mantenimiento de piscina, ACS, aljibe y AFS de acuerdo con el RD de prevención de legionela y se verifica cumplimiento con calidad del agua, aire, etc. Según RD 742/2013, autocontroles 2021 (operaciones anuales, trimestrales, mensuales, diarios). Nuevo Procedimiento de Programa de Autocontrol de la Piscina de Hidroterapia del Hospital de fecha 2023/02/11. Última analítica control legionela 2023/01/24 no detectada.
- Inspección 27/06/2022 Unidad Técnica del Área de Salud Pública (2 torres), con solicitud de documentación. Presentada y conforme con fecha 23/09/2022.
- Control trimestral en depósito/aljibe de agua de consumo RD 140/2003. Análisis de control anual 2022-12-22.
- En seguridad alimentaria Acuerdos con SERUNION y reuniones mensuales con la Administración del Hospital.
- Control de agua de cocina anual analítica con fecha de 27/11/2022.
- Ascensores sujetos a revisión (8 RAE): RAE 55647, RAE 55646, RAE 55645, RAE 55643, RAE 55644, RAE 55648, RAE 120124, RAE 168712/A. Inspecciones reglamentarias bienales:
 - o Revisión en 2021 (1 RAE): RAE 168712/A, inspeccionado 26/04/2023 pendiente de informe.
 - o RAE 55646, RAE 55645, RAE 55643, RAE 55644, e inspección realizada por SGS el 2021-08-10 con resultados favorables.
 - o Inspección en 2022: RAE 55647, RAE 55648 y RAE 120124, realizada el 2022-01-19 por INGEIN con resultados favorable.
- Revisiones reglamentarias de los equipos de radiodiagnóstico, se muestra envío de Informe Anual 2022 de los equipos realizados por la UTPR ACPRO al CSN, con registro de envío por correo postal de fecha 2023-04-11. Emitido certificado de conformidad 2023 con fecha 20/04/2023 por ACPRO.
- Plan de Autoprotección, rev.04 de fecha 23 diciembre 2022 realizado por EULEN
- Renovación de la Autorización Sanitaria de Funcionamientos para el Hospital Especializado en Cirugía Ortopédica y Traumatológica y Rehabilitación, concedida por la Consejería de Sanidad, Dirección General de Ordenación e Inspección con fecha 15/11/18. Próxima renovación en 2023.
- Resolución de Alcaldía Presidencia, Licencia Municipal de Apertura de Centro Rehabilitación a A.S.E.P.E.YO., con fecha 22 de junio de 1983, por el ILMO. Ayuntamiento de Coslada.
- Licencias Municipales de Apertura y Funcionamiento, concedidas por el ILMO de Coslada
 - o Licencia municipal de apertura de fecha 05 de septiembre de 1985 para el centro de rehabilitación
 - o Ampliación de Farmacia y Servicio de Atención al Usuario, de fecha 16 de febrero de 2006.
 - o Urgencias y Servicios de Diagnóstico por Imagen (uso hospitalario), de fecha 25 de julio de 2002.
 - o Licencia de funcionamiento instalación de producción de calor, de fecha 6 de mayo 2016.
 - o Licencia de funcionamiento de los almacenes en cota de losa, de fecha 26 de septiembre de 2018.
- Certificado de puesta en servicio de instalación de incendios de fecha 2017/02 bajo RD 1942/1997. Inspección prevista en 2027.
- Certificado anual de medios de extinción de INMAREPRO de fecha 2022-10-06. Incluye detección, extinción y señalización.
- Memoria de la instalación frigorífica para cafetería y cocina en octubre de 2013, elaborado por INMAREPO, SL. Se obtiene registro de instalación frigorífica CC-968/2014. 2014-11-19 y el registro de la instalación frigorífica

de cafetería con fecha 2015-01-29 CC-970/2014 debiendo llevar un libro de registro de la instalación. Revisión 2022/07/04 por mantenedor INMAREPRO y 2024 por mantenedor (quinquenal).

- Alta de instalación RITE con fecha 2015-09-28 nº 2015-IT-0000-0000-02-002450-000-00. Inspección ATISAE Favorable.
- Alta planta frigorífica RITE con fecha 2015-04-14 nº 2015-IT-0000-02-000311-000-00, acta de inspección ATISAE con resultado satisfactorio.
- Certificaciones anuales 2021 RITE de:
 - o Producción calor ACS INMAREPRO para una potencia total 3.335kW de calor de 2 calderas, de fecha 2023-01-17.
 - o Producción de frío DAIKIN para potencia de frío de 871kW de enfriadora, de enero a mayo 2022. Cambio de mantenedor □ Producción de frío FULTON para potencia de frío de 871kW de enfriadora, de mayo a diciembre 2022.
 - o Climatizadores unidades terminales de ARYNDEC para una instalación de potencia total de frío de 1.633,8kW y calor 2.048kW de enero a abril 2022. Cambio de mantenedor □ Climatizadores unidades terminales de FULTON para una instalación de potencia total de frío de 1.633,8kW y calor 2.048kW de mayo a diciembre 2022
- Certificación anual RITE de la CALIDAD DEL AIRE DE IMPULSIÓN según UNE 171330 y UNE 100012 realizado por EUROFINS IPROMA en diferentes fechas, con conductos de materia particulada con requerimiento de limpieza, plan de limpieza acometido en noviembre 2022. Planificación de limpieza derivada y conforme.
- Depósito de aire AIR LIQUIDE dado de alta en 2020/05 registro Comunidad de Madrid 992737, con certificado de inspección de categoría nivel C realizado por EUROCONTROL el 2020-06-17. Inspecciones previstas: Nivel A 2022-05-28, realizado sin deficiencias 27/05/2022, Nivel B 2024-05-28 y Nivel C 2032-05-28.
- Depósito aire medicinal NS2530 inspección de tipo A de fecha 2020-12-20 con resultado favorable. Próximas Nivel A 2025-12-20, Nivel B 2027-12-20 y Nivel C 2027-12-02.
- Depósito aire medicinal NS2531 inspección de tipo A de fecha 2020-12-20 con resultado favorable. Próximas Nivel A 2025-12-20, Nivel B 2027-12-20 y Nivel C 2027-12-02.
- Depósito aire industrial NS2531 inspección de tipo A de fecha 2022-12-20 con resultado favorable. Próximas Nivel A -, Nivel B 2023-12-21 y Nivel C 2026-11-26.
- Depósito de aire industrial registro Comunidad de Madrid 367903, inspección de tipo A de fecha 2020-12-22. Próximas Nivel A 2023-12-17, Nivel B 2023-12-21 y Nivel C 2023-11-26.
- Generador de Autoclave con número de registro 15925 realizado por INGEIN inspección de tipo C de fecha 2023-03-15 resultado favorable. Próximas Nivel A 2024-03-15, Nivel B 2025-04-25 y Nivel C 2028-04-25.
- Generador de Autoclave con número de registro 38600 realizado por INGEIN inspección de tipo C de fecha 2022-04-16 resultado favorable. Próximas Nivel A 2025-04-27, Nivel B 2028-04-27 y Nivel C 2034-04-27.
- Autoclave con número de registro 5919 realizado por INGEIN inspección de tipo A de fecha 2022-04-27 resultado favorable. Próximas Nivel A -, Nivel B 2026-04-19 y Nivel C no obligatorio.
- Generador de Autoclave con número de registro 15753 realizado por INGEIN inspección de tipo C de fecha 2022-04-27 resultado favorable. Próximas Nivel A 2023-04-27, Nivel B 2028-04-27 y Nivel C 2034-04-27.
- Autoclave con número de registro 50121 realizado por INGEIN inspección de tipo A de fecha 2022-04-27 resultado favorable. Próximas Nivel A 2023-04-27, Nivel B 2026-04-26 y Nivel C no obligatorio.
- Generador de Autoclave con número de registro 15341 realizado por INGEIN inspección de tipo C de fecha 2022-04-27 resultado favorable. Próximas Nivel A 2023-04-27, Nivel B 2028-04-27 y Nivel C 2034-04-27.
- Autoclave con número de registro 11547 realizado por INGEIN inspección de tipo A de fecha 2020-09-01 resultado favorable. Próximas Nivel A 2026-11-03, Nivel B 2023-11-23 y Nivel C 2029-11-03.
- Generador de Autoclave con número de registro 11578 realizado por INGEIN inspección de tipo A de fecha 2022-09-05 resultado favorable. Próximas Nivel A 2023-09-05, Nivel B 2023-09-01 y Nivel C 2023-10-23.
- La Organización dispone de autorización de vertido concedida en por la Consejería de Medio Ambiente y Territorio De la Comunidad de Madrid en fecha 22/06/2004.
- Autorización de vertido de la Asociación de Usuarios ASEPEYO – Fundación Antoni Serra Santamans, sita en la Calle Joaquín Cárdenas, nº 2 y 4. Expediente 2022/1/02.05.08.08 18/02/2022.
- Análisis semestrales 23/02/2022 y 07/07/2022 y 18/01/2023 (arqueta vertido final) parámetros conforme a autorización.
- En fecha 27/05/2009 la Organización solicita la renovación de la citada autorización.
- Desde entonces, existen diferentes requerimientos por parte de la Consejería de solicitud de información y/o toma de acciones que la Organización ha ido resolviendo.
- Con fecha 2013-02-18 se recibió un requerimiento de subsanación de deficiencias en la información necesaria y requerimiento para la Solicitud de autorización de vertido por parte de la Concejalía de Medioambiente de Coslada. Se presentó la misma en forma con fecha 2013-04-19. Con fecha 2013-04-11 se recibe por parte de Comunidad de Madrid escrito remitido por esta a Ayuntamiento de Coslada en el cual indica que la autorización de vertido a emitir será de la totalidad de las instalaciones ubicadas en las parcelas 1 y 2 (Edificio Rojo y Hospital). Adicionalmente se recibe en junio documentación complementaria a la fecha 2013-04-19 (analítica de aguas e inventario de gestión de residuos). Se evidencia inversión autorizada para la gestión del vertido conjunto. Se evidencia licencia de obra de arqueta de fecha 2015-03-02.

- Presentación de nueva solicitud de autorización de vertido a favor de la Asociación de Usuarios integrada por ASEPEYO y la entidad vecina FUNDACIÓN ANTONI SERRA SANTAMANS ('Edificio Rojo'), presentada en el Ayuntamiento de Coslada el 2016-06-15.
- Comunicado del Ayuntamiento de Coslada de fecha 2018-05-07 notificando la recepción de la documentación exp. V1A459AA18 y el envío para la consulta preceptiva al Consejería de Medio Ambiente de la CA Madrid Pendiente de respuesta.
- Escrito del Hospital de Coslada dirigido a ambos organismos (2018-07-24 Ay. Coslada y 2018-07-14 C de Madrid) pidiendo la suspensión del expediente mientras no se resuelva con el fin de no verse afectados por el silencio administrativo negativo. Expediente (V1A 459AA 18 Asepeyo. Medio Ambiente. Cgp).
- Presentación de ampliación información expediente vertidos Expte: 10-IFK-00039.0/2015 presentada en fecha 06.07.2020, de resumen histórico con planos y fichas de identificación industrial dirigido a la Consejería de Medio Ambiente.
- Concesión definitiva del permiso de vertido del Ayuntamiento de Coslada a la razón social Asociación de usuarios ASEPEYO-Fundación Antoni Serra Santamans expediente V1a 459ASEPEYO F22, por resolución nº 2022/1867 de fecha 2022-04-08.
- Inscripción definitiva de Concesión, de fecha 13 de enero de 1997, concedida por Confederación Hidrográfica del Tajo, para el aprovechamiento de aguas del río Jarama. En los últimos años no hay consumo de esta fuente de agua y se ha solicitado la renuncia al mismo, presentada con fecha 25/05/2023, pendientes de contestación por parte de la Confederación.
- Exentos de presentar declaración anual de residuos y residuos sanitarios, por pequeños productores. Presentada memoria anual como productor de residuos presentada 20/02/2023. Total producción anual 2022 4901 kg residuos peligrosos.
- La organización dispone de autorización para la producción de residuos peligrosos, de fecha 12 de noviembre de 2004. Nº G-08/215824/MD/11/04090. Concesión de la Consejería de medioambiente y ordenación del territorio con fecha 2014-06-13 de cambio a régimen de pequeño productor de residuos peligrosos, número de autorización 13PO1A1600009677A.
- Contrato con gestor de residuos SERVICIO INTEGRALES SANITARIOS S.L. para la recogida de residuos grupo 3 y 5 con fecha 01/07/2022.
- Estudio de calidad del suelo en los terrenos del Hospital en Coslada Madrid, presentado en 2013-02-08, de acuerdo a la resolución de 2008-02-06 en donde se exige la presentación cada 5 años de un informe periódico de situación del suelo. Se ha modificado la sistemática con una revisión de los parámetros de control de manera semestral, enviando informe anual con muestreo de los piezómetros.
- Presentados resultados de los 6 puntos de sondeo muestreados con medidas de acuerdo a un plan de muestreo de parámetros de hidrocarburos. Se encuentra en un solo caso un parámetro con presencia de contaminante (Sondeo S3, parámetro TPH), atribuible a fuentes potenciales dentro del polígono diferentes de la actividad propia del centro. Seguimiento semestral de autocontroles. Informe ECA 2016, de fecha 2017-02-03.
- Informe favorable en relación con su propuesta de configuración de las sucesivas campañas de control y seguimiento en el emplazamiento antes indicado, reflejada en el capítulo 11 del documento titulado "Informe periódico anual de control y seguimiento de la calidad de las aguas subterráneas de 2019"; seguimiento semestral de autocontroles (en piezómetros S3, S7, S8, S10, S13 y S14 y anual en los piezómetros S2, S9, S20), elaborado por ENTIDAD COLABORADORA DE LA ADMINISTRACIÓN S. L. con fecha 2019-12-18 (referencia del Registro de Entrada nº 10/215230.9/20). Fecha 2020-07-14. Fecha presentación 26/05/2023.
- Eficiencia energética IPE de producción de calor por TUV de fecha 2019-02-25. Informe de Inspección Periódica de Eficiencia Energética de las instalaciones térmicas de edificios 23/03/2023.
- Eficiencia energética IPE de la instalación de frío de fecha en 2019-07-01. Próximo inspección julio 2023.
- Auditoría Eficiencia Energética Edificio conforme RD 56/2016 realizado por EUROCONTROL, registrado con fecha 18/01/2022.
- Alta de instalación receptora de gas con fecha 2015-10-26 nº2015-PG-000564-SCA. Certificado de pruebas realizado por INMAREPRO, SL., conformidad de Gas Natural.
- Certificado de instalación periódica como instalación de gas natural de potencia nominal de >70kW realizado por la empresa suministradora NEDGIA a través de la empresa mantenedora ICISA el 2021-02-18. Subsanación de defectos leves. Certificado de corrección en 2021-06-10.
- Registro de Instalación CI-3359 para dos calderas:
 - o Caldera con número de la instalación NS18663, última inspección por INGEIN de tipo C de fecha 2021-09-02 con resultado favorable. Inspección Nivel A 2022-09-13 con resultado favorable, nivel B en 2024-09-02 y nivel C prevista para 2027-09-02.
 - o Alta de nueva caldera de vapor expediente NS 19300, de 523 kW y Quemador 100+1000 kW. Certificado de verificación por unidad realizado por INGEIN con resultado favorable de fecha 2015-09-09. Inspección Nivel A realizada el 2021-11-04 con resultado favorable, próxima prevista Inspección Nivel A 2022-11-03 con resultado favorable, nivel B en 2023-11-05 y nivel C prevista para 2026-11-05.
- Colector de vapor INM/COL-12 NS 112.ASE y registro del número de placa de la Comunidad de Madrid 375.003 dado de alta el 2015-10-29. Inspección Nivel A realizada el 10/01/2020, con resultado favorable. Nivel B en 2023-11-05 y nivel C no obligatorio.
- Registro de recatalogación de la instalación según catálogo de actividades potencialmente contaminantes de la atmósfera CAPCA 2010 con el cambio de combustible a gas natural. Autorización 28-APCA-N-M1-2013/00075 por 8 años de fecha 2014-02-20. En total hay 6 focos activos (3, 4, 5, 8, 7, 9).

- Escrito de fecha 2018-01-25 notificación la limitación de controles a realizar a los focos únicamente a los focos 3 y 4 (sistemático, control de CO y NOX) y foco 9 (grupo electrógeno, no sistemático condicionado los límites solo si se superan las 500 horas de uso – en 2022 12,3h.). Control cada 3 años. Último control realizado por INGEIN el 2021-05-18 con informe favorable para los focos 3, 4 y 9.
- Depósito de 5.000l de gasóleo de grupo electrógeno de fecha 2015-09-14, nº 2015/IP0003-0000-02/00848-000-00. Inspección y revisión quinquenal realizada por SGS de fecha 2020-09-30. Próxima inspección prevista en 2030-09-30, pero por autocontrol se prevé realizar una nueva inspección en 2025. Se ha procedido a dar de baja este depósito 23/09/2022. Certificado fuera de servicio por INMECA indicando la baja del tanque para chatarra06/06/2022.
- Instalación de dos depósitos de 1.000 litros Nº INT.1426-EXT.1942 y Nº INT.3355-EXT.2407 memoria de instalación con fecha 30/06/2022 y 15/07/2022 respectivamente.

CA FIGUERES

- Evaluación de Riesgos del Centro Asistencial de Figueres y por puesto 14/10/2019.
- Informe condiciones temohigrométricas Centro Asistencial de Figueres 24/10/2022
- Plan de emergencias Centro Asistencial Figueres 19/10/2022.
- valuación de Riesgos del Hospital Cepra ASEPEYO 01/06/2023.
- Estudio higiénico de exposición a ruido zona esterilización quirófanos Hospital Cepra ASEPEYO 01/03/2022.
- Plan de Autoprotección Hospital Cepra ASEPEYO 30/06/2021
- Simulacro de emergencia 09/01/2023.
- Informe sobre factores psicosociales Hospital Cepra ASEPEYO 13/05/2022.
- Exposición por inhalación a sustancias químicas (sevoflurano).02/06/2022. Realizado por ASPY
- Certificado de inspección reglamentaria RD 1027/2007 24/11/2020 con resultado condicionado con un plazo de 6 meses donde se solicita el "registro de la instalación". Subsano.
- Certificado anual de mantenimiento de la instalación de climatización por NDAVANT con fecha de 21/12/2022.
- Certificado de inspección por OCA con fecha 21/04/2021 sin defectos.
- Certificado de limpieza y desinfección 24/09/2022
- Autocontrol mayo 2023. Actualizado conforme.
- Licencia de apertura y funcionamiento expedida por el ayuntamiento de Figueres con fecha 26/02/2004. Actualización de la licencia tras la actuación de control medioambiental periódico 30/03/2010 con resultado favorable.
- Licencia sanitaria Autorización sanitaria nº E17654980 de fecha 23/08/2004.
- Certificado anual de revisión 03/06/2022 de los equipos de extinción, señalización y alumbrado de emergencia EUROFENSA.
- Inscripción instalación rayos X – Rx/GI1496 11/06/2018.
- Envío del informe de calidad y dosimetrías a CSN del año 2022, resultado conforme.
- Certificado período de conformidad de la instalación Informe UTPR 18/03/2022. Informe UTPR 20/04/2023.
- Última visita realizada 01/02/2023 por ONDOAN.
- No se dispone de plano de la instalación con la ubicación de las trampas DDD en la propia instalación en el momento de la visita. Se solicita al proveedor quién lo aporta, junto al resto de la documentación
- Inscripción como pequeño productor de residuos peligrosos PP-1230/CAIB 08/07/2004
- Numero de contrato con gestor autorizado SRCL CONSENUR 2021.
- Recogida de biosanitarios trimestral
- Memoria anual 2022.

