

INFORME

AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES “INFANTA ELENA” (VALDEMORO), TORREJÓN Y “REY JUAN CARLOS” (MÓSTOLES)”

NºEXPEDIENTE: P.A. SER-15/2014-AE

FEBRERO 2015

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA DE VALDEMORO



ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| 1. OBJETO | 1 |
| 2. ALCANCE | 1 |
| 3. METODOLOGÍA SEGUIDA | 1 |
| 4. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA DE VALDEMORO | 17 |
| 4.1. SERVICIO DE LIMPIEZA | 18 |
| 4.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO | 18 |
| 4.1.2. DIAGNÓSTICO | 20 |
| 4.1.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO | 167 |
| 4.1.4. PUNTOS FUERTES | 184 |
| 4.1.5. ÁREAS DE MEJORA | 187 |
| 4.2. SERVICIO DE LENCERÍA Y LAVANDERÍA | 189 |
| 4.2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO | 189 |
| 4.2.2. DIAGNÓSTICO | 190 |
| 4.2.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO | 265 |
| 4.2.4. PUNTOS FUERTES | 272 |
| 4.2.5. ÁREAS DE MEJORA | 275 |
| 4.3. SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA | 278 |
| 4.3.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO | 278 |
| 4.3.2. DIAGNÓSTICO | 279 |
| 4.3.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO | 328 |
| 4.3.4. PUNTOS FUERTES | 335 |
| 4.3.5. ÁREAS DE MEJORA | 337 |
| 4.4. SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS | 340 |
| 4.4.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO | 340 |
| 4.4.2. DIAGNÓSTICO | 352 |
| 4.4.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO | 474 |
| 4.4.4. PUNTOS FUERTES | 484 |
| 4.4.5. ÁREAS DE MEJORA | 488 |

| | |
|---|------------|
| 4.5. SERVICIO DE VIALES Y JARDINES | 490 |
| 4.5.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO | 490 |
| 4.5.2. DIAGNÓSTICO | 491 |
| 4.5.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO | 533 |
| 4.5.4. PUNTOS FUERTES | 538 |
| 4.5.5. ÁREAS DE MEJORA | 541 |
| 4.6. SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN | 558 |
| 4.6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO | 558 |
| 4.6.2. DIAGNÓSTICO | 559 |
| 4.6.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO | 653 |
| 4.6.4. PUNTOS FUERTES | 659 |
| 4.6.5. ÁREAS DE MEJORA | 661 |
| 4.7. SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA | 662 |
| 4.7.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO | 662 |
| 4.7.2. DIAGNÓSTICO | 662 |
| 4.7.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO | 704 |
| 4.7.4. PUNTOS FUERTES | 709 |
| 4.7.5. ÁREAS DE MEJORA | 714 |
| 4.8. SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO | 718 |
| 4.8.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO | 718 |
| 4.8.2. DIAGNÓSTICO | 720 |
| 4.8.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO | 803 |
| 4.8.4. PUNTOS FUERTES | 805 |
| 4.8.5. ÁREAS DE MEJORA | 807 |
| 4.9. SERVICIO DE EXPLOTACIONES COMERCIALES | 808 |
| 4.9.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO | 808 |
| 4.9.2. DIAGNÓSTICO | 808 |
| 4.9.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO | 813 |
| 4.9.4. PUNTOS FUERTES | 814 |
| 4.9.5. ÁREAS DE MEJORA | 814 |

1. OBJETO

El objeto del presente informe es la "Auditoría operativa de calidad del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro de la Comunidad de Madrid".

2. ALCANCE

El alcance del presente informe son los siguientes servicios del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro de la Comunidad de Madrid:

- Limpieza.
- Lencería y Lavandería.
- Seguridad y Vigilancia.
- Gestión de Residuos Sanitarios.
- Viales y Jardines.
- Esterilización.
- Gestión de Almacenes y distribución Logística.
- Apoyo Administrativo.
- Explotaciones comerciales.

3. METODOLOGÍA SEGUIDA

La metodología seguida ha consistido en las siguientes actuaciones por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.:

- Propuesta de indicadores de la Auditoría Operativa de la Calidad para los distintos Servicios No Asistenciales al Servicio Madrileño de Salud, con objeto de su revisión y aprobación.
- Solicitud y análisis de la documentación inicial al Hospital a través del Servicio Madrileño de Salud.
- Propuesta y aprobación del Plan de Visitas in situ, tanto a la Dirección de SS.GG. del Hospital como al Servicio Madrileño de Salud.

- Ejecución de las verificaciones in situ documentales y a través de entrevistas y registros, estando acompañados en todo momento por un interlocutor del Hospital.
- Verificación del grado de cumplimiento del pliego de condiciones administrativo y técnico a nivel documental en las instalaciones de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.
- Elaboración del presente Informe de la Auditoría Operativa de la Calidad en los distintos Servicios No Asistenciales del Hospital recogidos en el alcance.
- Presentación, revisión y aprobación del presente Informe de la Auditoría Operativa de la Calidad.

Los Indicadores de la Auditoría Operativa, presentados por GESMAN y aprobados por el SERMAS en fecha 18 de Diciembre de 2.014, son los siguientes:

- Limpieza:
 - Nº de incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Por Áreas.
 - Nº de incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área Médica.
 - Nº de incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área Quirúrgica.
 - Nº de incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área Materno-Infantil.
 - Nº de incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área de Servicios Centrales.
 - Nº de incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Por Áreas.
 - Nº de incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área Médica.

- N° de incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área Quirúrgica.
- N° de incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área Materno-Infantil.
- N° de incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área de Servicios Centrales.
- Incumplimientos de los mínimos requeridos en el PPT de Limpieza.
- Grado de cumplimiento de la normativa de aplicación:
 - Prevención de riesgos.
 - Gestión de Residuos.
 - Protección de datos.
- Seguimiento de las Políticas en materia de control de infecciones del SERMAS:
 - % de controles de calidad realizados frente a los requeridos.
 - % medio de parámetros dentro del rango requerido.
- Incumplimientos relativos al uso, concentración y tipos de desinfectantes aprobados por Medicina Preventiva.
- Incumplimientos relativos al uso, concentración y tipos de desinfectantes aprobados por Medicina Preventiva. Área Médica.
- Incumplimientos relativos al uso, concentración y tipos de desinfectantes aprobados por Medicina Preventiva. Área Quirúrgica.
- Incumplimientos relativos al uso, concentración y tipos de desinfectantes aprobados por Medicina Preventiva. Área Materno-Infantil.
- Incumplimientos relativos al uso, concentración y tipos de desinfectantes aprobados por Medicina Preventiva. Área de Servicios Centrales.

- Lencería y Lavandería:
 - Cumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas:
 - Equipamiento.
 - Instalaciones técnicas.
 - Instalaciones sociales y sanitarias.
 - Zona de ropa sucia.
 - Cumplimientos del equipamiento que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas:
 - Lavadoras de desinfección.
 - Secadoras.
 - Desagües.
 - Incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y /o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas:
 - Recogida de ropa.
 - Transporte.
 - Clasificación y lavado.
 - Prensa y secado.
 - Empaquetado y expedición.
 - Cumplimiento de la obligación de cambio diario de ropa de habitación y /o Paciente.
 - Se facilita ropa adicional en tiempo y forma (mantas, almohadas, etc).
 - No hay defectos en la calidad de la lencería Hospitalaria.

- No hay fallos en la lencería en las zonas que no son de Hospitalización.
- Lencería en condiciones adecuadas.
- No hay fallos relativos al diseño específico de la ropa seleccionada con los niños atendidos en el Hospital.
- Uniformidad del personal sanitario.
- Cumplimiento de la obligada barrera sanitaria.

- Seguridad y Vigilancia:
 - Realización de los planes de catástrofes o emergencias.
 - Cualificación o capacitación del personal empleado.
 - Cumplimiento de la legislación vigente en materia de Seguridad.
 - Cumplimiento de las obligaciones que pueda repercutir en el paciente o usuario. Por Área.
 - Cumplimiento de las obligaciones que pueda repercutir en el paciente o usuario. Área Médica.
 - Cumplimiento de las obligaciones que pueda repercutir en el paciente o usuario. Área Quirúrgica.
 - Cumplimiento de las obligaciones que pueda repercutir en el paciente o usuario. Área Materno-Infantil.
 - Cumplimiento de las obligaciones que pueda repercutir en el paciente o usuario. Área de Servicios Centrales.
 - Cumplimiento de aquellos aspectos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas:
 - Accesos y salidas.
 - Rondas.
 - RR.HH.

- o Cumplimiento de aquellos aspectos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas:
 - Alarmas.
 - Medios Técnicos.
 - Organización.
 - Seguridad de la Información.
- Gestión de Residuos Sanitarios:
 - o Cumplimiento de la Normativa de Residuos. GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA. Según Área.
 - o Cumplimiento de la Normativa de Residuos. GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA. Según Concepto:
 - Mezcla.
 - Envase.
 - Transporte interno.
 - Almacén intermedio.
 - o Cumplimiento de la Normativa de Residuos. GESTIÓN EXTRAHOSPITALARIA. Punto de Evacuación Final:
 - Arquitectura y señalización.
 - Frecuencia.
 - o Cumplimiento de la Normativa de Residuos. GESTIÓN EXTRAHOSPITALARIA. Transporte, tratamiento y eliminación. Servicio de residuos.
 - o Cualquier otra obligación que pueda repercutir sobre el Paciente / usuario. Por Área.

- Cualquier otra obligación que pueda repercutir sobre el Paciente / usuario.

Por aspecto:

- Los residuos no tocan el suelo.
- Los contenedores están cerrados.
- Protocolos.
- Formación.

- Viales y Jardines:

- Garantía de que las rutas de acceso cumplen con la normativa de supresión de barreras arquitectónicas.

- Garantía de que los vehículos de emergencia tienen acceso a las instalaciones del centro y a las fachadas de los edificios:

- Acceso Zona Norte.
- Acceso Zona Sur.
- Acceso Zona Este.
- Acceso Zona Oeste.

- Cumplimiento de otras obligaciones que pueden repercutir en el paciente/usuario:

- Jardines.
- Señalización.

- Esterilización:

- Cumplimientos que afectan directamente a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de estas:

- Indicadores de Gestión.
 - Acceso y recepción del material.
 - Lavado, limpieza, desinfección y secado.
 - Preparación, empaquetado y esterilización.
 - Almacenamiento y distribución del material estéril.
- o Cumplimiento en aspectos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas:
- Mantenimiento y calibración.
 - Recursos Humanos.
 - Tiempo de caducidad de la esterilización.
 - Empaque adecuado del material a esterilizar.
- o Cumplimiento de las medidas contempladas en el pliego para situaciones extraordinarias:
- Stock de textil y de instrumental.
 - Material estéril de un solo uso.
 - Alternativas a sus Centrales de Esterilización.
- o Cumplimiento de cualesquiera otra obligaciones que pueda repercutir en el Paciente / Usuario:
- Criterios de seguridad.
 - Satisfacción del cliente interno.
- o Cumplimiento de la obligación de garantizar la trazabilidad:
- Correspondencia entre la identificación en la zona de control de entrada y el Sistema Informático.

- Correspondencia entre los datos tomados en la zona estéril de la Central y el Sistema Informático.

- Gestión de almacenes y distribución logística:
 - Cumplimientos que afectan directamente a la operatividad y / o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.
 - Cumplimientos que afectan directamente a la operatividad y / o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Area Médica.
 - Cumplimientos que afectan directamente a la operatividad y / o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Area Quirúrgica.
 - Cumplimientos que afectan directamente a la operatividad y / o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área Materno-Infantil.
 - Cumplimientos que afectan directamente a la operatividad y / o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Area de Servicios Centrales.
 - Incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y/o uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas.
 - Garantía de la trazabilidad de los productos que lo requieran.
 - Cumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el Paciente / Usuario.

- Apoyo administrativo:
 - Actualización del listado telefónico trimestralmente.
 - Cumplimiento de cualesquiera otras obligaciones que pueda repercutir en el paciente/usuario:
 - Gestión de llamadas.
 - Gestión de la comunicación de las personas discapacitadas.
 - Satisfacción de los usuarios en la comunicación.

- Explotaciones comerciales:
 - Cafetería, Bar y comedor:
 - ISO 9.001.
 - Carnet de manipulador de alimentos.
 - Seguridad e Higiene.
 - Servicio de aparcamiento:
 - Área para uso preferente.
 - Tarifas de aparcamiento.

La Documentación inicial, solicitada por GESMAN al Hospital objeto de la presente Auditoría Operativa a través del SERMAS en fecha 18 de Diciembre de 2014 ha sido la siguiente:

SERVICIO DE LIMPIEZA:

- Protocolo de la subdivisión en zonas del Hospital a efectos de limpieza.
- Programas de limpieza por zonas con indicación de su periodicidad: diaria, semanal, mensual, etc.
- Programa de limpiezas a fondo para el mes de Noviembre de 2014.
- Relación de productos a emplear aprobados por Medicina Preventiva.
- Procedimientos de la metodología a emplear en función de las zonas, en caso de disponer de éstos.
- Listado de la maquinaria de limpieza comprometida en la Oferta licitante.
- Plan de Prevención de riesgos laborales.
- Requisitos en materia de control de infecciones del SERMAS y aplicación en el Hospital, en caso de disponer de él.
- Plan de Gestión en el apartado que hace referencia al Servicio de Limpieza.
- Plan Funcional en el apartado que hace referencia al Servicio de Limpieza.

SERVICIO DE LENCERÍA Y LAVANDERÍA:

- Programas de prelavado que garanticen la retirada de materia orgánica, y suciedad de la ropa.
- Programas de termo-desinfección específicos para los distintos tipos de prendas.
- Procesos físicos y químicos llevados a cabo tanto en la ropa, como en los elementos de transporte.
- Calidad de la lencería, que cumpla como mínimo las especificaciones técnicas aplicadas en los Centros Sanitarios adscritos al Servicio Madrileño de Salud.
- Controles bacteriológicos, llevados a cabo por una empresa externa, con una frecuencia mensual.
- Características técnicas de la ropa de los niños.
- Sistema de control de calidad que comprenda la totalidad del proceso.
- Relación del equipamiento de la lavandería.
- Relación de productos empleados en cada fase de lavado.
- Kg diarios de ropa procesada.
- Plan de Gestión en el apartado que hace referencia al Servicio de Lencería y Lavandería.
- Plan Funcional en el apartado que hace referencia al Servicio de Lencería y Lavandería.

SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA:

- Planes de catástrofes internas o emergencias.
- Plan de catástrofes externas.
- Registro de incidencias del mes de Octubre de 2014.
- Número de vigilantes en turno de mañana, en turno de tarde y de noche.
- Procedimiento de control de accesos, en caso de disponer de él.
- Procedimiento de gestión de rondas, en caso de disponer de él.
- Hoja resumen de los cursos previstos en el Plan de Formación del año 2014.
- Plan de Gestión en el apartado que hace referencia al Servicio de Seguridad y Vigilancia.

- Plan Funcional en el apartado que hace referencia al Servicio de Seguridad y Vigilancia.

SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS:

- Autorización vigente como gestor de residuos sanitarios.
- Plan de gestión de Prevención de Riesgos Laborales.
- Hoja resumen de los cursos previstos en el Plan de Formación del año 2.014.
- Características técnicas de los envases de residuos en función del grupo al que pertenecen.
- Plan de Gestión en el apartado que hace referencia al Servicio de Gestión de Residuos Sanitarios.
- Plan Funcional en el apartado que hace referencia al Servicio de Gestión de Residuos Sanitarios.

SERVICIO DE VIALES Y JARDINES:

- Programa de mantenimiento del segundo trimestre de 2.014.
- Planos con indicación de las rutas de acceso conforme a la normativa de supresión de barreras arquitectónicas.
- Planos con indicación de las rutas de accesos a los vehículos de emergencia.
- Planos con indicación de las vías de evacuación alternativas en caso de incendio o cualquier otra eventualidad.
- Plan de Gestión en el apartado que hace referencia al Servicio de viales y jardines.
- Plan Funcional en el apartado que hace referencia al Servicio de viales y jardines.

SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN:

- Licencia de la Central de Esterilización así como de la validación de los equipos y procedimientos de esterilización emitidos por el Mº de Sanidad y Consumo.
- Procedimiento de control y trazabilidad de productos, en caso de disponer de él.
- Procedimiento de control de calidad, en caso de disponer de él.

- Stock de seguridad, tanto de textil como de instrumental.
- Alternativas a sus centrales de esterilización.
- Nº de intervenciones quirúrgicas.
- Edad de los esterilizadores.
- Programa de mantenimiento y calibración, en caso de disponer de él.
- Plan de Gestión en el apartado que hace referencia al Servicio de Esterilización.
- Plan Funcional en el apartado que hace referencia al Servicio de Esterilización.

SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA:

- Procedimiento de trazabilidad en el almacenamiento y distribución, en caso de disponer de él.
- Procedimiento utilizado en la recepción, en caso de disponer de él.
- Procedimiento utilizado en la identificación, en caso de disponer de él.
- Procedimiento utilizado en la entrega al usuario, en caso de disponer de él.
- Procedimiento utilizado en las devoluciones o cambios, en caso de disponer de él.
- Listado de stocks utilizados y cuantías de los mismos, en caso de disponer de él
- Normas de funcionamiento interno del Servicio de Farmacia, en caso de disponer de éstas.
- Plan de Gestión en el apartado que hace referencia al Servicio de Gestión de Almacenes y distribución Logística.
- Plan Funcional en el apartado que hace referencia al Servicio de Gestión de Almacenes y distribución Logística.

SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO:

- Listado telefónico.
- Informe de llamadas atendidas, perdidas y no atendidas.
- Encuesta de satisfacción a los clientes o del instrumento de medición que se haya habilitado.
- Plan de Gestión en el apartado que hace referencia al Servicio de Apoyo Administrativo.

- Plan Funcional en el apartado que hace referencia al Servicio de Apoyo Administrativo.

EXPLORACIONES COMERCIALES:

Cafetería-bar y comedor:

- Certificado ISO 9.000 o equivalente de la cafetería-bar, comedor público y comedor de personal.
- Proyecto sobre seguridad e higiene.

Servicio de aparcamiento:

- Relación De las áreas para uso preferente de aparcamiento.
- Tarifas de aparcamiento.

Servicio de teléfono y televisores en habitaciones y zonas comunes:

- Tarifas de teléfono y servicio de televisión.

La recepción de la documentación inicial, solicitada por GESMAN al Hospital objeto de la presente Auditoría Operativa a través del SERMAS en fecha 18 de Diciembre de 2014 ha sido recepcionada en las fechas siguientes, considerándose suficiente la documentación recibida para la realización de la auditoría operativa:

- Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro:
 - o Fecha de recepción de documentación: **16/01/2015**

El Plan de Visitas, propuesto al SERMAS y al Hospital y que ha sido aprobado 18 de Diciembre de 2014 para el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, y que por tanto, ha sido seguido y completado por parte de GESMAN, ha sido el siguiente:

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA DE VALDEMORO:

02/02/2015: Lunes

Hora: 12:00 – 12:30: Presentación inicial de la Auditoría

Hora: 12:30 – 15:00: Auditoría operativa in- situ del Servicio de Seguridad y Vigilancia

Hora: 16:00 – 18:00: Auditoría operativa in- situ del Servicio de Limpieza

03/02/2015: Martes

Hora: 8:00 – 18:00: Auditoría operativa in- situ del Servicio de Limpieza

04/02/2015: Miércoles

Hora: 8:00 – 12:30: Auditoría operativa in- situ del Servicio de Gestión de Residuos y Sanitarios

Hora: 13:00 – 15:00: Auditoría operativa in- situ del Servicio de Apoyo administrativo

Hora: 16:00 – 18:00: Auditoría operativa in- situ del Servicio de Viales y Jardines

05/02/2015: Jueves

Hora: 8:00 – 12:00: Auditoría operativa in- situ del Servicio de Esterilización

Hora: 12:00 – 14:00: Auditoría operativa in- situ de los Servicios de Explotaciones Comerciales

Hora: 16:00 – 18:00: Auditoría operativa in- situ del Servicio de Lavandería

06/02/2015: Viernes

Hora: 8:00 – 11:00: Auditoría operativa in- situ del Servicio de Almacenes y Distribución - Logística

Hora: 11:00 – 13:00: Auditoría operativa in- situ del Servicio de Traslado de Pacientes y Materiales

A continuación, se estructura el resultado del Informe de la Auditoría Operativa realizada en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, para cada uno de los siguientes Servicios No Sanitarios:

- Limpieza
- Lencería y Lavandería
- Seguridad y Vigilancia
- Gestión de Residuos Sanitarios
- Viales y Jardines
- Esterilización
- Gestión de almacenes y distribución logística.
- Apoyo administrativo
- Explotaciones comerciales

Para cada servicio, se ha realizado una descripción del proceso, avalada por las correspondientes fotos, para a continuación realizar un diagnóstico, en el que se han valorado los aspectos relativos al Servicio y que están expuestos en el Pliego de Condiciones y se ha cuantificado numéricamente el valor asociado a cada uno de los indicadores de la Auditoría Operativa.

Cada uno de los ítems que componen los indicadores se han valorado de 0 a 10, siendo 0 la menor puntuación y se ha cuantificado el valor numérico del indicador también de 0 a 10 y se ha calculado como media aritmética de los valores asociados a los ítems que integran el correspondiente indicador, mostrándose a continuación los resultados obtenidos:

4. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA DE VALDEMORO



4.1. SERVICIO DE LIMPIEZA

4.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Limpieza, en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, consisten en lo siguiente:

- o La limpieza se debe realizar siempre desde las zonas más limpias a las más sucias.
- o Se debe colocar todo el material que se va a necesitar en el carro, incluidas bolsas de basura.
- o Los pomos de las puertas se deben limpiar diariamente con desinfectante.
- o El agua no se debe emplear sola, ya que puede convertirse en un cúmulo de gérmenes. Siempre se le debe añadir detergente más desinfectante en las concentraciones adecuadas según la normativa del servicio de medicina preventiva del centro. Si el germicida utilizado es hipoclorito, se debe emplear siempre mezclado con detergente (no amoniacal).
- o No se debe barrer nunca en seco en el Hospital ya que con este tipo de barrido, los gérmenes que están en el suelo vuelven a suspenderse en el aire. El único sistema adecuado y permitido es por lo tanto la limpieza húmeda. Antes de limpiar el suelo, se debe retirar el polvo del mismo, empleando la mopa. El fregado de suelos se debe hacer mediante sistema de doble cubo, uno para la solución jabonosa y desinfectante y otro para el aclarado, o mediante mopas de microfibra. En cualquiera de los casos, se debe dejar seco.
- o El polvo se debe retirar con una gamuza humedecida con detergente más desinfectante. No se debe pasar el mismo lado de la gamuza por superficies diferentes. Se debe dejar seco.

- o Se debe emplear, material diferente para despachos, habitaciones, cuartos de baño, zonas sucias, vertederos, etc. Las bayetas deben ser de distinto color para su contraste y por ende distinta utilización. Se debe atender al código de colores recomendado por la O.M.S.: **rojo** para WC, **azul** para mobiliario, **amarillo** para sanitarios y **verde** para office de planta...Todo este material se debe enjuagar y aclarar escrupulosamente al terminar cada Unidad y en especial cada habitación de enfermos, y siempre antes de iniciar una nueva limpieza, a fin de evitar que el material de limpieza sea una fuente de contaminación.
- o Nunca debe utilizarse el mismo agua para dos habitaciones distintas de enfermos.
- o Cuartos de baño. Se debe prestar especial atención a la limpieza de cuartos de baño, inodoros, lavabos, etc., Con el fin de garantizar una adecuada higiene de la red de distribución de agua, en cada limpieza –diariamente-, se debe dejar correr el agua de cisternas, lavacuñas y todos los grifos existentes en el cuarto de baño (lavabo y ducha).
- o Las bolsas de basura que nunca deberán exceder del 75% de su capacidad de llenado, se deben cerrar previamente antes de ser evacuadas.
- o Vertederos. Igualmente se debe tener especial atención, la limpieza y descontaminación de los vertederos. En cada limpieza se debe hacer correr el agua acompañada de un detergente; una vez limpio se debe aplicar lejía dejándolo actuar durante 20 minutos.
- o Al final de la jornada, se deben lavar bien con agua caliente y detergente todos los materiales empleados, introduciéndolos a continuación durante 20 minutos en una solución desinfectante. Los útiles de limpieza, deben guardarse secos.
- o Los productos de limpieza deben ir correctamente etiquetados de acuerdo con la normativa vigente, y no se debe transvasar el contenido a recipientes diferentes que no lleven incorporada la etiqueta del producto que portan en su interior.

Por el adjudicatario, se debe aportar una detallada relación de los productos a emplear en cada uno de los servicios, con indicación de su uso, concentración y tipos de desinfectantes a utilizar, aprobados por el Servicio de Medicina Preventiva. En la utilización de productos se debe mantener, en todo momento, el respeto al medio ambiente.

Se deben realizar mensualmente encuestas de satisfacción en las diferentes áreas del hospital para que pueda valorarse el servicio por sus usuarios.

4.1.2. DIAGNÓSTICO

La Sociedad concesionaria, ha presentado la siguiente documentación, de la que se ha verificado que cubre los objetivos planteados en los siguientes términos:

- La subdivisión en zonas del Hospital a efectos de limpieza.
- Programas de limpieza por zonas con indicación de su periodicidad, diaria, semanal, mensual etc.
- Técnicas, procedimientos y productos a emplear en función de las zonas.

A continuación se detalla el cumplimiento de los requisitos definidos en el anexo IV del Pliego de Condiciones de la Concesión:

- Se ha comprobado que la limpieza se realiza desde las zonas más limpias a las más sucias.
- Se ha verificado que se coloca todo el material que se va a necesitar en el carro, incluidas bolsas de basura.
- Los pomos de las puertas se limpian diariamente con desinfectante.
- No se ha evidenciado que el agua se emplee sola, ya que puede convertirse en un cúmulo de gérmenes.

- No se tienen evidencias de que se barra en seco en el Hospital ya que con este tipo de barrido, los gérmenes que están en el suelo vuelven a suspenderse en el aire. El único sistema utilizado y considerado adecuado y permitido es la limpieza húmeda. Antes de limpiar el suelo, se retira el polvo del mismo, empleando la mopa. El fregado de suelos se hace mediante sistema de doble cubo.
- El polvo se retira con una gamuza humedecida con detergente más desinfectante. No se tienen evidencias de que se pase el mismo lado de la gamuza por superficies diferentes. Se ha comprobado que se deja en seco.
- Se emplea, material diferente para despachos, habitaciones, cuartos de baño, zonas sucias, vertederos, etc. Las bayetas son de distinto color para su contraste y por ende distinta utilización. Se atiende al código de colores recomendado por la O.M.S.: **rojo** para WC, **azul** para mobiliario, **amarillo** para sanitarios y **verde** para office de planta...Todo este material se enjuaga y aclara escrupulosamente al terminar cada Unidad y en especial cada habitación de enfermos, y siempre antes de iniciar una nueva limpieza, a fin de evitar que el material de limpieza sea una fuente de contaminación.
- No se tienen evidencias de que se utilice la misma agua para dos habitaciones distintas de enfermos.
- Cuartos de baño. No se ha podido evidenciar que, en cada limpieza – diariamente-, se deje correr el agua de cisternas, lavacañas y todos los grifos existentes en el cuarto de baño (lavabo y ducha).
- En algún caso, se ha detectado la existencia de bolsas de basura que exceden del 75% de su capacidad de llenado, aunque se tienen evidencias de que se cierran previamente antes de ser evacuadas.

- No se ha podido evidenciar que en cada limpieza se haga correr el agua acompañada de un detergente; una vez limpio se aplique lejía dejándolo actuar durante 20 minutos.
- Al final de la jornada, se lavan bien con agua caliente y detergente todos los materiales empleados, introduciéndolos a continuación durante 20 minutos en una solución desinfectante. Los útiles de limpieza, se guardan secos.
- Los productos de limpieza se ha verificado que están correctamente etiquetados de acuerdo con la normativa vigente, y no se trasvasa el contenido a recipientes diferentes que no lleven incorporada la etiqueta del producto que portan en su interior.
- Se tienen evidencias de la existencia de una detallada relación de los productos a emplear en cada uno de los servicios.
- Se realizaron mensualmente encuestas de satisfacción en las diferentes áreas del hospital para que pueda valorarse el servicio por sus usuarios.

Para la realización de la auditoría operativa del Servicio de Limpieza en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, se ha contado con la colaboración de:

- Responsable del Servicio de Limpieza de la Empresa CAPIOSER SERVICIOS INTEGRALES:
D^a M^a Dolores Muñoz y D^a Silvia Fernández
- Coordinadoras del Servicio de Limpieza:
 - Turno de mañana: D^a. Rosa
 - Turno de tarde: D^a. Susana
- Empresa subcontratada para realizar los tratamientos de desinsectación y desratización: AMBISAN,S.L.

El grado de limpieza observado se ha considerado positivo, tal y como se evidencia en las fotos anexas, para cada uno de los Servicios médicos, Área de quirófanos, Plantas de Hospitalización, Servicios centrales y Zonas comunes auditadas. Se ha valorado con 9,5 puntos el grado de limpieza de suelos, paredes, papeleras, así como la limpieza de los baños y las superficies auditadas.

En la documentación remitida se ha podido evidenciar el cumplimiento de las frecuencias de las limpiezas diarias, éstas también visualmente, así como de las limpiezas generales, más específicas, realizándose semanal, mensual, trimestral y semestralmente, cumpliendo con lo requerido para garantizar la operatividad y/o uso de las Áreas Funcionales del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro. Se ha revisado la correcta ejecución de las limpiezas generales, evidenciándose un elevado grado de limpieza en todas las estancias auditadas. Se ha podido evidenciar la correcta implantación del Procedimiento de Limpieza e Higiene Hospitalaria, así como de los Protocolos de Limpieza para Centros Sanitarios. Se ha evidenciado un correcto Programa de Limpiezas por Zonas, en base a su nivel de riesgo, así como unas Técnicas de Limpieza adecuadas para un Centro Hospitalario y Protocolos específicos de limpieza para Zonas de Alto Riesgo:

| PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA | | | |
|---|---|---------------------|----------------|
|  CapioSer Servicios integrales | Código | Edición | Aplicable a |
| | CS/PCL05/FPOC01 | 2.1 | DPTO. LIMPIEZA |
| Elaborado | Revisado | Aprobado | |
| Comisión de SSGG | Comisión de Calidad y Medio Ambiente | Comité de Dirección | |
| Junio 2013 | Junio 2013 | Junio 2013 | |
| Objeto | El objeto del presente procedimiento es definir la metodología y responsabilidades establecidas por CapioSer para la planificación, realización y seguimiento de los servicios prestados por el Departamento de Limpieza, atendiendo a las necesidades del hospital, pacientes y sus familiares y garantizando la profesionalidad del servicio a través del cumplimiento de la ley vigente. Por tanto, se considera prioritario su conocimiento por parte del personal implicado en la limpieza e higiene de CapioSer. | | |
| Alcance | Este procedimiento aplica a todo el personal del Departamento de Limpieza de CapioSer. | | |
| Documentación de Referencia | <ul style="list-style-type: none"> • Norma UNE-EN-ISO 9001:2008 Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos • Norma UNE-EN-ISO 14001:2004 Sistemas de Gestión Ambiental. Requisitos con orientación para su uso • Norma UNE-EN-ISO 9000:2005 Fundamentos y vocabulario • Manual de Calidad y Medio Ambiente de CapioSer | | |
| Formatos | <ul style="list-style-type: none"> • CS/PCL05/FPOC01/01. "Asignación puestos trabajo diario." • CS/PCL05/FPOC01/02. "Trasposos de información entre turnos" • CS/PCL05/FPOC01/03. "Registro de incidencias de Limpieza" • <u>Formatos de control de limpiezas derivadas del "Manual de Protocolos de Limpieza".</u> • CS/PCL05/FPOC01/04. "Formato de Limpiezas Generales." • CS/PCL05/FPOC01/05. "Limpieza diaria de aseos Públicos" • CS/PCL05/FPOC01/06. "Limpieza de habitaciones" • CS/PCL05/FPOC01/07. "Formato Limpieza de Quirófanos" • CS/PCL05/FPOC01/08. "Formato Limpieza de Partorios" • CS/PCL05/FPOC01/09. "Formato Limpieza de Sala de Radiología" • CS/PCL05/FPOC01/010 "Formato Limpieza de Boxes de Urgencias" • CS/PCL05/FPOC01/011 "Formato de Limpieza de UCI" • CS/PCL05/FPOC01/12 "Formato limpieza cristales" • CS-PSN01B-FPOC01-13. Formato de registro de limpieza diario zonas alto riesgo • CS-PSN05-FPOC01-14. Formato de limpieza del área de ortostáticos • CS-PSN01B-FPOC01-15. Formato de registro de limpieza diario zonas riesgo medio • CS-PSN01B-FPOC01-16. Formato de registro de limpieza diario zonas riesgo bajo | | |
| Anexos | MP "Manual de Protocolos de limpieza". <ul style="list-style-type: none"> • MP-1: Clasificación de las áreas de limpieza. | | |

El presente documento es propiedad de Móstoles Laborales de Limpieza y Higiene Hospitalaria, S.L. y queda permitida la impresión en el Portal de Calidad de la Dirección de Calidad.

Página 19 de 20

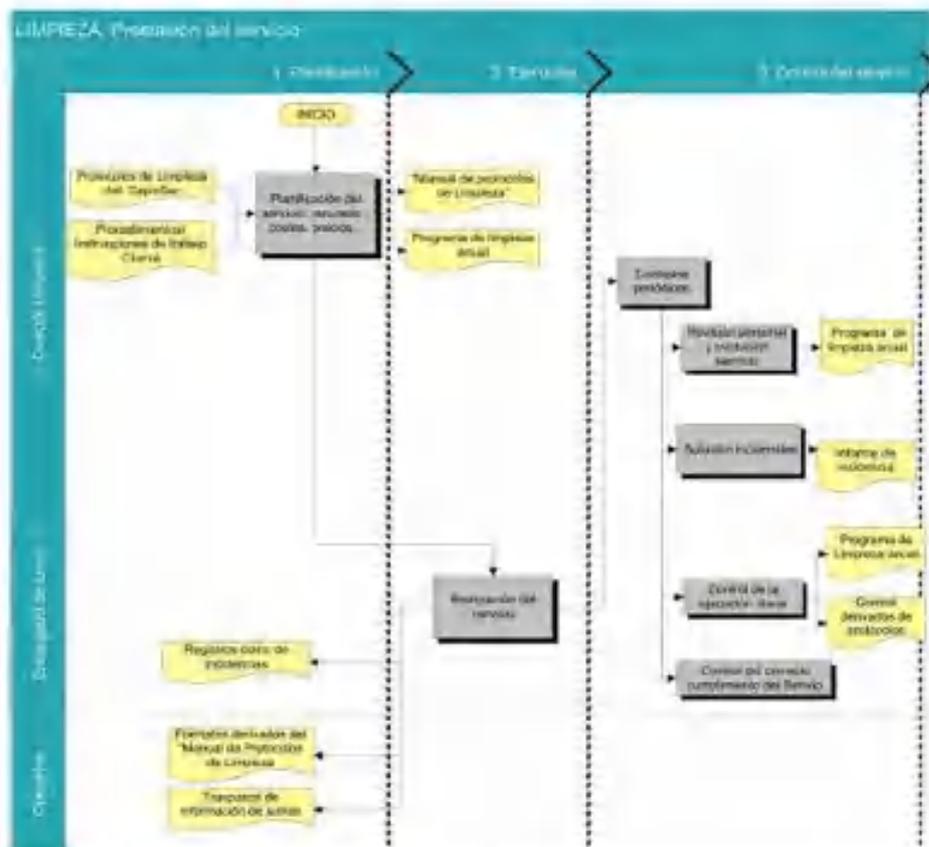
| PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA | | | |
|---|---|--------------|-------------|
|  CapioSer Servicios Integrales | Código | Edición | Aplicable a |
| | | ESPOLUSPOG01 | 2.1 |
| | <ul style="list-style-type: none"> • MP-2: Recursos materiales y técnicos • MP-3: Buenas prácticas del personal de limpieza • MP-4: Programa anual de limpieza • MP-5: Protocolos de limpieza zonas alto riesgo • MP-6: Protocolos de limpieza zonas riesgo medio • MP-7: Protocolos de limpieza bajo zonas riesgo | | |
| Definiciones | <p>Limpieza de Rutina: cuando se realiza aplicando las técnicas básicas</p> <p>Limpieza General: aquella que se realiza en profundidad, que incluye la limpieza de uso cotidiano, y limpieza de paredes, techos desmontaje y montaje de estructura de mobiliario</p> <p>Limpieza Terminal: aquella que se realiza cuando finaliza un proceso (después de finalizada una programación quirúrgica o una habitación después del alta del paciente) para dejar un área apta operativamente</p> | | |

INFORMACIÓN: Todos los documentos son propiedad de GESMAN y la licencia de uso de los mismos se otorga a los clientes de GESMAN. No se permite la explotación económica ni la transformación de los mismos. Los derechos de explotación de los mismos pertenecen a GESMAN. No se permite la explotación económica ni la transformación de los mismos. Los derechos de explotación de los mismos pertenecen a GESMAN.

Página 2 de 2

| PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA | | | |
|---|--------|----------------|-------------|
|  CapioSer Servicios integrales | Código | Edición | Aplicable a |
| | | DS/PCLO5/PCG01 | 2.1 |

REALIZACIÓN



1.- Planificación del servicio

1.1. Introducción

Para garantizar la limpieza e higiene del hospital hemos de tener en cuenta tres factores:

- Zonas del hospital donde se realiza la limpieza y desinfección.
- Productos a utilizar en dichas zonas.
- Técnicas de limpieza.

En cuanto a las zonas, se clasifican en función del riesgo de contaminación en

ATENCIÓN: Este documento es propiedad de GESMAN, S.L. y su contenido es confidencial. No se permite su reproducción, distribución o uso no autorizado. Cualquier uso no autorizado será considerado una infracción de las leyes de España y de otros países. Queda reservada la responsabilidad de la información contenida en este documento.

Figura 1.1.1.1

| PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA E HIGIENE HOSPITALARIA | | | |
|---|---------------|---------|----------------|
|  CapioSer Servicios Integrales | Código | Edición | Aplicable a |
| | CS/PLQSP/0001 | 2.1 | DPTO. LIMPIEZA |

| ZONA DE RIESGO | DEFINICIÓN | APLICABLE A: | ZONAS DE APLICACIÓN EN EL CENTRO: |
|------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| Zonas de ALTO RIESGO | Áreas con alto riesgo de contaminación y contacto con elementos biológicos y fluidos corporales así como con otras sustancias como plaguicidas, sustancias químicas, citostáticos. | <ul style="list-style-type: none"> • Zona Quirúrgica • Unidades de reanimación • Neonatología • Unidad de Cuidados Intensivos • Unidad Coronaria • Unidad de Cirugía Mayor Amputatoria • Zonas de Esterilización • Farmacia: Nutrición Enteral y Quimioterapia • Habitaciones de Aislamiento • Terapia Metabólica • Radiología Intervencionista • Hemodinámica Diagnóstica • Biberonería | |
| Zonas de RIESGO MEDIO | Áreas con riesgo moderado de contaminación y contacto con elementos biológicos y fluidos corporales | <ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia Superficial, RMN, y TAC • Laboratorios de Bioquímica, Hematología, Inmunología y Microbiología • Servicio de Endoscopia • Áreas de Urgencias • Anatomía Patológica • Ecografía, Ecocardiografía, electrofisiología • Autopsias • Hematología y Banco de Sangre • Diálisis • Zonas de Hospitalización • Hospital de Día • Zona de Consultas Externas • Farmacia • Radioterapia • Acelerador Lineal • Servicio Radiodiagnóstico • Unidad del Dolor • Evacuación de Residuos | |
| Zonas de RIESGO BAJO | Áreas con riesgo mínimo de contaminación y contacto con elementos biológicos y fluidos corporales | ZONAS DE ADMINISTRATIVAS: <ul style="list-style-type: none"> • Tanatorio • Dietética • Rehabilitación y Fisioterapia • Servicios Administrativos y archivos • Almacenes: Lencería, suministros sanitarios y de mantenimiento • Bibliotecas, Unidad de docencia, Aulas • Habitaciones guardia y residentes • Atención al usuario • Servicios Religiosos • Vestíbulos, pasillos y escaleras. • Salas de Espera • Zonas de descanso y zonas de estar • Lactario • Ascensores y montacargas. • Otras áreas ZONAS DE HOSTELERÍA: Almacén de víveres de cocina VESTUARIOS Y ASEOS: Aseos, cuartos de baño zonas comunes y vestuarios. TALLERES Y ALMACENES: Servicio de | |

PTD/2014/011. Este documento está ordenado de acuerdo con la Clasificación de la Información Hospitalaria (CII) según la normativa de protección de datos de carácter personal. Si necesitas la clasificación en tu centro, contacta con el Servicio de Gestión de la Información de GESMAN.

Página 6 de 6

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | mantenimiento, locales técnicos EXTERNOS Y VIALES: Exteriores y viales | |
|--|--|--|--|

| MP 4 PROGRAMA DE LIMPIEZA MP4.1 Programa de Limpieza por Zonas | | | |
|---|---|---|--|
|  Servicios Integrados | | Código | Revisión |
| | | MP4.1 | 2.1 |
| | | Fecha Aprobación | Junio 2012 |
| ZONA DE RIESGO | DESCRIPCIÓN | ZONAS DE APLICACIÓN EN EL CENTRO HOSPITALARIO | FORMATOS A APLICAR |
| A. Zonas de alto riesgo | Áreas con alto riesgo de contaminación y contactos con elementos biológicos y fluidos corporales así como con otras sustancias como plaguicidas, sustancias químicas, citostáticos. | <ul style="list-style-type: none"> Zona Quirúrgica Unidades de reanimación Neonatal Unidad de Cuidados Intensivos Unidad de Cuidado Mayor Ambulatorio Zona de Ecobiosfera Farmacia Quimioterápica Habitaciones de Anestesia Radiofísica Intervencionista | Díarios o a Demanda CSPCL05FFPOC01/01 "Formato Limpieza de Quirófanos" CSPCL05FFPOC01/06 "Formato Limpieza de Partoicos" CSPCL05FFPOC01/09 "Formato Limpieza de Sala de Radiología" CSPCL05FFPOC01/11 "Formato de Limpieza de UCI" CS-PSN01B-FFPOC01-13 "Formato de registro de limpieza zonas alto riesgo (incluye limpieza mensual paredes, luces, rejillas y techos)" CS-PSN05-FFPOC01-14 "Formato de limpieza del área de citostáticos" Mensual o a Demanda CSPCL05FFPOC01/12 "Formato limpieza cristales" |
| B. Zonas de medio riesgo | Áreas con riesgo moderado de contaminación y contactos con elementos biológicos y fluidos corporales | <ul style="list-style-type: none"> Radiofísica Superficie ABM y YAC Laboratorio de Bioquímica, Hematología, Serología y Microbiología Servicio de Endoscopia Áreas de Urgencias Anatomía Patológica Hematología y Banco de Sangre Dilatación (hematología) Zona de Hospitalización Hospital de Día Zona de Consulta Externa Farmacia Servicio Radiodiagnóstico Rehabilitación y Fisioterapia Evacuación de Residuos | Limpieza de Rutinas: Díarios o a Demanda CSPCL05FFPOC01/06 "Limpieza de habitaciones" CSPCL05FFPOC01/10 "Formato Limpieza de Boxes de Urgencias" CS-PSN01B-FFPOC01-15 "Formato de registro de limpieza zonas riesgo medio (incluye limpieza mensual paredes, luces, rejillas y techos)" A demanda: CS-PCL05-FFPOC01-12 "Formato pulido suelos" |
| C. Zonas | Áreas con riesgo mínimo | ZONAS DE ADMINISTRATIVAS <ul style="list-style-type: none"> Servicios Administrativos (Despachos, 2ª planta) | Díarios o a Demanda CSPCL05FFPOC01/05 "Limpieza diaria de áreas Públicas" |

Elaborado por:  / Revisado por:  / Aprobado por:  / Fecha: 2012

| MP 4 PROGRAMA DE LIMPIEZA MP4.1 Programa de Limpieza por Zonas | | | |
|---|---|--|--|
|  Servicios Integrados | | Código | Revisión |
| | | MP4.1 | 2.1 |
| | | Fecha Aprobación | Junio 2012 |
| ZONA DE RIESGO | DESCRIPCIÓN | ZONAS DE APLICACIÓN EN EL CENTRO HOSPITALARIO | FORMATOS A APLICAR |
| de bajo riesgo | de contaminación y contacto con elementos biológicos y fluidos corporales | <ul style="list-style-type: none"> Almacenes (exceto suministros sanitarios) Unidad de Atención, Auxilio Instalaciones guardas y residentes Atención al paciente y familia Servicios Religiosos Residuos, pasillos y escaleras Sala de España Lactario Asentamientos y montacargas ZONAS DE HOSTELERÍA: Almacén de víveres de cocina (Definido en APPOC) (sede personal de cocina) E. VESTIARIOS O AISLES: Alcos, cuartos de baño zonas comunes y vestuarios. FALLEROS Y JARDINES: Servicio de mantenimiento (carridos y tráfico horario) S-ESTERILIDAD Y VIALES: Esterilización y viales | CS-PSN05-FFPOC01-15 "Formato de registro de limpieza zonas riesgo bajo (incluye limpieza mensual paredes, luces, rejillas y techos)" A demanda: CS-PCL05-FFPOC01-12 "Formato pulido suelos" |

Elaborado por:  / Revisado por:  / Aprobado por:  / Fecha: 2012

| MP 2. RECURSOS MATERIALES Y TÉCNICOS | | | | |
|---|--------|----------|-------------------|--------------|
| MP 2.1. Técnicas de Limpieza | | | | |
|  CapioSer Servicios Integrales | Código | Revisión | Aplicable a | Aprobado por |
| | MP2.1 | 2.1 | DPTO. LIMPIEZA | Junio 2013 |

1. LIMPIEZA DE SUELOS

1.1 TÉCNICA DOBLE CUBO

Sistema empleado en la limpieza y desinfección de suelos, que supone la utilización de un carro con dos cubos, uno de color azul (cubo limpio) y otro de color rojo (cubo sucio).

- En el cubo azul se vierte lejía con detergente y agua en la proporción 250 ml de lejía por cada 10 litros de agua, hasta alcanzar las 3/4 partes de su capacidad.
- En el cubo rojo se pone solo agua hasta alcanzar 1/3 de su capacidad. La prensa para escurrir la mopa se coloca siempre hacia el cubo rojo.
 - **Primer paso:** introducir la mopa en el cubo azul, humedecer bien y escurrir.
 - **Segundo paso:** realizar la limpieza de forma paralela a los zócalos de la pared, desde el fondo del cuarto y hacia atrás y haciendo ochos. Nunca volver a la zona limpia.
 - **Tercer paso:** introducir la mopa en el cubo rojo, enjuagar bien y escurrir bien. Con este paso se consigue desprender la mayor parte de suciedad que la mopa ha recogido, quedando depositada en el cubo rojo, lo que permite que la solución lejía con detergente del cubo azul siga lo menos contaminada posible.

En el caso de quedar alguna mancha resistente, puede utilizarse cepillo o estropajo, siempre que la superficie lo permita.

1.2. TWISTER - NUEVO SISTEMA DE LIMPIEZA HOSPITALARIO

El sistema de limpieza que proponemos es en la actualidad el más avanzado de Europa y cumple con los requisitos más exigentes de higiene y sanitario.

Consiste en la limpieza de todas las superficies del Hospital mediante mopas y bayetas de microfibra de un solo uso.

La microfibra es un tejido fabricado con fibras microscópicas que actúa sobre la suciedad en forma de imán, absorbiendo la misma, así como el polvo y cabellos existentes en pavimentos y todo tipo de superficies de manera eficaz.

Para la limpieza de habitaciones, siendo de uso exclusivo para cada una, se utiliza una mopa de dos caras así como dos bayetas de diferente color. Esta mopa de doble cara constituye la principal diferencia que el sistema TWISTER presenta frente a otros sistemas de microfibra, ya que permite llevar a cabo un doble fregado de la superficie a limpiar dejando la zona prácticamente seca. De esta manera se utilizan materiales limpios y desinfectados en todo momento, evitando con este procedimiento transportar gérmenes de una habitación a otra o a otras dependencias.

MEMORIA: Trabajo de memoria del sistema de Limpieza de la Unidad operativa de la Dirección General de Atención al Cliente y Atención al Paciente. Documento de información y formación para el personal de Limpieza y Desinfección. Última revisión:

Edgardo López G.

| MP-2. RECURSOS MATERIALES Y TÉCNICOS | | | |
|---|--------|----------|----------------------------|
| MP 2.1. Técnicas de Limpieza | | | |
|  CapioSer Servicios Integrates | Código | Revisión | Aplicable a |
| | | MP2.1 | 2.1 |
| | | | Aprobado por Junio 2013 |

Dado que se utiliza una mopa para cada habitación o zona a limpiar, así como dos bayetas de diferente color en dicha limpieza, se trabaja en todo momento con materiales limpios y desinfectados, evitando de esta manera el transportar gérmenes de una habitación a otra o a otras áreas.

Estas mopas y bayetas, una vez utilizadas, son depositadas en sacos específicos existentes en los carros para su posterior lavado y desinfección.

La utilización de este sistema, mejora de forma ostensible el aspecto general de los pavimentos debido a que la acción permanente de arrastre de la suciedad de los mismos, hace que éstos adquieran su aspecto natural además de un óptimo grado de higiene.

Otra de las particularidades es el incremento del rendimiento de los trabajadores, permitiendo mejorar y dedicar más tiempo a la limpieza de la zona asignada, eliminando los viajes a vertederos para los cambios de aguas, así como los esfuerzos en la manipulación de los cubos.

En el plano de la ergonomía, beneficia al trabajador de manera importante, dado que se evitan los esfuerzos que se realizan con las prensas o los escurridores de las fregonas tradicionales, evitando bajas por accidentes de lumbares o de hombros.

Este sistema se viene aplicando con excelentes resultados en distintos ámbitos hospitalarios a nivel nacional.

Todos los productos que se utilizan en la limpieza con el mencionado sistema, cumplen con la legislación vigente tanto en materia de etiquetado como de biodegradabilidad.

1.3. BARRIDO HÚMEDO CON MOPA DESECHABLE

Procedimiento de eliminación de la suciedad del suelo, mediante el uso de medios que permiten la adherencia de las partículas, evitando su diseminación en el ambiente.

Para ello se emplean mopas con gasa húmeda multicapa desechable.

El barrido se inicia de dentro hacia fuera y en zig-zag. Nunca volver a la zona limpia.

OPERATIVA 1.1.60. Inspección del Sistema de Gestión de la Calidad Médica en el Hospital Real Universidad de Segovia en cumplimiento de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Ley 35/2002, de 11 de mayo, y de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Ley 35/2002, de 11 de mayo, y de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Ley 35/2002, de 11 de mayo.

Página 2 de 2

| MP 2. RECURSOS MATERIALES Y TÉCNICOS | | | | |
|--|--------|----------|-------------|-------------------|
| MP 2.1. Técnicas de Limpieza | | | | |
|  CapioSer Servicios Integrales | Código | Revisión | Aplicable a | Aprobado por |
| | | MP2.1 | 2.1 | DPTO. LIMPIEZA |

2. LIMPIEZA DE SUPERFICIES

2.1 BAYETAS HÚMEDAS NO DESECHABLES DE CUATRO COLORES:

| Bayeta azul | Bayeta verde | Bayeta amarillo | Bayeta roja |
|---|---|--|---|
| Destinada a la limpieza de habitaciones de pacientes y zonas de medio riesgo, en todas las superficies horizontales y verticales, excepto el suelo. | Destinada a la limpieza de zonas de alto riesgo tales como: en las cubiertas, escaleras, zonas de limpieza de residuos. | Destinada a la limpieza de los aseos en todas las superficies excepto en el suelo. | Destinada exclusivamente a la limpieza de los retretes. |

El sistema de limpieza con bayeta húmeda de color permite realizar la limpieza de todas las superficies del hospital, a excepción de los suelos, mediante la asociación de cada color a la zona que se ha de limpiar.

Asimismo, en el carro de limpieza empleado, ha de haber cuatro cubos de 1 litro de capacidad, que se caracterizan por tener los mismos colores que las bayetas correspondientes.

La limpieza húmeda con bayetas de cuatro colores, responde a un procedimiento de eliminación de la suciedad que permite la adherencia de las partículas, evitando su diseminación en el ambiente.

*(NOTA) Este sistema de acción se aplica a la Guía Básica de Limpieza de Hospitales de la Universidad de Valencia. Un sistema de acción se aplicará únicamente cuando se realicen el tipo de limpieza de limpieza de superficies.

Exp. 15/2014

| MP7. PROTOCOLOS DE LIMPIEZA. ZONAS DE ALTO RIESGO | | | |
|--|------------|----------|--------------|
| MP 7.1. Normas de limpieza zona de Alto Riesgos Bloque A (quirófano, paritorio, sala de radiología intervencionista) | | | |
|  Servicios Integrales | Referencia | Revisión | Aplicación a |
| | | MP-7.1 | 2.1 |

| Zonas/ áreas de limpieza | QUIRÓFANOS, SALA DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTAS, PARITORIOS |
|----------------------------------|---|
| Formatos | <ul style="list-style-type: none"> - CS-PCL5-FPOC01-07 Formato de Limpieza de quirófano. - CS-PCL5-FPOC01-08 Formato de Limpieza de Partorios. - CS-PCL5-FPOC01-09 Formato de Limpieza de Intervención Sala de Radiología. |
| Productos/ Sistema de limpieza | <ul style="list-style-type: none"> - Los productos que determine el Centro Hospitalario, siguiendo Instrucciones de la Comisión de la Unidad Preventiva. (ver fichas carros de limpieza) - Según metodología a aplicar: <ol style="list-style-type: none"> a. Empapadores absorbentes b. Bayetas desechables c. Fregona |
| Desarrollo ¿Cómo? y periodicidad | <p>Existen 3 tipos de limpieza:</p> <p>1. Limpieza entre intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sacar la basura y ropa por el pasillo de suicio. - Si en el suelo hay charcos de líquido, utilizar empapadores absorbentes para su recogida. - Retirar del suelo restos, papeles, etc. con la fregona. - Limpiar las superficies que se encuentren sucias (Mesa intervención, mesas auxiliares...) con paños humedecidos en agua jabonosa. (Bayeta desechable) - Reponer las bolsas. - Fregar el suelo con el producto desinfectante recomendado. - Desechar el agua del cubo e higienizar fregona y cubo. (Si se trata de sistema doble cubo) <p>2. Limpieza general: Es la más exhaustiva e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todo el mobiliario, placas de enchufe, paredes, techos, rejillas, puertas - Fregado de paredes anexas a la sala de intervención y de la zona de lavamanos. - Limpieza de paredes y suelo de la sala de intervención, habiendo dejado esta vacía de mobiliario que se volverá a colocar una vez hecha la limpieza. <p>3. Limpieza séptica o potencialmente infectada: al finalizar la intervención, se hará una limpieza en profundidad, igual que la limpieza general, pero si hay una intervención posterior programada no se sacará el mobiliario.</p> |
| Recomendaciones | <ul style="list-style-type: none"> - El personal que realiza la limpieza de estas zonas, debe estar debidamente entrenado y debe evitarse su rotación. - En esta zona se debe entrar con la vestimenta adecuada: Pijama limpio, gorro, mascarilla, calzas, etc - El Carro y los útiles de limpieza han de guardarse dentro de esas zonas y no deben sacarse ni llevarse a otros lugares del Hospital para evitar la contaminación cruzada. |

CapioSar es un servicio de CapioSar, S.L. que opera en el ámbito de la gestión de servicios de limpieza y mantenimiento de edificios. La información contenida en este documento es propiedad de CapioSar, S.L. y no debe ser divulgada a terceros sin el consentimiento expreso de CapioSar, S.L.

Evidencias documentales de las limpiezas diarias de aseos públicos, que visualmente también han sido verificadas por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.

| Mes: NOV | | Año: 2014 | | OBSERVACION (MUESTR) | | US/PL/OS/PL/OS/PL/OS | |
|-----------|-------|--------------|---------------|----------------------|---------------|----------------------|---------------|
| Rev.: 2.3 | | TURNO MAÑANA | | TURNO TARDE | | TURNO NOCHE | |
| Eda | Turno | hora | observaciones | hora | observaciones | hora | observaciones |
| 1 | 10:35 | yaudez | | 16:00 | pepi | 22:00 | |
| 2 | 10:25 | | | 16:30 | pepi | 22:00 | |
| 3 | 10:50 | yaudez | | 16:00 | pepi | 22:00 | |
| 4 | 10:40 | yaudez | | 16:00 | pepi | 22:00 | |
| 5 | 11:00 | yaudez | | 15:30 | pepi | 22:00 | |
| 6 | 10:50 | yaudez | | 16:20 | pepi | 22:00 | |
| 7 | 10:15 | Mar | | 15:20 | pepi | 22:00 | |
| 8 | 12:00 | Mar | | 16:00 | pepi | 22:00 | |
| 9 | 11:30 | Mar | | 15:50 | pepi | 22:00 | |
| 10 | 10:30 | yaudez | | 16:00 | pepi | 22:00 | |
| 11 | 10:50 | yaudez | | 15:25 | pepi | 22:00 | |
| 12 | 11:00 | yaudez | | 15:55 | pepi | 22:00 | |
| 13 | 10:45 | yaudez | | 15:45 | pepi | 22:00 | |
| 14 | 10:30 | Lucia | | 16:00 | pepi | 22:00 | |
| 15 | 11:00 | yaudez | | 15:45 | pepi | 22:00 | |
| 16 | 10:40 | yaudez | | 15:40 | pepi | 22:00 | |
| 17 | 11:10 | yaudez | | 15:40 | pepi | 22:00 | |
| 18 | 10:50 | yaudez | | 15:40 | pepi | 22:00 | |
| 19 | 11:00 | | | 16:10 | pepi | 22:00 | |
| 20 | 11:10 | yaudez | | 15:50 | pepi | 22:00 | |
| 21 | 9:30 | Lucia | | 15:35 | pepi | 22:00 | |
| 22 | 12:00 | Mar | | 15:50 | pepi | 22:00 | |
| 23 | 11:50 | Mar | | 15:45 | pepi | 22:00 | |
| 24 | 10:40 | yaudez | | 15:45 | pepi | 22:00 | |
| 25 | 11:00 | yaudez | | 15:50 | pepi | 22:00 | |
| 26 | 10:30 | Lucia | | 15:40 | pepi | 22:00 | |
| 27 | 11:00 | yaudez | | 16:15 | pepi | 22:00 | |
| 28 | 10:40 | yaudez | | 15:40 | pepi | 22:00 | |
| 29 | 10:20 | yaudez | | 15:30 | pepi | 22:00 | |
| 30 | 10:40 | yaudez | | 15:20 | pepi | 22:00 | |
| 31 | | | | | | | |

NUESTRO COMPROMISO ES MANTENER NUESTROS ASEOS EN PERFECTO ESTADO DE LIMPIEZA Y CONSERVACION. SI DETECTA CUALQUIER ANOMALIA POR FAVOR, COMUNIQUENOSLO

VERIFICADO: Toda actividad de limpieza y conservación de infraestructuras de los hospitales "Infanta Elena" (Valdemoro), Torrejón y "Rey Juan Carlos" (Móstoles)" (EXP: P.A. SER-15/2014-AE)



| hepers | | LIMPIEZA DIARIA DE ASEOS PÚBLICOS | | | | | | CS/PCL06/FPOC01/05 | | |
|---------|-----------------|-----------------------------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------------|--------------|--|
| Mes: 11 | | Año: 2014 | | Rev.: 23 | | | | | | |
| Día | TURNO MAÑANA | | | TURNO TARDE | | | TURNO NOCHE | | | |
| | hora / firma | hora / firma | hora / firma | hora / firma | hora / firma | hora / firma | hora / firma | hora / firma | hora / firma | |
| 1 | 9:10 | Rye | | 18:10 | Yol U | | | | | |
| 2 | 8:45 | Rye | | 18:30 | Yol U | | | | | |
| 3 | 9:00 | Ana R | | 16:25 | Yol U C | | 00:05 | HIRIAM | | |
| 4 | 9:00 | Ana R | | 16:10 | Yol U C | | 00:15 | HIRIAM | | |
| 5 | 9:00 | Ana R | | 16:55 | Yol U C | | | | | |
| 6 | 8:45 | Yol A | | 16:45 | Yol U C | | | | | |
| 7 | 8:50 | Rye | | 16:40 | Yol U C | | 00:20 | HIRIAM | | |
| 8 | | | | | | | 1:30 | Maria y Miriam | | |
| 9 | 9:10 | Ana R | | | | | 2:00 | HIRIAM | | |
| 10 | 9:10 | Ana R | | 16:45 | Yol U C | | | | | |
| 11 | 9:10 | Ana R | | 17:10 | Yol U C | | 1:45 | Rita F y Rye | | |
| 12 | 9:10 | Ana R | | 16:30 | Yol U C | | 00:00 | HIRIAM | | |
| 13 | 9:00 | Maria | | 17:00 | Yol U C | | 12:00 | Maria | | |
| 14 | 9:10 | Ana P | | 16:40 | Yol U C | | 23:00 | Maria | | |
| 15 | 9:30 | Maria | | 17:30 | Yol U | | 3:35 | HIRIAM - M. L. UZ | | |
| 16 | 9:15 | Ana R | | 17:55 | Yol U | | 3:30 | HIRIAM - P. L. UZ | | |
| 17 | 9:10 | Ana R | | 15:55 | Yol U C | | 22:40 | Maria | | |
| 18 | 9:10 | Ana R | | 16:40 | Yol U C | | 22:48 | Maria | | |
| 19 | 9:10 | Ana P | | 16:55 | Yol U C | | 00:00 | HIRIAM | | |
| 20 | 9:10 | Ana P | | 16:40 | Yol U C | | 00:10 | HIRIAM | | |
| 21 | 9:10 | Yol A | | 16:40 | Yol U C | | | | | |
| 22 | 9:00 | Rye | | 20:50 | AMPARO / PAXA | | | | | |
| 23 | 9:00 | Rye | | 19:40 | Yol U C - ENI | | | | | |
| 24 | 9:10 | | | 16:00 | Yol U C | | 00:30 | PAXA | | |
| 25 | 9:10 | Ana R | | 15:40 | Yol U C | | 23:00 | Maria | | |
| 26 | 9:00 | Yol A | | 15:25 | Yol U C | | 23:30 | Maria | | |
| 27 | 9:00 | Ana R | | 15:55 | Yol U C | | 00:10 | HIRIAM | | |
| 28 | 9:00 | Ana R | | 15:45 | Yol U C | | 4:20 | Maria | | |
| 29 | 9:00 | Ana R | | 17:30 | Maria | | 22:20 | MARIA - HIRIAM | | |
| 30 | 9:00 | Ana P | | 18:00 | Yol U | | | | | |
| 31 | | | | | | | | | | |

NUESTRO COMPROMISO ES MANTENER NUESTROS ASEOS EN PERFECTO ESTADO DE LIMPIEZA Y CONSERVACION, SI DETECTA CUALQUIER ANOMALIA POR FAVOR, COMUNIQUENOSLO

ATENCION: Toda actividad del servicio de Limpieza de la Calidad depende de la Tercera Persona, responsable de cada actividad. Utilizando el sistema de control de calidad...

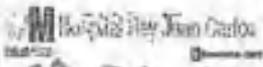


| hepers | | LIMPIEZA DIARIA DE ASEOS PÚBLICOS | | | | | | CS/PCL06/FPDC01/05 | | | | |
|---------|--------------|-----------------------------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------------|--------------|-----------|--|--|
| Mes: 11 | | Año: 2014 | | EX H | | | | | | Rev.: 2.3 | | |
| Día mes | TURNO MAÑANA | | | TURNO TARDE | | | TURNO NOCHE | | | | | |
| | Hora / Firma | Hora / Firma | Hora / Firma | Hora / Firma | Hora / Firma | Hora / Firma | Hora / Firma | Hora / Firma | Hora / Firma | | | |
| 1 | 9:00 | Rge | | 18:00 | Yolvi U | | | | | | | |
| 2 | 8:45 | Rge | | 18:20 | Yolvi U | | | | | | | |
| 3 | 9:00 | Ana R | | 16:35 | Yolvi U | | 00:00 | MIRIAM | | | | |
| 4 | 9:10 | Ana R | | 16:00 | Yolvi U | | 00:10 | MIRIAM | | | | |
| 5 | 9:10 | Ana R | | 16:45 | Yolvi U | | | | | | | |
| 6 | 9:00 | Yolvi A | | 16:55 | Yolvi U | | | | | | | |
| 7 | 9:00 | Yolvi A | | 16:50 | Yolvi U | | 00:25 | MIRIAM | | | | |
| 8 | 8:45 | Ry- | | | | | 1:00 | MARINA y MIRIAM | | | | |
| 9 | 9:10 | Ana R | | | | | 2:00 | MIRIAM - MIRIAM | | | | |
| 10 | 9:10 | Ana R | | 16:55 | Yolvi U | | 23:55 | MIRIAM | | | | |
| 11 | 9:10 | Ana R | | 17:20 | Yolvi U | | 1:45 | PILAR y ROJE | | | | |
| 12 | 9:10 | Ana R | | 16:40 | Yolvi U | | 00:00 | MIRIAM | | | | |
| 13 | 9:10 | Ana R | | 17:10 | Yolvi U | | | | | | | |
| 14 | 9:10 | Ana R | | 16:50 | Yolvi U | | 22:50 | MIRIAM | | | | |
| 15 | 9:35 | Ana R | | 17:40 | Yolvi U | | 3:35 | MIRIAM - PILAR | | | | |
| 16 | 9:10 | Ana R | | 17:45 | Yolvi U | | 3:30 | MIRIAM - PILAR | | | | |
| 17 | 9:10 | Ana R | | 16:05 | Yolvi U | | 22:50 | MIRIAM - PILAR | | | | |
| 18 | 9:10 | Ana R | | 16:30 | Yolvi U | | 22:35 | MIRIAM | | | | |
| 19 | 9:15 | Ana R | | 17:05 | Yolvi U | | 00:00 | MIRIAM | | | | |
| 20 | 9:15 | Ana R | | 16:50 | Yolvi U | | 00:10 | MIRIAM | | | | |
| 21 | 9:10 | Ana R | | 16:50 | Yolvi U | | | | | | | |
| 22 | 9:10 | Ry- | | 16:50 | Yolvi U | | | | | | | |
| 23 | 9:00 | Ry- | | 17:40 | ANTONIO PARRA | | | | | | | |
| 24 | 9:15 | Ana R | | 19:45 | Yolvi U | Eni | | | | | | |
| 25 | 9:15 | Ana R | | 16:10 | Yolvi U | | 00:40 | PARRA | | | | |
| 26 | 9:00 | Ry- | | 15:50 | Yolvi U | | 22:40 | MIRIAM | | | | |
| 27 | 9:15 | Ana R | | 15:35 | Yolvi U | | 23:30 | MIRIAM | | | | |
| 28 | 9:15 | Ana R | | 16:05 | Yolvi U | | 00:10 | MIRIAM | | | | |
| 29 | 9:15 | Ana R | | 15:55 | Yolvi U | | 4:30 | MIRIAM | | | | |
| 30 | 9:15 | Ana R | | 17:20 | MIRIAM | | 22:30 | MIRIAM | | | | |
| 31 | 9:15 | Ana R | | 18:00 | Yolvi U | | | | | | | |

NUESTRO COMPROMISO ES MANTENER NUESTROS ASEOS EN PERFECTO ESTADO DE LIMPIEZA Y CONSERVACION. SI DETECTA CUALQUIER ANOMALIA POR FAVOR, COMUNIQUENOSLO

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad. Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.



| | | |
|--|--|--------------------|
|  mes MAYO 2014 Día mes 20 | LIMPIEZA DIARIA DE ASEOS PÚBLICOS | CS/PCL05/FPOC01/05 |
| | | Rev.: 2.1 |

| 1 | Turno Mañana | | Turno tarde | | Turno Noche | |
|----|--------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|--------------------|
| | Hora: | Nombre y Firma: | Hora: | Nombre y Firma: | Hora: | Nombre y Firma: |
| 2 | 08:30 | Maria | 17:30 | SILVIA/YANU | 4:15 | MIRIAM - REYES |
| 3 | 09:20 | Maria | 17:40 | Pilar + Gam | 4:15 | Joa Elena |
| 4 | 10:05 | Maria | | | 4:00 | ADAR-CARNELLER |
| 5 | 9:10 | Ana R | | | | |
| 6 | 9:10 | Ana R | 16:25 | Yanir C | 23:00 | MA:VA |
| 7 | 9:10 | Ana R | 16:15 | Yanir C | 5:00 | MIRIAM |
| 8 | 8:40 | Maria | 16:35 | Silvia/Yanir | 5:00 | Maria Garcia Wanda |
| 9 | 9:10 | Ana R | 17:20 | Yanir C | 23:00 | MA:VA |
| 10 | 9:10 | Ana R | 17:45 | Yanir C | 04:15 | WILM CHARRO |
| 11 | 9:15 | REYES | | | 2:00 | MIRIAM - M-LUZAR |
| 12 | 9:15 | | | | 2:30 | MIRIAM - ELSA |
| 13 | 9:10 | Ana R | 16:20 | Yanir C | 08:15 | MIRIAM - REYES |
| 14 | 9:45 | MARTIN | 18:15 | Silvia | 23:00 | MA:VA |
| 15 | 9:45 | Maria | 17:50 | como Wanda | 5:20 | MIRIAM |
| 16 | 9:10 | Roye | 16:40 | Yanir C | 2:45 | Ana R - M-LUZAR |
| 17 | 9:10 | Roye | | | | MIRIAM TERE |
| 18 | 9:00 | Roye | | | | |
| 19 | 9:10 | Ana R | 17:30 | Yanir C | 5:15 | ADAR-C.R |
| 20 | 9:10 | Ana R | 16:35 | Yanir C | 23:10 | MA:VA |
| 21 | 9:15 | MIRIAM | 17:35 | Yanir C | 23:31 | MIRIAM |
| 22 | 9:10 | Ana R | 19:55 | M-LUZAR | 6:20 | MIRIAM |
| 23 | 9:10 | Ana R | 16:45 | Yanir C | 4:50 | Pilar Fy M-LUZAR |
| 24 | 9:10 | Ana R | | | 24:15 | Chaga / Roye |
| 25 | 9:30 | Maria | | | 5:00 | MICA-MIRIAM |
| 26 | 9:10 | Ana R | 17:45 | Yanir C | 8:35 | Silvia/Cajon |
| 27 | 9:45 | MIRIAM | 16:05 | Yanir C | 4:10 | Maria-M-LUZAR |
| 28 | 9:10 | Ana R | 17:30 | Yanir C | 23:00 | MA:VA |
| 29 | 9:10 | Ana R | 18:20 | M-LUZAR | | |
| 30 | 8:55 | REYES | 18:15 | M-LUZAR | 5:15 | Ana-Roye |
| 31 | 8:40 | M-LUZAR | | | 23:30 | MIRIAM-NICOLAS |

ADVERTENCIA: Este documento es propiedad de GESMAN, S.L. y su contenido es confidencial. No se permite su reproducción, distribución o uso no autorizado. Cualquier uso no autorizado será considerado delito de infracción de derechos de propiedad intelectual y será perseguido legalmente.



| Hospital Rey Juan Carlos | | LIMPIEZA DIARIA DE ASEOS PÚBLICOS | | CS/PCL05/FPOC01/05 | | |
|--------------------------|--------------|--|-------------|--------------------|-----------------|---------------------|
| mes MAYO 2014 | | | | Rev: 2.1 | | |
| Día mes | Turno Mañana | | Turno tarde | | Turno Noche | |
| | Hora: | Nombre y Firma: | Hora: | Nombre y Firma: | Nombre y Firma: | |
| 1 | 09:25 | María | 17:15 | Pilar L + Gema | 05:10 | Isa E. Jerez |
| 2 | 09:25 | María | | | | |
| 3 | 10:10 | María | | | | |
| 4 | 9:00 | Ana R | | | | |
| 5 | 9:00 | Ana R | | | | |
| 6 | 9:00 | Ana R | 16:15 | Yolix L | 23:10 | IRATZ-CARRERA R |
| 7 | 9:35 | Maria | 16:25 | Yolix L | 5:15 | MIRIAM |
| 8 | 9:00 | Ana R | 16:40 | Silvia Yoli V | 5:00 | Maria-Cecilia Wanda |
| 9 | 9:00 | Ana R | 17:30 | Yolix L | 23:40 | IRATZ |
| 10 | 9:00 | Ana R | 17:55 | Yolix L | 4:15 | C. NARES |
| 11 | 9:05 | IRATZ | | | 8:00 | MIRIAM-M. LUIS R |
| 12 | 9:05 | IRATZ | | | 7:30 | MIRIAM-ELISA |
| 13 | 9:00 | Ana R | 16:10 | Yolix L | 23:50 | IRATZ |
| 14 | 9:50 | MAYTE | 18:00 | Yoli M | 22:40 | IRATZ |
| 15 | 9:30 | Maria | 17:20 | Silvia | 5:05 | MIRIAM |
| 16 | 9:50 | IRATZ | 17:40 | wanda | 5:15 | Ana R-Miriam |
| 17 | 9:00 | IRATZ | 16:30 | Yolix L | 01:00 | IRATZ-SABE |
| 18 | 9:10 | IRATZ | | | | Yoli - Silvia |
| 19 | 9:00 | Ana R | | | 2:45 | MIRIAM TERE |
| 20 | 9:00 | Ana R | 17:20 | Yolix L | 05:00 | MAR-VERONICA |
| 21 | 9:00 | Ana R | 16:25 | Yolix L | 23:40 | IRATZ |
| 22 | 0:05 | IRATZ | 17:25 | Yolix L | 23:15 | IRATZ |
| 23 | 9:00 | Ana R | 20:00 | M. del | 6:20 | MIRIAM |
| 24 | 9:00 | Ana R | 16:55 | Yolix L | 4:45 | Pilar Fy Miriam |
| 25 | 9:35 | Maria | | | 23:10 | Chora - IRATZ |
| 26 | 9:00 | Ana R | 17:35 | Yolix L | 5:00 | MIRA-MIRIAM |
| 27 | 9:40 | IRATZ | | | 3:30 | Silvia C. Jerez |
| 28 | 9:00 | Ana R | 16:15 | Yolix L | 4:15 | Maria Miriam I |
| 29 | 9:00 | Ana R | 17:20 | Yolix L | 23:45 | IRATZ |
| 30 | 9:10 | IRATZ | 18:10 | Yoli M | | |
| 31 | 9:45 | IRATZ | 18:25 | Yoli M | 5:00 | Ana-Rose |
| | | | | | 2:30 | MIRA-MIRIAM |

Este documento es propiedad de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. y no debe ser reproducido ni distribuido sin el consentimiento escrito de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.