CA LLODIO

- Evaluación trienal de Riesgos del Centro y puestos 23/06/2021
- Planificación de la Actividad 2021
- Manual Instrucciones Radarmed 950
- Manual Instrucciones Magneto Easy QS
- Revisiones mantenimiento equipos electromedicina área Fisioterapia AGENOR 14/03/2023
- Mantenimiento preventivo AGENOR 14/03/2023 Esterilizador NS 129544
- Investigación accidente sin baja 17/10/2022 (caída al mismo nivel, sin modificación de la evaluación de riesgos)
- Plan Acogida trabajadoras A.H. y D.G. (Entrega Evaluación de Riesgos Puesto/Centro Febrero y Enero/2023, medidas de emergencia Febrero y Enero/2023, entrega EPI's Febrero y Enero/2023, Certificado bienal Aptitud Médica Octubre/2022 Enero/2023).
- Observaciones Preventivas Planificadas semestrales 20/03/2023 y 08/08/2022
- Plan de Emergencia 10/01/2023
- Formación Equipos de Primera Intervención 14/04/2023 (T.P., A.H., A.I.)
- Díptico emergencias 09/05/2023
- Entrega Información medidas de emergencia Enero/2023 (J.L.R. y V.G.)
- Simulacro integrado seguridad y medioambiental incendio 16/11/2022
- Documentación Ecogestor CAE Jomar (Operario A.O.B.), Aralia (Operaria MC.G.B.)
- Fichas Datos Seguridad Darodor, CR-70 IPA, Oxígeno
- Certificado operador instalaciones radiodiagnóstico T.P.S. (18/10/2006)

- Descarga dosimetrías 146455 T.P.S. año 2022 y año 2023
- Título Fisioterapeuta A.H.V. Junio/2022 y colegiación 4030
- Título Médico D.M.G.P. 13/02/2023 y colegiación 484811249
- Plan de Prevención Enero/2019
- Evaluación higiénica de exposición a campos magnéticos a baja frecuencia 13/05/2019
- Declaración responsable de puesta en servicio instalación térmica (11/12/2021)
- Certificado anual instalación térmica 03/01/2023
- Certificado revisión fugas aire acondicionado 05/01/2023
- Puesta en servicio instalación Baja Tensión 05/09/2003
- Certificado OCA instalación Baja Tensión 20/08/2019 (favorable sin defectos)
- Mantenimiento anual Eulen instalación Baja Tensión 07/11/2022
- Certificado tratamiento químico Ondoan Servicios ACS/AFCH 08/03/2023
- Analíticas Legionella 25/04/2023 (sin ufc)
- Programa autocontrol calidad agua Giroa Veolia Febrero/2023, Marzo/2023, Abril/2023 (sin deficiencias)
- Licencia de Apertura 15/12/1970 Centro Asistencial
- Renovación Autorización Sanitaria 13/05/2019
- Certificado anual mantenimiento instalación PCI Jomar 17/10/2022
- Revisión trimestral PCI Enero y Abril/2023, sin deficiencias (extintores y alumbrado de emergencia)
- Certificado plagas Ondoan Servicios 31/01/2023
- Registro de instalación de Rayos X con fines de diagnóstico Médico IRDM/01-0094/1 (20/04/2018)
- Informe UTPR SRCL Consenur Abril/2022
- Certificado instalación radiodiagnóstico XPERT, S.L.24/02/2023

CA TUDELA

- Evaluación de Riesgos de puestos y centro trabajo 26/08/2021
- Informe higiénico condiciones termohigrométricas y calidad de aire
- Planificación Actividad Preventiva (todas las acciones ejecutadas)
- Investigación accidentes pinchazo (19/01/2023 Enfermería y 28/06/2022 Médico)
- Planes de Acogida I.S.U. 17/11/202 (Administrativo)
- Certificación de aptitud médica C.A.B. (Apto periódico Julio/2021 Enfermera) y I.S.U. (Apto periódico Febrero/2023 Administrativo)
- Procedimiento de Evaluación de Riesgos SS-ER PR.009.07/2019
- Plan Operativo Centro Tudela Año 2023 (Simulacro: Evaluación Riesgos; Planificación Actividad Prevención)
- Simulacro integrado medioambiente y seguridad y salud en el trabajo 22/07/2019 (incendio)
- Plan de Emergencia 2021
- Díptico emergencias 12/05/2023
- Observación Preventiva Planificada 23/03/2023 (sin incidencias), 21/09/2022 (sin incidencias)
- Manual Instrucciones magnetoterapia Easy Terza Serie
- Manual Instrucciones Laser Idea Terza
- Entrega EPI's Fisioterapeuta A.C.M. (2012)
- Registros Aranet4 (humedad relativa, CO2 y temperatura)
- Registros Agenor de mantenimiento preventivo anual Abril/2023 (Electroestimulador portátil, Microondas Radarmed 950+, Magnetoterapia Easy Terza Serie, Láser Idea Terza, Electrocardiógrafo, esfingomanómetro, termómetro nevera, dinamómetro)
- Revisión semestral DESA A04H-00830 Enero/2023, Enero y Junio/2022 (sin incidencias)
- Fichas Datos Seguridad Oxígeno
- Petitorio sanitario (Marzo/2023) y medicación (Junio/2022)
- Identificación y evaluación de requisitos legales Marzo/2023
- Coordinación Actividades Empresariales Ecogestor subcontrata Ondoan Servicios Trabajador R.P. y subcontrata Giroa-Veolia, operario I.L.
- Puesta en servicio instalación Climatización 03/06/2016
- Certificado anual instalación climatización 30/12/2022 (resultado favorable)
- Certificado revisión fugas 05/01/2023 (resultado favorable)
- Certificado OCA instalación climatización 28/11/2022, sin defectos
- Certificado tratamiento instalación ACS/AFCH Legionella 06/03/2023
- OCA Instalación Baja Tensión 16/02/2022 sin deficiencias
- Puesta de servicio instalación Baja Tensión 10/05/2012
- Revisión anual instalación Baja Tensión 30/09/2022 (sin deficiencias)
- Analíticas Legionella ACS/AFCH Marzo/2023, sin detección ufc
- Programa Autocontrol Calidad Agua año 2023 Giroa Veolia
- OT M23-22757 correctivo deficiencias instalación agua (18/05/2023)
- Licencia de Apertura 10/02/1992
- Convalidación autorización administrativa funcionamiento centro sanitario 09/02/2023
- Apertura Centro de Trabajo 19/02/1992

- Certificado Jomar revisión anual instalación PCI 18/10/2022
- Revisión trimestral Jomar instalación PCI Abril/2023
- OT M22-10706 correctivo deficiencias instalación PCI (06/12/2022)
- Parte correctivo Jomar J30 / 05045 (17/05/2023)
- Ondoan Servicios control plagas 26/01/2023
- Registro de instalaciones de Rayos X con fines de Diagnóstico Médico NA-1058 (Modificación) 21/08/2020.
- Informe UTPR SRCL Consenur 12/05/2022
- Subsanción observaciones Informe UTPR SRCL Consenur 12/05/2022 (brillo negatoscopio y lectura dosímetros mensual enviado a UTPR el 14/06/2022)
- Control dosimetrías año 2022 y 2023 C.A.B.
- Certificado operador instalación radiodiagnóstico C.A.B. (03/05/1993)

CA ALCALÁ DE HENARES

- Evaluación de Riesgos: 2802/ER/20210923: 23-09-2021, secciones, puestos, equipos,
- Justificante de entrega de información sobre PRL: 07-10-2021 hasta el 04-04-2022 de la ER: 2802/ER/20210923
- Planificación de la Actividad Preventiva: 2802/PA/20210923, en la aplicación Gestión PRL.
- Ficha del plan operativa del 2023.
- Medidas de Emergencias: 2802/ME/20210923: 23-09-2021.
- Justificante de entrega de información sobre PRL: 13-10-2021 y 04-04-2022 de la ME: 2802/ME/20210923
- Justificante de entrega de información sobre PRL: 13-04-2023 del díptico de emergencias y ficha de puesto de trabajo.
- Formación práctica de incendios 18-10-2006, PVD 16-07-2007, Formación teórico emergencia 19-10-2010; Gestión de residuos y buenas prácticas ambiental 21-11-2013, formación específica del centro y puesto de trabajo 28-09-2007.
- Formación teórica de emergencias: 15-11-2010, formación específica sobre riesgos del centro y puesto de trabajo: 28-06-2007. Formación práctica de emergencias. 19-10-2006, PVD 2011, calidad 17-03-2014, legionela: 25-05-2022. (gestión ambiental): 02-02-2011
- Simulacro de medidas de emergencias: planificado para Noviembre 2023.
- Charlas de consignas de actuación en caso de emergencias: 23-09-2021 y 27-10-2022.
- Justificante de entrega de información sobre PRL: Ofrecimiento examen de salud: 10-2022. Se han realizado 9 rrrmm de 12 en diciembre 2022. LARA (13-12-2022, apto); LGT (13-12-2022, apto), MEMR (13-12-2022, apto).
- Observación Preventiva Planificada: cada 6 meses: 21-03-2023, 27-10-2022
- Dictamen de inspección periódica de eficiencia energética de sistemas de las instalaciones de aire acondicionado y ventilación: nº 28V/IT/0007/22-V1: 04-05-2022 (potencia térmica en frío 69,8 kw), acceptable.
- Certificado mantenimiento para instalaciones térmicas en edificio de la comunidad de Madrid: 14-10-2022. (potencia térmica total frío: 90,2 y potencia térmica total generadores de calor: 84,66)
- Control de fugas: 2022 (OM: incluir fecha completa)
- Certificado eficiencia energética: 07-10-2021, consumo de energía primaria no renovable: E, emisiones de dióxido de carbono: D.
- Acta de inspección de Baja Tensión: 28-28-E29-2-118674; 05-08-2019 (02-04-2024) Favorable sin defectos.
- Certificado de mantenimiento instalaciones eléctricas: COMSA, 15-11-2022
- Certificado de limpieza y desinfección: ANTICIMEX: 23-03-2022
- Informe de ensayo: 21-04-2022, no detectados 3 puntos de muestreo.
- 2022: autocontrol: temperatura, CI, PH.
- A partir del año 2023 se centralizan las operaciones en la empresa GIMSA SERVICIOS INTEGRALES: 17-03-2023 (3,1, tª=38 °C >50°C); 28-04-2023.
- Certificado de tratamiento, control y prevención legionelosis: ONDOAN SERVICIOS, S.A.; 16-02-2023 (red agua consumo humano).
- Resultados analítica legionela (5 puntos): JECMA: 20-03-2023
- Licencia municipal para el ejercicio de actividad comprendida en la reglamentación de molestas, insalubres, nocivas y peligrosas: Ayuntamiento de Alcalá de Henares: 20-12-2000.
- Licencia de actividad sanitaria: Renovación de autorización sanitaria de funcionamiento CS2204, 19-04-2021.
- Apertura CT: 08-08-1973
- Certificado de inspección voluntaria de instalaciones de protección contra incendios en edificios no industriales: 28V/CI/0086/21-2. 3-11-2022 Favorable.
- Certificado de mantenimiento anual: JOMAR SEGURIDAD: 04-10-2022
- Mantenimiento protección contra incendios: 1º trimestre (28-02-2023), 2º trimestre (26-04-2023).
- Ondoan Servicios. Revisión desratización y desinsectación: 26-01-2023.
- Certificado de servicio DDD: PHS SERKONTEN: 13-01-2022
- Revisión montacargas, mensual por ORONA: 14-11-2022, 21-12-2022, 23-02-2023.

CA CIUDAD LINEAL (Madrid)

- Plan Operativo 2023.
- Evaluación de Riesgos: 2803/ER/20220905: 05-09-2022, secciones, puestos, equipos,

- Justificante de entrega de información sobre PRL: 23-09-2022 de la ER: 2803/ER/20220905.
- Planificación de la Actividad Preventiva: 2023
- Medidas de Emergencias: 2803/ME/20230214: 02-03-2023
- Justificante de entrega de información sobre PRL: 03-03-2023 y 11-04-2023 de la ME: 2803/ME/20230214.
- Justificante de entrega de información sobre PRL: 13-04-2023 del díptico de emergencias y ficha de puesto de trabajo.
- 13-03-2014 Formación teórico- práctica de emergencia; Riesgo biológico 2010-2014, formación específica del centro y puesto de trabajo 04-10-2010, test de formación específica 2012, seguridad del paciente 22-10-2018.
- Formación teórica de emergencias: 15-10-2018; curso nivel básico PRL 15-05-2017, formación específica sobre riesgos del centro y puesto de trabajo: 10-06-2008. Formación práctica de emergencias: 17-10-2006, PVD 2007.
- Simulacro de medidas de emergencias: 2803/IM/20230214: 14-02-2023
- Justificante de entrega de EPI: EPI-RE-001: JRTG (11-11-2021), CMM (01-07-2022), PAD (11-11-2021).
- Justificante de entrega de información sobre PRL: Ofrecimiento examen de salud: 11-2021. Se han realizado 6 rrrmm de 12 en enero 2022. PFP (19-01-2022, apto); PDR (19-01-2022, apto), EMVG (17-01-2022, apto).
- Observación Preventiva planificada: cada 6 meses: 22-03-2023, 19-10-2022
- Accidentes:
 - o 2022: golpe en la rodilla 30-06-2022 MCFM, cuestionario para la gestión del accidente, investigación de accidente: 16-08-2022. Comunicación por parte de Dirección del centro 30-06-2022 al SPP. Registro delta: 26-07-2022
 - o 2023: 1 in itinere (con baja) investigación de accidente: 02-03-2023 fecha del accidente: 01-03-2023. Registro delta: 03-03-2023.
- Certificado mantenimiento para instalaciones térmicas en edificio de la comunidad de Madrid: 14-10-2022.
- Control de fugas: 26-07-2022
- Certificado eficiencia energética: 07-10-2021, consumo de energía primaria no renovable: D, emisiones de dióxido de carbono: C.
- Acta de inspección de Baja Tensión: nº acta 28-28-E29-2-113972 de fecha 26-04-2019.
- Certificado de mantenimiento instalaciones eléctricas: COMSA, 15-11-2022.
- Certificado de limpieza y desinfección: ANTICIMEX: 18-03-2022
- Informe de ensayo: 19-04-2022, no detectados 3 puntos de muestreo.
- A partir del año 2023 se centralizan las operaciones en la empresa GIMSA SERVICIOS INTEGRALES: 17-03-2023, 12-04-2023 (mediciones, Tª, Cl, pH)
- Licencia de actividad, acta de funcionamiento: ayuntamiento de Madrid: 27-11-1986
- Licencia de actividad sanitaria: Renovación de autorización sanitaria de funcionamiento CS1426, 24-02-2020.
- Apertura CT: 02-06-1986
- Certificado de mantenimiento anual: JOMAR SEGURIDAD: 10-11-2022
- Revisión trimestral: 11-2022
- A partir del año 2023, JOMAR SEGURIDAD realiza las trimestrales de todo el PCI.
- Mantenimiento protección contra incendios: 1º trimestre (21-02-2023), 2º trimestre: 28-04-2023.
- Ondoan Servicios. Revisión desratización y desinsectación: 31-01-2023,
- Certificado de servicio DDD: PHS SERKONTEN: 13-01-2022, 11-10-2022, 05-07-2022, 31-03-2022

CA ALBACETE

- Evaluación de riesgos. Fecha 20/10/2021. dirección de centro, administrativo centro asistencial, Médico CP no especialista, enfermero y fisioterapeuta. No se han detectado valores fuera de rango de luz. Pendiente revisión durante 2023. Metodología INSSST
- Informe individual de dosimetría personal anual 2022. Fecha del 23/01/2023.
- Verificación implantación medidas de emergencia. Fecha del 06/07/2022. Central de alarma, revisiones trimestrales, entre otros.
- Plan de emergencia en vigor con fecha del 28/03/2023 referencia 1304/ME/20230328. Situaciones de emergencias: emergencia sanitaria en centro de trabajo, proximidades del centro de trabajo, incendio, amenaza de bomba y situación de conflicto. Formación de JMC como equipo de primera intervención con fecha del 25/10/2011.
- Simulacro de emergencia asociado a SST, de la situación de conflicto. Informe referencia 1304/IM/20230328 con fecha 16/04/2023. Se detectan incidencias relacionadas con la centralita.
- Actas del Comité de Seguridad a nivel nacional. Última reunión con fecha del 11/01/2023.
- Nombramiento del Delegado de Prevención Jesús Meco García con fecha 28/09/2022. Así como los certificados de su formación de 50 horas emitidos por Asepeyo finalización con fecha del 19/03/2018.
- Aire acondicionado. GIMSA. Realizada puesta en servicio con resultados satisfactorios con fecha del 28/04/2023. ACS y Refrigeración.
- Contrato nueva empresa mantenedora. GIMSA. Nueva licitación contrato Zona Centro Climatización, Electricidad y Ascensores. En vigor desde 01/10/2022.
- Informe de mantenimiento de instalaciones de aire acondicionado. Último mantenimiento realizado con fecha del 28/04/2023 control de fugas. Sin fugas.
- Certificado energético. Fecha del 12/07/2021. Calificación C.

- Sistema eléctrico. OCAS locales de pública concurrencia. Certificado 130/BT/0135/22-1. Acta de inspección reglamentaria de instalación eléctrica fecha del 09/09/2022. Favorable sin defectos. Próxima inspección 09/09/2027. 69,283 instalada.
- Control de legionela. Certificado de tratamiento Odoan. Fecha del 13/04/2023. Se realiza la desinfección y neutralización de AFCH y puntos terminales. Tienen dos termos. Pendiente informes de análisis de 2023. Se revisan los informes de análisis de la limpieza realizada con fecha del 11/02/2022 ACS, AFS, AFCH no detectado legionela.
- Controles de agua. Último realizado con fecha del 28/05/2023. Cloro 0,35-0,32. pH 7,8-9 Temperatura 51º y AFCH 19,8. Frecuencia Mensual.
- Autorización Sanitaria Expdt. 0205912/0214072 del 7 de mayo de 2021) como Centro asistencial de mutua colaboradora con la Seguridad Social válida hasta mayo 2026
- Comunicación de apertura de centro de trabajo con fecha del 25/04/2018
- La revisión anual de extintores se ha realizado con la empresa Jomar Grupo Elecnor con fecha del 01/10/2022. Número informe J046066-22. Resultados: sin comentarios. Se detectan anomalías de retimbrado de extintores resueltas en la siguiente revisión.
- La revisión trimestral de extintores se ha realizado con la empresa Jomar Grupo Elecnor con fecha del 01/03/2023. Número informe J049324-23. Resultados: retimbrados correctos y se detectan detectores descolgados. Se evidencia la solicitud de necesidad de correctivo por parte del departamento de mantenimiento.
- OCA Protección contra incendios. Apertura 2018. No aplica.

CA ALCÁZAR DE SAN JUAN

- Estudio de condiciones termohigrométricas con fecha del 01/06/2022. Sin deficiencias.
- Evaluación de riesgos. Fecha 20/10/2021. dirección de centro, administrativo centro asistencial, Médico CP no especialista, enfermero y fisioterapia. No se han detectado valores fuera de rango de luz. Pendiente revisión durante 2023. Metodología INSST
- Informe individual de dosimetría personal anual 2022. Fecha del 23/01/2023.
- Verificación implantación medidas de emergencia. Fecha del 06/07/2022. Central de alarma, revisiones trimestrales, entre otros.
- Plan de emergencia en vigor con fecha del 28/03/2023 referencia 1304/ME/20230328. Situaciones de emergencias: emergencia sanitaria en centro de trabajo, proximidades del centro de trabajo, incendio, amenaza de bomba y situación de conflicto. Formación de JMC como equipo de primera intervención con fecha del 25/10/2011.
- Simulacro de emergencia asociado a SST, de la situación de conflicto. Informe referencia 1304/IM/20230328 con fecha 16/04/2023. Se detectan incidencias relacionadas con la centralita.
- Actas del Comité de Seguridad a nivel nacional. Última reunión con fecha del 11/01/2023.
- Nombramiento del Delegado de Prevención Jesús Meco García con fecha 28/09/2022. Así como los certificados de su formación de 50 horas emitidos por Asepeyo finalización con fecha del 19/03/2018.
- Se revisa la documentación del CAE de las siguientes empresas en la plataforma Ecogestor. La organización dispone de la documentación Póliza de responsabilidad civil, certificado de hacienda, listado de trabajadores, afiliación, entre otros.
 - o Empresa ODOAN Servicios Plagas y Legionella apto.
 - o Jomar Grupo Elecnor. PCI. Apto
- Aire acondicionado. GIMSA. Realizada puesta en servicio con resultados satisfactorios con fecha del 28/04/2023. ACS y Refrigeración.
- Contrato nueva empresa mantenedora. GIMSA. Nueva licitación contrato Zona Centro Climatización, Electricidad y Ascensores. En vigor desde 01/10/2022.
- Informe de mantenimiento de instalaciones de aire acondicionado. Último mantenimiento realizado con fecha del 28/04/2023 control de fugas. Sin fugas.
- Certificado energético. Fecha del 12/07/2021. Calificación C.
- Sistema eléctrico. OCAS locales de pública concurrencia. Certificado 130/BT/0135/22-1. Acta de inspección reglamentaria de instalación eléctrica fecha del 09/09/2022. Favorable sin defectos. Próxima inspección 09/09/2027. 69,283 instalada.
- Control de legionela. Certificado de tratamiento Odoan. Fecha del 13/04/2023. Se realiza la desinfección y neutralización de AFCH y puntos terminales. Tienen dos termos. Pendiente informes de análisis de 2023. Se revisan los informes de análisis de la limpieza realizada con fecha del 11/02/2022 ACS, AFS, AFCH no detectado legionela.
- Controles de agua. Último realizado con fecha del 28/05/2023. Cloro 0,35-0,32. pH 7,8-9 Temperatura 51º y AFCH 19,8. Frecuencia Mensual.
- Autorización Sanitaria N° inscripción 1307648/1312370 (inscrita el 20 marzo de 2018) para la oferta asistencial de depósito de medicamentos, enfermería, fisioterapia y medicina general.
- La revisión anual de extintores se ha realizado con la empresa Jomar Grupo Elecnor con fecha del 01/10/2022. Número informe J046066-22. Resultados: sin comentarios. Se detectan anomalías de retimbrado de extintores resueltas en la siguiente revisión.
- La revisión trimestral de extintores se ha realizado con la empresa Jomar Grupo Elecnor con fecha del 01/03/2023. Número informe J049324-23. Resultados: retimbrados correctos y se detectan detectores

descolgados. Se evidencia la solicitud de necesidad de correctivo por parte del departamento de mantenimiento.

- OCA Protección contra incendios. Apertura 2018. No aplica.

CA CERVERA

- Evaluación de Riesgos CA Cervera de fecha 2023/03/26
- Informe de condiciones termohigrométricas y calidad del aire de fecha 2023/04/04
- Seguimiento de medidas a través del programa Gestión PRL
- Plan operativo de prevención correspondiente a 2023 de fecha 2023/01 (CA Cervera)
- Licencia de Actividad de fecha 2018/10/25 (no cataloga anexo, pero ubica la actividad en el 12.26 y no necesita control periódico)
- Autorización sanitaria (Ref. 101739) de fecha 2013/11/20 No recoge el código de Depósito de medicamentos.
- Certificado de limpieza y desinfección por Ondoan de fecha 2023/04/20
- Certificado anual de mantenimiento de RITE correspondiente a 2022 de fecha 2022/12/21
- Acta de Inspección BT de fecha 2023/01/16 (válida hasta 2028/01/16) favorable sin defectos.
- Certificado anual de mantenimiento BT de fecha 2023/01/11 (Ilerfred)
- Informe anual de revisión medios de extinción de fecha 2022/10/01 por JOMAR.
- Medidas de emergencia de CA Cervera de fecha 2021/09/09
- Simulacro (por situación de conflicto basado en rol play) de fecha 2023/04/04
- Inscripción de la Instalación de Rayos X 2018/02/15
- Certificación de los niveles de radiación y control de calidad 2022 de fecha 2022/05/12

CA LA SAGRERA

- Evaluación de Riesgos CA La Sagrera de fecha 2022/11/17
- Seguimiento de medidas a través del programa Gestión PRL
- Plan operativo de prevención correspondiente a 2023 de fecha 2023/01 (CA La Sagrera)
- Comunicació d'obertura d'activitats i/o instal.lacions de fecha 2019/02/11 (Anexo III.2)
- Autorización sanitaria (Ref. 128280/128279) de fecha 2013/11/20 No recoge el código de Depósito de medicamentos.
- Certificado de limpieza y desinfección por Anticimex de fecha 2022/06/17
- Documento acreditativo de la inscripción del RITE de fecha 2018/11/13
- Certificado anual de mantenimiento de RITE correspondiente a 2022 de fecha 2022/12/21
- Acta de Inspección BT de fecha 2018/11/12 (válida hasta 2023/11/12) favorable sin defectos.
- Certificado anual de mantenimiento BT de fecha 2022/12/12 (Dominion)
- Informe anual de revisión medios de extinción de fecha 2022/10/25 por JOMAR.
- Acta de inspección periódica ascensor RAE1-14-2004849-Q de fecha 2022/04/19 (con defectos leves pero validez hasta 2024/04/19) y RAE1-14-2005850-Q también con defectos leves pero validez hasta 2024/04/19
- Medidas de emergencia de CA La Sagrera de fecha 2019/04/23
- Simulacro pendiente para 2023/11

CA VIA AUGUSTA (BARCELONA)

- Evaluación de Riesgos Organización general Vía Augusta 18 (porque no solo es el CA, es el resto de las plantas) de fecha 2023/05/23 (incluye estudio de luz)
- Pendiente hacer medición termohigrométrica.
- Seguimiento de medidas a través del programa Gestión PRL
- Plan operativo de prevención correspondiente a 2023 de fecha 2023/01 (CA Via Augusta)
- Certificado periódico de conformidad de la instalación correspondiente a 2022 por ACPRO de fecha 2022/04/06
- Certificación de los niveles de radiación y control de calidad de 2022 de fecha 2022/04/04
- Comunicació d'obertura d'activitats i/o instal.lacions de fecha 2013/07/09 Centro Asistencial planta baja (Anexo III.2)
- Comunicació d'obertura d'activitats i/o instal.lacions de fecha 2013/07/01 Centro Asistencial entresuelo (Anexo III.3)
- Autorización sanitaria (85782) de fecha 2013/11/20 No recoge el código de Depósito de medicamentos, si el de cirugía ortopedia, enfermería general, medicina general y fisioterapia y recoge también fisioterapia que ya no hay.
- Certificado De limpieza y desinfección por Anticimex de fecha 2022/05/27
- Acta de Inspección periódica de fecha 2018/05/31 (favorable sin defectos hasta 2028/05) CA Vía Augusta, pero no incluye el entre-suelo
- Acta de inspección Instalación térmica de edificios (incluye planta baja y entresuelo) de fecha 2020/09/21 (favorable y válida hasta 2025/09/08)
- Certificado anula de mantenimiento de RITE de fecha 2022/12/21 (detecta fuga de gas en Planta Entresuelo y albarán de solución de fecha 2023/01)
- Acta de Inspección BT planta baja de fecha 2018/07/11 (válida hasta 2023/07/11) favorable sin defectos y de planta entresuelo de fecha 2018/07/11 y sin defectos
- Medidas de emergencia de CA Vía Augusta de fecha 2023/05/23

- Simulacro pendiente para 2023/10
- MATACHANA Esterilización miniclave 21 EX num. 34096 NS 20967 con revisión preventiva de fecha 2019/05/19 revisión nivel A válida hasta 2023/06/04
- Mantenimiento de fecha 2023/05 MATACHANA.
- Informe de mantenimiento y calibración de electrocardiógrafo de fecha 2022/07/14 válido hasta 2023/07/14

CA LUGO

- Plan operativo integral sectorial de Lugo de 2023.
- Plan de prevención de riesgos laborales. Plan operativo 2023 de fecha 2021/05 (CA Lugo)
- Certificado de niveles de radiación y control de calidad de los equipos para su registro emitido por ACPRO (mantenedor), de fecha 2022/08/22.
- Registro de instalación de rayos x de fecha 2022/10/21 (por nueva adquisición) número de registro RST835.
- Evaluación de Riesgos de CA Lugo de fecha 2023/03/23
- Planificación de la Actividad Preventiva del CA Lugo de fecha 2023/03/23
- Comunicación de actividad de fecha 2023/01/17
- Autorización sanitaria (C-27-001346) de fecha 2022/10/25 (válida 10 años) Depósito de medicamentos, enfermería general, medicina general y fisioterapia.
- Medidas de emergencia de CA Lugo de fecha 2023/03/23
- Simulacro de fecha 2023/05/02
- Certificado de revisión de instalaciones de protección contra incendios trimestral parte de JOMAR de CA Lugo de fecha 2023/04/01
- Puesta en servicio de instalación de BT establecimiento sanitario de fecha 2022/07/15 (potencia 43 kw) válida hasta 2027/07

OBSERVACIONES DE GESTIÓN INTEGRADA

Nº	Observaciones	Norma, Reglamento o Referencial
1.	La planificación de estudios ergonómicos por puesto de trabajo actualizado a 2023 no incluye la previsión de estudios, sino de puesta a disposición a los técnicos de las metodologías que deben aplicar, por lo que no es posible saber cuándo se irán abordando los diferentes estudios ergonómicos.	ISO 45001
2.	Informe de auditoría internas de sistemas de gestión de calidad, seguridad de la información, gestión ambiental, seguridad del paciente y responsabilidad social de las direcciones funcionales 2023/02 (con resultados de 2022 y publicado 2023/03/17) de la que se derivan 7 NC's sobre diferentes aspectos de diferentes sistemas, para las cuales se han abierto las correspondientes acciones preventivas, pero a fecha de la auditoría, están abiertas, aunque en plazo.	ISO 9001 ISO 14001 ISO 45001
3.	Actualmente están en revisión los procedimientos de Vigilancia de la Salud, trabajadores especialmente sensibles y Procedimiento de Protección de la maternidad: embarazo y lactancia embarazo.	ISO 45001
4.	A fecha de esta auditoría, no se presenta memoria finalizada de Vigilancia de la Salud del año 2022. Se presenta un borrador de la memoria del año 2022. Sí se presenta memoria completa de Vigilancia de la Salud del año 2021 La memoria definitiva se publicará en 2023/06.	ISO 45001
5.	A fecha de esta auditoría no se presentan estudios epidemiológicos del año 2022. que están planificados para el mes de Julio de 2023. Se presenta el último estudio epidemiológico, de 2022.	ISO 45001
6.	Está pendiente la identificación de los requisitos legales de aplicación a la Organización al respecto del Art. 12 Ley Orgánica 10/2022, de garantía integral de la libertad sexual.	IQNET SR10
7.	DAS. Si bien se ha identificado en los diferentes Centros Asistenciales la recepción de la circular interna (C-083/22.0) con la información sobre la alerta de los parches del DESA marca PHILIPS, no se ha definido una sistemática inequívoca de retorno de los casos a la DAS por presencia de dichos partes en los Centros asistenciales, de manera que, en el CA de Albacete, se detectan durante la auditoría, presencia de dos parches del lote afectado. Cabe destacar, que según la circular, la incidencia de problemas con los parches afectados es muy baja y de manera general, en otros centros asistenciales, se evidenció la presencia de parches no afectados como sustitución de los mismos, por si fuera necesario.	ISO 9001 UNE 179003
8.	En la Dirección Funcional de Administración y de manera puntual, se ha detectado una incidencia de un proveedor que, aun habiendo superado el año, permanecen abierta en el sistema APLICA, se trata de la Incidencia INC0002094 reportada con fecha 2022/05/17 sobre el servicio de ambulancias de Medina del Campo, ha superado el año y por tanto, ya no es sancionable.	ISO 9001
9.	Derivada de la situación de pandemia no se ha realizado ninguna inspección de seguridad en el centro de trabajo de la Sede Central durante el año 2022.	ISO 45001
10.	Proyectos operativos. En cuanto al modelo empleado para su definición, implementación y seguimiento, se echa en falta, en algunos casos, incluir una valoración concreta de la influencia de las acciones planificadas en los resultados de los indicadores asociados. Ello permitiría objetivar, en la medida de lo posible, los resultados alcanzados en cada proyecto.	ISO9001 UNE 179003
11.	Medición, análisis y mejora. Gestión Ambiental. En referencia a la sistemática para la evaluación del cumplimiento de objetivos ambientales estratégicos, incorporar conclusiones acerca del seguimiento evolutivo de los aspectos ambientales (nivel de significancia) analizado centro a centro. Tomar decisiones al respecto a partir de perspectiva generalizada.	ISO14001
12.	Gestión de la competencia y formación. Se ha realizado y lanzado recientemente, un cuestionario de Seguridad del Paciente, dirigido a las personas de la organización, con el objeto de identificar necesidades formativas y/o de sensibilización en la materia y mejorar la cultura de SdP a todos los en la organización.	ISO9001 UNE 179003

Nº	Observaciones	Norma, Reglamento o Referencial
	Se realizará seguimiento específico en próxima auditoría.	
13.	DAS. En cuanto al Plan Estratégico para la Seguridad del paciente 2023-2026, recientemente iniciado, definir de forma clara, inequívoca y medible las mejoras esperadas a partir de las acciones planificadas. P ej: alcance de la seguridad del paciente entre personal no sanitario, actividad esperada en comunicaciones de SdP, mejoras en el registro de eventos, resultados en los Planes de Tratamiento implantados y/o en indicadores de SdP...	ISO9001 UNE 179003
14.	DIE. En referencia al Plan Renove para equipos de Diagnóstico por la Imagen, definir de forma clara, inequívoca y medible las mejoras esperadas en cada uno de los vectores afectados (Calidad, Ambiental, PRL...). Una vez finalizado realizar el cierre del Plan valorando si se han alcanzado las mejoras esperadas. P ej: reducciones de consumo energético, reducciones en residuos generados, optimización de las dosis radiológicas...	ISO9001 ISO14001 UNE 179003
15.	Asistencia Sanitaria CP i Soporte. En cuanto a la promoción de la salud en el mutualista, la organización debe continuar su empeño en disponer de información que le permita valorar los resultados obtenidos de algunas de las formaciones realizadas (desarrollo de hábitos saludables, reducciones en la accidentabilidad...).	ISO9001 UNE 179003
16.	Control y Seguimiento Sanitario CC. En referencia a los trabajos realizados en materia de Priorización Diagnóstica, se echa en falta que el proyecto incluya objetivos medibles en cuanto a mejoras de la eficiencia de la actividad y logro de resultados en cuanto a la recuperación del trabajador.	ISO9001 UNE 179003
17.	En los centros asistenciales queda libre en PROAS el entregar o no el formulario de recepción impreso en formato papel; aunque está disponible en AOV.	ISO 9001
18.	Auditoría interna. Se han registrado las acciones como respuesta a los hallazgos en la App "monday.com", pero a fecha de la auditoría de renovación no se ha iniciado su gestión	ISO 27.001
19.	Respecto a la implementación de medidas/controles de seguridad (aspectos puntuales): a. Análisis de Riesgos: - Analizar las particularidades de amenazas/riesgos para el nuevo entorno AQUA-CLOUD, gestionado recientemente por ASEPEYO. - Incluir formalmente en el PTR la decisión del Risk Owner (Comité de Seguridad) sobre la continuidad del tratamiento del riesgo residual como resultado de la revisión del ejercicio anterior. NOTA: la aceptación de estos riesgos, queda plasmada en los Comités de Seguridad. b. Arquitectura de seguridad. Los planos de la Sede principal no se encuentran subidos a la plataforma MÁXIMO. c. En relación a las medidas [op.acc] - Marco Operacional – Accesos lógicos, se ha detectado puntualmente que el usuario #0811 que causó baja en enero de 2019 no se ha borrado en contra de la Política de Accesos y Registro de Actividad de Tratamiento, que establece que se eliminan transcurridos 5 años desde que el usuario abandona la Organización d. Incluir en la política global de contraseñas la complejidad identificada para META4, aplicativo que no está sincronizado con el AD e. En móviles (iOS, Android) y tablets Android (Samsung) no se cuenta con un protocolo de cifrado determinado, situación que puede generar vulnerabilidades como la fuga de información a través de aplicaciones de mensajería como WhatsApp, Telegram, etc. f. Al realizar escaneos de vulnerabilidades remotamente con la herramienta Nessus, se generan vulnerabilidades en determinadas herramientas dado que para escanear se ha de deshabilitar el bloqueo de acceso remoto. g. Continuidad. Se detecta como aspectos puntuales discrepancias en la determinación de los parámetros RTO/RPO del proceso Gestión de Asistencia Sanitaria por Contingencia Profesional para la App GISS declarado en el BIA (2022-02-08, v1.2): RTO#2 < 72h y RPO#3 < 24h VS 4h<RTO<24 h y RPO < 30 min. h. Se ha detectado puntualmente, en la planta 0 de la Sede Corporativa (Vía Augusta, 36, de Barcelona), una señal de zona videovigilada que hace referencia a la normativa de la LOPD del año 1999. i. Definir una sistemática de actualización de los protocolos de cifrado identificados	ISO 27.001