©2009. Toda reproducción del presente documento en cualquier forma o por cualquier medio, sin el consentimiento escrito de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. quedará sujeta a las sanciones establecidas en la Ley de Propiedad Intelectual.



Evidencias documentales de las limpiezas diarias de quirófanos, UCI, boxes de Urgencia, Neonatología y habitaciones de Hospitalización, que visualmente también han sido verificadas por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.:

| | | |
|---|-------------------------------|------------------|
|  | LIMPIEZA DE QUIRÓFANOS | CSPCLB/FPDC01/07 |
| | | Rev. 2.2 |

| QUIRÓFANO | TIPO DE LIMPIEZA | DÍA | HORA | LIMPIADORA | FIRMA |
|-----------|------------------|----------|-------|------------|-------------------|
| 5 | R | 17-11-14 | 9:35 | ROSA -ISA | |
| 7 | R | 17-11-14 | 9:45 | ROSA -ISA | |
| 2 | R | 17-11-14 | 10:10 | ROSA -ISA | |
| 7 | R | 17-11-14 | 10:20 | ROSA -ISA | |
| 6 | R | 17-11-14 | 10:50 | ROSA -ISA | |
| 5 | R | 17-11-14 | 10:55 | ROSA -ISA | |
| 2 | R | 17-11-14 | 11:05 | ROSA -ISA | |
| 3 | R | 17-11-14 | 11:15 | ROSA -ISA | |
| 4 | R | 17-11-14 | 11:20 | ROSA -ISA | |
| 6 | R | 17-11-14 | 11:40 | ROSA -ISA | |
| 7 | R | 17-11-14 | 11:50 | ROSA -ISA | |
| 2 | R | 17-11-14 | 12:05 | ROSA -ISA | |
| 4 | R | 17-11-14 | 12:25 | ROSA -ISA | |
| 7 | R | 17-11-14 | 12:25 | ROSA -ISA | |
| 5 | R | 17-11-14 | 12:30 | ROSA -ISA | |
| 6 | R | 17-11-14 | 12:35 | ROSA -ISA | |
| 2 | R | 17-11-14 | 12:55 | ROSA -ISA | PACIENTE PEDIATRO |
| 6 | R | 17-11-14 | 13:15 | ROSA -ISA | |
| 3 | R | 17-11-14 | 13:55 | ROSA -ISA | |
| 6 | R | 17-11-14 | 14:00 | ROSA -ISA | |
| 6 | R | 17-11-14 | 14:10 | ROSA -ISA | |
| 5 | R | 17-11-14 | 14:20 | ROSA -ISA | |
| 6 | R | 17-11-14 | 14:30 | ROSA -ISA | |

Tipos de Limpieza:

R= Limpieza rutinaria (Entre intervención e intervención)

E= Limpieza exhaustiva (Si ha sido de infeccioso y la realizada al cierre diario del quirófano, llamada de arrastre)

G= Limpieza General (Al menos una vez al mes Aprovechando que el quirófano está vacío)

Revisado Responsable: ROSI 17-11-2014

Observaciones:

C.M.A.

ATENCIÓN: Este documento es propiedad de Gesman de la Cultura, Obsequios y Fiestas y no debe ser utilizado sin su consentimiento. Únicamente se autoriza su uso para fines de control de calidad en el Personal de Gestión de la Intervención de Gestión.

Página 1 de 1

| | | |
|---|-------------------------------|-------------------|
|  | LIMPIEZA DE QUIRÓFANOS | CS/PCL6/FPOC01/07 |
| | | Rev: 2.2 |

| Nº QUIRÓFANO | TIPO DE LIMPIEZA | DÍA | HORA | LIMPIADORA | FIRMA |
|--------------|------------------|----------|-------|------------|----------|
| 1 | R | 17-11-14 | 19:40 | ROSA - ISA | |
| 6 | R | 17-11-14 | 19:50 | ROSA - ISA | RODRIGAS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Tipos de Limpieza:
R = Limpieza rutinaria (Entre intervención e intervención)
E = Limpieza exhaustiva (Si ha sido de infeccioso y la realizada al cierre diario del quirófano, llamada de arrastre)
G = Limpieza General (Al menos una vez al mes Aprovechando que el quirófano esté vacío)

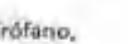
Revisión Responsable:

Observaciones:

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Internet tiene consideración de copia no justificada. Únicamente se considera documentación controlada la registrada en el Portal de Calidad de la Entidad de Copias.



| | | |
|---|-------------------------------|-------------------|
|  CapiroSer Servicios integrales | LIMPIEZA DE QUIRÓFANOS | CS/PGLB/FPOC01/07 |
| | | Rev: 2.2 |

| Nº QUIRÓFANO | TIPO DE LIMPIEZA | DÍA | HORA | LIMPIADORA | FIRMA |
|--------------|------------------|----------|-------|-------------|---|
| 2 | E | 17.11.14 | 17:40 | MAIKO-PAQUI |  |
| 3 | E | 17.11.14 | 17:00 | MAIKO-PAQUI |  |
| 4 | R | 17.11.14 | 15:30 | MAIKO-PAQUI |  |
| 4 | R | 17.11.14 | 18:35 | MAIKO-PAQUI |  |
| 4 | E | 17.11.14 | 21:20 | MAIKO |  |
| 5 | R | 17.11.14 | 16:55 | MAIKO |  |
| 6 | R | 17.11.14 | 16:10 | MAIKO-PAQUI |  |
| 6 | R | 17.11.14 | 16:30 | MAIKO |  |
| 6 | R | 17.11.14 | 17:00 | MAIKO |  |
| 6 | R | 17.11.14 | 17:15 | MAIKO |  |
| 6 | R | 17.11.14 | 17:45 | MAIKO |  |
| 6 | R | 17.11.14 | 18:10 | MAIKO |  |
| 6 | R | 17.11.14 | 18:50 | MAIKO |  |
| 6 | R | 17.11.14 | 19:10 | MAIKO-PAQUI |  |
| 6 | R | 17.11.14 | 19:10 | MAIKO |  |
| 6 | E | 17.11.14 | 20:30 | MAIKO-PAQUI |  |
| 7 | E | 17.11.14 | 17:35 | PAQUI |  |
| S. PROCED | R | 17.11.14 | 18:00 | PAQUI |  |
| ENDOSCO | R | 17.11.14 | 21:50 | MAIKO-PAQUI |  |
| 5 | R | 17.11.14 | 18:45 | MAIKO-PAQUI |  |
| 5 | E | 17.11.14 | 21:35 | MAIKO-PAQUI |  |

Tipos de Limpieza:-

R = Limpieza rutinaria (Entre intervención e intervención)

E = Limpieza exhaustiva (Si ha sido de infeccioso y la realizada al cierre diario del quirófano, llamada de arrastre)

G = Limpieza General (Al menos una vez al mes Aprovechando que el quirófano esté vacío)

Revisión Responsable: 

Observaciones:

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Intranet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en el Puesto de Calidad de la Intranet de Caposer.

Página 1 de 1

| | | |
|---|------------------------|------------------|
|  | 21/11/2014 | CS/PCL6/FPOC01/A |
| | LIMPIEZA DE QUIRÓFANOS | Rev: 2.2 |
| nombre castilla Fach | | |

| QUIRÓFANO | TIPO DE LIMPIEZA | HORA | COMENTARIOS | FECHA |
|-----------|------------------|-------|-------------|-------|
| 1 | R | 15:55 | | |
| 2 | G | 16:00 | | |
| 3 | R | 17:30 | | |
| 3 | R | 18:10 | | |
| 2 | R | 18:00 | | |
| 1 | R | 17:30 | | |
| 3 | R | 18:30 | | |
| 4 | R | 15:30 | | |
| 4 | R | 16:40 | | |
| 4 | E | 17:30 | | |
| 5 | R | 17:05 | | |
| 5 | R | 18:25 | | |
| 5 | E | 20:15 | | |
| 6 | R | 16:05 | | |
| 6 | R | 18:10 | | |
| 6 | E | 20:30 | | |
| 7 | E | 15:00 | | |
| 8 | R | 18:10 | | |
| 8 | R | 18:50 | | |
| 8 | R | 17:40 | | |
| 8 | R | 18:45 | | |
| 8 | R | 19:25 | | |
| 8 | E | 20:45 | | |

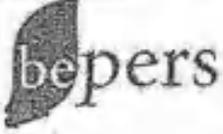
Tipos de Limpieza:
 R = Limpieza rutinaria (Entre intervención e intervención)
 E = Limpieza exhaustiva (Si ha sido de infeccioso y la realizada al cierre diario del quirófano, llamada de arrastre)
 G = Limpieza General (Al menos una vez al mes Aprovechando que el quirófano esté vacío)

Revisión Responsable:

Observaciones:

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Intranet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en el Portal de Calidad de la Intranet de Copioteer

Página 1 de 1

| | | |
|---|------------------------|------------------|
|  | 21/11/2014 | CS/PCL6/FPOC01/0 |
| | LIMPIEZA DE QUIRÓFANOS | Rev. 2.2 |

Wanda Carbill Pool

| QUIRÓFANO | TIPO DE LIMPIEZA | HORA | TEMPERATURA |
|-----------|------------------|-------|-------------|
| 9 | R | 14:40 | |
| 9 | R | 15:30 | |
| 9 | R | 16:15 | |
| 9 | R | 16:55 | |
| 9 | R | 17:25 | |
| 9 | R | 18:20 | |
| 9 | R | 18:35 | |
| 9 | R | 19:05 | |
| 9 | R | 19:40 | |
| 9 | R | 20:25 | |
| 10 | R | 15:15 | |
| 10 | R | 17:00 | |
| 10 | R | 18:15 | |
| 10 | R | 19:45 | |
| 10 | E | 21:00 | |
| 3 | G | 22:50 | Quirófano |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

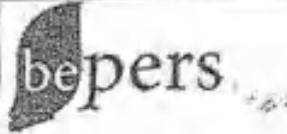
Tipos de Limpieza:
R = Limpieza rutinaria (Entre Intervención e intervención)
E = Limpieza exhaustiva (Si ha sido de infeccioso y la realizada al cierre diario del quirófano, llamada de arrastre)
G = Limpieza General (Al menos una vez al mes Aprovechando que el quirófano esté vacío)

Revisión Responsable:

Observaciones:

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Intranet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en el Portal de Calidad de la Intranet de Copioser

Página 1 de 1

| | | |
|---|-------------------------------|-----------------|
|  | LIMPIEZA DE QUIRÓFANOS | CS/PCL&FPOC01/0 |
| | | Rev: 2.2 |

| ORDEN | TIPO DE LIMPIEZA | FECHA | HORA | PERSONAL | OTROS |
|-------|------------------|----------|-------|---------------|-------|
| 8 | R | 18-11-14 | 16:15 | Maria y Wandr | |
| 8 | R | | 17:30 | | |
| 8 | R | | 18:40 | | |
| 8 | R | | 19:15 | | |
| 8 | R | | 20:05 | | |
| 9 | R | | 15:15 | | |
| 9 | R | | 16:05 | | |
| 9 | R | | 16:35 | | |
| 9 | R | | 17:00 | | |
| 9 | R | | 17:45 | | |
| 9 | R | | 17:55 | | |
| 9 | R | | 18:20 | | |
| 9 | R | | 18:55 | | |
| 9 | R | | 19:25 | | |
| 9 | E | | 20:40 | | |
| 10 | R | | 14:35 | | |
| 10 | R | | 16:25 | | |
| 10 | E | | 18:05 | | |
| 3 | E | | 20:30 | Amparo | |
| 4 | G | | 21:50 | Amparo | |
| 6 | E | | 23:20 | U | |
| 7 | E | | 23:40 | U | |
| 8 | E | | 24:00 | U | |

Tipos de Limpieza:

R = Limpieza rutinaria (Entre intervención e intervención)

E = Limpieza exhaustiva (Si ha sido de infeccioso y la realizada al cierre diario del quirófano, llamada de arrastre)

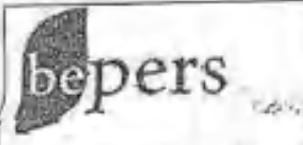
G = Limpieza General (Al menos una vez al mes Aprovechando que el quirófano esté vacío)

Revisión Responsable:

Observaciones:

Carmen Silva → toda Rea, menos dos Boxes con pacientes, el 5 y el 1 =

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Intranet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en el Portal de Calidad de la Intranet de Copiserv

| | | |
|---|-------------------------------|-------------------|
|  | LIMPIEZA DE QUIRÓFANOS | CS/PCL6/FP0C01/0' |
| | | Rev: 2.2 |

| ORDEN | TIPO DE LIMPIEZA | FECHA | HORA | LIMPIADOR | CLIENTE |
|-------|------------------|----------|-------|---------------|---------|
| 1 | E | 28-11-14 | 14:45 | Maria y Wanda | |
| 2 | R | | 17:20 | | |
| 2 | R | | 20:25 | | |
| 2 | E | | 21:10 | | |
| 3 | R | | 16:20 | | |
| 3 | R | | 18:30 | | |
| 3 | R | | 20:10 | | |
| 4 | R | | 14:25 | | |
| 4 | R | | 15:15 | | |
| 4 | R | | 19:05 | | |
| 4 | R | | 19:10 | | |
| 4 | R | | 20:20 | | |
| 5 | R | | 16:00 | | |
| 5 | R | | 17:15 | | |
| 5 | R | | 18:15 | | |
| 5 | R | | 19:05 | | |
| 5 | G | | 20:15 | | |
| 6 | R | | 15:05 | | |
| 6 | R | | 17:35 | | |
| 7 | R | | 15:25 | | |
| 7 | R | | 17:50 | | |
| 7 | R | | 18:45 | | |
| 8 | R | | 14:30 | | |

Tipos de Limpieza:

R = Limpieza rutinaria (Entre intervención e intervención)

E = Limpieza exhaustiva (Si ha sido de infeccioso y la realizada al cierre diario del quirófano, llamada de arrastrar)

G = Limpieza General (Al menos una vez al mes Aprovechando que el quirófano esté vacío)

Revisión Responsable:

Observaciones:

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Intranet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en el Portal de Calidad de la Intranet de Capioceer

Página 1 de 1

| | | |
|--|-------------------------------|-------------------|
|  CapiroSer Servicios Integrales | LIMPIEZA DE QUIRÓFANOS | CS/PCL5/FPOC01/07 |
| | | Rev: 2.1 |

| N. QUIRÓFANO | TIPO DE LIMPIEZA | DÍA | HORA | LIMPIADORA | FIRMA |
|--------------|------------------|---------|-------|----------------|-------|
| 6 | R | 16-5-14 | 17:35 | Marisa y Wanda | |
| 6 | R | | 18:50 | | |
| 6 | R | | 19:55 | | |
| 7 | R | | 15:05 | | |
| 7 | R | | 18:40 | | |
| 7 | R | | 18:30 | | |
| 7 | R | | 20:50 | | |
| 8 | R | | 15:35 | | |
| 8 | R | | 16:45 | | |
| 8 | R | | 17:15 | | |
| 8 | R | | 18:00 | | |
| 8 | R | | 19:15 | | |
| 8 | R | | 20:15 | | |
| 9 | R | | 14:25 | | |
| 9 | R | | 16:00 | | |
| 9 | R | | 16:40 | | |
| 9 | R | | 18:00 | | |
| 9 | R | | 17:40 | | |
| 9 | R | | 18:40 | | |
| 9 | R | | 19:05 | | |
| 9 | R | | 19:40 | | |
| 9 | E | | 20:30 | | |
| 10 | E | | 14:40 | | |

Tipos de Limpieza:

R = Limpieza rutinaria (Entre intervención e intervención)

E = Limpieza exhaustiva (Si ha sido de infeccioso y la realizada al cierre diario del quirófano, llamada de arrastre)

G = Limpieza General (Al menos una vez al mes Aprovechando que el quirófano esté vacío)

Revisión Responsable:

Observaciones:

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Intranet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en el Portal de Calidad de la Intranet de CapioSer

Página 1 de 1

| | | |
|---|-------------------------------|-------------------|
|  CapioSer Servicios integrales | LIMPIEZA DE QUIRÓFANOS | CS/PCL5/FPOC01/07 |
| | | Rev: 2.1 |

| N. QUIRÓFANO | TIPO DE LIMPIEZA | DIAS | HORA | TIPO LIMPIEZA | FIRMA |
|--------------|------------------|---------|-------|----------------|-------|
| 2 | R | 16-5-14 | 15:40 | Maria y Vivian | |
| 2 | R | | 16:10 | | |
| 2 | R | | 16:30 | | |
| 2 | R | | 17:00 | | |
| 2 | R | | 17:35 | | |
| 2 | R | | 18:00 | | |
| 2 | R | | 18:20 | | |
| 2 | R | | 18:55 | | |
| 2 | R | | 19:15 | | |
| 2 | R | | 20:10 | | |
| 2 | E | | 20:35 | | |
| 3 | E | | 15:00 | | |
| 4 | R | | 15:10 | | |
| 4 | R | | 19:20 | | |
| 4 | R | | 19:20 | | |
| 4 | E | | 21:10 | | |
| 5 | R | | 15:20 | | |
| 5 | R | | 16:15 | | |
| 5 | R | | 17:20 | | |
| 5 | R | | 18:15 | | |
| 5 | R | | 19:15 | | |
| 5 | R | | 19:50 | | |
| 6 | R | | 15:10 | | |

Tipos de Limpieza:

R = Limpieza rutinaria (Entre intervención e intervención)

E = Limpieza exhaustiva (Si ha sido de infeccioso y la realizada al cierre diario del quirófano, llamada de arrastre)

G = Limpieza General (Al menos una vez al mes Aprovechando que el quirófano esté vacío)

Revisión Responsable:

Observaciones:

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Entidad tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considerará documentación controlada la residente en el Portal de Calidad de la Entidad de CapioSer

Página 1 de 1

| | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|
|  CapiroSer Servicios Integrales | LIMPIEZA DE QUIRÓFANOS | CS/PCL5/FPOC01/07 <hr/> Rev: 2.1 |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|

| QUIRÓFANO | TIPO DE LIMPIEZA | DÍA | HORA | LIMPIADORA | FIRMA |
|-----------|------------------|---------|-------|------------|-------|
| 5 | E | 16/5/14 | 22:15 | Beatriz | |
| 6 | R | " | 22:30 | " | |
| 7 | E | " | 22:00 | " | |
| 8 | G | " | 23:40 | " | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Tipos de Limpieza:
 R = Limpieza rutinaria (Entre intervención e intervención)
 E = Limpieza exhaustiva (Si ha sido de infeccioso y la realizada al cierre diario del quirófano, llamada de arrastre)
 G = Limpieza General (Al menos una vez al mes Aprovechando que el quirófano esté vacío)

Revisión Responsable:

Observaciones:

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Intranet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en el Portal de Calidad de la Intranet de CapiroSer



| | | |
|---|-------------------------------|-------------------|
|  CapioSer Servicios Integrales | LIMPIEZA DE QUIRÓFANOS | CS/PCL5/FPOC01/07 |
| | | Rev. 2.1 |

| Nº QUIRÓFANO | TIPO DE LIMPIEZA | DÍA | HORA | LIMPIADORA | FIRMA |
|--------------|------------------|--------|-------|---------------|-------|
| 2 | R | 8-5-14 | 14:45 | Maria y Wanda | |
| 2 | R | | 19:00 | | |
| 2 | E | | 20:30 | | |
| 3 | E | | 15:40 | | |
| 4 | R | | 14:50 | | |
| 4 | R | | 17:35 | | |
| 4 | R | | 19:45 | | |
| 4 | E | | 20:45 | | |
| 5 | R | | 15:20 | | |
| 5 | R | | 17:20 | | |
| 5 | E | | 19:35 | | |
| 6 | E | | 15:05 | | |
| 7 | R | | 14:40 | | |
| 7 | R | | 16:15 | | |
| 7 | R | | 18:15 | | |
| 7 | E | | 21:15 | | |
| 8 | R | | 15:00 | | |
| 8 | R | | 18:45 | | |
| 8 | R | | 18:45 | | |
| 8 | E | | 20:15 | | |
| 9 | R | | 16:10 | | |
| 9 | R | | 16:45 | | |
| 9 | R | | 17:10 | | |

Tipos de Limpieza:

R = Limpieza rutinaria (Entre intervención e intervención)

E = Limpieza exhaustiva (Si ha sido de infeccioso y la realizada al cierre diario del quirófano, llamada de arrastre)

G = Limpieza General (Al menos una vez al mes Aprovechando que el quirófano está vacío)

Revisión Responsable:

Observaciones:

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Intranet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en el Portal de Calidad de la Intranet de CapioSer.



| | | |
|--|------------------------|-------------------|
|  CapioSer Servicios Integrales | LIMPIEZA DE QUIRÓFANOS | CS/PCLS/FPOC01/07 |
| | | Rev. 2.1 |

| Nº QUIRÓFANO | TIPO DE LIMPIEZA | DÍA | HORA | LIMPIADORA | FIRMA |
|--------------|------------------|--------|-------|----------------|-------|
| 9 | R | 9-5-14 | 17:35 | María y Urtaza | |
| 9 | R | | 12:05 | | |
| 9 | R | | 18:35 | | |
| 9 | R | | 19:30 | | |
| 9 | R | | 20:00 | | |
| 9 | E | | 24:00 | | |
| 10 | E | | 18:00 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Tipos de Limpieza:
 R = Limpieza rutinaria (Entre intervención e intervención)
 E = Limpieza exhaustiva (Si ha sido de infeccioso y la realizada al cierre diario del quirófano, llamada de arrastre)
 G = Limpieza General (Al menos una vez al mes Aprovechando que el quirófano esté vacío)

Revisión Responsable:

Observaciones:

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de la Entidad tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en el Portal de Gestión de la Entidad de CapioSer



ALTAS

| | | |
|---|-----------------|--------------------|
|  | LIMPIEZA DE UCI | CS/PCL06/FPOC01/11 |
| | - NOVIEMBRE - | Rev. 2.2 |

DICIEMBRE - 2014

| Nº DE BOXES | TIPO DE LIMPIEZA | FECHA | HORA | LIMPIADORA | FIRMA |
|-------------|------------------|----------|-------|---------------|-------|
| Nº 1 | E | 14-11-14 | 14:15 | Susana | |
| Nº 2 | R | 15-11-14 | 11:30 | Susana | |
| Nº 3 | R | 15-11-14 | 13:15 | ISA Y Concha | |
| Nº 4 | E | 17-11-14 | 16:30 | Concha | |
| Nº 5 | R | 18-11-14 | 16:50 | Concha | |
| Nº 6 | R | 19-11-14 | 16:30 | ROSA | |
| Nº 6 | E-DOS VECES | 20-11-14 | 9:00 | Susana | |
| Nº 7 | R | 20-11-14 | 11:30 | Susana | |
| Nº 4 | E | 20-11-14 | 13:00 | ISABEL | |
| Nº 7 | R | 21-11-14 | 13:40 | Susana | |
| Nº 8 | R | " " | 14:20 | SUSANA | |
| Nº 8 | R | 22-11-14 | 12:30 | ROSA, NIEVES | |
| Nº 5 | R | 21-11-14 | 11:30 | ROSA - NIEVES | |
| Nº 7 | R | 22-11-14 | 11:40 | Conchi | |
| Nº 8 | R | 27-11-14 | 10:15 | ISABEL | |
| Nº 7 | R | 22-11-14 | 14:00 | SUSANA | |
| Nº 7 | R | 29-11-14 | 10:30 | SUSANA | |
| 2 | E | 29-11-14 | 12:30 | LUCA | |
| Nº 7 | R | 30-11-14 | 14:20 | Susana | |
| Nº 2 | R | 1-12-14 | 14:30 | Susana | |
| Nº 4 | R | 2/12/14 | 19:30 | ISABEL LUCA | |
| Box 7 | E | 3/12/14 | 17:40 | SOLIC NIEVES | |
| BOX 1 | R | 4-12-14 | 13:30 | SUSANA | |

Tipos de Limpieza:

- R = Limpieza rutinaria (limpieza diaria con paciente)
- E = Limpieza Exhaustiva Infeccioso (Limpieza exhaustiva de paciente infeccioso y al alta)
- G = Limpieza General (al menos una vez al mes e incluye las zonas comunes de UCI)

Revisión Responsable:

Observaciones: Día 29 - limpieza paredes por 2ª vez este mes de la sala de espera de UCI

ATENCIÓN: Este documento del sistema de Gestión de la Calidad de los Hospitales "Infanta Elena" (Valdemoro), Torrejón y "Rey Juan Carlos" (Móstoles) (EXP: P.A. SER-15/2014-AE) sólo es control por el sistema de documentación controlada y validación en el Portal de Calidad de la Unidad de Cooperación.



| | | |
|---|--------------------------------------|--------------------|
|  | LIMPIEZA DE BOXES DE URGENCIA | CS/PCL06/FPOC01/10 |
| | | Rev. 2.2 |

| Nº DE BOXES | TIPO DE LIMPIEZA | DÍA | HORA | LIMPIADORA | FIRMA |
|-------------|------------------|----------|-------|------------|-------|
| 1 | R | 29-11-14 | 10:00 | Valentinas | |
| 3 | R | 29-11-14 | 10:05 | Valentinas | |
| 4 | R | 29-11-14 | 10:05 | Valentinas | |
| 5 | R | 29-11-14 | 10:10 | Valentinas | |
| 6 | R | 29-11-14 | 10:15 | Valentinas | |
| 7 | R | 29-11-14 | 10:20 | Valentinas | |
| 8 | R | 29-11-14 | 10:25 | Valentinas | |
| 10 | R | 29-11-14 | 10:30 | Valentinas | |
| 11 | R | 29-11-14 | 10:40 | Valentinas | |
| 12 | R | 29-11-14 | 10:45 | Valentinas | |
| 14 | R | 29-11-14 | 10:45 | Valentinas | |
| 7 | R | 29-11-14 | 11:30 | Valentinas | |
| Box 5 | R | 29-11-14 | 11:35 | Valentinas | |
| Box 9 | R | 29-11-14 | 11:40 | Valentinas | |
| Box 10 | R | 29-11-14 | 11:45 | Valentinas | |
| 14 | R | 29-11-14 | 12:15 | Valentinas | |
| 3 | R | 29-11-14 | 12:50 | Valentinas | |
| 1 | R | 29-11-14 | 14:40 | Valentinas | |
| 5 | R | 29-11-14 | 19:55 | Valentinas | |
| 11 | R | 29-11-14 | 13:20 | Valentinas | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Tipos de Limpieza:
 R = Limpieza rutinaria (limpieza diaria con paciente)
 E = Limpieza Exhaustiva Infeccioso (Limpieza exhaustiva de paciente infeccioso y al alta)
 G = Limpieza General (al menos una vez al mes e incluye las zonas comunes de urgencias)

Revisión Responsable: *Rita H. Rosa*

Observaciones:

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad elaborado en el Intronet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en el Portal de Calidad de la Intronet de Copia Segura



| | | |
|---|--------------------------------------|--------------------|
|  | LIMPIEZA DE BOXES DE URGENCIA | CS/PCL06/FPOC01/10 |
| | | Rev: 2.2 |

| Nº DE BOXES | TIPO DE LIMPIEZA | DÍA | HORA | LIMPIADORA | FIRMA |
|-------------|------------------|----------|-------|------------|-------|
| Box 9 | R | 22-11-14 | 17:30 | pepi | |
| Box 7 | R | 22 | 17:50 | pepi | |
| Box 6 | R | 22 | 18:45 | pepi | |
| Box 8 | R | 22 | 19:00 | pepi | |
| Box 3 | R | 22-11-14 | 19:20 | Martina | |
| Box 5 | R | 22 | 19:30 | Martina | |
| Box 4 | R | 22 | 19:40 | Martina | |
| Box 1 | R | 22 | 19:45 | Martina | |
| Box 11 | E | 22 | 21:25 | pepi | |
| Box 12 | R | 22 | 21:35 | pepi | |
| Box 10 | R | 22 | 21:45 | pepi | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Tipos de Limpieza:
 R = Limpieza rutinaria (limpieza diaria con paciente)
 E = Limpieza Exhaustiva Infeccioso (Limpieza exhaustiva de paciente infeccioso y al alta)
 G=Limpieza General (al menos una vez al mes e incluye las zonas comunes de urgencias)

Revisión Responsable:

Observaciones:

ATENCIÓN: Toda información del sistema de gestión de la Calidad emitida por el Emisor de este Documento debe considerarse de carácter confidencial. No debe ser divulgada ni utilizada para fines ajenos al propósito para el que fue creada.



| | | |
|---|---------------------------------|--------------------|
|  | LIMPIEZA DE HABITACIONES | CS/PCLO6/FPOC01/08 |
| | | Rev. 2.2 |

| Habitación | Limpieza | Alta | Una Alta | Polis (13) | Integridad | Firma | Indirecto |
|------------|----------|------|----------|------------|------------|-------|-----------|
| 071 | CHORO | | | X | | CHORO | CHORO |
| 072 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 073 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 074 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 075 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 076 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 077 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 078 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 079 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 080 | CHORO | | | X | X | CHORO | |
| 081 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 082 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 083 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 084 | CHORO | | | X | | CHORO | |

*Indicar con una X el tipo de habitación que se trate

Revisión Responsable:

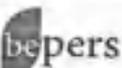
Observaciones:

Firma *Ravi*

Fecha 24-11-14

© 2007/2014. Todos los derechos reservados. Se permite la impresión de la Calidad de Servicio de Control. Todos los derechos reservados. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad de los documentos que forman parte del servicio.

Rev. 2.0/1

| | | |
|---|---------------------------------|--------------------|
|  | LIMPIEZA DE HABITACIONES | CS/PCLO6/FPOC01/08 |
| | | Rev. 2.2 |

| Habitación | Limpieza | Alta | Una Alta | Polis (13) | Integridad | Firma | Indirecto |
|------------|----------|------|----------|------------|------------|-------|-----------|
| 085 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 086 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 087 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 088 | CHORO | | | X | X | CHORO | |
| 089 | CHORO | 1350 | Notela | X | | CHORO | |
| 090 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 091 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 092 | CHORO | X | | X | | CHORO | |
| 093 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 094 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 095 | CHORO | | | X | | CHORO | |
| 096 | CHORO | | | X | | CHORO | |

*Indicar con una X el tipo de habitación que se trate

Revisión Responsable:

Observaciones:

Firma

Fecha



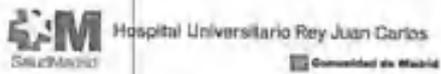
| | | |
|---|--|--------------------|
|  | LIMPIEZA DE HABITACIONES TURNO TARDE | CS/PCL05/FPOC01/08 |
| | | Rev. 2.2 |

| Nº Habitación | Considerada | Alta | Dieta Alta | Ordinaria | Tefecosa | Farma | Incidencia |
|---------------|--------------|------|------------|-----------|----------|-------|------------|
| 040 | Alta y Condi | X | 29:00 | X | | | |
| 001 | " " | X | 29:55 | X | | | |
| 004 | " " | X | 29:25 | X | | | |
| 018 | " " | X | 27:20 | X | | | |
| 025 | " " | X | 27:30 | X | | | |
| 110 | " " | X | 28:20 | ARRASTRE | X | | |
| 120 | " " | X | 26:00 | X | | | |
| 121 | " " | X | 25:40 | X | | | |
| 123 | " " | X | 29:40 | X | | | |
| 203 | " " | X | 26:30 | X | | | |
| 207 | " " | X | 26:45 | X | | | |
| 220 | " " | X | 27:00 | X | | | |
| 222 | " " | X | 28:40 | En Rox | | | |

*Indicar con una X el tipo de habitación que se trate.
 Revisión Responsable: *Sei Solis*

Observaciones:

Firma _____ Fecha *19-11-2014*



Limpieza con arrastre mensual y/o al alta del paciente
 (fecha y personal de limpieza que lo realiza)

Diciembre 2014.

| | Fecha | Firma | Fecha | Firma | Fecha | Firma | Fecha | Firma |
|-------------|----------|--------------------|---------|--------------------|---------|--------------------|------------|--------------------|
| CIN 1 | | | 7/12/14 | <i>[Signature]</i> | | | | |
| CIN 2 | | | 7/12/14 | <i>[Signature]</i> | | | 15/12/14 | <i>[Signature]</i> |
| CIN 3 | 30-12-14 | <i>Rauf</i> | 7/12/14 | <i>[Signature]</i> | | | | |
| CIN 4 | 4-12-14 | <i>[Signature]</i> | | | | | | |
| CIN 5 | 4-12-14 | <i>[Signature]</i> | | | | | | |
| Intermedios | | | | | 2/12/14 | <i>[Signature]</i> | 2/16/12/14 | <i>[Signature]</i> |

S → 2/12 *[Signature]*
 A → 15/12 *[Signature]*





Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Comunidad de Madrid

Limpieza con arrastre mensual y/o al alta del paciente
(fecha y personal de limpieza que lo realiza)

| | Fecha | Firma | Fecha | Firma | Fecha | Firma | Fecha | Firma |
|-------------|----------------------|----------------------------------|----------|----------------|-----------|----------------|---------|----------------|
| CIN 1 | 4/30/14 | <i>[Firma]</i> | 8/11/14 | <i>[Firma]</i> | | | | |
| CIN 2 | | | | | | | | |
| CIN 3 | 31/30/14 | <i>[Firma]</i> | | | | | | |
| CIN 4 | | | | | | | | |
| CIN 5 | | | | | | | | |
| Intermedios | 29/10/14 27/11/14 | <i>[Firma]</i> <i>[Firma]</i> | 29/10/14 | <i>[Firma]</i> | 4-11-2014 | <i>[Firma]</i> | 7-12-14 | <i>[Firma]</i> |



Hospital Universitario Rey Juan Carlos

Comunidad de Madrid

Limpieza con arrastre mensual y/o al alta del paciente
(fecha y personal de limpieza que lo realiza)

Noviembre

| | Fecha | Firma | Fecha | Firma | Fecha | Firma | Fecha | Firma |
|-------------|-------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| CIN 1 | 12/11 | <i>[Firma]</i> | | | | | | |
| CIN 2 | | | | | | | | |
| CIN 3 | 18/11 | <i>[Firma]</i> | | | | | | |
| CIN 4 | | | | | | | | |
| CIN 5 | | | | | | | | |
| Intermedios | | | | | | | | |

- 1 → 19/11 *[Firma]*
- 2 → 17/11 *[Firma]*
- 4 → 18/11 *[Firma]*
- 5 → 19/11 *[Firma]*
- 1 → 26/11 *[Firma]*
- 2 → 26/11 *[Firma]*





Hospital Universitario Rey Juan Carlos
Comunidad de Madrid

Limpieza de estores semestral
(fecha y personal de limpieza que lo realiza)

SEPTIEMBRE

| | Fecha | Firma | Fecha | Firma | Fecha | Firma | Fecha | Firma |
|------------------------------|---------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| CIN 1 | 16-9-14 | <i>[Firma]</i> | | | | | | |
| CIN 2 | 16-9-14 | <i>[Firma]</i> | | | | | | |
| CIN 3 | 17-9-14 | <i>[Firma]</i> | | | | | | |
| CIN 4 | 23-9-14 | <i>[Firma]</i> | | | | | | |
| CIN 5 | 23-9-14 | <i>[Firma]</i> | | | | | | |
| Intermedios 1º y 2º estor | 16-9-14 | <i>[Firma]</i> | | | | | | |
| Intermedios 3º y 4º estor | 24-9-14 | <i>[Firma]</i> | | | | | | |
| Intermedios 5º y 6º estor | 17-9-14 | <i>[Firma]</i> | | | | | | |
| Intermedios 7º y 8º estor | 24-9-14 | <i>[Firma]</i> | | | | | | |

Se ha podido evidenciar la correcta cumplimentación del Registro de Limpiezas diarias y mensuales de las Zonas de Bajo, Medio y Alto Riesgo por parte de CAPIOSER en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro:





REGISTRO DIARIO LIMPIEZA ZONAS ALTO RIESGO

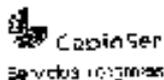
CÓDIGO: GE-PGLS-FR0031-13

MES: Mayo 2014

MAÑANA

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | | | | | |
|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|
| Zona de desinfección | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mensual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zona de limpieza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mensual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zona de Control de OX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mensual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zona de Mantenimiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mensual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Este registro es un documento de control de calidad de los servicios de limpieza y desinfección de las zonas de alto riesgo de los hospitales "Infanta Elena" (Valdemoro), "Rey Juan Carlos" (Móstoles) y "Rey Juan Carlos" (Alcorcón).
Figura 14



REGISTRO DIARIO LIMPIEZA ZONAS ALTO RIESGO

CÓDIGO: GE-PGLS-FR0031-13

MES: Mayo 2014

MAÑANA

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | | | | | |
|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|
| Zona de desinfección | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mensual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zona de limpieza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mensual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zona de Control de OX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mensual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zona de Mantenimiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mensual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |





REGISTRO DIARIO LIMPIEZA ZONAS ALTO RIESGO

LÓRDIGO - CS PUNTA HERRERA

| | | MES: MARZO 2014 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| | | TARDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| Unidades de mantenimiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unidad | L. Trabajo Finales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Paradas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medios | L. Trabajo Finales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Paradas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zonas de Emergencia de OB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zona | L. Trabajo Finales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Paradas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medios | L. Trabajo Finales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Paradas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



REGISTRO DIARIO LIMPIEZA ZONAS ALTO RIESGO

COBIRINDO - CS PUNTA HERRERA

| | | MES: MARZO 2014 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| | | MAÑANA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| Unidades de mantenimiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unidad | L. Trabajo Finales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Paradas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medios | L. Trabajo Finales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Paradas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zonas de Emergencia de OB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zona | L. Trabajo Finales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Paradas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medios | L. Trabajo Finales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Paradas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



CapioSer **REGISTRO DIARIO LIMPIEZA ZONAS ALTO RIESGO**

Centro: Hospital Reina Sofía de Toledo

| Fecha | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Operario | NA |
| Material | NA |
| Material | NA |
| Material | NA |
| Material | NA |
| Material | NA |
| Material | NA |

CapioSer **REGISTRO DIARIO LIMPIEZA ZONAS ALTO RIESGO** **CÓDIGOS DE PASA A PROXIMA**

Centro: Hospital Reina Sofía de Toledo

| Fecha | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Operario | NA |
| Material | NA |
| Material | NA |
| Material | NA |
| Material | NA |
| Material | NA |
| Material | NA |
| Material | NA |



| MP 7. PROTOCOLOS DE LIMPIEZA. ZONAS DE ALTO RIESGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|------------------|--|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|----------------|---|---------------------------------------|-----------------|--|---|---|------------------|--|--|--|
| MP 7.4. Normas de limpieza bloque D (habitaciones de aislamiento) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Referencia | Revisión | Aplicable a | Fecha aprobación | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MP-7.4 | 2.3 | DPTO. LIMPIEZA | Junio 2013 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zonas/Áreas de limpieza | HABITACIONES Y BOXES DE ENFERMOS CON AISLAMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Formas | - CS-PCLAB-FPGC01-06 Limpieza en habitaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Productos | - Loá que determine el Centro Hospitalario, siguiendo instrucciones del Servicio de Medicina Preventiva. - Según Meteorología aplicar: a. Sistema Twister; b. Sistema doble Cubo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medidas | Se debe consultar diariamente al personal de enfermería la evolución de las medidas de protección a seguir | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Desarrollo | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>AISLAMIENTO DE CONTACTO</th> <th>AISLAMIENTO RESPIRATORIO</th> <th>AISLAMIENTO INVERSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Medidas protección</td> <td>Bata y guantes</td> <td>Alfro (tuberculosis, varicela, sarampión), mascarilla nivel filtración FFP2/3 Gotak (el, Meningitis) mascarilla quirúrgica</td> <td>Bata, guantes y mascarilla quirúrgica</td> </tr> <tr> <td>Limpieza diaria</td> <td> LIMPIEZA EN ÚLTIMO LUGAR MATERIAL UTILIZADO USO EXCLUSIVO CADA HABITACION RETIRADA DE RESIDUOS LIMPIEZA/ DESINF. MOBILIARIO Y SUPERFICIES (mesita, cama, pómox, ventanas/puertas/amanos, mandos de TV, teléfonos, timbre, superficies verticales azules y cualquier superficie de contacto frecuente con el paciente, familiares o personal sanitario) y WC SUELO </td> <td> RETIRADA DE RESIDUOS LIMPIEZA/ DESINF. MOBILIARIO Y SUPERFICIES (pómox, ventanas/puertas/amanos, mando de TV, teléfonos, timbre, superficies verticales azules y cualquier superficie de contacto frecuente con el paciente, familiares o personal sanitario) y WC. SUELO </td> <td> LIMPIEZA EN PRIMER LUGAR MATERIAL UTILIZADO USO EXCLUSIVO CADA HABITACION RETIRADA DE RESIDUOS LIMPIEZA/ DESINF. MOBILIARIO Y SUPERFICIES (pómox, ventanas/puertas/amanos, mandos de TV, teléfonos, timbre, superficies verticales azules y cualquier superficie de contacto frecuente con el paciente, familiares o personal sanitario) y WC. SUELO </td> </tr> <tr> <td>Limpieza al alta</td> <td>IGUAL AL PROCEDIMIENTO LIMPIEZA DIARIO LIMPIEZA Y DESINF. CONTENEDOR DE</td> <td>IGUAL AL PROCEDIMIENTO LIMPIEZA DIARIO</td> <td>IGUAL AL PROCEDIMIENTO LIMPIEZA DIARIO</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | AISLAMIENTO DE CONTACTO | AISLAMIENTO RESPIRATORIO | AISLAMIENTO INVERSO | Medidas protección | Bata y guantes | Alfro (tuberculosis, varicela, sarampión), mascarilla nivel filtración FFP2/3 Gotak (el, Meningitis) mascarilla quirúrgica | Bata, guantes y mascarilla quirúrgica | Limpieza diaria | LIMPIEZA EN ÚLTIMO LUGAR MATERIAL UTILIZADO USO EXCLUSIVO CADA HABITACION RETIRADA DE RESIDUOS LIMPIEZA/ DESINF. MOBILIARIO Y SUPERFICIES (mesita, cama, pómox, ventanas/puertas/amanos, mandos de TV, teléfonos, timbre, superficies verticales azules y cualquier superficie de contacto frecuente con el paciente, familiares o personal sanitario) y WC SUELO | RETIRADA DE RESIDUOS LIMPIEZA/ DESINF. MOBILIARIO Y SUPERFICIES (pómox, ventanas/puertas/amanos, mando de TV, teléfonos, timbre, superficies verticales azules y cualquier superficie de contacto frecuente con el paciente, familiares o personal sanitario) y WC. SUELO | LIMPIEZA EN PRIMER LUGAR MATERIAL UTILIZADO USO EXCLUSIVO CADA HABITACION RETIRADA DE RESIDUOS LIMPIEZA/ DESINF. MOBILIARIO Y SUPERFICIES (pómox, ventanas/puertas/amanos, mandos de TV, teléfonos, timbre, superficies verticales azules y cualquier superficie de contacto frecuente con el paciente, familiares o personal sanitario) y WC. SUELO | Limpieza al alta | IGUAL AL PROCEDIMIENTO LIMPIEZA DIARIO LIMPIEZA Y DESINF. CONTENEDOR DE | IGUAL AL PROCEDIMIENTO LIMPIEZA DIARIO | IGUAL AL PROCEDIMIENTO LIMPIEZA DIARIO |
| | AISLAMIENTO DE CONTACTO | AISLAMIENTO RESPIRATORIO | AISLAMIENTO INVERSO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medidas protección | Bata y guantes | Alfro (tuberculosis, varicela, sarampión), mascarilla nivel filtración FFP2/3 Gotak (el, Meningitis) mascarilla quirúrgica | Bata, guantes y mascarilla quirúrgica | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Limpieza diaria | LIMPIEZA EN ÚLTIMO LUGAR MATERIAL UTILIZADO USO EXCLUSIVO CADA HABITACION RETIRADA DE RESIDUOS LIMPIEZA/ DESINF. MOBILIARIO Y SUPERFICIES (mesita, cama, pómox, ventanas/puertas/amanos, mandos de TV, teléfonos, timbre, superficies verticales azules y cualquier superficie de contacto frecuente con el paciente, familiares o personal sanitario) y WC SUELO | RETIRADA DE RESIDUOS LIMPIEZA/ DESINF. MOBILIARIO Y SUPERFICIES (pómox, ventanas/puertas/amanos, mando de TV, teléfonos, timbre, superficies verticales azules y cualquier superficie de contacto frecuente con el paciente, familiares o personal sanitario) y WC. SUELO | LIMPIEZA EN PRIMER LUGAR MATERIAL UTILIZADO USO EXCLUSIVO CADA HABITACION RETIRADA DE RESIDUOS LIMPIEZA/ DESINF. MOBILIARIO Y SUPERFICIES (pómox, ventanas/puertas/amanos, mandos de TV, teléfonos, timbre, superficies verticales azules y cualquier superficie de contacto frecuente con el paciente, familiares o personal sanitario) y WC. SUELO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Limpieza al alta | IGUAL AL PROCEDIMIENTO LIMPIEZA DIARIO LIMPIEZA Y DESINF. CONTENEDOR DE | IGUAL AL PROCEDIMIENTO LIMPIEZA DIARIO | IGUAL AL PROCEDIMIENTO LIMPIEZA DIARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| MP 7. PROTOCOLOS DE LIMPIEZA. ZONAS DE ALTO RIESGO | | | | |
|---|---|----------|--|---|
| MP 7.4. Normas de limpieza bloque D (habitaciones de aislamiento) | | | | |
| | Referencia | Revisión | Aplicable a | Fecha aprobación |
| | MP-7.4 | 2.3 | DPTO. LIMPIEZA | Junio 2013 |
| | RESIDUOS (superficie externa) | | VENTILAR CON PUERTA CERRADA (hospitalización 2 horas, box de UCI 30 minutos) | |
| Residuos | Contenedor clase II. Dentro de la habitación. Los cubos de basura se deberán de limpiar y desinfectar a diario. | | En TBC contenedor clase III, dentro de habitación. Los cubos de basura se deberán de limpiar y desinfectar a diario. | Contenedor clase II fuera de la habitación. Los cubos de basura se deberán de limpiar y desinfectar a diario. |

CapioSer
Servicios Integrados

REGISTRO LIMPIEZA ZONAS MEDIO RIESGO

CÓDIGO: CS-POL-PROC-17

MAYO 2014

Tipología:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Nombre | Limpiadora Rutina | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| Parada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Materiales | Limpieza Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Técnicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Rehabilitación:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre | Limpiadora Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Materiales | Limpieza Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Técnicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Servicios de mantenimiento (Días):

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre | Limpiadora Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Materiales | Limpieza Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Técnicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Zonas Comunes de Rehabilitación:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre | Limpiadora Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Materiales | Limpieza Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Técnicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Indicadores de Eficiencia del Sistema de Limpieza (Ponderación)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre | Limpiadora Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Materiales | Limpieza Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Técnicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CapioSer
Servicios Integrados

REGISTRO LIMPIEZA ZONAS MEDIO RIESGO

CÓDIGO: CS-POL-PROC-18

MAYO 2014

TARDE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Nombre | Limpiadora Rutina | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| Parada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Materiales | Limpieza Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Técnicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Rehabilitación:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre | Limpiadora Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Materiales | Limpieza Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Técnicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Servicios de mantenimiento (Días):

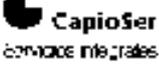
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre | Limpiadora Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Materiales | Limpieza Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Técnicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Indicadores de Eficiencia del Sistema de Limpieza (Ponderación)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nombre | Limpiadora Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Materiales | Limpieza Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Técnicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|---|---|------------------------|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|
|  Capioser Servicios Integrales | | REGISTRO LIMPIEZA ZONAS MEDIO RIESGO | | CÓDIGO: GB-FD-FFCGR-14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOVIEMBRE 2014 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Programa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dato | Limpieza Rutina | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | | | |
| | Paredes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Luces y Regletas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Techos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión de superficies | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dato | Limpieza Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Paredes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Luces y Regletas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Techos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zonas Comunes y Hospitalización | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dato | Limpieza Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Paredes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Luces y Regletas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Techos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión de superficies Hospitalización | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dato | Limpieza Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Paredes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Luces y Regletas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Techos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión de superficies Hospitalización | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dato | Limpieza Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Paredes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Luces y Regletas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Techos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|---|---|------------------------|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|
|  Capioser Servicios Integrales | | REGISTRO LIMPIEZA ZONAS MEDIO RIESGO | | CÓDIGO: GB-FD-FFCGR-15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOVIEMBRE 2014 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TARDE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Programa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dato | Limpieza Rutina | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | | | |
| | Paredes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Luces y Regletas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Techos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión de superficies | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dato | Limpieza Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Paredes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Luces y Regletas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Techos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zonas Comunes y Hospitalización | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dato | Limpieza Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Paredes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Luces y Regletas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Techos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión de superficies Hospitalización | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dato | Limpieza Rutina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Paredes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Luces y Regletas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Techos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



| CapióSer Servicios Integrados | | REGISTRO LIMPIEZA ZONAS RIESGO BAJO | | Código: 08-PCIF-FPDC01-19 | |
|---|--|-------------------------------------|--|---------------------------|--|
| MAYO 2014 | | | | | |
| Servicios Integrados | | | | | |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | | | | |
| Fecha Limpieza Rutina | | | | | |
| Paseo | | | | | |
| Luzes y Ventilación | | | | | |
| Techo | | | | | |
| Análisis, revisión y mantenimiento | | | | | |
| Fecha Limpieza Rutina | | | | | |
| Paseo | | | | | |
| Luzes y Ventilación | | | | | |
| Techo | | | | | |
| Nombre de Espacio | | | | | |
| Fecha Limpieza Rutina | | | | | |
| Paseo | | | | | |
| Luzes y Ventilación | | | | | |
| Techo | | | | | |
| Análisis, revisión y mantenimiento | | | | | |
| Fecha Limpieza Rutina | | | | | |
| Paseo | | | | | |
| Luzes y Ventilación | | | | | |
| Techo | | | | | |
| Nombre de Espacio | | | | | |
| Fecha Limpieza Rutina | | | | | |
| Paseo | | | | | |
| Luzes y Ventilación | | | | | |
| Techo | | | | | |
| Análisis, revisión y mantenimiento | | | | | |
| Fecha Limpieza Rutina | | | | | |
| Paseo | | | | | |
| Luzes y Ventilación | | | | | |
| Techo | | | | | |

| CapióSer Servicios Integrados | | REGISTRO LIMPIEZA ZONAS RIESGO BAJO | | Código: 08-PCIF-FPDC01-19 | |
|---|--|-------------------------------------|--|---------------------------|--|
| MAYO 2014 | | | | | |
| Servicios Integrados | | | | | |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | | | | |
| Fecha Limpieza Rutina | | | | | |
| Paseo | | | | | |
| Luzes y Ventilación | | | | | |
| Techo | | | | | |
| Análisis, revisión y mantenimiento | | | | | |
| Fecha Limpieza Rutina | | | | | |
| Paseo | | | | | |
| Luzes y Ventilación | | | | | |
| Techo | | | | | |
| Nombre de Espacio | | | | | |
| Fecha Limpieza Rutina | | | | | |
| Paseo | | | | | |
| Luzes y Ventilación | | | | | |
| Techo | | | | | |
| Análisis, revisión y mantenimiento | | | | | |
| Fecha Limpieza Rutina | | | | | |
| Paseo | | | | | |
| Luzes y Ventilación | | | | | |
| Techo | | | | | |
| Nombre de Espacio | | | | | |
| Fecha Limpieza Rutina | | | | | |
| Paseo | | | | | |
| Luzes y Ventilación | | | | | |
| Techo | | | | | |
| Análisis, revisión y mantenimiento | | | | | |
| Fecha Limpieza Rutina | | | | | |
| Paseo | | | | | |
| Luzes y Ventilación | | | | | |
| Techo | | | | | |



Se ha considerado positivo el hecho de que las Profesionales de la Limpieza indican y registran las incidencias de limpieza para su cierre y posterior análisis, con objeto de determinar si es necesario establecer una Acción Correctiva que impida que vuelva a producirse una incidencia por el mismo motivo. Se ha podido verificar que todas las incidencias de limpieza son subsanadas en plazo y forma, siendo revisadas todas ellas por las Responsables del Servicio de Limpieza de CAPIOSER:

| REGISTRO DE INCIDENCIAS DE LIMPIEZA | | | CAPIOSER/POSIOS |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|
| MES: <u>11/2014</u> | | | <u>2014</u> |
| DIAS | DETALLE INC | INCIDENCIA | RESPONSABLE |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | IMPORTE | REVISAR PISOS Y PASADIZOS | ROSA |
| 8 | ROSA SILVIA | REVISAR PASADIZOS Y PASADIZOS | Susana |
| 9 | LUCIA | REVISAR PASADIZOS Y PASADIZOS | Rosa |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | ROSA | REVISAR PASADIZOS Y PASADIZOS | Susana |
| 13 | REVISAR PASADIZOS Y PASADIZOS | REVISAR PASADIZOS Y PASADIZOS | Rosa |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | ROSA | REVISAR PASADIZOS Y PASADIZOS | Rosa |
| 20 | REVISAR PASADIZOS Y PASADIZOS | REVISAR PASADIZOS Y PASADIZOS | Rosa |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | REVISAR PASADIZOS Y PASADIZOS | REVISAR PASADIZOS Y PASADIZOS | Rosa |
| 31 | | | |

| | | REGISTRO DE INCIDENCIAS DE LIMPIEZA | | PERIODO |
|-----|------------------------|---|---|----------------|
| | | | | Del 21 |
| | | MES | | NOVIEMBRE 2014 |
| No. | RESPONSABLE | INCIDENCIA | REPORTE | SOLUCIÓN |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | YOLI (VIAJES) | UNA SILLA, LINDAS SILLAS | Revisar, limpiar la silla y silla, de donde sus el día | ROSI |
| 4 | ROSA (VIAJES) | REVISAR Y LIMPIAR UNA SILLA | Se revisa con los productos de limpieza y más desinfectante | ROSI |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | BENITA SUZUKI (VIAJES) | REVISAR Y LIMPIAR UNA SILLA | SE LIMPIA LA SILLA | ROSI |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | ROSA (VIAJES) | UNA SILLA EN LA QUE SE CAMBIAN Y LIMPIA | SE CAMBIAN Y LIMPIA | SUSANA |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | ROSI | UNA SILLA EN LA QUE SE CAMBIAN Y LIMPIA | SE CAMBIAN Y LIMPIA | ROSI |
| 24 | ROSA (VIAJES) | UNA SILLA EN LA QUE SE CAMBIAN Y LIMPIA | SE CAMBIAN Y LIMPIA | ROSI |
| 25 | SUSANA (VIAJES) | UNA SILLA EN LA QUE SE CAMBIAN Y LIMPIA | SE CAMBIAN Y LIMPIA | SUSANA |
| 26 | ROSA (VIAJES) | UNA SILLA EN LA QUE SE CAMBIAN Y LIMPIA | SE CAMBIAN Y LIMPIA | ROSI |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |

Además, las Responsables del Servicio de Limpieza de CAPIOSER llevan a cabo un estudio de satisfacción trimestral del servicio de limpieza a los Pacientes Hospitalizados, a través del Cuestionario de Visitas de Cortesía, obteniéndose un resultado positivo en el grado de satisfacción de los Pacientes del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro con la limpieza y sus profesionales, documentando Hojas de Agradecimientos:





CUESTIONARIO VISITAS DE CORTESIA

Buenos días/tardes, soy la Supervisora de Atención al Paciente/ Especialista de Atención al Paciente / la Subdirectora del Hospital. Quiero conocer su opinión de la atención que está recibiendo durante su hospitalización, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios que se prestan.

Me gustaría realizarle un cuestionario de preguntas sencillas a su asistencia en el hospital. Esta encuesta es ANÓNIMA Y CONFIDENCIAL, respetando siempre la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de carácter personal.

Muchas gracias por su colaboración

ENTREVISTADOR: _____

HOSPITALIZACIÓN: PLANTA 0
 PLANTA 1
 PLANTA 2

Gracias por su grado de satisfacción con los siguientes aspectos. EN LA ALIC que le voy a leer teniendo en cuenta que 0 es muy insatisfecho y 5 muy satisfecho.

Entrevistador: no leerlo es de su gusto

1. Limpieza general de la habitación.

| Muy Insatisfecho | Insatisfecho | No Satisfecho / No Insatisfecho | Satisfecho | Muy Satisfecho | NS/NC (no leer) |
|------------------|--------------|---------------------------------|------------|----------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

2. Disponibilidad de ropa de cama y limpieza cuando se necesita

| Muy Insatisfecho | Insatisfecho | No Satisfecho / No Insatisfecho | Satisfecho | Muy Satisfecho | NS/NC (no leer) |
|------------------|--------------|---------------------------------|------------|----------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

3. Opinión sobre la resolución de incidencias de mantenimiento (averías, desperfectos, etc.)

| Muy Insatisfecho | Insatisfecho | No Satisfecho / No Insatisfecho | Satisfecho | Muy Satisfecho | NS/NC (no leer) |
|------------------|--------------|---------------------------------|------------|----------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

4. Trabajo del personal de limpieza

| Muy Insatisfecho | Insatisfecho | No Satisfecho / No Insatisfecho | Satisfecho | Muy Satisfecho | NS/NC (no leer) |
|------------------|--------------|---------------------------------|------------|----------------|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| VISITA A CORTESÍA HUÉ | | | Fecha: 29/12/14 |
|--|------|--|--------------------|
| PREGUNTAS | HAB. | RESPUESTA | OBSERVACIONES |
| 1. Opinión sobre la presentación de la comida. | 0/30 | Insatisfecho Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 2. ¿Le parece que la temperatura de la comida es adecuada? | | Insatisfecho Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 3. ¿Qué opina sobre la variedad de la comida? | | Insatisfecho Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 4. La cantidad de la comida, ¿es adecuada? | | Insatisfecho Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 5. Opinión sobre el aspecto de limpieza general de la habitación | 15 | Insatisfecho Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 6. La ropa de cama y lencería ¿es suficiente? | 15 | Insatisfecho Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 7. Opinión sobre la resolución de incidencias de mantenimiento. | 1 | Insatisfecho Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 8. Trato del personal de limpieza. | 15 | Insatisfecho Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 9. Conoce el nombre del personal de enfermería. | | Insatisfecho Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 10. ¿Conoce el nombre del médico que le atiende? | | Insatisfecho Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 11. Trato del personal médico. | | Insatisfecho Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 12. ¿Conoce el nombre del personal de enfermería? | | Insatisfecho Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 13. Trato del personal de enfermería. | | Insatisfecho Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 14. Satisfacción global con su estancia en hospitalización. | | Insatisfecho Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 15. ¿Conoce la Guía de información, que le han entregado al ingreso? | | Insatisfecho Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| Observaciones generales: | | | |
| (4) Trato. Repetido Mejorar la comida más fina | | | GS (5) Edad 60 |

| VISITAS CORTESÍA AL UJE | | | Fecha: 29/12/14 |
|---|------|--|--|
| PREGUNTAS | HAB. | RESPUESTA | OBSERVACIONES |
| 1. Opinión sobre la presentación de la comida. | 223 | Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 2. ¿Le parece que la temperatura de la comida es adecuada? | | Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 3. ¿Qué opina sobre la variedad de la comida? | | Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 4. La cantidad de la comida, ¿es adecuada? | | Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 5. Opinión sobre el aspecto de limpieza general de la habitación | 5 | Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 6. La ropa de cama y lencería ¿es suficiente? | 5 | Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 7. Opinión sobre la resolución de incidencias de mantenimiento. | 5 | Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 8. Trato del personal de limpieza. | 5 | Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 9. Conoce el nombre del personal de enfermería. | | Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 10. ¿Conoce el nombre del médico que le atiende? | | Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 11. Trato del personal médico. | | Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 12. ¿Conoce el nombre del personal de enfermería? | | Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 13. Trato del personal de enfermería. | | Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 14. Satisfacción global con su estancia en hospitalización. | | Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| 15. ¿Conoce la Guía de información, que le han entregado al ingreso? | | Normal Satisfecho Muy Satisfecho | |
| Observaciones generales: | | | |
| <p>El trato recibido durante la estancia en el hospital para el caso de la paciente es bueno. Se le ha entregado la guía de información que se le entregó a los médicos de los servicios.</p> | | | <p>GS (3) Edad: 80 Uje: 48</p> |



Hospital Universitario Infanta Elena

Comunidad de Madrid

AGRADECIMIENTOS

CÓDIGO: HV/PES09A/FPOC02/01

EDICIÓN: 2.2

Servicio de Atención al Usuario: 91 894 84 10

NOMBRE Y APELLIDOS: PAFAR SANTIAGO ALONSO

DOMICILIO: MOLINO VIEJO, 14-V-5º C

LOCALIDAD: MADRID

EMAIL: santiago.alonso@infanta.es

D.N.I.: 67500297T COD. POSTAL: 28032 TELEFONO: 609175767

NOMBRE DEL PACIENTE: CONCEPCION ALONSO CABRILLO

SERVICIO: MEDICINA INTERNA CAMA: 04

Dirigida esta carta para agradecer de toda corazón toda la atención que me está recibiendo tanto mi madre como todos los médicos de este hospital, sus enfermeras, auxiliares y personal que me ha ayudado en todo el tiempo que he estado en este hospital. Me encuentro muy bien y estoy muy agradecido con todos los médicos y enfermeras que me han ayudado y que me han tratado con tanta atención y cariño.

MUCHAS GRACIAS POR TODO



Valdemoro, a 16 de Enero 2015

Según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal y en su Reglamento de Desarrollo (Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre), le informamos que (i) sus datos personales formarán parte de un Fichero que se encuentra debidamente registrado ante la Agencia Española de Protección de Datos y que cumple con todas las medidas técnicas y organizativas que garantizan la seguridad y confidencialidad de su información; (ii) sus datos personales serán utilizados con fines asistenciales y (iii) usted podrá ejercer, siempre que lo precise, sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos accediendo al servicio de Atención al Paciente del Centro.



| | |
|---|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena Salud Madrid |  Comunidad de Madrid |
| AGRADECIMIENTOS | CÓDIGO: HV/PES09A/FPOC02/01 EDICIÓN: 2.2 |

Servicio de Atención al Usuario. 91 894 84 10

NOMBRE Y APELLIDOS: Elena Navarro Pérez Cortés

DOMICILIO: C/Gran Canaria 1. Atico 3

LOCALIDAD: Valdemoro

EMAIL: elnavarro@puntoelefante.com

D.N.I. 226706-2 COD. POSTAL 28243 TELEFONO 624985273

NOMBRE DEL PACIENTE: Elena Navarro Pérez

SERVICIO: C.G. y Digestivo CAMA: 042-A

Por este escrito quiero dar constancia de un agradecimiento con respecto al trato recibido por parte del personal del área en el que he estado ingresado desde el Hospital de Valdemoro, tanto el de enfermería

como el de médicos de su profesionalidad y del trato y atención recibida por parte del personal de enfermería de Valdemoro durante mi estancia en este hospital de pacientes que tienen.

Me gustaría por su profesionalidad y trato recomendar que todo mundo que necesite nuestra ayuda.

Me gustaría indicar con especial ánimo a mi enfermera, Gabriela, y a María Cortés, ya que he sido muy feliz y todo gracias a su completa dedicación, profesionalidad y total compromiso con su trabajo.

Firma  Hospital Universitario Infanta Elena Valdemoro a 5 de Febrero de 2015
- 5 FEB 2015

SAU ENTRADA
Según lo dispuesto en la Ley 34/2002, de 11 de Julio, de Procedimiento de Datos de carácter personal y en su Reglamento de Desarrollo Real Decreto 1710/2007, de 21 de diciembre, la información que he en datos personales formarán parte de un Fichero que se encuentra debidamente registrado ante la Agencia Española de Protección de Datos y que cumple con todas las medidas técnicas y organizativas que garantizan la seguridad y confidencialidad de su información; (ii) sus datos personales serán utilizados con fines sanitarios y (iii) Usted podrá ejercitar, siempre que lo pida, sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos acudiendo al Servicio de Atención al Paciente del Centro.

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.



Las Coordinadoras de la Limpieza también organizan las limpiezas generales, así como el control de la correcta ejecución de las mismas, planificando las mismas en función de la actividad de cada área. Por otro lado, las Coordinadoras de la Limpieza llevan a cabo controles de calidad internos para subsanar posibles deficiencias en la limpieza y mejorar continuamente el servicio de limpieza prestado. Se ha considerado positivo la metodología de limpieza de CAPIOSER, llevándose a cabo correctamente por los profesionales de la limpieza en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, lo que pone de manifiesto que todo el personal de CAPIOSER ha sido formado en dicha metodología, llevándose a cabo la limpieza de cristales y techos:

3.- Control del servicio

Los Encargados de cada Turno para el control del servicio:

- Supervisan que los operarios realizan adecuadamente los trabajos y que cumplimentan correctamente los registros correspondientes a los protocolos de limpieza que les son de aplicación, y por tanto con las técnicas de limpieza, buenas prácticas de limpieza, correcto uso del material y productos de limpieza descritas en el "Manual de Protocolos de limpieza"
- Realizan diariamente inspecciones aleatorias del servicio, y en caso de hallazgos de incidencias, las registran en el formato CS/PCL05/FPOCD1/D3 "Registro de incidencias", anotando las actuaciones realizadas para solucionarlas
- Reportan mensualmente al Responsable de Limpieza (Gobernanta) el CS/PCL05/FPOCD1/D3 "Registro de incidencias" cumplimentado, a partir del cual, el Responsable de Limpieza (Gobernanta) decide si corresponde tomar acciones correctivas derivadas de incidencias reiterativas o cuya importancia lo requiera.

El Responsable de Limpieza (Gobernanta) lleva el seguimiento del servicio, para ello se responsabiliza de:

- Revisa el personal que cubre el servicio de limpieza en el Centro
- Se reúne con la Dirección del Centro para tratar la evolución del servicio de limpieza, cambios de personal y obtener opinión su percepción respecto a la calidad del servicio.

A partir de dichos controles, la Responsable de Limpieza (Gobernanta) dispondrá de la información suficiente para el seguimiento del servicio en el Centro, de manera que en caso de existir algún tipo de problema/ diferencia frente al planteamiento original, adecuar el servicio a las nuevas necesidades.