Nº	Observaciones	Norma, Reglamento o Referencial
	como vulnerables, a través de herramientas como Nessus o el firewall Checkpoint.	
20.	Incorporar partes interesadas externas, como AEPD e incluir como medio de comunicación la WEB de ASEPEYO. Así mismo, trazar con las actividades del Área de COMUNICACIÓN y Continuidad de Negocio.	ISO 27.001
HOSPITAL SANT CUGAT		
21.	Denuncia del Comité de Empresa del Hospital de Sant Cugat a Inspección de Trabajo con alcance a los dos hospitales relativa a un exceso de horas extras admitidas del colectivo de enfermería (>80horas admitidas). Denuncia de abril 2023 pendiente de estudio. Asamblea realizada a los trabajadores en fecha 2023-04-25 para explicar soluciones a dicha problemática.	ISO 45001 IQNET SR10
22.	Se detecta de manera puntual en almacén de limpieza extintor bloqueado por presencia de materiales.	ISO 45001
23.	Se detecta incorrecta ubicación de materiales sobresaliendo la amplitud de estantería en almacén del Hospital.	ISO 45001
24.	Se debe suministrar protección para la cabeza en acceso a zona técnica de depuradora por baja altura del techo de la misma.	ISO 45001
25.	Incrementar el nivel de orden y limpieza del pasillo de área técnica de servicios generales.	ISO 45001
26.	No se evidencia una sistemática de revisión de las escaleras de mano utilizadas.	ISO 45001
HOSPITAL COSLADA		
27.	En Hospital de Coslada, no se realizan actas conjuntas de Comité de Empresa. Se realiza un orden del día, pero no se documentan los acuerdos. Se evidencia no obstante la última convocatoria de fecha 2023-04-19 en donde se comenta actividad del hospital, absentismo, jubilaciones y coberturas de estas, plazas publicadas que son aprobadas por el Comité de Recursos de la Mutua.	IQNET SR10
28.	Pendiente de reforzar señalética de recorrido de evacuación en zona de despachos de área de rehabilitación.	ISO 45001
29.	Se detecta algún delantal de protección que no incorpora el correspondiente marcado CE en área de bloque quirúrgico.	ISO 45001
30.	En cuanto a las vías de evacuación: - Se detecta de manera puntual, puerta de sectorización bloqueada por un calzo en zona sucia de bloque quirúrgico. - Se detecta de manera puntual salida de emergencia en zona sucia de bloque quirúrgico obstaculizada por escalera de mano.	ISO 45001
31.	Se detecta que no se ha suministrado calzado de seguridad para personal de electromedicina que traslada equipos de peso.	ISO 45001
32.	No se dispone de información ni se ha realizado medición en relación a la potencia acústica de la sierra de yesos utilizada en sala de curas.	ISO 45001
33.	El plan de prevención no incorpora la definición de responsabilidades y funciones en el ámbito preventivo de determinadas posiciones establecidas. Ej. Coordinador administrativo de PRL.	ISO 45001
34.	En relación con las infraestructuras se detectan los siguientes aspectos: - Mantenimiento anual AT realizado por MESAT (Subcontratado por FULTON) realizado 10/11/2022, se indican deficiencias pendientes de subsanación. - Revisión en 2021 (1 RAE): RAE 168712/A, inspeccionado 26/04/2023 pendiente de informe.	ISO 45001
35.	En el servicio médico del SPP del Hospital de Coslada no se dispone de audiómetro. Se refiere que las audiometrías se realizan en cabina del Servicio de Prevención Ajeno concertado. Actualmente la Vigilancia de Salud individual de los trabajadores del Hospital de Coslada la realiza un SPA, con quien se ha establecido un acuerdo: Aspy Prevención.	ISO 45001

Nº	Observaciones	Norma, Reglamento o Referencial
36.	Se debe definir cuál es el % de respuestas para que la Experiencia Paciente se considere representativa.	ISO 9001
37.	No se han definido stocks mínimos de medicamentos en el área de farmacia.	ISO 9001
38.	Si bien se evidencia una sensible mejora en cuanto al grado de aprovechamiento de los recursos quirúrgicos, se detecta, debido a la especialización de las IQ en periodo de tarde, que los resultados del indicador de seguimiento están desviados respecto al resultado esperado. Revisar la métrica al respecto.	ISO9001 UNE 179003
39.	En referencia al Consentimiento Informado para Marcadores Serológicos, se detecta que la legislación citada en materia de Protección de Datos no está actualizada. Revisar el documento.	ISO9001 UNE 179003
40.	Revisar el periodo establecido para la caducidad de material esterilizado en Autoclave de Peróxido. Se detecta material con fecha de caducidad anual.	ISO9001 UNE 179003
41.	Si bien la organización ha definido, de forma completa y detallada, los Planes de tratamiento asociados a los riesgos de Seguridad del Paciente más relevantes, a fecha de esta auditoría queda pendiente el establecimiento a nivel estratégico de los objetivos en SdP plantados por la organización. Dicha planificación debería enfocarse al logro de resultados a partir de las acciones planteadas. P ej: formación para sensibilización en el registro de eventos.	UNE 179003
42.	En cuanto al Control y Prevención de la Infección, la sistemática de registros implantada debe asegurar el análisis en caso de desviaciones de la Tasa de Infecciones. Nota: se dispone del listado de los episodios que provocan las desviaciones, pero se comunica vía mail siendo difícil durante la auditoría el seguimiento de análisis y conclusiones obtenidas (y si procede, toma de acciones). Revisar registro.	ISO9001 UNE 179003
43.	A fecha de la auditoría, aún no se dispone de Enfermera del Trabajo en el SPP del Hospital de Coslada. La organización refiere que se ha solicitado internamente este recurso. En el transcurso de la auditoría se presenta una solicitud de contratación para un nuevo puesto de Trabajo.	ISO 45001
44.	No se ha podido evidenciar la evaluación de adecuación al RD 1215/97 de la planchadora ubicada en la zona de lavandería	ISO 45001
CENTROS ASISTENCIALES		
45.	En el CA de Figueres, no se dispone de plano de la instalación con la ubicación de las trampas DDD en la propia instalación en el momento de la visita. Se solicita al proveedor quién lo aporta, junto al resto de la documentación.	ISO 14001
46.	En el CA de Badajoz, se observa que no se han registrado los autocontroles de temperatura, CI, PH de los puntos terminales correspondientes a los meses de enero, febrero y marzo, pero sí se presentan en abril y mayo por la empresa GIMSA.	ISO 9001
47.	En el CA de Llodio y el CA de Tudela, no se ha incluido en el listado de Identificación y evaluación de requisitos legales y otros requisitos en materia de medioambiente de legislación derogada: R.D. 208/2005 y R.D. 782/1998.	ISO 14001
48.	Si bien de manera generalizada se anota la fecha de apertura de envases de medicamentos y otros productos que indican caducidad una vez abierto, de manera puntual, en algún Centro Asistencial, se ha observado la no aplicación de esta medida, tal es el caso del CA de Tudela.	ISO 9001 UNE 179003
49.	En el CA de Tudela se detecta un caso de la prestación económica de incapacidad temporal derivada de contingencia común nº 8177486 en el que el trabajador aparece con un hijo asignado, cuando se evidencia que el trabajador ha declarado no tener hijos, se comprueba el error en el aplicativo trabajador, comprobándose además que sí le ha repercutido en la prestación).	ISO 9001
50.	En el CA de Alcalá de Henares y de forma puntual se detecta que la medida de fecha 17-03-2023 de control de temperatura del punto terminal de la red de ACS se obtiene un valor de 38º C inferior a la temperatura requerida (>50ºC) sin evidencia de haber tomado alguna acción correctiva al respecto.	ISO 14001 ISO 45001

Nº	Observaciones	Norma, Reglamento o Referencial
51.	De manera puntual, en dos de los Centros Asistenciales visitados, se han detectado algunos elementos caducados, tal es el caso de CA de Ciudad Lineal para algún sistema de Suero caducado de fecha 2023/05/01, algún envase de Nobecutan con caducidad de 2022/05 en carro de curas o las pilas caducadas de fecha 03/2023 para laringoscopia del equipo de emergencia, o en el CA de Alcalá de Henares en que se detecta desinfectante S-Zero Lactic, caducado de fecha 06/2022 en el servicio de fisioterapia.	ISO 9001 UNE 179003
52.	En el CA de Ciudad Lineal, se detecta que el certificado de inspección, control y mantenimiento del pulsioxímetro de enfermería con nº de identificación 201604365 no coincide con la identificación del equipo actual nº serie 150504100628, lo que pone en duda si el certificado corresponde verdaderamente al equipo.	ISO 9001 UNE 179003
53.	En algún caso, se han detectado errores en la información incluida en las historias clínicas, por ejemplo: - En el CA de Alcalá de Henares, se detecta historia con diagnóstico tenosinovitis del carpo sin lateralidad o registro de curas por herida grado I sin información sobre producto/ desinfectante utilizado para dicha cura. - En el CA de Alcázar de San Juan, se identifica errata en la cumplimentación de la historia clínica de 06261903 al registrar la solicitud de un estudio radiológico (AP/Lateral codo derecho) cuando no se le ha realizado dicho estudio en este episodio por contusión.	ISO 9001 UNE 179003
54.	Está pendiente de tramitación del registro de apertura del centro de trabajo del CA de Badajoz, de acuerdo al requisito identificado de la Orden TIN/1071/2010, de 27 de abril, sobre los requisitos y datos que deben reunir las comunicaciones de apertura o de reanudación de actividades en los centros de trabajo.	ISO 45001
55.	No se evidenciado la notificación del incidente acaecido el 09-02-2022 por insultos y amenazas al médico, en el CA de Badajoz, si bien, de manera generalizada, es un registro que si se ha evidenciado en otros centros visitados.	ISO 45001
56.	En el CA de Albacete, en el almacén de producto sanitario se encuentran dos cajas que contiene producto sanitario sobre el suelo.	ISO 9001 UNE 179003
57.	En el CA de Albacete, se identifica tres incidencias en la revisión de los equipos empleados en el gimnasio sin que se hayan reportado para su subsanación (LASER / display plástico roto – TENS / teclado interruptor falla).	ISO 9001 UNE 179003
58.	Respecto de la gestión de los residuos, se han detectado diferentes situaciones en los diferentes Centros Asistenciales, que, si bien no tienen un impacto de carácter importantes, si debe revisarse la aplicación de las pautas marcadas: - En el CA de Albacete el DCS de residuos biosanitario especial con retirada con fecha del 11/08/2022 y con fecha del 23/05/2023 no se encuentra cumplimentado correctamente según la nueva Ley 7/2022 donde faltan los kilos entregados y aceptación del residuo. - En el CA de Alcázar de San Juan, En el DCS de la retirada de residuos biosanitario realizado con fecha del 20/03/2023 ni el de la retirada con fecha del 07/06/2022 no se evidencia la aceptación del residuo ni la cantidad gestionada. - En el CA de Tudela se detecta contenedor con medicamentos caducados con fechas de caducidad de hasta 2021 y no se han evidenciado recogidas durante 2022 ni 2023). Además, las etiquetas que se están usando en los contenedores de residuos biosanitarios no contienen todos los datos necesarios, tales como NIMA, dirección postal y electrónica y teléfono del productor. - En el CA de Badajoz se detecta que el envase de residuo biosanitario no indica la fecha de inicio de llenado. - En al CA de Llodio, el contenedor de cortantes y punzantes de la consulta médica no dispone de etiqueta de residuo peligroso y no identifica su fecha de inicio de almacenamiento (Se constata que la última retirada de contenedores de dichos residuos en el centro se ha realizado Marzo/2023, por parte del gestor autorizado Consenur).	ISO 14001
59.	Respecto a la información sobre los productos químicos utilizados en los diferentes centros, se ha detectado algún caso de ausencia de Fichas de Datos de Seguridad o de información incompleta sobre el producto puesto a disposición, por ejemplo:	ISO 14001 ISO 45001

Nº	Observaciones	Norma, Reglamento o Referencial
	- En el CA de Albacete, no se dispone de la FDS del producto Pronto Limpia suelo cuyo pictograma es de producto corrosivo, y en el CA de Badajoz no se dispone de la del NOBECUTAN. - En el CA de Alcázar de San Juan, en la etiqueta del producto de limpieza Taski Jontec Magismo F9p se encuentra el pictograma de producto con peligro de producto corrosivo y en la FDS no se encuentra identificado dicho peligro y en el CA de Cervera según la FDS del producto Tanet Neutral es un producto irritante pero la etiqueta del mismo no lo indica.	
60.	En el CA de Albacete, en la carta de aptitud de MEGG con fecha del 20/10/2022 donde cubre el puesto de enfermera no se ha realizado el protocolo de Radiaciones Ionizantes cuyo riesgo se identifica en la evaluación de riesgos de realizada con fecha del 31/03/2023	ISO 45001
61.	En el CA de Ciudad Lineal y de manera puntual, ya que en el resto de Centros Asistenciales visitados, no se detectan caso similares, se detecta que hay un esfingomanómetro patrón (SN LF 131200009 9 LOTE Nº 668477) con el cual se verifica los otros equipos, del que no se ha presentado certificado de calibración. Así mismo, se detecta también un glucómetro Glucomen SN SB 219123, para el que no se ha definido la frecuencia de calibración con soluciones patrones.	ISO 9001
62.	El informe de condiciones termohigrométricas del CA de Cervera detecta humedad relativa baja en algún puesto, estando pendiente la medida correctora, si bien se evidencia comunicación a través del SAM de fecha a la DIE para que ponga solución.	ISO 45001
63.	En algún caso, se detecta la realización de controles de calidad radiológica quedando pendiente la recepción del correspondiente informe, tal es el caso de: - El CA de Cervera en que está pendiente el informe de Certificación de los niveles de radiación y control de calidad de la visita realizada por ACPRO con fecha 2023/03/23 según correo de fecha 2023/02/28. - En el CA de Alcalá de Henares en que se ha realizado el control de calidad de radiología de la instalación ICAM – 23 20 el día 28/3/2023, a expensas de recibir el certificado correspondiente	ISO 9001 UNE 179003 ISO 45001
64.	Está pendiente de llevar a cabo la revisión del equipo de radiodiagnóstico de CA de Via Augusta	ISO 9001 UNE 179003 ISO 45001
65.	Respecto de las revisiones periódicas se ha detectado que: - El Acta de Inspección periódica de los medios de lucha contra incendios de fecha 2018/05/31 (favorable sin defectos hasta 2028/05) CA de Via Augusta, pero no incluye el entre-suelo y no se evidencia otra correspondiente al entre suelo - Acta de inspección de BT de fecha 2019/12/20 del CA de Huelva (válida hasta 2024/12/20 pero con defecto leves a subsanar en 6 meses para los cuales no se ha visto evidencia de respuesta.	ISO 45001
66.	En el CA de Via Augusta, el Certificado de limpieza y desinfección por Anticimex de fecha 2022/05/27, por lo tanto, está pendiente de realizar la correspondiente a 2023.	ISO 9001 ISO 14001 UNE 179003 ISO 45001
67.	Pendiente de actualizar la Autorización sanitaria (85782) de fecha 2013/11/20 del CA de Via Augusta ya que recoge instalación de fisioterapia que ya no hay.	ISO 9001
68.	En CA de La Sagrera, se observa que JORMAR SEGURIDAD tiene un certificado en el web expirado de 2016 para mantenimiento de lucha contra incendios por lo que no se puede asegurar que sea un mantenedor apropiado para la actividad contratada.	ISO 9001
69.	Las medidas de emergencia del CA de La Sagrera, no contempla el aforo máximo posible teniendo en cuenta que hay un aula de formación.	ISO 45001
70.	En el CA La Sagrera, existe la posibilidad de hacer la combinación de agujas y jeringuillas no bioseguras para alguna actividad.	ISO 45001
71.	Respecto a la implantación de controles de seguridad, se detectan aspectos puntuales: - En general, pendiente de publicarse nueva versión de Plan de Continuidad de Negocio y planes asociados. En esta nueva versión el pen drive de emergencia en los racks de comunicaciones de los CA ha quedado obsoleto y se está buscando una alternativa como mecanismo de backup. (A.17.1.1) - La Organización. Se encuentra en proceso de homogeneización de controles	ISO 27001

Nº	Observaciones	Norma, Reglamento o Referencial
	físicos en los diferentes CA según tipología y características. (A.11.1.3) c. CA Alcázar de San Juan. Se reclamó a proveedor DESTRUPAPER para recogida de contenido de contenedores de documentación confidencial ya que no estaba cumpliendo la frecuencia mensual y uno de los contenedores estaba lleno. El proveedor acudió al centro para este servicio el 24 de mayo (la anterior vez fue el 17 de febrero). El Director del CA registró incidencia en Sistema de Solicitud de Servicios (G2271700005). (A.11.2.7) d. CA Ciudad Lineal. En proceso de reactivación de alarma de intrusión (en el momento de la auditoría se indica que falta tarjeta SIM de conexión estando prevista su instalación al siguiente día). (A.11.1.3) e. CA de Alcalá de Henares: el extintor de la Sala de Juntas donde se encuentra el rack de comunicaciones es de polvo ABC; A11.1.4	

Documentos adjuntos al informe de auditoría:

- ☒ Matrices de actividades de auditoría
- ☒ Hoja de Datos
- ☒ Listado de documentos en vigor
- ☐ Listado de Legislación Aplicable
- ☐ Organigrama
- ☒ Otros:

CUADRO DE NO CONFORMIDADES

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Norma ISO 9001:2015	Norma ISO14001:2015	ISO 45001:2018	IQNET SR-10	UNE 179003:2013	ISO 27001	Categoría
1	La sistemática definida para llevar a cabo el control operacional y en contra de lo establecido en la norma de referencia no ha sido eficaz al detectarse que: a) No se ha podido evidenciar la aplicación del protocolo de acceso a espacios confinados para determinadas tareas realizadas que lo requieren. Ej. Hospital de Coslada: Trabajos realizados en galería de sala de máquinas de cota de losa. b) Se detecta falta de uso de los equipos de protección preceptivos en función de los riesgos a los que algunos trabajadores están expuestos Ej.: Hospital de Coslada: personal de bloque quirúrgico que no hace uso de protección ocular en intervenciones con posible salpicadura de fluido biológico. Intervención Artrodesis de columna lumbar. c) Se detecta ausencia de adopción de medidas preventivas que eviten la exposición a determinados riesgos. Ej.: Hospital de Coslada: bombas de frío cuyas protecciones del eje de giro han sido retiradas sin evidencia de enclavamiento de estas para evitar posibles atrapamientos; Edificio Vía Augusta 36: hueco que presenta riesgo de caída a diferente nivel en zona de patio interior de acceso a vidrios de fachada sin la correspondiente línea de vida.	-	-	8.1.2	-	-	-	Menor
2	No se presenta evidencia de la realización de la totalidad de actividades de coordinación empresarial con determinadas empresas contratistas. Ej.: CA Cervera: trabajadora de limpieza AGE aparece en el Ecogestor como no apta, pero está presente en el centro de trabajo; CA de Ciudad Lineal falta de documentación de la empresa MITIE FACILITIES SERVICES, S.A como por ejemplo TC2 y documentación de la trabajadora M.C.O.; CA Vía Augusta: empresa de limpieza es LIMCAMAR aparece como no apta, sin embargo, es la empresa que hace trabajo, no es posible localizar en el gestor documental de CAE de LIMCAMAR la documentación de la trabajadora MR.	8.4.2	-	8.1.4	-	-	-	Menor
3	La sistemática definida para llevar a cabo las evaluaciones de riesgos y en contra de lo establecido en las normas de referencia, no es eficaz en todos los casos al detectarse que existen medidas preventivas derivadas de la evaluación de riesgos cuyo plazo de finalización ha expirado sin evidencias de replanificación y/o cierre. Ej.: Hospital de Coslada: Medidas preventivas documentadas en las áreas de radiodiagnóstico y mantenimiento con fecha inicial de cierre de marzo de 2022.	-	-	6.1.4	-	-	-	Menor

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Norma ISO 9001:2015	Norma ISO 14001:2015	ISO 45001:2008	IQNET SR-10	UNE 179003:2013	ISO 27001	Categoría
4	Respecto a la mejora continua: a) Se detectan algunas acciones correctivas como consecuencias de algunos hallazgos detectados en la anterior auditoría de 2022 que, o se cerraron y no han sido eficaces o siguen pendientes, como son: a.1.NC02.a) - CA Teruel, no se evidencia extintor de CO2 en las salas de comunicaciones (el extintor más cercano - puerta de farmacia - es de polvo). (A.11.1.4). NOTA: la acción se encuentra pendiente - CA Segovia: Se evidencia cuadro eléctrico en entrada de centro para los usuarios, en espacio entre dos puertas, que no tiene sistema para cerrarse y está accesible. (A.11.1.3). NOTA: La acción se encuentra anulada - CA Santander: La llave maestra del centro se identifica como tal (etiqueta que lo indica explícitamente) y se guarda en bandejero de documentación en puesto de administración/admisión. Se debe custodiar adecuadamente. (A.11.1.3). NOTA: la acción se encuentra pendiente a.2.NC02.b) - En relación con las medidas [op.pl] - Marco Operacional – Planificación, se detecta para el dimensionamiento/Gestión de capacidades, que no se han determinado (y formalizado) las necesidades de capacidad específicas de ASEPEYO, distintas a las de sus Partners (COSTAISA, EVOLUTIO); A12.1.3; op.pl.4. NOTA: la acción ACOACSGSI-019/22 se ha cerrado ineficazmente (v23-05-2022), Se ha elaborado documento de Capacidad de ASEPEYO (TIC.03 de abril de 2023), pero no se evidencian planes de capacidad, seguimiento y proyecciones de la misma.	:	:	:	:	:	10.1	Menor
5	En relación con las medidas [op.acc] - Marco Operacional – Accesos lógicos, se detecta que no se ha definido una sistemática para revisar los derechos de los usuarios cuando están afectados por actividades manuales. A fecha de auditoría, está en proceso de implantación una herramienta de Gestión de identidades, pero mientras tanto no se han definido acciones compensatorias.	:	:	:	:	:	8.1 (A9.2.5)	Menor
6	En relación a las medidas [mp.if] – Protección - protección de las instalaciones e infraestructuras, se han detectado armarios de comunicaciones, en las plantas auditadas del edificio (1, 2 y 3), sin llave. También se han detectado zonas de cuadro eléctrico sin la señalética necesaria.	:	:	:	:	:	8.1 (A11.1.5)	Menor
7	Respecto a los indicadores auditados en el Cuadro de Mando, no se evidencia una sistemática para generar acciones correctivas cuando se detectan incumplimientos.	:	:	:	:	:	9.1	Menor

Nº	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Norma ISO 9001:2015	Norma ISO 14001:2015	ISO 45001:2008	IQNET SR-10	UNE 179003:2013	ISO 27001	Categoría
8	En relación con las medidas [mp.info] – Protección - protección de la información, se detecta que para la protección de datos personales: - El modelo de datos utilizado en el RAT de RRHH no es correcto (no actualizado), contemplando datos que no son de aplicación en esta actividad como son datos sensibles de salud. - No se han actualizado las Evaluaciones de Impacto de PD (EIPD) requeridas (OBS.1.e de 2022) - Análisis de riesgos de las actividades de tratamiento: no se han podido evidenciar evaluaciones para los RAT distintos a los contemplados en el análisis de riesgos en PILAR para la dimensión DP, como por ejemplo para los tratamientos de “administración de Personal”. NOTA: se dispone de un plan de mejora, con un horizonte temporal 2023-2024.	:	:	:	:	:	8.1 (A18.1.4)	Menor
9	Respecto a la implantación de los controles: - CA Lugo, CA Alcázar de San Juan. Se evidencian sala de rack de comunicaciones donde ni la puerta de la sala está cerrada con llave ni el rack de comunicaciones está cerrado con llave (se espera que esté cerrado al menos uno de los dos). (A.11.1.3) - CA Alcázar de San Juan. Se evidencia sala de archivo de expedientes graves que no permite ser cerrada con llave. (A.11.1.3) - CA Alcázar de San Juan, CA Ciudad Lineal. Se evidencia destructora de papel con estándar de destrucción deficiente (tiras de papel longitudinales que permiten reconstruir con facilidad los registros). (A.11.2.7) - CA Albacete. El extintor disponible (más cercano) a la sala de comunicaciones no es el adecuado para los activos a proteger (es extintor de polvo y se esperaba CO2). (A.11.1.4) - Hospital de Coslada: - Se detectan algunos casos donde el equipo de usuario (PC) no se encuentra bloqueado en ausencia de su propietario y la puerta del despacho no se encuentra cerrada como, por ejemplo: - Despacho Supervisión de Rehabilitación - Consulta nº 6 - Despacho de Calidad - PC controlador robot de copy de discos (imágenes para pacientes) sin password de acceso. - Protección de datos (A18.14): - No se dispone de cartel informativo para las visitas en la toma de datos de la Garita del Hospital - Se detectan imágenes de videovigilancia con antigüedad mayor que 30 días (26 de abril de 2023, 26 de marzo de 2023, 8 de marzo de 2023). - Continuidad de Negocio: El documento de continuidad no se encuentra actualizado. Además, no se realizan simulacros/pruebas de contingencia relacionados con el escenario por no disponibilidad de personas; A17.1.1/A17.1.3	:	:	:	:	:	8.1	Menor

FECHAS Y CENTROS DE AUDITORÍA

	08-may	09-may	10-may	11-may	12-may
AST	CA CIUDAD LINEAL (MADRID)	CA ALCALÁ DE HENARES			
IMC	CA CIUDAD LINEAL (MADRID)	CA ALCALÁ DE HENARES			
	15-may	16-may	17-may	18-may	19-may
AHO	CA LLODIO	CA TUDELA			
MRD	CA LLODIO	CA TUDELA			
	22-may	23-may	24-may	25-may	26-may
PMG		CA LUGO		CA VIA AUGUSTA (BCN)	CA SAGRERA (BCN)
JAM				CA VIA AUGUSTA (BCN)	CA SAGRERA (BCN)
BSR	CA BADAJOZ	REQUISITOS LEGALES GA			
AST	CA BADAJOZ				
MDNA		CA ALBACETE	CA ALCÁZAR DE SAN JUAN		
MATS		CA ALBACETE	CA ALCÁZAR DE SAN JUAN		
OCF	APRL	APRL			
	29-may	30-may	31-may	01-jun	02-jun
PMG	HOSP. COSLADA	HOSP. COSLADA	SST	CA CERVERA	CENTROS ON LINE
JAM	HOSP. COSLADA	HOSP. COSLADA	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE
EBB	HOSP. COSLADA	HOSP. COSLADA	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE
ACH	HOSP. COSLADA SST	HOSP. COSLADA SST	SST	SST (PTOS PENDIENTES)	HOSPITAL CEPRA SST
JMPS		HOSP. COSLADA GA	SST	CA FIGUERES	HOSPITAL CEPRA SST
JOC	ISO 27001 Seg. In.	ISO 27001 Seg. In.	ISO 27001 Seg. In.	ENS	
PCM	ISO 27001 Seg. In.	ISO 27001 Seg. In.	ISO 27001 Seg. In.	ISO 27001 Seg. In.	
	05-jun	06-jun	07-jun	08-jun	09-jun
PMG		PROCESOS	PROCESOS	PROCESOS	LECTURA
JAM		IQNET SR10	PROCESOS	PROCESOS	LECTURA
EBB		PROCESOS	PROCESOS	PROCESOS	LECTURA
JOC	ENS				
PCM	ENS				
	19-jun	20-jun	21-jun	22-jun	23-jun
ILV		GRI	GRI	GRI	
PMG				INFORME LEGAL	INFORME LEGAL

CENTROS ASISTENCIALES (ER, GA, SST, APRL y GRP)

	08-may	09-may	10-may	11-may	12-may
AST (A1)	CA CIUDAD LINEAL (MADRID)	CA ALCALÁ DE HENARES			
IMC (A2)	CA CIUDAD LINEAL (MADRID)	CA ALCALÁ DE HENARES			
	22-may	23-may	24-may	25-may	26-may
MATS (A1)		CA ALBACETE	CA ALCÁZAR DE SAN JUAN		
MDNA (A2)		CA ALBACETE	CA ALCÁZAR DE SAN JUAN		

PLAN DE VISITA Presencial					
Proceso / Actividad / Departamento	Responsable Empresa	Auditor	Centro	Día	Hora
<i>REUNIÓN INICIAL</i>	Responsable Centro	A1/A2	Ver tabla	Ver tabla	8:00-8:15
GESTIÓN INTEGRADA CALIDAD, MEDIO AMBIENTE, PREVENCIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Responsable Centro	A1/A2	Ver tabla	Ver tabla	8:15-9:30
VISITA AL CENTRO	Responsable Centro	A1/A2	Ver tabla	Ver tabla	9:30-10:30
CONTROL OPERACIONAL GA, SST y APRL	Responsable Centro	A1	Ver tabla	Ver tabla	10:30-12:30
CONTROL OPERACIONAL ER Y SdP (Afiliación / Cotización; Contingencias Profesionales; Contingencias Comunes)	Responsable Centro	A2	Ver tabla	Ver tabla	10:30-12:30
INSTALACIONES, EQUIPOS y CONTROL EQ. MEDIDA	Responsable Centro	A2	Ver tabla	Ver tabla	12:30-13:30
LEGALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES	Responsable Centro	A1	Ver tabla	Ver tabla	12:30-13:30
EMERGENCIAS	Responsable Centro	A1/A2	Ver tabla	Ver tabla	13:00-13:30
COMPRAS	Responsable Centro	A1/A2	Ver tabla	Ver tabla	13:30-14:00
RRHH - SENSIBILIZACIÓN Y COMPETENCIAS	Responsable Centro	A1/A2	Ver tabla	Ver tabla	14:00-14:30
<i>ELABORACIÓN NOTAS DE AUDITORÍA</i>		A1/A2	Ver tabla	Ver tabla	14:30-15:00
<i>REUNIÓN FINAL</i>		A1/A2	Ver tabla	Ver tabla	

CENTROS ASISTENCIALES (ER, GA, SST y APRL) 2 AUDITORES

	15-may	16-may	17-may	18-may	19-may
AHO (A1)	CA LLODIO	CA TUDELA			
MRD (A2)	CA LLODIO	CA TUDELA			
	22-may	23-may	24-may	25-may	26-may
PMG (A1)				CA VIA AUGUSTA (BCN)	CA SAGRERA (BCN)
JAM (A2)				CA VIA AUGUSTA (BCN)	CA SAGRERA (BCN)
AST (A1)	CA BADAJOZ				
BSR (A2)	CA BADAJOZ				

PLAN DE VISITA Presencial					
Proceso / Actividad / Departamento	Responsable Empresa	Auditor	Centro	Día	Hora
<i>REUNIÓN INICIAL</i>	Responsable Centro	A1/A2	Ver tabla	Ver tabla	8:00-8:15
GESTIÓN INTEGRADA CALIDAD, MEDIO AMBIENTE, PREVENCIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Responsable Centro	A1/A2	Ver tabla	Ver tabla	8:15-9:30
VISITA AL CENTRO	Responsable Centro	A1/A2	Ver tabla	Ver tabla	9:30-10:30
CONTROL OPERACIONAL GA, SST y APRL	Responsable Centro	A1	Ver tabla	Ver tabla	10:30-12:30
CONTROL OPERACIONAL ER (Afiliación / Cotización; Contingencias Profesionales; Contingencias Comunes)	Responsable Centro	A2	Ver tabla	Ver tabla	10:30-12:30
INSTALACIONES, EQUIPOS y CONTROL EQ. MEDIDA	Responsable Centro	A2	Ver tabla	Ver tabla	12:30-13:30
LEGALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES	Responsable Centro	A1	Ver tabla	Ver tabla	12:30-13:30
EMERGENCIAS	Responsable Centro	A1/A2	Ver tabla	Ver tabla	13:00-13:30
COMPRAS	Responsable Centro	A1/A2	Ver tabla	Ver tabla	13:30-14:00
RRHH - SENSIBILIZACIÓN Y COMPETENCIAS	Responsable Centro	A1/A2	Ver tabla	Ver tabla	14:00-14:30
<i>ELABORACIÓN NOTAS DE AUDITORÍA</i>		A1/A2	Ver tabla	Ver tabla	14:30-15:00
<i>REUNIÓN FINAL</i>		A1/A2	Ver tabla	Ver tabla	

CENTROS ASISTENCIALES (ER, GA, SST y APRL) 1 AUDITOR

	22-may	23-may	24-may	25-may	26-may
PMG		CA LUGO			
	29-may	30-may	31-may	01-jun	02-jun
PMG				CA CERVERA	
JMPS				CA FIGUERES	

PLAN DE VISITA Presencial					
Proceso / Actividad / Departamento	Responsable Empresa	Auditor	Centro	Día	Hora
<i>REUNIÓN INICIAL</i>	Responsable Centro	A1	Ver tabla	Ver tabla	8:00-8:15
GESTIÓN INTEGRADA CALIDAD, MEDIO AMBIENTE, PREVENCIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Responsable Centro	A1	Ver tabla	Ver tabla	8:15-9:30
VISITA AL CENTRO	Responsable Centro	A1	Ver tabla	Ver tabla	9:30-10:30
CONTROL OPERACIONAL (Afiliación / Cotización; Contingencias Profesionales; Contingencias Comunes)	Responsable Centro	A1	Ver tabla	Ver tabla	10:30-12:00
INSTALACIONES, EQUIPOS y CONTROL EQ. MEDIDA	Responsable Centro	A1	Ver tabla	Ver tabla	12:00-12:30
LEGALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES	Responsable Centro	A1	Ver tabla	Ver tabla	12:30-13:00
EMERGENCIAS	Responsable Centro	A1	Ver tabla	Ver tabla	13:00-13:30
COMPRAS	Responsable Centro	A1	Ver tabla	Ver tabla	13:30-14:00
RRHH - SENSIBILIZACIÓN Y COMPETENCIAS	Responsable Centro	A1	Ver tabla	Ver tabla	14:00-14:30
<i>ELABORACIÓN NOTAS DE AUDITORÍA</i>		A1	Ver tabla	Ver tabla	14:30-15:00
<i>REUNIÓN FINAL</i>		A1	Ver tabla	Ver tabla	

HOSPITAL DE COSLADA (ER, GA, SST, APRL, SdP, IQNET SR10)

	29-may	30-may	31-may	01-jun	02-jun
PMG	HOSP. COSLADA	HOSP. COSLADA			
JAM	HOSP. COSLADA	HOSP. COSLADA			
EBB	HOSP. COSLADA	HOSP. COSLADA			
ACH	HOSP. COSLADA SST	HOSP. COSLADA SST			
JMPS		HOSP. COSLADA GA			