MEHIC001: TSP0000001 del sistema de gestión de la calidad de los servicios de limpieza en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, Torrejón y Rey Juan Carlos (Móstoles) (EXP: P.A. SER-15/2014-AE)

Página 8 de 9

Pl 1

| | | |
|---|---------------------------|-------------------|
|  | LIMPIEZA CRISTALES | SP/PCL6/FPOC01/12 |
| | | Rev: 2.2 |

| ZONA | DIA | HORA | LIMPIADORA | FIRMA |
|-------------------------|----------|-------|------------|-------------|
| Hall Principal | 23-11-14 | 8:15 | Alfonso | [Signature] |
| Bucles URB. | 25-11-14 | 9:30 | " | [Signature] |
| Salas de Espera URB. | " | " | " | [Signature] |
| Dialisis y Rehabilit | " | " | " | [Signature] |
| Puertas Hall | 26-11-14 | 13:00 | Miguel | [Signature] |
| Barandillas 1 Planta | " | 14:00 | Miguel | [Signature] |
| Barandilla 1º PI. | 28-11-14 | | Alfonso | [Signature] |
| Salas de Espera de URB. | 28-11-14 | 19:00 | Juan | [Signature] |
| Hall Principial | 30-11-14 | 9:30 | Juan | [Signature] |
| Barandilla 1º PI. | 1-12-14 | 17:45 | José | [Signature] |
| Antenas Consultas | 6-12-14 | 11:00 | Alfonso | [Signature] |
| 5-7-8-13-16-18-4-6-8 | " | " | Miguel | [Signature] |
| 10, 20-22 | " | " | Miguel | [Signature] |
| Antenas Consulta > | 6-12-14 | 17:45 | José | [Signature] |
| 20-17-30-35 | " | " | José | [Signature] |
| Antenas Consultas | 7-12-14 | 11:00 | Miguel | [Signature] |
| 4-36-38-42-41-38 | 7-12-14 | 11:00 | Miguel | [Signature] |
| Hall Principal | 2-12-14 | 11:00 | Alfonso | [Signature] |
| Antenas de consultas | 8-12-14 | 16:35 | José | [Signature] |
| 3-35-37-39-41 | 8-12-14 | 16:00 | José | [Signature] |
| Salas de Espera E1 | 8-12-14 | 18:50 | José | [Signature] |
| Hall Principal | 14-12-14 | 10:00 | Juan | [Signature] |

La limpieza de cristales se hace de forma mensual.
No aplica en este formato la limpieza que realicen empresas subcontratadas externas para limpiezas en altura o de otro tipo

Revisión Responsable:

Observaciones:



| LIMPIEZA DE TECHOS (PLANTA 0) | | | |
|-------------------------------|------------------|-----------------|--|
| DIA | HORA | TRABAJADOR | ZONA |
| 14/10 | 13:00 | JUAN | RAYOS (VASCULANTE, TAC,) |
| 14/10 | 13:30 | JUAN | RAYOS (DE PUERTAS A PUERTAS) ^{DE LOS CRISTALES} |
| 19/10 | 8:50 | JUAN | RAYOS (OBRAS) |
| 19/10 | 11:30 | JUAN | PASILLO OBRA (HASES ASCENSORES PERDIDOS) |
| 24/10 | 10:00 | JUAN/MIGUEL | PASILLO TRASERO |
| 28/10 | 19:30 | JOSE | PASILLO BOXES URGENCIAS |
| 29/10 | 20:00 | JOSE | PASILLOS CONSULTAS URGENCIAS |
| 29/10 | 20:15 | JOSE | PASILLO ENTRADA AMBULANCIA |
| 5/11 | 19:00 | DAVI | TECHO HOSPITALIZACIÓN C-EXT. |
| 5/11 | 20:00 | DAVI | |
| 8-11-14 | 11:00 | M | Techo cuartos coladores URG. |
| 9-11-14 | 10:30 | DAVI y BO | Techo control de Rayos ^{dentro de la planta} |
| 12-11 | 19:30 | DAVI | TECHO ACCESADA sala espera ^{de urgencias} |
| 12-11 | 20:00 | DAVI | TECHO SALA ESPERA RECEPCION |
| 13-11-14 | 19:30 | DAVI | TECHOS CONSULTAS URGENTES |
| 18-11 | 19:00 | DAVI | SALA ESPERA O HOSPITALIZACIÓN |
| 19-11 | 19:30 | DAVI | SALA ESPERA URG. HOSPITALIZACIÓN |
| 19-11 | 18:00 | DAVI | VELOCIDAD 4114000 |
| 19-11 | 19:30 | DAVI | TECHO PASILLO (MUY FLA) |
| 18-11 | 21:00 | DAVI | PASILLO A CORTA ESTADIA |
| 5-12-14 | 8:30 | Miguel | Pasillos Habitaciones de Guardias |
| 22-12-14 | 11:00 | Miguel | Sala espera URG |
| 22-12-14 | 11:30 | Miguel | Puertas |
| 28-12-14 | 11:30 | Miguel | Techo planta 0 = Pasillo Intendencia |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



UNICA

Capio Valdemoro, S.A.
C/ Fernandez de la Hoz, nº 24º
28010 -

C.I.F./N.I.F.: A84552777

Capio Valdemoro, S.A.
Avenida Reyes Católicos, nº 21
28042 - Valdemoro
Madrid

Comunicación de la Ley de Mercado de Valores (Ley 35/2004) de 30 de Julio de 2004. Artículo 6. Form. Mercado de Valores

| FECHA FACTURA | Nº FACTURA | OBSERVACIONES |
|---------------|------------|---------------|
| 31/07/2014 | 1 / 403 | |

| DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | PRECIO | IMPORTE |
|---|----------|--------|---------|
| Limpieza de muro cortina de cristal por dentro y por fuera con montaje de andamio de aluminio con dos niveles y montaje de sistema de seguridad. Limpieza de nueve cristales fijos en área de recepción por fuera. Limpieza de dieciocho verticales fijos por fuera en biblioteca y primera planta. | 0,00 | 0,00 | 650,00 |

| SUBTOTAL | % DTO. | TOTAL DTO. | BASE IMPONIBLE | % I.V.A. | TOTAL I.V.A. | TOTAL FACTURA |
|----------|--------|------------|----------------|----------|--------------|---------------|
| 650,00 | | | 650,00 | 21,00 | 136,50 | 786,50 |

| | |
|--|--------------|
| Forma de Pago: | Vencimiento: |
| Transferencia 30 días 00491916192310146299 | 30/08/2014 |

Unica Service Empresarialis S.L.
C.I.F. B6534154
C/ Rosalía nº7 28220 Valdemoro
Tfn: 91 2772770 Fax: 91 6327645



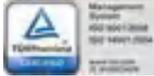
| | | |
|---|--------------------|-------------------|
|  | MAYO 2014 | CS/FCL6/FPOC01/12 |
| | LIMPIEZA CRISTALES | Rev. 2.2 |

| ZONA | DÍA | HORA | LIMPIADOR | FIRMA |
|--------------------------|---------|--------|-------------------------------|-------|
| PANTAS PRINCIPALES | 3/5/14 | 2-15h | RAÚL PARDILLO / GABRIEL LÓPEZ | |
| PANTAS CONCRETAS | 4/5/14 | 2-7h | RAÚL PARDILLO | |
| PANTAS CONCRETAS | 2/5/14 | 2-12h | RAÚL PARDILLO | |
| PANTAS INTERIORES | 20/5/14 | 10-13h | JUAN J. MORALES | |
| CRISTALES CONCRETAS 1ª | 20/5/14 | 8-12h | RAÚL PARDILLO | |
| CRISTALES 2ª | 14/5/14 | 10-12h | RAÚL PARDILLO | |
| 4ª P. | 14/5/14 | 11-13h | GABRIEL LÓPEZ | |
| PANTAS DEHORSACION | 6/5/14 | 8-13 | RAÚL PARDILLO | |
| 3ª P. Zona central | 26/5/14 | 10-13h | GABRIEL LÓPEZ | |
| PANTAS PRINCIPALES | 10/5/14 | 7-15h | RAÚL PARDILLO | |
| DEHORSACION/EXTRACCIONES | 23/5/14 | 8-13 | RAÚL PARDILLO | |
| 2ª P. RECENTRACION | 22/5/14 | 8-10 | JUAN J. MORALES | |
| PANTAS EXTERIORES | 31/5/14 | 2-14h | GABRIEL LÓPEZ | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

La limpieza de cristales se hace de forma mensual.
No aplica en este formato la limpieza que realicen empresas subcontratadas externas para limpiezas en altura o de otro tipo

Revisión Responsable:

Observaciones:



| | | |
|---|---------------------------|-------------------|
|  | LIMPIEZA CRISTALES | CS/PCL6/FPOC01/12 |
| | | Rev: 2.2 |

NOVIEMBRE

| ZONA | DÍA | HORA | LIMPIADOR | FIRMA |
|----------------------|----------|--------|----------------|-------|
| PUNTOS AUXILIARES | 11/11/14 | 8-13 | DANIEL VILARDO | |
| PUNTOS AUXILIARES | 21/11/14 | 8-13 | DIANA GONZALEZ | |
| CRISTALES ALTERNAS | 14/11/14 | 10-14 | JOAN J. ROLDAN | |
| CRISTALES 5º O | 04/11/14 | 9-15 | DIANA GONZALEZ | |
| PUNTOS AUXILIARES | 25/11/14 | 9-15 | JOAN J. ROLDAN | |
| HOSP. DE DIA | 25/11/14 | 16-17h | DANIEL VILARDO | |
| INVESTIGACIONES | 19/11/14 | 7-17h | JOAN ROLDAN | |
| DEPARTAMENTOS | 18/11/14 | 8-15h | JOAN ROLDAN | |
| HOSP. DIA (EDIFICIO) | 20/11/14 | 15-17h | DANIEL VILARDO | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

La limpieza de cristales se hace de forma mensual.
No aplica en este formato la limpieza que realicen empresas subcontratadas externas para limpiezas en altura o de otro tipo

Revisión Responsable:

Observaciones:

| | | TRASPASO DE INFORMACION ENTRE TURNOS | ESPOL5FPOG0102 Ed. 2.1 |
|-----|-----------|---|---------------------------|
| MES | | MAYO 2014 | TURNOS Tardes |
| Día | Limpiador | Observaciones | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | LUCIA | -A TERMINAR DE TARDE | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | SUSANA | REPOSAR CMA Y VESTUARIOS | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | SUSANA | Queda hospital de día pediatría | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | Maika | Reposo CMA | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | SUSANA | LIMPIAR REINTUBACIONES PLG / LIMPIAR | |
| 21 | | | |
| 22 | Nieves | Reposo CMA y vestuarios pacientes | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | SUSANA | Rehabilitación sin bases | |
| 31 | | | |

| | | TRASPASO DE INFORMACION ENTRE TURNOS | CSPOL517P020102 Ed. 2.1 |
|-----|-----------------|---|----------------------------|
| MES | | NOVIEMBRE 2014 | TURNO |
| | | TODOS | |
| Día | Libera | Libera | |
| 1 | SUSANA A CORRAL | QUEDA X TERMINAN CA, PARA CA NOCHE | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | SUSANA A ANGEL | VESTIMENTAS ESTA QUEDAN X TERMINAN | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | ISA A MAIKA | Se pasaron por los tech de Alfios y que se acordaron con papa para la obra que vamos a iniciar ya | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | SUSANA A SUSANA | QUEDA X TERMINAN H. DIA PEDIATRIA X CA TARDE | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | ROSE A ROSI | SUBIR UNIFORMES AZULES A PATRICKO | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | ROSE A ROSI | QUEDA ISABELLE LOSES DE ISABELLE CA CONTRACTORA | |
| 27 | ROSI SUSANA | QUEDA H. DIA PEDIATRIA PARA CA TARDE | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | ANGEL A LUCA | ALTA PENDIENTE EN HOPO | |
| 31 | | | |



Se ha evidenciado la correcta formación en materia de Prevención de Riesgos Laborales de las/los Profesionales de la Limpieza, garantizándose en todo momento por parte de CAPIOSER el cumplimiento de la Legislación de Prevención de Riesgos Laborales para su Personal del Servicio de Limpieza:



PLAN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

EVALUACIÓN DE PUESTO: GOBERNANTA

DATOS IDENTIFICATIVOS

EMPRESA: CAPIO SERVICIOS, S.L.

DOMICILIO: AVD. REYES CATOLICOS, 21 - VALDEMORO

Ref. del contrato: 28/40/00020/2009

Ref.: 061818-12-50473

Fecha: 01/10/2012

PLAN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

EVALUACIÓN DE PUESTO: LIMPIEZA GENERAL Y RETIRADA DE RESIDUOS.

DATOS IDENTIFICATIVOS

EMPRESA: CAPIO SERVICIOS, S.L.

DOMICILIO: AVD. REYES CATOLICOS, 21 - VALDEMORO

Ref. del contrato: 28/40/00020/2009

Ref.: 081818-12-50477

Fecha: 01/10/2012

PLAN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

EVALUACIÓN DE PUESTO: LIMPIEZA GENERAL

DATOS IDENTIFICATIVOS

EMPRESA: CAPIO SERVICIOS, S.L.

DOMICILIO: AVD. REYES CATOLICOS, 21 - VALDEMORO

Ref. del contrato: 28/40/00020/2009

Ref.: 061818-12-50476

Fecha: 01/10/2012

Puesto: LIMPIEZA GENERAL

| CONDICIÓN EVALUADA | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | |
|---|--|--|--------|------|-------|------|
| | | M.T. | E.P.L. | INF. | FORM. | C.P. |
| Productos químicos utilizados | | S | S | S | S | S |
| RIESGO | | VALORACIÓN | | | | |
| Contacto con productos químicos, uso de los brazos en la tarea. | | Probabilidad = Media Consecuencias = 0 Valoración = Moderado | | | | |
| Inventos | | Moderado | | | | |
| Proyección de líquidos. Tránsito de productos químicos. | | Probabilidad = Media Consecuencias = 0 Valoración = Moderado | | | | |
| CONDICIÓN EVALUADA | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | |
| | | M.T. | E.P.L. | INF. | FORM. | C.P. |
| Agentes Biológicos | | N | S | S | S | N |
| RIESGO | | VALORACIÓN | | | | |
| Posible exposición a Agentes Biológicos de los grupos 2 y 3 según R.D. 654/1987, por diferentes vías (Sin inserción Deliberada de Manipulantes) | | Probabilidad = Media Consecuencias = 0 Valoración = Moderado | | | | |

ENR0902 CENTRO HOG. DESPLAZADOR HOSPITAL "INFANTA ELENA" INFORMACIÓN Pág. 17 de 21

Puesto: LIMPIEZA GENERAL

| CONDICIÓN EVALUADA | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | |
|--|--|--|--------|------|-------|------|
| | | M.T. | E.P.L. | INF. | FORM. | C.P. |
| Manipulación manual de cargas | | N | N | S | S | N |
| RIESGO | | VALORACIÓN | | | | |
| Sobreesfuerzos por manipulación manual de cargas | | Probabilidad = Media Consecuencias = 0 Valoración = Moderado | | | | |
| CONDICIÓN EVALUADA | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | |
| | | M.T. | E.P.L. | INF. | FORM. | C.P. |
| Movimientos repetitivos | | S | N | S | N | N |
| RIESGO | | VALORACIÓN | | | | |
| Lesiones por movimientos repetitivos de extremidades superiores. | | Moderado | | | | |
| CONDICIÓN EVALUADA | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | |
| | | M.T. | E.P.L. | INF. | FORM. | C.P. |
| Seguridad Vial | | N | N | S | S | N |
| RIESGO | | VALORACIÓN | | | | |
| Accidentes de tráfico en línea | | Moderado | | | | |

ENR0902 CENTRO HOG. DESPLAZADOR HOSPITAL "INFANTA ELENA" INFORMACIÓN Pág. 18 de 21

| Puesto: LIMPIEZA GENERAL | | | | | |  | | | | |
|---|--|--|---|--------|-----|---|------|--|--|--|
| CONDICIÓN EVALUADA | | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | | | | |
| | | | M.T. | E.P.E. | IN. | FORM. | C.P. | | | |
| Factores Psicosociales | | | N | N | S | N | N | | | |
| RIESGO | | | VALORACIÓN | | | | | | | |
| Estrés laboral | | | Probabilidad = Baja Consecuencias = LD Valoración = Tolerable | | | | | | | |
| CONDICIÓN EVALUADA | | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | | | | |
| | | | M.T. | E.P.E. | IN. | FORM. | C.P. | | | |
| Equipos de trabajo | | | N | S | S | N | S | | | |
| RIESGO | | | VALORACIÓN | | | | | | | |
| Cortes | | | Moderado | | | | | | | |
| CONDICIÓN EVALUADA | | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | | | | |
| | | | M.T. | E.P.E. | IN. | FORM. | C.P. | | | |
| Energías utilizadas | | | N | N | N | N | N | | | |
| RIESGO | | | VALORACIÓN | | | | | | | |
| Contacto eléctrico por operaciones elementales (conexión y desconexión de equipos) no hacer uso de ninguna conexión y desconexión de equipos. | | | Probabilidad = Baja Consecuencias = LD Valoración = Tolerable | | | | | | | |

| Puesto: LIMPIEZA GENERAL | | | | | |  | | | | |
|---|--|--|--|--------|-----|---|------|--|--|--|
| CONDICIÓN EVALUADA | | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | | | | |
| | | | M.T. | E.P.E. | IN. | FORM. | C.P. | | | |
| Aplicación de Fuerzas | | | S | N | S | N | S | | | |
| RIESGO | | | VALORACIÓN | | | | | | | |
| Lesiones músculo-esqueléticas por aplicación de fuerzas con o sin impulso | | | Probabilidad = Baja Consecuencias = D Valoración = Tolerable | | | | | | | |
| CONDICIÓN EVALUADA | | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | | | | |
| | | | M.T. | E.P.E. | IN. | FORM. | C.P. | | | |
| Posturas de trabajo | | | S | S | S | S | S | | | |
| RIESGO | | | VALORACIÓN | | | | | | | |
| Sobreesfuerzo por exposición a posturas de trabajo inadecuadas e forzadas | | | Moderado | | | | | | | |
| CONDICIÓN EVALUADA | | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | | | | |
| | | | M.T. | E.P.E. | IN. | FORM. | C.P. | | | |
| Lugares de trabajo del puesto | | | N | S | S | N | S | | | |



Puesto: LIMPIEZA GENERAL



| EVALUACIÓN DE RIESGOS | | VALORACIÓN |
|--------------------------------|--|--|
| RIESGOS | | |
| Caidas al mismo nivel | | Moderado |
| Golpes con elementos inmóviles | | Probabilidad = Media Consecuencias = D Valoración = Moderado |

Puestos LIMPIEZA GENERAL



| EQUIPO | Nº SERIE | RIESGO | VALORACIÓN |
|------------------|----------|--|--|
| Cubo de limpieza | 027134 | Contactos eléctricos. Asistamiento de la línea | Probabilidad = Baja Consecuencias = D Valoración = Tolerable |



NORMAS GENERALES PARA EVITAR SOBRESFUERZOS FÍSICOS DERIVADOS DE UNA MANIPULACIÓN INCORRECTA DE CARGAS Y/O POSTURAS FORZADAS

MMC

- Mantener los pies separados y firmemente apoyados.
- Doblar las rodillas para levantar la carga del suelo, y mantener la espalda recta.
- No levantar la carga por encima de la cintura en un solo movimiento.
- No girar el cuerpo mientras se transporta la carga, realizar los giros con los pies.
- Mantener la carga cercana al cuerpo, así como los brazos, y éstos lo más tensos posibles. Excepto cuando se transporten bolsas de basura, que se transportarán a 10 - 15 cm. del cuerpo para evitar cortes o pinchazos.



NORMAS BÁSICAS EN EL LEVANTAMIENTO DE CARGAS



PIES SEPARADOS.
PIERNAS FLEXIONADAS
ESPALDA RECTA
CARGA CERCA DEL CUERPO
SUECIÓN FIRME



- Siempre que sea posible se repartirá el peso **simétricamente**.
- Finalmente, si la carga es excesiva solicitar ayuda a un compañero o utilizar la ayuda de medios de transporte como (carros de transporte de residuos, carros de limpieza,...)





- El peso máximo recomendable a manipular manualmente por una mujer es de 15 kg., y por un hombre de 25 kg.
- En el caso de utilizar carnos, jaulas, etc., para el transporte de cargas, se debe empujar la carga, y no tirar de ella. Excepto: cuando se sale o entra por las puertas, en los montacargas y cuando haya que descender por las rampas.



POSTURAS FORZADAS

- Almacenar los materiales más utilizados de forma que se sitúen entre la cintura y los hombros; adaptando al puesto de trabajo.
- Para alcanzar objetos situados por encima del hombro, se utilizarán escaleras y/o andamios de dos o tres peldaños.
- Evitar apilamientos a elevada altura.
- No alargar en exceso los brazos al realizar las tareas.
 - **No inclinar demasiado la cabeza** cuando se utilice la mopa, fregona o cepillo o cuando se realice cualquier otra tarea.



- Colocar los materiales más utilizados en la zona más accesible, dejando los que menos se utilizan en las partes menos accesibles.
- Cuando se trabaje durante mucho tiempo de pie, cambiar la posición de los pies para repartir el esfuerzo.
- **Variar la postura** (doblar el tronco hacia atrás, agacharse de vez en cuando).
- Usar alternativamente ambas manos para realizar las tareas de limpieza y distribuir la fuerza entre varios dedos.
- Para realizar la limpieza de las zonas bajas como patas de camas, camillas, etc., se doblarán las rodillas, evitando hacerlo doblando la espalda y se evitará colocarse de cuclillas.

| | |
|---|--|
|  | PROTOCOLO DE ACCIDENTES LABORALES |
|---|--|

| | |
|-------------------|----------------|
| Código | PRL-004 |
| Fecha aprobación | Junio 2010 |
| Fecha Última Rev. | Diciembre 2014 |

Realizado por: Gemma Criado
Destinatarios: Dirección, Jefes y/o Responsables de todos los Servicios y trabajador designado
Origen: Servicio de Prevención Mancomunado Copi
A conocer por: todos los trabajadores

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN
2. OBJETIVO
3. RESPONSABILIDADES
4. DESARROLLO DE PROCEDIMIENTO:
 - EXCEPCIÓN: Accidentes con riesgo de contaminación biológica
5. PAUTAS A SEGUIR EN LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PARTE DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES
6. ANEXOS:
 - PARTE DE PRESTACIÓN SANITARIA
 - PARTE DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES

1. DEFINICIÓN

Accidente laboral: aquel que pueden padecer los trabajadores de la empresa SERVICIOS PERSONALES Y SALUD en el HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA durante su jornada laboral o durante el trayecto de ida o vuelta al lugar de trabajo (In Itinere).

2. OBJETIVOS

Los principales objetivos de este protocolo son:

- Hacer conocer a los trabajadores de la residencia la forma de actuar en caso de sufrir un accidente laboral
- La notificación, registro e investigación de todos los accidentes que tengan lugar en el centro de trabajo con el fin último de evitar su repetición, diseñando e implantando para ello medidas preventivas y/o de protección que eliminen las causas que lo propiciaron o posibilitaron.



| | | |
|---|--|---|
|  | PROTOCOLO DE ACCIDENTES LABORALES | Código PRL-004 Nº de página 2 de 6 |
|---|--|---|

3. RESPONSABILIDADES

- **DIRECCIÓN:**
 - Es la responsable de la revisión y aprobación de toda la documentación relativa a la Investigación de Accidentes y asegurar el cumplimiento de la Ley 31/95, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, pudiendo delegar en los Responsables de Prevención.
 - Adoptar las medidas de prevención y protección necesarias para garantizar la seguridad y salud de todos los trabajadores y evitar los accidentes de trabajo.
- **SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES:** como representantes de la Dirección en materia preventiva deberán:
 - Investigar los accidentes laborales conjuntamente con los Jefes y/o Responsables de Servicio, detectando las principales causas que los originen y proponiendo medidas preventivas y/o de protección a la Dirección para evitar su repetición.
 - Revisar la evaluación de riesgos con ocasión de los daños para la salud que se hayan producido.
- **JEFES Y/O RESPONSABLES DE SERVICIO:**
 - Realizar la investigación de los accidentes que sufran los trabajadores de su correspondiente área cumplimentando el correspondiente PARTE DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES.
 - Notificar al Servicio de Prevención, los accidentes que se produzcan en el centro (con o sin baja), que pasará una copia al departamento de RRHH para su posterior comunicación a través del Sistema Delta.
 - Control, registro y archivo de todas las Partes de Investigación de Accidentes.
- **DEPARTAMENTO DE RRHH**
 - Realizar la comunicación del accidente a través del sistema DELTA en los plazos establecidos.
 - Control, registro y archivo de todas las Partes de Investigación de Accidentes.
 - Conservar una relación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de forma anual.

| | | |
|---|--|---|
|  | PROTOCOLO DE ACCIDENTES LABORALES | Código PRL-004 Nº de página 3 de 6 |
|---|--|---|

4. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

Cuando algún trabajador de BEPERS del "HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA" sufra un accidente de trabajo, se procederá de la siguiente manera:

Lo primero que tiene que hacer el trabajador accidentado es informar a su superior inmediato de lo sucedido, para la certificación derivada del trabajo.

El superior inmediato realizará la 1ª investigación para certificar si es derivado o no del trabajo.

- Si se certifica que deriva del trabajo; el trabajador accidentado acudirá a la trabajadora designada del centro donde se le hará entrega del Volante de Asistencia Sanitaria, que deberá llevar el trabajador a la Mutua:

FREMAP

- Avda. Mar Mediterráneo 3
28670 Valdemoro
Tel: 91 809 45 89

- Si no es derivado del trabajo; se remitirá al trabajador a su médico de cabecera (contingencias comunes)

NOTA: Si el accidente ocurriese en fin de semana, noche o cuando el Inmediato Superior no estuviera en el centro tanto el Volante de Asistencia Sanitaria como el Parte de Investigación de Accidentes serán cumplimentados cuando el Responsable o Inmediato Superior esté en el centro de trabajo, normalmente el siguiente día laboral y acudirá a la Mutua para ser atendido. En el caso de ser un accidente grave o de necesitar asistencia médica inmediata, el trabajador accidentado acudirá a Urgencias de su Hospital de referencia, debiendo informar a su Inmediato superior el primer día hábil siguiente y acudir posteriormente a la Mutua con el Volante.

Para cualquier tipo de accidente (ya sea biológico o no, cause baja o no), el superior inmediato del accidentado deberá cumplimentar también el Parte de Investigación de Accidentes, y entregárselo al Trabajador Designado

| | | |
|---|--------------------------------------|---|
|  | PROTOCOLO DE ACCIDENTES LABORALES | Código PRL-004 Nº de página 4 de 6 |
|---|--------------------------------------|---|

EL PARTE DE INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DEBERÁ SER REMITIDO POR LOS JEFES/RESPONSABLES DE ÁREA EN LOS SIGUIENTES PLAZOS:

- **CON BAJA:** al Servicio de Prevención (gema.criado@idcsalud.es) o en el **PLAZO MÁXIMO DE 3 DÍAS**.
- **SIN BAJA:** al Servicio de Prevención (gema.criado@idcsalud.es) en el **PLAZO MÁXIMO DE 5 DÍAS**.

Deberá ir con copia al departamento de RRHH (Ana Luz Vera (ana.vera@idcsalud.es) y a Carmen Galvo (carmen.galvo@idcsalud.es), se le enviará por correo electrónico.

5. PAUTAS A SEGUIR EN LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PARTE DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES

El parte deberá ser cumplimentado por las supervisoras en su totalidad. Es preciso hacer a los trabajadores afectados o testigos tantas preguntas como sean oportunas, para obtener la mayor información posible.

Todos los apartados deben quedar perfectamente cumplimentados, ya que cuanto mayor sea la información recopilada, mayor facilidad para descubrir las causas básicas e inmediatas del accidente, y así poder adoptar las medidas precisas para evitar su repetición.

Los principales datos que recoge el Parte de Investigación son los siguientes:

A) Datos del accidentado:

- Nombre y apellidos del accidentado.
- Servicio al que pertenece.
- Puesto de trabajo.
- Categoría.
- Lugar donde se produce el accidente.
- Día.
- Hora.
- Turno.

B) Descripción del accidente:

- Accidente con baja; sin baja; recáida; accidente in itinere, muerte, si se han producido daños materiales, etc.
- Causa principal del accidente.
- Descripción de la tarea que realizaba en el momento del accidente.
- Condición, acto, fallo, etc., que motivó el accidente: causas inmediatas y básicas.
- Descripción de las lesiones.
- Atención al trabajador: si ha acudido a Urgencias de la clínica, a la Mutua u otro centro asistencial (se pondrá la fecha en la que acuden)

| | | |
|---|--------------------------------------|--------------|
|  | PROTOCOLO DE ACCIDENTES LABORALES | Código |
| | | PEL-004 |
| | | Nº de página |
| | | 5 de 6 |

- C) Equipos de Protección Individual:
- Si la tarea exigía la utilización de algún material o prendas de protección.
 - Caídas.
 - Si estaba el EPI a disposición del trabajador.
 - Si el trabajador accidentado utilizó los EPIs disponibles.
- D) Procedimientos de trabajo, Formación e Información:
- Si existía un procedimiento para la tarea ejecutada en el momento del accidente: escrito o verbal, ¿Y cuál es el procedimiento?
 - Si la formación del accidentado era la adecuada.
 - Si la tarea era adecuada a la capacidad física del trabajador.
- E) Medidas correctoras: para evitar la posibilidad de repetición del accidente. Es muy importante la opinión de los propios trabajadores ya que a veces son ellos los que mejor conocen los métodos y procedimientos de su trabajo.
- F) Análisis de la probabilidad de repetición:
- Frecuente
 - Ocasional
 - O raro
- G) Firmas de los responsables: que realizan la investigación y cumplimiento de los accidentes.

S. ANEXOS:

- **PARTE DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES:** es el formato R-04.1.
- **ESQUEMA - FLUJO DE ACCIDENTE LABORAL**
- **DIRECCIÓN DE LA MUTUA DE AT Y EP:**

| | | |
|---|--------------------------------------|--------------|
|  | PROTOCOLO DE ACCIDENTES LABORALES | Código |
| | | PEL-004 |
| | | Nº de página |
| | | 6 de 6 |

CENTRO DE ASISTENCIA MÁS CERCANO AL CENTRO DE TRABAJO

FREMAP

Avda. Mar Mediterráneo 3
28670 Valdemoro
Tel: 91 809 45 89

Centros de FREMAP para realizar las analíticas y seguimiento del accidente (básicos):

- FREMAP (GETAFE)

Calle Tres Candelas nº 4, Sector 4
Horario: 8:00- 20:00 horas. Horario analíticas: Mi y J de 8:00 a 10:00 horas.
Teléfono: 91-696-84-18

- FREMAP (MAJADAHONDA): HOSPITAL

Ctra. De Pozuelo, 61 28222 Majadahonda
Horario: 24 horas. Horario analíticas: todos los días del año de 08:00 a 21:00 horas.
Teléfono: 91-626-55-00

- FREMAP (MADRID)

Calle Capitán Haya, 39
Horario: 24 horas. Horario analíticas: Lunes a viernes: 08:00 a 9:00 horas
Teléfono: 91-572-60-00

**FICHA INFORMACIÓN RIESGOS LABORALES
PUESTO DE TRABAJO: LIMPIADORES**

| RIESGOS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|--|---|
| Caida de personas al mismo nivel. | <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar calzado de seguridad con suela antideslizante. - Mantener orden y limpieza en el lugar de trabajo. Se debe evitar dejar materiales o equipos de trabajo tirados por el suelo. - Cuando se produzca un derrame o vertido se procederá de manera inmediata a su recogida y limpieza. - Se deben enfatizar las operaciones de fregado o abrillantado del suelo, mediante la colocación de un cartel de advertencia. - Evitar pasar los suelos recién fregados o abrillantados. - Si existe cualquier irregularidad en el suelo / suelos en mal estado, resbaladizo, luminarias entrecorridas se comunicará al Supervisor o Encargado. |
| Caida a distinto nivel por el desplazamiento por las escaleras fijas del centro o al realizar la limpieza de las mismas. Utilización de escaleras de mano u otro objeto para realizar limpiezas de zonas altas o para acceder a ellas. | <ul style="list-style-type: none"> - Evitar desplazarse por las escaleras corriendo. - Prohibido bajar o subir las escaleras de dos en dos. - Es obligatorio el uso de calzado cerrado. - Señalizar todos los trabajos que se estén realizando en las mismas mediante señal de advertencia. - Se debe mantener el orden y la limpieza en todos los almacenes y en los lugares donde se realizan los trabajos. Se debe evitar dejar los materiales, o equipos de trabajo tirados sobre el suelo. Se dejan en un lado donde no molesten. - En caso de detectar cualquier irregularidad (suelo en mal estado, luminarias fundidas, etc...) se comunicará al Supervisor o Encargado. - Prohibido la utilización de trépalos, cajas o cualquier otro elemento para acceder a las zonas altas. - Antes de utilizar escaleras de mano se realizará una inspección de la misma (pasadizos, escalones, etc...). - Las escaleras de mano se utilizarán sobre superficies estables y planas. - Prohibido subir más de una persona a la escalera. Si es necesario otra persona sujetará la escalera. - La subida y la bajada de las escaleras se realizará de frente a las escaleras. - No intentar acceder a zonas dejadas. - Prohibido subir a la escalera con materiales pesados o voluminosos. |
| Caida de objetos en manipulación. | <ul style="list-style-type: none"> - Evitar manipular los útiles de limpieza con los manos mojadas o grasientas. - Revisar los estados de los útiles de trabajo antes de utilizarlos. Los que se encuentren en mal estado se repararán o se sustituirán. - Si se encuentran resbaladizas las útiles de trabajo deberán de limpiarse antes de ser utilizados. - Antes de limpiar o mover mobiliario se retirarán todos aquellos objetos que puedan caerse. |

**FICHA INFORMACIÓN RIESGOS LABORALES
PUESTO DE TRABAJO: LIMPIADORES**

| RIESGOS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|--|
| Golpes contra objetos móviles o fijos. | <ul style="list-style-type: none"> - Antes de comenzar a limpiar se deben retirar todos aquellos objetos que puedan dificultar los trabajos de limpieza. - Extremar las precauciones en las zonas de espacio reducido, al trabajar al lado de ventanas abiertas o en zonas donde los techos sean bajos. - Evitar trabajar con pilas. - Prestar atención a los cables que se estén realizando, evitar caminar hacia atrás. |
| Cortes o caídas con objetos o herramientas. | <ul style="list-style-type: none"> - Prohibido presionar las botellas o papeles. - Evitar introducir las manos en las bocanetas para sacar los objetos depositados. Se deben de voltear las bocanetas en las contenedores si cabe. - Las botellas de basura se deben transportar ligeramente separadas del cuerpo (unos 15 cms.) - Permitido recoger los objetos cortantes o punzantes con las manos, se retirarán con un cepillo y un recogedor. - En caso de encontrar cualquier elemento punzante o cortante en un contenedor inadecuado se informará al Supervisor o Encargado. - En caso de corte o pinchazo se seguirán las instrucciones establecidas o llamar al empujador o acudir a la enfermería, informar al Hospital, etc... |
| Proyección de fragmentos o partículas. | <ul style="list-style-type: none"> - Se utilizarán gafas protectoras cuando se realicen limpieza por encima de los hombros (limpieza de techos, paredes, etc...) o cuando exista riesgo de salpicadura. |
| Sobreesfuerzo (por manipulación de cargas). | <ul style="list-style-type: none"> - Se debe de evitar la manipulación manual de carga de más de 25 kg en el caso de los hombres y 15 kg en el caso de las mujeres. - Se utilizarán siempre que sea posible medios mecánicos o se realizará la manipulación con ayuda de otros compañeros. - Los carros de transporte o de limpieza se deben atornillar siempre, excepto al entrar o salir por las puertas, montacargas, al desplazarse por pendientes. Los carros deben empujarse con la espalda recta y las rodillas ligeramente flexionadas. - No sobrecargar los carros. |
| Sobreesfuerzo (por manipulación de cargas). | <ul style="list-style-type: none"> - Todas las cargas se transportarán pegadas al cuerpo (excepto las botas de basura para evitar pinchazos o cortes). Mantener los brazos pegados al cuerpo y ángulo recto. No forzar la columna. - Para levantar la carga se debe: <ul style="list-style-type: none"> • Situar próximo a la carga, con un pie a cada lado y uno ligeramente adelantado. • Agarrar la carga correctamente, usando la palma de las manos y los dedos. • Mantener la columna recta y flexionar las piernas, no doblar nunca la espalda. |

**FICHA INFORMACIÓN RIESGOS LABORALES
PUESTO DE TRABAJO: LIMPIADORES**

| RIESGOS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|
| Sobreesfuerzo (Mantenimiento de calzadas, fardos de pie) | <ul style="list-style-type: none"> - Evitar en lo posible movimientos bruscos y forzados del cuerpo. No inclinar excesivamente la columna. - Mantener el cuerpo erguido en todo momento para evitar deformaciones permanentes de la columna. - Para reducir la fatiga no permanecer demasiado tiempo en la misma posición. Los fardos de pie deben alternarse con otras sentada o caminando. - Regular la zona de trabajo antes del inicio de la actividad, para minimizar los desplazamientos. - Evitar estar siempre en la misma postura: colocar el peso sobre una y otra pierna alternativamente. - Para limpiar las zonas bajas, es preferible que la realización de rodajes se haga en lugar de cuclillas. - No inclinar demasiado la cabeza cuando se pase la mano o se fregue. - Colocar en los casos de limpieza los productos de limpieza u objetos que utilice más en la parte más alta o más accesible y lo que menos utilice en la parte baja o menos accesible. |
| Contactos eléctricos. | <ul style="list-style-type: none"> - Prohibido poner la fregona o trapos húmedos sobre las bases de los enchufes o clavijas. - No utilizar bayetas o paños mojados para realizar la limpieza de los equipos eléctricos. - La limpieza de los equipos eléctricos, debe realizarse siempre que sea posible con los equipos desconectados de la red eléctrica. - No se debe tirar de los cables para desenchufar los equipos eléctricos. - En el caso de utilizar cualquier equipo eléctrico para realizar la limpieza (como por ejemplo aspiradoras), antes de utilizarlo se deberá comprobar la carga, los cables y los enchufes para detectar cualquier defecto. - En el caso de que se entorpezca o se averíe cualquier equipo eléctrico, se dejará de utilizar inmediatamente, se avisará al encargado o supervisor y se colocará un cartel de prohibido utilizar. |
| Contacto y exposición con sustancias nocivas o tóxicas (utilización de productos de limpieza) | <ul style="list-style-type: none"> - Cumple con lo dispuesto en las fichas de seguridad, en lo relativo a su almacenamiento, manipulación, etc. - Utilización de guantes, gafas, protectores, mascarillas... cuando así se indique en la ficha de seguridad de los productos. Ver las instrucciones de los productos que se emplearán colocados en el almacén. - Manipular los productos químicos con guantes de goma o similar. - Los productos deben mantenerse en sus recipientes originales y perfectamente etiquetados. - Los recipientes deben de estar bien cerrados. En caso de derrames, se limpian inmediatamente. - Cuando se limpie un producto de un recipiente grande a otro más pequeño, etiquetar constantemente el recipiente pequeño para saber qué contiene. |
| Contacto y exposición con sustancias nocivas o tóxicas (utilización de productos de limpieza) | <ul style="list-style-type: none"> - El trabajador no debe comer, beber o fumar durante la manipulación de los productos. - Realizar las medidas de productos según lo indicado por el fabricante. - Eliminar los productos químicos que no se utilizan. Se utilizarán primero los que más tiempo llevan en el almacén ya que pueden estropear los recipientes. - En caso de accidente o peligro para la salud, acudir a su médico o consultar con el Instituto Nacional de Toxicología. |

Página 3 de 3

**FICHA INFORMACIÓN RIESGOS LABORALES
PUESTO DE TRABAJO: LIMPIADORES**

| RIESGOS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|--|---|
| Exposición a contaminantes biológicos | <ul style="list-style-type: none"> - Se debe informar al supervisor o Encargado de cualquier incidencia que se detecte en la gestión de residuos (residuos mal depositados, contaminación en mal estado, etc...). - Seguir las recomendaciones del Servicio de Vigilancia de la Salud. - Utilizar guantes para la manipulación de residuos, se deben lavar las manos antes y después de limpiar los fardos. - No abrir los contenedores de residuos que ya están cerrados. - En caso de realizar la limpieza en habitaciones donde existen pacientes diálisis, se seguirán las recomendaciones establecidas por el personal sanitario (Unidad de IRI o Quarité, mascarilla, gafas...), instrucciones de trabajo. - Las heridas o cortes se cubrirán siempre con un apósito o teta, y se colocará encima el guante. - Prohibido abandonar los recipientes de los residuos en cualquier sitio, se dejarán inmediatamente en los depósitos de residuos (depósitos intermedios o depósitos finales). - En caso de pinchazo se seguirá el protocolo establecido por el Servicio de Prevención e Informe al Supervisor, acudir a la unidad de accidentes y seguir las recomendaciones establecidas por el Servicio de Vigilancia de la Salud. - Prohibido tocar con las manos los objetos cortantes o punzantes, se retirarán con un cepillo y un recogedor. - No introducir las manos en las bolsas de basura, papeleras o contenedores. No presionar las bolsas. - No llenar las bolsas de basura hasta arriba. - Las bolsas de basura no se amarrarán ni se transportarán pegadas al cuerpo para evitar pinchazos o cortes, se transportarán sueltas del suelo unos 15 cm. aproximadamente. - En caso de volcaduras de sangre o de cualquier otro líquido orgánico, se informará al Encargado y se acudir a la UVI. |
| Exposición a ambientes externos (realización de tareas a la intemperie) | <ul style="list-style-type: none"> - En caso de temperaturas elevadas, deben beber con mucha frecuencia agua y no otras bebidas no azucaradas, cubrirse la cabeza con una gorra o sombrero. - En caso de temperaturas bajas, debe emplear la ropa de abrigo necesaria. - Cuando llueva deben de utilizar ropa impermeable. |
| Atravesada o golpe con vehículos (al realizar tareas de limpieza que requieren el uso de vehículos al ir al interior de trabajo) | <ul style="list-style-type: none"> - Siempre que se realicen tareas en zonas por las que circulan vehículos se señalizará la zona y se utilizarán chalecos reflectantes. - El trabajador cuando conduzca deberá cumplir lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> + Pensar y mantener el vehículo en buen estado (frenos, dirección, ruedas, luces, etc...). + Llevar siempre puesto el cinturón de seguridad o casco para motos. + Respetar los límites de velocidad establecidos y está deberá adaptarse al estado de la vía, condiciones meteorológicas, etc. + Mantener la distancia de seguridad con el resto de vehículos. |

Página 4 de 5



**FICHA INFORMACIÓN RIESGOS LABORALES
PUESTO DE TRABAJO: LIMPIADORES**

| RIESGOS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Realizar la limpieza en las zonas y momentos permitidos. Realizar la limpieza utilizando productos autorizados para dichos fines. Utilizar el equipo de protección adecuado para el tipo de producto utilizado, evitando el contacto y inhalación de partículas por el personal y realizando la limpieza. Utilizar la limpieza como actividad de forma rutinaria. Evitar limpiar el tiempo libre, al estar en un momento de descanso. Utilizar el equipo de protección adecuado para el tipo de producto utilizado, evitando el contacto y inhalación de partículas por el personal y realizando la limpieza. Evitar limpiar en momentos de alta actividad, como en el momento de la recepción de pacientes. Utilizar la limpieza como actividad de forma rutinaria, y evitando limpiar en momentos de alta actividad. Utilizar el equipo de protección adecuado para el tipo de producto utilizado, evitando el contacto y inhalación de partículas por el personal y realizando la limpieza. <p>El personal encargado de la limpieza debe seguir las siguientes medidas preventivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilizar el equipo de protección adecuado para el tipo de producto utilizado, evitando el contacto y inhalación de partículas por el personal y realizando la limpieza. Evitar limpiar en momentos de alta actividad, como en el momento de la recepción de pacientes. Utilizar la limpieza como actividad de forma rutinaria, y evitando limpiar en momentos de alta actividad. Utilizar el equipo de protección adecuado para el tipo de producto utilizado, evitando el contacto y inhalación de partículas por el personal y realizando la limpieza. |

Página 2 de 2

**OBJETIVOS INDIVIDUALES
AÑO 2014**

| UNIDAD | | OBJETIVOS INDIVIDUALES | |
|---|--|------------------------|---------------|
| NOMBRE Y CARGO RESPONSABLE | | CATEGORÍA | |
| D. JOSÉ ANTONIO GARCÍA GARCÍA | | CATEGORÍA | |
| OBJETIVOS INDIVIDUALES | | FECHA | OBSERVACIONES |
| <p>1. ACOGNADO</p> <ul style="list-style-type: none"> Encuentro de colaboración: Colaborar con la responsable para evitar en un 95% los riesgos de los accidentes. Recepción de incidencias, desarrollando en un 95% las actividades que se le asigna. Participación en el punto de trabajo. | | 40% | |
| <p>2. CALIDAD Y FORMACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Desarrollar y supervisar de las acciones de mejora de Calidad: Recepción planificada por el Director administrativo a seguir la misma planificada en los momentos de la formación dentro del tiempo que se le asigna. El control regular de las acciones de mejora de Calidad. Realizar un curso de formación de calidad, y certificación. Colaborar en la formación de los cursos de incorporación de trabajadores de Servicio. | | 30% | |
| <p>3. MEJORA ORGANIZATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> Integración y buena relación con el equipo de Servicio, evitar evitar los errores. Supervisar de protocolos y procedimientos de Servicio, y cumplimiento de los diferentes registros y formularios correspondientes. Colaborar con los responsables aplicando ideas para la mejora del servicio. Participación en las reuniones del servicio. Uso adecuado y eficiente del material, especialmente con el ahorro y limpieza de los espacios. | | 30% | |

FECHA:

FECHA:

De este documento se levantará una copia, una para el responsable y otra para el responsable.



**OBJETIVOS INDIVIDUALES
AÑO 2014**

UNIDAD: _____

| | | |
|--|---------------------------------------|----------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE TRABAJADOR | APELLIDOS Y NOMBRE RESPONSABLE | CAT. PROF: AA |
| PEREZ MARTINEZ DEL MADRID, CARMEN | LOZAROS MONTE | C.COSTE C. EXT. |
| DEFINICIÓN DE OBJETIVOS | PESO | OBSERVACIONES |
| 1. ACTIVIDAD <ul style="list-style-type: none"> Encuestas de satisfacción; Colaborar con la responsable para subir en un 2% Los resultados de las encuestas. Reducción de incidencias, disminuyendo en un 5% las reclamaciones del año anterior. Puntualidad en el puesto de trabajo | 40% | |
| 2. CALIDAD Y FORMACION <ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento y seguimiento de las acciones de mejora de Calidad Planificada planteadas por la Dirección encaminadas a conseguir a primera posición en las encuestas de la satisfacción contra de nuestro grupo en la CAM. El correcto seguimiento del manual de estilo de Coplo. Estar correctamente identificado. Y uniformado Realizar en el año cursos, talleres, y reuniones... de plan de formación nel hospital Colaborar en la formación de las nuevas incorporaciones de embajadores de limpieza | 30% | |
| 3. MEJORAS ORGANIZATIVAS. <ul style="list-style-type: none"> Integración y buena relación con el equipo de limpieza, evitar entrar en conflictos Seguimiento de protocolos y Procedimientos de Limpiezas (cumplir teniendo los diferentes registros y formatos correspondiente). Colaborar con los responsables aportando ideas para la mejora del servicio. Asistencia a las reuniones del servicio. Uso adecuado y eficiente del material, colaborando con el ahorro y buen uso de los mismos. | 30% | |
| FIRMA DEL TRABAJADOR. | FIRMA DEL RESPONSABLE. | |
| | | |
| FECHA: | FECHA: | |

En este documento se imprimirán dos copias, una para el trabajador y otra para el responsable.



| TOMA DE DATOS | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|--------|
| INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | TOTAL |
| Respecto a la limpieza de habitaciones, aseos públicos, áreas de zonas del público, ... | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 8 |
| Nº de reclamaciones | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 | 11 |
| Nº de reclamaciones por falta de cumplimiento de los programaciones previstas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Deficiencias y no conformidades por falta de cumplimiento de los programas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nº de impuestas para por resultado positivo al control inspección de calidad | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| % Detectadas | 7% | 6,67% | 7% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0,00% |
| % Transcurridas | 80% | 93,33% | 80% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 93,33% | 100% | 100% | 11,76% |
| Indicador de limpieza | 11 | 2 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 20 |

| PANEL DE INDICADORES | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|
| INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | TOTAL |
| CS-POLUK-IB01 Distribución de la limpieza en las habitaciones | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 8 |
| CS-POLUK-IB02 Nº de incidencias de limpieza en las habitaciones | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CS-POLUK-IB03 Nº de incidencias de limpieza en las habitaciones | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| CS-POLUK-IB04 Nº de incidencias de limpieza en las habitaciones | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |

| INDICADOR | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | TOTAL |
|--|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|
| CS-POLUK-IB01 Distribución de la limpieza en las habitaciones | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 8 |
| CS-POLUK-IB02 Nº de incidencias de limpieza en las habitaciones | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CS-POLUK-IB03 Nº de incidencias de limpieza en las habitaciones | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| CS-POLUK-IB04 Nº de incidencias de limpieza en las habitaciones | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |



Se ha podido evidenciar visual y documentalmente la entrega de EPI's a las/los Profesionales de la Limpieza por parte de CAPIOSER, tal como se observa en los siguientes ejemplos:

| | | |
|--|--|---|
|  idesalud | REGISTRO: ENTREGA DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI's) | R-03.1 Edición: 02 Fecha: JUNIO 14 |
|--|--|---|

EMPRESA: BERBERS

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

PUESTO DE TRABAJO: LIMPIADORA

SECCIÓN / DEPARTAMENTO: LIPIEZA

NOMBRE DEL TRABAJADOR:
ME JOSEFA MORENO

FECHA DE ENTREGA:
09/01/15

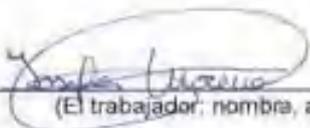
REPOSICIÓN: SI
 NO

Tal y como indica la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, y en cumplimiento de su artículo 17, hacemos entrega, al trabajador arriba indicado, los siguientes equipos de protección individual:

| EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL | CANTIDAD |
|-----------------------------------|----------|
| ZAPATO <u>Nº 35</u> <u>SI-SBC</u> | <u>2</u> |
| | |
| | |
| | |

Dándose las instrucciones e informaciones precisas y necesarias para su correcto uso y mantenimiento, con el compromiso de utilizarlos correctamente, tal y como se indica en el Art. 29 de la Ley 31/95.

Recibido:

Fdo: 
(El trabajador, nombre, apellidos y firma)

| | |
|--|--|
|  CapioSer Servicios integrales | |
| REGISTRO DE ENTREGA DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL | CÓDIGO: CS/PCL04C/FPOC01/5 EDICIÓN: 2.1 |

PUESTO DE TRABAJO: LIMPIADORA

SECCIÓN / DEPARTAMENTO: LIMPIEZA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR: CARMEN GARCIA SANCHEZ

FECHA DE ENTREGA: 23/05/14

MOTIVO DE LA ENTREGA:

NUEVO INGRESO
 PERDIDA
 DETERIORO POR USO
 MAL ESTADO
 OTRO MOTIVO.....

Tal y como indica la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, y en cumplimiento de su artículo 17, hacemos entrega, al trabajador arriba indicado, de los siguientes equipos de protección:

| EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL | Nº / TALLA | CANTIDAD |
|---------------------------------|------------|----------|
| <u>CASCOS</u> | <u>M</u> | <u>5</u> |
| <u>GUANTES</u> | <u>M</u> | <u>5</u> |
| <u>GUANTES</u> | <u>G</u> | <u>5</u> |
| | | |

Dándose las instrucciones e informaciones precisas y necesarias para su correcto uso y mantenimiento, con el compromiso de utilizarlos correctamente, tal y como se indica en el Art. 29 de la Ley 31/95 y en el comunicado interno adjunto.

Recibido:

Fdo: 

ATENCIÓN: Este documento del Sistema de Gestión de la Calidad y Medio Ambiente cumple con los requisitos establecidos en la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales. Una de sus principales obligaciones es garantizar el cumplimiento de la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales en los centros de trabajo.



| | |
|---|--|
|  CapiroSer Servicios Integrales | |
| REGISTRO DE ENTREGA DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL | CÓDIGO: CS/PCL04C/FPOC01/5 EDICIÓN: 2.1 |

PUESTO DE TRABAJO: PEÓN

SECCIÓN / DEPARTAMENTO: LIMPIEZA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR: MIGUEL GONZALEZ SANCHEZ

FECHA DE ENTREGA: 20-6-14

MOTIVO DE LA ENTREGA:

- NUEVO INGRESO
- PERDIDA
- DETERIORO POR USO
- MAL ESTADO
- OTRO MOTIVO.....

Tal y como indica la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, y en cumplimiento de su artículo 17, hacemos entrega, al trabajador arriba indicado, de los siguientes equipos de protección:

| TIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL | Nº UNIDADES | PARTIDAS |
|-------------------------------|-------------|----------|
| ZAPATOS <u>SB ELEGANCE</u> | <u>42</u> | <u>1</u> |
| | | |
| | | |
| | | |

Dándose las instrucciones e informaciones precisas y necesarias para su correcto uso y mantenimiento, con el compromiso de utilizarlos correctamente, tal y como se indica en el Art. 29 de la Ley 31/95 y en el comunicado interno adjunto.

Recibido:

Fdo.: 

| | |
|--|--|
|  Capioser Servicios Integrales | |
| REGISTRO DE ENTREGA DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL | CÓDIGO: CS/PCL04C/FPOC01/5 EDICIÓN: 2.1 |

PUESTO DE TRABAJO: LIMPIEZA

SECCIÓN / DEPARTAMENTO: LIMPIEZA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR: DANIEL MONTALBAN

FECHA DE ENTREGA: 15/12/14

MOTIVO DE LA ENTREGA:

- NUEVO INGRESO
 PERDIDA
 DETERIORO POR USO
 MAL ESTADO
 OTRO MOTIVO.....

Tal y como indica la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, y en cumplimiento de su artículo 17, hacemos entrega, al trabajador arriba indicado, de los siguientes equipos de protección:

| EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL | QUANTIDAD | CANTIDAD |
|---------------------------------|-----------|----------|
| GUANTES | | 1 |
| | | |
| | | |
| | | |

Dándose las instrucciones e informaciones precisas y necesarias para su correcto uso y mantenimiento, con el compromiso de utilizarlos correctamente, tal y como se indica en el Art. 29 de la Ley 31/95 y en el comunicado interno adjunto.

Recibido: *[Signature]*

Fdn.: *[Signature]*



PRODUCTOS – CARROS:

En el momento de la auditoría operativa se ha podido evidenciar el correcto estado de los carros de limpieza, así como la organización de los mismos, de acuerdo a la Ficha de Carros de Limpieza, que se ha observado en los Carros inspeccionados:

| FICHA CARROS DE LIMPIEZA | | FMPD 2.1 Rev 2.1 |
|--------------------------|----------|---------------------|
| ZONA/UNIDAD | | |
| | Elemento | Cantidad |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |





Se ha podido evidenciar la correcta eficacia de los productos de limpieza empleados, así como su idoneidad para su uso en Centros Hospitalarios. Se ha revisado el etiquetado de los productos de limpieza y son de poca agresividad para el medioambiente:

| LISTADO PRODUCTOS DE LIMPIEZA | |
|--------------------------------|-------------------|
| PRODUCTO | MARCA |
| Fregador suelos para fregadora | Jontec Combi |
| Hipermeabilizante | Taski H16 |
| Cera abrillantador | Tsaki visión star |
| Lejía normal | Saniwash |
| Lejía con detergente | Saniwash |
| Decapante | Jontec Futur |
| Limpia cristales 750 ml | Saniwash |
| Detergente neutro fregadoras | Saniwash |
| Limpiador amoniacal 5 litros | Saniwash |
| Ambientador limón 5l | Saniwash |
| Limpiador polvo.750 g | Vim |

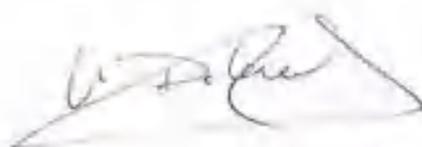
PRODUCTOS UTILIZADOS EN ÁREAS CRÍTICAS

Los productos que se utilizan para limpieza y desinfección de áreas críticas han sido aprobados por el servicio de medicina preventiva del hospital, y son:

1. GERDEX: desinfección de superficies (se adjunta ficha técnica).
2. LEJIA CON DETERGENTE SANIWASH: limpieza y desinfección de suelos (se adjunta ficha técnica).

Hoja 1

| LISTADO PRODUCTOS DE LIMPIEZA | |
|--------------------------------|-------------------|
| PRODUCTO | MARCA |
| Fregador suelos para fregadora | Jontec Combi |
| Hipermeabilizante | Taski H16 |
| Cera abrillantador | Tsaki visión star |
| Lejía normal | Saniwash |
| Lejía con detergente | Saniwash |
| Decapante | Jontec Futur |
| Limpia cristales 750 ml | Saniwash |
| Cera negra | Saniwash |
| Detergente neutro fregadoras | Saniwash |
| Limpiador amoniacal 5 litros | Saniwash |
| Ambientador limón 5l | Saniwash |
| Limpiador polvo 750 g | Vim |
| Gerdex | Helianthus |
| Kit surface | Surgical |



Dr. Dabros Martín Rico
Responsable de Medicina Preventiva

Se ha revisado que las Hojas de Seguridad de los productos se encuentran a disposición de las/las profesionales de la limpieza en el almacén:

| | | |
|---|-----------------------------------|---|
|  | ESPECIFICACION DE PRODUCTO | Código: 9051776 Fecha: 06/02/09 Página: 1 de 2 |
| LEJIA CON DET. SANI WASH 2Lt | | |

* **Composición:**

- Riqueza en cloro activo 40-45 Gr/l = 4% a la medida de máquina.
- Tensioactivos aniónicos < 5%
- Hidróxido sódico NaOH = 1.8 (al 80%) (para estabilizar Ph).
- Perfume = 0.1.

* **Ph:** 13,10

* **Aspecto:** Líquido denso de color amarillo

* **Modo de empleo y dosificación:**

-Para grandes superficies (suelos, azulejos, baldosas, terreros diluir un vaso(200 cc) por cada 10 litros de agua en el cubo de fregar.

-Para el WC aplíquese el producto y déjese actuar.

* **Envase:** Fabricado en plástico polietileno de baja presión, alta densidad, color azul. Apto en las pruebas de resistencia a la caída, compresión y estanqueidad según las directrices de la R.T.E. de lejías. Tapón de rosca a presión.

* **Formato:** 2 Litros

* **Presentación:** Cajas de 6 Unidades.

* **Palet:** 48 Cajas.

* **Código EAN:** 8424737517765

| | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|
|  | ESPECIFICACION DE PRODUCTO | Código: 9308997 |
| | | Fecha: 25/10/11 Página: 1 de 1 |
| LIMPIACRIST. SANIWASH 750 ml | | |

DESCRIPCIÓN

Limpiador multiuso para la limpieza y abrillantado de superficies rígidas: cristales, espejos, fórmica, azulejos, superficies metálicas, plásticos, etc.

CARACTERÍSTICAS

Aspecto: Líquido transparente azul
densidad (20°C): 0,990 - 1,010 g/cc
pH (20°C): 6,5 - 8,5

PROPIEDADES

Limpiar cristales Saniwash es un producto inocuo y fácil de usar, contiene perfume e ingredientes alcohólicos, que dota al producto de un excelente poder de limpieza, con un secado rápido de las superficies a limpiar, y dejando un ligero olor a perfume.

MODO DE EMPLEO

Pulverizar sobre la superficie a limpiar y pasar un paño o gamuza limpia y seca. No precisa aclarado.

PRECAUCIONES

Vease ficha de seguridad del producto

FORMATO DE VENTA

Envase de 750 cc y 5 litros.

* Para cualquier otro formato consultar.

La información y los datos contenidos en esta ficha técnica son indicativos y tienen como principal objetivo su asesoramiento. Corresponde al usuario la responsabilidad de comprobar que el producto es apropiado para el uso particular al que se destina.

| | | |
|---|-----------------------------------|--|
|  | ESPECIFICACION DE PRODUCTO | Código : 9700900 Fecha : 18/02/09 Página : 1 de 1 |
| AMBIENTADOR SANIWASH LIMON 5LT | | |

DESCRIPCIÓN

Ambientador de efecto prolongado

CARACTERÍSTICAS

Aspecto: Líquido Transparente Amarillo
Densidad: 0,885 - 0,905 Gr/cc (20°C)

PROPIEDADES

El ambientador limón, permite desodorizar y eliminar todo tipo de olores.
Liberando incluso los ambientes de humo.
Resfresha el ambiente dejando un aroma suave y agradable.

MODO DE EMPLEO

Realizar una o dos pulverizaciones diarias para mantener el ambiente agradable, fresco y perfumado.

PRECAUCIONES

Vease ficha de seguridad del producto.

FORMATO DE VENTA

Envase de 5 litros.

* Para cualquier otro formato consultar.

La información y los datos contenidos en esta ficha técnica son indicativos y sirven como principal objetivo su asesoramiento. Corresponde al usuario la responsabilidad de asegurarse que el producto es apropiado para el uso particular al que se destina.

| | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------|
|  | ESPECIFICACION DE PRODUCTO | Código . . . 9700115 |
| | | Fecha . . . 12/03/09 |
| | | Página . . . 1 de 1 |
| DETERGENTE NEUTRO FREGAD. SANIWASH 5LT | | |

DESCRIPCIÓN:

Limpador neutro perfumado, especialmente formulado para la limpieza de suelos con fregadores automáticos.

VENTAJAS:

- Excelente acción limpiadora.
- Incorpora un moderno neutralizador de malos olores.
- Puede ser utilizado sobre todo tipo de superficies (resistentes al agua).
- Por su baja espuma, se puede aplicar con máquinas fregadoras o bien de forma manual.
- Deja el ambiente agradablemente perfumado.



MODO DE EMPLEO Y APLICACIÓN:

Fregadora/secadora: 1 – 2% (100-200 ml. por cada 10 l. de agua)
Dosisar el producto en el tanque lleno de agua, aplicar la solución y aspirar al mismo tiempo. Para suciedades fuertes, dejar la solución un tiempo de contacto y posteriormente aspirar.



Aplicación manual: 1 – 5% (100 – 500 ml. por cada 10 l. de agua)
Dosisar el producto en un cubo doble con agua. Aplicar sobre la superficie a limpiar. Dejar un tiempo de contacto según la suciedad a remover y finalmente eliminar la solución sucia.



RECOMENDACIONES:

En pavimentos tratados con emulsiones de cera, no aplicar en concentraciones superiores al 1%.
No utilizar el producto en suelos no resistentes al agua.

INFORMACION TÉCNICA:

- Aspecto: Líquido de color verde
- Densidad relativa (20°C): 1,0 g/cm³
- pH: 8 - 9
- Solubilidad en agua: En cualquier proporción

PRECAUCIONES Y ALMACENAMIENTO:

Manipulación: Se suministra a parte la Ficha de Datos de Seguridad con información completa sobre la manipulación y eliminación del producto.

En caso de accidente consultar al Servicio Médico de Información Toxicológica Tfno.: 915 620 420.

Almacenamiento: Almacenar sin someter a temperaturas extremas en sus recipientes originales bien cerrados.

Producto de uso profesional

Este producto está registrado en una fundación con fines benéficos de acuerdo al Registro nº 68999/MAGL.
Fabricaria: Laboratorios Eurochem S.A. C/ Galera nº 12 Pab. Int. Sur Gáldakos 47012 Valladolid - España
91753 117081 / Nº FABRICANTE 6748322.
Empresa distribuidora (SOS) 160 900 2000 o 91 14811 0911



| | | |
|---|---|--|
|  | <p align="center">ESPECIFICACION DE PRODUCTO</p> | <p>Código : 9700114 Fecha : 12/03/09 Página: 1 de 1</p> |
| <p align="center">DET. ALCALINO FREGAD. SANIWASH 5LT</p> | | |

DESCRIPCIÓN:

Detegriente alcalino para la limpieza de suelos no tratados y superficies resistentes al agua. Elimina las suciedades difíciles, incluso de origen orgánico como grasas y aceites.

VENTAJAS:

- Excelente acción fregadora.
- Puede ser utilizado sobre una amplia gama de superficies resistentes al agua.
- Se puede aplicar de forma manual o con máquina monodisco y fregadora/secadora.
- Gran poder emulsionante de grasas.
- Agradablemente perfumado.



MODO DE EMPLEO Y APLICACIÓN:

Dosificación Recomendada:

Solución del 1 al 5% (100ml /500ml para 10L) en agua según la suciedad a eliminar.

Fregadora/secadora: Del 1 al 2%.

Aplicación con máquina monodisco:

Dosificar el producto en el tanque de la máquina lleno de agua y aplicar la solución. Para suciedades fuertes dejar un tiempo de contacto y posteriormente recoger la solución. Enjuagar si es necesario.

Aplicación manual:

Dosificar el producto en un cubo doble con agua y aplicar con fregona. Para suciedades fuertes, dejar actuar unos minutos, recoger la suciedad y a continuación aclarar con agua limpia.



RECOMENDACIONES:

Antes de utilizar el producto realice una prueba en un lugar discreto para comprobar la resistencia de los materiales. Evitar el contacto con materiales delicados (aluminio, superficies pintadas, lacados o barnizadas, madera, etc.). En caso de salpicaduras, aclarar con agua inmediatamente.

INFORMACION TECNICA:

- Aspecto: Líquido transparente de color azul
- Densidad relativa (20°C): 1,04 g/cm³
- pH: 13,5 ± 0,5
- Solubilidad en agua: En cualquier proporción



PRECAUCIONES Y ALMACENAMIENTO:

Manipulación: Se suministra a parte la Ficha de Datos de Seguridad con información completa sobre la manipulación y eliminación del producto.

En caso de accidente consultar al Servicio Médico de Información Toxicológica. Tlfno: 91 5620420

Almacenamiento: Almacenar sin someter a temperaturas extremas en sus recipientes originales bien cerrados.

Producto restringido para uso profesional.

Los tensioactivos utilizados en esta formulación son biodegradables de acuerdo al Reglamento 648/2004/CE.

Fabricante: Laboratorios Eurochem S.A. C/ Galena nº 12, Pol. Ind. San Cristóbal 47012 Valladolid - España

R.Q.S.L. 37.00861 / Nº FABRICANTE 4740702

Empresa certificada (SGS): ISO 9001:2000 e ISO 14001:2004





Ficha de datos de seguridad
según 2007/2006/CE (SF6ACH), 41301010101010

SANIWASH DETERGENTE ALCALINO PARA SUELOS

1 IDENTIFICACIÓN DE LA SUSTANCIA O LA MEZCLA Y DE LA SOCIEDAD O EMPRESA.

- 1.1 Identificador del producto: SANIWASH DETERGENTE ALCALINO PARA SUELOS
- 1.2 Usos peligrosos identificados de la sustancia o de la mezcla y usos desaconsejados:
Limpiador. Uso exclusivo profesional.
- 1.3 Datos del proveedor de la ficha de datos de seguridad:
Laboratorios Eurochem, S.A.
C/ Galena, 12
47012 Valladolid - Valladolid - Spain
Tfno.: +34 983 211 920 - Fax: +34 983 211 937
Distribuido por:
King España Complementos, S.L.
C/ Carrís Nova, 29-33 Tfno.: +34 902 200 405
Pol. Can Roqueta 08202 Sabadell - Barcelona - Spain
Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses
+34 915 620 420 (Información en español 24h/365 días).
Únicamente con la finalidad de proporcionar respuesta sanitaria en caso de urgencia.
- 1.4 Teléfono de emergencia:

2 IDENTIFICACIÓN DE LOS PELIGROS

- 2.1 Clasificación:
Directiva 67/548/CE y Directiva 1999/45/CE:
La clasificación del producto se ha realizado conforme con el R.D. 353/1995 (Directiva 67/548/CE) y el R.D.255/2003 (Directiva 1999/45/CE), adaptando sus disposiciones al Reglamento (CE) nº1907/2006 (Reglamento REACH) de acuerdo al R.D. 1002/2008.
C: R35 - Provoca quemaduras graves.
- 2.2 Elementos de la etiqueta:
Directiva 67/548/CE y Directiva 1999/45/CE.
De acuerdo a la legislación los elementos del etiquetado son los siguientes:

Frases R:
R35: Provoca quemaduras graves.
Frases S:
S36/37/39: Usar ropa protectora y guantes adecuados y protección para los ojos/la cara.
S45: En caso de accidente o malestar, acudir inmediatamente al médico (si es posible, mostrarle la etiqueta).
información suplementaria:
No relevante.
Sustancias que contribuyen a la clasificación:
Hidróxido de sodio.
2.3 Otros peligros:
No relevante.

3 COMPOSICIÓN/INFORMACIÓN SOBRE LOS COMPONENTES

Descripción química: Producto/s diversos.
Componentes:
De acuerdo al Anexo II del Reglamento (CE) nº1907/2006 (punto 3), el producto presenta:

| Identificación | Nombre y proporción (según) | Concentración |
|-----------------|--|---------------|
| CaO (100%) | Alcalina, C.T. 1-14, 60% (sólido) | 5% |
| Cl ₂ | Reserva, F.T. 104 (2) | |
| Indice REACH | Reserva, F.T. 104 (2) - RE-48 (1), RE-423 | |
| | Reserva, F.T. 104 (2) - Anexo I, F.T. 104 (2) - F.T. 104 (2) | |





Ficha de datos de seguridad
según 1831/2003/CE (REACH), 453/2010/UE

SANIWASH DETERGENTE ALCALINO PARA SUELOS

| 16 OTRA INFORMACIÓN (continúa) |
|--|
| <p>R20/21/22: Nocivo por inhalación, por ingestión y en contacto con la piel R22: Nocivo por ingestión R34: Provoca quemaduras R35: Provoca quemaduras graves R36: Irrita los ojos R36/37/38: Irrita los ojos, la piel y las vías respiratorias R37/38: Irrita los ojos y la piel R37: Irrita las vías respiratorias R40: Posibles efectos carcinógenos R41: Riesgo de lesiones oculares graves</p> <p>Reglamento nº1272/2008 (CLP): Acute Tox. 4: H302 - Nocivo en caso de ingestión. Acute Tox. 3: H332 - Nocivo en caso de inhalación. Acute Tox. 2: H312 - Nocivo en contacto con la piel. Carc. 2: H351 - Se sospecha que provoca cáncer. Eye Dam. 1: H318 - Provoca lesiones oculares graves. Eye Irrit. 2: H319 - Provoca irritación ocular grave. Skin Corr. 1A: H314 - Provoca quemaduras graves en la piel y lesiones oculares graves. Skin Corr. 1B: H314 - Provoca quemaduras graves en la piel y lesiones oculares graves. Skin Irrit. 2: H315 - Provoca irritación cutánea. STOT SE 3: H335 - Puede irritar las vías respiratorias.</p> <p>Consejos relativos a la formación: Se recomienda formación mínima en materia de prevención de riesgos laborales al personal que va a manipular este producto, con la finalidad de facilitar la comprensión e interpretación de esta ficha de datos de seguridad, así como del etiquetado del producto.</p> <p>Principales fuentes bibliográficas: http://ecb.jrc.ec.europa.eu/esso http://echa.europa.eu http://eur-lex.europa.eu</p> |

La información contenida en esta Ficha de Datos de Seguridad está fundamentada en fuentes, conocimientos científicos e información rigurosa e independiente y exhaustiva. No obstante, quedará la exactitud de la misma. Esta información no se puede considerar como una garantía de las propiedades del producto, se trata únicamente de una descripción en cuanto a los requisitos de materia de seguridad. La metodología y condiciones de trabajo de los usuarios de este producto son responsabilidad de nuestro cliente y usuario, siendo siempre responsable última del usuario. Para más detalles, consulte a los principales ingenieros en química e ingeniería, almacenamiento, uso y eliminación de productos químicos. La información de esta Ficha de Seguridad solamente se refiere a este producto, el cual no debe compararse con otros productos o las que se describen.