PLAN DE VISITA Presencial					
Proceso / Actividad / Departamento	Responsable Empresa	Auditor	Centro	Día	Hora
<i>REUNIÓN INICIAL</i>	Responsables Centro	PMG, JAM, EBB, ACH	H. Coslada	29/05	9:00-9:30
GESTIÓN CALIDAD / PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	Responsables Centro	PMG, JAM, EBB, ACH	H. Coslada	29/05	9:30-11:00
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	Responsables Centro	EBB, ACH	H. Coslada	29/05	11:00-12:30
TRATAMIENTO REHABILITACIÓN	Responsables Centro	EBB, ACH	H. Coslada	29/05	12:30-14:00
COCINA, LIMPIEZA Y LAVANDERÍA	Responsables Centro	PMG	H. Coslada	29/05	11:00-12:00
ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	Responsables Centro	PMG	H. Coslada	29/05	12:00-13:00
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS – LABORATORIO	Responsables Centro	PMG	H. Coslada	29/05	13:00-14:00
ATENCIÓN PROGRAMADA	Responsables Centro	JAM	H. Coslada	29/05	11:00-12:00
ADMISIÓN Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL PACIENTE	Responsables Centro	JAM	H. Coslada	29/05	12:00-13:00
GESTIÓN DE COMPRAS Y PROVEEDORES	Responsables Centro	JAM	H. Coslada	29/05	13:00-14:00
PAUSA COMIDA					
ATENCIÓN AL PACIENTE/USUARIO (SAU)	Responsables Centro	EBB	H. Coslada	29/05	15:00-16:30
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Evaluaciones de Riesgos)	Responsables Centro	ACH, PMG	H. Coslada	29/05	15:00-16:30
FOCUS GROUP EMPLEADOS (Personal Sanitario)	Responsables Centro	JAM	H. Coslada	29/05	15:00-16:30
URGENCIAS	Responsables Centro	EBB	H. Coslada	30/05	8:30-10:00
HOSPITALIZACIÓN	Responsables Centro	EBB	H. Coslada	30/05	10:00-11:30
FARMACIA	Responsables Centro	EBB/PMG	H. Coslada	30/05	11:30-13:00
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Visita Instalaciones Hospital)	Responsables Centro	ACH, JMPS	H. Coslada	30/05	8:30-11:00
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (Control operacional y Legalizaciones y mantenimiento instalaciones)	Responsables Centro	ACH	H. Coslada	30/05	11:00-13:00
GESTIÓN AMBIENTAL (Control operacional, Legalizaciones y mantenimiento instalaciones y Emergencias)	Responsables Centro	JMPS	H. Coslada	30/05	11:00-13:00
ESTERILIZACIÓN	Responsables Centro	PMG	H. Coslada	30/05	8:30-10:00
TRABAJO SOCIAL	Responsables Centro	PMG	H. Coslada	30/05	10:00-11:00
GESTIÓN DE RRHH	Responsables Centro	PMG	H. Coslada	30/05	12:00-13:00
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS – RADIODIAGNÓSTICO	Responsables Centro	JAM	H. Coslada	30/05	8:30-10:00
DOCENCIA	Responsables Centro	PMG	H. Coslada	30/05	10:00-11:30
Focus Group Empleados (Personal Administrativo)	Responsables Centro	JAM	H. Coslada	30/05	11:30-12:30
<i>ELABORACIÓN NOTAS DE AUDITORÍA</i>	Responsables Centro	PMG, JAM, EBB, ACH	H. Coslada	30/05	13:00-15:00
<i>REUNIÓN FINAL</i>	Responsables Centro	PMG, JAM, EBB, ACH	H. Coslada	30/05	

	22-may	23-may	24-may	25-may	26-may
OCF	APRL	APRL			
	29-may	30-may	31-may	01-jun	02-jun
PMG	HOSP. COSLADA	HOSP. COSLADA	SST	CA CERVERA	CENTROS ON LINE
ACH	HOSP. COSLADA SST	HOSP. COSLADA SST	SST	SST (PTOS PENDIENTES)	HOSPITAL CEPRA SST
JMPS		HOSP. COSLADA GA	SST	CA FIGUERES	HOSPITAL CEPRA SST

PLAN DE VISITA Presencial					
Proceso / Actividad / Departamento	Responsable Empresa	Auditor	Centro	Día	Hora
VISITA UBS – VIGILANCIA DE LA SALUD Hospital de Asepeyo en Sant Cugat – UBS CEPRA Sant Cugat	ELENA MARIA LEIVA	OCF	HOPITAL CEPRA	22/05	8:00 – 15:00
REVISIÓN DOCUMENTACIÓN UBS	ELENA MARIA LEIVA	OCF	VIA AUGUSTA	23/05	8:00 – 15:00
CONTEXTO DE LA ORGANIZAICÓN		PMG/ACH/JMPS	VIA AUGUSTA	24/05	9:00-10:00
REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN (Aspectos Específicos SST)		PMG	VIA AUGUSTA	24/05	10:00-11:30
EVALUACIONES DE RIESGOS		ACH	VIA AUGUSTA	24/05	10:00-14:00
PARTICIPACIÓN Y CONSULTA DE LOS TRABAJADORES		PMG	VIA AUGUSTA	24/05	11:00-12:00
CONTROL OPERACIONAL		JMPS	VIA AUGUSTA	24/05	10:00–12:00
SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN (Inspecciones de centros)		JMPS	VIA AUGUSTA	24/05	12:00-14:00
VISITA INSTALACIONES		ACH/JMPS	VIA AUGUSTA	24/05	14:00-15:00
VISITA HOSPITAL CEPRA (visita instalaciones, control operacional y evaluaciones de riesgos)		ACH/JMPS	HOSPITAL CEPRA	02/06	8:00-15:00

	22-may	23-may	24-may	25-may	26-may
BSR	CA BADAJOZ	REQUISITOS LEGALES GA			
	29-may	30-may	31-may	01-jun	02-jun
PMG	HOSP. COSLADA	HOSP. COSLADA	SST	CA CERVERA	CENTROS ON LINE
ACH	HOSP. COSLADA SST	HOSP. COSLADA SST	SST	SST (PTOS PENDIENTES)	HOSPITAL CEPRA SST
	05-jun	06-jun	07-jun	08-jun	09-jun
PMG		PROCESOS	PROCESOS	PROCESOS	LECTURA
JAM		IQNET SR10	PROCESOS	PROCESOS	LECTURA
EBB		PROCESOS	PROCESOS	PROCESOS	LECTURA

PLAN DE VISITA Remoto

Sala virtual 09

salavirtual09@asepeyomeeting.webex.com

PIN de organizador: 0609

Martes, 23 de mayo		
Horario	Blanca Sendra	
9:00 - 15:00	Requisitos legales y aspectos ambientales. Gestión ambiental	D. Calidad F. Torán, M. Cornejo, S. Armengol, JI Miranda, DIE

Sala virtual XX

Pendiente definir

PIN de organizador: XXXX

Viernes, 02 de junio		
Horario	Alberto Cerceda	
9:00 - 15:00	Puntos pendientes de SST derivados de visitas	Servició de Prevención Propio R. García Vela

Sala virtual XX

Pendiente definir

PIN de organizador: XXXX

Viernes, 02 de junio		
Horario	Pío Martín	
9:00 - 15:00	Centros On line	D. Calidad I. García

Sala virtual 04

salavirtual04@asepeyomeeting.webex.com

PIN de organizador: 0604

Martes, 6 de junio		
Horario	Pío Martín / Juan Carlos Aguilar / Eduard Buil	
9:00 - 12:00	Revisión por la Dirección: Roles, responsabilidades y autoridad de la organización. Comité de Calidad Total y Responsabilidad Social. Planificación Estratégica. Comprensión de las necesidades y expectativas de los grupos de interés. Liderazgo y compromiso. Política. Acciones para abordar riesgos y oportunidades. Objetivos y planificación. Recursos. Planificación de Grupos de Interés. Comunicación Grupos de Interés.	D. Calidad I. García M. Manzanares S. Armengol JI Miranda
Pausa		
Horario	Pío Martín / Eduard Buil	
12:30 - 14:45	Medición, Análisis y Mejora: Auditoría Interna sistemas de gestión. Seguimiento y medición/Mejora continua. Gestión ambiental: Seguimiento y medición/Emergencias	D. Calidad I. García JI Miranda F. Torán Paz Prieto S. Armengol

Sala virtual 02

salavirtual02@asepeyomeeting.webex.com

PIN de organizador: 0602

Martes, 6 de junio		
Horario	Pío Martín / Juan Carlos Aguilar / Eduard Buil	
12:30 – 14:45	Gestión de Recursos Humanos. Dirección Personas RSC interna (voluntariado...) Comunicaciones (interna) Empleados: No discriminación, Derecho a la intimidad, Asociación y negociación, Contrato y condiciones trabajo, Conciliación ...	RR.HH. Joan Tolrá Adriana Bronte D. Calidad M. Manzanares

Sala virtual 04

salavirtual04@asepeyomeeting.webex.com

PIN de organizador: 0604

Martes, 6 de junio		
Horario	Juan Carlos Aguilar	
16:00 - 17:30	Código de Conducta. Acciones para abordar riesgos y oportunidades. Propietarios y accionistas – Gobierno de la organización. Gobiernos, Administraciones Públicas y organismos reguladores.	DCu Eva Mendoza Jorge Vilanova Vicenç Aparicio D. Calidad I. García JI Miranda

Sala virtual 02

salavirtual02@asepeyomeeting.webex.com

PIN de organizador: 0602

Martes, 6 de junio		
Horario	Eduard Buil	
16:00 - 17:30	Competencia y toma de conciencia. Formación Mutua Competencia del personal. Formación y comunicación en materia de GR Seguridad Paciente	RR.HH. Joan Tolrá Adriana Bronte Carolina Espuny Leyre de la Peña D. Calidad M. Manzanares

Sala virtual 03

salavirtual03@asepeyomeeting.webex.com

PIN de organizador: 0603

Martes, 6 de junio		
Horario	Pío Martín	
16:00 - 18:00	Tribunal de Cuentas / Auditoría IGSS. Proveedores productos y servicios, colaboradores y aliados. Gestión de mutualistas: Coordinación de afiliación y cotización.	DA X. Lobera Bru X. Pérez Ortiz V. Solé M. Medina Sala D. Calidad S. Armengol

Sala virtual 01

salavirtual01@asepeyomeeting.webex.com

PIN de organizador: 0601

Miércoles, 7 de junio		
Horario	Pío Martín	
9:00 - 10:30	Prevención	D. Prevención E. Llenas T. J. Galindo G ^a Miquel Moscardo D. Calidad M. Manzanares
Pausa		
11:00 - 13:00	Prestaciones económicas AT, CC, SREL, CUME, COMPLEMENTARIAS y CATA	D. Prestaciones Silvia Sancho D. Calidad P. Prieto
Pausa		
13:30 - 15:00	Contratos y Licitaciones Proveedores productos y servicios, colaboradores y aliados Conciertos y Mutuas Colaboradoras	D. Contratación A. López Zomeño C. Cañada J. Güell Elies D. Calidad F. Torán M. Manzanares

Sala virtual 02

salavirtual02@asepeyomeeting.webex.com

PIN de organizador: 0602

Miércoles, 7 de junio		
Horario	Eduard Buil	
9:00 - 10:30	Revisión por la Dirección Seg. Paciente, Planificación y act. contempladas. Procesos a considerar. Identificación, evaluación y tratamiento de riesgos específicos. Liderazgo/Responsabilidades, Recursos. Documentación y registros. Seguimientos y revisión de resultados	DAS D. Puget Bosch Leyre de la Peña Judit Torregrosa D. Calidad I. García P. Prieto
Pausa		
11:00 - 13:00	Identificación de los recursos necesarios para cada etapa/ actividad de la GR Seguridad del Paciente (equipos e infraestructuras). Registros exigibles en auditoría de GRP.	DIE Joaquín Teruel MB. Bueno C. Batlles J. García Vela D. Calidad F. Torán
Pausa		
13:30 - 15:00	Seguimiento actividad asistencial CP. Soporte Técnico a la asistencia sanitaria. Conciertos y mutuas colaboradoras. Acuerdos con universidades. Fomento de la salud hacia mutualistas.	DAS C. Linares Sala A. Lambea M. Puget Bosch D. Calidad I. García, S. Armengol

Sala virtual 04

salavirtual04@asepeyomeeting.webex.com

PIN de organizador: 0604

Miércoles, 7 de junio		
Horario	Juan Carlos Aguilar	
9:00 - 10:00	Entrevista Telefónica: 3 Proveedores Servicios	VA
10:00 - 11:00	Focus Group: Empleados (Distintos Puestos Trab.)	VA
Pausa		
11:30 - 12:30	Focus Group: Empleados (Rep.Trab y Comité Emp)	VA
12:30 - 13:30	Entrevista Telefónica: 3 Mutualistas y 3 Trabajadores protegidos de empresas mutualistas	VA
13:30 - 15:00	Entrevista Telefónica: Administración Pública. Sociedad. Mutua Colaboradora	VA

Sala virtual 01

salavirtual01@asepeyomeeting.webex.com

PIN de organizador: 0601

Miércoles, 7 de junio		
Horario	Pío Martín	
16:15 - 18:00	Quejas y Reclamaciones Satisfacción de usuarios Customer journey	DRE/SAU F. Clemente F Yol. Hernández Ap. Raquel Solís J. Tomás J. Saña D. Calidad I. García

Sala virtual 02

salavirtual02@asepeyomeeting.webex.com

PIN de organizador: 0602

Miércoles, 7 de junio		
Horario	Eduard Buil	
16:15 - 18:00	Control sanitario CC. (continuación)	DAS E. Boren D. Calidad Paz Prieto

Sala virtual 04

salavirtual04@asepeyomeeting.webex.com

PIN de organizador: 0604

Miércoles, 7 de junio		
Horario	Juan Carlos Aguilar	
16:15 - 18:00	Coordinación y gestión de: Proyectos de instalaciones. Mantenimiento y control reglamentario. Legalizaciones.	DIE Jesús G ^a Vela C. batles MB Bueno carlo y jose manuel D. Calidad F. Torán

Sala virtual 02. DDFF

salavirtual02@asepeyomeeting.webex.com

PIN de organizador: 0602

Jueves, 8 de junio		
Horario	Pío Martín / Juan Carlos Aguilar / Eduard Buil	
9:00 - 18:00	Asuntos pendientes y Consolidación del informe	

Sala virtual 09

salavirtual09@asepeyomeeting.webex.com

PIN de organizador: 0609

Viernes, 9 de junio	
Horario	Pío Martín / Juan Carlos Aguilar/ Eduard Buil
9:00 12:00	Asuntos pendientes y Consolidación del informe
12:00 14:00	Lectura del Informe

ANEXO - REQUISITOS POR APARTADOS DE LA NORMA UNE EN ISO 9001:2015

REQUISITOS POR NORMA			
9001	Requisito norma	Tipo de auditoría Fase I / Fase II / AS1 / AS2 / AR	Marcar / Desmarcar
4.1- 4.2	Comprensión del contexto. Partes interesadas	AR	X
4.3 -4.4	Determinación del alcance. SG y sus procesos	AR	X
5.1-5.2	Liderazgo, compromiso y Política	AR	X
5.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	AR	X
6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	AR	X
6.2	Objetivos y planificación para lograrlos	Todas	X
6.3	Planificación de los cambios	Todas	X
7.1	Recursos	AR	X
7.2-7.3	Competencia y toma de conciencia	AR	X
7.4	Comunicación	AR	X
7.5	Información documentada	AR	X
8.1	Planificación y control operacional	Todas	X
8.2	Requisitos para los productos y servicios	Todas	X
8.3	Diseño y desarrollo de productos y servicios	AR	X
8.4	Control de los procesos, productos y servicios. suministrados externamente	AR	X
8.5	Producción y provisión del servicio	Todas	X
8.6	Liberación de los productos y servicios	Todas	X
8.7	Control de las salidas no conformes	Todas	X
9.1.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño. Generalidades	Todas	X
9.1.2	Satisfacción del cliente	Todas	X
9.1.3	Análisis y evaluación	Todas	X
9.2	Auditoría interna	Todas	X
9.3	Revisión por la dirección	Todas	X
10.1	Mejora. Generalidades	Todas	X
10.2	No conformidades y acciones correctivas	Todas	X
10.3	Mejora continua	Todas	X

Nota 1: Desmarcar aquellos apartados de la norma que no vayan a ser auditados en la presente auditoría.

Nota 2: Sombreado se indican los apartados de la norma que deben ser auditados por un auditor especialista.

ANEXO - REQUISITOS POR APARTADOS DE LA NORMA UNE EN ISO 14001:2015

REQUISITOS POR NORMA			
14001	Requisito norma	Tipo de auditoría Fase I / Fase II / AS1 / AS2 / AR	Marcar / Desmarcar
4.1- 4.2	Comprensión del contexto. Partes interesadas	AR	X
4.3 -4.4	Determinación del alcance y SGA	AR	X
5.1-5.2	Liderazgo, compromiso y Política	AR	X
5.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	AR	X
6.1.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	AR	X
6.1.2	Aspectos ambientales	AR	X
6.1.3	Requisitos legales y otros requisitos	Todas	X
6.1.4	Planificación de acciones	AR	X
6.2	Objetivos ambientales y planificación para lograrlos	Todas	X
7.1	Recursos	AR	X
7.2-7.3	Competencia y toma de conciencia	AR	X
7.4	Comunicación	AR	X
7.5	Información documentada	AR	X
8.1	Planificación y control operacional	Todas	X
8.2	Preparación y respuesta frente a emergencias	AR	X
9.1.1	Evaluación del desempeño	Todas	X
9.1.2	Evaluación del cumplimiento	Todas	X
9.2	Auditoría interna	Todas	X
9.3	Revisión por la dirección	Todas	X
10.1	Mejora generalidades	Todas	X
10.2	No conformidad y acción correctiva	Todas	X
10.3	Mejora continua	Todas	X

Nota 1: Desmarcar aquellos apartados de la norma que no vayan a ser auditados en la presente auditoría.

Nota 2: Sombreado se indican los apartados de la norma que deben ser auditados por un auditor especialista.

ANEXO - REQUISITOS POR APARTADOS DE LA NORMA ISO 45001:2018

REQUISITOS POR NORMA			
45001 APRL	Requisito norma	Tipo de auditoría Fase I / Fase II / AS1 / AS2 / AR	Marcar / Desmarcar
4.1- 4.2	Comprensión del contexto. Partes interesadas	AR	X
4.3 -4.4	Determinación del alcance. SG y sus procesos	AR	X
5.1-5.2	Liderazgo, compromiso y Política	AR	X
5.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	AR	X
5.4	Consulta y participación de los trabajadores	AR	X
6.1.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	AR	X
6.1.2	Identificación de peligros. Evaluación de riesgos y oportunidades	AR	X
6.1.3	Requisitos legales y otros requisitos	Todas	X
6.1.4	Planificación de acciones	AR	X
6.2	Objetivos y planificación para lograrlos	Todas	X
7.1	Recursos	AR	X
7.2-7.3	Competencia y toma de conciencia	AR	X
7.4	Comunicación	AR	X
7.5	Información documentada	AR	X
8.1.1	Planificación y control operacional	Todas	X
8.1.2	Eliminar peligros y reducir los riesgos para la SST	Todas	X
8.1.3	Gestión del cambio	Todas	X
8.1.4	Compras	AR	X
8.2	Preparación y respuesta frente a emergencias	AR	X
9.1.1	Evaluación del desempeño	Todas	X
9.1.2	Evaluación del cumplimiento	Todas	X
9.2	Auditoría interna	Todas	X
9.3	Revisión por la dirección	Todas	X
10.1	Mejora generalidades	Todas	X
10.2	Incidentes, no conformidades y acciones correctivas	Todas	X
10.3	Mejora continua	Todas	X

Nota 1: Desmarcar aquellos apartados de la norma que no vayan a ser auditados en la presente auditoría.