- FIN DE LA FICHA DE SEGURIDAD -

Emisión: 25/05/2007

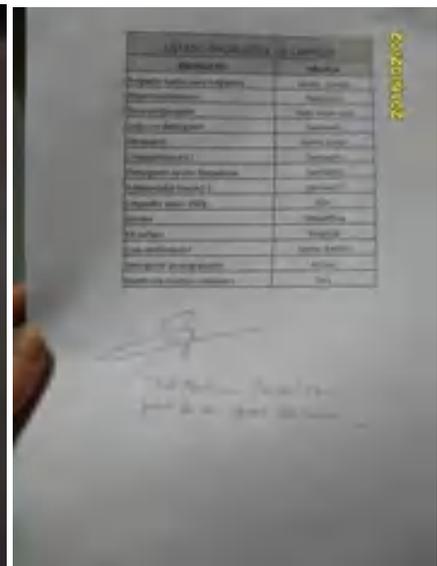
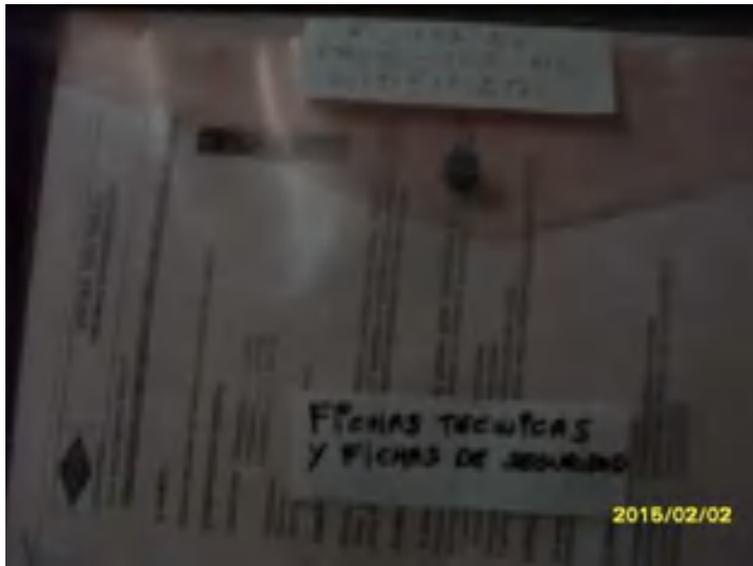
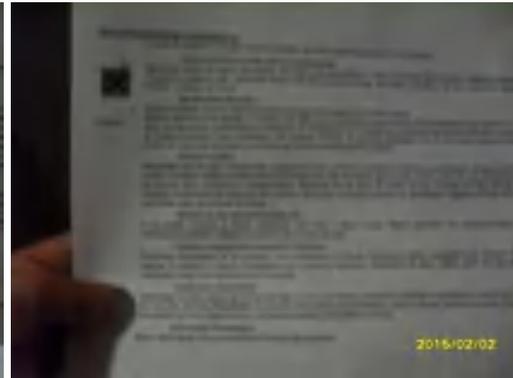
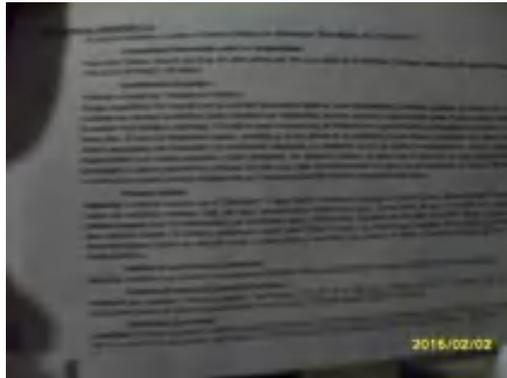
Revisión: 17/01/2012

Versión: 03

Página 10/10







Existen carros de limpieza con el equipamiento de: cubos, fregona, mopa, escoba y productos de limpieza. Existe jabón líquido para las manos, papel higiénico, papel secamanos, escobillas para la limpieza del WC y papeleras específicas para compresas:



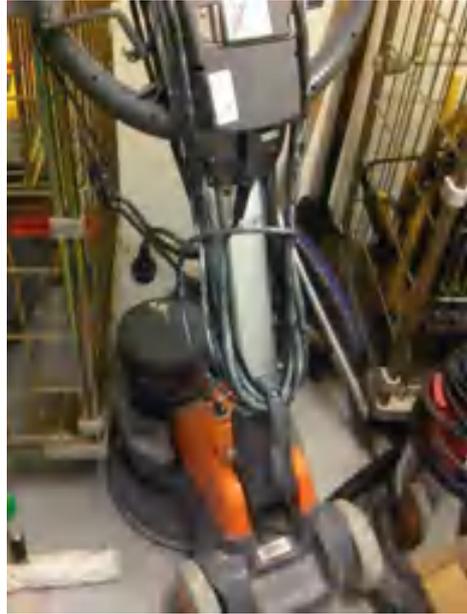
MAQUINARIA:

En el momento del Control de Calidad se ha podido evidenciar que CAPIOSER dispone de la maquinaria requerida para prestar de un modo correcto el servicio de limpieza en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, observándose en buen estado de funcionamiento y mantenimiento. Se ha podido evidenciar que los profesionales de la limpieza conocen el correcto funcionamiento y manejo de la maquinaria:

| LISTADO MAQUINARIA | | |
|--------------------|-------------------------|--|
| UNIDADES | TIPO DE MAQUINA | MODELO |
| 1 | ROTATIVA TASKI DIVERSEY | ERGODIS 165/175/200/238/300/400/438/duo |
| 1 | FREGADORA DIVERSEY | SWINGO 165/1850 |
| 3 | ASPIRADORA NILFISK | BASE 103 |
| 2 | ASPIRADORA NILFISK | AMSTERDAM |
| 1 | HIDROLIMPIADORA | IPC, G140 |







| CONTROL DE USO DE MAQUINARIA | | | | | F-MP-2.3.3 v. 2.1, VºB RESPONSABLE |
|------------------------------|----------|---------------------|----------------|--------------|---|
| FECHA | EMPLEADO | MÁQUINA | ESTADO INICIAL | ESTADO FINAL | |
| 20 | JOSE | FREGAD | GOMA MAL | GOMA MAL | Susana |
| 21 | DANI | FREG | " | " | Susana |
| 22 | Beto | FREG | " | " | Susana |
| 23 | JOSE | FREG | " | " | Susana |
| 24 | Beto | FREGADORA | " | " | Nieves |
| 25 | JOSE | PULIDORA CERCHER | SUCIO | LIMPIO | JOSE |
| 25 | JOSE | PULIDORA CERCHER | SUCIO | LIMPIO | JOSE |
| 25 | DANI | EREG. | GOMA MAL | GOMA MAL | Susana |
| 26 | DANI | FREG | GOMA MAL | GOMA MAL | Susana |
| 27 | Beto | FREG | OK | OK | Susana |
| 28 | Beto | FREGADORA | OK | OK | Susana |
| 29 | DANI | FREG | OK | OK | Susana |
| 30 | Beto | FREGADORA | OK | OK | Susana |
| 31 | Beto | FREGADORA | OK | OK | Susana |
| 1 | Beto | " | OK | OK | Susana |
| 2 | Beto | " | OK | OK | Susana |
| 3 | JOSE | " | OK | OK | Susana |
| 4 | Beto | FREGADORA | OK | OK | Susana |
| 4 | Daniel | PULIDORA CERCHER | OK | OK | Susana |
| 5 | JOSE | FREGADORA | GOMA MAL | GOMA MAL | Nieves |
| 6 | DANI | FREG | OK | OK | JOSE |

| CONTROL DE USO DE MAQUINARIA | | | | | F-MP-2.3.3 v. 2.2 |
|------------------------------|----------|-----------|----------------|--------------|---|
| FECHA | EMPLEADO | MÁQUINA | ESTADO INICIAL | ESTADO FINAL | VºBº RESPONSABLE |
| 20/10 | Dany | FREG | OK | OK | Susana |
| 21/10 | Beto | FREG | OK | OK | Susana |
| 22/10 | Beto | FREG | OK | OK | Susana |
| 25/10 | Dani | FREG | OK | OK | Susana |
| 24/10 | Beto | FREG | OK | OK | Susana |
| 25/10 | Beto | FREG | OK | OK | Susana |
| 26/10 | Beto | FREG | OK | OK | Susana |
| 26/10 | Higuera | FREG | OK | OK | Rafa |
| 27/10 | Dani | FREG | OK | OK |  |
| 28 | Beto | FREG | OK | OK | Susana |
| 29/10 | Beto | FREG | OK | OK | Susana |
| 30/10/14 | DANI | FREG | OK | OK | Susana |
| 31/10/14 | Jose | FREG | OK | OK | Susana |
| 1-11-14 | DANI | FREG | OK | OK | Susana |
| 2-11-14 | DANI | FREG | OK | OK | Susana |
| 3-11 | BETO | " | " | " | Susana |
| 4-11 | DANI | " | " | " | Susana |
| 5-11 | JORA | " | " | " | Susana |
| 6-11 | DANI | " | " | " | |
| 7-11/14 | Beto | FREG | OK | OK | MAIKO |
| 8-11/14 | Jose | Fregypali | OK | OK | MAIKO |



Diversey España, S.L.
C. Arrieta Marqués 29-31 28014
Madrid España
Tel: +34 91 531 1100
Fax: +34 91 531 1111
www.diversey.com

FACTURA

Nº Factura: 11551873 Fecha Factura: 26.11.2014

3541
Página 1/1

Razón Social:
(RF) SERV. PERSONAS Y SALUD,S.L.
FERNANDEZ DE LA HOZ,24
28010 MADRID
Madrid
C.I.F./N.I.F.: B45303980
Cvc: 191395
Nº PROVEEDOR:

Dirección envío factura:
(RF) SERV. PERSONAS Y SALUD,S.L.
FERNANDEZ DE LA HOZ,24
28010 MADRID
Madrid

| Código | Descripción | Cantidad | Unidad | Precio Unitario | Precio Total |
|----------------------|-------------------------------|----------|--------|-----------------|---------------|
| 10900167 | 300DAMIENTO INOX | 4,00 | Unidad | 23,35 | 93,40 |
| 10900169 | Tiempo montaje 240 (horas) | 3,35 | Horas | 26,77 | 89,69 |
| 10901004 | Tiempo viaje 60km l | 1,00 | Salida | 34,67 | 34,67 |
| 4129924 | 1700-01 Filtro 24V | 1,00 | Salida | 37,67 | 37,67 |
| 4124645 | 12200-43 Goma estanca 437x395 | 1,00 | Salida | 32,84 | 32,84 |
| 4123877 | 12200-50 Goma de sonda | 1,00 | Salida | 47,45 | 47,45 |
| Bruto Factura | | | | | 418,60 |

30/11/14
€245,00

| | | |
|--|--|--|
| Cliente: (RF) SERV. PERSONAS Y SALUD,S.L. FERNANDEZ DE LA HOZ,24 28010 MADRID Madrid C.I.F./N.I.F.: B45303980 Cvc: 191395 | Agencia: De La Paz, S.L. Transacciones | Base Imponible: 307,33 (21,00%) IVA / IGIC: 45,57 (21,00%) Recargo regulaciones: 0,00 Total Factura en ESE: 352,90 |
|--|--|--|

| | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Forma de pago: Transferencia 60 Días fecha factura Datos para realizar la transferencia bancaria: CDTIBANK Jefe Ortega y Casas, 29-4º Plant. 28006 Madrid | Unidad Agencia: 1424 0000 | DC - Cuenta: 13 - 1000008619 | Valoración: 25.01.2015 26,36 €30 |
|--|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|

Lugar/fecha de emisión: Las Rozas de Madrid, C/ Suroeste, s/nº 2A-7B, 28210 Madrid, España. Nº. Factura: 11551873 y Fecha: 26/11/2014





JOB YOB Número de pedido: 100416010012

Fecha: 22/07/14

ipó de Orden: YSER

Número PO Gestión:

Banque Titular: 800.100.381

Teléfono gestión: 902.010.103

Datos del cliente

| | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--|-------------|
| Código: | HOSPITAL INFANTA ELENA (FCFO) | Ingeniería: | Operaciones |
| Dirección: | CARRE SUBVENCIONES S.L. | Nombre de contacto del cliente: | |
| Dirección: | AVDA. PEYER GATOLICCS, 21 | no contactado al cliente: | |
| Ciudad: | VALDEMORO | Código eléctrico del cliente: | |
| Código Postal: | 28942 | Estado de la Orden: | CANCELADO |
| Número de Cuenta: | *091308 | | |

Datos de la orden

| | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Número de Equipo: | Número soporte: | Descripción del equipo: | Serie del Número de Equipo: |
| 30099405 | | TASNO swing 1053 | 2401 |

Tipo del contrato:

Fecha del pedido:

Lectura: 22/07/14
Fecha:

Análisis de la orden

| | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Grupo/código del cliente: | Fregadoras de suelos PVC: | 200 VG-NO.EROM, chapa negra |
| Grupo "Materiales de consumo": | Fregadoras de suelos PVC: | 100 EQ-Desgaste-miscelánea |
| Grupo "Código de la solución": | Fregadoras de suelos PVC: | 101 Reparación (con repuestos) |

Horas de trabajo y costes

| Trabajo real | Actividad | Unidad | Indicador de servicio | Título de facturable |
|--------------|---------------------------|---------------------|-----------------------|------------------------|
| 2 | Tiempo viaje Zona I | 20'-Quarter of hour | Para factura | |
| 15 | Tiempo trabajo FC (16min) | 20'-Quarter of hour | Para factura | |
| 4 | Costo pequeño material | 222 | Para factura | RODAMIENTO PIVOT BUJES |

Materiales usados

| Número de Material | Descripción material | Cantidad | Unidad | Indicador de servicio |
|--------------------|----------------------------------|----------|--------|-----------------------|
| 4 127377 | 12201-80 Borne de servicio | 4 | BU | Para factura |
| 4 924505 | 12200-42 Outils normale 4515c900 | 1 | NU | Para factura |
| 4 123824 | 17700-07 Fibra 24V | 1 | BU | Para factura |

Estado de la orden

Comentarios cliente



| | |
|--|--|
|  Hospital Infantil Elena  Comunidad de Madrid | |
| EVALUACIÓN DE PROVEEDORES DE SERVICIOS | CÓDIGO: HU/PE002/PPOC01/01 EDICIÓN: 2.1 |

| <i>Información del Proveedor</i> | | |
|----------------------------------|-----------------------|---|
| Nombre | King España | |
| Servicio | Productos de limpieza | |
| Tipo | Homologado | Clasificación de Tipo |
| Fecha inicio | 01/05/2010 | Homologado: Prestación del servicio superior a 12 meses |
| | | En prueba: inferior a 12 meses |
| | | Obligatorio: Único o decisión corporativa |

| <i>Criterios de Evaluación</i> | | | |
|---------------------------------|------------------|---|-------------------|
| 1. Puntos de Evaluación General | | 2. Puntos de Evaluación Calidad y Medioambiente | |
| 1 | No satisfactorio | 2 | Sin Certificación |
| 2 | Suficiente | 3 | Con Certificación |
| 3 | Notable | | |
| 4 | Excepcional | | |

| <i>EVALUACIÓN</i> | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|------------|-------------|
| | | I Semestre | II Semestre |
| Criterios de Evaluación | | 14/05/2014 | 25/11/2014 |
| 1. General | Calidad del Servicio | 2 | 3 |
| | Relación Calidad/Precio | 2 | 3 |
| | Cumplimiento de Plazos | 3 | 3 |
| | Conocimientos técnicos personal | 3 | 3 |
| | Capacidad respuesta-Atención Cliente | 3 | 4 |
| 2. C y MA | Compromiso con la Calidad | 2 | 3 |
| | Compromiso con el Medioambiente | 2 | 3 |
| TOTAL | | 17 | 22 |

NOTAS

1. La evaluación será semestral.
2. Los Informes se llevarán a revisión por la Dirección.
3. Si la puntuación no es igual o superior a X puntos se deshomologará a dicho proveedor 15 puntos



Se toman las precauciones necesarias a la hora de la aplicación del tratamiento y los Productos empleados están registrados en la Administración Competente. Se ha evidenciado en la documentación remitida las Fichas de Seguridad y la Resolución de Inscripción en el Registro de Plaguicidas de los desinfectantes, insecticidas y rodenticidas empleados por AMBISAN en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro.

Se ha evidenciado en la documentación remitida los Carnés de Aplicador de Tratamientos D.D.D. de los Profesionales de AMBISAN.



AmbiSan[®]
AMBIENTE S.A.N.D. S.L.

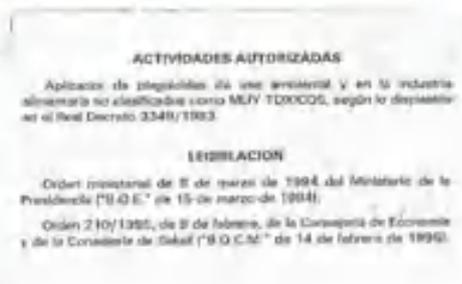
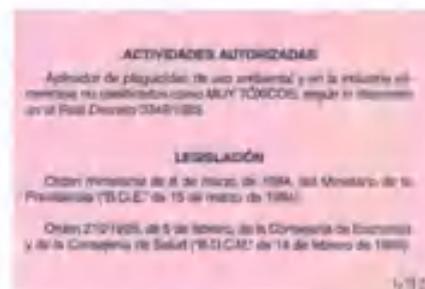
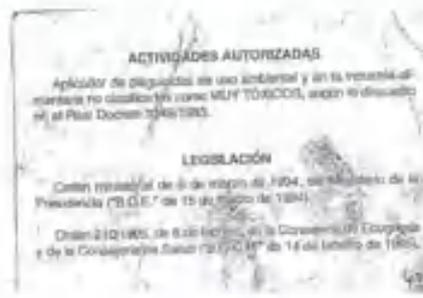
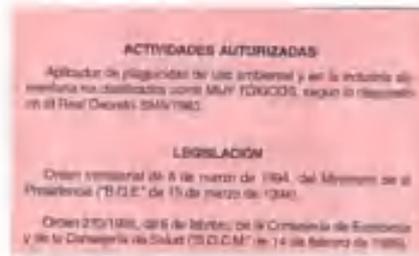
SERVICIOS INTEGRALES DE HIGIENE Y SANIDAD AMBIENTAL

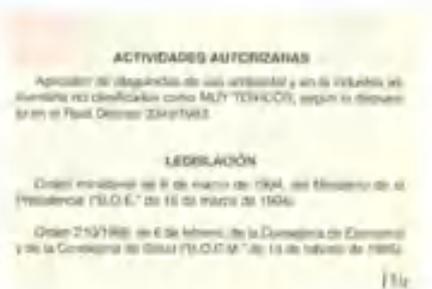
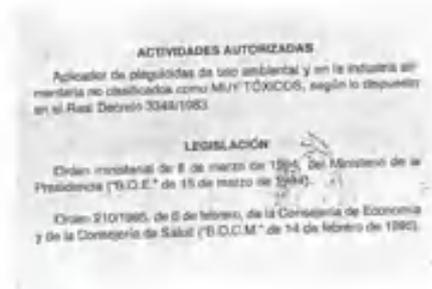
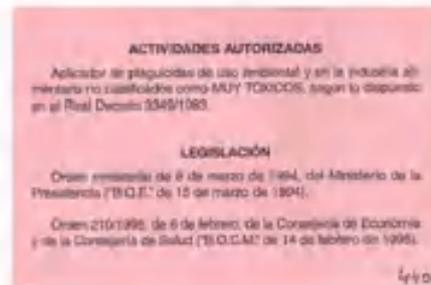
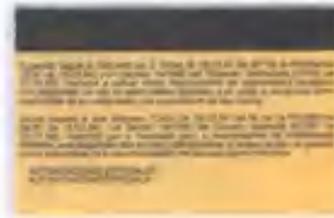
- DESINFECCIÓN
- DESCONTAMINACIÓN
- DESINSECTACIÓN
- CONTROL LEGIONELA
- PLAGAS DE LA MADERA
- PROTECCIÓN CONTRA AVES
- CONSULTORA Y ANALÍTICAS
- FUMIGACIONES FITOSANITARIAS
- SISTEMAS AUTOMÁTICOS DE REGADO
- PATOLOGÍAS DE BIENES HISTÓRICOS/ARQUITECTOS

INTEGRADA EN EL GRUPO **Biocon**
CON COBERTURA PROPIA EN TODA ESPAÑA

ASUNTO: CARNÉ DE APLICADOR DDD

Los carnés de los técnicos siguen vigentes aunque se hayan pasado de plazo: SEGÚN RD 830/2010 (BOE nº 170 DE 14 de julio) QUE ESTABLECE LA NUEVA NORMATIVA REGULADORA DE LA CAPACITACION PARA REALIZAR TRATMIENTOS CON BIOCIDAS DE USO AMBIENTAL Y EN INDUSTRIA ALIMENTARIA, LOS CARNÉS DE APLICADORES DE TRATAMIENTOS BIOCIDAS QUE NO ESTABAN CADUCADOS A FECHA 15/07/10 VEN PRORROGADA SU VALIDEZ DE FORMA AUTOMATICA HASTA EL 15/07/16.







ACTIVIDADES AUTORIZADAS
Aplicador de plaguicidas de uso ambiental y en la industria alimentaria no clasificadas como MUY TÓXICAS, según lo dispuesto en el Real Decreto 3349/1983.

LEGISLACIÓN
Orden ministerial de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de la Presidencia ("B.O.E." de 15 de marzo de 1984).
Orden 219/1985, de 6 de febrero, de la Consejería de Economía y de la Consejería de Salud ("B.O.C.M." de 14 de febrero de 1985).



ACTIVIDADES AUTORIZADAS
Aplicador de plaguicidas de uso ambiental y en la industria alimentaria no clasificadas como MUY TÓXICAS, según lo dispuesto en el Real Decreto 3349/1983.

LEGISLACIÓN
Orden ministerial de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de la Presidencia ("B.O.E." de 15 de marzo de 1984).
Orden 219/1985, de 6 de febrero, de la Consejería de Economía y de la Consejería de Salud ("B.O.C.M." de 14 de febrero de 1985).



ACTIVIDADES AUTORIZADAS
Aplicador de plaguicidas de uso ambiental y en la industria alimentaria no clasificadas como MUY TÓXICAS, según lo dispuesto en el Real Decreto 3349/1983.

LEGISLACIÓN
Orden ministerial de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de la Presidencia ("B.O.E." de 15 de marzo de 1984).
Orden 219/1985, de 6 de febrero, de la Consejería de Economía y de la Consejería de Salud ("B.O.C.M." de 14 de febrero de 1985).

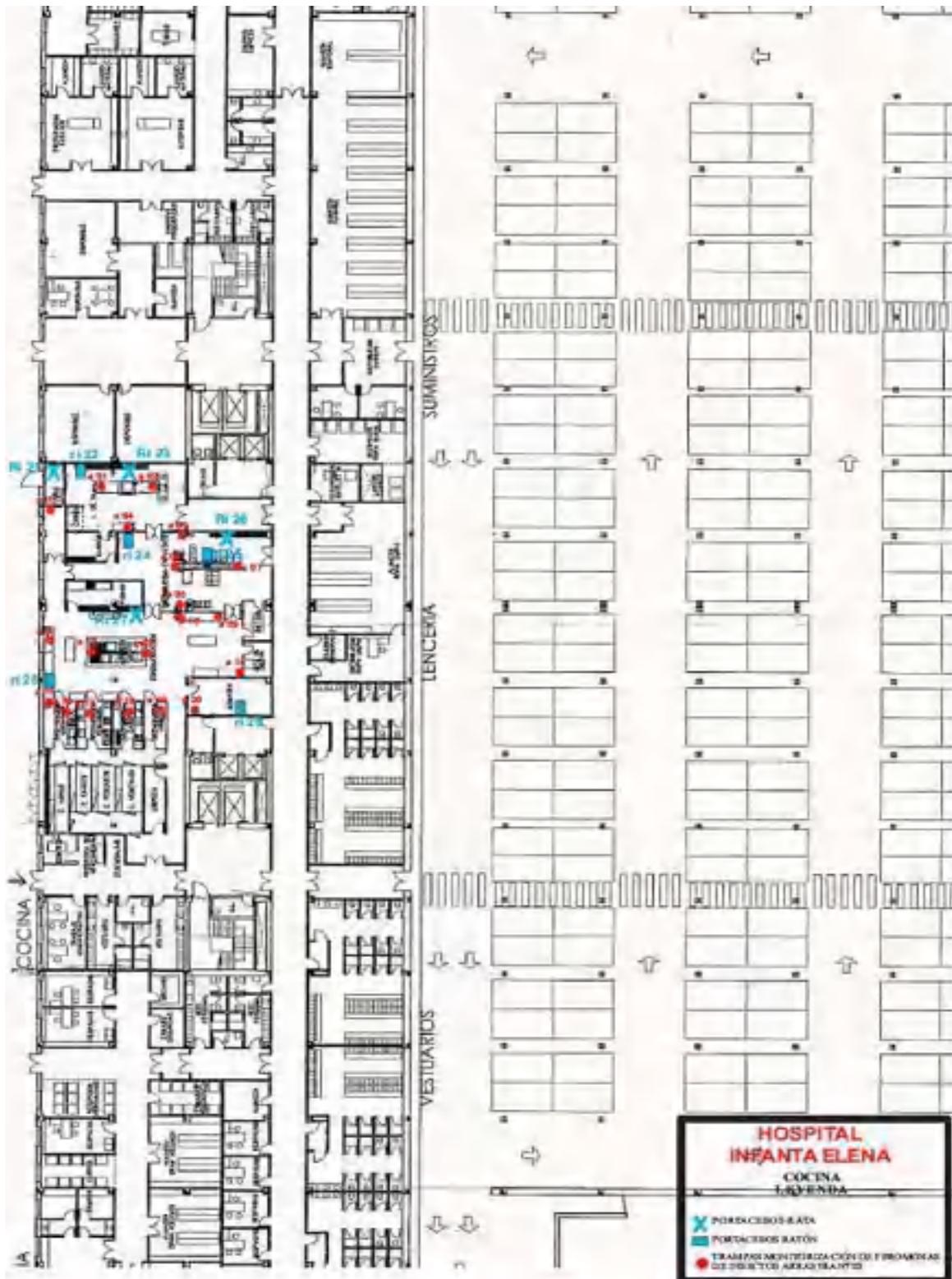


ACTIVIDADES AUTORIZADAS
Aplicador de plaguicidas de uso ambiental y en la industria alimentaria no clasificadas como MUY TÓXICAS, según lo dispuesto en el Real Decreto 3349/1983.

LEGISLACIÓN
Orden ministerial de 8 de marzo de 1984, del Ministerio de la Presidencia ("B.O.E." de 15 de marzo de 1984).
Orden 219/1985, de 6 de febrero, de la Consejería de Economía y de la Consejería de Salud ("B.O.C.M." de 14 de febrero de 1985).

Se ha evidenciado en la documentación remitida los Planos donde se identifica la ubicación de los Portacebos:





Se ha evidenciado en la documentación remitida las Fichas de Seguridad y la Resolución de Inscripción en el Registro de Plaguicidas de los desinfectantes, insecticidas y rodenticidas empleados por Ambisan en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro:



CERTIFICADO DE SERVICIO N° 30721 -13

DATOS DEL CLIENTE
 NOMBRE: HOSPITAL INFANTA ELENA ACTIVIDAD: HOSPITALES
 DIRECCIÓN: AVDA. NUESTRO SEÑOR DE LOS DOLORES, 23 - VALDEMORO CP: 28260
 PERSONA CONTACTO: Sra. DOLORES MURIZ (GOBERNANTA) HORA CONFIRMADA: 10/12/2014
 ZONAS A CONTROLAR: ZONAS DE RIESGO, SEGUN PRESUPUESTO
 RECOMENDACIÓN: Sra. DOLORES MURIZ (GOBERNANTA) TFXO: 817-780015

TIPOS DE SERVICIO PROGRAMADO:
 DESINFECCIÓN OTROS
 INSECTICIDAS RODENTICIDAS
 CARACTERÍSTICOS CONTAMINACIÓN AMBIENTAL REG. PPM

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN
 + **ESPECIES DETECTADAS:**
 Moscas
 Cucarachas
 Hormigas
 Chichas
 Voladores
 Ratas
 Otros
 + **MEDIDAS A ADOPTAR:**
 Medidas sobre las condiciones ambientales y organizativas: *Se aconseja fumigar cocina y zonas de riesgo en zona entre carabarría y garage*
 Medidas de control directo sobre la especie propia:
 Medidas sobre el desarrollo de comportamiento y hábitos higiénicos:
 Medidas de control directo sobre la especie propia:

DIPLO DE SERVICIO EFECTUADO:
 Vigilancia, Mantenimiento, Limpieza y Vigilancia/Mantenimiento de: Desinfecciones Insecticidas Rodenticidas
 Otros:
 El documento describe: Desinfección Descontaminación Desinfección

| UBICACIÓN | FECHA | TITULAR | MATERIA ACTIVA Y % | MÉTODO DE APLICACIÓN | TIPO DE | TIPO DE | RECOMENDACIONES |
|-----------|----------|---------|--------------------|----------------------|---------|---------|--|
| Y | 19/12/14 | ... | ... | ... | ... | ... | Ver y Vigilancia |
| Y | 19/12/14 | ... | ... | ... | ... | ... | Polvos y Algodón - para el riesgo y... |

PRODUCTOS UTILIZADOS:

JAVIER S. GARCIA
 Fecha: 19/12/14
 Hora: 18:35
 Firma: [Firma]
 Nombre y cargo del responsable Técnico



Oficina: C/ Mirvetta, 9-11 local
28024 MADRID
T: 91 518 78 43
www.ambisan.es

CERTIFICADO DE SERVICIO Nº

30724 -12

4495

RAZÓN SOCIAL: AMBISAN AMBIENTE SANO, S.L. C.I.F. B-80215786 R.O.E.S.R. LEONÉS TEL: 91 518 78 43 · DIRECCIÓN: C/ Alameda, 9 - local 28024 MADRID

DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE: HOSPITAL INFANTA ELENA ACTIVIDAD: HOSPITALES
 DIRECCIÓN: AVDA. REYES CATÓLICOS, Nº 21 - VALDEMORO C/P: B85562080
 PERSONA CONTACTO: Sra. DOLORES MURIZ (GOBERNANTA) / HORA CONFIRMADA: 30/11/2014
 ZONAS A CONTROLAR: ZONAS DE RIESGO, SEGUN PRESUPUESTO.
 P. CONFIRMACIÓN: Sra. DOLORES MURIZ (GOBERNANTA) T/FNO: 687-760205

TIPO DE SERVICIO PROGRAMADO:

DESINSECCION DESINSECCION DESINFECTACION OTROS
 ENTOMOCÁPTOROS AMBIENTALES BACTERIOSTÁTICOS CONTENEDORES HIGIENICOS SOD PERSONA

Observaciones al servicio: DP+DE (Z. SENSIBLES + Z. COMUNES) + TR

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

ESPECIES DETECTADAS

Ninguna **UBICACIÓN**
 Gramíneas
 Himenópteros
 Dípteros
 Coleópteros
 Arácnidos
 Otros

MEDIDAS A ADOPTAR

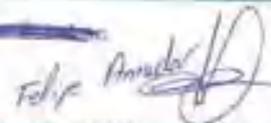
Medidas sobre los elementos estructurales y constructivos: *Se accede a la azoleta y se realiza pegado a azoleta y pintura*
 Medidas de optimización de las condiciones higiénico-sanitarias y ambientales: *no procede*
 Medidas sobre el desarrollo de comportamientos y hábitos saludables: *no procede*
 Medidas de control directas sobre la especie vectorial: *no procede*

TIPO DE SERVICIO EFECTUADO:

Vigilancia/Monitoreo en Detrás Vigilancia/Monitoreo en Despl. Insecc. Cáptores Ambientales Contenedores Hig.
 Bacterioestáticos Otros
 Tratamiento biológico (Desinsectación Desinsección Desinfección)

PRODUCTOS UTILIZADOS

| Nº | NOMBRE COMERCIAL | Forma | Epitopio | MATERIA ACTIVA Y % | MÉTODO APLICACIÓN | Conc. P. | Flujo | ÁREA TRATADA |
|----|------------------|--------|---------------|--------------------|-------------------|----------|-------|---------------|
| 1 | Desinfectante | 30 g/l | Desinfectante | Cloro | Desinfección | 100 | 100 | WCs y lavabos |
| 2 | Desinfectante | 20 g/l | Desinfectante | Cloro | Desinfección | 100 | 100 | WCs y lavabos |
| 3 | Desinfectante | 30 g/l | Desinfectante | Cloro | Desinfección | 100 | 100 | WCs y lavabos |
| 4 | Desinfectante | 30 g/l | Desinfectante | Cloro | Desinfección | 100 | 100 | WCs y lavabos |
| 5 | Desinfectante | 30 g/l | Desinfectante | Cloro | Desinfección | 100 | 100 | WCs y lavabos |
| 6 | Desinfectante | 30 g/l | Desinfectante | Cloro | Desinfección | 100 | 100 | WCs y lavabos |
| 7 | Desinfectante | 30 g/l | Desinfectante | Cloro | Desinfección | 100 | 100 | WCs y lavabos |
| 8 | Desinfectante | 30 g/l | Desinfectante | Cloro | Desinfección | 100 | 100 | WCs y lavabos |


Nombre y firma cliente del Cliente
 Nombre y firma del técnico aplicador
 Nombre y firma del Responsable Técnico

Fecha: 20-11-14
 Hora de inicio: 9:15
 Hora finalización: 14:15
 Tiempo media



AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES "INFANTA ELENA" (VALDEMORO), TORREJÓN Y "REY JUAN CARLOS" (MÓSTOLES)" (EXP: P.A. SER-15/2014-AE)



FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD
NEO SERPA RAT CEBÓ FRESCO DE BRODIFACOUIM

1. IDENTIFICACIÓN DE LA FORMULACIÓN Y DE LA EMPRESA

Identificación del producto
Denominación del producto: NEO SERPA RAT CEBÓ FRESCO DE BRODIFACOUIM
Clase de biocida: Raticida,
Tipo de formulación: Cebó fresco.
Registro: Inscrito en el Registro de Plaguicidas de la Subdirección General de la Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo Nº02-19-02738 y 02-10-02738 HA.

Usos de la sustancia o preparado
Rodenticida para uso en la Industria Ambiental e Industria Alimentaria por personal exclusivamente especializado.

Identificación de la empresa
Responsable puesta mercado: MYVA S.A.
C/ Verdi 24
09012- BARCELONA
Teléfono: 934153226 Fax: 934153344
E-Mail: myva@myvas.es

Teléfono de emergencia 93 760 1471

2. COMPOSICIÓN / INFORMACIÓN SOBRE LOS COMPONENTES

| | | |
|-------------|----------------------------|-----------|
| Composición | Brodifacouim | 0,005% |
| | Sustancias de sabor amargo | 0,001% |
| | Excipientes | esp. 100% |

Características Químicas
Nombre comercial: Brodifacouim
Nombre químico: 4-hidroxi-3-(3-(4-bromo-4-bifenil)-1,2,3,4-tetrahidro-1-naftil)quinolina
Clase química: Derivado cumarínico
Fórmula empírica: C31H23O3Br
Peso molecular: 523,40
NF CAS: 58073-10-0
NIEC: 250-980-5

Componentes peligrosos

| | | | |
|---------------|-----------------------------|----------------|-------------------------|
| <u>CAS N°</u> | <u>DENOMINACIÓN QUÍMICA</u> | <u>SÍMBOLO</u> | <u>FRASES R</u> |
| 58073-10-0 | BRODIFACOUIM | T+ N | R27/28 R49/24/25 R50/53 |

NOTA: Información referida al ingrediente activo puro. NEO SERPA RAT cebó fresco de Brodifacouim está formulado con brodifacouim de pureza 0,25%, producto clasificado como noivo.

3. IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

El preparado está clasificado como peligroso de acuerdo con el RD 255/2003 y la Directiva 1999/45/EC.

Clasificación de peligrosidad, pictograma e indicaciones de peligro
Noivo.

Posibles riesgos para la salud
La principal manifestación del envenenamiento con anticoagulantes es la diátesis hemorrágica.

Riesgos para el medio ambiente
No es peligroso para el medio ambiente.

5ª edición: Febrero 2006
Página 1 de 6





FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD

NEO SERPA RAT CEBO FRESCO DE BRODIFACOUM

4. MEDIDAS DE PRIMEROS AUXILIOS

Primeros auxilios

Retire a la persona de la zona contaminada. Lave los ojos con abundante agua al menos durante 15 minutos. Lave la piel con abundante agua y jabón, sin frotar. No administrar nada por vía oral. En caso de ingestión reciente (<3h) y si la persona está consciente provoque el vómito. Mantenga al paciente en reposo. Conserve la temperatura corporal. Controle la respiración. Si fuera necesario, respiración artificial. Si la persona está inconsciente, acuéstela de lado con la cabeza más baja que el resto del cuerpo y las rodillas semiflexionadas. Traslade al intoxicado a un centro hospitalario y siempre que sea posible lleve la etiqueta o el envase.

NO DEJE SOLO AL INTOXICADO EN NINGÚN CASO.

Consejos terapéuticos

En caso de ingestión, descontaminación digestiva según el estado de conciencia. Administre una solución acuosa de carbón activado y un catártico salino de sulfato sódico. Antídoto: vitamina K1. Controle el tiempo con protamina. Tratamiento sintomático.

En caso de intoxicación, llame al Instituto de Información Toxicológica:

Teléfono: 915620420

5. MEDIDAS CONTRA INCENDIOS

Combustibilidad: No

Medios de extinción adecuados

Agua pulverizada (no aplicar directamente el chorro), espuma, polvo químico y CO₂.

Riesgos especiales durante la extinción del incendio

Refrigerar el equipo expuesto con pulverizadores de agua. En casos de lucha contra el fuego en espacios cerrados, deben utilizarse equipos de respiración autónomos. Deben tomarse medidas para evitar que el agente extintor contaminado se filtre en el suelo o se extienda de modo incontrolado. Fuerte producción de humo.

Equipos de protección contra incendios

Usar equipo respiratorio autónomo para protegerse de los humos y ropa de protección.

6. MEDIDAS EN CASO DE VERTIDO ACCIDENTAL

Precauciones personales

Procurar una ventilación apropiada. Llevar un equipo adecuado de protección respiratoria.

Precauciones para la protección del medio ambiente

Evitar la contaminación de desagües, aguas superficiales y subterráneas, así como el suelo.

Métodos de limpieza

Recuperar el producto de la superficie afectada con agua y recuperar las aguas de lavado para su tratamiento. En caso de vertido en el agua, evitar la dispersión, utilizando dispositivos de barrera adecuados. El producto recuperado deberá ser eliminado de acuerdo con la legislación local. Contactar con las autoridades competentes, en caso que la situación no pueda ser controlada.

7. MANIPULACIÓN Y ALMACENAMIENTO

MANIPULACIÓN

Evitese el contacto con los ojos y la piel.

5ª edición: Febrero 2006
Página 2 de 8





FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD

NEO SERPA RAT CEBO FRESCO DE BRODIFACOUM

ALMACENAMIENTO

Instrucciones especiales para el almacenamiento

Conservar en el envase de origen bien cerrado. Almacenar en un lugar fresco, seco y bien ventilado. Proteger de la luz y de la humedad. Mantener alejado de las fuentes de ignición.

Temperatura máxima de almacenamiento: 30 °C

Temperatura mínima de almacenamiento: 0 °C

8. CONTROLES DE EXPOSICIÓN Y PROTECCIÓN PERSONAL

VALORES LÍMITE DE LA EXPOSICIÓN

Límite máximo de exposición profesional
No se conocen límites de exposición laboral.

Riesgo de valor laboral
No se conocen límites de exposición laboral.

CONTROLES DE EXPOSICIÓN

Controles de la exposición profesional

Protección respiratoria

El uso de aparatos respiratorios no es necesario, si el nivel de humos, vapores o neblinas se mantiene a un nivel correcto, pero es recomendado.

Protección de las manos

Utilizar guantes protectores de nitrilo.

Protección de los ojos

En principio no es necesaria. Utilizar máscara o gafas cuando el contacto con los ojos sea susceptible a producirse.

Protección cutánea

Utilizar equipo de protección adecuada.

Controles de la exposición del medio ambiente

Manipular y almacenar cumpliendo la legislación y las normas aplicables.

9. PROPIEDADES FÍSICAS Y QUÍMICAS

Información general

Aspecto: Pasta
Color: Azul
Olor: Dulce

Información importante en relación con la salud, la seguridad y el medio ambiente

Punto de inflamación: No inflamable
Solubilidad en agua: Insoluble
Autoinflamabilidad: No procede
Intervalo de desfilación: No procede
Densidad relativa a 20 °C: No procede
pH en solución al 1%: No procede
Viscosidad: No procede

10. ESTABILIDAD Y REACTIVIDAD

Estabilidad química

5ª edición: Febrero 2006
Página 3 de 6





FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD

NEO SERPA RAT CEBO FRESCO DE BRODIFACOUM

Estable en condiciones normales.

Condiciones que deben evitarse

Los productos de este tipo son estables y presentan poco riesgo en condiciones normales de utilización.

Materias que deben evitarse

La exposición prolongada al agua puede provocar una menor eficacia del producto.

Productos de descomposición peligrosos

No procede.

11. INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA

TOXICIDAD AGUDA

| | | |
|------------|----------------------------------|-------|
| Oral | DL ₅₀ > 6.000 mg/kg. | (rta) |
| Dérmica | DL ₅₀ > 10.000 mg/kg. | (rta) |
| Inhalación | CL ₅₀ : No aplicable. | |

EFFECTOS PELIGROSOS PARA LA SALUD

Referido al ingrediente activo brodifacoum puro.

Ojos y piel

No se tienen datos.

EFFECTOS CRÓNICOS A CORTO Y LARGO PLAZO

Sensibilización

Referido al ingrediente activo brodifacoum puro.

No se tienen datos.

Carcinogenicidad

No se tienen datos.

Mutagenicidad

No se tienen datos.

Toxicidad reproductiva

No se tienen datos.

12. INFORMACIÓN ECOLÓGICA

Ecotoxicidad

Nada indica que el producto sea bioacumulable. Producto no peligroso para las abejas.

Movilidad

Producto inmiscible en agua. Permanece prácticamente inmóvil debido al soporte utilizado, grano, harina, etc.

Persistencia y degradabilidad

Se metaboliza lentamente en el suelo.
Ensayo aeróbico: Vida media 53 días.
Ensayo anaeróbico: Vida media 80 días.

Potencial de bioacumulación

No se tienen datos.

5ª edición: Febrero 2008
Página 4 de 6



FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD
NEO SERPA RAT CEBO FRESCO DE BRODIFACOUM

13. CONSIDERACIONES RELATIVAS A LA ELIMINACIÓN

Eliminación del producto

Respetar las normas sobre indumentaria y medidas de protección. El tratamiento y/o eliminación deberá efectuarse en conformidad con la legislación local. Eliminar en un punto autorizado de recogida de residuos.

Eliminación de recipientes

Los recipientes vacíos deben ser eliminados por un gestor autorizado.

"El poseedor final de los residuos de envases industriales y comerciales, deberá disponer de ellos en las condiciones establecidas en el artículo 12 de la Ley 11/1997 de Envases y Residuos de Envases."

14. INFORMACIÓN RELATIVA AL TRANSPORTE

Consideraciones especiales para el transporte

Utilizar recipientes irrompibles, asegurarse de que estén bien sujetos y etiquetados según la Normativa.

Miscibilidad con agua :

Inmiscible.

Clasificación para el transporte por ferrocarril (RID) / carretera (ADR):

No procede.

Clasificación para el transporte vía marítima código – IMDG :

No procede.

Clasificación para el transporte aéreo ICAO / IATA :

No procede.

15. INFORMACIÓN REGLAMENTARIA

Clasificación: Este producto está provisionalmente etiquetado de acuerdo con la normativa UE:



Noctiva.

Frases de riesgo

R48/22 Noctivo: Riesgo de efectos graves para la salud en caso de exposición prolongada por ingestión.

Frases de seguridad

S2 Manténgase fuera del alcance de los niños.

S13 Manténgase lejos de alimentos, bebidas y papeles.

S37 Usarse guantes adecuados.

S45 En caso de accidente o malestar, acócese inmediatamente al médico (si es posible, muéstrele la etiqueta).

Normativa aplicada

Directiva 1999/45/CE

"Legislación comunitaria sobre preparados y sustancias peligrosas."

Real Decreto 255/2003

"Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de preparados peligrosos."

Real Decreto 1054/2002

"Evaluación para el registro, autorización y comercialización de Biocidas."

16. OTRA INFORMACIÓN

Instituciones de peligro de las sustancias contenidas mencionadas en el apartado 2 pero que no corresponde a la clasificación del producto:

R27/28 Muy tóxico en contacto con la piel y por ingestión

5ª edición: Febrero 2008
Página 5 de 8





FICHA DE DATOS DE SEGURIDAD

NEO SERPA RAT CEBO FRESCO DE BRODIFACOUM

R4924/25 Tóxico: riesgo de efectos graves para la salud en caso de exposición prolongada por contacto con la piel e ingestión.

R50/53 **Muy tóxico para los organismos acuáticos, puede provocar a largo plazo efectos negativos en el medio ambiente acuático.**

Uso recomendado

Uso en Ambiental e Industria Alimentaria exclusivamente por personal especializado. Antes de usar el producto, léase detenidamente la etiqueta. A fin de evitar riesgos para las personas y el medio ambiente siga las instrucciones de uso.

Uso en Industria Alimentaria:

Se tomarán todas las medidas necesarias para evitar que el producto contamine los utensilios, los alimentos y sus envases.

Uso en Ambiental:

No aplicar sobre alimentos ni utensilios de cocina.

Información adicional

La información contenida está basada en las Fichas de Datos de Seguridad de los fabricantes de las Materias Primas, a cuyo conocimiento y buen hacer nos remitimos. Es nuestra intención describir el producto solamente en relación con la salud, seguridad y medio ambiente, por lo tanto, no deberá interpretarse como garantía de ninguna propiedad específica del producto. En consecuencia, corresponde al usuario bajo su exclusiva responsabilidad, decidir si estas informaciones son apropiadas y útiles.

5ª edición: Febrero 2008
Página 5 de 6







MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
REGISTRO INTERNO
S.G. DE SANIDAD AMBIENTAL Y SALUD LABORAL
SALUD
 R. de Registro: 1920
 Fecha: 13/07/2006 15:27:52

SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD AMBIENTAL Y SALUD LABORAL
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD AMBIENTAL Y SALUD LABORAL

00/PC/CC Nº Registro: 05-10-02738 HA

RESOLUCIÓN DE INSCRIPCIÓN
EN EL REGISTRO DE PLAGUICIDAS

Haciendo uso de las atribuciones que me están conferidas y, en cumplimiento del Real Decreto 3349/1983, de 30 de noviembre, modificado por el Real Decreto 1102/1991, de 5 de febrero, y 443/1994, de 11 de marzo, se permite en el Registro de Plaguicidas de la Dirección General de Salud Pública el siguiente plaguicida, en las condiciones que a continuación se detallan:

1. **NOMBRE COMERCIAL:** NEO SERPA RAT DEBO FRESCO DE BRODIFACUM
2. **Nº DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO:** 05-10-02738 HA
3. **FINALIDAD DEL PRODUCTO:** ratón
4. **RESPONSABLE DE LA PUESTA EN EL MERCADO:**
 - 4.1 **Nombre y apellidos o denominación de la empresa, DNI o CIF:**
Myva, S.A. A-55030741
 - 4.2 **Domicilio:** C/ Verdi, 24
 - 4.3 **Teléfono:** 934153220
 - 4.4 **Población:** 08012 Barcelona
Provincia: Barcelona
 - 4.5 **Nº inscripción en el Registro de Establecimientos y Servicios Plaguicidas:** B-0124-E
5. **FABRICANTE:**
 - 5.1 **Nombre y apellidos o denominación de la empresa, DNI o CIF:**
Myva, S.A.
 - 5.2 **Domicilio:** C/ Verdi, 24
 - 5.3 **Población:** 08012 Barcelona
 - 5.4 **País:** España
 - 5.5 **Nº inscripción en el Registro de Establecimientos y Servicios Plaguicidas (Fabricantes Nacionales):** B-0124-E
6. **TIPO DE FORMULACIÓN:** Cebos frescos de color azul
7. **FORMATOS DE PRESENTACIÓN. CONTENIDO NETO:**
Envasen de 3, 5, 10, 15, 20, 25, 35, 50, 100, 250, 350, 400, 450, 500 y 750 g / 2, 5, 10, 15, 20, 25 y 50 Kg.


MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS
 DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA DE MEDICAMENTOS
 DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS VEGETALES Y FITOFARMACIAS

60/FC/CC: _____ N° Registro: 08-10-02738 HA

8. COMPOSICIÓN CUANTITATIVA DE LOS INGREDIENTES ACTIVOS Y DE OTRAS SUSTANCIAS QUE DEBEN FIGURAR EN LA ETIQUETA:

| | |
|---------------------------------|----------|
| Brodifacoum | 0,005% |
| Sustancia de sabor amargo | 0,001% |
| Excipientes c.s.p. | 100,000% |

9. CLASIFICACIÓN DE PELIGROSIDAD, PICTOGRAMA E INDICACIONES DE PELIGRO:

Nocivo Una cruz de San Andrés y la sigla Xn

10. FRASES DE RIESGO:

R48/21/22 Nocivo: riesgo de efectos graves para la salud en caso de exposición prolongada por contacto con la piel e ingestión.

11. CONSEJOS DE PRUDENCIA:

| | |
|-----|---|
| S2 | Manténgase fuera del alcance de los niños. |
| S13 | Manténgase lejos de alimentos, bebidas y piensos. |
| S37 | Úsese guantes adecuados. |
| S45 | En caso de accidente o malestar, acócese inmediatamente al médico (si es posible, muéstrole la etiqueta). |

12. RECOMENDACIONES PARA CASOS DE INTOXICACIÓN O ACCIDENTE:

La intoxicación puede provocar:

- Distasia hemorrágica, derivado del efecto antiprotrombina (tiempo prolongado de la protrombina- que puede hacerse evidente en un plazo mínimo de 24 horas y máximo de 72 horas (Un tiempo de protrombina normal al ingreso, no excluye el diagnóstico).

Primeros auxilios:

- Retire a la persona de la zona contaminada.
- Quite la ropa manchada o salpicada.
- Lave los ojos con abundante agua al menos durante 15 minutos. No olvide retirar las lentillas.
- Lave la piel con abundante agua y jabón, sin frotar.
- En caso de ingestión: **NO** provoque el vómito.
- Mantenga al paciente en reposo.

 MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD Y CONSUMO
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD AMBIENTAL Y ALIMENTARIA

RD/FC/CC Nº Registro: 08-10-02738 HA

- Conservar la temperatura corporal.
- Controlar la respiración. Si fuera necesario, respiración artificial.
- Si la persona está inanimada, acostarla de lado con la cabeza más baja que el nivel del cuerpo y las rodillas semiflexionadas.
- Trasladar al intoxicado a un centro hospitalario, y siempre que sea posible llevar la etiqueta o el envase.

NO DEJE SOLO AL INTOXICADO EN NINGUN CASO.

Consejos terapéuticos

- Si no han transcurrido dos horas desde la ingesta, realizar vaciado gástrico, administrando a continuación una dosis de carbón activado (25g).
- Antídoto: Vitamina K1 (Kevakim ®).
- Controlar el tiempo de protrombina o (INR).
- Tratamiento sintomático.

EN CASO DE ACCIDENTE CONSULTAR AL SERVICIO MÉDICO DE INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA Teléfono 91 562 04 20

13. APLICACIONES Y USOS AUTORIZADOS:

Uso en industria alimentaria. Exclusivamente por personal especializado.

14. MODO DE EMPLEO, INCLUYENDO PLAZO DE SEGURIDAD Y DEMAS INSTRUCCIONES PRECISAS PARA SU CORRECTA UTILIZACIÓN Y ETIQUETADO:

- Antes de usar el producto leese detenidamente la etiqueta.
- Se tomarán todas las medidas necesarias para evitar que el producto contamine los utensilios, los alimentos y sus envases, así como las superficies donde se manipulen, preparen o hayan de servirse o consumirse alimentos.
- **Modo de empleo:** en portátiles.
- En la etiqueta deberá figurar la frase: "A fin de evitar riesgos para las personas y el medio ambiente siga instrucciones de uso".

 **MINISTERIO DE SALUD Y CONSUMO**

SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD AMBIENTAL Y SALUD LABORAL

SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD AMBIENTAL Y SALUD LABORAL

60/FC/CC **Nº Registro: 05-10-0273E HA**

15. OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES ESPECIALES:

El contenido de los apartados 8 al 14 inclusive deberá figurar en el etiquetado, independientemente de la obligatoriedad de figurar en el mismo otros datos identificativos.

Es responsabilidad del solicitante el cumplimiento estricto del correcto etiquetado en función de los usos autorizados.

A partir de la fecha de recepción de esta notificación, la fabricación y distribución de nuevos envases y etiquetas se ajustará a lo establecido en la resolución de inscripción. El producto existente en el mercado deberá ser reetiquetado de acuerdo con dicha resolución de inscripción, en el plazo máximo de **tres meses**.

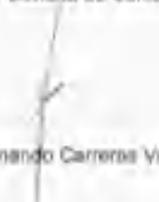
Este documento tiene validez por un plazo de **cinco años**, salvo su anulación o suspensión (temporal) antes de finalizar dicho período.

Esta autorización anula las concedidas al mencionado producto con anterioridad, en su caso.

El contenido de esta autorización no podrá ser modificado sin previa comunicación a la autoridad competente del Registro, la cual determinará si procede o no nueva autorización.

Madrid, 12 de 2008

EL DIRECTOR GENERAL
P.D. EL SUBDIRECTOR GENERAL DE SANIDAD AMBIENTAL Y SALUD LABORAL
(Por Resolución del Secretario General de Sanidad de 4 de Enero de 2008)


Fdo: Fernando Carreras Vaquer



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS
SOCIALES E IGUALDAD
REGISTRO INTERNO
D.O. DE BIENESTAR AMBIENTAL Y SALUD
LABORAL
SALUD
AL de Registro: 254
FACT. 11/2014-11/2014

SECRETARÍA GENERAL DE
SANIDAD Y CONSUMO

DIRECCIÓN GENERAL DE
SALUD PÚBLICA, CALIDAD E
INNOVACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL
DE SANIDAD AMBIENTAL E
SALUD LABORAL

Nº Registro: ES/AA-2014-11-UZ208

**RESOLUCIÓN DE INSCRIPCIÓN
EN EL REGISTRO DE BIOCIDAS**

Haciendo uso de las atribuciones que me están conferidas y, en cumplimiento del Real Decreto 1054/2002 de 11 de octubre, y del Reglamento 520/2012 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de mayo de 2012, se inscribe en el Registro de Biocidas de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación el siguiente biocida, en las condiciones que a continuación se detallan:

1. **NOMBRE COMERCIAL:** MURIBROM BLOQUE
2. **Nº DE REGISTRO EN EL ESTADO MIEMBRO DE REFERENCIA:**
3. **Nº DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE BIOCIDAS:**
ES/AA-2014-14-00203
4. **TIPO Y FINALIDAD DEL PRODUCTO:**
 - 4.1 **Tipo de producto:** 14
 - 4.2 **Finalidad:** Fungicida
5. **VALIDEZ DEL REGISTRO:**
 - 5.1 **Fecha de autorización del registro:** 29 JUN 2014
 - 5.2 **Fecha de vencimiento del registro:** 30/08/2016
6. **TITULAR DEL REGISTRO:**
 - 6.1 **Nombre y apellidos o denominación de la empresa, DNI o CIF:**
QUIMICA DE MUNGUIA, S.A. 448109003.
 - 6.2 **Domicilio:** Calle Doña Bidas, 51-48100 Munguía, VIZCAYA.
 - 6.3 **País:** España
 - 6.4 **Teléfono:** 946741005
 - 6.5 **Correo electrónico de contacto:** info@quimicausa.com
 - 6.6 **Nº inscripción en el Registro de Establecimientos y Servicios Biocidas (Titulares Nacionales):** 0044-CAV
7. **FABRICANTE DEL PRODUCTO:**
 - 7.1 **Nombre y apellidos o denominación de la empresa:**
QUIMICA DE MUNGUIA, S.A
 - 7.2 **Domicilio:** Calle Doña Bidas, 51-48100 Munguía, VIZCAYA.
 - 7.3 **País:** España
 - 7.4 **Nº inscripción en el Registro de Establecimientos y Servicios Fungicidas (Fabricantes Nacionales):** 0044-CAV



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA GENERAL DE
SANIDAD Y CONSUMO
DIRECCIÓN GENERAL DE
SANEAMIENTO, CALIDAD
E INNOVACIÓN
SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE SANIDAD ANIMAL Y
SALUD LABORAL

Nº Registro: F8/AA-2014-14-002DE

8. INFORMACIÓN DE LAS SUSTANCIAS ACTIVAS:

- 8.1 Nombre de la sustancia activa: **BRONADIOLONA**
- 8.2 Nº CAS de la sustancia activa: **28772-56-7**
- 8.3 Notificante de la sustancia activa: **Bromediolona Tech Force**
- 8.4 Fabricante de la sustancia activa: **Laboratorios Agrochem, S.L.**

9. TIPO DE FORMULACIÓN:

Cebu en bloques, listo para usar.

10. FORMATOS DE PRESENTACIÓN. CONTENIDO NETO:

- Para personal **NO PROFESIONAL (PÚBLICO EN GENERAL):**

Bloques de 5, 10, 15, 20, 30, 50 y 100 gramos contenidos en envases de 100, 150, 200, 250, 300, 400, 500 y 1000 gramos.

Los envases con bloques de 5g se utilizarán únicamente para portacebos destinados al control de ratones con un máximo de 50g de cebo.

- Para personal **PROFESIONAL :**

Bloques de 5, 10, 15, 20, 30, 50 y 100 gramos contenidos en envases de 100, 150, 200, 250, 300, 400, 500 y 1000 gramos.

Los envases con bloques de 5g se utilizarán únicamente para portacebos destinados al control de ratones con un máximo de 50g de cebo.

Para portacebos destinados al control de ratas en casos de alta infestación en los que la dosis alcanza los 200g de cebo, se utilizarán únicamente bloques de 20g o mayores.

- Para personal **PROFESIONAL ESPECIALIZADO:**

Bloques de 5, 10, 15, 20, 30, 50 y 100 gramos contenidos en envases de 100, 150, 200, 250, 300, 400, 500 y 1000 gramos y 2, 3, 5, 10, 15, 20 y 25kg

Los envases con bloques de 5g se utilizarán únicamente para portacebos destinados al control de ratones con un máximo de 50g de cebo.

Para portacebos destinados al control de ratas en casos de alta infestación en los que la dosis alcanza los 200g de cebo, se utilizarán únicamente bloques de 20g o mayores.

11. COMPOSICIÓN CUANTITATIVA DE LAS SUSTANCIAS ACTIVAS Y DE OTRAS SUSTANCIAS QUE DEBEN FIGURAR EN LA ETIQUETA:

| | |
|-------------------------|--------|
| Bromediolona | 0,005% |
| Excipientes s.p.p. | 100% |





Nº Registro: EB/AA-2014-14-00206

12. **CLASIFICACIÓN Y ETIQUETADO DEL PRODUCTO:**

Conforme al REAL DECRETO 165/2003 de 28 de febrero

- a) Clasificación de peligrosidad, pictograma e indicaciones de peligro: -
- b) Frases de riesgo: ----
- c) Consejos de prudencia:

- S2 Manténgase fuera del alcance de los niños.
- S13 Manténgase lejos de alimentos, bebidas y piensos.
- S37 Úsense guantes adecuados.
- S46 En caso de ingestión, acúzase inmediatamente al médico y muéstrale la etiqueta o el envase

- d) Disposiciones particulares: -

Conforme al REGLAMENTO (CE) No 1272/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de diciembre de 2008

s.bis) Clase y categoría de peligro, pictograma y palabra de advertencia: —

b.bis) Indicaciones de peligro: --

c.bis) Consejos de prudencia:

- P102 Mantener fuera del alcance de los niños
- P103 Leer la etiqueta antes del uso
- P201 Llevar guantes y prendas protectoras
- P301+P310 EN CASO DE INGESTIÓN: Llámar inmediatamente a un CENTRO de información toxicológica o a un médico

d.bis) Disposiciones particulares: -

13. **RECOMENDACIONES PARA CASOS DE INTOXICACIÓN O ACCIDENTE**

- La Intoxicación puede provocar

- Diátesis hemorrágica derivado del efecto antiprotrombina (tiempo proongado de la protrombina) que puede hacerse evidente en un plazo mínimo de 24 horas y máximo de 72 horas (Un tiempo de protrombina normal al ingreso, no excluye el diagnóstico).





NP Registro: ES/AA-2014-14-00203

• **Primeros auxilios:**

- Retire a la persona de la zona contaminada y quite la ropa manchada o salp cada.
- En contacto con los ojos, lavar con agua abundante al menos durante 15 minutos. No olvide retirar las lentillas.
 - En contacto con la piel, lavar con agua abundante y jabón sin frotar.
 - En caso de ingestión, NO provoque el vómito y no administrar nada por vía oral.
 - Mantenga al paciente en reposo y conserve la temperatura corporal.
 - Controle la respiración. Si fuera necesario, respiración artificial.
 - Si la persona está inconsciente, acuéstala de lado con la cabeza más baja que el resto del cuerpo y las rodillas semiflexionadas.
 - Transfiera al intoxicado a un centro hospitalario, y siempre que sea posible lleve la etiqueta o el envase.

NO DEJE SOLO AL INTOXICADO EN NINGUN CASO.

• **Consejos de auxilio para médicos y personal sanitario:**

- Si no han transcurrido dos horas desde la ingestión, realizar vaciado gástrico, administrando a continuación una dosis de carbón activado (25g).
- Antídoto: Vitamina K1
- Controlar el tiempo de protrombina c INR.
- Tratamiento sintomático.

EN CASO DE ACCIDENTE CONSULTAR AL SERVICIO MÉDICO DE INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA Teléfono 91 562 84 20

14. EFICACIA, USOS AUTORIZADOS Y CONDICIONES DE EMPLEO DEL PRODUCTO BIOCIDA:

14.1 Organismos diana, eficacia y desarrollo de resistencias:

Los organismos diana son los siguientes:

- Rata gris (*Rattus norvegicus*);
- Raton común (*Mus musculus*);

El producto **MURIBROMI BLOQUE** es un rodenticida anticoagulante eficaz para el control de ratas y ratones tanto juvenes como adultos. Se debe evitar su utilización en aquellas áreas donde existen indicios de resistencia al ingrediente activo. Con el objetivo de prevenir el desarrollo y diseminación de resistencias, se deberá asegurar la susceptibilidad de los roedores a la bromadiolona antes de comenzar el tratamiento. Después de la campaña de control, se deberá comprobar que se han alcanzado los objetivos previstos.



Nº Registro: ES/PA-2014-14-00206

14.2 Categoría de usuarios:

- Personal no profesional (Público en general).
- Personal profesional.
- Personal profesional especializado.

14.3 Modo de aplicación:

- Para personal NO PROFESIONAL (PÚBLICO EN GENERAL):

El producto MURIBROM BLOQUE aplicado por personal no profesional (público en general) se localizará en el interior y alrededor de viviendas de uso privado (sin superar una distancia máxima de 0,5 metros entre el portacebo y la vivienda), en portacebos correctamente etiquetados.

- Para personal PROFESIONAL:

El producto MURIBROM BLOQUE aplicado por personal profesional se localizará en el interior y alrededor de edificaciones e instalaciones fijas o móviles estrechamente relacionadas con la explotación ganadera (sin superar una distancia máxima de 0,5 metros entre el portacebo y la edificación/instalación), en portacebos correctamente etiquetados.

- Para personal PROFESIONAL ESPECIALIZADO:

El producto MURIBROM BLOQUE aplicado por personal profesional especializado se localizará en el interior y alrededor de edificaciones y de instalaciones fijas o móviles (sin superar una distancia máxima de 0,5 metros entre el portacebo y la edificación/instalación), en medios de transporte, en áreas abiertas y veredas, en portacebos correctamente etiquetados.

El producto MURIBROM BLOQUE aplicado por personal profesional especializado también podrá aplicarse en el etiquetado, cuando sea necesario, sujeto firmemente a su emplazamiento cuando sea necesario.

14.4 Dosis de aplicación:

- Para personal NO PROFESIONAL (PÚBLICO EN GENERAL):

Retenes: Portacebos con un máximo de 50 g de producto en bloques de 5, 10, 15, 20, 30 ó 50 gramos cada 10m².

Ratze: Portacebos con un máximo de 100 g de producto en bloques de 10, 15, 20, 30, 50 ó 100 gramos cada 10m².



Nº Registro: ES/AA-2014-14-00208

- Para persona **PROFESIONAL**:

Ratones: Portacebos con un máximo de 50 g de producto en bloques de 5, 10, 15, 20, 30 ó 60 gramos cada 10m².

Ratas: Portacebos con un máximo de 100 g de producto en bloques de 10, 15, 20, 30, 50 ó 100 gramos cada 10m².

En situaciones de alta infestación portacebos con un máximo de 200g de producto en bloques de 20, 30, 60 ó 100g cada 10m².

- Para personal **PROFESIONAL ESPECIALIZADO**:

Ratones: Portacebos con un máximo de 50 g de producto en bloques de 5, 10, 15, 20, 30 ó 50 gramos cada 10m².

Ratas: Portacebos con un máximo de 100 g de producto en bloques de 10, 15, 20, 30, 50 ó 100 gramos cada 10m².

En situaciones de alta infestación, portacebos con un máximo de 200g de producto en bloques de 20, 30, 60 ó 100g cada 10m².

Repsa (Alimentarizado): 150-200g de cebos por punto de aplicación con bloques de 20, 30, 50 o 100g.

14.8 **Condiciones de empleo:**

14.8.1 **Condiciones de empleo general:**

Antes de usar el producto, léase detenidamente la etiqueta y sigan las instrucciones propuestas.

Los portacebos cargados deben ser colocados de forma segura y situados en áreas inaccesibles a niños, animales de compañía y otros animales a los que no va destinado el producto.

No se debe aplicar en áreas donde los alimentos/piensos, utensilios de cocina o las superficies de procesamiento de alimentos puedan entrar en contacto con el producto o bien ser contaminados por el mismo.

Se deben realizar inspecciones periódicas de los portacebos colocados (se recomienda cada 3 ó 4 días), y reemplazar o rellenar los que hayan sido consumidos por los roedores, dañados por el agua o contaminados por la suciedad.

14.8.2 **Condiciones de empleo para personal no profesional (público en general):**

Coinciden con las indicadas en el punto 14.8.1.



Nº Registro: ES/VA-2014-14-00206

14.5.3 Condiciones de empleo/uso para personal profesional:

Coinciden con las indicadas en el punto 14.5.1

14.5.4 Condiciones de empleo/uso para personal profesional especializado:

Coinciden con las indicadas en el punto 14.5.1.

En el alcantarillado, cuando sea necesario debe sujetarse firmemente al bloque de cebo en su emplazamiento para reducir la posibilidad de que sea arrastrado por la corriente de agua.

15. INDICACIONES RELATIVAS A LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN, UTILIZACIÓN, ALMACENAMIENTO Y TRANSPORTE MEDIDAS DE GESTIÓN DEL RIESGO PARA EL SER HUMANO Y EL MEDIO AMBIENTE:

A fin de evitar riesgos para las personas y el medio ambiente siga las instrucciones de uso.

Se deben lavar las manos y las zonas de piel expuestas después de la aplicación del producto

Para minimizar problemas de resistencias y el riesgo de envenenamiento primario, el producto no será utilizado como cebo permanente para prevenir la aparición de roedores.

Para evitar las resistencias, es aconsejable alternar cebos que contengan diferentes sustancias activas anticoagulantes.

Para minimizar el riesgo de envenenamiento secundario, se deberán buscar y retirar los roedores muertos a intervalos frecuentes durante el tratamiento, y al menos siempre que se supervisen y/o recargen los cebos.

No tirar el producto en el suelo, en un curso de agua, en el fregadero o en el desagüe.

Almacenar el producto en su envase original, en un lugar fresco, seco y bien ventilado

Mantener alejado de la radiación solar y otras fuentes de calor

Proteger frente a las heladas

Mantener alejado de fuentes de fuerte calor.





Nº Registro: ES/AA-2014-14-00208

Contiene un agente amargante y un colorante

Los condiciones de transporte del producto deben ajustarse a lo establecido en la legislación nacional.

En la etiqueta del producto dirigido a personal profesional especializado, debe figurar la siguiente frase: "Uso exclusivo por personal profesional especializado"

En la etiqueta del producto dirigida a personal profesional especializado debe figurar la frase: "Los envases vacíos, los residuos muertos, los cebos y los portacebos (debido) gestionarse de acuerdo con la normativa vigente a través de gestores de residuos autorizados"

En la etiqueta del producto dirigida a personal profesional y al público en general debe figurar la frase: "Los envases vacíos, los residuos muertos, los cebos y los portacebos deberán depositarse en puntos limpios o en los puntos establecidos por la autoridad local de conformidad con sus receptores autorizados"

16. OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES ESPECIALES:

El número cualquiera de los apartados 1, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 16 deberá figurar en el etiquetado independientemente de la obligatoriedad de figurar en el mismo otros datos identificativos.

A efectos de esta autorización se considera personal profesional aquel que desempeña su actividad profesional en el entorno de los erizales o en las actividades estrechamente relacionadas con su explotación.

Se considera uso interior al interior de los edificios, apareamientos cerrados e instalaciones fijas o móviles cuyo hueco al exterior se encuentren habitualmente cerrados.

Se considera uso alrededor a lo largo del perímetro exterior de las edificaciones o instalaciones, (sin superar una distancia máxima de 0,5 metros entre el portacebo y la edificación/instalación). También se incluyen aquí los aparatos que no entran en la definición de uso interior o de áreas abiertas: estaciones abiertas de autobuses o trenes, u zonas de puerto.



Nº Registro: ES/AA-2014-14-00206

Se considera uso áreas abiertas, a zonas como parques, campos de golf, aparcamientos abiertos y los alrededores de las tierras de cultivo, o de las estaciones o zonas de puerto.

Se considera uso en los medios de transporte al que se realiza en el interior del propio transporte (de mercancías y/o personas) y nunca en el exterior de los vehículos o en vehículos abiertos.

Si el producto va a utilizarse en zonas públicas, se deben incorporar las siguientes precauciones de seguridad:

Las zonas tratadas deben estar señalizadas durante el periodo de tratamiento y junto a los portasebos debe figurar un aviso que explique el riesgo de envenenamiento primario o secundario provocado por el entipoguinguente, y en el cual también se deberán indicar las primeras medidas que deben tomarse en caso de envenenamiento.

Las etiquetas del producto serán distintas para cada categoría de usuario.

La etiqueta de los bloques de 5g deberá indicar que van diseñados exclusivamente a control de ratones.

Cuando los bloques se suministren en bolsas éstas deben estar correctamente etiquetadas.

Los envases de los productos para uso por personal profesional y no profesional (público en general) tendrán una capacidad inferior o igual a 1kg.

El producto cumple con el ensayo de estabilidad de dos años a temperatura ambiente.

Siendo obligatorio el uso de portasebos en la aplicación, se recomienda comercializar el producto junto con el portasebos.

Es responsabilidad del solicitante el cumplimiento estricto del correcto etiquetado de acuerdo con la legislación vigente y en función de los usos autorizados.

Este documento tiene validez por el plazo establecido en el punto 5 de la resolución, salvo su anulación o suspensión temporal antes de finalizar dicho periodo.



Nº Registro: ES/AA-2014-14-00200

El titular de la presente resolución debe comunicar inmediatamente a la autoridad competente del Registro toda información o datos nuevos que reflejen que el biocida y/o su sustancia activa provocan o pueden provocar resistencias y/o efectos adversos sobre la salud humana o animal, el agua subterránea o el medio ambiente. Esta resolución puede revocarse en vista de la información recibida.

Esta autorización anula las concedidas al mencionado producto con anterioridad, en su caso.

El contenido de esta autorización no podrá ser modificado sin previa comunicación a la autoridad competente del Registro la cual determinará si procede o no nueva autorización.

Para la renovación de esta autorización se requerirán datos relativos a posibles envenenamientos primarios y secundarios derivados del uso del producto en la fauna salvaje, animales domésticos o ganado.

En cumplimiento del artículo 46 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y de Procedimiento Administrativo Común, se notifica que contra esta acto que no agota la vía administrativa, cabe la interposición del correspondiente RECURSO DE ALZADA, en el plazo de un mes, ante la Sra. Secretaria General de Sanidad y Consumo (Paseo del Príncipe nº 18-20, 28014 Madrid) según el Art. 107 y siguientes de la citada ley, sin perjuicio de que pueda ejercitar cualquier otro que estime pertinente.

Madrid, 09 JUN 2014

LA DIRECTORA GENERAL

DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD AMBIENTAL Y SALUD LABORAL
(Por Resolución de la Secretaría General de Sanidad y Consumo de 3 de diciembre de 2013)



Muzela García Tejedor
Dña. Muzela García Tejedor

Los productos empleados para la desinsectación y desratización son los siguientes:

- Desinfectantes:
 - Bardival 96
 - OX-VIRIN
 - VIRKON

- Insecticidas:
 - AQUAPY NF
 - AVERT GEL CONTRA CUCARACHAS 330°
 - ECOREX ALFA
 - MASSOCIDE LIGHT
 - MASSOCIDE TP PLUS
 - MAXFORCE PRIME
 - MAXFORCE QUANTUM
 - MURIBROM BLOQUE
 - NEO SERPA D60
 - NUPILAC HIDRO AZM
 - NUPILAC PROFESIONAL AZM
 - PROTEO CAP GREEN
 - PROTEO FLOW
 - SERPA CIPER 20 E.W.
 - SERPA CONTROL
 - SERPALAC GEL
 - TENOPA
 - VICTOR GEL
 - VICTOR GEL HORMIGAS
 - VOLTILAC α

- Rodenticidas:
 - NEO SERPA RAT CEBO FRESCO DE BRODIFACUM
 - NOTRAC BLOX TODO TIEMPO
 - SERPA BLOCK BRODIFACOU 0,005 %
 - SERPA BLOCK BROMADIOLONA 0,005 %
 - SERPA RAT GRANO DE BROMADIOLONA
 - SOLO BLOX
 - SOREXA GEL

Se ha podido evidenciar que los Profesionales de AMBISAN van correctamente uniformados e identificados de acuerdo a la legislación vigente, se les entregan los EPI's necesarios y se les ha informado de los riesgos asociados a su puesto de trabajo:

DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

DATOS DEL TRABAJADOR:

Nombre: Joaquín Martínez, Francisco 411899 Q

Puesto de trabajo: Técnico aplicador

Fecha: 23 de septiembre de 2014

El y yo, como indica la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, y de cumplimiento del artículo 17, por lo presente se dejó constancia de que el trabajador antes mencionado dispone personalmente de los siguientes equipos de protección individual:

| EQUIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL | CANTIDAD |
|--|----------|
| MASCARILLA RESPIRADORA DOBLE FILTRO (CEI 50-EN149) | 1 |
| FILTROS A1P2 (CEI 59-EN141:2003) | 2 |
| PROTECTOR OCULAR (CEI 60-EN166) | 1 |
| GUANTES MANIPULACIÓN RÁPIDAS (protección contra riesgos mecánicos y térmicos) (CEI 61-EN 389-95 y EN 389-92) | 1 |
| GUANTES MANIPULACIÓN INSULACIONES (protección contra riesgos eléctricos) (CEI 62-EN 388/EN 420) | 1 |
| CALZADO USO PROFESIONAL Categoría II (CEI) | 1 |
| BUZAS DE AGUA (CEI) | 1 |
| BOTAS DESPRECIABLES (CEI) | 1 |
| GUANTES LAVABLES (Clase I) según normativa EN420/EN421 | 1 |

que han sido proporcionados por Ambisan, dándose las intervenciones e informaciones previas y necesarias para su correcto uso y mantenimiento, con el compromiso de utilizarlos correctamente tal y como se indica en el artº 19 de la Ley 31/95.

Añadimos en conformidad la existencia e disposición de filtros de respirador para la mascarilla, así como la MASCARILLA AUTOCENTRANTE PI (EN149:2001) MASCARILLA INTEGRAL FANOSÁTICA CON FILTROS A1B1E1P1 (CEI 51) y SCORBREPROT (CEI 52) que se entregan para su uso en caso de necesidad.

Trabajador: 

PDA- LA Empresa: 

DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS DE PROTECCION INDIVIDUAL

DATOS DEL TRABAJADOR:

Nombre:

Salguero Martín de la Sierra, Javier 49015444 V

Puesto de trabajo: Técnico aplicador

Fecha: 23 de septiembre de 2013

De, y como indica la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, y en cumplimiento del artículo 17, por la presente se deja constancia de que el trabajador arriba mencionado dispone personalmente de los siguientes equipos de protección individual:

| EQUIPO DE PROTECCION INDIVIDUAL | CANTIDAD |
|--|----------|
| MASCARILLA RESPIRADOR DOBLE FILTRO (CE0158 EN140) | 1 |
| FILTROS A1P2 (CE0159 EN141:2001) | 2 |
| PROTECTOR OCULAR (CE166F349B9T) | 1 |
| GUANTES MANIPULACIÓN RÁPIDAS (protección contra riesgos mecánicos y térmicos (Categoría II, EN 420-93 y EN 388-65) | 1 |
| GUANTES MANIPULACIÓN INSULANTES (protección contra riesgos químicos (CE400); EN 388/3/4/420) | 1 |
| CALZADO USO PROFESIONAL Categoría II (CE) | 1 |
| BOTAS DE AGUA (CE) | 1 |
| BUZO DESECHABLE (CE) | 1 |
| FRASCOS LAVAJOS (Clase 1 según directiva 91/42/CEC) | 1 |

que son sólo proporcionados por la misma, dándose las instrucciones e informaciones precisas y necesarias para su correcto uso y mantenimiento, así como el compromiso de suministrarlos correctamente tal y como se indica en el artº 29 de la Ley 31/95

Asimismo se comunica la existencia a disposición de filtros de recambio para la mascarilla, así como de MASCARILLA ALTOFILTRANTE F3 (EN149:2001), MASCARA INTEGRAL PANORÁMICA CON FILTROS AIR P1K1P3 (CE1437) y SOMBRERO DE COLMENERO para su uso en caso de necesidad.

Elaborado por: _____

Fdo.: La Empresa

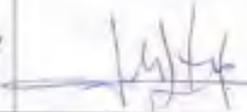
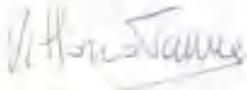
Trabajador: _____

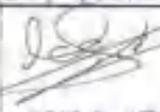
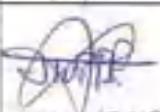
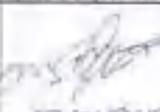
Fdo.: _____

| | | | | |
|---|--|--|----------------------|----------|
|  IBERMUTUAMUR Servicio de Prevención | REGISTRO DE ENTREGA DE INFORMACIÓN SOBRE SUS RIESGOS A LOS TRABAJADORES | AUTOR: | FECHA: 20/02/2013 | Página 3 |
| | EMPRESA: AMBISAN AMBIENTE SANO S.L. | Consejo de Prevención número: 1562/33050 | | |

| REGISTRO DE ENTREGA DE INFORMACION A LOS TRABAJADORES | | | | |
|---|--|---|------------------|--|
| IDENTIFICACION TRABAJADOR | NOMBRE DEL TRABAJADOR | INFORMACION ESCRITA ENTREGADA | FECHA DE ENTREGA | FIRMA DEL TRABAJADOR |
| Técnico aplicador | Agudo, Fernando Roberto. DNI: 548997 P | Información sobre riesgos del puesto Ref. 002/005-3/10543 Normas de actuación en caso de emergencia Ref. 002/005-3/10543 Funciones y responsabilidades Ref. 002/005-3/10543 El plan de prevención (Ref. 002/006-3/10563) se encuentra a su disposición Información sobre Manipulación Manual de Cargas Información sobre medidas preventivas en el uso de Escaleras Portátiles Fichas de información para manipulación de productos químicos Información sobre medidas de seguridad durante la realización de muestreo y aplicación de plaguicidas Información sobre Riesgos Eléctricos | 02/01/2013 |  |
| Técnico aplicador | Del Sol Martínez, Francisco DNI: 411840 Q | Información sobre riesgos del puesto Ref. 002/005-3/10543 Normas de actuación en caso de emergencia Ref. 002/005-3/10543 Funciones y responsabilidades Ref. 002/005-3/10543 El plan de prevención (Ref. 002/006-3/10563) se encuentra a su disposición Información sobre Manipulación Manual de Cargas Información sobre medidas preventivas en el uso de Escaleras Portátiles Fichas de información para manipulación de productos químicos Información sobre medidas de seguridad durante la realización de muestreo y aplicación de plaguicidas Información sobre Riesgos Eléctricos | 02/01/2013 |  |
| Técnico aplicador | Díaz Felipe, José Luis DNI: 5217785 V | Información sobre riesgos del puesto Ref. 002/005-3/10543 Normas de actuación en caso de emergencia Ref. 002/005-3/10543 Funciones y responsabilidades Ref. 002/005-3/10543 El plan de prevención (Ref. 002/006-3/10563) se encuentra a su disposición Información sobre Manipulación Manual de Cargas Información sobre medidas preventivas en el uso de Escaleras Portátiles Fichas de información para manipulación de productos químicos Información sobre medidas de seguridad durante la realización de muestreo y aplicación de plaguicidas Información sobre Riesgos Eléctricos | 02/01/2013 |  |

| | | | | |
|---|--|--|----------------------|----------|
|  IBERMUTUAMUR Servicio de Prevención | REGISTRO DE ENTREGA DE INFORMACIÓN SOBRE SUS RIESGOS A LOS TRABAJADORES | AUTOR: | FECHA: 20/02/2013 | Página 3 |
| | EMPRESA: AMBISAN AMBIENTE SANO S.L. | Consejo de Prevención número: 1562/33050 | | |

| | | | | |
|-------------------|--|---|------------|---|
| Técnico aplicador | Sosa Bernal, Juan Francisco DNI: 56214240 H | Información sobre riesgos del puesto Ref. 002/005-3/10543 Normas de actuación en caso de emergencia Ref. 002/005-3/10543 Funciones y responsabilidades Ref. 002/005-3/10543 El plan de prevención (Ref. 002/006-3/10563) se encuentra a su disposición Información sobre Manipulación Manual de Cargas Información sobre medidas preventivas en el uso de Escaleras Portátiles Fichas de información para manipulación de productos químicos Información sobre medidas de seguridad durante la realización de muestreo y aplicación de plaguicidas Información sobre Riesgos Eléctricos | 02/01/2013 |  |
| Técnico aplicador | Taxar, Belén María Vitoria DNI: 2297979 W | Información sobre riesgos del puesto Ref. 002/005-3/10543 Normas de actuación en caso de emergencia Ref. 002/005-3/10543 Funciones y responsabilidades Ref. 002/005-3/10543 El plan de prevención (Ref. 002/006-3/10563) se encuentra a su disposición Información sobre Manipulación Manual de Cargas Información sobre medidas preventivas en el uso de Escaleras Portátiles Fichas de información para manipulación de productos químicos Información sobre medidas de seguridad durante la realización de muestreo y aplicación de plaguicidas Información sobre Riesgos Eléctricos | 02/01/2013 |  |
| Técnico aplicador | Casero, Cuadrado Israel DNI: 53047079 V | Información sobre riesgos del puesto Normas de actuación en caso de emergencia Funciones y responsabilidades El plan de prevención (Ref. 002/006-3/10563) se encuentra a su disposición Información sobre Manipulación Manual de Cargas Información sobre medidas preventivas en el uso de Escaleras Portátiles Fichas de Seguridad de productos químicos Información sobre medidas de seguridad durante la realización de muestreo y aplicación de plaguicidas Información sobre el trabajo con PPD Información sobre Riesgos Eléctricos | 21/08/2012 |  |

| REGISTRO DE ENTREGA DE INFORMACIÓN SOBRE SUS RIESGOS A LOS TRABAJADORES | | AUTOR | FECHA | Página 2 |
|---|---|--|------------|----------|
| EMPRESA: AMBISAN AMBIENTE SANO S.L. | | Categoría de Prevención: otros: INSECTAROS | | |
| Técnico Titular | <p>Carro: Mts. Pedro Miguel DNI: 4278944 X</p> <p>Información sobre riesgos del puesto (R.C. 902/905-3/1994) Normas de actuación en caso de emergencia (R.C. 902/905-3/1994) Funciones y responsabilidades (R.C. 902/905-3/1994) El plan de prevención (R.C. 902/905-3/1994) se encuentra a su disposición Información sobre Manipulación Manual de Cargas Información sobre medidas preventivas en el uso de Equipos Personales Fichas de información para manipulación de productos químicos Información sobre medidas de seguridad durante la realización de mandos y aplicación de pliegues. Información sobre el trabajo con PVB Información sobre gestión de residuos</p> |  | 02/10/2013 | |
| Técnico auxiliar | <p>Andrés del Carriz, Eusebio Javier DNI: 4129478 Y</p> <p>Información sobre riesgos del puesto (R.C. 902/905-3/1994) Normas de actuación en caso de emergencia (R.C. 902/905-3/1994) Funciones y responsabilidades (R.C. 902/905-3/1994) El plan de prevención (R.C. 902/905-3/1994) se encuentra a su disposición Información sobre Manipulación Manual de Cargas Información sobre medidas preventivas en el uso de Equipos Personales Fichas de información para manipulación de productos químicos Información sobre medidas de seguridad durante la realización de mandos y aplicación de pliegues. Información sobre Gestión de Residuos</p> |  | 02/10/2013 | |
| Técnico auxiliar | <p>Ingeniero P.V.B. Fin Peiro DNI: 9438109 F</p> <p>Información sobre riesgos del puesto (R.C. 902/905-3/1994) Normas de actuación en caso de emergencia (R.C. 902/905-3/1994) Funciones y responsabilidades (R.C. 902/905-3/1994) El plan de prevención (R.C. 902/905-3/1994) se encuentra a su disposición Información sobre Manipulación Manual de Cargas Información sobre medidas preventivas en el uso de Equipos Personales Fichas de información para manipulación de productos químicos Información sobre medidas de seguridad durante la realización de mandos y aplicación de pliegues. Información sobre Gestión de Residuos</p> |  | 22/10/2013 | |
| Técnico auxiliar | <p>Salgareo, Martín de la Sierra, Javier DNI: 4981444 Y</p> <p>Información sobre riesgos del puesto (R.C. 902/905-3/1994) Normas de actuación en caso de emergencia (R.C. 902/905-3/1994) Funciones y responsabilidades (R.C. 902/905-3/1994) El plan de prevención (R.C. 902/905-3/1994) se encuentra a su disposición Información sobre Manipulación Manual de Cargas Información sobre medidas preventivas en el uso de Equipos Personales Fichas de información para manipulación de productos químicos Información sobre medidas de seguridad durante la realización de mandos y aplicación de pliegues. Información sobre Gestión de Residuos</p> |  | 02/10/2013 | |

AMBISAN elabora un INFORME DE ACTUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL INFANTA ELENA DE VALDEMORO, a partir de las Órdenes de Trabajo cumplimentadas por los Técnicos (anotan el número de carnet de manipulador).

INFORME DE ACTUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL INFANTA ELENA DE VALDEMORO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL TRATAMIENTO

2. INFORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES

| Nombre del trabajador | Función | Fecha de formación | Fecha de actualización |
|----------------------------|---------|--------------------|------------------------|
| AMBISAN AMBIENTE SANO S.L. | AMBISAN | 02/10/2013 | |
| AMBISAN AMBIENTE SANO S.L. | AMBISAN | 02/10/2013 | |
| AMBISAN AMBIENTE SANO S.L. | AMBISAN | 02/10/2013 | |

3. INFORMACIÓN DE LOS PRODUCTOS QUÍMICOS

| Nombre del producto | Función | Fecha de formación | Fecha de actualización |
|----------------------------|---------|--------------------|------------------------|
| AMBISAN AMBIENTE SANO S.L. | AMBISAN | 02/10/2013 | |
| AMBISAN AMBIENTE SANO S.L. | AMBISAN | 02/10/2013 | |
| AMBISAN AMBIENTE SANO S.L. | AMBISAN | 02/10/2013 | |

4. INFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS PERSONALES

| Nombre del equipo | Función | Fecha de formación | Fecha de actualización |
|----------------------------|---------|--------------------|------------------------|
| AMBISAN AMBIENTE SANO S.L. | AMBISAN | 02/10/2013 | |
| AMBISAN AMBIENTE SANO S.L. | AMBISAN | 02/10/2013 | |
| AMBISAN AMBIENTE SANO S.L. | AMBISAN | 02/10/2013 | |

| | |
|---|---|
|  | |
| EVALUACIÓN DE PROVEEDORES DE SERVICIOS | CÓDIGO: SV/PRES/PPROC/01/01 EDICIÓN: 1.1 |

| <i>Información del Proveedor</i> | | |
|----------------------------------|------------|---|
| Nombre | AMBISAN | |
| Servicio | Plagas | |
| Tipo | Homologado | Clasificación de Tipo |
| Fecha inicio | 05/11/2007 | Homologado: Prestación del servicio superior a 12 meses |
| | | En prueba: Inferior a 12 meses |
| | | Obligatorio: Único o decisión corporativa |

| <i>Criterios de Evaluación</i> | | | |
|---------------------------------|------------------|---|-------------------|
| 1. Puntos de Evaluación General | | 2. Puntos de Evaluación Calidad y Medioambiente | |
| 1 | No satisfactorio | 2 | Sin Certificación |
| 2 | Suficiente | 3 | Con Certificación |
| 3 | Notable | | |
| 4 | Excepcional | | |

| <i>EVALUACIÓN</i> | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Criterios de Evaluación | | I Semestre 15/04/2013 | II Semestre 25/10/2013 |
| 1. General | Calidad del Servicio | 3 | 3 |
| | Relación Calidad/Precio | 3 | 3 |
| | Cumplimiento de Plazos | 3 | 3 |
| | Conocimientos técnicos personal | 3 | 3 |
| | Capacidad respuesta-Atención Cliente | 3 | 3 |
| 2. Cy MA | Compromiso con la Calidad | 3 | 3 |
| | Compromiso con el Medioambiente | 3 | 3 |
| TOTAL | | 21 | 21 |

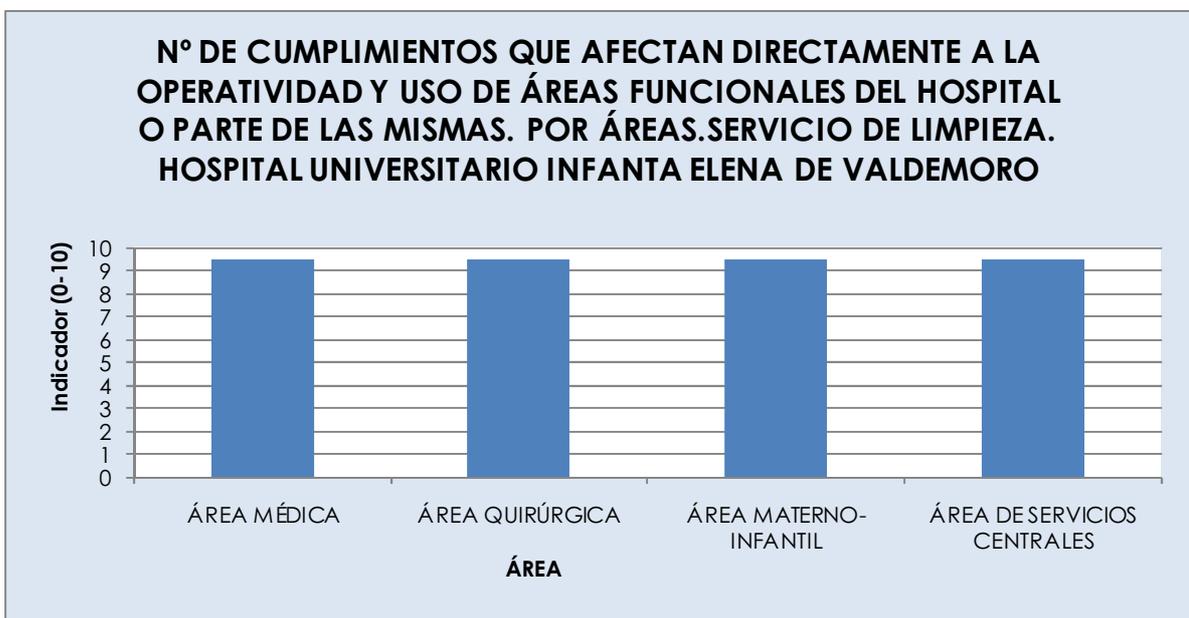
Observaciones:

NOTAS

1. La evaluación será semestral.
2. Los Informes se llevarán a revisión por la Dirección.
3. Si la puntuación no es igual o superior a 14 puntos se deshomologará a dicho proveedor

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa realizada en Febrero de 2015 de calidad del Servicio de Limpieza en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, con indicación de los parámetros, evidencias, datos e ítems que han servido a GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. para su cuantificación objetiva:

➤ **Nº DE CUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. POR ÁREAS:**



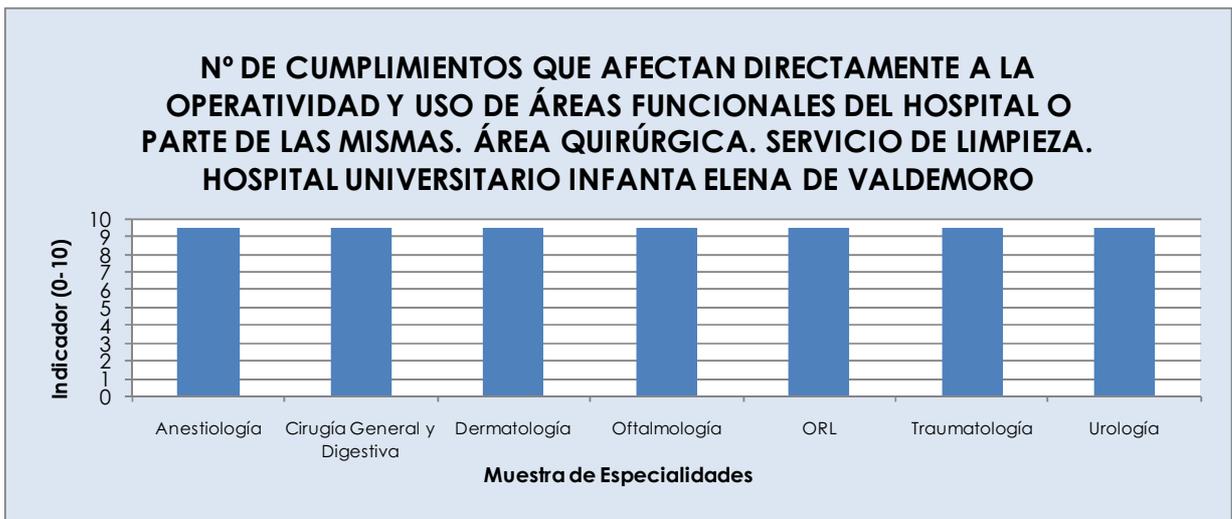
Se valora muy positivamente, ya que el grado de limpieza de suelos, paredes, papeleras, baños y superficies, se ha evidenciado alto.

➤ **Nº DE CUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. ÁREA MÉDICA:**



Se valora muy positivamente también que el grado de limpieza por Servicios es muy alto.

➤ **Nº DE CUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. ÁREA QUIRÚRGICA:**



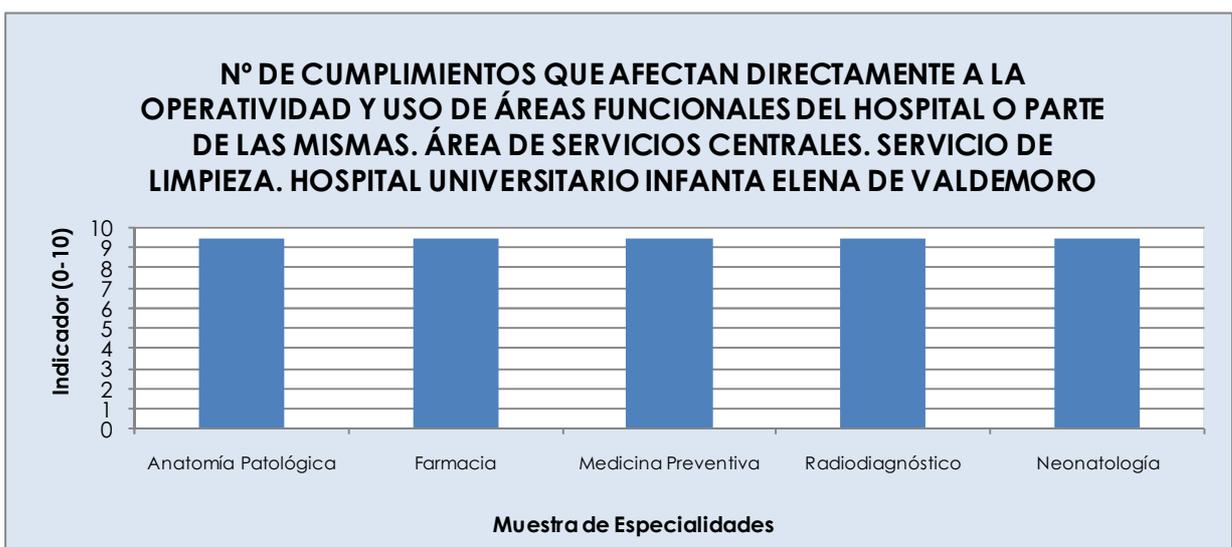
Se valora muy positivamente el grado de limpieza

➤ **Nº DE CUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. ÁREA MATERNO INFANTIL:**



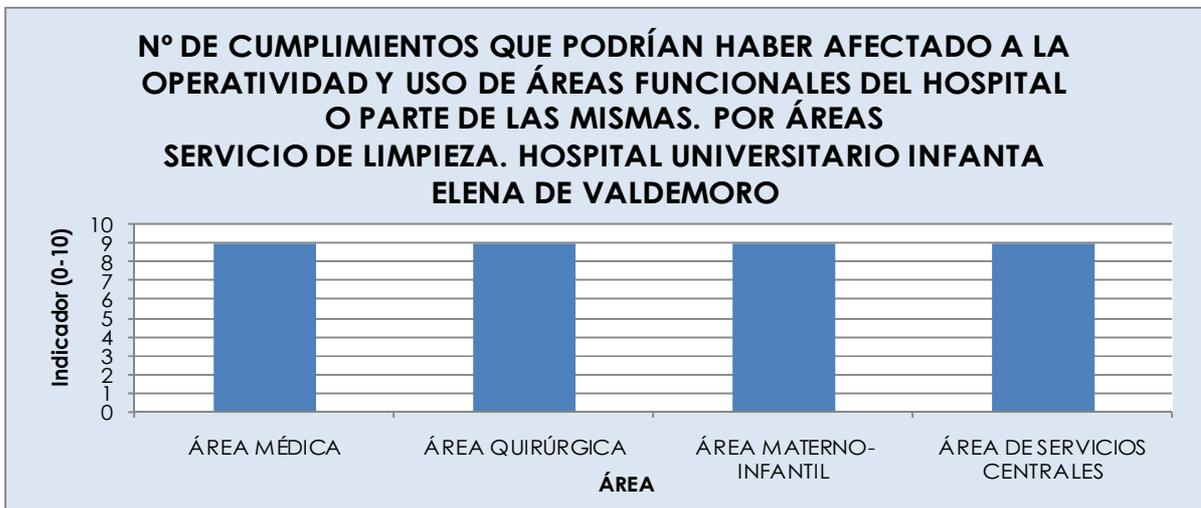
Se valora muy positivamente el grado de limpieza evidenciado.

➤ **Nº DE CUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. ÁREA DE SERVICIOS CENTRALES:**



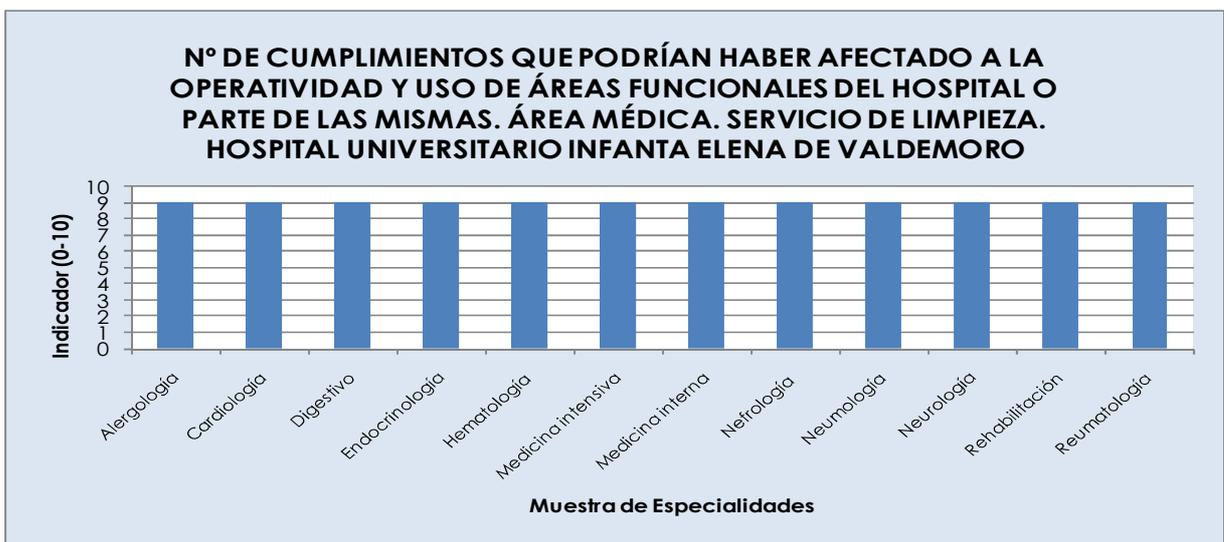
Se valora muy positivamente el grado de limpieza evidenciado.

Nº DE CUMPLIMIENTOS QUE PODRÍAN HABER AFECTADO A LA OPERATIVIDAD Y USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. POR ÁREAS:



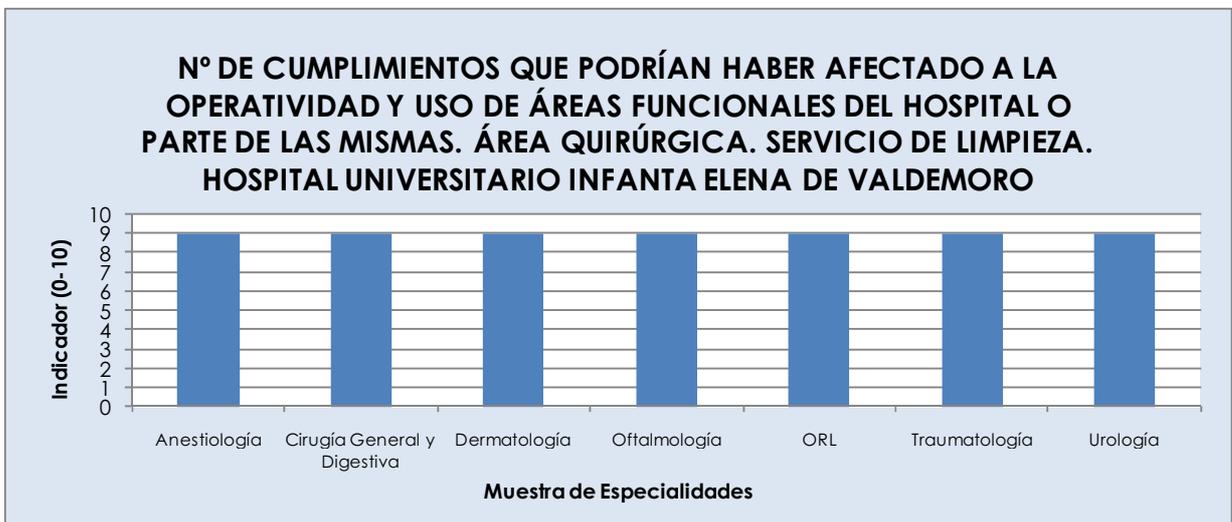
Se valora muy positivamente el cumplimiento de frecuencias en limpiezas generales y específicas.

➤ **Nº DE CUMPLIMIENTOS QUE PODRÍAN HABER AFECTADO A LA OPERATIVIDAD Y USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. ÁREA MÉDICA:**



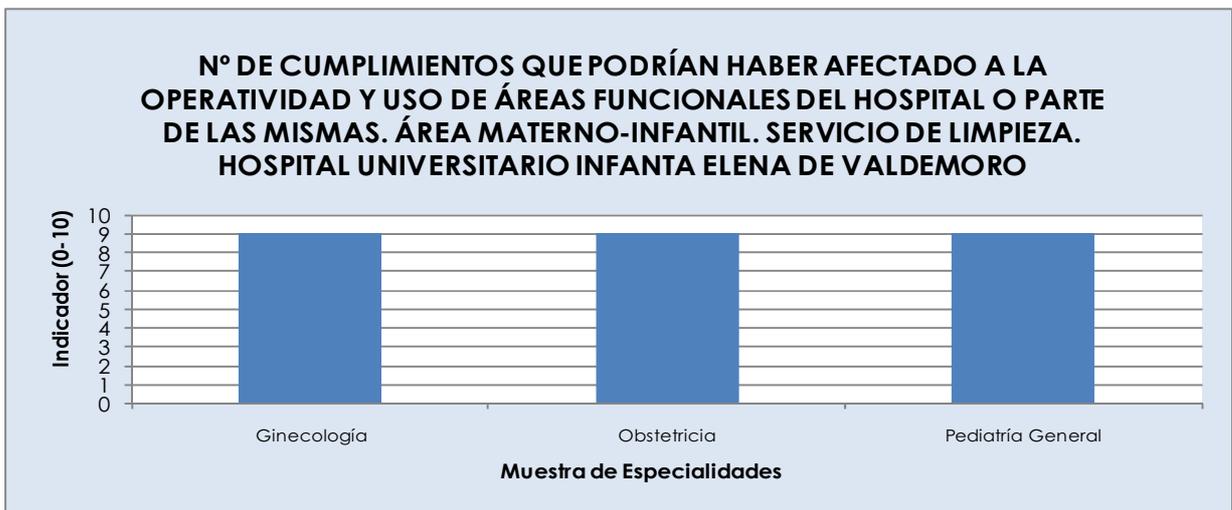
Se valora muy positivamente el cumplimiento de frecuencias en limpiezas generales y específicas.

➤ **Nº DE CUMPLIMIENTOS QUE PODRÍAN HABER AFECTADO A LA OPERATIVIDAD Y USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. ÁREA QUIRÚRGICA:**



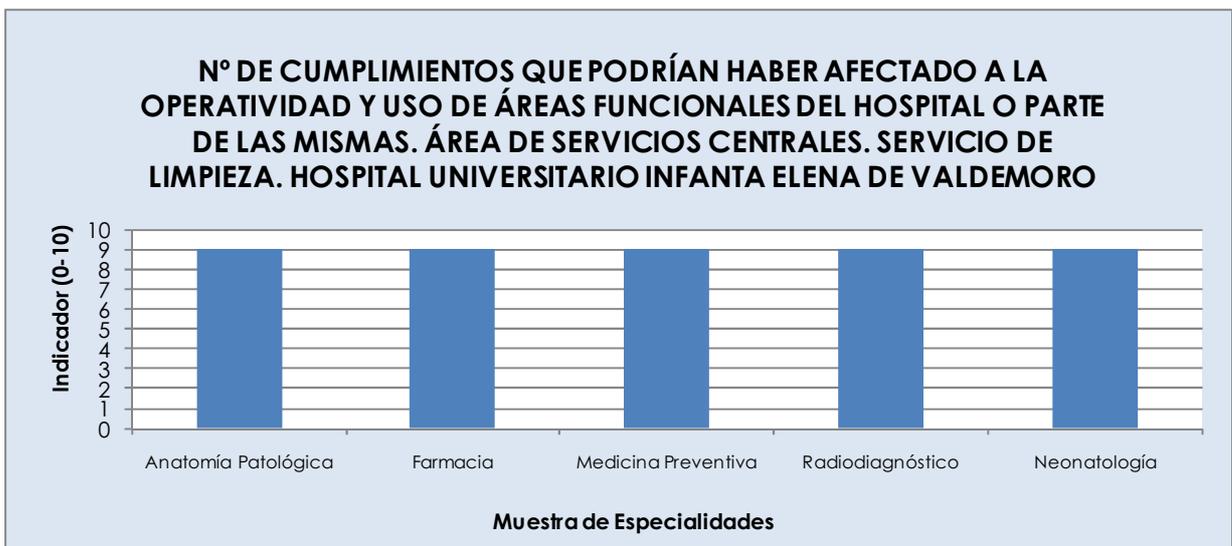
Se valora muy positivamente el cumplimiento de frecuencias en limpiezas generales y específicas.

➤ **Nº DE CUMPLIMIENTOS QUE PODRÍAN HABER AFECTADO A LA OPERATIVIDAD Y USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. ÁREA MATERNO-INFANTIL:**



Se valora muy positivamente el cumplimiento de frecuencias en limpiezas generales y específicas.

- **Nº DE CUMPLIMIENTOS QUE PODRÍAN HABER AFECTADO A LA OPERATIVIDAD Y USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. ÁREA DE SERVICIOS CENTRALES:**



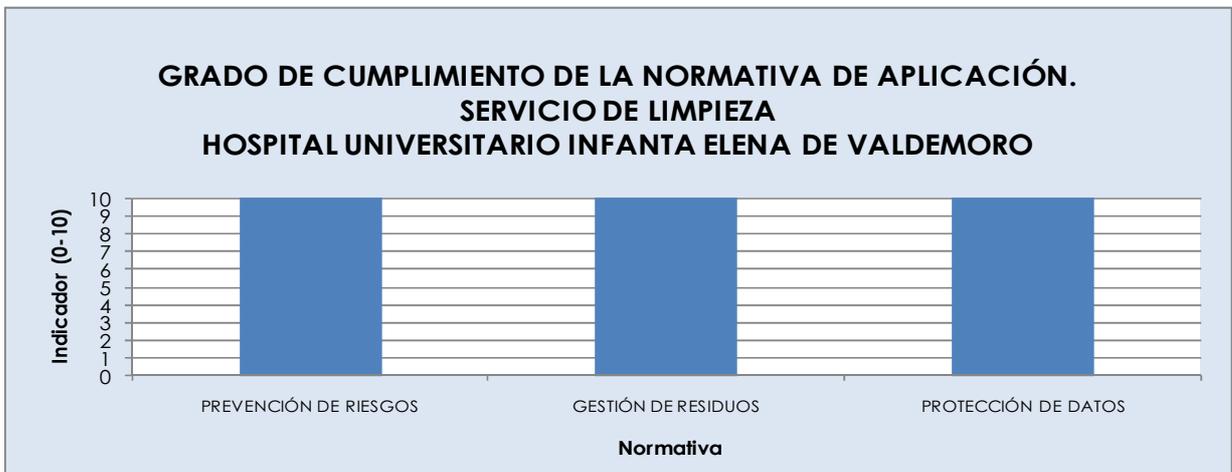
Se valora muy positivamente el cumplimiento de frecuencias en limpiezas generales y específicas.

- **CUMPLIMIENTOS DE LOS MÍNIMOS REQUERIDOS EN EL PPT DE LIMPIEZA:**



Se valora muy positivamente el cumplimiento de frecuencias en limpiezas generales y específicas.

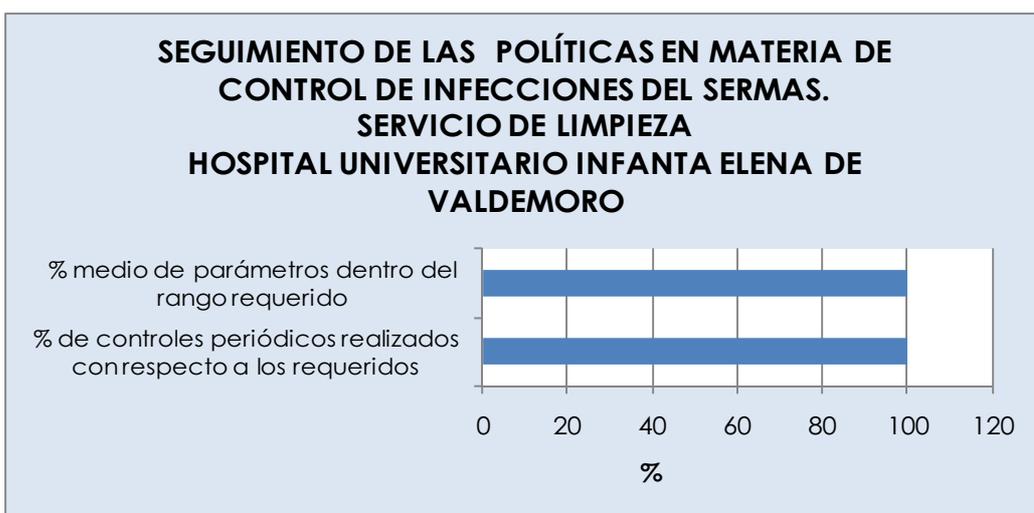
➤ **GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE APLICACIÓN:**



Se valora muy positivamente los procedimientos seguidos para prevención de riesgos laborales, gestión de residuos y cumplimiento de la Ley de Protección de Datos en la prestación del Servicio de limpieza.

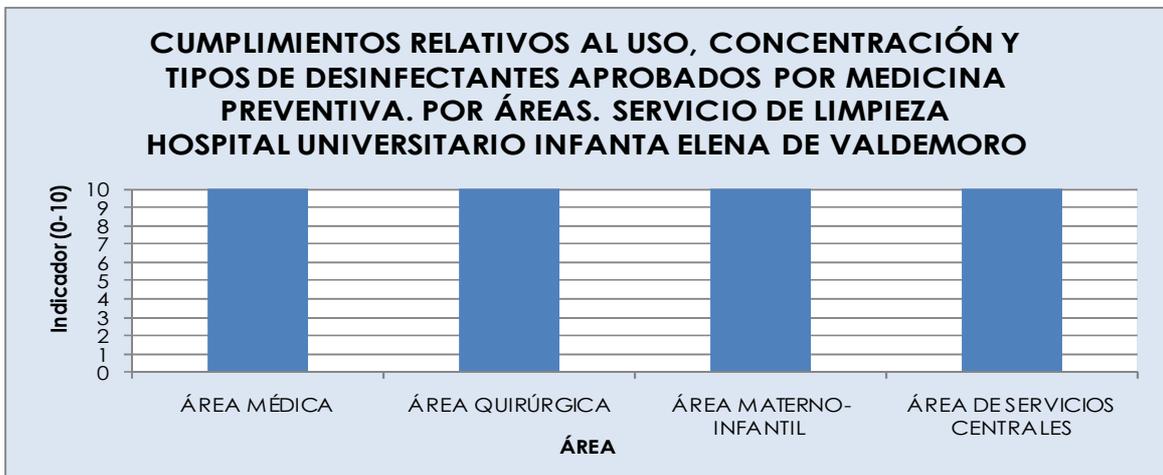
➤ **SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS EN MATERIA DE CONTROL DE INFECCIONES DEL SERMAS:**

- **% de controles de calidad realizados frente a los requeridos**
- **% medio de parámetros dentro del rango requerido**



Se valora muy positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTOS RELATIVOS AL USO, CONCENTRACIÓN Y TIPOS DE DESINFECTANTES APROBADOS POR MEDICINA PREVENTIVA. POR ÁREAS:**



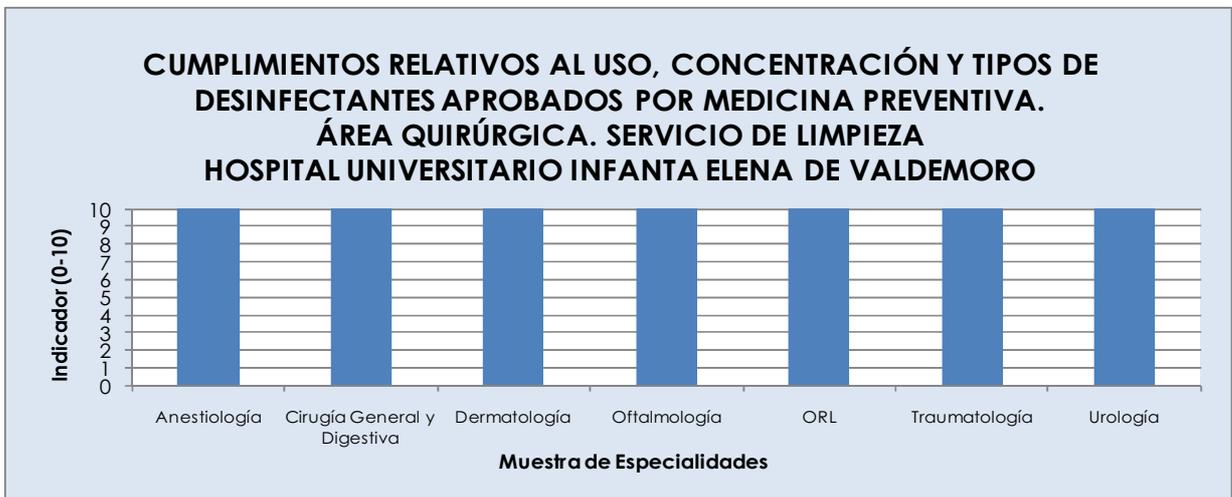
Se valora muy positivamente, ya que se dispone de análisis bacteriológicos por parte de Medicina Preventiva, y hasta la fecha no se han hecho indicaciones en cuanto a los productos se refiere.

➤ **CUMPLIMIENTOS RELATIVOS AL USO, CONCENTRACIÓN Y TIPOS DE DESINFECTANTES APROBADOS POR MEDICINA PREVENTIVA. ÁREA MÉDICA:**



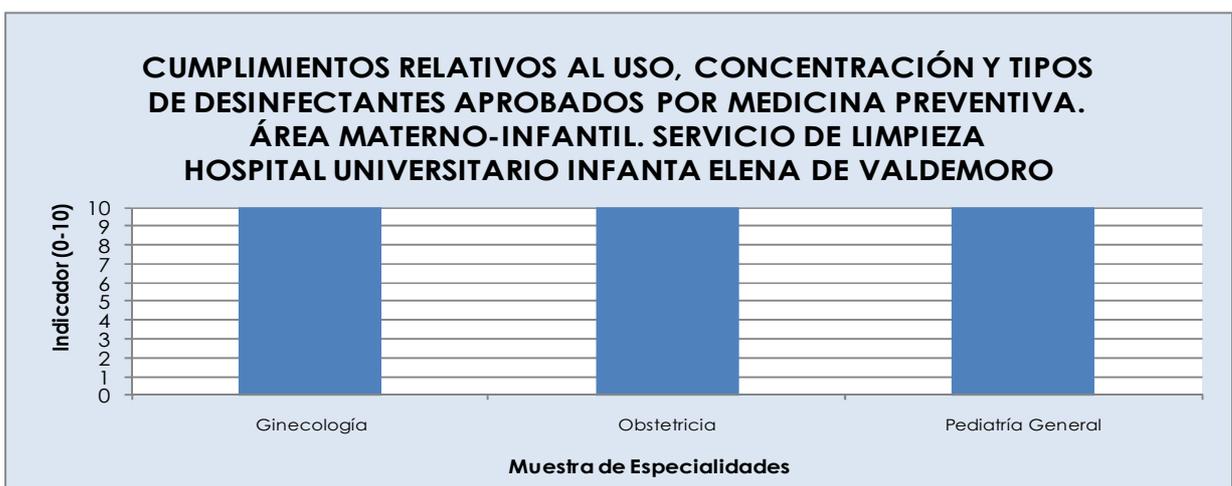
Se valora muy positivamente, ya que se dispone de análisis bacteriológicos por parte de Medicina Preventiva, y hasta la fecha no se han hecho indicaciones en cuanto a los productos se refiere.

➤ **CUMPLIMIENTOS RELATIVOS AL USO, CONCENTRACIÓN Y TIPOS DE DESINFECTANTES APROBADOS POR MEDICINA PREVENTIVA. ÁREA QUIRÚRGICA:**



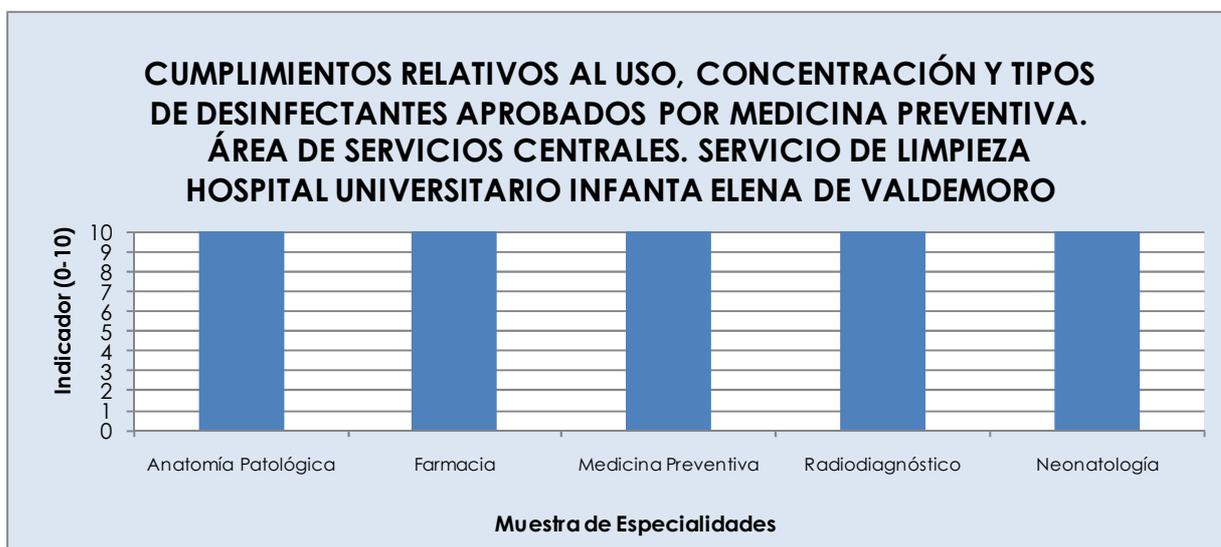
Se valora muy positivamente, ya que se dispone de análisis bacteriológicos por parte de Medicina Preventiva, y hasta la fecha no se han hecho indicaciones en cuanto a los productos se refiere.

➤ **CUMPLIMIENTOS RELATIVOS AL USO, CONCENTRACIÓN Y TIPOS DE DESINFECTANTES APROBADOS POR MEDICINA PREVENTIVA. ÁREA MATERNO-INFANTIL:**



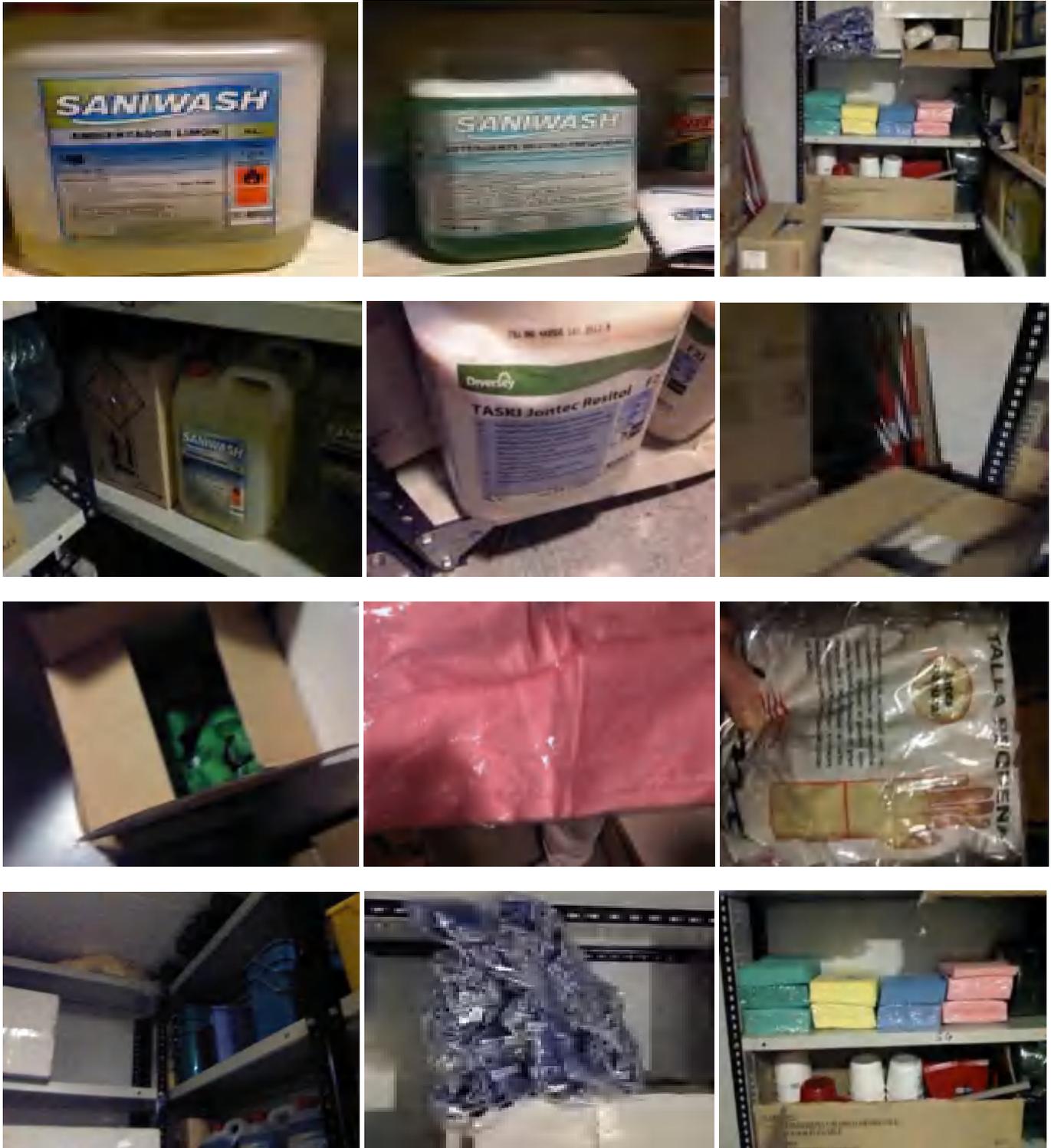
Se valora muy positivamente, ya que se dispone de análisis bacteriológicos por parte de Medicina Preventiva, y hasta la fecha no se han hecho indicaciones en cuanto a los productos se refiere.

➤ **CUMPLIMIENTOS RELATIVOS AL USO, CONCENTRACIÓN Y TIPOS DE DESINFECTANTES APROBADOS POR MEDICINA PREVENTIVA. ÁREA DE SERVICIOS CENTRALES:**

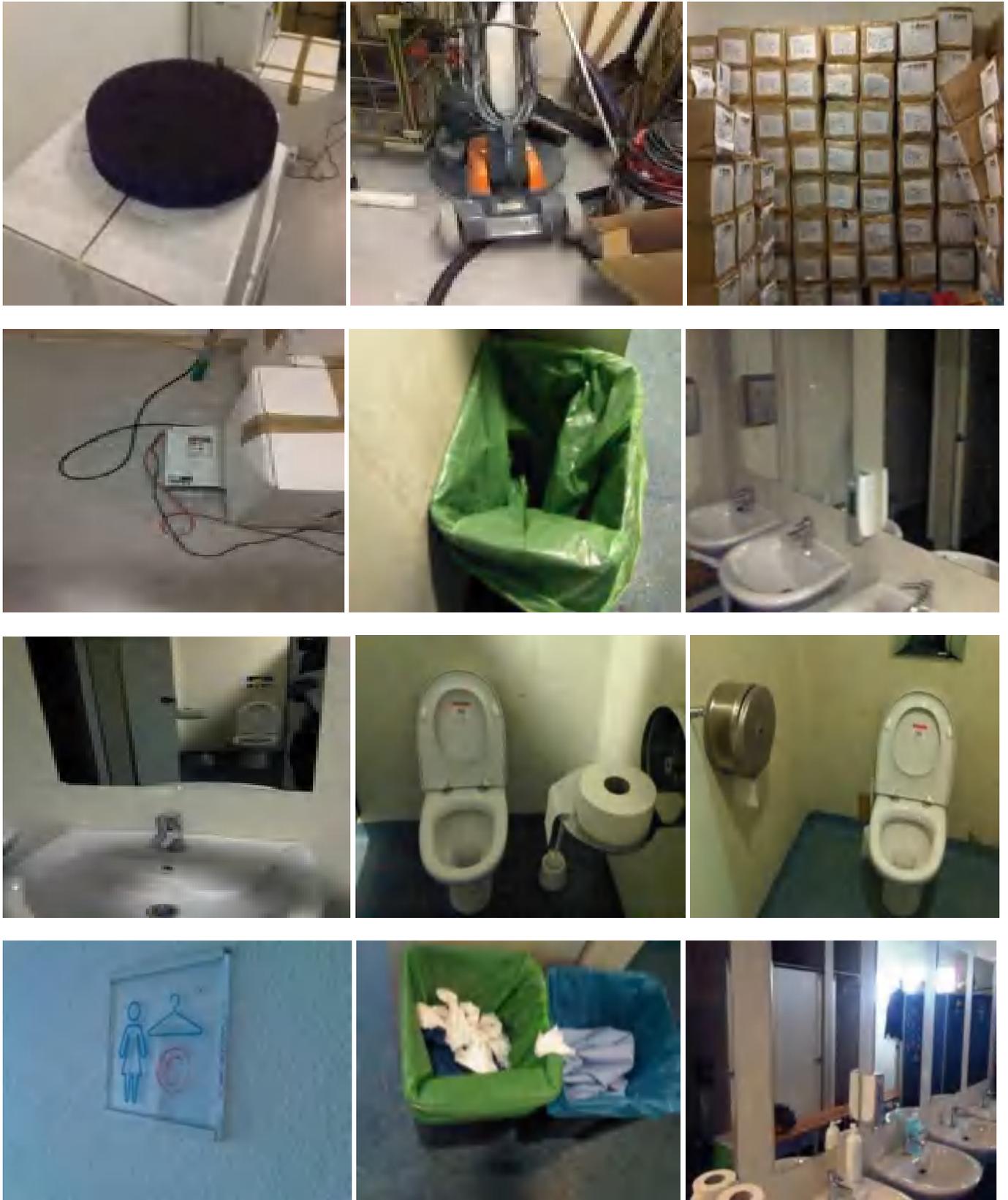


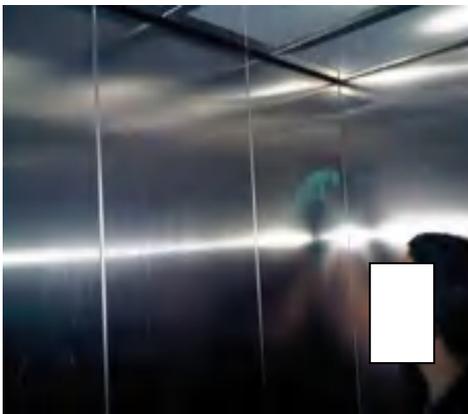
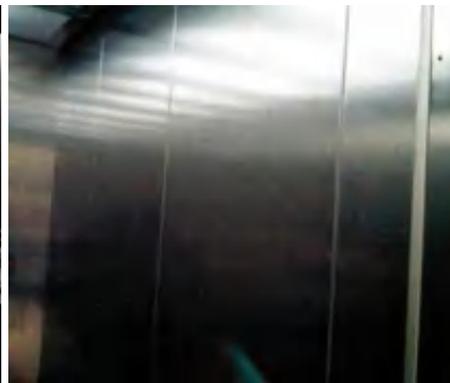
Se valora muy positivamente, ya que se dispone de análisis bacteriológicos por parte de Medicina Preventiva, y hasta la fecha no se han hecho indicaciones en cuanto a los productos se refiere.

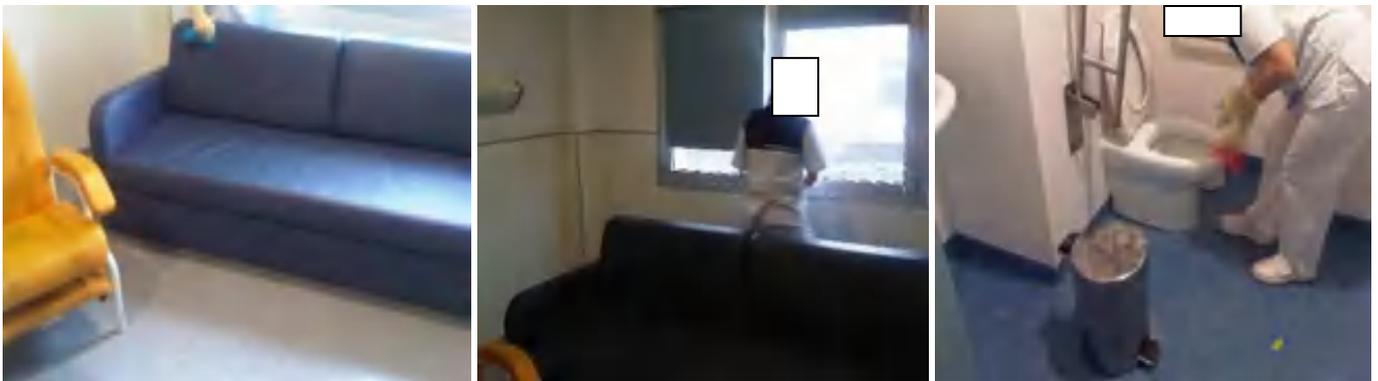
4.1.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO

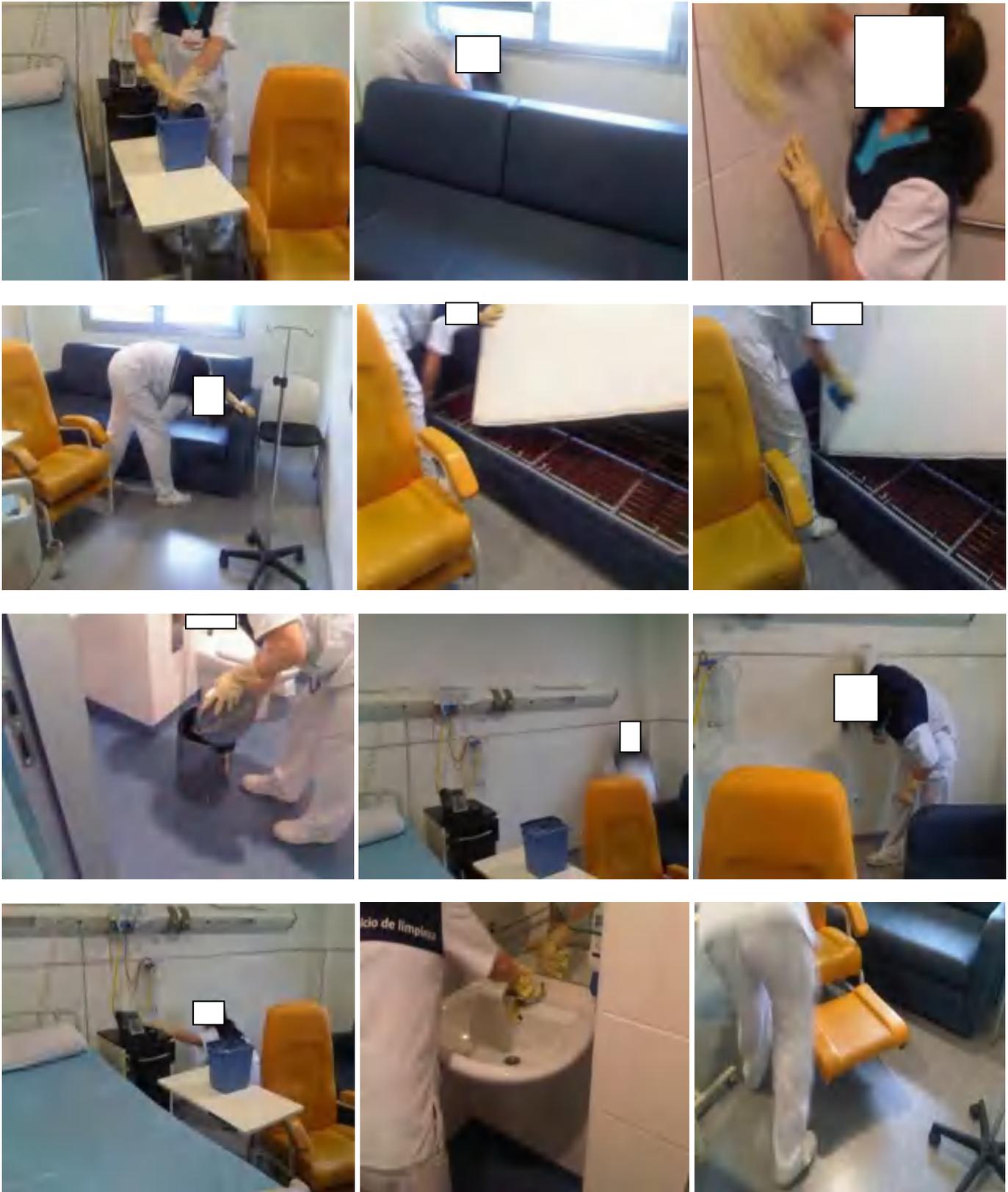










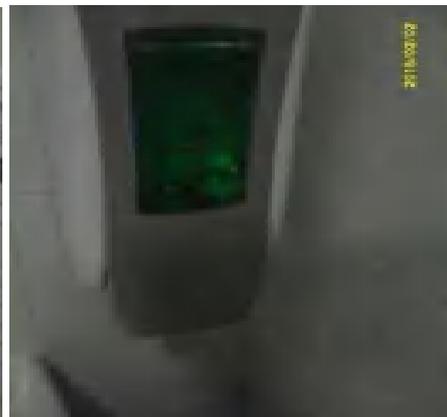




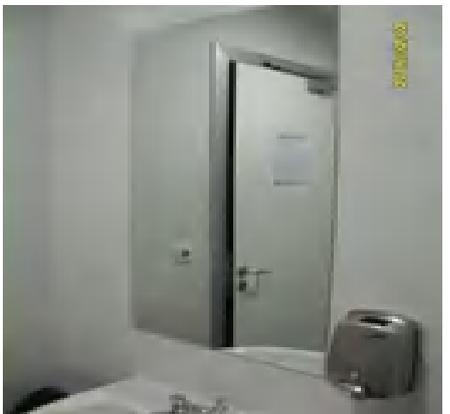


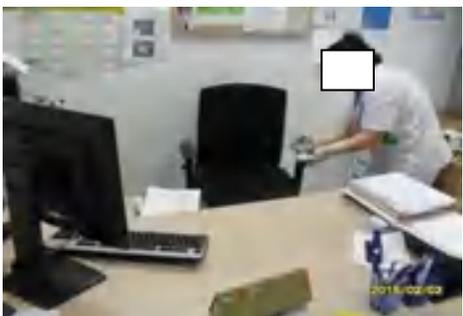


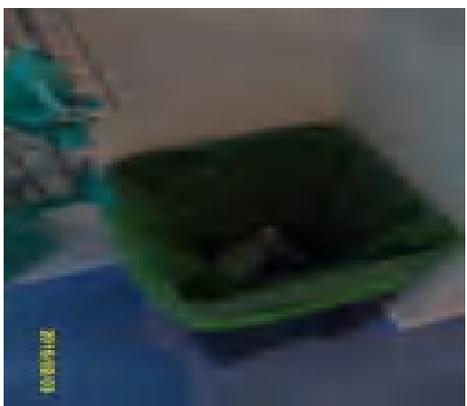
| Limpieza Diaria de Aseos Públicos | | CATEGORÍA | |
|-----------------------------------|------------------|-----------|-------------|
| FECHA | TIPO DE LIMPIEZA | ESTADO | COMENTARIOS |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |



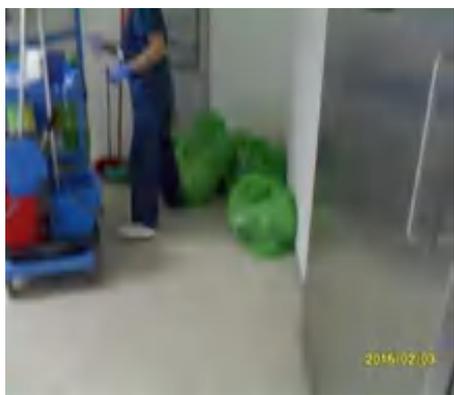


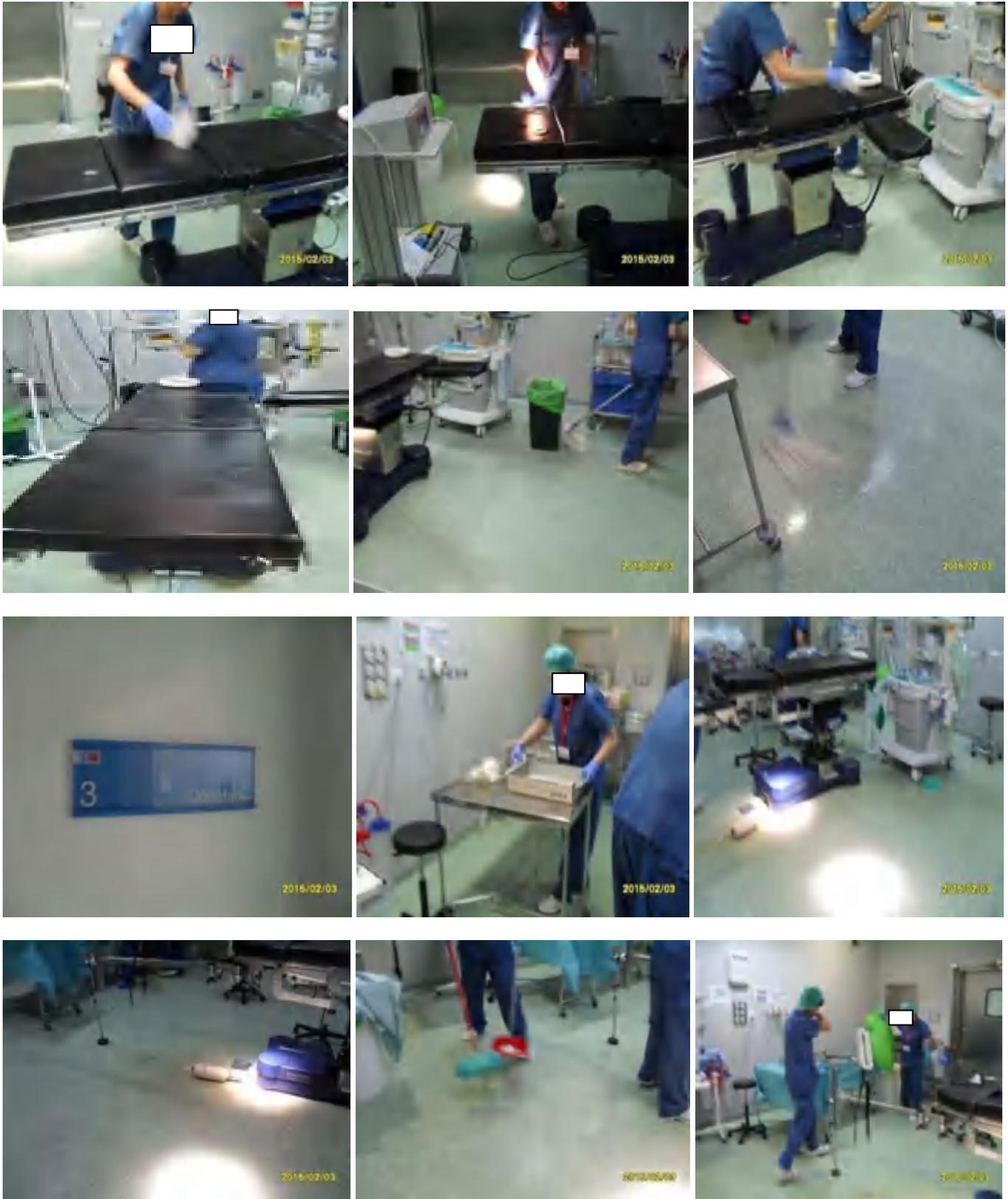


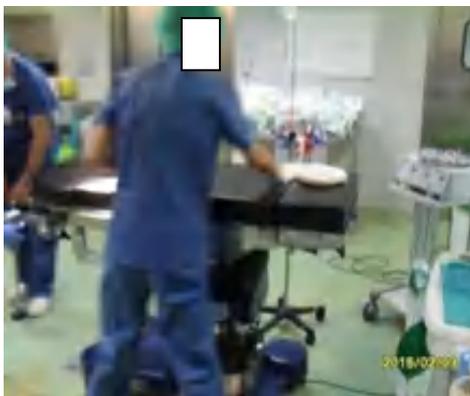












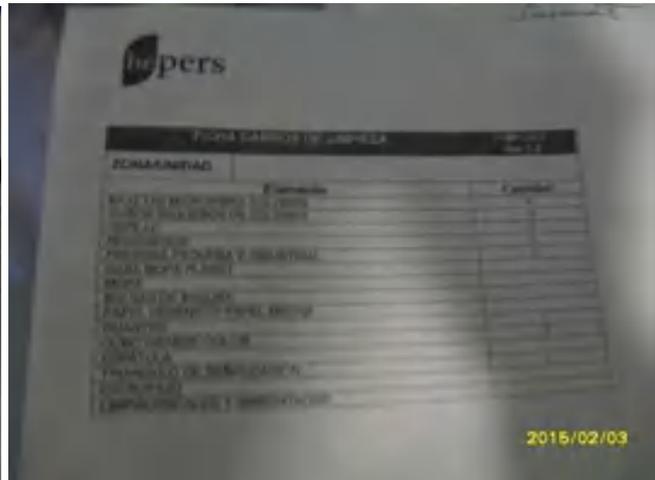
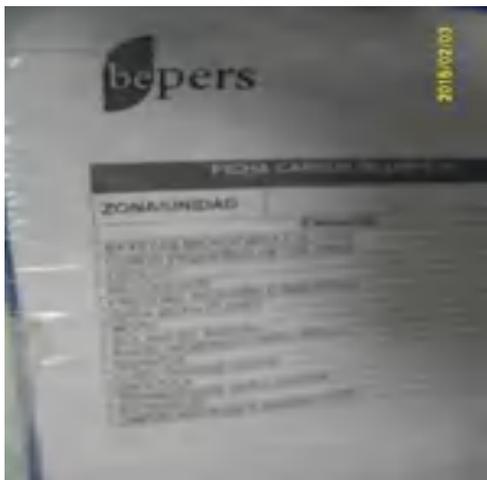
4.1.4.PUNTOS FUERTES

A continuación, se indican los puntos fuertes del Servicio de Limpieza del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, tras la realización de la Auditoría Operativa durante el mes de Febrero de 2015 por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.

- o El grado de limpieza observado se ha considerado positivo, tal y como se evidencia en las fotos anexas, para cada uno de los Servicios médicos, Área de quirófanos, Plantas de Hospitalización, Servicios centrales y Zonas comunes inspeccionadas. Se ha valorado con 9,5 puntos el grado de limpieza de suelos, paredes, papeleras, así como la limpieza de los baños y las superficies auditadas.
- o En la documentación remitida se ha podido evidenciar el cumplimiento de las frecuencias de las limpiezas diarias, éstas también visualmente, así como de las limpiezas generales, más específicas, realizándose semanal, mensual, trimestral y semestralmente, cumpliendo con lo requerido para garantizar la operatividad y/o uso de las Áreas Funcionales del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro. Se ha revisado la correcta ejecución de las limpiezas generales, evidenciándose un elevado grado de limpieza en todas las estancias inspeccionadas.
- o Se ha podido evidenciar la correcta implantación del Procedimiento de Limpieza e Higiene Hospitalaria, así como de los Protocolos de Limpieza para Centros Sanitarios. Se ha evidenciado un correcto Programa de Limpiezas por Zonas, en base a su nivel de riesgo, así como unas Técnicas de Limpieza adecuadas para un Centro Hospitalario y Protocolos específicos de limpieza para Zonas de Alto Riesgo.

- o Las Coordinadoras de la Limpieza organizan al personal de la limpieza diariamente y atienden las llamadas telefónicas del Personal del Hospital, en las que se les indican posibles incidencias, para su subsanación de forma inmediata. Se ha evidenciado en el momento del control de calidad, la correcta subsanación de las incidencias por parte de los profesionales de la limpieza, cerrándolas de forma positiva en plazo y forma.
- o Se ha podido evidenciar la correcta cumplimentación del Registro de Limpiezas diarias y mensuales de las Zonas de Bajo, Medio y Alto Riesgo por parte de CAPIOSEER en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro.
- o Se ha considerado positivo el hecho de que las Profesionales de la Limpieza indican y registran las incidencias de limpieza para su cierre y posterior análisis, con objeto de determinar si es necesario establecer una Acción Correctiva que impida que vuelva a producirse una incidencia por el mismo motivo. Se ha podido verificar que todas las incidencias de limpieza son subsanadas en plazo y forma, siendo revisadas todas ellas por las Responsables del Servicio de Limpieza de CAPIOSEER.
- o Las Responsables del Servicio de Limpieza de CAPIOSEER llevan a cabo un estudio de satisfacción trimestral del servicio de limpieza a los Pacientes Hospitalizados, a través del Cuestionario de Visitas de Cortesía, obteniéndose un resultado positivo en el grado de satisfacción de los Pacientes del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro con la limpieza y sus profesionales.
- o Las Coordinadoras de la Limpieza llevan a cabo controles de calidad internos para subsanar posibles deficiencias en la limpieza y mejorar continuamente el servicio de limpieza prestado.

- o Se ha considerado positivo la metodología de limpieza de CAPIOSER, llevándose a cabo correctamente por los profesionales de la limpieza en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, lo que pone de manifiesto que todo el personal de CAPIOSER ha sido formado en dicha metodología.
- o Se ha evidenciado la correcta formación en materia de Prevención de Riesgos Laborales de las/los Profesionales de la Limpieza, garantizándose en todo momento por parte de CAPIOSER el cumplimiento de la Legislación de Prevención de Riesgos Laborales para su Personal del Servicio de Limpieza.
- o En el momento del control de calidad se ha podido evidenciar el correcto estado de los carros de limpieza, así como la organización de los mismos, de acuerdo a la Ficha de Carros de Limpieza, que se ha observado en los Carros inspeccionados:



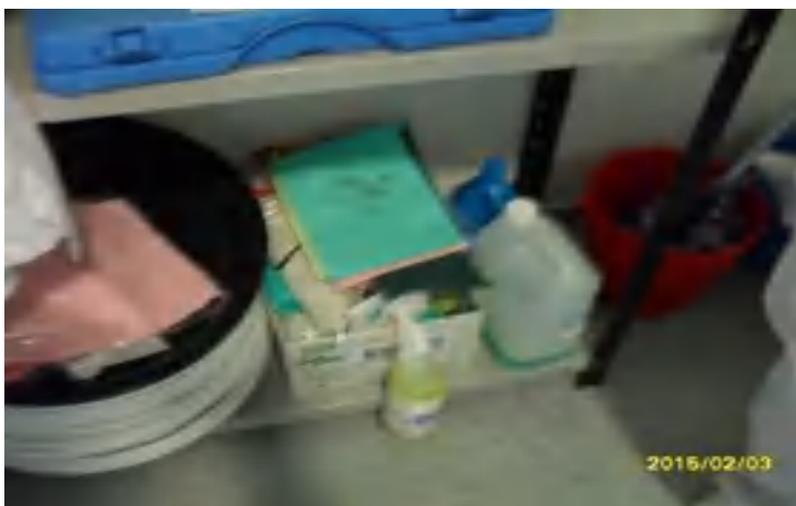
- o En el momento de la auditoría operativa se ha podido evidenciar que CAPIOSER dispone de la maquinaria requerida para prestar de un modo correcto el servicio de limpieza en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, observándose en buen estado de funcionamiento y mantenimiento. Se ha podido evidenciar que los profesionales de la limpieza conocen el correcto funcionamiento y manejo de la maquinaria.

- o Se ha evidenciado en la documentación remitida los Planos donde se identifica la ubicación de los Portacebos para evitar plagas.

4.1.5. ÁREAS DE MEJORA

A continuación, se indican las áreas de mejora del Servicio de Limpieza del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, tras la realización de la Auditoría Operativa durante el mes de Febrero de 2015 por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., así como las acciones correctoras propuestas para su subsanación:

- o Respecto al almacenamiento de productos de limpieza peligrosos (aquellos que en su envase presentan al menos un símbolo de peligrosidad) no disponen de medidas de retención en caso de accidente o vertido (recipientes para derrames), si bien, si que disponen de un kit mediante el cual evitarían la contaminación de las zonas próximas, con todos los EPI's necesarios para que los Profesionales de la Limpieza puedan limpiar dicho vertido sin riesgo para su salud:



- En algún caso las bolsas de basura han excedido el 75% de su capacidad de llenado, si bien, se ha tratado de casos puntuales:



4.2. SERVICIO DE LENCERÍA Y LAVANDERÍA

4.2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Lencería y Lavandería, en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, consisten en lo siguiente:

- o Los procesos del Servicio de Lencería y Lavandería, en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, consisten en elaborar y suministrar una restauración total o parcial a los utilizadores del mismo, realizando las siguientes funciones del proceso:
 - Presentar la ropa con un aspecto higiénico y agradable.
 - Colaborar y participar en la conservación de la higiene del Hospital.
 - Controlar los costes de explotación, con una calidad del vestuario adecuada a un tratamiento médico.
 - Conocer aquellos factores que inciden negativamente en la duración de las prendas, con el fin de respetar y reducir al máximo las inversiones de compra y mantenimiento del textil.