Nota 2: Sombreado se indican los apartados de la norma que deben ser auditados por un auditor especialista.

ANEXO - REQUISITOS POR APARTADOS DEL REFERENCIAL IQNET-SR10

REQUISITOS POR NORMA			
SR10	Requisito norma	Tipo de auditoría Fase I / Fase II / AS1 / AS2 / AR	Marcar / Desmarcar
4.1	4.1 Conocimiento de la organización y su contexto	AS1	X
4.2	4.2 Necesidades y expectativas de los grupos de interés	Todas	X
4.3 - 4.4	4.3 – 4.4 Alcance y sistema de gestión de la RS	AS1	X
5	5. Liderazgo	Todas	X
6.1	6.1 Acciones para abordar los riesgos y oportunidades	Todas	X
6.2	6.2 Identificación y evaluación de asuntos	Todas	X
6.3	6.3 Objetivos y planificación para lograrlos	Todas	X
6.4	6.4 Requisitos legales y otros requisitos	Todas	X
7.1 – 7.2 – 7.3	7.1 - 7.2 – 7.3 Recursos, Competencia y toma de conciencia	AS1	--
7.4 – 7.5	7.4 – 7.5 Comunicaciones e Información documentada	AS2	--
8.1	8.1 Planificación y control operativo	Todas	X
8.2	8.2 Propietarios y accionistas	AS1	X
8.3	8.3 Empleados	AS1	X
8.4	8.4 Clientes, usuarios y consumidores	AS1	X
8.5	8.5 Proveedores de productos y servicios, colaboradores y aliados	AS2	--
8.6	8.6 Gobiernos, Administraciones y organismos reguladores	AS1	X
8.7	8.7 Comunidad, sociedad y organizaciones sociales	AS2	--
8.8	8.8 Medio ambiente	AS1	X
8.9	8.9 Competidores	AS1	X
9.1	9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación	AS1	X
9.2	9.2 Expectativas de los grupos de interés	Todas	X
9.3	9.3 Auditoría interna	Todas	X
9.4	9.4 Revisión por la dirección	Todas	X
10	10 Mejora	Todas	X

Nota 1: Desmarcar aquellos apartados de la norma que no vayan a ser auditados en la presente auditoría.

Nota 2: Sombreado se indican los apartados de la norma que deben ser auditados por un auditor especialista.

ANEXO - REQUISITOS POR APARTADOS DE LA NORMA UNE 179003

REQUISITOS POR NORMA			
UNE 179003 SdP	Requisito norma	Tipo de auditoría Fase I / Fase II / AS1 / AS2 / AR	Marcar / Desmarcar
4.1	Generalidades	AR	X
4.2	Requisitos generales	AR	X
4.3	Liderazgo de la alta dirección	AR	X
4.4	Política	AR	X
4.5	Planificación del sistema de gestión de riesgos y objetivos	AR	X
4.6	Responsabilidad y autoridad	AR	X
4.7	Asignación de recursos	AR	X
4.8	Competencia del personal	AR	X
4.9	Documentación y registro del sistema de gestión	AR	X
4.10	Verificación y revisión del sistema de gestión de riesgos	AR	X
4.11	Auditorías del sistema de gestión de riesgos	AR	X
5.2	Análisis del contexto	AR	X
5.3	Sistemas de comunicación, notificación, consulta ...	AR	X
5.4	Definición de criterios para la evaluación	AR	X
5.5	Apreciación del riesgo	AR	X
5.6	Tratamiento del riesgo	AR	X
5.7	Registro de las actividades de los procesos de GR	AR	X
5.8	Seguimiento y revisión de resultados de los procesos de GR	AR	X

Nota 1: Desmarcar aquellos apartados de la norma que no vayan a ser auditados en la presente auditoría.

Nota 2: Sombreado se indican los apartados de la norma que deben ser auditados por un auditor especialista.

ANEXO - MATRIZ DE ACTIVIDADES UNE-ISO/IEC 27001:2017

UNE-ISO/IEC 27001:2017																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Information security management systems																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
DIA	CENTRO	HORA	AUDITOR	PROCESO/ DEPARTAM/ DOCUMENTO/ ACTIVIDAD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
					4 CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					4.1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					4.2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					4.3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					4.4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					5 LIDERAZGO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					5.1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					5. 2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					5.3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					6 PLANIFICACIÓN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					6.1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					6.1.1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					6.1.2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					6.1.3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					6.2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					7 SOPORTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					7.1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					7.2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					7.3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					7.4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					7.5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					7.5.1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					7.5.2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					7.5.3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					8 OPERACIÓN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					8.1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					8.2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					8.3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					9 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					9.1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					9.2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					9.3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					10 MEJORA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					10.1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					10.2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
2023-05-29	1	08:00	PCM	-	Llegada Equipo Auditor																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
2023-05-29	1	08:10	PCM	-	Reunión inicial																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
2023-05-29	1	08:30	PCM	-	Art. ENS / RR&OO Controles de Seguridad (6)												X	X							X					X	X	X																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												

ANEXO - MATRIZ DE ACTIVIDADES UNE-ISO/IEC 27001:2017, continuación ...

UNE ISO/IEC 27002:2017						
Information security management systems						
(Continuación)						
DIA	CENTRO	HORA	AUDITOR		PROCESO/ DEPARTAMI/ DOCUMENTO/ ACTIVIDAD	
2023-05-29	1	08:00	PCM	-	A.5 Políticas de seguridad de la información A.6 Organización de la seguridad de la información A.7 Seguridad relativa a los recursos humanos A.8 Gestión de activos A.9 Control de acceso A. 10 Criptografía A.11 Seguridad física y del entorno A.12 Seguridad de las operaciones A.13 Seguridad de las comunicaciones A.14 Adquisición, desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información A.15 Relación con proveedores A.16 Gestión de incidentes de seguridad de la información A.17 Aspectos de seguridad de la información para la gestión de la continuidad del negocio A.18 Cumplimiento	
2023-05-29	1	08:10	PCM	-		
2023-05-29	1	08:30	PCM	-		
2023-05-29	2,3,4,5,6	08:00 – 15:00	-	JOC		
2023-05-30	1	08:10	PCM	-		
2023-05-30	7, 8, 9, 10	08:00 – 15:00	-	JOC		
2023-05-31	1	08:10	PCM	-		
2023-05-31	11, 12	08:00 – 15:00	-	AMV		
2023-06-01	1	08:10 a 13:00	PCM	-		
2023-06-01	1	08:10 a 13:00	-	AMV		
2023-06-05	1	13:00 a 14:00 14:00 a 15:00	PCM	AMV		
2023-06-05	-	08:00 a 15:00	PCM	AMV		
Llegada Equipo Auditor						
REUNIÓN INICIAL						
VER ANEXOS (6)						
Redacción y envío de Informe						

(6) VER ANEXOS DE CONTROLES Y MEDIDAS DE SEGURIDAD (conjuntamente con ENS)

ANEXO - GRUPOS DE INTERÉS ENTREVISTADOS EN RELACIÓN CON RESPONSABILIDAD SOCIAL

Se ha mantenido entrevistas con los siguientes grupos de interés:

Entrevistas telefónicas a GGII externos

Grupo Interés	Empresa	Contacto (Cargo)
Proveedores de productos y servicios (DA)	KERNELDOC	Coordinadora
Proveedores de productos y servicios (DA)	GIROA - VEOLIA	Coordinadora
Proveedores de productos y servicios	FARMACIA MARTA GENTO	Directora
Proveedores de productos y servicios	GASPUNT, S.A.	Coordinadora
Mutua colaboradora (cambio tramo horario)	MUTUA MONTAÑESA	Directora de Operaciones y Prestaciones
Mutualistas	AGBAR	Director de salud
Mutualistas	DS SMITH SPAIN S.A	RESPONSABLE PRL
Trabajador protegido / autónomo	GESTOR DE SEGUROS CAVIA GUTIÉRREZ	Autónomo
Trabajador protegido / autónomo	ASESORIA ESTEVE	Autónomo
Administraciones Públicas	AJUNTAMENT DE SANT JOANET (VALENCIA)	Agente de Empleo y Desarrollo Local
Comunidad / sociedad	UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE CATALUNYA	Contacto partner
Comunidad / sociedad	UNIVERSIDAD GIMBERNAT	Contacto partner

Focus Group empleados/as Mutua

Grupo interés	Puesto	Antigüedad
Empleados	ASISTENTE DE DIRECCIÓN SEVILLA	22 años
Empleados	ADMINISTRATIVO SEVILLA	30 años
Empleados	TÉCNICA DE PREVENCIÓN SPP	22 años
Empleados	ASISTENTE DE DIRECCIÓN MADRID	17 años
Empleados	ORG. TERRITORIAL CATALUÑA	4 años
Empleados	SOPORTE DE RRHH DIRECCIÓN TERRITORIAL	16 años
Empleados	ADMINISTRATIVO CA VILLAGARCIA DE AUROSA	18 años
Empleados	ADMINISTRATIVO CA ÁVILA	16 años
Empleados	JAS CA BILBAO	15 años
Empleados	ADMINISTRATIVO HOSPITAL ASEPEYO SANT CUGAT	16 años

Focus Group representantes de los trabajadores

Grupo de Interés	Cargo	Antigüedad
Representantes trabajadores	CCOO-Barcelona	8 años
Representantes trabajadores	UGT-Valencia/Castellón	30 años
Representantes trabajadores	CCOO RLT CA San Sebastián	1 años
Representantes trabajadores	UGT RLT CA Almeria	7 años
Representantes trabajadores	UGT, Comité Hospital San Cugat	
Representantes trabajadores	CCOO, RLT CA A Coruña	

Focus Group empleados/as colectivos no sanitarios Hospital Coslada

Grupo de Interés	Cargo	Antigüedad
Empleado/a no sanitario/a	Secretaria de Gerencia	24 años
Empleado/a no sanitario/a	Secretaria de Dirección de Enfermería	30 años
Empleado/a no sanitario/a	Administrativo	8 años
Empleado/a no sanitario/a	Mantenimiento	7 años

Empleado/a no sanitario/a	Administrativo	36 años
Empleado/a no sanitario/a	Administrativo de Admisiones	24 años

Focus Group empleados/as colectivos sanitarios Hospital Coslada

Grupo de Interés	Cargo	Antigüedad
Empleado/a sanitario/a	TCAI Polivalente	30 años
Empleado/a sanitario/a	Celador	7 años
Empleado/a sanitario/a	Enfermero	15 años
Empleado/a sanitario/a	Terapeuta ocupacional	33 años
Empleado/a sanitario/a	Traumatólogo	33 años

ANEXO II - CENTROS VISITADOS

DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)

CENTROS FIJOS

CENTRO 1: Oficina Principal (Barcelona – ASEPEYO)

DIRECCIÓN: CL VÍA AUGUSTA, 36; 08006 BARCELONA - España

ACTIVIDADES DEL ALCANCE: Todas

CENTRO 2: Oficinas de LUGO

DIRECCIÓN: Calle DOCTOR GARCÍA PORTELA, 3. 27002 - LUGO

ACTIVIDADES DEL ALCANCE: Todas

CENTRO 3: CA SAGRERA

DIRECCIÓN: AVDA MERIDIANA, 235. 08027 - BARCELONA

ACTIVIDADES DEL ALCANCE: Todas

CENTRO 4: CA LLODIO

DIRECCIÓN: Plaza ALBERTO ACERO, 6. 01400 - LLODIO (ARABA / ÁLAVA)

ACTIVIDADES DEL ALCANCE: Todas

CENTRO 5: CA ALCAZÁR DE SAN JUAN

DIRECCIÓN: CL EMILIA PARDO BAZÁN (esquina Rigoberta Menchú), 10. 13600 - ALCÁZAR DE SAN JUAN (CIUDAD REAL)

ACTIVIDADES DEL ALCANCE: Todas

CENTRO 6: CA ALBACETE

DIRECCIÓN: CL JUAN DE TOLEDO, 1. 02005 – ALBACETE

ACTIVIDADES DEL ALCANCE: Todas

CENTRO 7: CA TUDELA

DIRECCIÓN: CRTA. ALFARO, 34. 31500 - TUDELA (NAVARRA)

ACTIVIDADES DEL ALCANCE: Todas

CENTRO 8: CA BADAJOZ

DIRECCIÓN: Avenida JUAN PEREDA PILA, 16. 06010 - BADAJOZ

ACTIVIDADES DEL ALCANCE: Todas

CENTRO 9: CA CIUDAD LINEAL

DIRECCIÓN: Calle ALCALÁ, 463. 28027 - MADRID

ACTIVIDADES DEL ALCANCE: Todas

CENTRO 10: CA VIA AUGUSTA

DIRECCIÓN: VIA AUGUSTA, 18 2ª, 6ª y 7ª PL. 08006 - BARCELONA

ACTIVIDADES DEL ALCANCE: Todas

CENTRO 11: HOSPITAL COSLADA

DIRECCIÓN: CL JOAQUÍN CARDENAS, 2. 28823 - COSLADA (MADRID)

ACTIVIDADES DEL ALCANCE: Todas

CENTRO 12: CA ALCALÁ DE HENARES

DIRECCIÓN: ALCALÁ DE HENARES Vía COMPLUTENSE, 83. 28805 - ALCALÁ DE HENARES (MADRID)

ACTIVIDADES DEL ALCANCE: Todas

DISPOSICIONES FINALES

- Las observaciones y no conformidades han sido aclaradas y entendidas.
- A la vista de los resultados de la auditoría, el Auditor Jefe realiza la siguiente propuesta sobre la certificación:
 - **Renovación de los certificados: ER, GA, SST, SI**
 - **Mantenimiento de los certificados: SR10, GRP**
- No obstante, los Servicios Técnicos de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. son el órgano responsable de la decisión final sobre la certificación, una vez analizados los resultados reflejados en este informe de auditoría y en el plan de acciones correctivas (cuando proceda) enviado por la organización. En consecuencia, la propuesta del equipo auditor sobre la certificación podrá ser ratificada o no.
- Teniendo en cuenta las no conformidades indicadas en este informe, si fuese necesaria la presentación del Plan de Acciones Correctivas, la Organización se compromete a enviarlo a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. (a la dirección de correo electrónico facilitada por la Sede) en 30 días naturales a partir de la fecha de emisión del informe de auditoría, con la información requerida por la *Guía para la elaboración del plan de acciones correctivas*. En caso de que el Plan de Acciones Correctivas no fuera satisfactorio, la organización dispone de un plazo de 15 días naturales para el envío de la documentación adicional que le sea requerida por AENOR INTERNACIONAL S.A.U., a partir de la fecha de recepción dicho requerimiento.
- Indicar las no conformidades del presente informe a las cuales la organización tiene intención de presentar apelación. En este caso, la organización deberá enviar a AENOR INTERNACIONAL S.A.U. en el plazo de 7 días naturales, a contar desde la fecha del último día de auditoría, la justificación y evidencias documentales necesarias para su valoración por los servicios de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. Asimismo, se informa a la organización que cualquier queja o reclamación sobre la actuación de AENOR INTERNACIONAL S.A.U., estas deben ser remitidas a la siguiente dirección: calidad@aenor.com
- El Equipo Auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe y hace entrega al Representante de la Organización del Informe de Auditoría.
- Durante la auditoría se ha comprobado el uso de la marca correspondiente a la/s Norma/s auditada/s, identificándose en el presente informe cualquier desviación que pudiera haberse detectado al respecto.
- Las no conformidades pueden referirse a incumplimientos de los requisitos de la norma de referencia aplicable, o de cualquier otro requisito establecido en el Sistema de Gestión de la Organización.
- Se acuerda con la Organización, las siguientes fechas para la realización de la próxima auditoría:

Nº SUBEXPEDIENTE	REFERENCIAL	FECHA DE CADUCIDAD
2003/0709/ER/03	UNE-EN ISO 9001:2015	2023-07-08
2003/0709/GA/04	UNE-EN ISO 14001:2015	2023-07-08
2003/0709/SST/04	ISO 45001:2018	2023-07-08
2003/0709/SR10/01	IQNET SR10	2025-09-14
2003/0709/GRP/01	UNE 179003:2013	2025-10-10
2003/0709/SI/01	UNE EN ISO 27001:2017	2023-07-27
Fecha próxima auditoría		2024-05

- Comentarios si procede, sobre la planificación de la próxima auditoría (a cumplimentar por el Auditor Jefe):
- Con antelación a la realización de la próxima auditoría, se determinarán en el Plan de Auditoría los centros a visitar y la planificación de actividades prevista.
- Una vez concedida la Certificación, la organización se compromete a poner a disposición de AENOR INTERNACIONAL S.A.U. durante la realización de las auditorías la documentación vigente del Sistema de Gestión.
- Para cualquier aspecto relacionado con el proceso de certificación, la organización puede dirigirse al Técnico Responsable de su Expediente (TRE). **PIO MARTIN GONZALEZ.**

En Barcelona, a 09 de junio de 2023.