El Servicio consiste en la prestación del servicio de Lavado, Desinfección, Repaso de Costura, Planchado, Doblado, Empaquetado y Transporte Interior y Exterior de Ropa y Lencería del Hospital. Dadas las características del servicio se debe subcontratar a una lavandería industrial con amplia experiencia en el tratamiento de ropa Hospitalaria y garantizando el cumplimiento de todos los requisitos y exigencias de la Comunidad Autónoma donde se ubique el centro.

El Servicio Integral de Lavandería consiste en la recogida de ropa sucia en las dependencias del Hospital utilizando para ello medios de transporte propios de la Lavandería Industrial. Una vez en sus instalaciones se clasifica por tipo de ropa para llevar a cabo su correspondiente proceso de higienización, lavado, repaso de costura y planchado; a continuación la ropa tratada se empaqueta y se prepara para su expedición y, finalmente, se procede al transporte de la ropa limpia al Hospital.

El tipo de ropa a procesar es la habitualmente utilizada en el Hospital: ropa blanca de consultas, sábanas, fundas de almohada, mantas, colchas, pijamas de paciente, toallas, batas y uniformes de empleados. La uniformidad y lencería quirúrgica quedan excluidas del alcance al ser desechable por motivos de asepticidad.

4.2.2. DIAGNÓSTICO

A continuación se detalla el cumplimiento de los requisitos definidos en el Pliego de Condiciones de la Concesión:

- Este servicio incluye el lavado, desinfección, repaso de costura, planchado, doblado, empaquetado y transporte interior y exterior de ropa y lencería del Hospital y Centro de especialidades.
- El servicio prestado abarca todos los días laborables de lunes a domingo. Se ha podido evidenciar que no se considera admisible la interrupción del servicio por más de un día, cualquiera que sea la concatenación de días festivos que se produzca durante la vigencia del contrato.
- El transporte de la ropa se hace empleando distintos vehículos o compartimentos para ropa limpia y sucia, de manera que no se tienen evidencias de que se encuentren en el mismo simultáneamente. Tampoco se ha observado la introducción de ropa limpia en un compartimento que haya transportado ropa sucia, sin una desinfección previa.
- La estructura del carro es adecuada a las necesidades de transporte,
- El sistema de prelavado garantiza la retirada de todo resto de materia orgánica en la ropa.
- No se ha podido evidenciar que en el procesado de la ropa se realice de forma que la ropa limpia y la sucia se encuentren separadas en todo momento, mediante el establecimiento de una "barrera sanitaria".
- Se ha comprobado que el grado de humedad máximo permitido en la ropa limpia no es mayor de un 2 %.
- Se ha verificado, que CAPIOSER realiza, a su cargo y con frecuencia mensual, controles bacteriológicos, por laboratorios externos autorizados, de la ropa limpia.

- Con el fin de evaluar las incrustaciones orgánicas e inorgánicas, según acuerdo de aceptabilidad, la Sociedad concesionaria tiene establecido un sistema de control de calidad en el total del procesado de la ropa (lavado, planchado, repaso y recogida-entrega).
- En relación a los cambios de ropa, tanto en lo relativo a ropa de forma de los pacientes como ropa lisa (cama, camillas, etc), se ha verificado el cumplimiento e implantación de los protocolos correspondientes, habiéndose verificado in situ que la ropa de las habitaciones de los pacientes y la de los pacientes se cambia una vez al día siempre y cuando no se precise un mayor número de cambios.
- Por otra parte se ha evidenciado durante la auditoria un cuidado especial en la elección de la ropa de niños.
- La Sociedad concesionaria realiza encuestas de satisfacción a los diferentes usuarios del servicio de lencería.

En la Auditoría Operativa de Calidad realizada por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. en febrero de 2015 se ha podido evidenciar la correcta implantación de los Procedimientos del Servicio de Lencería y Lavandería, garantizándose el cumplimiento de los requisitos exigidos para este Servicio:

En lo relativo a los cambios de ropa tanto ropa de forma de los pacientes como de ropa lisa (cama, camillas, etc.), se realiza una vez al día siempre y cuando no se precise un mayor número de cambios.

CAPIOSER se asegura de que la calidad de la lencería Hospitalaria tiene como mínimo las especificaciones técnicas aplicadas para Centros Sanitarios. Además, cuida especialmente la elección de ropa de niños. CAPIOSER considera de vital importancia para este servicio la "trazabilidad", es decir, aplicar un completo seguimiento que permite que la ropa esté perfectamente identificada desde que se recoge hasta que el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro la recibe de nuevo como ropa limpia. Este proceso conlleva que se realice un seguimiento exhaustivo de las prendas durante todo el ciclo productivo, al mismo tiempo que se cumplen rigurosamente las más estrictas normas de seguridad, higiene y control de calidad.

- CIRCUITO INTRAHOSPITALARIO:

Hay que destacar dos aspectos:

- A) ROPA DE USO HOSPITALARIO
- B) UNIFORMIDAD

A) ROPA DE USO HOSPITALARIO

La ropa de uso Hospitalario son las sábanas, entremetidas, toallas, colchas, fundas de almohada y de colchón, almohadas, mantas, pijamas y camisones de pacientes. Su clasificación en las unidades asistenciales se realiza de la siguiente manera:

- La ropa limpia colocada en estanterías o armarios
- La ropa sucia depositada dentro de los carros

Una vez clasificada la ropa por el personal de enfermería correspondiente de cada Unidad y depositada en los cuartos de ropa sucia, se procede a su retirada por el personal de limpieza. Este personal traslada la ropa sucia hasta el cuarto de ropa sucia principal (generalmente situado en el sótano), pendiente de su traslado al lugar de procesamiento.

La empresa subcontratada, diariamente, recoge la ropa sucia depositada en bolsas cerradas del lugar indicado y las traslada a la lavandería para su limpieza. Al día siguiente, deposita la ropa limpia, en los carros habilitados para ello.

En el momento de la entrada, se procede a pesar la ropa limpia y a anotar en el registro el Albarán de proveedor. A continuación, las bolsas se trasladan por el personal de limpieza al cuarto de ropa limpia de la Lencería, procediendo a anotar, en el registro correspondiente (Albarán de proveedor), la cantidad y tipo de ropa que ha entrado para el control del registro diario.

La Responsable de Lavandería traslada esta información del albarán al registro establecido a tal efecto de "Control de peso de ropa limpia". (CS/PCL04C/FPOC01/01) Posteriormente, la ropa de uso Hospitalario se clasifica según necesidad de las Unidades Asistenciales (pactos), anotando la información en el formato de "Asignación de ropa por unidad" (CS/PCL04C/FPOC01/02) y depositando la ropa en carros de traslado interno hasta su posterior traslado por el personal de limpieza. En cada Unidad, se deposita el carro en el Control de Enfermería para proceder a su reparto. Los uniformes y las batas se depositan en las estanterías del almacén de lencería para ir dando salida según necesidad.

Tanto para la uniformidad como para la ropa de uso Hospitalario, se comprueba la ropa que indica el albarán de la lavandería ha sido cosida, y se anota su revisión en el mismo albarán.

B) UNIFORMIDAD

El procedimiento de lavado de la ropa de Uniformidad es el mismo circuito que el de la ropa de Uso Hospitalario exceptuando que la entrega se realiza en la lencería sustituyendo las prendas según proceda (prenda que se ha ensuciado, prenda rota,...). Los uniformes no son personalizados sino que se asigna el uniforme limpio según corresponda por categoría. La salida de uniformes se registra en el formato de Registro de entrega de uniformidad (CS/PCL04C/FPOC01/03). El calzado es lo único de uso individual, entregado junto con un comunicado interno del Servicio de PRL.

Asimismo, la entrega del calzado se cumplimenta en el formato establecido a tal efecto. (HV/PSN01C/FPOC01/05: Registro de entrega de Equipos de Protección Individual.)

- HORARIO:

Los horarios de reparto de ropa de uso Hospitalario a las Unidades se hacen, aproximadamente, media hora antes de los cambios de turno, es decir, alrededor de las 07,30 horas, de las 14,30 y de las 19,30 horas. Asimismo, existiendo algún tipo de necesidad fuera de los horarios mencionados, el almacén de lencería permanece abierto hasta, mínimo, las 19 horas, por lo que podría solventar cualquier necesidad.

El almacén de lencería tiene horario de mañana, de 07,30 a 09,30 horas y de 14,30 a 16,00 horas. Fuera de ese horario, el personal permanece en el almacén para recepcionar y colocar la ropa limpia que trae la empresa subcontratada. La recogida de ropa de la empresa subcontratada se realiza, diariamente de lunes a viernes, preferiblemente en horario de tarde de 17,00 a 19,00 horas, para favorecer que se lleven la mayor parte de la ropa sucia y depositen toda la limpia recogida el día anterior. Asimismo, reparten y recogen también los sábados en horario de 11 a 13 horas, aproximadamente.

- ENTREGA Y RECOGIDA DE ROPA A LAVANDERÍA INDUSTRIAL:

Para dar prestación a dicho servicio, se realiza la entrega de ropa limpia y recogida de ropa sucia con frecuencia diaria de lunes a domingo, festivos incluidos, atendándose peticiones con carácter de emergencia cuando peligre la funcionalidad del Hospital.

Las entregas de ropa limpia y recogidas de ropa sucia se realizan en las dependencias habilitadas al efecto en el Centro Hospitalario, según el horario que se establecido entre ambas partes. El proceso establecido para evitar manipulaciones que puedan dar lugar a contaminación siempre consiste en realizar en primer lugar la entrega de ropa limpia para, a continuación, proceder a la retirada la ropa sucia. La frecuencia de este servicio es de 24 horas, aunque la ropa rechazada durante el proceso por sus condiciones especiales de suciedad, rotura u otras causas, se entrega a las 24 horas de la recogida.

La lavandería industrial realiza diariamente en sus instalaciones un control y pesaje de la ropa sucia recogida. Una vez que dicha ropa se ha procesado, se elabora un albarán diario de entrega. Se trata de un documento numerado en el que se especifican tanto el número de unidades entregadas por tipo de artículo como los kilogramos de ropa, incluyendo también el peso y las unidades de ropa deteriorada que se devuelvan por no estar en condiciones de uso. Dicho albarán debe cuenta con la conformidad de la persona que se ha determinado a tal efecto, su firma, sello y fecha de entrega.

Se entrega al Hospital la ropa limpia correctamente identificada, indicando el tipo y número de prendas, la uniformidad del personal del Centro que se entrega en perchas.

Todos aquellos artículos considerados como "irrecuperables" se entregan aparte y debidamente señalizados. En el albarán se indica también las ropas que ha sido cosida. Se asegura el correcto trasiego de la ropa, tanto en el interior del Centro Hospitalario como en el transporte entre éste y el centro de procesado de textiles, ya que pone a disposición del mismo la cantidad necesaria de carros especialmente diseñados para el transporte de ropa.

Además, se garantiza el máximo nivel de calidad e higiene en el servicio, ya que las entregas y recogidas se realizan de forma que nunca coinciden partidas de ropa sucia y limpia en el compartimento de carga del vehículo de transporte, y tanto éstos como los carros de transporte de ropa se someten a procesos constantes de limpieza y desinfección.

- TRANSPORTE:

CAPIOSER se asegura que el transporte de la ropa se hace empleando distintos vehículos o compartimentos para ropa limpia y sucia, de manera que nunca se encuentren en el mismo simultáneamente. Tampoco se ha evidenciado la introducción de ropa limpia en un compartimento que haya transportado ropa sucia, sin una desinfección previa.

- CONTROL DE PUNTOS CRÍTICOS EN EL PROCESADO DE TEXTILES:

CAPIOSER se asegura que la Lavandería Industrial contratada tiene establecido un Procedimiento de Revisión de la Calidad del Proceso, cuyo sistema se basa en el análisis de los puntos críticos del procesamiento de la ropa. Con la aplicación de este Procedimiento se asegura la correcta ejecución de los mismos, garantizando de esta manera el cumplimiento de los estándares de calidad fijados.

- REGISTRO DE INCIDENCIAS:

Los Encargados de cada Turno para el control del servicio:

- Realizan diariamente inspecciones aleatorias del servicio, y en caso de hallazgos de incidencias, las registran en el formato CS/PCL04B/FPOC01/07 "Registro de incidencias", anotando las actuaciones realizadas para solucionarlas

- Reportan mensualmente al Responsable de lavandería y Lencería (Gobernanta) el CS/PCL04B/FPOC01/07 "Registro de incidencias" cumplimentado, a partir del cual, el Responsable de lavandería y Lencería (Gobernanta) decide si corresponde tomar acciones correctivas derivadas de incidencias reiterativas o cuya importancia lo requiera.

La Responsable de lavandería y Lencería (Gobernanta) lleva el seguimiento del servicio, para ello se responsabiliza de:

- Revisar el personal que cubre el servicio de lencería en el Centro

- Se reúne con la Dirección del Centro para tratar la evolución del servicio de lavandería y Lencería, cambios de personal y obtener opinión su percepción respecto a la calidad del servicio.

A partir de dichos controles, la Responsable de Limpieza (Gobernanta) dispone de la información suficiente para el seguimiento del servicio en el Centro, de manera que en caso de existir algún tipo de problema/ diferencia frente al planteamiento original, adecuar el servicio a las nuevas necesidades.

Para la realización de la auditoría operativa del Servicio de Lencería y Lavandería en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, se ha contado con la colaboración de:

- Responsable del Servicio de Lencería y Lavandería de la Empresa CAPIOSER SERVICIOS INTEGRALES: D^a M^a Dolores Muñiz y D^a Silvia Fernández
- Empresa subcontratada para realizar los trabajos de Lavandería: FLISA (FUNDOSA LAVANDERÍAS INDUSTRIAL, S.A.)

En la Auditoría Operativa de Calidad realizada por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. en Febrero de 2015, se ha podido evidenciar la correcta implantación de los Procedimientos del Servicio de Lencería y Lavandería, garantizándose el cumplimiento de los requisitos exigidos para este Servicio:

| SERVICIO DE LENCERÍA Y LAVANDERÍA | | | |
|---|---|--------------------|----------------|
|  Capioser Servicios integrales | Código | Edición | Aplicable a |
| | CS-PGL04G-POC01 | 2.1 | DPTO. LIMPIEZA |
| Elaborado | Revisado | Aprobado | |
| Dpto. de Limpieza | Jefe del Servicio de Lavandería: | Comisión Dirección | |
| Junio 2012 | Junio 2012 | Junio 2012 | |
| Objeto | <p>El Servicio Consiste en la prestación del servicio de Lavado, Desinfección, Repaso de Costura, Planchado, Doblado, Empaquetado y Transporte Interior y Exterior de Ropa y Lencería del Hospital.</p> <p>Dadas las características del servicio se lo subcontratará a una lavandería industrial con amplia experiencia en el tratamiento de ropa hospitalaria y garantizando el cumplimiento de todos los requisitos y exigencias de la Comunidad Autónoma donde se ubique el centro.</p> | | |
| Alcance | <p>El Servicio Integral de Lavandería consiste en la recogida de ropa sucia en las dependencias del Hospital utilizando para ello medios de transporte propios de la Lavandería Industrial. Una vez en sus instalaciones se clasifica por tipo de ropa para llevar a cabo su correspondiente proceso de higienización, lavado, repaso de costura y planchado; a continuación la ropa tratada se empaqueta y se prepara para su expedición y, finalmente, se procede al transporte de la ropa limpia al Hospital.</p> <p>El tipo de ropa a procesar es la habitualmente utilizada en el Hospital: ropa blanca de consultas, sábanas, fundas de almohada, mantas, colchas, pijamas de paciente, toallas, batas y uniformes de empleados.</p> <p>La uniformidad y lencería quirúrgica quedan excluidas del alcance al ser desechable por motivos de asepticidad.</p> | | |
| Documentación de Referencia/ Legislación aplicable | <ul style="list-style-type: none"> • Norma UNE-EN-ISO 9001:2008 Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos • Norma UNE-EN-ISO 14001:2004 Sistemas de Gestión Ambiental. Requisitos con orientación para su uso • Norma UNE-EN-ISO 9000:2005: Fundamentos y vocabulario | | |
| Formatos | <ul style="list-style-type: none"> - CS/PCL04C/FPOC01/01 "Control de Peso de ropa limpia. - CS/PCL04C/FPOC01/02 "Asignación de ropa por Unidad" - CS/PCL04C/FPOC01/03 "Registro de entrega de Uniformidad en Lencería" - CS/PCL04C/FPOC01/4 "Inventario Trimestral Almacén de Ropa". - CS/PCL04C/FPOC01/5: Registro de entrega de Equipos de Protección Individual. (Si aplica) - CS/PCL04C/FPOC01/6: Registro de entrega de Llaves de taquillas. (Si aplica) - CS/PCL04C/FPOC01/7: Registro de incidencias internas en Lencería. | | |
| Anexos | HV/PSN01C/POC01/Anexo01: Comunicado de uso obligatorio de calzado cerrado. | | |

ATENCIÓN: Este documento es el resultado de un trabajo de carácter confidencial. No debe ser divulgado fuera de las dependencias y/o instalaciones. Únicamente el personal autorizado podrá acceder a su contenido. En caso de duda, dirigirse al responsable de la Unidad de Gestión de Calidad y Medio Ambiente de Capioser.

Página 1 de 6

| SERVICIO DE LENCERÍA Y LAVANDERÍA | | | |
|--|-----------------|---------|----------------|
|  CapiroSer Servicios integrales | Código | Edición | Aplicable a |
| | GS-PCL04C-POCD1 | 2.1 | DPTO. LIMPIEZA |

REALIZACIÓN

1. DESARROLLO DEL SERVICIO

En lo relativo a los cambios de ropa tanto ropa de forma de los pacientes como de ropa lisa (cama, camillas, etc.), se realiza una vez al día siempre y cuando no se precise un mayor número de cambios.

CapiroSer se asegura de que la calidad de la lencería hospitalaria tiene como mínimo las especificaciones técnicas aplicadas para Centros Sanitarios. Además, cuida especialmente la elección de ropa de niños.

CapiroSer considera de vital importancia para este servicio la "trazabilidad", es decir, aplicar un completo seguimiento que permite que la ropa esté perfectamente identificada desde que se recoge hasta que el Hospital la recibe de nuevo como ropa limpia. Este proceso conlleva que se realice un seguimiento exhaustivo de las prendas durante todo el ciclo productivo, al mismo tiempo que se cumplen rigurosamente las más estrictas normas de seguridad, higiene y control de calidad.

1.1 CIRCUITO INTRAHOSPITALARIO

Hay que destacar dos aspectos:

- A) Ropa de uso hospitalario
- B) Uniformidad

A) La ropa de uso hospitalario son las sábanas, entremetidas, toallas, colchas, fundas de almohada y de cojón, almohadas, mantas, pijamas y camisones de pacientes. Su clasificación en las unidades asistenciales se realiza de la siguiente manera:

- La ropa limpia colocada en estanterías o armarios
- La ropa sucia depositada dentro de los carros

Una vez clasificada la ropa por el personal de enfermería correspondiente de cada Unidad y depositada en los cuartos de ropa sucia, se procede a su retirada por el personal de limpieza. Este personal traslada la ropa sucia hasta el cuarto de ropa sucia principal (generalmente situado en el sótano), pendiente de su traslado al lugar de procesamiento.

La empresa subcontratada, diariamente, recoge la ropa sucia depositada en bolsas cerradas del lugar indicado y las traslada a la lavandería para su limpieza. Al día siguiente, deposita la ropa limpia, en los carros habilitados para ello.

A TENCIONADA TOLU abonos de ad proceso de función de la calidad de los servicios de limpieza hospitalaria de copias de los servicios. (licencia) se presta a documentar cualquier información al Plan de Calidad y Medio Ambiente de la Empresa de Gestión.

Página 2 de 2

| SERVICIO DE LENCERÍA Y LAVANDERÍA | | | |
|---|--------|------------------|-------------|
|  CapioSer Servicios integrales | Código | Edición | Aplicable a |
| | | CS-PCL04C-FPOC01 | 2.1 |

En el momento de la entrada, se procede a pesar la ropa limpia y a anotarlo en el registro el Albarán de proveedor.

A continuación, las bolsas se trasladan por el personal de limpieza al cuarto de ropa limpia de la Lencería, procediendo a anotar, en el registro correspondiente (Albarán de proveedor), la cantidad y tipo de ropa que ha entrado para el control del registro diario.

La Responsable de Lavandería trasladará esta información del albarán al registro establecido a tal efecto de "Control de peso de ropa limpia". (CS/PCL04C/FPOC01/01)

Posteriormente, la ropa de uso hospitalario se clasifica según necesidad de las Unidades Asistenciales (pactos), anotando la información en el formato de "Asignación de ropa por unidad" (CS/PCL04C/FPOC01/02) y depositando la ropa en carros de traslado interno hasta su posterior traslado por el personal de limpieza. En cada Unidad, se deposita el carro en el Control de Enfermería para proceder a su reparto. Los uniformes y las batas se depositan en las estanterías del almacén de lencería para ir dando salida según necesidad.

Tanto para la uniformidad como para la ropa de uso hospitalario, se comprueba la ropa que indica el albarán de la lavandería ha sido cosida, y se anota su revisión en el mismo albarán.

B) UNIFORMIDAD

El procedimiento de lavado de la ropa de Uniformidad es el mismo circuito que el de la ropa de Uso Hospitalario exceptuando que la entrega se realizará en la lencería sustituyendo las prendas según proceda (prenda que se ha ensuciado, prenda rota, ...). Los uniformes no son personalizados sino que se asigna el uniforme limpio según corresponda por categoría. La salida de uniformes se registra en el formato de Registro de entrega de uniformidad (CS/PCL04C/FPOC01/03). El calzado es el único de uso individual, entregado junto con un comunicado interno del Servicio de PRL. Asimismo, la entrega del calzado se cumplimentará en el formato establecido a tal efecto. (HV/PSN01C/FPOC01/05. Registro de entrega de Equipos de Protección Individual)

HORARIO

Los horarios de reparto de ropa de uso hospitalario a las Unidades se harán, aproximadamente, media hora antes de los cambios de turno, es decir, alrededor de las 07,30 horas, de las 14,30 y de las 19,30 horas. Asimismo, existiendo algún tipo de necesidad fuera de los horarios mencionados, el almacén de lencería permanecerá abierto hasta, mínimo, las 19 horas, por lo que podría solventar cualquier necesidad.

El presente documento es propiedad de GESMAN, S.L. y no debe ser distribuido fuera del ámbito de aplicación de los servicios contratados. Queda permitida la impresión de este documento en su totalidad o en parte para uso interno de la Entidad contratante.

Página 3 de 6



| SERVICIO DE LENCERÍA Y LAVANDERÍA | | | |
|---|-----------------|---------|----------------|
|  <p>CapioSer Servicios Integrales</p> | Código | Edición | Aplicable a |
| | CS-PCL04C-POG01 | 2,1 | DPTO. LIMPIEZA |

El almacén de lencería tendrá horario de mañana, de 07,30 a 09,30 horas y de 14,30 a 16,00 horas. Fuera de ese horario, el personal permanecerá en el almacén para recepcionar y colocar la ropa limpia que traerá la empresa subcontratada.

La recogida de ropa de la empresa subcontratada se realiza, diariamente de lunes a viernes, preferiblemente en horario de tarde de 17,00 a 19,00 horas, para favorecer que se lleven la mayor parte de la ropa sucia y depositen toda la limpia recogida el día anterior. Asimismo, reparten y recogen también los sábados en horario de 11 a 13 horas, aproximadamente:

1.2 ENTREGA Y RECOGIDA DE ROPA A LAVANDERÍA INDUSTRIAL

Para dar prestación a dicho servicio, se realiza la entrega de ropa limpia y recogida de ropa sucia con frecuencia diaria de lunes a domingo, festivos incluidos, atendiéndose peticiones con carácter de emergencia cuando peligre la funcionalidad del Hospital.

Las entregas de ropa limpia y recogidas de ropa sucia se realizan en las dependencias habilitadas al efecto en el Centro Hospitalario, según el horario que se establecido entre ambas partes.

El proceso establecido para evitar manipulaciones que puedan dar lugar a contaminación siempre consiste en realizar en primer lugar la entrega de ropa limpia para, a continuación, proceder a la retirada la ropa sucia. La frecuencia de este servicio es de 24 horas, aunque la ropa rechazada durante el proceso por sus condiciones especiales de suciedad, rotura u otras causas, se entrega a las 24 horas de la recogida.

La lavandería industrial realiza diariamente en sus instalaciones un control y pesaje de la ropa sucia recogida. Una vez que dicha ropa se ha procesado, se elabora un albarán diario de entrega. Se trata de un documento numerado en el que se especifican tanto el número de unidades entregadas por tipo de artículo como los kilogramos de ropa, incluyendo también el peso y las unidades de ropa deteriorada que se devuelven por no estar en condiciones de uso. Dicho albarán debe contar con la conformidad de la persona que se determine, su firma, sello y fecha de entrega.

Se entrega al Hospital la ropa limpia correctamente identificada, indicando el tipo y número de prendas, la uniformidad del personal del Centro que se entregará en perchas.

Todos aquellos artículos considerados como "irrecuperables" se entregarán aparte y debidamente señalizados.

En el albarán se indica también la ropas que ha sido cosida.

RESERVA Este documento no valen las copias de la misma. El servicio de la Empresa tiene condiciones de venta al por mayor. Subscripción en cantidad y descuentos en cantidad. La responsabilidad por la calidad y otros aspectos de la actividad de CapioSer

Página 4 de 2

| SERVICIO DE LENCERÍA Y LAVANDERÍA | | | |
|---|--------|-----------------|-------------|
|  CapioSer Servicios integrales | Código | Edición | Aplicable a |
| | | CS-PCL04C-PO001 | 2.1 |

Se asegura el correcto trasiego de la ropa, tanto en el interior del Centro Hospitalario como en el transporte entre éste y el centro de procesado de textiles, ya que pone a disposición del mismo la cantidad necesaria de carros especialmente diseñados para el transporte de ropa.

Además, se garantiza el máximo nivel de calidad e higiene en el servicio, ya que las entregas y recogidas se realizan de forma que nunca coinciden partidas de ropa sucia y limpia en el compartimento de carga del vehículo de transporte, y tanto éstos como los carros de transporte de ropa se someten a procesos constantes de limpieza y desinfección.

2. TRANSPORTE

CapioSer se asegura que el transporte de la ropa se hace empleando distintos vehículos o compartimentos para ropa limpia y sucia, de manera que nunca se encuentren en el mismo simultáneamente. Tampoco se admitirá la introducción de ropa limpia en un compartimento que haya transportado ropa sucia, sin una desinfección previa.

3. CONTROL DE PUNTOS CRÍTICOS EN EL PROCESADO DE TEXTILES

CapioSer se asegura que la Lavandería Industrial contratada tiene establecido un Procedimiento de Revisión de la Calidad del Proceso, cuyo sistema se basa en el análisis de los puntos críticos del procesamiento de la ropa.

Con la aplicación de este Procedimiento se asegura la correcta ejecución de los mismos, garantizando de esta manera el cumplimiento de los estándares de calidad fijados.

4. REGISTRO DE INCIDENCIAS

Los Encargados de cada Turno para el control del servicio:

- Realizan diariamente inspecciones aleatorias del servicio, y en caso de hallazgos de incidencias, las registran en el formato CS/PCL04B/FPOC01/07 "Registro de incidencias", anotando las actuaciones realizadas para solucionarlas
- Reportan mensualmente al Responsable de lavandería y Lencería (Gobernanta) el CS/PCL04B/FPOC01/07 "Registro de incidencias" cumplimentado, a partir del cual, el Responsable de lavandería y Lencería (Gobernanta) decide si corresponde tomar acciones correctivas derivadas de incidencias reiterativas o cuya importancia lo requiera.

La Responsable de lavandería y Lencería (Gobernanta) lleva el seguimiento del servicio, para ello se responsabiliza de:

- Revisa el personal que cubre el servicio de lencería en el Centro
- Se reúne con la Dirección del Centro para tratar la evolución del servicio de lavandería y Lencería, cambios de personal y obtener opinión su percepción respecto a la calidad del servicio

© 2014. Este documento es propiedad de Gesman de Gestión de Calidad, S.L. y no puede ser reproducido, distribuido, almacenado, publicado, copiado, modificado o usado de ninguna manera sin el consentimiento escrito de Gesman de Gestión de Calidad.

Edición 2.1

| SERVICIO DE LENCERÍA Y LAVANDERÍA | | | |
|---|--------|-----------------|-------------|
|  CapioSer Servicios Integrales | Código | Edición | Aplicable a |
| | | GS-PGL04C-POC01 | 2.1 |

A partir de dichos controles, la Responsable de Limpieza (Gobernanta) dispondrá de la información suficiente para el seguimiento del servicio en el Centro, de manera que en caso de existir algún tipo de problema/ diferencia frente al planteamiento original, adecuar el servicio a las nuevas necesidades.

Este documento es propiedad del sistema de Gestión de la Calidad de GESMAN, S.L. y no puede ser utilizado sin el consentimiento escrito de GESMAN, S.L. para su uso en otros sistemas de Gestión de la Calidad.

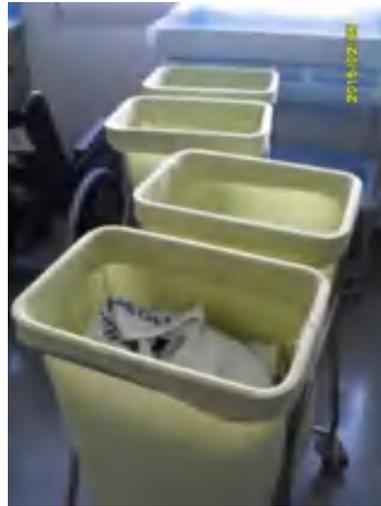
© GESMAN, S.L.





En el momento de la Auditoría Operativa, se ha podido evidenciar a diferencia del año pasado, que no existe en la misma zona carros con lencería sucia y limpia, lo que se ha considerado positivo, ya que se han tenido en cuenta las áreas de mejora de la Auditoría Operativa del 2013 para su subsanación. Se ha podido evidenciar que existe un circuito para la ropa limpia y otra para la sucia, tal como requiere este tipo de servicio, debiendo el personal sanitario depositar la lencería sucia en las bolsas correspondientes, para su transporte posterior en las jaulas por parte del personal de lencería. Dichas bolsas de lencería deben ser cerradas por el personal sanitario:







En la documentación remitida, se ha podido evidenciar los Controles Microbiológicos Mensuales de la lencería, llevado a cabo por FLISA (FUNDOSA LAVANDERÍAS INDUSTRIAL, S.A.) a través del Laboratorio Control Microbiológico, S.L. evidenciándose la correcta limpieza y desinfección de la misma. A continuación, se adjuntan los resultados del control realizado en el mes de Octubre de 2014, habiendo sido positivos todos ellos, al igual que en los meses anteriores:



LABORATORIO
**CONTROL
MICROBIOLÓGICO S.L.**

Ctra. de La Coruña, km. 23,290
Edificio Las Rozas 23
28230 LAS ROZAS (Madrid)
Teléfono: 91 386 97 73 - 91 386 00 51 / 52
Fax: 91 630 95 82
www.controlmicrobiologico.com

CONTROL MICROBIOLÓGICO DE SUPERFICIES

CLIENTE: FLISA, S.A.

Camino del pozo del río ramundo, s/n. Pol. Ind. De vallecas. 28031-Madrid

Nº MUESTRA / INFORME: 140.085.826

FECHA DE RECEPCIÓN: 04/10/14

FECHA REALIZACIÓN ANÁLISIS: 04/10/14 AL 13/10/14

DATOS FACILITADOS POR: CLIENTE*

CENTRO: FUNDOSA LAVANDERÍAS INDUSTRIAL S.A. - FUENLABRADA

SÁBANA[®]

| PARÁMETRO* | RESULTADOS OBTENIDOS ufc/25 cm ² | VALOR LÍMITE ACEPTABLE ufc/25 cm ² |
|--|--|---|
| RECuento DE BACTERIAS AEROBIAS MESÓFILAS | <1 | <3 |
| RECuento DE ENTEROBACTERIAS TOTALES | <1 | <3 |
| RECuento DE HONGOS FILAMENTOSOS Y LEVADURAS | <1 | <3 |

Toma de superficies realizada mediante paños (rodos) de agar TSA, agar VREB y agar Rose Bengala.

Análisis realizado según procedimiento interno.

*Parámetros y valoración pactados con el cliente.

Madrid a 13 de octubre de 2014
CONTROL MICROBIOLÓGICO, S.L.
N.I.F.: B 80868763
Fdo: Director Técnico, J. M. Aguilar

a) Este informe sólo afecta a la muestra analizada. No debe reproducirse ni utilizarse sin el permiso de Control Microbiológico, S.L.
b) Control Microbiológico S.L. no se hace responsable de las condiciones de la toma ni del resultado.





LABORATORIO
**CONTROL
MICROBIOLÓGICO S.L.**

Ctra. de La Coruña, km. 23,200
Edificio Las Rozas 23
28230 LAS ROZAS (Madrid)
Teléfono: 91 386 07 73 - 91 186 00 51 / 52
Fax: 91 630 95 82
www.controlmicrobiologico.com

CONTROL MICROBIOLÓGICO DE SUPERFICIES

CLIENTE: FLISA, S.A.

Camino del pozo del tío ramundo, s/n. Pol. Ind. De vallecas. 28031-Madrid.

Nº MUESTRA / INFORME: 140.085.827

FECHA DE RECEPCIÓN: 04/10/14

FECHA REALIZACIÓN ANÁLISIS: 04/10/14 AL 13/10/14

DATOS FACILITADOS POR: CLIENTE^{a)}

CENTRO: FUNDOSA LAVANDERIAS INDUSTRIAL S.A. - FUENLABRADA

TOALLA^{b)}

| PARÁMETRO ^{a)} | RESULTADOS OBTENIDOS ufc/25 cm ² | VALOR LÍMITE ACEPTABLE ufc/25 cm ² ^{a)} |
|--|--|---|
| RECUENTO DE BACTERIAS AEROBIAS MESÓFILAS | <1 | <3 |
| RECUENTO DE ENTEROBACTERIAS TOTALES | <1 | <3 |
| RECUENTO DE HONGOS FILAMENTOSOS Y LEVADURAS | <1 | <3 |

Toma de superficie realizada mediante placa rhotoc de agar TSA, agar VRBG y agar Rosa Bengala.

Análisis realizado según procedimiento interno.

^{a)}Parámetros y valoración pactados con el cliente.

Madrid, a 10 de octubre de 2014.

CONTROL MICROBIOLÓGICO S.L.
N.I.F. - B.80868763
Fdo: Director Técnico, J. M. Aguilar

a) Este informe sólo afecta a la muestra analizada. No debe reproducirse parcialmente sin el permiso de Control Microbiológico S.L.
b) Control Microbiológico S.L. no se hace responsable de las condiciones de la toma ni del muestreo.

Impreso en el S.M. de Madrid, Urban. O. Torre, 28015, Calle 24, nº 127384, Recolección T1 - C.I.F. B-80868763





LABORATORIO
**CONTROL
MICROBIOLÓGICO S.L.**

Ctra. de La Coruña, km. 23,200
Edificio Las Rozas 23
28230 LAS ROZAS (Madrid)
Teléfono: 91 386 07 73 - 91 186 00 51 / 52
Fax: 91 630 95 82
www.controlmicrobiologico.com

CONTROL MICROBIOLÓGICO DE SUPERFICIES

CLIENTE: FLISA, S.A.

Camino del pozo del río ramundo, s/n. Pol. Ind. De vallecas. 28031-Madrid.

Nº MUESTRA / INFORME: 140.085.828

FECHA DE RECEPCIÓN: 04/10/14

FECHA REALIZACIÓN ANÁLISIS: 04/10/14 AL 13/10/14

DATOS FACILITADOS POR: CLIENTE^{a)}

CENTRO: FUNDOSA LAVANDERIAS INDUSTRIAL S.A. - FUENLABRADA

PANTALÓN AZUL ENFERMO^{b)}

| PARÁMETRO ^{a)} | RESULTADOS OBTENIDOS u/c/25 cm ² | VALOR LÍMITE ACEPTABLE u/c/25 cm ² ^{b)} |
|--|--|---|
| RECuento DE BACTERIAS AERÓBIAS MESÓFILAS | <1 | <3 |
| RECuento DE ENTEROBACTERIAS TOTALES | <1 | <3 |
| RECuento DE HONGOS FILAMENTOSOS Y LEVADURAS | <1 | <3 |

Toma de superficie realizada mediante placa rhodac de agar TSA, agar VRBG y agar Rosa Bengala.

Análisis realizado según procedimiento interno.

^{a)} Parámetros y valoración pactados con el cliente.

Madrid, a 10 de octubre de 2014.

CONTROL MICROBIOLÓGICO, S.L.
Fdo: Directora Técnica **ROSARIO AGUIAR**

a) Este informe sólo afecta a la muestra analizada. No debe reproducirse parcialmente sin el permiso de Control Microbiológico, S.L.
b) Control Microbiológico S.L. no se hace responsable de las conclusiones de la toma ni del muestreo.





LABORATORIO
**CONTROL
MICROBIOLÓGICO S.L.**

Ctra. de La Coruña, km. 23,200
Edificio Las Rozas 23
28230 LAS ROZAS (Madrid)
Telfs.: 91 386 07 73 - 91 186 00 51 / 52
Fax: 91 630 93 82
www.controlmicrobiologico.com

CONTROL MICROBIOLÓGICO DE SUPERFICIES

CLIENTE: FLISA, S.A.

Camino del pozo del tío raimundo, s/n. Pol. Ind. De vallecas. 28031-Madrid.

Nº MUESTRA / INFORME: 140.085.829

FECHA DE RECEPCIÓN: 04/10/14

FECHA REALIZACIÓN ANÁLISIS: 04/10/14 AL 13/10/14

DATOS FACILITADOS POR: CLIENTE*

CENTRO: FUNDOSA LAVANDERÍAS INDUSTRIAL S.A. - FUENLABRADA

PANTALÓN VERDE QUIRÓFANO^{a)}

| PARÁMETRO* | RESULTADOS OBTENIDOS ufc/25 cm ² | VALOR LÍMITE ACEPTABLE ufc/25 cm ² * |
|--|--|---|
| RECuento DE BACTERIAS AEROBIAS MESOFILAS | <1 | <3 |
| RECuento DE ENTEROBACTERIAS TOTALES | <1 | <3 |
| RECuento DE HONGOS FILAMENTOSOS Y LEVADURAS | <1 | <3 |

Toma de superficie realizada mediante placa rhodoc de agar TSA, agar VRBG y agar Rosa Bengala.

Análisis realizado según procedimiento interno.

*Parámetros y valoración pactados con el cliente.

Madrid, a 10 de octubre de 2014.

CONTROL MICROBIOLÓGICO S.L.
Fdo: Director Técnico, J. M. Aguilar
N.I.P.: B 80658763

a) Este informe sólo afecta a la muestra analizada. No debe reproducirse parcialmente sin el permiso de Control Microbiológico S.L.
b) Control Microbiológico S.L. no se hace responsable de las condiciones de la toma ni de las muestras.

registro en el IFA de Madrid. Ctra. U. Torre de la U. Torre 1885. Pab. 24. Hija nº127584. Inscripción nº: C.I.F. B-10088143



AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES "INFANTA ELENA" (VALDEMORO), TORREJÓN Y "REY JUAN CARLOS" (MÓSTOLES)" (EXP: P.A. SER-15/2014-AE)

LENCERÍA Y LAVANDERÍA

Calidad

- Informes de controles bacteriológicos realizados por laboratorio externo autorizado
- Control de calidad:
 - Resultados del Sistema de control de calidad en el total del procesado de la ropa (lavado, planchado, repasa y recogida y entrega)

PANTALÓN DE UNIFORME DE QUIRÓFANO (Azul)

| PARÁMETRO* | RESULTADOS OBTENIDOS ufc/25 cm ² | VALOR LÍMITE ACEPTABLE ufc/25 cm ² * |
|---|--|--|
| RECUENTO DE BACTERIAS AEROBIAS MESÓFILAS | 1 | <3 |
| RECUENTO DE ENTEROBACTERIAS TOTALES | <1 | <3 |
| RECUENTO DE HONGOS FILAMENTOSOS Y LEVADURAS | <1 | <3 |

Toma de superficie realizada mediante placa rhodac de agar TSA, agar VRBG y agar Rosa Bengala.

TOALLA BLANCA a)

| PARÁMETRO* | RESULTADOS OBTENIDOS ufc/25 cm ² | VALOR LÍMITE ACEPTABLE ufc/25 cm ² * |
|---|--|--|
| RECUENTO DE BACTERIAS AEROBIAS MESÓFILAS | <1 | <3 |
| RECUENTO DE ENTEROBACTERIAS TOTALES | <1 | <3 |
| RECUENTO DE HONGOS FILAMENTOSOS Y LEVADURAS | <1 | <3 |

Toma de superficie realizada mediante placa rhodac de agar TSA, agar VRBG y agar Rosa Bengala.

PANTALOS VERDE

| PARÁMETRO* | RESULTADOS OBTENIDOS ufc/25 cm ² | VALOR LÍMITE ACEPTABLE ufc/25 cm ² * |
|---|--|--|
| RECUENTO DE BACTERIAS AEROBIAS MESÓFILAS | <1 | <3 |
| RECUENTO DE ENTEROBACTERIAS TOTALES | <1 | <3 |
| RECUENTO DE HONGOS FILAMENTOSOS Y LEVADURAS | 1 | <3 |

Toma de superficie realizada mediante placa rhodac de agar TSA, agar VRBG y agar Rosa Bengala.

FURDA DE ALMOHADA

| PARÁMETRO* | RESULTADOS OBTENIDOS | VALOR LÍMITE ACEPTABLE |
|------------|----------------------|------------------------|
| | | |

| | ufc/25 cm ² | ufc/25 cm ² * |
|---|------------------------|--------------------------|
| RECUENTO DE BACTERIAS AEROBIAS MESÓFILAS | <1 | <3 |
| RECUENTO DE ENTEROBACTERIAS TOTALES | <1 | <3 |
| RECUENTO DE HONGOS FILAMENTOSOS Y LEVADURAS | <1 | <3 |

Toma de superficie realizada mediante placa rhodac de agar TSA, agar VRBG y agar Rosa Bengala.

Nota: Se incluye control de humedad de la ropa del mes de NOVIEMBRE.. Inspección y control de calidad del servicio (inspección visual y/o táctil, control físico químico y control higiénico en el procesado de la ropa).

Información Adicional

Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio

A continuación, se adjunta el registro que evidencia que el camión empleado para el transporte de la ropa desde FLISA hasta el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro ha sido desinfectado diariamente, mediante un producto adecuado:

Flisa 

REGISTRO DE OPERACIONES DE MANTENIMIENTO Y DESINFECCIÓN PREVENTIVA 

Empresa: **EUROPEA LAVANDERÍA INDUSTRIAL S.L.** Tel: **91 66 11 11**
 Dirección: **C/ LA BARRA, 22 - 28007 F. PINTA (MADRID)**
 Empresa Adjudicadora: **SERVICIOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN** Tel: **91 66 11 11**
 Dirección: **AVDA DE LA PAZ, 1 - 28004 MADRID**

Ubicación del Equipo a Trabajar: **CAMIÓN** Matrícula: **2414 BVM**

| Fecha | Nombre del Producto | Concentración | Cantidad | Nº Registro Producto | PH | Verificación | Validación |
|---------|---------------------|-------------------------------|----------|----------------------|-------|--------------|------------|
| 15-5-14 | AGUCAR | 4.4-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-20 | 7,20% | | Antonio T. |
| 16-5-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 17-5-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 18-5-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 19-5-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 20-5-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 21-5-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 22-5-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 23-5-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 24-5-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 25-5-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 26-5-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 27-5-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 28-5-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 29-5-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 30-5-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 31-5-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 1-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 2-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 3-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 4-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 5-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 6-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 7-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 8-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 9-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 10-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 11-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 12-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 13-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 14-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 15-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 16-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 17-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 18-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 19-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 20-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 21-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 22-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 23-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 24-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 25-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 26-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 27-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 28-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 29-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 30-6-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |
| 1-7-14 | AGUCAR | 2.2-DIBROMO-3-NITROFENOLAMIDA | 1/200 | 5/ES-28 | 7,20% | | Antonio T. |



Para garantizar el perfecto funcionamiento de la “barrera sanitaria”, se completa con un túnel de desinfección de carros que realiza la desinfección de los mismos bien con un producto bactericida o bien a través de la inyección de vapor que desinfecta los carros que vayan a pasar de una zona a otra de la lavandería.

Así mismo, la planta trabaja sobre el principio de marcha única, el cual condiciona el trasiego de la ropa en un solo sentido a lo largo de todo el proceso productivo en las instalaciones de FLISA, impidiendo que la ropa limpia se cruce con la ropa sucia, en ningún momento.

Lo mismo ocurre con el personal productivo, que tiene instaurados unos protocolos que impiden el tránsito entre las zonas de limpio y sucio, que se encuentran perfectamente indicadas y delimitadas por la anteriormente referida barrera sanitaria. Este túnel de lavado de carros con vapor garantiza la desinfección de toda la estructura de las jaulas en su paso a la zona limpia de la lavandería.



INSPECCIÓN Y CONTROL DE CALIDAD DEL SERVICIO.

A. INSPECCIÓN VISUAL Y/O TÁCTIL

Durante el proceso de lavado – secado – planchado – empaquetado de la ropa se inspecciona la misma, una a una por un operario, conforme se va procesando. La ropa que no cumpla los requisitos óptimos de calidad se considera rechazo (manchas o arrugas) y vuelven al principio del circuito del proceso aplicándoseles los procesos de rechazo; o se quitan directamente de la circulación si se observan roturas o manchas irrecuperables (manchas que no han desaparecido después de los procesos de rechazo).

1. **Después del lavado.** Dos veces diarias (una por turno) se realiza una inspección más exhaustiva. Se toman aleatoriamente dos sábanas de cama, dos muestras de ropa de quirófano, dos pijamas o camisones y dos muestras de ropa de forma blanca. A estas muestras se les realiza la inspección según el cuadro del anexo I.
2. **Después del planchado.** Dos veces diarias (una por turno) se realiza una inspección más exhaustiva. Se toman el mismo número y tipo de muestras que después del lavado y se les realiza la inspección según el cuadro del anexo II.
3. **Después del empaquetado.** Dos veces diarias (una por turno) se realiza una inspección de distintos tipos de paquetes según se muestra en el cuadro del anexo III.

B. CONTROL FÍSICO QUÍMICO

Según archivo de control de lavado de ISO 9.001 contemplado en el anexo IV.

1. **Quincenales.** A realizar por el proveedor de detergentes:
 - a. pH, hierro en el agua de alimentación y alcalinidad.
 - b. Restos de detergentes, hierro y cloro en ropa limpia.
2. **Mensuales.** A realizar por el proveedor de detergentes:
 - a. Control de equipos de dosificación.
 - b. Control de programas de lavado en lavacentrifugas.
 - c. Control de programas de lavado en túneles de lavado.
3. **Semestrales.** Control de una tela testigo con 25 lavados a realizar en el laboratorio Central de FLISA. Se analiza:
 - a. Pérdida de resistencia a la tracción (desgaste).
 - b. Grado de blanco.
 - c. Incrustación inorgánica.



Queda reflejado en el anexo V.

4. Mensualmente desde la lavandería se envía al laboratorio Central de FLISA una sábana, un paño de quirófano, un pijama o camiseta y una prenda de forma blanca. A estas muestras se les analiza:
- Grado de blanco / Parámetros de color;
 - Resistencia a la tracción;
 - Incrustación inorgánica;
 - Restos de detergentes;
 - Restos de cloro;
 - Restos de hierro.

C. CONTROL HIGIENICO EN EL PROCESADO DE LA ROPA.

Control bacteriológico mensual por parte de laboratorio externo de:

- Tres prendas tomadas al azar que varían todos los meses;
- Carros de transporte.

Los parámetros que se analizarán serán:

- Aerobios mesófilos;
- Enterobacterias;
- Hongos y levaduras;

Se presentará informe realizado por el laboratorio que realiza estos análisis.

En caso de ser los adjudicatarios, se presentará contrato suscrito con el laboratorio externo en el que se realizarán los controles anteriormente citados.



ANEXO L

| | Nivel de limpieza (resistencia) | | Grado de blanco (resist.) | | Rotura | | Olor | | Restos de detergentes | |
|---------------------|---------------------------------|----|---------------------------|--|--------|----|------|----|-----------------------|----|
| Sábana | | NO | A | | | NO | | NO | | NO |
| Ropa Quirófanos | | NO | | | | NO | | NO | | NO |
| Pijamas o Camisetas | | NO | | | | NO | | NO | | NO |
| Prenda Blanca | | NO | A | | | NO | | NO | | NO |

Cada celda corresponde a una prenda revisada.

Datos a rellenar:

- Nivel de limpieza (resistencia): SI --- Tiene resistencia; NO --- No tiene resistencia;
- Grado de blanco (resist.): A --- Aceptable; NA --- No aceptable;
- Rotura: SI --- Tiene roturas; NO --- No tiene roturas;
- Olor: SI --- Si tiene olor; NO --- No tiene olor;
- Restos de detergentes: SI --- Si tiene restos de detergentes; NO --- No tiene restos de detergentes;





ANEXO II.

| | Nivel de limpieza (manchas) | Rotura: | Planchado | Humedad Relativa | Tacto |
|---------------------|-----------------------------|---------|-----------|------------------|-------|
| Sábanas: | NO | SI | A | A | A |
| Ropa Quirófano | NO | NO | A | A | A |
| Pijamas o Camisones | NO | SI | A | A | S |
| Fornas blancas | NO | NO | A | A | S |

Cada celda corresponde a una prenda revisada.

Datos a rellenar:

Nivel de limpieza (manchas): SI --- Tiene manchas
NO --- No tiene manchas.

Rotura: SI --- Tiene rotura
NO --- No tiene rotura

Planchado: A --- Aceptable
NA --- No aceptable

Humedad Relativa: A --- Aceptable
NA --- No aceptable

Tacto: A --- Ágpero
S --- Suave



ANEXO III.

| | Terminación del plástico |
|----------------|--------------------------|
| Sábanas | NS |
| Toallas | NS |
| Ropa Quirófano | NS |

Cada celda corresponde a las paginas revisadas.

Datos a rellenar:

Terminación del plástico: S --- Sellado
NS --- No sellado



ANEXO IV.

PORTADA

| | | Desde: |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Ejercicio | 2014 | 01/01/2014 |
| Proveedor Detergentes: | Christeyns | 01/01/2007 |
| Nivel de Rechazo máximo aceptable | 3,5% | 01/01/2014 |
| Coste máximo Materias Auxiliares | 7 €/Tn | 01/01/2014 |
| Rangos en vigor desde | 01/01/2014 | |

Para cumplimentar este registro se indicarán las fechas (únicamente el día del mes) en que se realizan los controles, el nombre del Técnico que los realiza y los valores obtenidos en cada caso.
Cuando un valor se encuentre fuera del rango de aceptación establecido, aparecerá en color rojo y fondo amarillo. Cuando se produzca esta situación, es necesario documentar las acciones emprendidas y los resultados obtenidos en el comentario asociado a la celda "Observaciones" de cada registro (posicionándose en la celda correspondiente y activando la opción "Modificar comentario" del menú "Insertar").

Cada mes se enviará este archivo (por correo electrónico y debidamente cumplimentado) al Jefe de Ingeniería de Producto en Flisa Central, y al Director de la planta involucrada.

Cuando se produzcan cambios en los rangos de conformidad, el Jefe de Ingeniería de Producto los actualizará en el libro de registro y lo remitirá al Proveedor para su puesta en circulación.

| Muestra | Nivel de limpieza | | Espuma | | Fluidez | | Temperatura | | Tipo | |
|---------|-------------------|----|--------|----|---------|----|-------------|----|------|---|
| | SI | NO | SI | NO | A | NA | A | NA | S | A |
| Ejemplo | | NO | | NO | A | | A | | S | |
| Ejemplo | | NO | | NO | A | | A | | B | |
| Ejemplo | | NO | | NO | A | | A | | B | |

Cada celda corresponde a una prueba realizada.

Datos a rellenar:

Nivel de limpieza (manchas): SI — Tiene manchas
NO — No tiene manchas

Espuma: SI — Tiene espuma
NO — No tiene espuma

Fluidez: A — Aceptable
NA — No aceptable

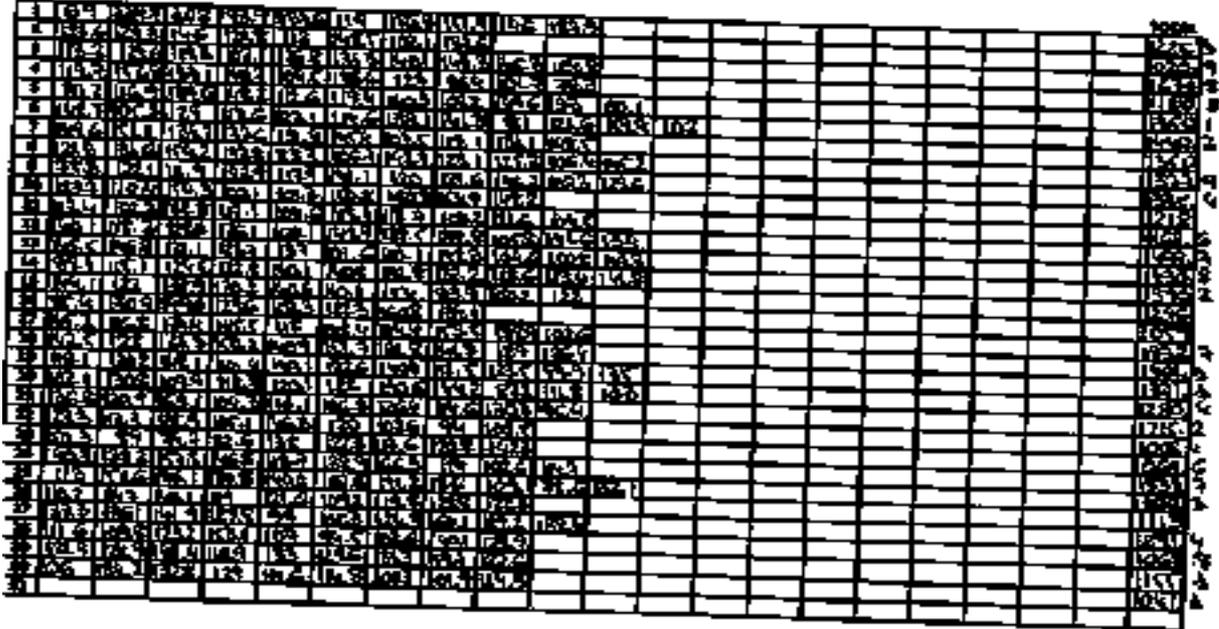
Temperatura: A — Aceptable
NA — No aceptable

Tipo: A — Sopa
S — Surto



IMPRESO EN OS OMBRES NO PA DADA

IMPRESIONADO 2014



| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| COD. CLIENTE: 84-483 | NIF. CLIENTE: E06062060 | SERVICIOS, PERSONAS Y SALUD, S.L.U. HOSPITAL UNIV INFANTA ELENA VALDEMORO Calle Fernandez de la Haza, 24 28010 MADRID ESPAÑA HOSP. VALDEMORO |
| FECHA FACTURA: 26.04.2014 | FACTURA SERIE: EJ42100169 | |

ALBARANES: 0849030704, 0849030800, 0849030904, 0849031000, 0849031100, 0849031206, 0849031300, 0849031406, 0849031500, 0849031606, 0849031700, 0849031806, 0849031900, 0849032006, 0849032100, 0849032206, 0849032300, 0849032406, 0849032500, 0849032606, 0849032700, 0849032806, 0849032900, 0849033006, 0849033100, 0849033206, 0849033300, 0849033406, 0849033500, 0849033606, 0849033700, 0849033806, 0849033900, 0849034006, 0849034100, 0849034206, 0849034300, 0849034406, 0849034500, 0849034606, 0849034700, 0849034806, 0849034900, 0849035006, 0849035100, 0849035206, 0849035300, 0849035406, 0849035500, 0849035606, 0849035700, 0849035806, 0849035900, 0849036006, 0849036100, 0849036206, 0849036300, 0849036406, 0849036500, 0849036606, 0849036700, 0849036806, 0849036900, 0849037006, 0849037100, 0849037206, 0849037300, 0849037406, 0849037500, 0849037606, 0849037700, 0849037806, 0849037900, 0849038006, 0849038100, 0849038206, 0849038300, 0849038406, 0849038500, 0849038606, 0849038700, 0849038806, 0849038900, 0849039006, 0849039100, 0849039206, 0849039300, 0849039406, 0849039500, 0849039606, 0849039700, 0849039806, 0849039900, 0849040006

| CODIGO | DESCRIPCION | CANTIDAD/UM | PRECIO | IMPORTE |
|----------|---------------------|-------------|-----------|--------------|
| 40000008 | CAJONES Y SACOS | 299 UN | | |
| 40000121 | SANTAS | 299 UN | | |
| 40000148 | SABANA ENTREPIEDRA | 4710 UN | | |
| 40000158 | SABANA QUIRÓFANO | 2847 UN | | |
| 40000184 | TOALLA SANO | 3640 UN | | |
| 40000484 | TOALLA LIMPIO | 4280 UN | | |
| 40000488 | BATA BLANCA | 184 UN | | |
| 40000518 | CAMISON DE ENFERMO | 2560 UN | | |
| 40000537 | CHAQUETA PLUMA | 1972 UN | | |
| 40000648 | ALMOHADA | 188 UN | | |
| 40000619 | PANTALÓN PLUMA | 1897 UN | | |
| 40000639 | PANTALÓN QUIRÓFANO | 3498 UN | | |
| 40000774 | CHAQUETA QUIRÓFANO | 3342 UN | | |
| 40000848 | FURDA DOLUCHON CAMA | 8 UN | | |
| 40000863 | KG ROPA LIMPIO | 18422 KG | 8,38800 € | 152.381,60 € |

| CODIGO | DESCRIPCION | PRECIO | CANTIDAD | IMPORTE |
|----------|-------------|--------|----------|---------|
| 00000000 | | | | |

FORMA DE PAGO: _____ FECHA VTD: _____ IMPORTE VTD: _____



AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES "INFANTA ELENA" (VALDEMORO), TORREJÓN Y "REY JUAN CARLOS" (MÓSTOLES)" (EXP: P.A. SER-15/2014-AE)



CENTRO FUENLABRADA
FUNDOSA LAVANDERIAS INDUSTRIALES, S.A.
POLIGONO INDUSTRIAL DE VALLECAS
C/ DEL POZO DEL TIO RAMUNDO 1B
28031 MADRID
ESPAÑA
91 6421836 / 91 6421786
A79475728

COD. CLIENTE
851183

N.I.F. CLIENTE
B65562080

FECHA FACTURA
31.12.2014

FACTURA
SERIE
9140112393

SERVICIOS, PERSONAS Y SALUD, S.L.U.
HOSPITAL UNIV INFANTA ELENA VALDEMORO
Calle Fernandez de la Hoz, 24
28010 MADRID
ESPAÑA
HOSP. VALDEMORO

IBAN: 004933389, 0840934889, 0840935312, 0840938018, 0840938072, 0840938900, 0840940459, 0840941025, 0840941886, 0840943305, 08409445, 0840946234, 0840948934, 0840947578, 0840949063, 0840950031, 0840952109, 0840953197, 0840954429, 0840954527, 0840956837, 0840959, 08409591, 0840968997, 08409697270840961022

| CÓDIGO | DESCRIPCION | CANTIDAD/UM | PRECIO | IMPORTE |
|----------|----------------|-------------|-----------|-------------|
| 40000110 | CARROS | 2524 N | | |
| 40000111 | KG ROPA LIMPIO | 21383.4 KG | 0,63800 € | 13.642,81 € |



| CANT. | DESCRIPCION | | | PORTES | OTROS | BASE IMPORTE | IVA | | TOTAL FACTURA |
|-------------|-------------|----|---------|--------|-------|--------------|-----|------------|---------------|
| | TIPO | Nº | IMPORTE | | | | % | IMPORTE | |
| 13.642,81 € | | | | | | 13.642,81 € | 21% | 2.864,95 € | 16.507,76 € |

FORMA DE PAGO 90 días desde fecha base Transferencia **FECHA VTO.** 31.03.2015 **IMPORTE VTO.** 16.507,56 €

IBAN: ES2201823999390013010005

OBSERVACIONES
3 CINTURON, 2 MUÑEQUERA.





FLINDOSA LAVANDERIAS INDUSTRIALES, S.A.
CENTRO FUENLABRADA
1º I. COBO CALLEJA
DE LA BAREZA 30
28947 FUENLABRADA - MADRID
ESPAÑA

| | | | |
|------------------------------|--|----------------------------|--------------------------------|
| COD. CLIENTE 84483 | SERVICIOS, PERSONAS Y SALUD, S.L.U. HOSP. VALDEMORO | FECHA 01.12.2014 | ALBARÁN Nº 840933308 |
|------------------------------|--|----------------------------|--------------------------------|

| Código | Descripción | Cantidad | Código | Descripción | Cantidad |
|------------|-----------------|--------------|--------|-------------|----------|
| 4000000 | KG FIBRA LIMPIA | 1.114,000 KG | | | |
| 4000000 | CVRICKS | 13,000 UN | | | |
| Compromiso | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

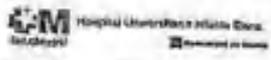
| | | | |
|---------------------|---------------|------------------|--------|
| VENTA LAVADO | KG a facturar | FORMA DE PAGO | |
| 1.114,000 | | PRIMA | REBATE |
| | | D.N.I. _____ | |
| | | | |

3 CINTURON, 2 MUÑEQERA.

| | | | |
|--|--|---------------|---------------------|
| | | VALOR: | 710,73 EUROS |
| 002084483 0840933308 Es cumplimiento de la obligación en la disposición adicional primera de la Ley 13/1997, de 29 de Abril, de Emisión y Recambio de Facturas. | | | |



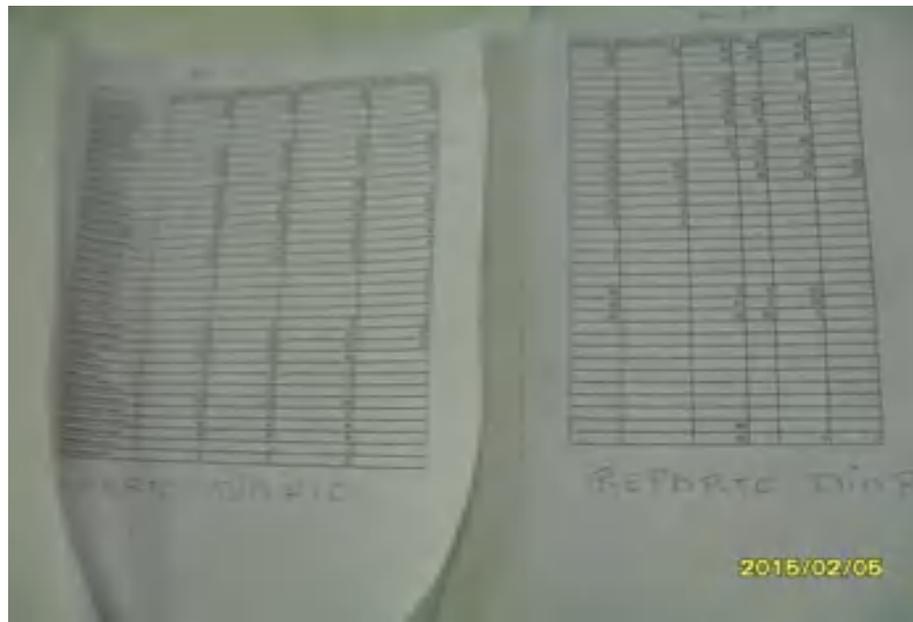
Se ha pactado con cada Servicio del Hospital la asignación de ropa en base a las necesidades de los mismos, tal y como se evidencia en los siguientes ejemplos, reponiendo el personal del Servicio de Lencería dichas necesidades de ropa en cada Servicio y retirando la lencería sucia:

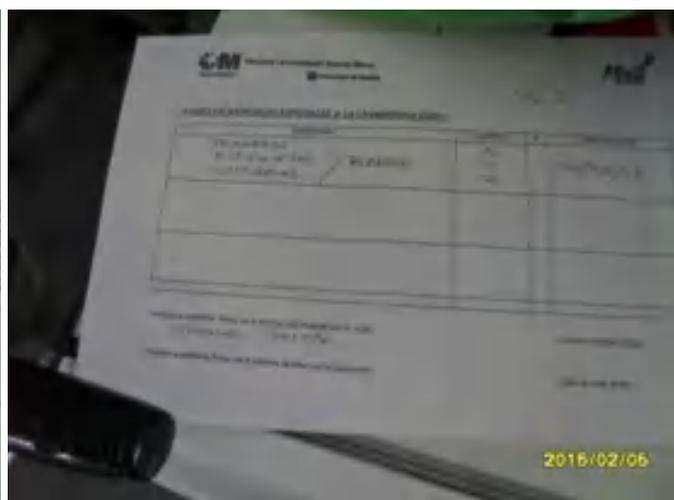
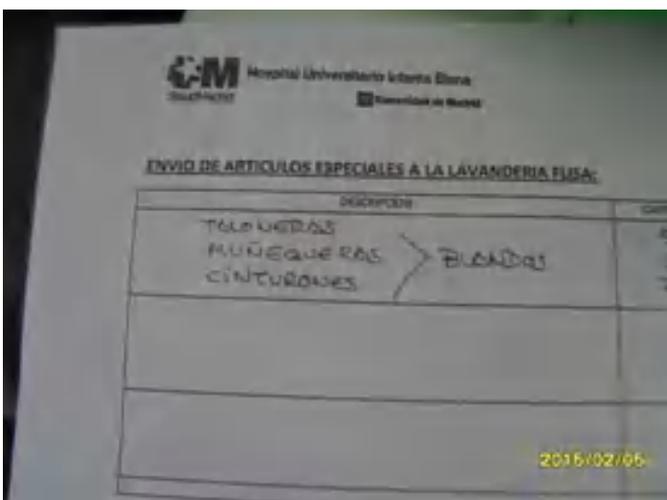
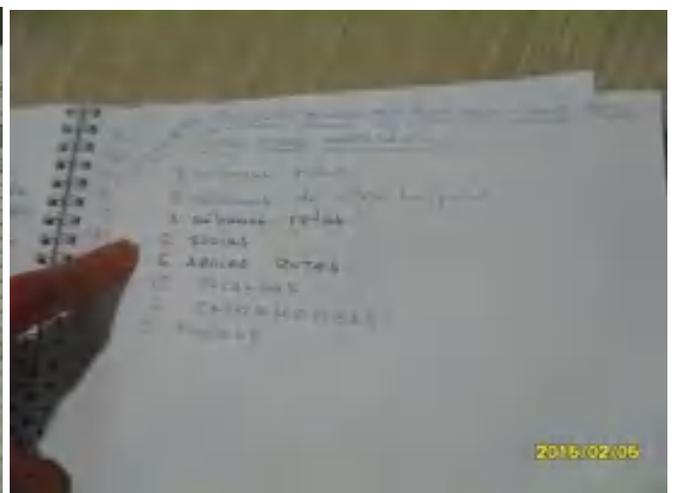
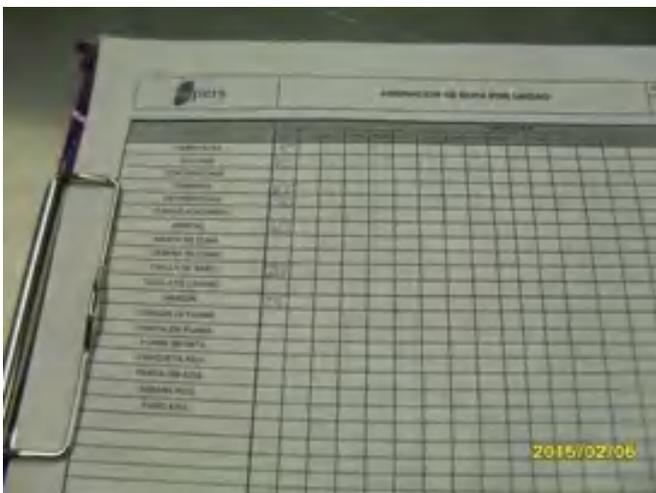
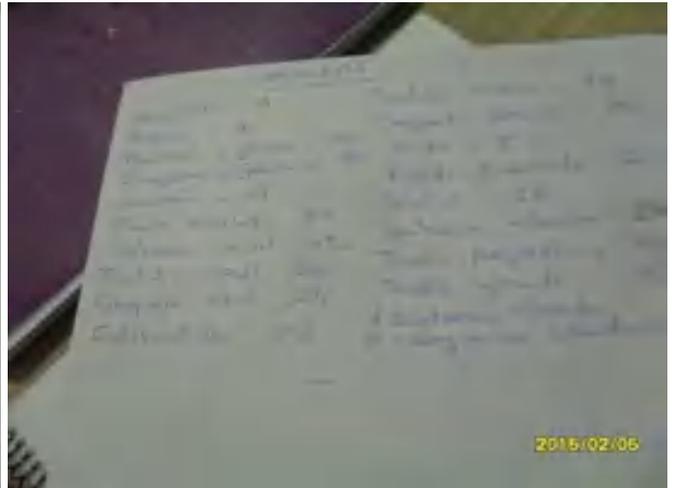
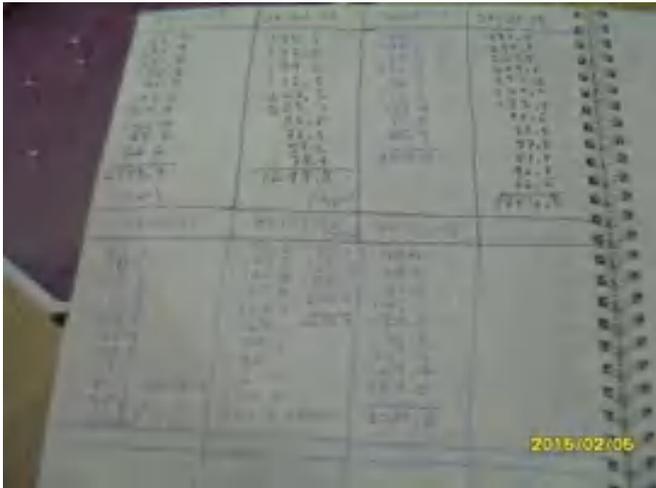
|  | | ASIGNACIÓN DE ROPA POR UNIDAD | | | | | | CS/PO/INC/PROC01/02 Ed.00 | |
|---|-------|-------------------------------|-------------|----|-------|--|--|------------------------------|--|
| ALMANADAS | 4 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | | | | |
| COCHA | 25 15 | 15 | 20 | 15 | 20 | | | | |
| CONTECCIONES | | | | | | | | | |
| ENTREHECHOS | 50 30 | 30 | 40 40 20 40 | | 25 | | | | |
| FUNDAS O ALMOHADAS | 30 25 | 20 | 25 | 20 | 25 | | | | |
| FUNDA DE CUCHILLO | | | | | | | | | |
| MANUA | 6 3 | 2 | 10 2 | 2 | 4 | | | | |
| MANTA DE CUBA | | | | | | | | | |
| PAÑUELO PISAWA | 10 | 10 | | | 10 | | | | |
| CHAQUETA PISAWA | 10 | 10 | | | 10 | | | | |
| COMISIÓN ABUETO | 50 15 | 15 | 15 15 | 15 | 15 | | | | |
| PISAWA INFERMERA | | | | | | | | | |
| SABANA BATERA | | | | | | | | | |
| SABANA O CUBA | | | | | | | | | |
| SABANA ENFERMERA | 40 40 | 40 | 50 40 | 50 | 40 | | | | |
| TALLA O BAÑO | 20 15 | 15 | 15 15 15 | | 15 | | | | |
| TALLA O BAÑO | 20 15 | 15 | 15 15 15 | | 15 | | | | |
| TALLA O BAÑO | | | | | | | | | |
| TALLA O BAÑO | | | | | | | | | |
| PISAWA AZUL INFERMERA | | | | | 15 12 | | | | |
| PISAWA AZUL INFERMERA | | | | | 15 12 | | | | |
| PAÑO AZUL | | | | | | | | | |
| SABANA AZUL | | | 15 1 | | | | | | |
| FIRM: J2-J4-14 SUSANA GARCIA (TARDE) | | | | | | | | | |

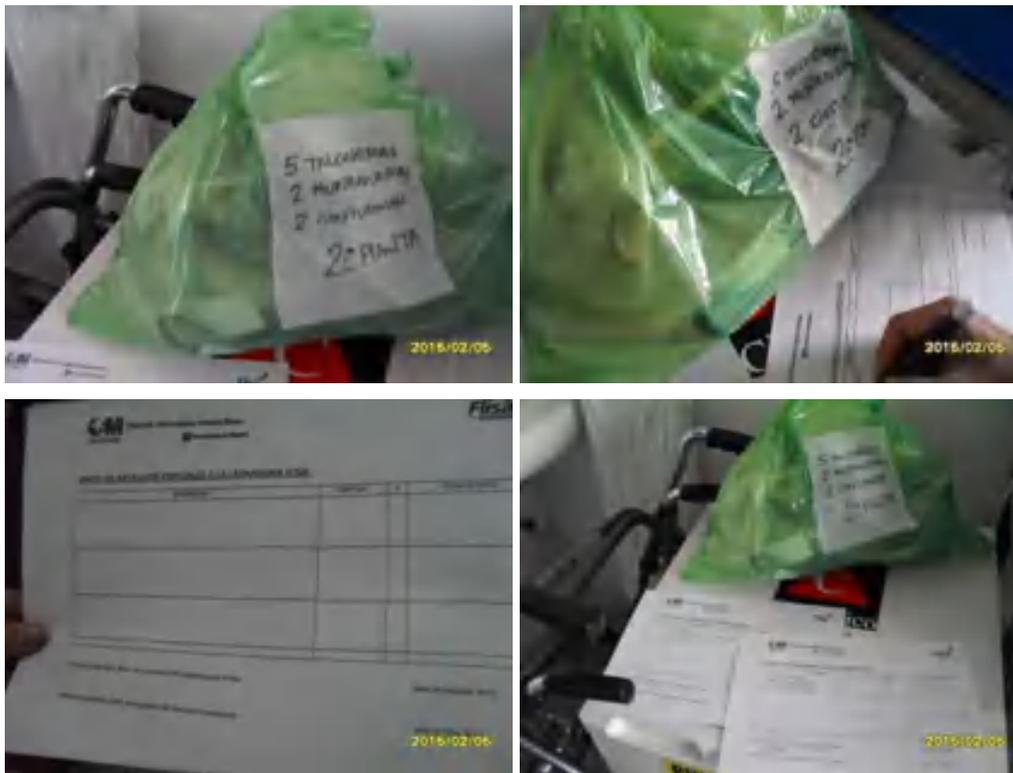
| CM | | ASIGNACIÓN DE ROPA POR UNIDAD | | | | | | | | | | OSP01040FF000102 | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----|-------------------------------|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | | | 8628 | | | | | | | | | | | | | |
| AMONILLADAS | L | Ln | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | |
| COLERA | 10 | 5 | | | Ln | 5 | Ln | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| CONFECCIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENTREVETOSAS | 10 | 10 | | | 10 | 50 | 30 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| FUNDOS O ALMOHADADA | 10 | 10 | | | 100 | 10 | 30 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| FUNDOS DE MUESTRAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAQUITA | 3 | | | | 1 | 6 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAQUITA DE OJIVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERFORADA PISAMA | M | 120 | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CHABACA PISAMA | M | 20 | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONJUNTO ADULTO | 10 | 20 | | | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| PISAMA JUVENIL | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SABANA BASERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SABANA O OJIVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SABANA ENCIMERA | 80 | 160 | 10 | 10 | 40 | 50 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 |
| TALLA O BANDA | 15 | 15 | | | 10 | 10 | 40 | 10 | 15 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| TALLA O LAVADO | 15 | 75 | | | 45 | 10 | | | 15 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| TUNICA O QUIROCAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PISAMA AZUL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PISAMA AZUL FANTASIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PISAMA AZUL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SABANA AZUL | | | | | | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FECHA: 12-11-14 TIPO: HAVANA... JUBAL

EXTRACCIONES 15
SABANAS







Se evidencia la correcta implantación del Procedimiento del Servicio de Lencería y Lavandería prestado por CAPIOSER en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, cumplimentándose por parte de los Profesionales del Servicio de Lencería los registros indicados en dicho Procedimiento:

| capers | REGISTRO DE ENTREGA DE UNIFORMES | | OBSERVACIONES | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------|---------------|---------------------|
| | Firma | Firma | ESTADO | ESTADO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | ESBACA | ✓ | NUOVO INCHIARO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | PANTALÓN | ✓ | PERFORADO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | ESBACA | ✓ | DETERIORADO POR USO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | CAMISA | ✓ | REAL ESTIRADO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | PANTALÓN | ✓ | NUOVO INCHIARO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | ESBACA | ✓ | PERFORADO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | ESBACA | ✓ | DETERIORADO POR USO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | PANTALÓN | ✓ | REAL ESTIRADO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | ESBACA | ✓ | NUOVO INCHIARO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | PANTALÓN | ✓ | PERFORADO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | ESBACA | ✓ | DETERIORADO POR USO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | PANTALÓN | ✓ | REAL ESTIRADO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | ESBACA | ✓ | NUOVO INCHIARO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | PANTALÓN | ✓ | PERFORADO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | ESBACA | ✓ | DETERIORADO POR USO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | PANTALÓN | ✓ | REAL ESTIRADO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | ESBACA | ✓ | NUOVO INCHIARO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | PANTALÓN | ✓ | PERFORADO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | ESBACA | ✓ | DETERIORADO POR USO |
| Nombre y Apellido: [Handwritten] | [Handwritten Signature] | PANTALÓN | ✓ | REAL ESTIRADO |

| | |
|--|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena  Comunidad de Madrid | |
| REGISTRO DE ENTREGA DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL | CÓDIGO: CS/PCL04G/FPOC01/5 EDICIÓN: 2.1 |

PUESTO DE TRABAJO: Asesora

SECCIÓN / DEPARTAMENTO: Consultas Enfermas

NOMBRE Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR: Eva ~~Sosa~~ Del Olmo

FECHA DE ENTREGA: 28-11-14

MOTIVO DE LA ENTREGA:

- NUEVO INGRESO
- PERDIDA
- DETERIORO POR USO
- MAL ESTADO
- OTRO MOTIVO.....

Tal y como indica la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, y en cumplimiento de su artículo 17, hacemos entrega, al trabajador arriba indicado, de los siguientes equipos de protección:

| TIPO DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL | CANTIDAD | CONDICIÓN |
|-------------------------------|-----------|-------------|
| <u>Zapatos</u> | <u>40</u> | <u>LPaz</u> |
| | | |
| | | |

Dándose las instrucciones e informaciones precisas y necesarias para su correcto uso y mantenimiento, con el compromiso de utilizarlos correctamente, tal y como se indica en el Art. 29 de la Ley 31/95 y en el comunicado interno adjunto.

Recibido:

Fdo.: [Firma]
(El trabajador)

ATENCIÓN: Todo documento del Sistema de Gestión de la Calidad y Medio Ambiente obtenido de la Titular, tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la realizada en la Titular del Portal de Calidad y Medio Ambiente de Agro-Sanidad.

1 de 1

CONTROL DE HUMEDAD EN LA ROPA



CENTRO HOSPIT: **INFANTA ELENA**

| Fecha | Peso húmedo | Peso seco | Porcentaje humedad |
|---------------------------|-------------|-----------|--------------------|
| 01-oct-14 | | | |
| 02-oct-14 | | | |
| 03-oct-14 | | | |
| 04-oct-14 | | | |
| 05-oct-14 | | | |
| 06-oct-14 | 3,61 | 3,59 | 0,6% |
| 07-oct-14 | | | |
| 08-oct-14 | | | |
| 09-oct-14 | | | |
| 10-oct-14 | | | |
| 11-oct-14 | | | |
| 12-oct-14 | | | |
| 13-oct-14 | 3,72 | 3,70 | 0,6% |
| 14-oct-14 | | | |
| 15-oct-14 | | | |
| 16-oct-14 | | | |
| 17-oct-14 | | | |
| 18-oct-14 | | | |
| 19-oct-14 | | | |
| 20-oct-14 | 3,64 | 3,64 | 0,0% |
| 21-oct-14 | | | |
| 22-oct-14 | | | |
| 23-oct-14 | | | |
| 24-oct-14 | | | |
| 25-oct-14 | | | |
| 26-oct-14 | | | |
| 27-oct-14 | 3,67 | 3,65 | 0,5% |
| 28-oct-14 | | | |
| 29-oct-14 | | | |
| 30-oct-14 | | | |
| 31-oct-14 | | | |
| % medio de Humedad | | | 0,4% |

El porcentaje de humedad no debe ser superior al 2%.

$$\% H = \frac{P_h - P_s}{P_s} \times 100$$

%H: porcentaje de humedad
Ph: peso húmedo
Ps: peso seco

Procedimiento:
Se cogen 5 sábanas despues de lavar y se pesan (Ph)
Se pesan las 5 sábanas anteriores por calandria y se pesan (Ps)

JEFE INGENIERÍA DE PRODUCTO
ENRIQUE MARTÍNEZ




CONTROL DE HUMEDAD EN LA ROPA



CENTRO HOSPIT: **HOSPITAL INFANTA ELENA**

| Fecha | Peso húmedo | Peso seco | Porcentaje humedad |
|---------------------------|-------------|-----------|--------------------|
| 01-nov-14 | | | |
| 02-nov-14 | | | |
| 03-nov-14 | 3,79 | 3,75 | 1,1% |
| 04-nov-14 | | | |
| 05-nov-14 | | | |
| 06-nov-14 | | | |
| 07-nov-14 | | | |
| 08-nov-14 | | | |
| 09-nov-14 | | | |
| 10-nov-14 | 3,62 | 3,60 | 0,6% |
| 11-nov-14 | | | |
| 12-nov-14 | | | |
| 13-nov-14 | | | |
| 14-nov-14 | | | |
| 15-nov-14 | | | |
| 16-nov-14 | | | |
| 17-nov-14 | 3,68 | 3,65 | 0,8% |
| 18-nov-14 | | | |
| 19-nov-14 | | | |
| 20-nov-14 | | | |
| 21-nov-14 | | | |
| 22-nov-14 | | | |
| 23-nov-14 | | | |
| 24-nov-14 | 3,38 | 3,36 | 0,6% |
| 25-nov-14 | | | |
| 26-nov-14 | | | |
| 27-nov-14 | | | |
| 28-nov-14 | | | |
| 29-nov-14 | | | |
| 30-nov-14 | | | |
| % medio de Humedad | | | 0,8% |

El porcentaje de humedad no debe ser superior al 2%.

$$\% H = \frac{Ph - Ps}{Ps} \times 100$$

%H: porcentaje de humedad

Ph: peso húmedo

Ps: peso seco

Procedimiento:

Se cogen 5 sábanas después de lavar y se pesan (Ph)

Se pasan las 5 sábanas anteriores por calandria y se pesan (Ps)

JEFE INGENIERÍA DE PRODUCTO

ENRIQUE MARTÍNEZ

El Personal del Servicio de Lencería de CAPIOSER realiza un Inventario Trimestral en el Almacén de Ropa del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, con objeto de determinar para cada prenda las unidades disponibles en el mismo, así como un recuento de las bajas de lencería:

|  | | INVENTARIO TRIMESTRAL ALMACÉN | | | | | | | | | | | CÓDIGO FP2014 01 | |
|---|---------------------|-------------------------------|-----|------|-----|-----|------|-----|----|-----|------|-----|------------------|--|
| | | - 2 - | | | | | | | | | | | 6426 | |
| CÓDIGO | PRENDA | EN | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AG | SEP | OCT | NOV | DIC | |
| | SEBANA BLANCA | | | 7918 | | | 6342 | | | | 4798 | | | |
| | SEBANA AZUL | | | 1910 | | | 1794 | | | | 542 | | | |
| | PAÑO QX | | | 804 | | | 553 | | | | 58 | | | |
| | ENTREMETIDAS | | | 4848 | | | 4341 | | | | 4256 | | | |
| | FURCA ALVORNADA | | | 3710 | | | 2625 | | | | 1619 | | | |
| | MANTAS | | | 458 | | | 353 | | | | 405 | | | |
| | COLCHAS | | | 719 | | | 517 | | | | 404 | | | |
| | TOPILLA BAÑO | | | 1407 | | | 1609 | | | | 1772 | | | |
| | TOALLA LAVADO | | | 1343 | | | 1341 | | | | 436 | | | |
| | ALFORFADAS | | | 400 | | | 310 | | | | 295 | | | |
| | SABON | | | 210 | | | 220 | | | | 270 | | | |
| | MANTA OLIVA | | | 8 | | | 8 | | | | 8 | | | |
| | SEBANA CUCC | | | 62 | | | 62 | | | | 62 | | | |
| | COLCHA CUCO | | | 55 | | | 55 | | | | 55 | | | |
| | CAMISON ABIERTO T P | | | 29 | | | 18 | | | | 10 | | | |
| | CAMISON ABIERTO T.M | | | 154 | | | 97 | | | | 134 | | | |
| | CAMISON ABIERTO T.R | | | 267 | | | 93 | | | | 220 | | | |
| | CAMISON CERRADO T.G | | | 100 | | | 60 | | | | 170 | | | |
| | CAMISON CERR T.P | | | 73 | | | 54 | | | | 109 | | | |
| | CAMISON CERR. T.EX | | | 47 | | | 67 | | | | 49 | | | |
| | CHINO PIJAMA T.SP | | | 21 | | | 28 | | | | 21 | | | |
| | CHINO PIJAMA T.P | | | 84 | | | 63 | | | | 131 | | | |
| | CHINO PIJAMA T.M | | | 159 | | | 207 | | | | 463 | | | |
| | CHINO PIJAMA T.B | | | 168 | | | 174 | | | | 381 | | | |
| | CHINO PIJAMA T.SB | | | 150 | | | 54 | | | | 218 | | | |
| | CHINO PIJAMA T.FSP | | | 114 | | | 89 | | | | 162 | | | |
| | PANT. PIJAMA T.SP | | | 38 | | | 29 | | | | 40 | | | |
| | PANT. PIJAMA T.P | | | 201 | | | 263 | | | | 276 | | | |
| | PANT. PIJAMA T.M | | | 504 | | | 294 | | | | 478 | | | |
| | PANT. PIJAMA T.B | | | 292 | | | 219 | | | | 362 | | | |
| | PANT. PIJAMA T.SB | | | 101 | | | 143 | | | | 224 | | | |
| | PANT. PIJAMA T.FSP | | | 36 | | | 25 | | | | 69 | | | |
| | PANT. PIJAMA T.BSF | | | 59 | | | 35 | | | | 179 | | | |

| | | |
|---|--------------------------------------|-----------------------|
|  | INVENTARIO TRIMESTRAL ALMACÉN | US-MEDICINA- PUCDE-04 |
| | - 2 - | E.C.2.3 |

| CODIGO | DESCRIPCIÓN | EN | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OGT | NOV | DIC |
|--------|---------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | PIJAMA NIÑO T 3 | | | | | | 15 | | | | 38 | | |
| | PIJAMA NIÑO T 4-6 | | | | | | 24 | | | | 44 | | |
| | PIJAMA NIÑO T 7-8 | | | | | | 38 | | | | 15 | | |
| | PIJAMA NIÑO T. 9-10 | | | | | | 11 | | | | 15 | | |
| | BODY T 0 | | | 97 | | | 97 | | | | 97 | | |
| | BODY T 3 | | | 133 | | | 133 | | | | 133 | | |
| | BODY T 6 | | | 136 | | | 136 | | | | 136 | | |
| | BODY T. 18 | | | 73 | | | 73 | | | | 73 | | |
| | BODY T. 24 | | | 9 | | | 9 | | | | 9 | | |
| | ZAPATOS N.35 | | | | | | 58 | | | | 30 | | |
| | ZAPATOS N.38 | | | | | | 55 | | | | 42 | | |
| | ZAPATOS N.37 | | | | | | 53 | | | | 26 | | |
| | ZAPATOS N.39 | | | | | | 31 | | | | | | |
| | ZAPATOS N.39 | | | | | | 41 | | | | 11 | | |
| | ZAPATOS N.40 | | | | | | 37 | | | | 21 | | |
| | ZAPATOS N.41 | | | | | | 41 | | | | 30 | | |
| | ZAPATOS N.42 | | | | | | 37 | | | | 18 | | |
| | ZAPATOS N.43 | | | | | | 18 | | | | 2 | | |
| | ZAPATOS N.44 | | | | | | 7 | | | | | | |
| | ZAPATOS N.45 | | | | | | 4 | | | | 2 | | |
| | ZAPATOS N.46 | | | | | | 4 | | | | 4 | | |
| | ZAPATOS N. 47 | | | | | | 10 | | | | 3 | | |



| | | |
|---|---|------------|
|  | INVENTARIO TRIMESTRAL ALMACÉN - 3 - | GRAN TOTAL |
| | | 5420 |

| CÓDIGO | PREVER | EN | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AG | SEPT | OCT | NOV | DI |
|--------|----------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|------|-----|-----|----|
| | CASACA AUX.FEM T.SP | | | 02 | | | 105 | | | | 70 | | |
| | CASACA AUX.FEM T.F | | | 110 | | | 100 | | | | 119 | | |
| | CASACA AUX.FEM T.M | | | 100 | | | 111 | | | | 130 | | |
| | CASACA AUX.FEM T.G | | | 104 | | | 86 | | | | 171 | | |
| | CASACA AUX.FEM T.SG | | | 60 | | | 36 | | | | 5 | | |
| | CASACA AUX.FEM T.SEG | | | 80 | | | 14 | | | | 10 | | |
| | CAS. AUX.FEM T.SEG | | | | | | | | | | 26 | | |
| | CASACA AUX.MAS T.SP | | | | | | | | | | | | |
| | CASACA AUX.MAS T.F | | | 26 | | | 21 | | | | 5 | | |
| | CASACA AUX.MAS T.M | | | 06 | | | 19 | | | | 1 | | |
| | CASACA AUX.MAS T.G | | | 06 | | | 24 | | | | 10 | | |
| | CASACA AUX.MAS T.SG | | | 4 | | | 2 | | | | | | |
| | BATA A.JX.FEM T.SP | | | 178 | | | 150 | | | | 20 | | |
| | BATA AUX.FEM T.F | | | 194 | | | 185 | | | | 203 | | |
| | BATA AUX.FEM T.M | | | 138 | | | 186 | | | | 200 | | |
| | BATA AUX.FEM T.G | | | 64 | | | 134 | | | | 118 | | |
| | BATA AUX.FEM T.SG | | | 40 | | | 10 | | | | 8 | | |
| | BATA A.JX.FEM T.SEG | | | 7 | | | 4 | | | | 1 | | |
| | BATA AUX.MAS T.SP | | | | | | 5 | | | | 4 | | |
| | BATA AUX.MAS T.F | | | 60 | | | 114 | | | | 144 | | |
| | BATA AUX.MAS T.M | | | 156 | | | 146 | | | | 177 | | |
| | BATA AUX.MAS T.G | | | 174 | | | 244 | | | | 230 | | |
| | BATA AUX.MAS T.SG | | | 9 | | | 1 | | | | 3 | | |
| | CHAQ.ENF.FEM T.SP | | | 72 | | | 48 | | | | 36 | | |
| | CHAQ.ENF.FEM T.F | | | 101 | | | 65 | | | | 101 | | |
| | CHAQ.ENF.FEM T.M | | | 86 | | | 43 | | | | 12 | | |
| | CHAQ.ENF.FEM T.G | | | 80 | | | 42 | | | | 20 | | |
| | CHAQ.ENF.FEM T.SG | | | 30 | | | 8 | | | | 0 | | |
| | CHAQ.ENF.FEM T.SEG | | | 14 | | | 19 | | | | 24 | | |

| | | |
|---|---|------------------|
|  | INVENTARIO TRIMESTRAL ALMACÉN -4- | USPCLMCP-POEDLOA |
| | | E4.2D |

| 000.00 | PRENDA | EN | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AG | SEP | OCT | NOV | DIC |
|--------|----------------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| | CHAQ. ENF. MASC T. SP | | | 9 | | | | | | | | | |
| | CHAQ. ENF. MASC T. P | | | 14 | | | 8 | | | | 2 | | |
| | CHAQ. ENF. MASC T. M | | | 2 | | | 5 | | | | | | |
| | CHAQ. ENF. MASC T. G | | | 9 | | | 8 | | | | 9 | | |
| | CHAQ. ENF. MASC T. SG | | | 3 | | | | | | | | | |
| | CHAQ. ENF. MASC T. SEG | | | 1 | | | | | | | 2 | | |
| | MA. A. INF. INF. I. SP | | | 191 | | | 204 | | | | 176 | | |
| | BATA ENF. FEM T. P | | | 98 | | | 100 | | | | 145 | | |
| | BATA ENF. FEM T. M | | | 82 | | | 71 | | | | 48 | | |
| | BATA ENF. FEM T. G | | | 40 | | | 41 | | | | 39 | | |
| | BATA ENF. FEM T. SG | | | 41 | | | 86 | | | | 77 | | |
| | BATA ENF. MASC T. SP | | | | | | 2 | | | | 2 | | |
| | BATA ENF. MASC T. P | | | | | | | | | | | | |
| | BATA ENF. MASC T. M | | | | | | | | | | | | |
| | BATA ENF. MASC T. G | | | | | | | | | | 8 | | |
| | BATA ENF. MASC T. SG | | | | | | | | | | | | |
| | PA. I. P. ENF. MASC T. SEG | | | | | | | | | | 2 | | |
| | CHAQ. GELADORA T. SP | | | 6 | | | 3 | | | | 6 | | |
| | CHAQ. GELADORA T. P | | | 30 | | | 64 | | | | 82 | | |
| | CHAQ. GELADORA T. M | | | 32 | | | 27 | | | | 43 | | |
| | CHAQ. GELADORA T. G | | | 25 | | | 17 | | | | 39 | | |
| | CHAQ. GELADORA T. SG | | | 4 | | | | | | | | | |
| | CHAQ. GELADOR T. SP | | | 4 | | | 2 | | | | | | |
| | CHAQ. GELADOR T. P | | | 22 | | | 19 | | | | 3 | | |
| | CHAQ. GELADOR T. M | | | 24 | | | 24 | | | | 6 | | |
| | CHAQ. GELADOR T. G | | | 12 | | | 16 | | | | 26 | | |
| | CHAQ. GELADOR T. SG | | | 3 | | | | | | | | | |
| | CHAQ. GELADOR T. EX | | | | | | | | | | 4 | | |



| | | |
|---|--------------------------------------|------------------|
|  | INVENTARIO TRIMESTRAL ALMACÉN | 26/01/2014 12:00 |
| | - 5 - | E0.2.0 |

| CÓDIGO | PRENDA | EN | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AUG | SEPT | OCT | NOV | DIC |
|--------|--------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|
| | BATA CELADORA T.SP | | | 22 | | | 31 | | | | 45 | | |
| | BATA CELADORA T.P | | | 123 | | | 102 | | | | 49 | | |
| | BATA CELADORA T.M | | | 43 | | | 73 | | | | 71 | | |
| | BATA CELADORA T.G | | | 43 | | | 33 | | | | 57 | | |
| | BATA CELADORA T.SG | | | | | | 4 | | | | 13 | | |
| | BATA CELADOR T.SP | | | 6 | | | 2 | | | | 4 | | |
| | BATA CELADOR T.P | | | 47 | | | 44 | | | | 59 | | |
| | BATA CELADOR T.M | | | 49 | | | 49 | | | | 49 | | |
| | BATA CELADOR T.G | | | 51 | | | 36 | | | | 51 | | |
| | BATA CELADOR T.SG | | | 14 | | | 9 | | | | 8 | | |
| | BATA TECNICO T.SP | | | 34 | | | 101 | | | | 147 | | |
| | BATA TECNICO T.P | | | 91 | | | 53 | | | | 41 | | |
| | BATA TECNICO T.M | | | 148 | | | 123 | | | | 80 | | |
| | BATA TECNICO T.G | | | 130 | | | 88 | | | | 66 | | |
| | BATA TECNICO T.SG | | | 26 | | | 17 | | | | 25 | | |
| | BATA TEC.FEM T.P | | | 94 | | | 68 | | | | 102 | | |
| | BATA SUPERV. T.SP | | | 16 | | | 15 | | | | 12 | | |
| | BATA SUPERV. T.P | | | 16 | | | 31 | | | | 37 | | |
| | BATA SUPERV. T.M | | | 40 | | | 34 | | | | 64 | | |
| | BATA SUPERV. T.G | | | 23 | | | 78 | | | | 19 | | |
| | BATA SUPERV. T.SG | | | 13 | | | 14 | | | | 14 | | |
| | BATA DOCTOR T.SP | | | 79 | | | 143 | | | | 234 | | |
| | BATA DOCTOR T.P | | | 74 | | | 66 | | | | 96 | | |
| | BATA DOCTOR T.M | | | 86 | | | 91 | | | | 113 | | |
| | BATA DOCTOR T.G | | | 112 | | | 85 | | | | 130 | | |
| | BATA DOCTOR T.SG | | | 51 | | | 128 | | | | 172 | | |
| | BATA DOCTOR T.SEG | | | 98 | | | 87 | | | | 134 | | |
| | BATA DOCTOR T.SEEO | | | 7 | | | 2 | | | | 24 | | |
| | BATA DOCTOR T.CX | | | | | | | | | | 16 | | |

| | | |
|---|---|----------------------|
|  | INVENTARIO TRIMESTRAL ALMACÉN - 6 - | 00-POL-010-T70801-01 |
| | | Fil 7 D |

| CÓDIGO | PRENDA | EN | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AG | SEP | OCT | NOV | DIC |
|--------|---------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| | CHAQ DOCTOR T.SP | | | 16 | | | 12 | | | | 6 | | |
| | CHAQ DOCT T.KE T.P | | | 16 | | | 8 | | | | 4 | | |
| | CHAQ DOCTOR T.M | | | 17 | | | 11 | | | | 10 | | |
| | CHAQ DOCTOR T.G | | | 22 | | | 19 | | | | 14 | | |
| | CHAQ DOCTOR T.GC | | | 6 | | | 5 | | | | 3 | | |
| | CHAQ DRA T.SP | | | | | | 2 | | | | 3 | | |
| | CHAQ DRA T.P | | | | | | 4 | | | | 2 | | |
| | CHAQ DRA T.M | | | | | | 7 | | | | 5 | | |
| | CHAC BLANCA T.SP | | | 4 | | | 2 | | | | 1 | | |
| | CHAC HI RUSA .P | | | 9 | | | 4 | | | | 1 | | |
| | CHAC BLANCA T.XL | | | 96 | | | 91 | | | | 69 | | |
| | CHAQ BLANCA T.XL | | | | | | | | | | | | |
| | CHAQ PICO AZ T.SP | | | 163 | | | 163 | | | | 153 | | |
| | CHAQ PICO AZ T.P | | | 21 | | | 20 | | | | 22 | | |
| | CHAQ PICO AZ T.G | | | | | | 1 | | | | 3 | | |
| | CHAQ PICO AZ T.SG | | | 71 | | | 59 | | | | 60 | | |
| | CHAQ PICO AZ T.SEG | | | 104 | | | 96 | | | | 65 | | |
| | CHAQ PICO AZ T.SEGC | | | 58 | | | 51 | | | | 61 | | |
| | CHAQ EMBARAZ T.P | | | | | | 2 | | | | 1 | | |
| | CHAQ EMBARAZ T.M | | | | | | 4 | | | | 2 | | |
| | CHAQ EMBARAZ T.G | | | | | | 2 | | | | | | |
| | CHAQ EMBARAZ T.SG | | | | | | 1 | | | | | | |
| | PANT EMBARAZ T.P | | | | | | 1 | | | | 4 | | |
| | PANT EMBARAZ T.M | | | | | | 6 | | | | 5 | | |
| | PANT EMBARAZ T.G | | | | | | 6 | | | | 4 | | |
| | PANT EMBARAZ T.SG | | | | | | 6 | | | | 4 | | |
| | BATA EMBARAZ T.P | | | | | | 2 | | | | 1 | | |
| | BATA EMBARAZ T.M | | | | | | 4 | | | | 4 | | |
| | BATA EMBARAZ T.G | | | | | | 2 | | | | 2 | | |
| | BATA EMBARAZ T.SG | | | | | | 2 | | | | 2 | | |

| | | |
|---|--------------------------------------|----------------------------|
|  | INVENTARIO TRIMESTRAL ALMACÉN | OBJETO: INVENTARIO ALMACÉN |
| | - 2 - | Ed.2.0 |

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | EN | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AG | SEP | OCT | NOV | DIC |
|--------|---------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| | CHALCÓN T.3P | | | 31 | | | 48 | | | | 15 | | |
| | CHALCÓN T.P | | | 245 | | | 170 | | | | 766 | | |
| | CHALCÓN T.M | | | 445 | | | 407 | | | | 494 | | |
| | CHALCÓN T.G | | | 281 | | | 508 | | | | 276 | | |
| | CHALCÓN T.SG | | | 302 | | | 210 | | | | 167 | | |
| | CHALCÓN T.SEG | | | 180 | | | 108 | | | | 119 | | |
| | CHALCÓN T.SEEG | | | 32 | | | 81 | | | | 60 | | |
| | PANTALÓN OX T.3P | | | 38 | | | 47 | | | | 62 | | |
| | PANTALÓN OX T.P | | | 319 | | | 511 | | | | 248 | | |
| | PANTALÓN OX T.M | | | 545 | | | 623 | | | | 302 | | |
| | PANTALÓN OX T.G | | | 175 | | | 125 | | | | 58 | | |
| | PANTALÓN OX T.SG | | | 97 | | | 78 | | | | 11 | | |
| | PANTALÓN OX T.SEG | | | 73 | | | 151 | | | | 130 | | |
| | PANTALÓN OX T.SEEG | | | 122 | | | 145 | | | | 92 | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | PANTALÓN BCO T.3P | | | 281 | | | 304 | | | | 317 | | |
| | PANTALÓN BCO T.P | | | 510 | | | 285 | | | | 185 | | |
| | PANTALÓN BCO T.M | | | 626 | | | 404 | | | | 488 | | |
| | PANTALÓN BCO T.G | | | 380 | | | 517 | | | | 302 | | |
| | PANTALÓN BCO T.SG | | | 99 | | | 61 | | | | 10 | | |
| | PANTALÓN BCO T.SEG | | | 127 | | | 105 | | | | 88 | | |
| | PANTALÓN BCO T.SEEG | | | 41 | | | 39 | | | | 40 | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | REBEC A PUNTO T.SG | | | 8 | | | 8 | | | | 5 | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |



| | | |
|---|---|-----------------------------|
|  | INVENTARIO TRIMESTRAL ALMACÉN - 8 - | DE POLAR FPO001 01 Ed.20 |
| | | |

| CODIGO | DESCRIPCIÓN | EN | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AG | SEP | OCT | NOV | DIC |
|--------|---------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| | POLO BRIS T.M | | | | | | 3 | | | | 3 | | |
| | PANTALON BRIS T.M | | | | | | 5 | | | | 5 | | |
| | PANTALON BRIS T.M | | | | | | | | | | 7 | | |
| | POLAS MARINO T.S | | | | | | 1 | | | | 1 | | |
| | POLAR DEPORTIVE | | | | | | | | | | 1 | | |
| | POLAR DEPORTIVO T.M | | | | | | | | | | 4 | | |
| | POLAR GAPIO T.S | | | | | | 10 | | | | 10 | | |
| | POLAR GAPIO T.M | | | | | | 15 | | | | 15 | | |
| | POLAR GAPIO T.G | | | | | | 10 | | | | 10 | | |
| | POLAR GAPIO T.SS | | | | | | 3 | | | | 3 | | |
| | CHAQ. GAPIO T.P | | | | | | 8 | | | | 8 | | |
| | CHAQ. GAPIO T.M | | | | | | 15 | | | | 15 | | |
| | CHAQ. GAPIO T.G | | | | | | 10 | | | | 10 | | |
| | CHAQ. GAPIO T.SS | | | | | | 3 | | | | 3 | | |
| | CHAQ. BEPERS T.M | | | | | | | | | | 4 | | |
| | CHAQ. BEPERS T.S | | | | | | | | | | 7 | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |



| | | |
|---|--------------------------|------|
|  | BAJAS DE LENCERIA (2) | 2014 |
|---|--------------------------|------|

| CÓDIGO | PRENDA | EN | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AG | SEP | OCT | NOV | DIC |
|--------|--------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| | SABANAS BLANCAS | | | | 40 | | 225 | | | | 510 | | |
| | SABANAS AZUL BL | | | | 45 | | 45 | | | | 150 | | |
| | ENTRENETIDAS | | | | 20 | | 26 | | | | 70 | | |
| | FUNDAS ALMOH | | | | 2 | | 3 | | | | 3 | | |
| | ALMOHADAS | | | | 0 | | 4 | | | | 11 | | |
| | MANTAS | | | | 30 | | | | | | 10 | | |
| | COLCHAS | | | | 15 | | 15 | | | | 22 | | |
| | TOALLAS BAÑO | | | | 55 | | 35 | | | | 130 | | |
| | TOALLAS LAVADO | | | | 100 | | 60 | | | | 175 | | |
| | CHAQ.P.JAMA T.F | | | | 1 | | 3 | | | | 3 | | |
| | CHAQ. PIJAMA T.P | | | | 2 | | | | | | 10 | | |
| | CHAQ PIJAMA T.M | | | | 4 | | 2 | | | | 18 | | |
| | CHAQ PIJAMA T.G | | | | 3 | | 5 | | | | 8 | | |
| | CHAQ.P.JAMA T.EX | | | | 1 | | 2 | | | | 6 | | |
| | PANT.PIJAMA T.SP | | | | | | 2 | | | | 4 | | |
| | PANT.PIJAMA T.P | | | | 1 | | 3 | | | | 7 | | |
| | PANT.PIJAMA T.M | | | | 4 | | 2 | | | | 9 | | |
| | PANT.PIJAMA T.G | | | | 1 | | 2 | | | | 8 | | |
| | PANT.PIJAMA T.EX | | | | 4 | | | | | | 1 | | |
| | CAMISA T.P | | | | | | 10 | | | | 8 | | |
| | CAMISON T.M | | | | 6 | | 10 | | | | 3 | | |
| | CAMISON T.G | | | | 8 | | 4 | | | | 10 | | |
| | CAMISON T.SG | | | | 3 | | | | | | 4 | | |
| | BATA DOCTOR T.SP | | | | 4 | | 3 | | | | 14 | | |
| | BATA DOCTOR T.P | | | | 3 | | 1 | | | | 3 | | |
| | BATA DOCTOR T.M | | | | 1 | | 3 | | | | 6 | | |
| | BATA DOCTOR T.G | | | | 5 | | 6 | | | | 1 | | |
| | BATA DOCTOR T.SG | | | | | | 2 | | | | 4 | | |
| | BATA TECNICO T.P | | | | 3 | | 3 | | | | 11 | | |
| | BATA TECNICO T.M | | | | 3 | | 1 | | | | 12 | | |
| | BATA TECNICO T.G | | | | | | | | | | 15 | | |
| | BATA ENFERMERA T.P | | | | 2 | | | | | | 3 | | |
| | BATA ENFERMERA T.M | | | | 4 | | 2 | | | | 4 | | |
| | BATA ENFERMERA T.G | | | | | | 3 | | | | | | |

| | | | |
|---|-----|--------------------------|------|
|  | (2) | BAJAS DE LENCERIA | |
| | | | 2014 |

| CODIGO | DESCRIPCION | EN | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEPT | OCT | NOV | DI |
|--------|----------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|----|
| | BATA AUXILIAR T.GP | | | | 3 | | 1 | | | | | | |
| | BATA AUXILIAR T.F | | | | 1 | | | | | | | 3 | |
| | BATA AUXILIAR T.M | | | | | | | | | | | 2 | |
| | BATA AUXILIAR T.G | | | | | | 1 | | | | | 9 | |
| | CASACA ENF T.SP | | | | 3 | | 3 | | | | | 9 | |
| | CASACA ENF T.P | | | | 6 | | 1 | | | | | 1 | |
| | CASACA ENF T.M | | | | 2 | | 1 | | | | | 9 | |
| | CASACA ENF T.G | | | | 2 | | | | | | | 4 | |
| | CASACA AUX MAB T.M | | | | 1 | | 2 | | | | | 1 | |
| | CASACA AUX MAB T.G | | | | 1 | | | | | | | 2 | |
| | CASACA AUX FEM T.SP | | | | | | 5 | | | | | 8 | |
| | CASACA AUX FEM T.P | | | | 2 | | 7 | | | | | 16 | |
| | CASACA AUX FEM T.M | | | | 4 | | 11 | | | | | 12 | |
| | CASACA AUX FEM T.G | | | | | | | | | | | 10 | |
| | CASACA AUX FEM T.SG | | | | 1 | | 1 | | | | | 3 | |
| | CASACA AUX FEM T.SEG | | | | | | | | | | | 17 | |
| | CHAO QX T.SP | | | | 4 | | 2 | | | | | 3 | |
| | CHAO QX T.P | | | | 7 | | 5 | | | | | 16 | |
| | CHAO QX T.M | | | | 2 | | 7 | | | | | 7 | |
| | CHAO QX T.G | | | | 6 | | 4 | | | | | 21 | |
| | CHAO QX T.SG | | | | 1 | | 3 | | | | | 15 | |
| | CHAO QX T.SEG | | | | | | | | | | | 4 | |
| | PANT QX T.SP | | | | 2 | | 2 | | | | | 3 | |
| | PANT QX T.P | | | | 1 | | 6 | | | | | 16 | |
| | PANT QX T.M | | | | 15 | | 5 | | | | | 12 | |
| | PANT QX T.G | | | | 6 | | 6 | | | | | 16 | |
| | PANT QX T.SG | | | | 2 | | 4 | | | | | 4 | |
| | PANT QX T.SEG | | | | 1 | | 2 | | | | | | |
| | PANT QX T.BX | | | | | | | | | | | 12 | |
| | PANT BCO T.SP | | | | 16 | | 10 | | | | | 16 | |
| | PANT BCO T.P | | | | 19 | | 17 | | | | | 47 | |
| | PANT BCO T.M | | | | 15 | | 25 | | | | | 26 | |
| | PANT BCO T.G | | | | 10 | | 5 | | | | | 12 | |
| | PANT BCO T.SG | | | | 5 | | 7 | | | | | 20 | |
| | PANT BCO T.SEG | | | | 5 | | 1 | | | | | 16 | |



Se ha considerado positivo que las Responsables del Servicio de Lencería y Lavandería lleven un registro de las incidencias internas del servicio de lencería prestado en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, anotando también la subsanación llevada a cabo. Además, se analizan dichas incidencias estableciéndose un Indicador de la Calidad con objeto de analizar la evolución de las mismas:

| GM | | REGISTRO DE INCIDENCIAS DE LAVANDERÍA | | CSOPLACROCHET |
|-----|--------------|---|---|---------------|
| | | MES: <u>Mayo 2014</u> | | Ed. 2.1 |
| DI. | DEFECTOS POR | INCIDENCIA | SOLUCIÓN | Y RESPONSABLE |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | Subida | señal de bobinas blancas con pelusas | La gobernante habla con la lavandera | Sufana |
| 13 | base | puñales perforados que por error han subido a la máquina en lugar de entrar | Se los retira y sepa | Sufana |
| 14 | Dani | señal de bobinas con las pelusas | Se le comunicó a la gobernante y de aviso | Sufana |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | Rosi | BASES DIRECTORA DE EMF Y MANTA BLANCA | SE RECLAMA A FUSA - COMANDERÍA | Rosi |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | JUAN | BASES CON ROBOS EN MANTAS | SE COMUNICA A FUSA - COMANDERÍA | Rosi |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |

| CM | | REGISTRO DE INCIDENCIAS DE LAVANDERÍA | | ESP/RESPONSABLE |
|-------|-------------|--|--|-----------------|
| | | MES | NOVIEMBRE 2014 | ES 2-1 |
| DIA | DETALLE POR | INCIDENCIA | SOLUCION | Vº RESPONSABLE |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| NO 3 | Alfaro | Gas Botas de 09061 de la 7 a la 9 en el lavado CC de 2 subidas | CC de 2 subidas | Roni |
| 4 | JUAN | NO HAY BATAS P | SE DAU M | Roni |
| 5 | JUAN | NO HAY FALDAS P. OLIVERA | SE DAN GRANDES | Roni |
| 6 | Susana | Llama Mercedes para que le de la cajadora ya q. azul x no haber traído el su tal. / se le da uno nuevo y se quita | | Susana |
| 7 | Rosi | ALMA MEDIC 4 SEMANAS SIN ZAPATON 44 | SE PIDEN PARA ELA | Rosi |
| 8 | MAIKO | FLISA TRAMUY NO JARDI LAS ALMOHADAS | (SE DIRA A FILSA) | MAIKO |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | Alfaro | No hay camaca doctor M. | se va empacado se le trae | Rosi |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | Alfaro | No hay zapatos N°40. | SE PIDEN | Rosi |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | Alfaro | Di por donde se fardado por no darle cheque M | se había. Estaban mal colocadas. Habría que lo responsable de fard | Susana |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | JUAN | NO HAY CRISOLAS ABIGATOI | HAY 3 CASSA DE LUNAR DEL PAN | Roni |
| NO 25 | Alfaro | Paper de chico en perchero de chica mal colocada | | |
| 26 | Alfaro | Paper mal colocado, trozos ropa de chico en perchero de chica | | |
| NO 27 | Alfaro | Paper mal colocada | | |
| NO 28 | Alfaro | Trillo de noche en los muebles de la planta con guita muebles de la planta con guita muebles de la planta con guita | | Roni |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |

Alfaro → No hay camaca doctor sin, G, M y P.
se tra de azul.
Alfaro → No hay M de enfermera camaca se le de G



| | |
|---|---|
|  | Hospital Infanta Elena Comunidad de Madrid |
| FICHA DE INDICADOR SC/PES02/FPOC06.02 Edición 2.4 | |

| CÓDIGO | ÁMBITO | RESPONSABLE | LUGAR ARCHIVO | TIEMPO ARCHIVO |
|----------------|--------------------------------|---|---------------|----------------|
| HV/PSN01C/IC01 | Servicios Generales (Lencería) | Responsable de S.S.GG. o del subproceso de Lencería | Intranet | 3 años |

NOMBRE DEL INDICADOR: Control peso ropa limpia
FÓRMULA: Total Kilos lavados / Nº Camas
FUENTES DE DATOS: Registros del servicio
FRECUENCIA DE LA RECOGIDA DE DATOS: Semestral

| PERIODO: | RESULTADOS: | LÍMITE DE ALARMA: |
|--------------------------|------------------------------|----------------------|
| Enero | 30.787Kg./114camas=182 | 200kilos/CAMA |
| Febrero | 19.743Kg./113camas=167 | 200kilos/CAMA |
| Marzo | 21.099Kg./100camas=218 | 200kilos/CAMA |
| 1º TRIMESTRE 2013 | 61.609Kg/332camas=186 | 200kilos/CAMA |
| Abril | 19.423Kg./112camas=173 | 200 kilos/CAMA |
| Mayo | 19.509Kg./95camas=205 | 200kilos/CAMA |
| Junio | 19.678kg/96camas=204 | 200kilos/CAMA |
| 2º TRIMESTRE 2013 | 58.616Kg/303=193 | 200kilos/CAMA |
| Julio | 18.301kg/86=212 | 200kilos/CAMA |
| Agosto | 16.399 kg/86,6=183 | 200kilos/CAMA |
| Septiembre | 17.638kg/87,5=201 | 200kilos/CAMA |
| 3º TRIMESTRE 2013 | 52338/262= 199 | 200kilos/CAMA |
| Octubre | 21.791/97=224 | 200kilos/CAMA |
| Noviembre | 21.183/103=205 | 200kilos/CAMA |
| Diciembre | 21.383/104=205 | 200kilos/CAMA |
| 4º TRIMESTRE 2013 | 64.367/304=211 | 200kilos/CAMA |

Seguimiento:
1º TRIMESTRE: Terminamos el trimestre con un total de 61.009 kilos lavados entre 332 camas da un total de 186 kilos, por lo tanto no superamos el límite de alarma aunque si lo pasamos únicamente en el mes de Marzo en 18 kilos, ha sido el mes que mas kilos de ropa lavada del trimestre y menos camas de hospitalización ocupadas; pero ha habido peonadas en quirófanos. Hemos observando evolución.
2º TRIMESTRE: Cerramos el segundo trimestre con un total de 58.616 kg ropa lavada un poco menos que el primer trimestre, por lo que aunque en los meses de mayo y junio se ha sobrepasado el límite de alarma no es llamativo ya que al cierre del trimestre no sobrepasamos el límite de alarma. Y siguen habiendo peonadas en quirófanos.
3º TRIMESTRE: Cerramos tercer trimestre con un total de 52.338 kilos lavados entre 266 camas nos da un total de 199 kilos/cama. Podemos observar que en este trimestre ha bajado un poco el total de kilos en comparación con los otros dos trimestres anteriores, pero es lógico por ser meses de verano, y que ha permanecido cerrada media planta, mas otra que habitualmente permanece abierta en período de demanda.
4º TRIMESTRE: Mes de Octubre aumentan kilos de ropa esto puede ser justificados porque se comenzaron a dar sabanas, mantas y almohadas a familiares. Y se han reforzado uniformidad para

el personal sanitario de zonas de alto riesgo. Hemos terminado el trimestre sobrepasando el límite de alarma en 211 kilo/cama, la actividad del centro en este año ha aumentado y sobre todo en estos dos últimos meses.

Informe Anual: El aumento de kilos de ropa de este año está justificado con la subida de actividad del centro.
 Fdo.: DOLORES MUÑOZ -
 Fecha: 15 de enero de 2015



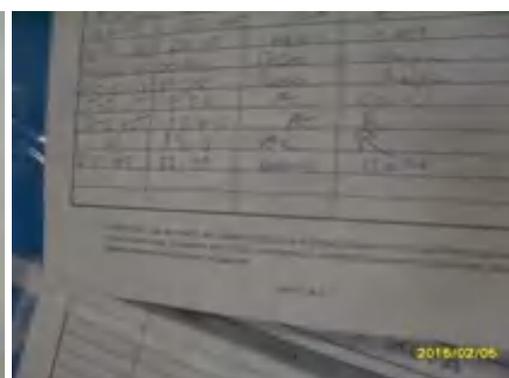
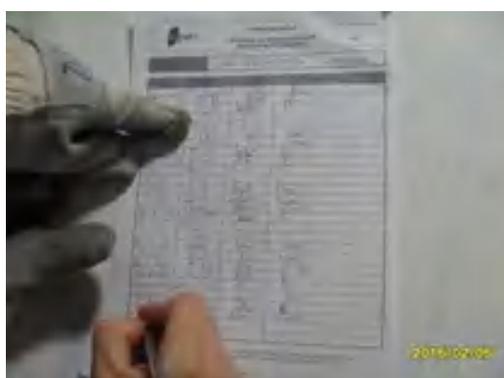
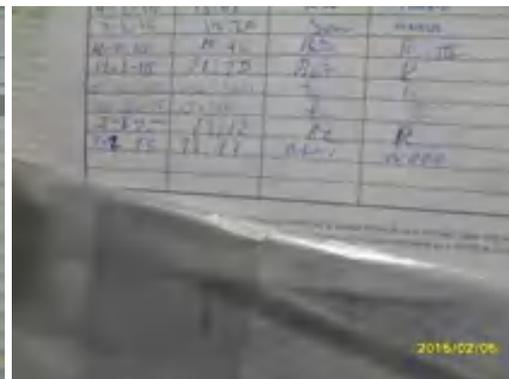
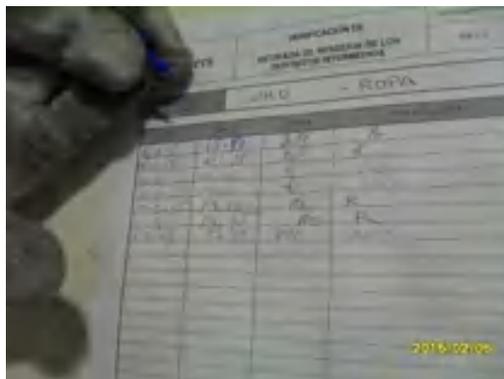
| | |
|---|--|
|  HOSPITAL INFANTA ELENA <small>QualiMATO</small>  <small>HOSPITAL REY JUAN CARLOS</small> | |
| EVALUACIÓN DE PROVEEDORES DE SERVICIOS | CÓDIGO: HU/FE56LFFOC9266 EDICIÓN: 1.1 |

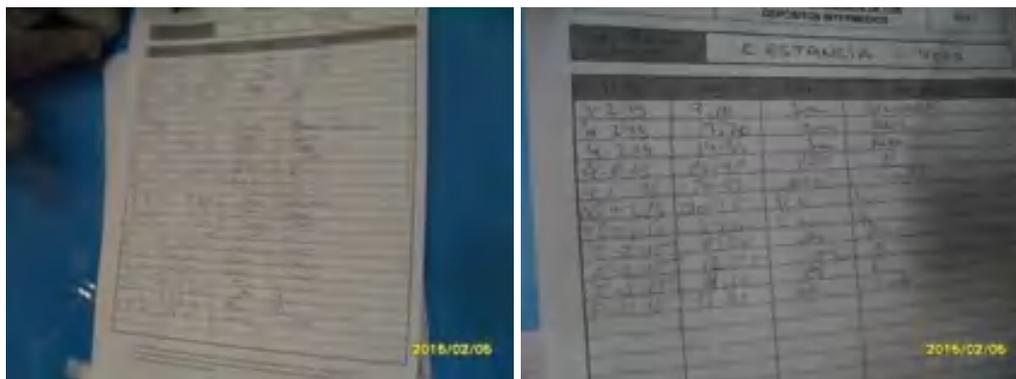
| <i>Información del Proveedor</i> | | | |
|--|---|--|----------------------|
| Nombre | FLISA | | |
| Servicio | LAVANDERÍA | | |
| Tipo | Clasificación de Tipo | | |
| Fecha inicio | Homologado: Prestación del servicio superior a 12 meses | | |
| | En prueba: inferior a 12 meses | | |
| | Obligatorio: Único o decisión corporativa | | |
| <i>Criterios de Evaluación</i> | | | |
| 1. Puntos de Evaluación General | | 2. Puntos de Evaluación Calidad y Medioambiente | |
| 1 | No satisfactorio | 2 | Sin Certificación |
| 2 | Suficiente | 3 | Con Certificación |
| 3 | Notable | | |
| 4 | Excepcional | | |
| <i>EVALUACIÓN</i> | | | |
| | | I Semestre | II Semestre |
| Criterios de Evaluación | | 28 DE JUNIO 2014 | 28 de Diciembre 2014 |
| 1. General | Calidad del Servicio | 2 | 2 |
| | Relación Calidad/Precio | 2 | 2 |
| | Cumplimiento de Plazos | 2 | 2 |
| | Conocimientos técnicos personal | 3 | 3 |
| | Capacidad respuesta-Atención Cliente | 2 | 2 |
| 2. C y MA | Compromiso con la Calidad | 3 | 3 |
| | Compromiso con el Medioambiente | 3 | 3 |
| TOTAL | | 17 | 17 |
| Observaciones: Anteriormente nos lavaba la lavandería de Flisa de Huete y funcionaba mejor. Tenemos que controlar los horarios y calidad de la ropa final. | | | |

NOTAS

1. La evaluación será semestral.
2. Los Informes se llevarán a revisión por la Dirección.

Los profesionales del Servicio de Lencería encargados de retirar la ropa sucia/contaminada y reponerla por limpia, anotan en el registro destinado para la retirada de residuos de los depósitos intermedios en cada uno de los Servicios, la fecha y la hora de la retirada y de la reposición, con objeto de evidenciar que se mantienen los pactos de reposición de lencería y su retirada para ser tratada por la Empresa FLISA en la lavandería:





A continuación, se adjuntan las carátulas de los Informes de Ensayo realizados por el Instituto Tecnológico Textil AITEX a las prendas de FLISA (del proveedor ALÉS Uniformidad y Lencería Hospitalaria) que ponen de manifiesto que las características técnicas de dichas prendas cumplen los estándares de calidad requeridos para la lencería Hospitalaria:

AITEX
INFORMES
PRESENTADOS AL
EXPEDIENTE
Nº 05-DT-00006.2-2009
DE LA
COMUNIDAD DE
MADRID

Julio del 2016



Uniformidad
y Limpieza
hospitalaria

Empreses Alés Limpieza S.L.
Direcció, L'Institut d'Iniciatives d'Innovació
Tel: +34 936 602 881, 934 674 316
Fax: +34 936 602 894
C/ General Giner, 1
41005 Sevilla, España
Totes les comunicacions en
email: al@ales.es

INFORME DE ENSAYO Nº 2010AN3152

1. BATA BLANCA CORTA CABALLERO
2. BATA BLANCA CORTA SEÑORA
3. BATA BLANCA LARGA CABALLERO
4. BATA BLANCA LARGA SEÑORA
5. CHAQUETA BLANCA MANGA CORTA PARA SEÑORA
6. CHAQUETA BLANCA MANGA CORTA SEÑORA
7. CHAQUETA Y PANTALON BLANCO EMBARAZADA
8. PANTALON BLANCO UNISEX
9. CHAQUETA BLANCA CAMBIO AZUL LIMPIEZA
10. CHAQUETA BLANCA UNISEX COCINA
11. DELANTAL BLANCO COCINERO



R. M. Sevilla, Tomo 231, Libro 66, Sección 2ª de Declaración, Folio 67, Hoja 6046. Inscripción: J.º C. L. A. 1.º 025924



*Uniformidad
y limpieza
Hospitalaria*

Empresa Alés Sónik, S.A.
Dirección, Ventas y Marketing y Talleres:
C/Alf. nº3. 46141 BÉJA. 914 822 691. 604 074 349
Fax: 914 824 263 304
C/ Gerencia Distrib. 1,
43030 Sevilla, España
Tel: 977 0000 000
www: alésónik.es

INFORME DE ENSAYO Nº 2010AN3149

- 29. A. SÁBANA BLANCA 45X100X25 CMS OFERTA BASE.
- 31. A. ENTREN FLUIDA 65X100 CMS OFERTA BASE
- 31. A. FUNDA ALMOHILA 1A 144X111 CMS OFERTA BASE.
- 37. A. SÁBANA VERDE QUERÓCAN 1811X1034 CMS
- 38. A. PAÑO VERDE QUERÓCAN



P. M. Sevilla, Zona 201. Edificio Sevilla. CP de Andalucía. 71007. C/Alf. nº3. 46141 BÉJA. A-41 02020





Eugenio Alés Llamas, S.L.
Edificios, Ventas, Almacenes y Oficinas
Teléfono: +34 964 628 531. 964 674 308
Fax: +34 964 628 504
C/ General O'Leary, 1
41070 Sevilla, España
http://www.ales.es
email: ales@ales.es

INFORME DE ENSAYO N° 2010AN3112

21. PELLE BODY PRIMATERIA



R. M. Sevilla, Tomo 201, Libro 23, Sección 5ª de Sociedades, Folio 67, Hoja 6011, Inscripción 1ª de 4 de Abril 2009/30





Uniformadas
y Lencería
Hospitalaria

Reserva Alto Llorca, S.A.
Dúrcos, Val de, Almorales y Torrens.
Valencia 461 034 922 521, 953 878 300
953 470 834 234 000
C/ General O'Donnell, 1.
41001 Santa. España.
http://www.alles.es
mailto:ales@alles.es

INFORME DE ENSAYO N° 2010AN3151

- 22. PIAMA NIÑO
- 23. PIAMA PACIENTE AZUL
- 24. PIAMA PACIENTE AZUL OBESIDAD
- 25. PIAMA PACIENTE VERDE
- 26. CAMISON ADERTEO PACIENTE
- 27. CAMISON SEÑORA BLANCO
- 28. CAMISON BLANCO OBESIDAD



M. M. Sevilla, Sane 2017, Abril 08 Sección 1ª de Coordinación. Folio 07, Hoja 0076, Desc. Núm 1ª. C.I.F.A 41 033325





*Uniformidad
y Excelencia
Hospitalaria*

Empresa Alés Hermanos, S.A.
Dirección: Avda. Arribas y Calvo Sola,
Tel: +34 954 024 581 - 914 874 844
917-34 810 200 204
C/ Casco de Cádiz, 7
41018 Sevilla, España
http://www.ales.es
email: ales@ales.es

INFORME DE ENSAYO N° 2010AN314B

- 29. B. SÁBANA BLANCA ALGODON 160X275 CMS. OFERTA VARIANTE.
- 30. B. ENTREMETIDA C90X150 CMS. OFERTA VARIANTE.
- 31. B. FUNDA ALMCHADA 0'4X1'10 CMS. OFERTA VARIANTE
- 34. SÁBANA AZUL EXPLORACION C90X200 CMS.
- 37. B. SÁBANA VERDE QUIRÓFANO 160X240 CMS
- 38. B. PAÑO VERDE QUIRÓFANO



R. M. Sevilla, Oficio 501, Libro 03, Sección 3ª de Decretados, Folio 67, Hoja 6010, Inscripción 1ª, C.I.P. N 42 098620



*Uniformidad
y Limpieza
Hospitalaria*

Emprenda Alés Lda, S.A.
Diseño de Uniformes, Abrigados y Talleres
Teléfono: +34 954 522 581. 554 674 809
Fax: +34 954 522 584
C/ General Orosa, 1.
41700 San P. Espuña.
Huelva/Huelva@alés.es
e-mail: alés@alés.es

INFORME DE ENSAYO N° 2010AN3105

35. C. TOALLA BLANCA 050X100 CMS. OFERTA VARIANTE
36. C. TOALLA BLANCA 0700X40 CMS. OFERTA VARIANTE.



R. M. García Torro SOT, Labor de Servicio de Sociedades, Folio 67 Hoja 2016, inscripción. P.º C.I.F. A 43 06220



*Uniformidad
y Lencería
Hospitalaria*

Duquende Alés Lencería S.A.
Dirección: Navas, Almacenes y Paños
Teléfono: 41 958 502 593, 904 874 909
Fax: 954 954 258 904
C/ J. GARCÍA GILBERTO, 1
41005 Sevilla, España.
<http://www.ales.es>
ales@ales.es

INFORME DE ENSAYO N° 2010AN3148

29. C. SÁRANA BLANCA ALGODÓN 100X175 CMS. OFERTA VARIANTE P
30. C. ENTREMETIDA 090X160 CMS. OFERTA VARIANTE.
31. C. PLANDA ALMOLHADA 044X110 CMS. OFERTA VARIANTE



R. 4. Sevilla, Tomo 201, Libro 00, Sección 1ª de Sociedades, Folio 67. Hoja 000. Inscripción 1ª. C.I.F. A 41 065620



*Intervención
y Asesoría
Respiratoria*

Engenyería Asesoría S.L.
Luchina, Valencia, Avda. Albufera 1, Teléfono:
Tlf: +34 964 822 551, 964 674 308
Fax: +34 964 822 594
C/ General Urdal, 1,
41002 Sevilla España
<http://www.ales.es>
email:ales@ales.es

INFORME DE ENSAYO N° 2010AN3105

32. COLCHA BLANCA ALGODÓN 170X260 CMS



R. I. Sevilla, Torre 231, C/ de Al. Reina M.ª de San Fernando, 58 de San Fernando, P.O. Box 01100, Teléfono: 34 95 422 9830





AVDA. ROBERTO OSBORNE, 5
41007-SEVILLA
TFNO. 954479136
FAX. 954479176
Email aespinos@iturri.com

GRUPO IDC SALUD
C/Fernandez de la Hoz, n. 24
28010-Madrid
Tfno. 917810682
Fax. 917810684
Att. D^a Dolores Pita

Fecha: 15/11/13

Estimados Sres.:

Por la presente se les comunica que, las calidades de Lencería hospitalaria suministradas al Grupo Capiro ahora Grupo IDC Salud, son iguales a las suministradas a la CAM, entre otros suministros destacables los del Hospital Universitario 12 de Octubre.

Atentamente,

Alberto Espinosa

Página 1

COMERCIALIZADORA CAMARSA
Comercializadora de Alimentos

Oficina de Registro

Denominación social:
Comarcas Camarsá de Aliments, Fruites, Verdura i Pastisseria S'Industria Alimentaria de Comarcas de la Comunitat Valenciana

Dir: 96-86647 476
Tel: 96-07-66663000

NOTIFICACIÓN

Objeto de la notificación:
Llamada de Ofertas de Abastecimiento de Alimentos, Frutas, Verduras y Pastelerías para la Comarcas de la Comunitat Valenciana de Alimentos, Fruites, Verdura i Pastisseria S'Industria Alimentaria de Comarcas de la Comunitat Valenciana

Fecha de aprobación y publicación:
Este anuncio de licitación se publica en el Boletín Oficial de Turismo y Hacienda del Estado el día 14 de febrero de 2014, así como en el Boletín Oficial de Turismo y Hacienda del Estado el día 14 de febrero de 2014, así como en el Boletín Oficial de Turismo y Hacienda del Estado el día 14 de febrero de 2014.

Muchas gracias de esta Comarcas de 7 de febrero de 2014 en virtud de expediente de contratación. Con fecha 27 de abril de 2014 se aprobó el expediente y se dispuso su ejecución de procedimiento. Ahora para el desarrollo del mismo vamos para el momento de Abastecimiento. Publicada la llamada de Ofertas en el BOE de turismo y hacienda y en los sitios y boletines oficiales, el día 7 de agosto de 2014 la misma se continuará proceso a un sistema público de las prestaciones recibidas, subasta pública procedimiento de 9 de diciembre de 2014. Publicado información directamente la información categoría del Consejo de Gobierno con fecha 14 de febrero de 2014.

De conformidad con lo que establece el artículo 106 de la Ley 30/1997, de 26 de octubre, de Régimen del Derecho Púnico, y en todo el resto de disposiciones que por sus disposiciones sean las disposiciones vigentes.

OBJETO

1. Adjudicación definitiva del abastecimiento de alimentos para el desarrollo de Actividad Turística, de acuerdo con las condiciones de la Base de Condiciones y que están de la prestación de los servicios de abastecimiento establecidos en el pliego de cláusulas administrativas particulares, a las siguientes empresas:

| Empresa | CIF | Lotes adjudicatarios |
|--|------------|--|
| ALIMENTOS PRODUCTORA EMPRESARIAL S.A. | A100104100 | 1, 2 |
| ALIMENTOS PRODUCTORA EMPRESARIAL S.A. | A100104100 | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12 |
| CREACIONES S.V. S.L. | 879000000 | 8, 9 |
| EL CORTE INGLES S.A. | A60170000 | 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12 |
| EMILIO GAMBERO S.A. | B60100000 | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12 |
| EMERSONALIA S.A. | A10000000 | 1, 2, 3, 4, 10, 11 |
| FRANCO SERRA S.A. | A09407000 | 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12 |
| GAMER WARRIERS S.L. | B60170000 | 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11 |
| INES VALLEJO CONDELLA S.A. | B00170000 | 10, 11 |
| TRUFA S.A. | A10000000 | 1, 2, 3, 4, 5, 10 |
| MACY'S S.A. | A09400000 | 4 |
| OROSERA S.L. | B60100000 | 6, 10, 11 |
| FEDERICO Y GARCIA S.A. | B60170000 | 1, 10, 11, 12, 13, 14 |
| FORNACA S.L. | B60170000 | 6, 11 |
| GRUP GARCIA Y GARCIA S.L. | B60100000 | 2, 3, 4, 5, 10, 11, 12 |
| GRUPO SERRA S.A. S.C. S.R.L. S.C. S.R.L. | B60100000 | 4 |
| TRUFA S.A. S.C. S.R.L. S.C. S.R.L. | B60100000 | 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 |

www.comarcascamarsa.com

COMERCIALIZADORA CAMARSA
Comercializadora de Alimentos

Oficina de Registro

Denominación social:
Comarcas Camarsá de Aliments, Fruites, Verdura i Pastisseria S'Industria Alimentaria de Comarcas de la Comunitat Valenciana

Dir: 96-86647 476
Tel: 96-07-66663000

NOTIFICACIÓN

Objeto de la notificación:
Llamada de Ofertas de Abastecimiento de Alimentos, Frutas, Verduras y Pastelerías para la Comarcas de la Comunitat Valenciana de Alimentos, Fruites, Verdura i Pastisseria S'Industria Alimentaria de Comarcas de la Comunitat Valenciana

Fecha de aprobación y publicación:
Este anuncio de licitación se publica en el Boletín Oficial de Turismo y Hacienda del Estado el día 14 de febrero de 2014, así como en el Boletín Oficial de Turismo y Hacienda del Estado el día 14 de febrero de 2014, así como en el Boletín Oficial de Turismo y Hacienda del Estado el día 14 de febrero de 2014.

Objeto

2. Adjudicación definitiva de la prestación de los servicios de abastecimiento establecidos en el pliego de cláusulas administrativas particulares, a las siguientes empresas:

Este objeto de la actividad de abastecimiento y otros servicios para el desarrollo de la actividad turística, de acuerdo con las condiciones de la Base de Condiciones y que están de la prestación de los servicios de abastecimiento establecidos en el pliego de cláusulas administrativas particulares, a las siguientes empresas:

BASE DE CONDICIONES PARTICULARES

PLIEGO DE CLÁUSULAS ADMINISTRATIVAS PARTICULARES

ALICIA S.L.



De acuerdo a la Memoria Técnica y de Calidad del servicio de lavandería prestado por FLISA en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, se ha podido evidenciar que cumple los requisitos y dispone de los medios materiales y humanos, para prestar un servicio eficaz de recogida de ropa sucia en las dependencias del Hospital; una vez en sus instalaciones, se clasifica por tipo de ropa para llevar a cabo su correspondiente proceso de higienización, lavado, repaso de costura y planchado; a continuación la ropa tratada se empaqueta y se prepara para su expedición y, finalmente, se procede al transporte de la ropa limpia al Hospital, todos los días a las 15 horas. El tipo de ropa a procesar será la habitualmente utilizada en el Hospital: ropa verde quirúrgica, ropa blanca de consultas, sábanas, fundas de almohada, mantas, colchas, pijamas de paciente, toallas, batas y uniformes de empleados.



FUNDOSA LAVANDERÍAS INDUSTRIALES
CENTRO DE FUENLABRADA

MEMORIA TÉCNICA Y DE CALIDAD

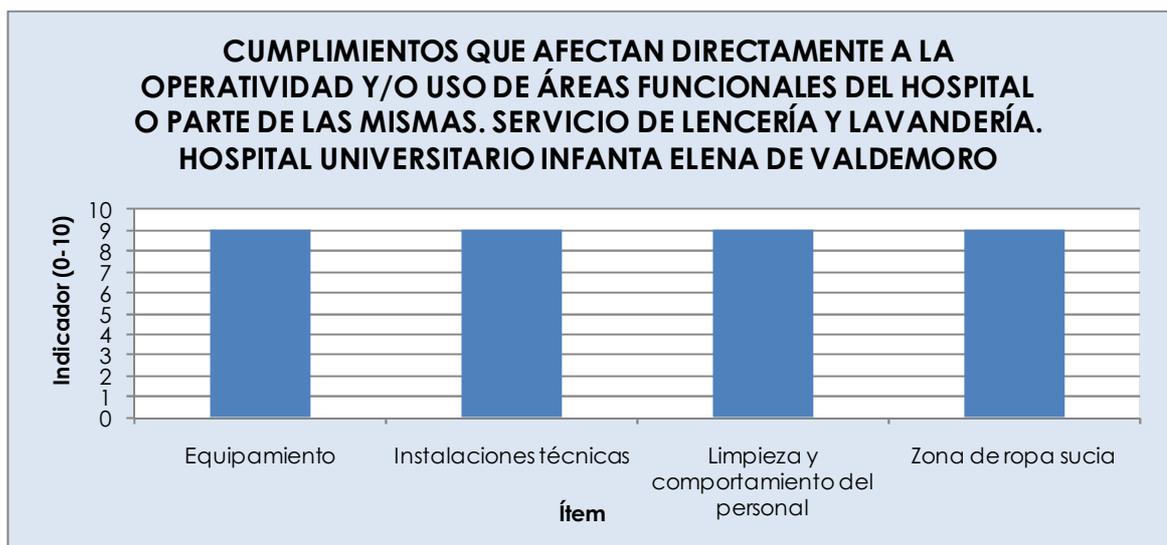
SERVICIO DE LAVANDERÍA PARA HOSPITAL INFANTA ELENA

OCTUBRE- 2013

Por tanto, se concluye que el Servicio de Lencería y Lavandería prestado por CAPIOSE en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro durante el año 2014, cumple con las obligaciones de cambio diario de ropa de habitación y/o paciente, sin retraso cuando se precise por la higiene y dignidad del paciente, facilitándose sin tardanza ropa adicional como pueden ser mantas, almohadas, etc. No se han detectado defectos relativos a la calidad de la lencería Hospitalaria empleada, ni fallos en la lencería de las zonas que no son de Hospitalización, ni así como lencería en malas condiciones, sin roturas, ni arrugas, ni húmeda, etc. Se ha evidenciado un correcto diseño específico de la ropa relacionada con los niños atendidos en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro.

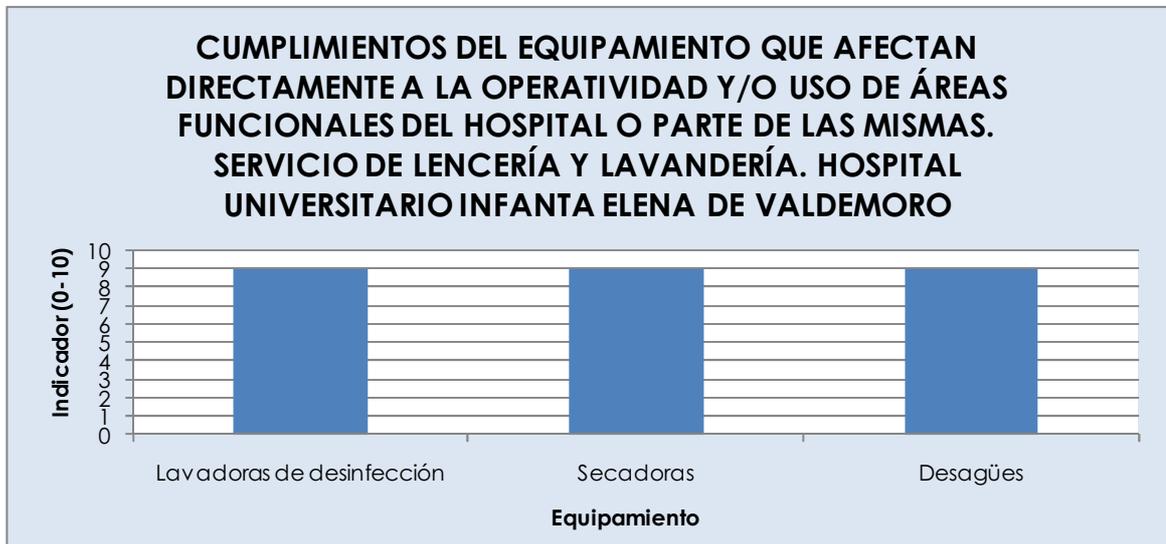
A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa de calidad del Servicio de Lencería y Lavandería en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro realizada en Febrero de 2015, con indicación de los parámetros, evidencias, datos e ítems que han servido a GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. para su cuantificación objetiva:

➤ **CUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS:**



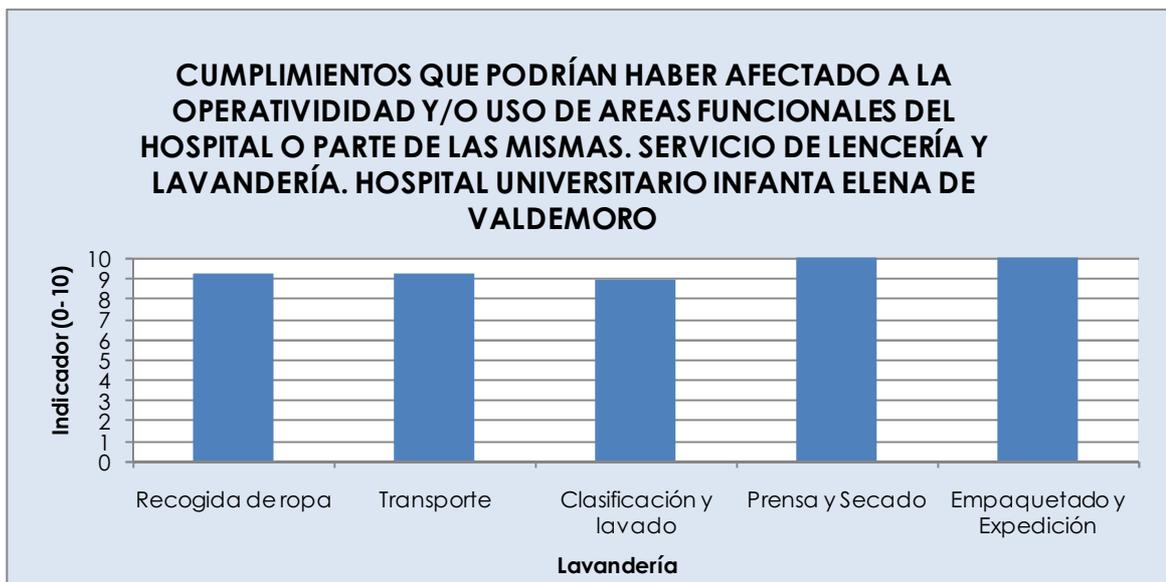
Se valora muy positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTOS DEL EQUIPAMIENTO QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS:**



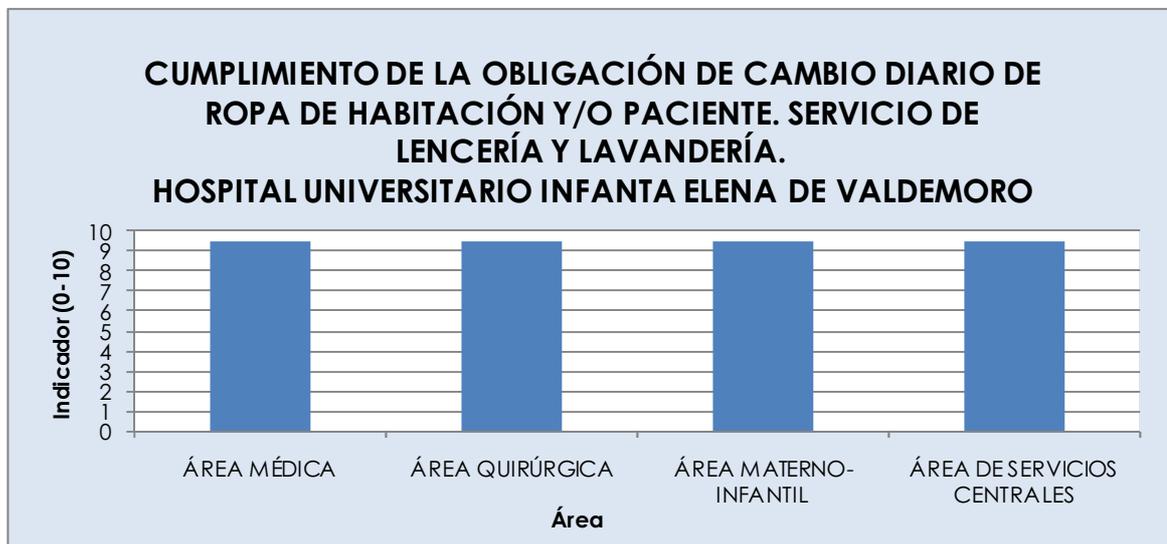
Se valora muy positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTOS QUE PODRÍAN HABER AFECTADO A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS:**



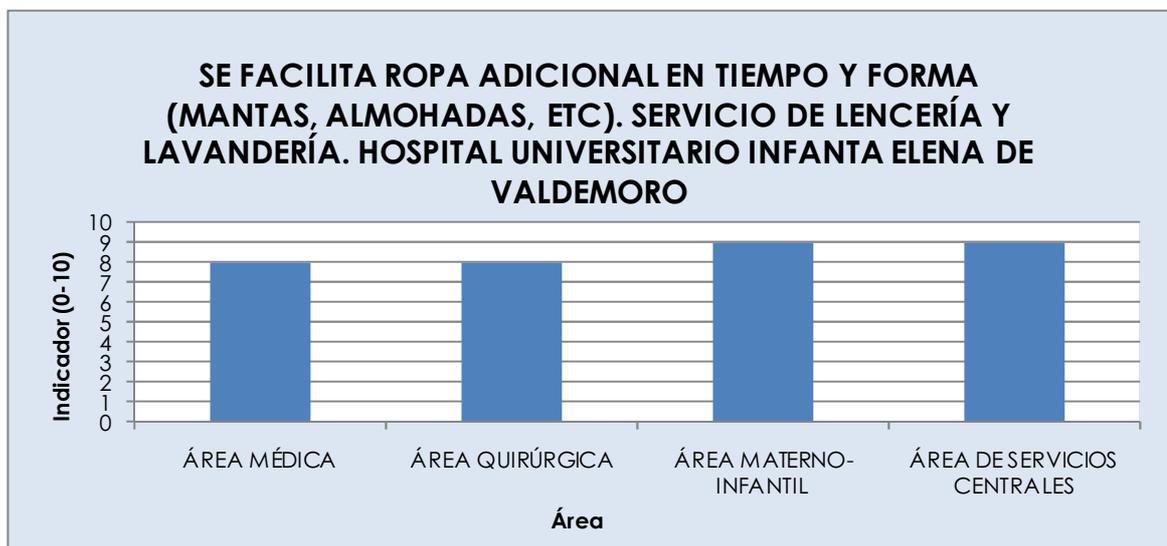
Se valora muy positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE CAMBIO DIARIO DE ROPA DE HABITACIÓN Y/O PACIENTE:**



Se valora muy positivamente, aunque se propone la revisión del stock de seguridad.