Fdo. Pío Martín González

ANEXO - RELACIÓN DE PARTICIPANTES *(marcar con X el tipo de participación)*

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	Auditoría	Reunión final
DIRECCIONES FUNCIONALES MUTUA				
CARLOS PUIGBÓ	SUBDIRECTOR GENERAL DE ECONOMÍA			X
JORGE VILANOVA	SECRETARIO GENERAL		X	
JOSE IGNACIO MIRANDA	DIRECTOR DE CALIDAD	X	X	X
RAQUEL GARCÍA VELA	DIRECTORA ÁREA DEL SPP	X	X	X
VICENÇ APARICIO	DIRECTOR ASESORÍA JURÍDICA		X	
EVA MARIA MENDOZA	DIRECTORA DE CUMPLIMIENTO Y C. OFFICER		X	
MARIA NIEVES GONZALEZ	RBLE CUMPLIMIENTO DIRECCIÓN DE CUMPLIMIENTO		X	
ADRIANA BRONTE	DIRECTORA DE RRHH		X	
JOAN TOLRÀ	ADJUNTO A DIRECCIÓN DE RRHH		X	
JUAN ANTONIO MATITO	DIRECTOR DEL ÁREA DE ORGANIZACIÓN EN RRHH		X	
MANEL FERNANDEZ	DIRECTOR DEL ÁREA DE OPERACIONES		X	
CAROLINA ESPUNY	GESTIÓN DE LA COMPETENCIA Y FORMACIÓN		X	
ALBERT LÓPEZ	DIRECTOR DE CONTRATACIÓN		X	
ROGER MORALES	DIRECTOR DE CONTROL Y SEGUIMIENTO		X	
CLARA CAÑADA	DIRECTORA DE ÁREA CONCERTACIÓN SANITARIA		X	
JOAN GÜELL	DIRECTOR DE ÁREA DE CONTRATOS		X	
XAVIER LOBERA	DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN		X	
SILVIA SANCHO	DIRECTORA DE PRESTACIONES		X	
MONTSE MEDINA	RESPONSABLE DE FACTURACIÓN PROVEEDORES		X	
VICKI SOLER	AFILIACIÓN Y RECAUDACIÓN		X	
XAVIER PÉREZ	DIRECTOR ÁREA CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO		X	
JUAN CARLOS GONZÁLEZ	ADMINISTRATIVO DIRECCIÓN ADMINISTRACIÓN		X	
XAVIER PANADES	RESPONSABLE UNIDAD DE PREVENCIÓN		X	
MIQUEL MOSCARDO	UNIDAD DE PREVENCIÓN		X	
SILVIA SANCHO	DIRECTORA PRESTACIONES		X	
MARTA SAMITIER	CONTROL DE GESTIÓN		X	
JORDI TIENDA	OTRAS PRESTACIONES		X	
ISABEL GÓMEZ	GESTIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE		X	
NÚRIA MEDINA	DIRECTORA - DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA		X	X
CARLOS LINARES	DIRECTOR AREA FUNCIONAL DOC. SANITARIA		X	
ASUNCIÓN LAMBEA	MÉDICO-DIRECCIÓN ASISTENCIA SANITARIA		X	
DULCE PUGET	DIRECTORA DE MEDICINA DEL TRABAJO		X	

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	Auditoría	Reunión final
EULALIA BOREN	DIRECTORA DE ÁREA DE ITCC		X	
LEYRE DE LA PEÑA	DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA		X	
FELICIANO CLEMENTE	DIRECTOR DEL ÁREA DE USUARIOS DE ASEPEYO		X	
JAUME TOMÁS	GESTOR AREA QUEJAS Y RECLAMACIONES		X	
YOLANDA HENÁNDEZ	COORDINADORA SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO		X	
RAQUEL SOLIS	COORDINADORA NACIONAL PROAS		X	
JOSEP SAÑA	RESPUESTA DE QUEJAS Y RECLAMACIONES		X	
JESUS GARCIA VELA	DIRECTOR INFRAESTRUCTURAS Y EQUIP. DIE		X	X
JOSÉ MANUEL ÁREAS	DIRECTOR DEL ÁREA DE OBRAS E INFRAESTRUCTURAS DIE		X	
CARLOS CARBAJALES	DIRECTOR DEL ÁREA MANTENIMIENTO DIE		X	
JOAQUIN TERUEL	DIRECTOR DE ÁREA DE EQUIPAMIENTO DIE		X	
VIRGINIA MINGUET	ADMINISTRATIVA DIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURAS		X	
Mº ISABEL BUENO ESTEBAN	AREA DE ADMINISTRACIÓN INFRAESTRUCTURAS		X	
PAZ PRIETO	TÉCNICA DGCMA	X	X	X
IGNACIO GARCÍA	TÉCNICO DGCMA	X	X	X
FERNANDO TORÁN	TÉCNICO DGCMA	X	X	X
MARI LUZ MANZANARES	TÉCNICA DGCMA	X	X	X
SANDRA ARMENGOL	TÉCNICA DGCMA	X	X	X
MANUEL CORNEJO	ADMINISTRATIVO DGCMA		X	
LAURA OLIVAN	TÉCNICO DIRECCIÓN SERVICIO DE PREVENCIÓN		X	
INMACULADA GARCIA-NIETO	TÉCNICO DIRECCIÓN SERVICIO DE PREVENCIÓN		X	
PATXI RODRIGUEZ	TÉCNICO DIRECCIÓN SERVICIO DE PREVENCIÓN		X	
MARÍA LUNA RODRÍGUEZ	TÉCNICO DIRECCIÓN SERVICIO DE PREVENCIÓN		X	
BLANCA CONCEPCIÓN	TÉCNICO DIRECCIÓN SERVICIO DE PREVENCIÓN		X	
MAR PEÑARROYA	ADMINISTRATIVA DEL SPP		X	
JOSÉ LUIS DIAZ	DELEGADO PREVENCIÓN COMITÉ ESTATAL		X	
CARLOS ESTEVEZ	DELEGADO PREVENCIÓN COMITÉ ESTATAL		X	
MARTA MARTÍNEZ	DELEGADO PREVENCIÓN COMITÉ ESTATAL		X	
YOLANDA MARIN	DELEGADO PREVENCIÓN COMITÉ ESTATAL		X	
FCO. MANEL CHAVERO	DELEGADO PREVENCIÓN COMITÉ ESTATAL		X	
EDGARD ANSOLA	DIRECTOR DE ÁREA DE SEGURIDAD CORPORATIVA			
LLUC CORONAS	ANALISTA DE SEGURIDAD			
SARA FORTEA	ANALISTA DE SEGURIDAD -			
PEDRO GILBERT	ANALISTA DE SEGURIDAD			
ROGER CIVIT SOLER	ANALISTA DE SEGURIDAD			
GREGORIO LUQUE	ARQUITECTO SOFTWARE			
JORDI APARICIO	DIRECTOR ÁREA GOBIERNO TIC			

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	Auditoría	Reunión final
ANTONIO SERRA	RESPONSABLE SEGURIDAD Y COMPLIANCE (COSTAISA)			
JORDI VILANA	JEFE DE PROYECTO DEL ÁREA SEGURIDAD (COSTAISA)			
SERGI MARTÍNEZ	TÉCNICO DE SISTEMAS (COSTAISA)			
XAVIER SERRA	ADMINISTRADOR DE BACKUP (COSTAISA)			
CARLOS CERCOS	CODIRECTOR DE OPERACIONES Y SERVICIOS CLOUD - COSTAISA			
FERNANDO PORRAS	COSTAISA			
JAVIER VEGAS	COSTAISA			
GREGORIO PÉREZ	JEFE DE PROYECTO DE SISTEMAS			
VÍCTOR GARCES	ANALISTA SEGURIDAD TIC			
HOSPITAL COSLADA				
M ^a DOLORES SOTO	GERENTE DEL HOSPITAL		X	
RAQUEL TENTOR	RBLE. ADMINISTRACIÓN – RBLE. GESTIÓN AMBIENTAL		X	
BEATRIZ LOPEZ-MARTIN	COORDINADORA DE CALIDAD HOSPITAL DE COSLADA		X	X
RICARDO RODRÍGUEZ	DIRECTOR MÉDICO		X	
CONCEPCIÓN DEL OLMO	JEFE DE ANESTESIA		X	
M. JOSÉ MORENO	SUPERVISORA ATENCIÓN QUIRÚRGICA		X	
HÉCTOR VALDIVIA	TCAE ATENCIÓN QUIRÚRGICA		X	
CARMEN IZQUIERDO	ENFERMERA ATENCIÓN QUIRÚRGICA		X	
FRANCISCO BERNAL	JEFE DE URGENCIAS		X	
MERCEDES ARGÜELLO	SUPERVISORA URGENCIAS		X	
ALEJO ERICE	RESPONSABLE DE COMITÉ DE INFECCIONES		X	
JOSEFA MARTÍNEZ	SUPERVISORA FISIOTERAPIA		X	
RAQUEL FERNÁNDEZ	ADMINISTRATIVA FISIOTERAPIA		X	
PILAR DELGADO	PSICOLOGA		X	
ANA LLORENS	TRABAJADORA SOCIAL		X	
KEILA DÍAZ	TÉCNICO ELECTROMEDICINA		X	
ELVIRA IGLESIAS	JEFE DE ESTUDIOS		X	
MARISA QUIROS	ADMINISTRATIVA SECRETARIA DE DOCENCIA		X	
ANNA GARCÍA ZAFRA	COORD. GESTIÓN DE PERSONAL HOSPITALARIO		X	
OLHA STELMAKH	RESPONSABLE DE LABORATORIO		X	
ELENA DOBRIN	TECNICO LABORATORIO		X	
MATILDE MARTIN-DOÑADIOS	ADMINISTRATIVA LABORATORIO		X	
ADRIAN LOPEZ	ADMINISTRATIVO		X	
IGNACIO DEL AMO	JEFE SERVICIO INFORMACIÓN Y DOC. CLINICA		X	
ESTRELLA MARTÍN	ADMISIONES Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA H. COSLADA		X	
MARTA ALONSO	ADMINISTRATIVA ADMISIONES		X	

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	Auditoría	Reunión final
SILVIA GUADALUPE	RESPONSABLE RELACIONES EXTERNAS HOSPITAL		X	
CRISTINA JIMÉNEZ	RESPONSABLE GESTIÓN OPINIÓN USUARIO		X	
RUTH GÓMEZ	SECRETARÍA DE RADIODIAGNÓSTICO		X	
MERCEDES ARGUELLO	SUPERVISORA DE RADIOLOGÍA		X	
JAVIER SALAMANCA	TÉCNICO RADIODIAGNÓSTICO		X	
LUCÍA CORTIÑAS	RESPONSABLE SERVICIO FARMACIA		X	
CARLOS DE ANDRÉS	RBLE. MANTENIMIENTO		X	X
SANTIAGO GONZALEZ	COORDINADOR MANTENIMIENTO H. COSLADA		X	
ANA BELÉN QUIROGA	ADMINISTRACIÓN GESTIÓN AMBIENTAL		X	
SONIA SÁNCHEZ	TÉCNICO SPP		X	
ELENA LEIVA HERNANDO	MÉDICO DEL TRABAJO. HOSPITAL DE COSLADA		X	
IGNACIO PALANCAR	DELEGADO PREVENCIÓN		X	
AGUSTÍN GARCÍA	DELEGADO PREVENCIÓN		X	
IRENE DELGADO	DELEGADA PREVENCIÓN		X	
MIKEL ECHEANDÍA	(ADMINISTRADOR DE RED Y MIEMBRO DEL COMITÉ DE SEGURIDAD – HOSPITAL COSLADA			
ALMUDENA MORENO	AUXILIAR DE ENFERMERÍA CONSULTAS EXTERNAS - HOSPITAL COSLADA			
Mª JOSÉ MONZÓN	FISIOTERAPEUTA – HOSPITAL COSLADA			
CARLOS DE ANDRÉS	JEFE DE MANTENIMIENTO - HOSPITAL COSLADA			
SANTIAGO GONZÁLEZ	SUPERVISOR DE MANTENIMIENTO - HOSPITAL COSLADA			
RAQUEL CHACÓN	PROSEGUR (TIP 126683) - HOSPITAL COSLADA)			
ANA GARRIDO GARCÍA	RESPONSABLE CONTRATOS EXTERNOS - HOSPITAL COSLADA			
HOSPITAL SANT CUGAT				
ERNESTO LUIS MADRID	DIRECTOR HOSPITAL		X	
JOSÉ FERNÁNDEZ	RESPONSABLE SERVICIOS GENERALES		X	
JUAN MANUEL MUÑOZ	TÉCNICO SPP		X	
CAROLINA REQUENA	SUPERVISORA SERVICIOS GENERALES		X	
AMPARO ORTEGA	ADMINISTRATIVA SERVICIOS GENERALES		X	
CARLES FORNES	DELEGADO DE PREVENCIÓN		X	
GUILLEM MENDEZ	DELEGADO DE PREVENCIÓN		X	
JOSÉ MIGUEL ASENSIO	DELEGADO DE PREVENCIÓN		X	
ANNA CAMPS	COORDINADORA CIRUGÍA HOSPITAL CEPRA		X	
JORDI DE LUIS	COORDINADOR RADIOLOGÍA HOSPITAL CEPRA		X	
DANIEL RAMOS TORRES	MÉDICO DEL TRABAJO. HOSPITAL CEPRA.		X	
MARIANGEL. COSTAS HENRÍQUEZ	MÉDICO DEL TRABAJO HOSPITAL CEPRA		X	

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	Auditoría	Reunión final
M ^a TERESA FELIPE GUTIÉRREZ	ENFERMERA DEL TRABAJO HOSPITAL CEPRA		X	
CA LA SAGRERA BCN				
JOSÉ MARIA LECINA	DIRECTOR DE CENTRO		X	
XAVIER ALBA	JAS		X	
EMILIO ALCANTARA	MEDICO AT Y DELEGADO DE PREVENCIÓN		X	
ANTONIA RIVERO	DUE		X	
MARTA PEÑA	DUE		X	
ALBA VILLAR	DUE		X	
JOSÉ MANUEL PIÑA	PROAS		X	
JESUS CEBRIAN	ADMINISTRATIVO AT		X	
NAILLE RODRIGUES	MÉDICO ITCC		X	
D. Jordi CARMONA	ADMINISTRATIVO SAGRERA			
CA VIA AUGUSTA BCN				
MIERIA MALLARACH	DIRECTORA CENTRO		X	
ESTHER COLLADO	JAS		X	
OLGA PIERA	PROAS		X	
JORDI LLOREDA	PROAS		X	
MIRIAM SUAREZ	ADMINISTRATIVA		X	
JOSÉ RAMÓN SELMA	ADMINISTRATIVO		X	
IRENE PEREA	ADMINISTRATIVA		X	
M ^a EUGENIA VALLINA	MEDICO DE ITCC		X	
CA FIGUERES				
YURI LÓPEZ ESCUSOL	DIRECTOR CENTRO ASISTENCIAL FIGUERES		X	
CA BADAJOZ				
JOSÉ FCO. DIAZ	DIRECTOR		X	
CARLOS CORDERO	MEDICO AT		X	
TERESA CORCHADO	TÉCNICO CONTINGENCIAS PROFESIONALES		X	
CESAR HERNANDEZ	TÉCNICO ADMISIÓN		X	
JOSE MANUEL ALVAREZ	TÉCNICO CONTINGENCIAS COMUNES		X	
EMILIO FERNANDEZ	ENFERMERÍA		X	
CIPRIANA SILVA	LIMPIEZA (FISSA)		X	
CA LLODIO				
JOSÉ LUÍS RITUERTO	DIRECTOR DE CENTRO		X	
ALFREDO MARTÍN	TÉCNICO DE ZONA DEL SPP		X	
ARANTZA IZA	ADMINISTRATIVA PROAS		X	
VIRGINIA GARCÍA	ADMINISTRATIVA		X	

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	Auditoría	Reunión final
TERESA PEÑALVA	ENFERMERA		X	
DIANA GUTIERREZ	MEDICA		X	
ANA HERRANZ	FISIOTERAPEUTA		X	
CA TUDELA				
DAVID NAVASCUES	DIRECTOR DE CENTRO		X	
MARÍA ÁNGELES CARASA	FISIOTERAPEUTA		X	
CARMEN ÁLVAREZ	ENFERMERA		X	
ALICIA ZARDOYA	ADMINISTRATIVA		X	
BELÉN VITAS	ADMINISTRATIVA		X	
SONIA FELIU	ADMINISTRATIVA		X	
MARÍA MALÓN	MÉDICO		X	
CA ALCALÁ DE HENARES				
DAVID ROMERO	DIRECTOR CENTRO		X	
AMAYA ROLDAN	TECNICO SPP		X	
LUIS GOMEZ	FISIOTERAPEUTA		X	
LUIS ÁNGEL ROMERO	MÉDICO CC		X	
GUILLERMO ESTESO	ENFERMERO		X	
OLGA LUCIA CARO	MEDICA		X	
CA CIUDAD LINEAL (Madrid)				
ANGEL UREÑA	DIRECTOR DEL CENTRO		X	
RAMÓN SANCHEZ	JEFE DE ADMINISTRACIÓN Y SERVICIO		X	
CARMEN MORENO	MÉDICA		X	
JUAN RAMÓN TANITA	MÉDICO		X	
CA ALBACETE				
JOSÉ JAVIER CASTILLO	DIRECTOR CENTRO		X	
RAQUEL VIVANCOS	JEFA DE ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS		X	
JOSE MIGUEL OLTRA	MÉDICO		X	
Mª ELENA GARCIA	ENFERMERA AT		X	
ELENA MARTINEZ	ADMISIÓN		X	
Mª JOSÉ MOLINA	ENFERMERA CC		X	
JAVIER CAMPAYO	FISIOTERAPEUTA		X	
CA ALCÁZAR DE SAN JUAN				
FERNANDO SANCHEZ	DIRECTOR DEL CENTRO		X	
CRISTINA BEAMUD	ENFERMERA		X	
REBECA RABOSO	ENFERMERA		X	
ISABEL LUCAS	FISIOTERAPEUTA		X	
ENRIQUE RELUCIO	MÉDICO		X	

Nombre y apellidos	Departamento o cargo	Reunión inicial	Auditoría	Reunión final
CA LUGO				
PABLO SÁNCHEZ	DIRECTOR DEL CENTRO		X	
REMEDISO TRUITÍ	PROAS		X	
DANIEL BERMÚDEZ	MÉDICO		X	
IRIS MIGUELEZ	ENFERMERA		X	
SONIA GONZÁLEZ	FISIOTERAPEUTA		X	
CA CERVERA				
ENRIC ARIAS	DIRECTOR DE CENTRO ASISTENCIAL		X	
MERCÈ VÈLEZ	ADMINISTRATIVA Y DELEGADA DE PERSONAL		X	
MONTSE TORNER	ENFERMERA		X	
MARTA VILES	ENFERMERA		X	
AMALIA GARCÍA	LIMPIEZA MITIE		X	
ESTER TALERO	FISIOTERAPEUTA		X	
CA MECAMADRID				
EUGENIO JOSE GONZÁLEZ	DIRECTOR DE CA MERCAMADRID		X	
CA HUELVA				
JAVIER FERNANDEZ	DIRECTOR CA HUELVA		X	
CA REINOSA				
ALFREDO MARTÍN	TÉCNICO SST		X	
EVA MARÍA GONZÁLEZ	DIRECTORA CA REINOSA		X	