➤ **SE FACILITA ROPA ADICIONAL EN TIEMPO Y FORMA (MANTAS, ALMOHADAS, ETC):**



Se valora positivamente, aunque el stock de seguridad existente puede generar problemas en la entrega de ropa en tiempo y forma.

2015/02/05

STOCK LENCERÍA PARA EMA

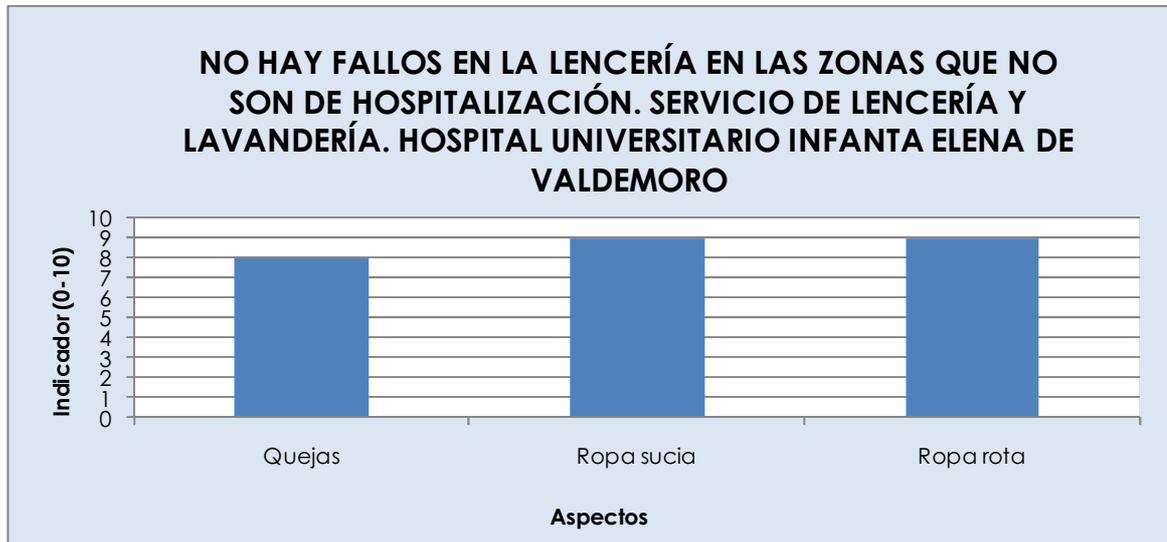
| | |
|-----------------------|----|
| CARGONES ABO. TEP | 20 |
| CRANES DE ANTS | 10 |
| SABONAS | 40 |
| MANTAS | 10 |
| COLCHES | 15 |
| ELEMENTOS ALABORABLES | 50 |
| ENTRADA TROPES | 40 |
| SABONERAS | 5 |
| TORNILLOS | 5 |
| BORNAS DE PUEA | 15 |

➤ **NO HAY DEFECTOS EN LA CALIDAD DE LA LENCERÍA HOSPITALARIA:**



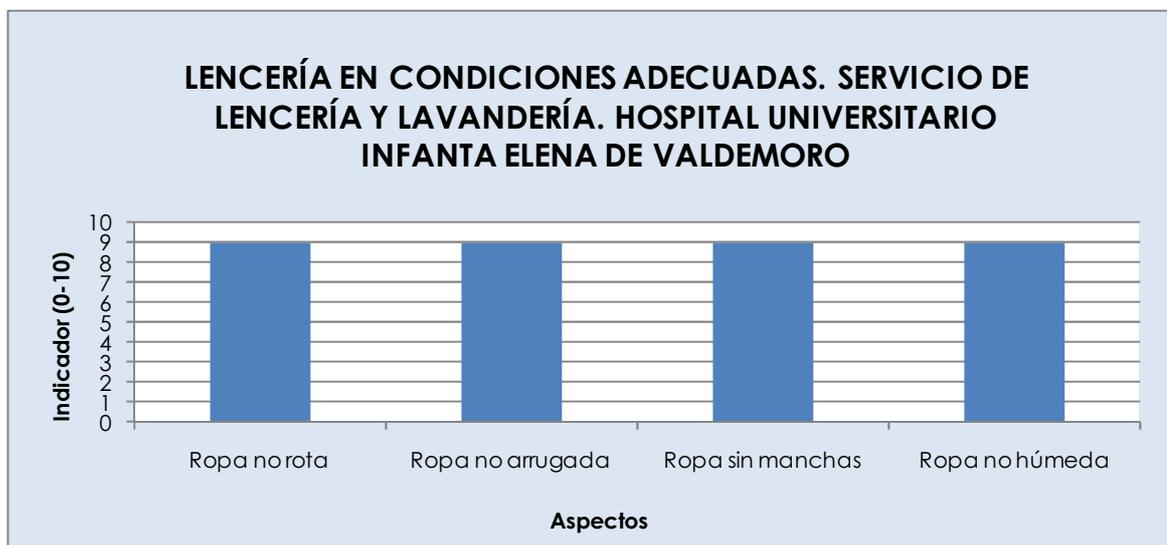
Se valora positivamente el tratamiento de las quejas.

➤ **NO HAY FALLOS EN LA LENCERÍA EN LAS ZONAS QUE NO SON DE HOSPITALIZACIÓN:**



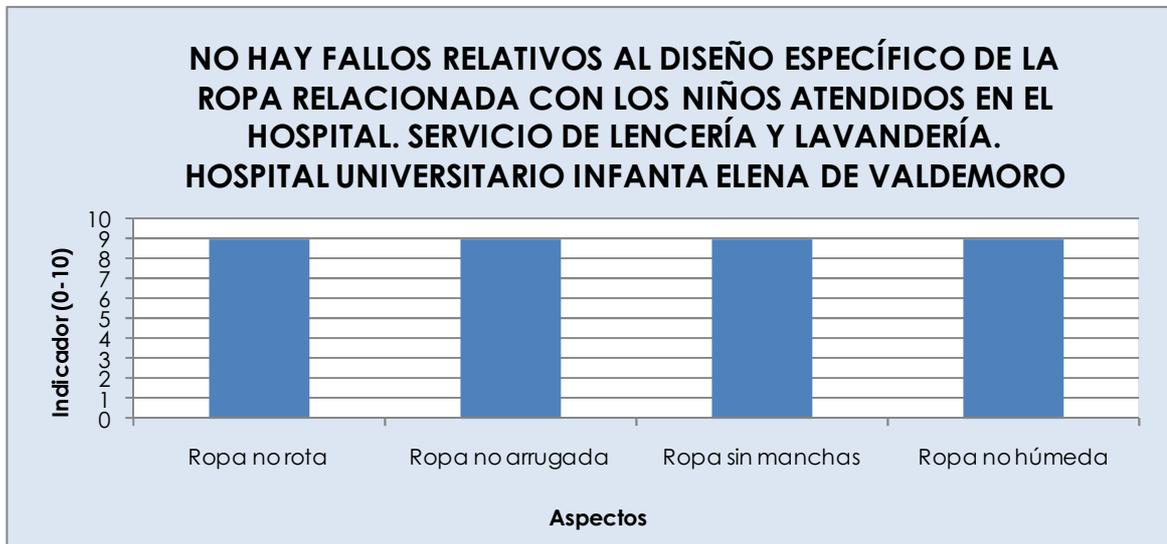
Se valora positivamente el tratamiento de las quejas.

➤ **LENCERÍA EN CONDICIONES ADECUADAS:**



Se valora muy positivamente, en base a la inspección visual en el momento de la auditoría operativa.

- **NO HAY FALLOS RELATIVOS AL DISEÑO ESPECÍFICO DE LA ROPA SELECCIONADA CON LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL:**



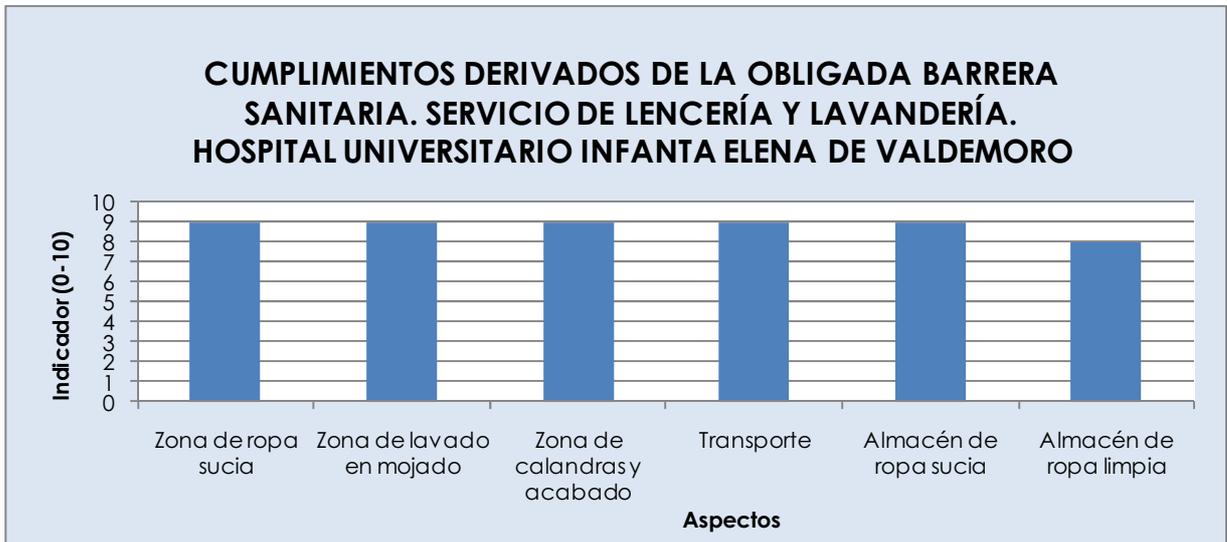
Se valora muy positivamente.

- **UNIFORMIDAD DEL PERSONAL SANITARIO:**



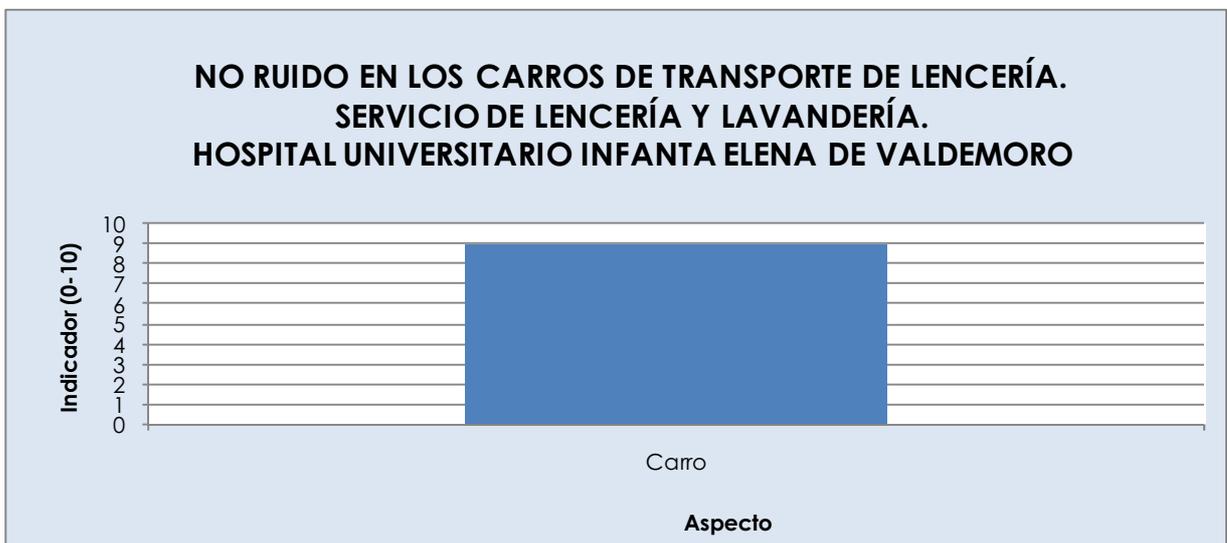
Se valora positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGADA BARRERA SANITARIA:**



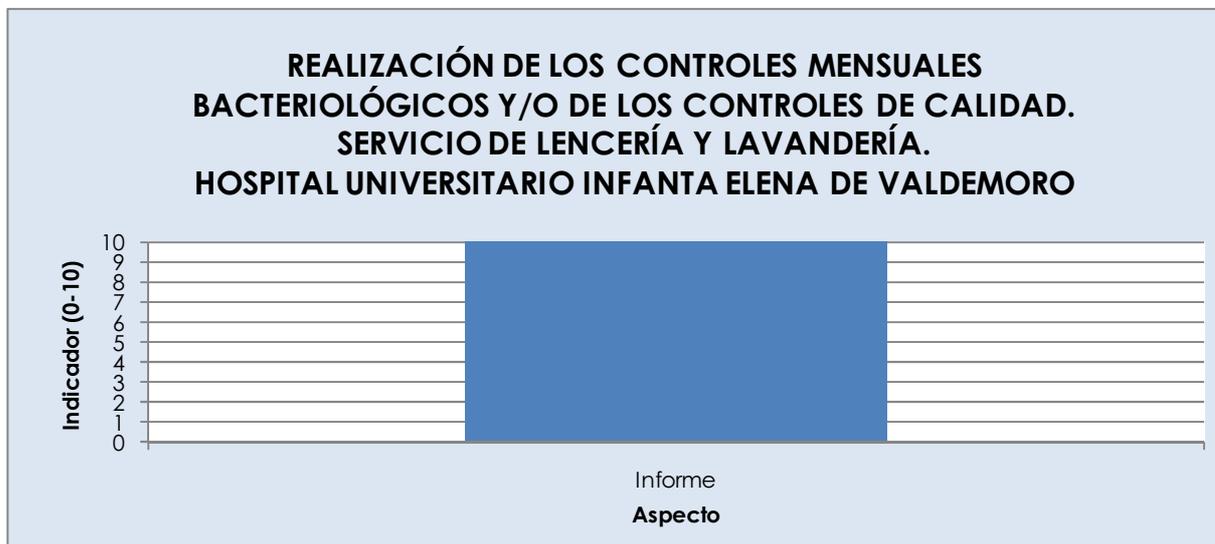
Se valora positivamente.

➤ **NO RUIDO EN LOS CARROS DE TRANSPORTE DE LENCERÍA:**



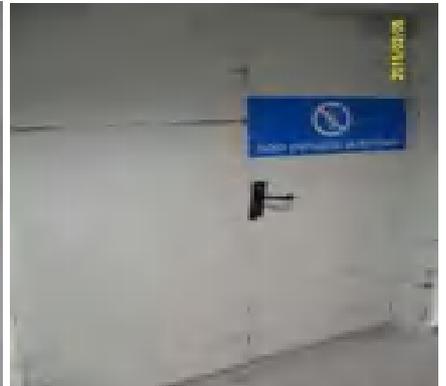
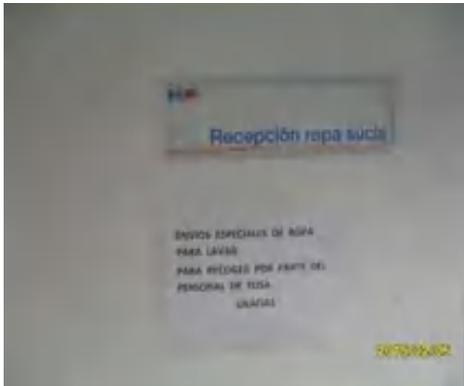
Se valora positivamente.

- REALIZACIÓN DE LOS CONTROLES MENSUALES BACTERIOLÓGICOS Y/O DE LOS CONTROLES DE CALIDAD:

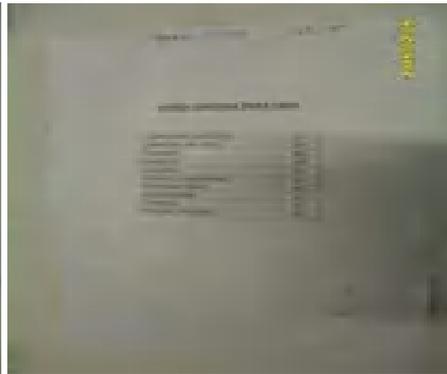
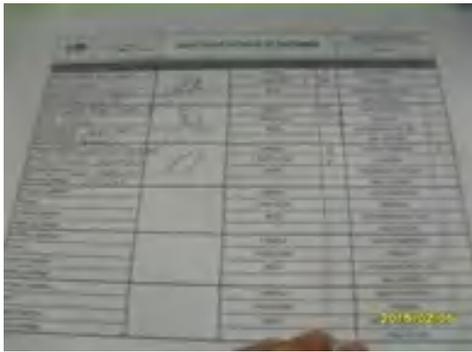


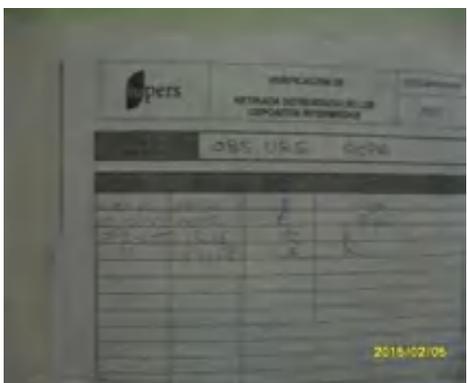
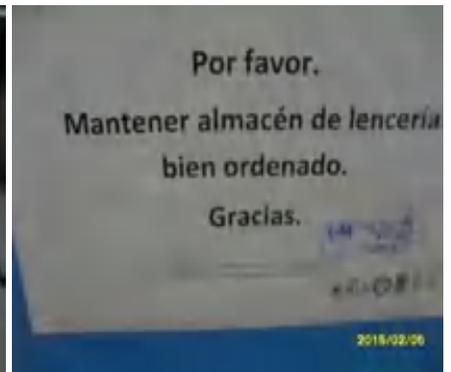
Se valora muy positivamente.

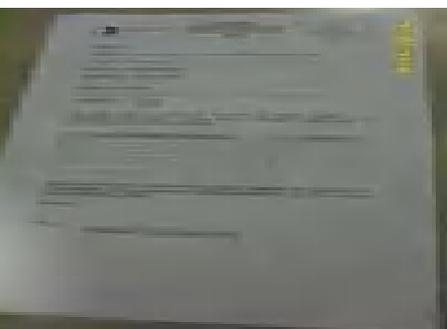
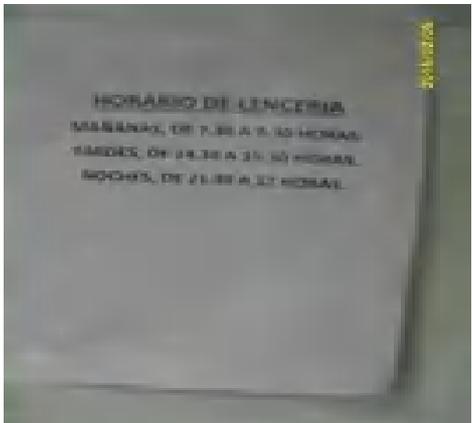
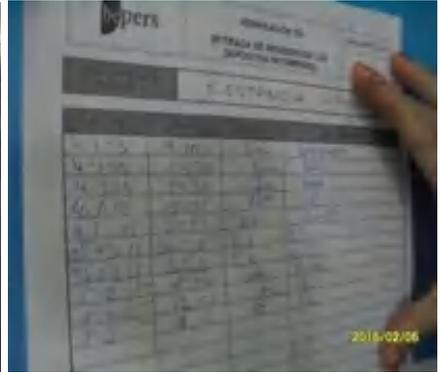
4.2.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO

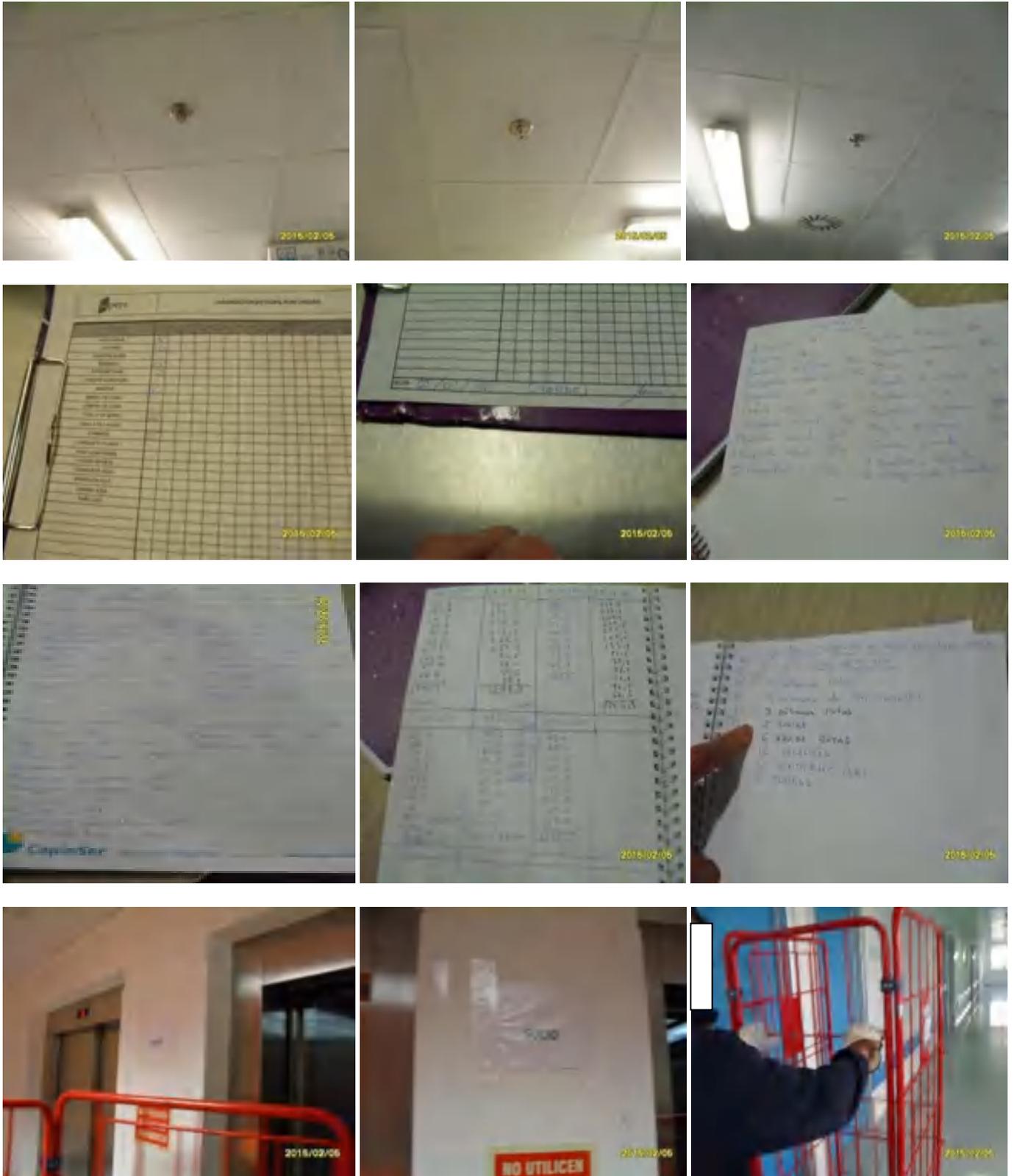


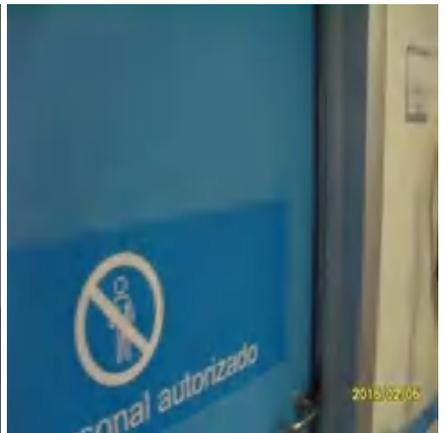
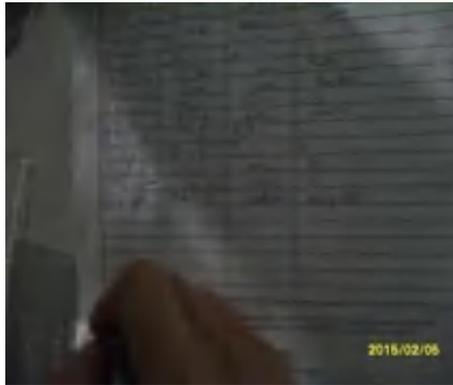












4.2.4. PUNTOS FUERTES

A continuación, se indican los puntos fuertes del Servicio de Lencería y Lavandería del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, tras la realización de la Auditoría Operativa durante el mes de Febrero de 2015 por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. :

- o En la Auditoría Operativa de Calidad realizada por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. se ha podido evidenciar la correcta implantación de los Procedimientos del Servicio de Lencería y Lavandería, garantizándose el cumplimiento de los requisitos exigidos para este Servicio.
- o En la documentación remitida, se ha podido evidenciar los Controles Microbiológicos Mensuales de la lencería, llevado a cabo por FLISA (FUNDOSA LAVANDERÍAS INDUSTRIAL, S.A.) a través del Laboratorio Control Microbiológico, S.L. evidenciándose la correcta limpieza y desinfección de la misma.
- o Se ha podido evidenciar que el camión empleado para el transporte de la ropa desde FLISA hasta el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro ha sido desinfectado diariamente, mediante un producto adecuado:
- o Para garantizar el perfecto funcionamiento de la "barrera sanitaria", se completa con un túnel de desinfección de carros que realiza la desinfección de los mismos bien con un producto bactericida o bien a través de la inyección de vapor que desinfecta los carros que vayan a pasar de una zona a otra de la lavandería. Así mismo, la planta trabaja sobre el principio de marcha única, el cual condiciona el trasiego de la ropa en un solo sentido a lo largo de todo el proceso productivo en las instalaciones de FLISA, impidiendo que la ropa limpia se cruce con la ropa sucia, en ningún momento. Lo mismo ocurre con el personal productivo, que tiene instaurados unos protocolos que impiden el tránsito entre las zonas de limpio y sucio, que se encuentran perfectamente indicadas y delimitadas por la anteriormente referida barrera sanitaria. Este túnel de lavado de carros con vapor garantiza la desinfección de toda la estructura de las jaulas en su paso a la zona limpia de la lavandería.

- o El Personal del Servicio de Lencería de CAPIOSER realiza un Inventario Trimestral en el Almacén de Ropa del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, con objeto de determinar para cada prenda las unidades disponibles en el mismo, así como un recuento de las bajas de lencería por rotura.
- o Se ha considerado positivo que las Responsables del Servicio de Lencería y Lavandería lleven un registro de las incidencias internas del servicio de lencería prestado en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, anotando también la subsanación llevada a cabo. Además, se analizan dichas incidencias estableciéndose un Indicador de la Calidad con objeto de analizar la evolución de las mismas.
- o Los profesionales del servicio de lencería encargados de retirar la ropa sucia/contaminada y reponerla por limpia, anotan en el registro destinado para la retirada de residuos de los depósitos intermedios en cada uno de los Servicios, la fecha y la hora de la retirada y de la reposición, con objeto de evidenciar que se mantienen los pactos de reposición de lencería y su retirada para ser tratada por la Empresa FLISA en la lavandería.
- o De acuerdo a la Memoria Técnica y de Calidad del servicio de lavandería prestado por FLISA en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, se ha podido evidenciar que cumple los requisitos y dispone de los medios materiales y humanos, para prestar un servicio eficaz de recogida de ropa sucia en las dependencias del Hospital; una vez en sus instalaciones, se clasifica por tipo de ropa para llevar a cabo su correspondiente proceso de higienización, lavado, repaso de costura y planchado; a continuación la ropa tratada se empaqueta y se prepara para su expedición y, finalmente, se procede al transporte de la ropa limpia al Hospital, todos los días a las 15 horas.

- o Se ha podido evidenciar una clara diferenciación entre la zona de ropa sucia y la zona de ropa limpia, siendo distinta la entrada para la ropa sucia y para la limpia en el Servicio de Lencería. En el momento de la Auditoría Operativa se ha podido evidenciar que los carros con lencería sucia están en una zona distinta a los carros con la ropa limpia, de acuerdo a lo requerido para este tipo de servicio.

- o Por tanto, se concluye que el Servicio de Lencería y Lavandería prestado por CAPIOSE en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, cumple con las obligaciones de cambio diario de ropa de habitación y/o paciente, sin retraso cuando se precise por la higiene y dignidad del paciente, facilitándose sin tardanza ropa adicional como pueden ser mantas, almohadas, etc. No se han detectado defectos relativos a la calidad de la lencería hospitalaria empleada, ni fallos en la lencería de las zonas que no son de Hospitalización, ni así como lencería en malas condiciones, sin roturas, ni arrugas, ni húmeda, etc. Se ha evidenciado un correcto diseño específico de la ropa relacionada con los niños atendidos en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro.

4.2.5. ÁREAS DE MEJORA

A continuación, se indican las áreas de mejora del Servicio de Lencería y Lavandería del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, tras la realización de la Auditoría Operativa durante el mes de Febrero de 2015 por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., así como las acciones correctoras propuestas para su subsanación:

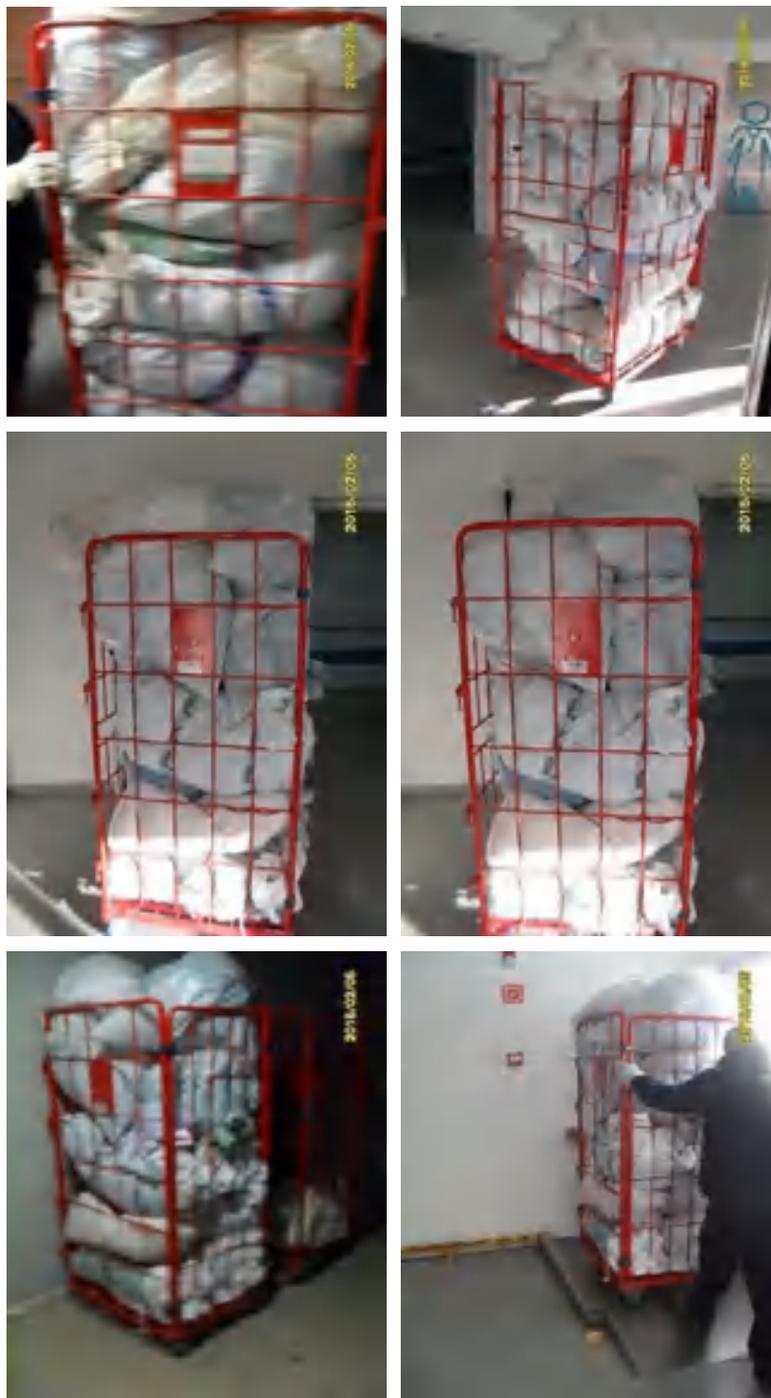
- o No se ha podido evidenciar ventilación forzada en el Servicio de Lencería del Hospital Infanta Elena de Valdemoro.



- o No se ha podido evidenciar que exista espacio suficiente para la maniobra de los carros en la carga y descarga de la lencería, ni que exista espacio suficiente para el almacenamiento de carros o armarios de distribución de ropa.



- o En algún caso las bolsas de lencería y las jaulas donde se transportan las mismas, han excedido su capacidad de llenado, si bien, se ha tratado de casos puntuales:



4.3. SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA

4.3.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Seguridad y Vigilancia, en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, consisten en lo siguiente:

- Servicio integral de Seguridad y Vigilancia que garantice la seguridad y ausencia de riesgos a pacientes, empleados y visitantes debiendo intervenir en aquellas situaciones conflictivas que puedan generarse en el hospital y en el Centro de especialidades, así cómo colaborar en su prevención.
- El servicio de vigilancia y seguridad se extiende a todas las dependencias, edificios y recinto que forman parte del Hospital y Centro de Especialidades, incluyéndose los edificios anexos, aparcamientos y centrales.
- Se garantiza una permanencia física 24 horas/día, los 365 días en al menos; el centro de control, urgencias y patrulla móvil así como el control de accesos al hospital mediante presencia física o cámaras de seguridad.
- Además, se llevan a cabo las siguientes obligaciones:
 - Disponer de un Plan de emergencia o catástrofes internas y un plan de catástrofes externas que deberán presentar para su aprobación por la Administración en el plazo de un año desde la formalización del contrato.
 - Disponer de un libro o documento equiparable que se establezca, de registro diario de las incidencias acontecidas.
 - Cumplir todas las normas y requisitos técnicos administrativos de la legislación vigente en cuanto a Empresas de Seguridad, en especial las dictadas por el Ministerio del Interior.

4.3.2. DIAGNÓSTICO

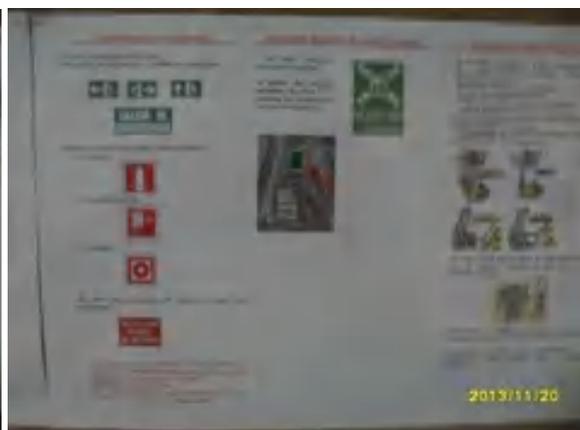
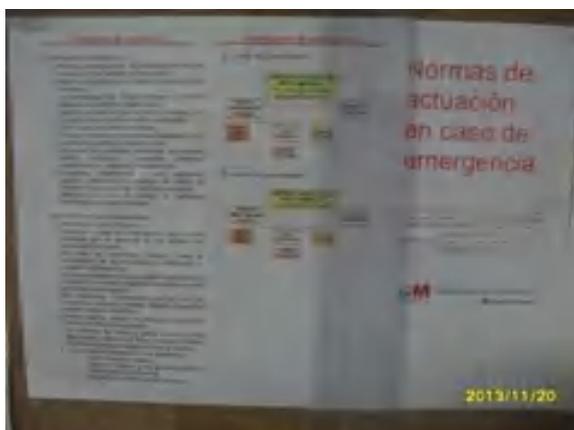
Para la realización de la Auditoría Operativa del Servicio de Seguridad y Vigilancia en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, se ha contado con la colaboración de:

- Empresa de Seguridad y Vigilancia: FALCON CONTRATAS Y SEGURIDAD/SASEGUR y GRUPO KIFER MULTISERVICIOS, S.L. (AUXILIARES DE VIGILANCIA EN EL CENTRO DE VIGILANCIA)
- Vigilantes de Seguridad: José

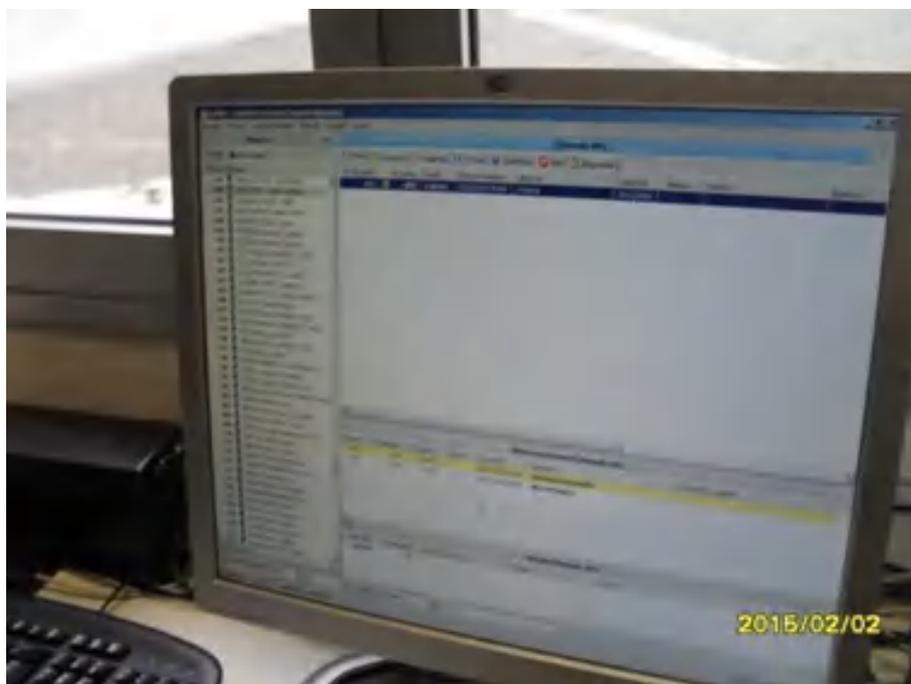
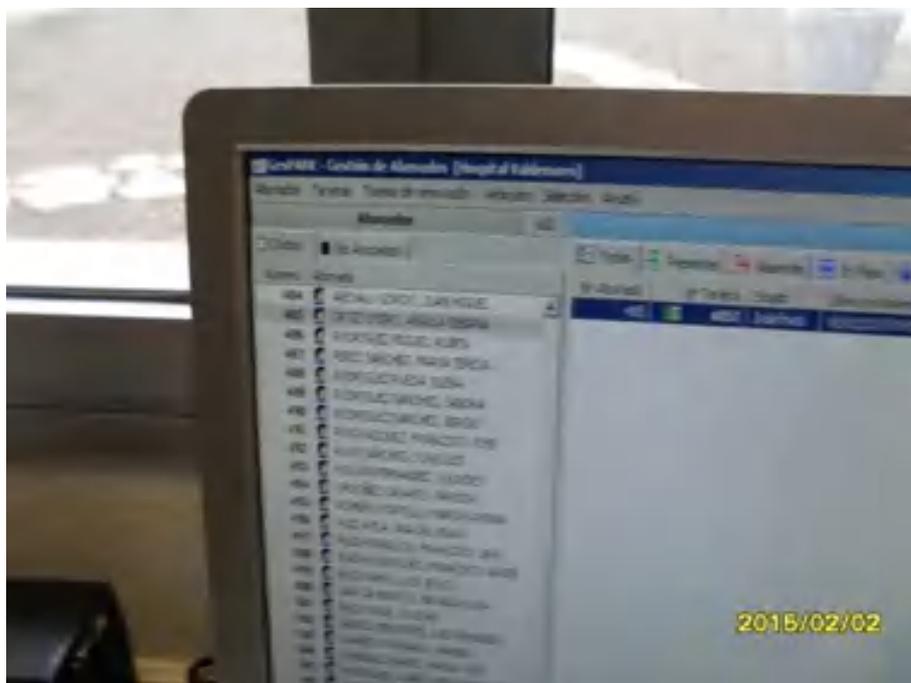
| | |
|-------------------------------|---|
| CENTRO DE TRABAJO | HOSPITAL INFANTA ELENA DE VALDEMORO |
| EMPRESA SEGURIDAD | FALCON CONTRATAS Y SEGURIDAD |
| EMPRESA AUXILIARES | GRUPO KIFER MULTISERVICIOS, S.L. |
| COBERTURA DEL SERVICIO | 1 VIGILANTE DE SEGURIDAD 24 HORAS LOS 365 DÍAS DEL AÑO |
| | 1 AUXILIAR DE SEGURIDAD 24 HORAS LOS 365 DÍAS DEL AÑO |
| EQUIPO FORMADO | 5 VIGILANTES DE SEGURIDAD |
| DISTRIBUCIÓN | 1 VS EN URGENCIAS , RONDAS PERIÓDICAS POR EL HOSPITAL |

| | EQUIPO | Nº HABILITACIÓN |
|---|--------------------------------|------------------------|
| 1 | TEODRO MÉRICA GARCÍA | 55,373 |
| 2 | JOSÉ MANUZ FOLGUERA | 215,335 |
| 3 | ANTONIO OSCAR PEDREGAL HUELVES | 217,267 |
| 4 | ÁNGEL NOVILLO GUITÉRREZ | 57 |
| 5 | JOSÉ LUIS HIJAZO QUITANERO | 184,14 |

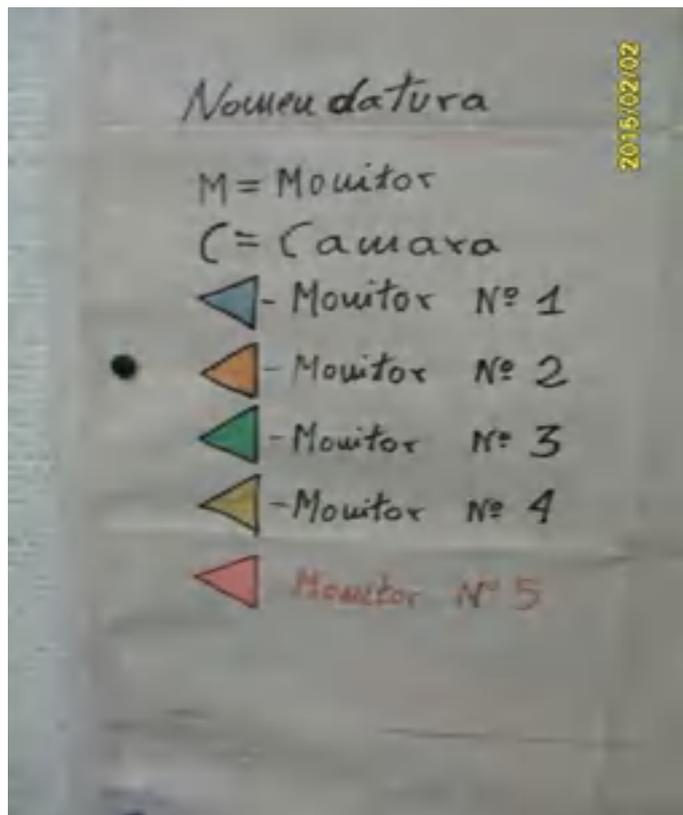
El Hospital dispone de un Manual de Emergencias de Incendios, estando disponible en la Centralita de Vigilancia del Hospital. Además, también dispone de un Manual de Usuario para el funcionamiento de las cámaras de seguridad.

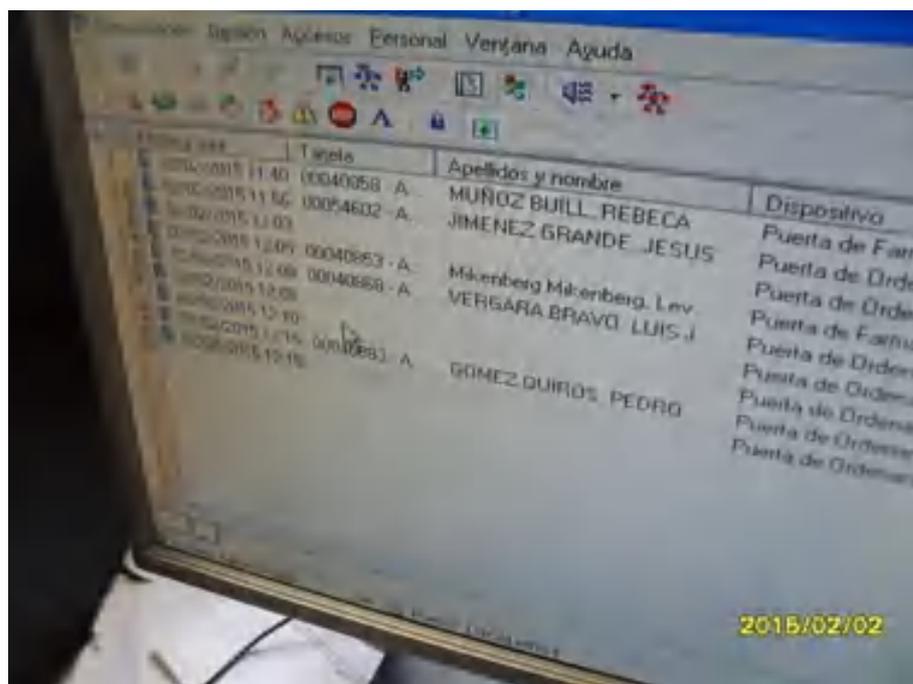
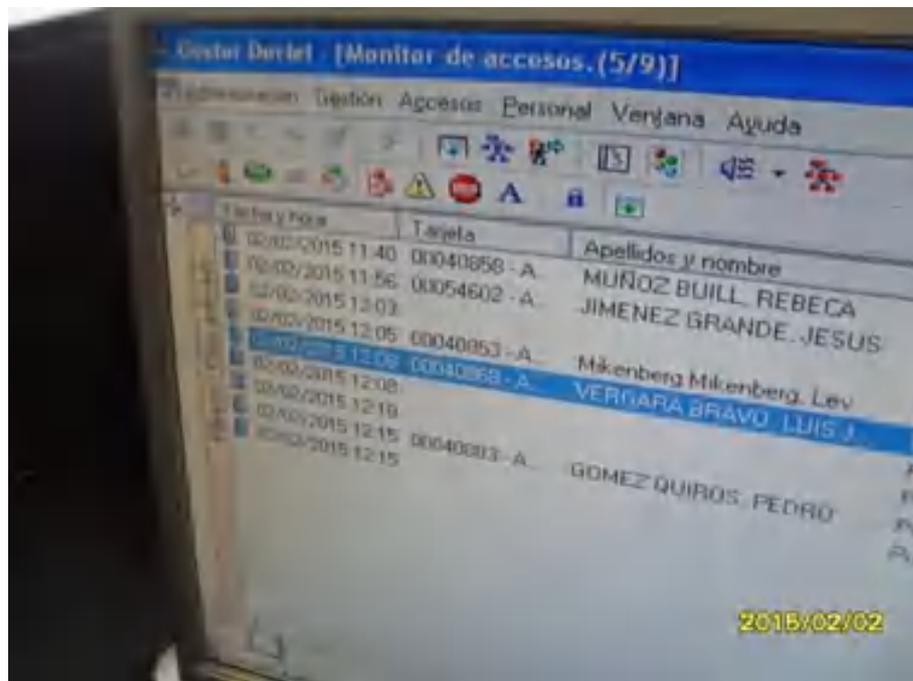


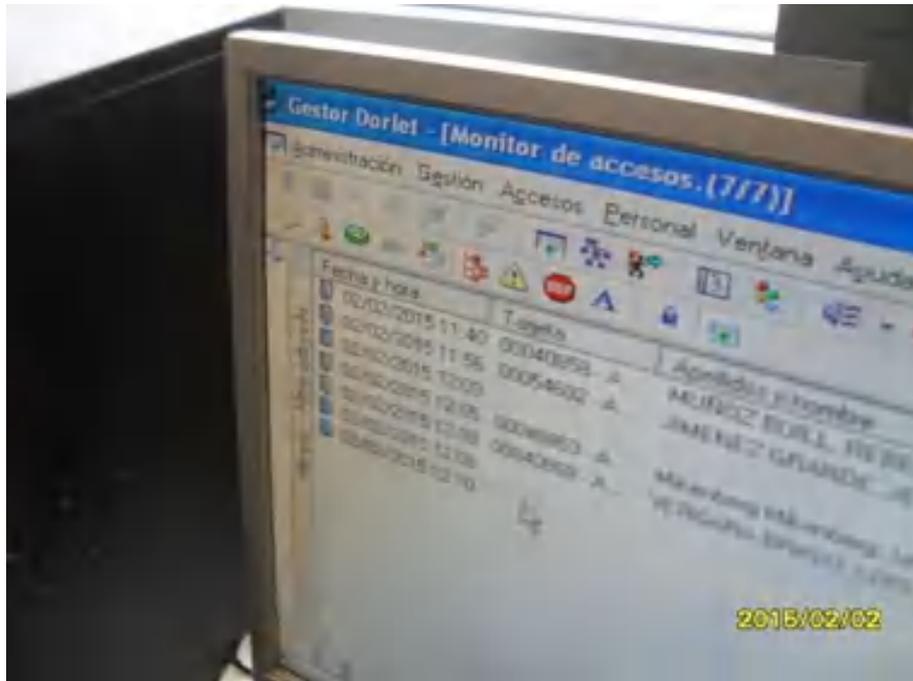
Desde la Centralita de Seguridad, se pueden vigilar todas las entradas al Hospital mediante las cámaras de vigilancia, y se vigilan los accesos a las zonas restringidas del Centro:



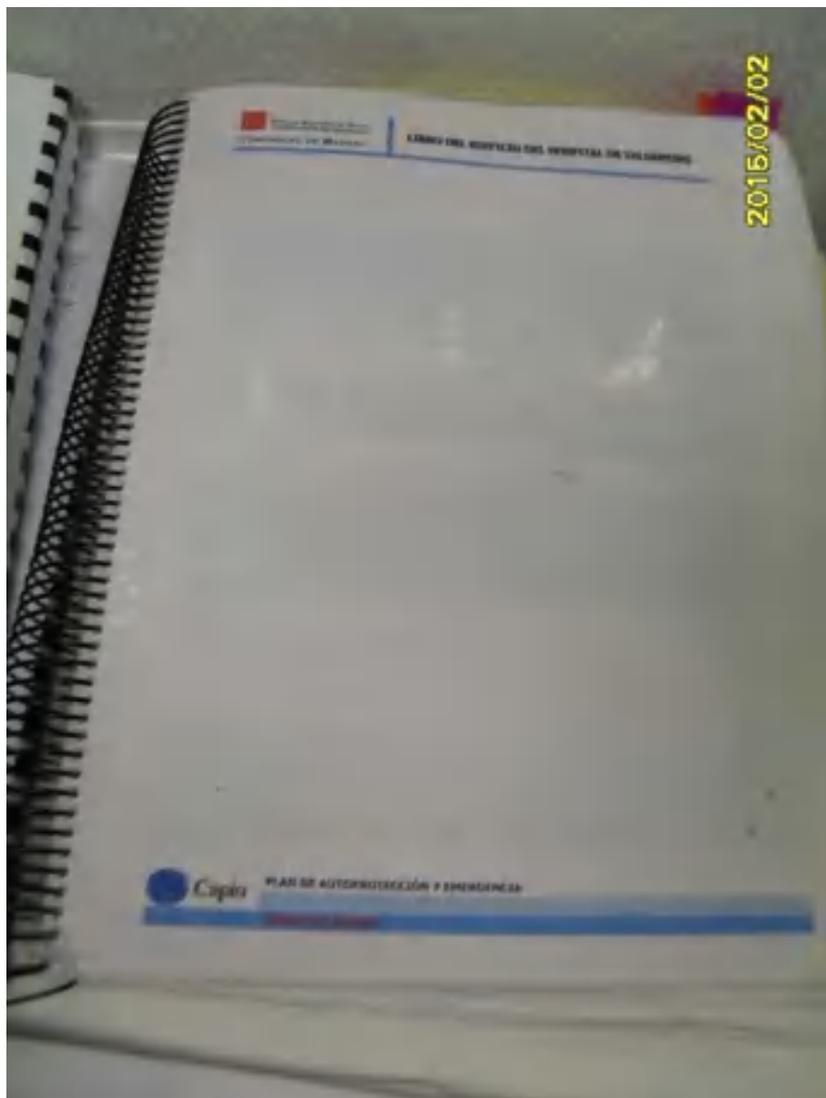












Se han colocado cámaras en todas las entradas al Hospital y en zonas interiores, indicando que es una Zona Videovigilada en cumplimiento de la LOPD:



Grupo Kifer, Multiservicios, S.L.
C/ Cristo de la Salud 32,
28342 Valdemoro (Madrid)
Tel: 91 808 57 60
Fax: 91 895 47 87

UBICACIÓN DE CÁMARAS HUIE

Valdemoro a 18.11.13

➤ **NUMERO DE CÁMARAS TOTALES: 68 cámaras**

➤ **DISTRIBUCIÓN y DESCRIPCIÓN:**

1-Planta -1 Sótano.- 17 cámaras

2-Planta 0 Baja.- 20 cámaras

3-Planta 1ª.- 16 cámaras

4-Planta 2ª.- 11 cámaras

5-Perímetro Exterior.- 4 cámaras giratorias con zoom

Nomenclatura:

M= Monitor

C= Cámara

Modelo de Cámara: Honey Well

Página 1



Grupo Kifer, Multiservicios, S.L.
C/ Cristo de la Salud 32,
28342 Valdemoro (Madrid)
Tel: 91 808 57 60
Fax: 91 895 47 87

1. Planta-1 Sótano: Parking, Farmacia, Cocina y Mortuario.

1. M1-C1. Aparcamiento subterráneo. Puerta acceso ascensores y escaleras de zona almacén de Gálenas.
2. M1-C2. Aparcamiento subterráneo. Calle 4.
3. M1-C3. Aparcamiento subterráneo. Puerta acceso ascensores y escaleras urgencias.
4. M1-C4. Aparcamiento subterráneo. Calle 2.
5. M1-C5. Entrada de acceso al aparcamiento subterráneo. Calle 1.
6. M1-C6. Entrada de acceso al aparcamiento subterráneo. Calle 1.
7. M1-C7. Pasillo acceso a Farmacia y Cocina.
8. M1-C8. Pasillo interior de Farmacia con las puertas de acceso a cámaras y despachos.
9. M1-C9. Entrada exterior de acceso a pasillo de puerta de cocina y su almacén.
10. M1-C10. Ascensores y puerta de acceso a pasillo de puerta de cocina y su almacén.
11. M1-C11. Aparcamiento subterráneo. Calle 1. Puerta de acceso a Pasillo de Cocina.
12. M1-C12. Aparcamiento subterráneo. Calle 1. Puerta de acceso a Pasillo de Almacén General.
13. M1-C13. Ascensores y puerta de acceso a pasillo (de almacenes y salida de basura al exterior).
14. M1-C14. Pasillo de puertas de acceso a cámaras frigoríficas de mortuario, autopsias, anatomía patológica y puerta acceso exterior funerarias.
15. M1-C15. Salida de aparcamiento subterráneo. Calle 1.
16. M1-C16. Salida de aparcamiento subterráneo. Calle 1.
17. M2-C1. Sala de Anatomía Patológica.

Página 2



Grupo Kifir, Multiservicios, S.L.
C/ Cristo de la Salud 32,
28942 Valdemoro (Madrid)
Tel.: 91 888 57 60
Fax: 91 885 47 87

2. Planta 0. *Diálisis, Rehabilitación, Archivo, Corta Estancia, Hospitalización p.0, Radiología, Extracciones, Urgencias, Observación.*

1. M2-C8. Accesos a hospitalización de Corta Estancia, Archivos, Capilla y aseos.
2. M2-C11. Ascensores, acceso escaleras y Acceso a Pasillo trasero de corta estancia.
3. M2-C5. Pasillo de Admisión y sala de espera de radiología y extracciones.
4. M5-C15. Interior de sala de control / CCTV
5. M5-C1. Tramo Final de Pasillo de Hospitalización Planta 0.
6. M5-C2. Tramo Centro de Pasillo de Hospitalización Planta 0.
7. M5-C3. Tramo Entrada de Pasillo de Hospitalización Planta 0.
8. M2-C9. Pasillo de puertas de acceso, de pacientes de Radiología, a cabinas de Rx, Ecógrafo, Mamógrafo y Ortopantomógrafo.
9. M2-C12. Ascensores, acceso escaleras y acceso trasero a pasillo de radiología y observación de urgencia.
10. M2-C10. Pasillo de puertas de acceso a vestuarios y dormitorios de urgencias, acceso a observación de urgencias, acceso a pasillo de personal de rayos, acceso a pasillo de pacientes de radiología, acceso a pasillo de hospitalización (tramo final) de Planta 0.
11. M5-C4. Pasillo de puertas de Sala de lectura, Sala de reuniones, despachos médicos, acceso a sala TAC.
12. M5-C1. Pasillo inferior de radiología con puertas de acceso a ecógrafo, mamógrafo, Rx Telécomandada y ortopantomógrafo.
13. M2-C13. Pasillo de boxes de urgencias y acceso a zona de radiología por urgencia.
14. M2-C8. Pasillo de puerta exterior de acceso de Ambulancias, acceso a Zona de radiología por urgencia y cruce de pasillo de urgencias a boxes y observación.
15. M2-C7. Acceso de entrada del exterior a urgencias, Mostrador de atención de Urgencias, puertas de despachos de jefes de urgencias, acceso a sala de espera de urgencia, acceso a sala de espera de pediatría de urgencias, acceso a zona de boxes y observación de urgencias.
16. M2-C6. Sala de espera de urgencias.
17. M2-C3. Acceso de entrada de personal a diálisis, puertas de dos consultas de nefrología, puerta del estar de diálisis, puerta de atención de diálisis, acceso a sala espera de extracciones.
18. M3-C16. Pasillo de puerta de acceso a gimnasio de rehabilitación, puertas de consultas de traumatología y cardiología, acceso a pasillo de sala de espera de extracciones.
19. M3-C15. Pasillo de puertas de consultas de cardiología, puerta almacén de de cardiología, acceso de personal (a Vestuarios, diálisis y sala de máquinas de diálisis).

Página 2



Grupo Kifir, Multiservicios, S.L.
C/ Cristo de la Salud 32,
28942 Valdemoro (Madrid)
Tel.: 91 888 57 60
Fax: 91 885 47 87

20. M2-C2. Ascensores y escaleras, Acceso a Sala de Espera AD de Rehabilitación.

3. Planta 1ª. *Entrada Principal, Información, Admisión y Atención al Usuario, Cafetería, Consultas Externas, Bloque Quirúrgico, C.M.A., Bloque obstétrico y neonato, Hospitalización Obstétrica y Neonatal.*

1. M3-C1. Ascensores y escaleras, acceso a hall principal-acceso personal a cafetería.
2. M3-C2. Ascensores, acceso escaleras, entrada a C.M.A, acceso a Sala Espera C.M.A.
3. M3-C3. Pasillo acceso a Partitorio y Neonatos, puerta de consulta de ginecología infantil.
4. M3-C4. Ascensor, acceso a escaleras, acceso al pasillo oeste 1ª PL.
5. M3-C5. Pasillo oeste acceso a quirófano y endoscopia, acceso admisiones.
6. M3-C8. Ascensor, acceso a escaleras, acceso a pasillo oeste.
7. M2-C14. Ascensor, acceso escaleras, acceso pasillo este de entrada por Consultas Externas.
8. M2-C15. Hall Entrada Principal, puertas de atención al usuario e información, entrada a cafetería de usuarios.
9. M2-C16. Pasillo interior de quirófanos.
10. M5-C9. Final Pasillo Hospitalización 1ª PL.
11. M5-C10. Centro Pasillo Hospitalización 1ª PL.
12. M5-C11. Entrada Pasillo Hospitalización 1ª PL.
13. M5-C13. Entrada a C.M.A.
14. M5-C14. Pasillo de acceso a quirófano, puertas de supervisión y coordinación de quirófano.
15. M5-C8. Pasillo Consultas Externas, puertas de consultas de la C1-38 a la C1-44.
16. M5-C12. Pasillo de entrada a consultas externas y salas de espera A1 y F1.

Página 3





Grupo Kifer, Multiservicios, S.L.
C/Orto de la Salud 32,
28140 Valdemoro (Madrid)
Telf: 91 808 57 60
Fax: 91 855 47 87

4. Planta 2º, ADMINISTRACIÓN, HOSPITAL DE DÍA, U.C.I. HOSPITALIZACIÓN Y DIAFANO-AMPLIACIONES.

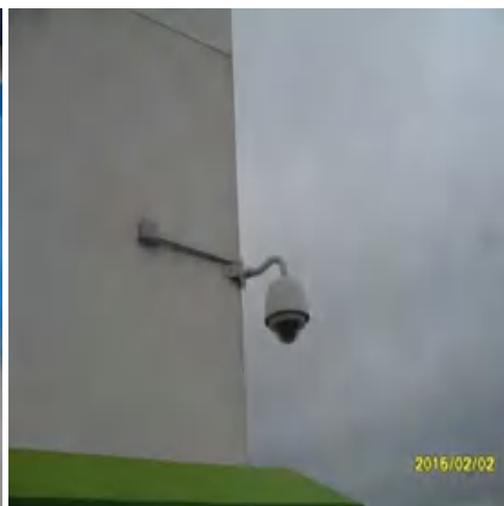
1. M3-C7. Ascensores, acceso escaleras y acceso a Administración.
2. M3-C8. Pasillo de Salas de Ampliaciones.
3. M3-C9. Hall 2º Pl., acceso a administración, acceso a dirección, puertos de despacho de supervisión y archivo.
4. M3-C10. Pasillo Acceso a Hall-Administración, ascensores y acceso a escaleras.
5. M3-C11. Acceso a U.C.I., puertas de Aíslas y Salón de Actos, acceso a pasillo lateral de UCI, acceso a pasillo lateral de Hospital de día-banco de Sangre-laboratorio, acceso a sala de espera de psiquiatría-admisión de Hospital de día.
6. M3-C12. Interior de Hospital de Día, puesto de control y su acceso de entrada.
7. M3-C13. Ascensor, acceso escaleras, acceso a pasillo oeste.
8. M3-C14. Ascensor, acceso a escaleras, acceso a pasillo oeste.
9. M5-C5. Entrada Pasillo Hospitalización 2º Pl.
10. M5-C6. Centro Pasillo Hospitalización 2º Pl.
11. M5-C7. Final Pasillo Hospitalización 2º Pl.

5. Perímetro Exterior. Entradas de acceso al hospital

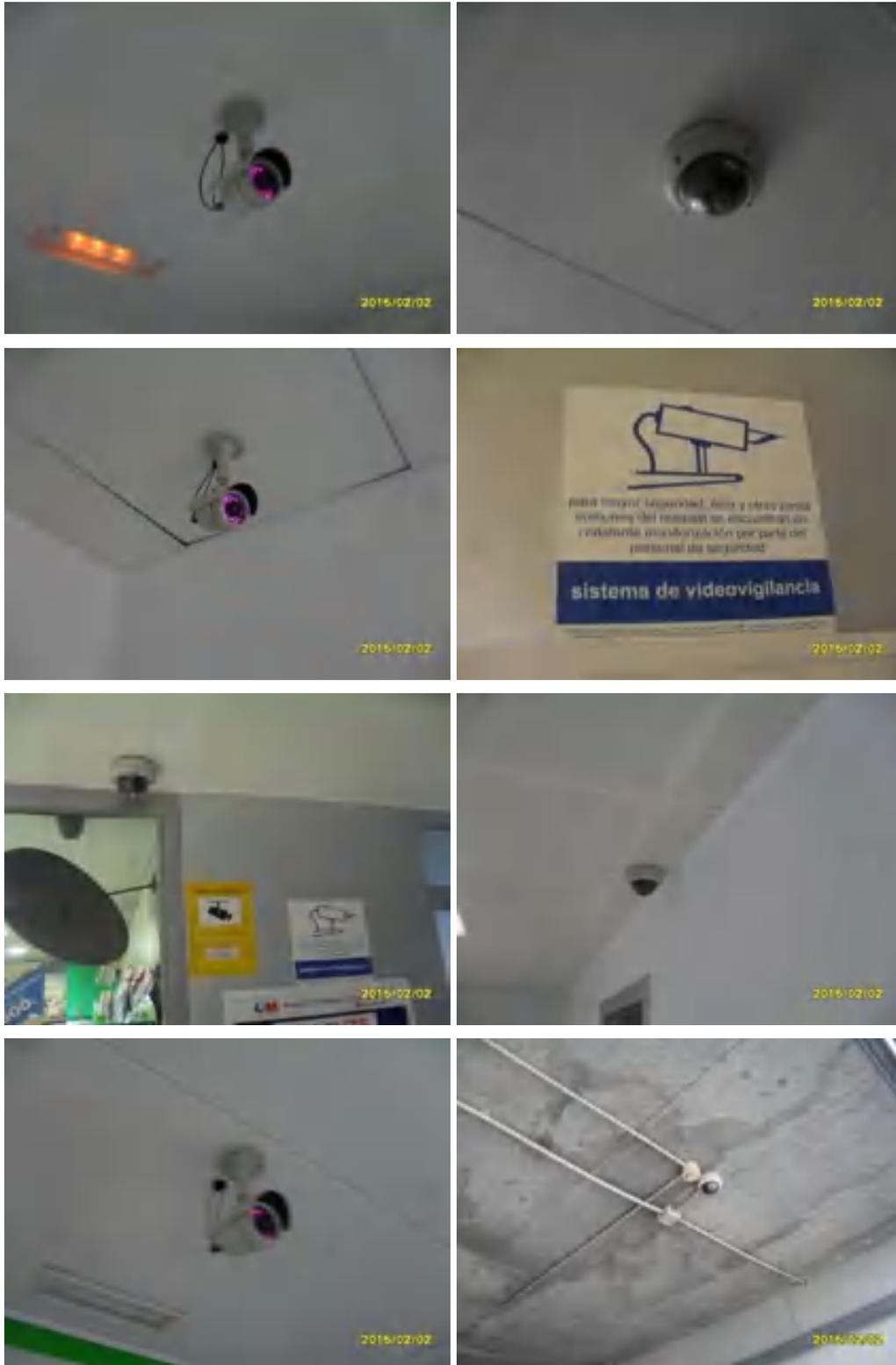
1. M4-C1 Motorizada. Puerta de acceso Principal y Puerta de acceso a Consultas Externas (Visualización Habitual). Posibilidad de giro para observar fachada trasera de cafetería y su aparcamiento.
2. M4-C2 Motorizada. Calle entre Edificio Industrial y Edificio de Farmacia, Cocina, Almacén General, Lencería, Limpieza, Mortuorio y Anatomía Patológica, acceso de proveedores (Visualización Habitual). Posibilidad de giro para observar fachada sur con puerta exterior de acceso a pasillo de locales sindicales-farmacia-cocina, aparcamiento de ambulancias, rampa de acceso a los aparcamientos subterráneos.
3. M4-C3 Motorizada. Entrada pacientes de urgencias, entrada ambulancias urgencias (Visualización Habitual). Posibilidad de giro para observar aparcamiento exterior de urgencias, Salida de aparcamiento subterráneo, Puerta de entrada de acceso a pasillo de Limpieza-Almacén-Anatomía Patológica, Calle entre Edificio Industrial y Edificio Hospital vía de farmacia-cocina descrito en la visualización habitual de la cámara M4-C2 anteriormente descrita.
4. M4-C3 Motorizada. Entrada interior de acceso a rehabilitación-diálisis y aparcamiento de ambulancias (Visualización Habitual). Posibilidad de giro para observar aparcamiento exterior de diálisis-rehabilitación y urgencias.

Página 5

Si bien, se han detectado determinadas zonas que no quedan completamente vigiladas con las cámaras de vigilancia existentes, tal como es el caso de la entrada de consultas externas y urgencias, así como en determinadas salas de espera, por lo que se deberían revisar estas zonas para colocar cámaras de seguridad que garanticen la total vigilancia de las mismas:

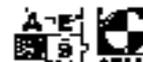








Documentación remitido de los Vigilantes de Seguridad que prestan sus servicios en el Centro Hospitalario de Valdemoro, cumpliendo con la legislación vigente aplicable:



I. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847. 848. 849. 850. 851. 852. 853. 854. 855. 856. 857. 858. 859. 860. 861. 862. 863. 864. 865. 866. 867. 868. 869. 870. 871. 872. 873. 874. 875. 876. 877. 878. 879. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 890. 891. 892. 893. 894. 895. 896. 897. 898. 899. 900. 901. 902. 903. 904. 905. 906. 907. 908. 909. 910. 911. 912. 913. 914. 915. 916. 917. 918. 919. 920. 921. 922. 923. 924. 925. 926. 927. 928. 929. 930. 931. 932. 933. 934. 935. 936. 937. 938. 939. 940. 941. 942. 943. 944. 945. 946. 947. 948. 949. 950. 951. 952. 953. 954. 955. 956. 957. 958. 959. 960. 961. 962. 963. 964. 965. 966. 967. 968. 969. 970. 971. 972. 973. 974. 975. 976. 977. 978. 979. 980. 981. 982. 983. 984. 985. 986. 987. 988. 989. 990. 991. 992. 993. 994. 995. 996. 997. 998. 999. 1000.

Don JOSÉ MANUEL GARCÍA FERNÁNDEZ, en su calidad de Jefe Superior de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio de Prevención Propia de la compañía GASECOP S.L. CERTIFICA, para que conste a los efectos oportunos que:

1. IDENTIFICACIÓN SUJETO

En relación a la actividad económica:

Riesgos y medidas preventivas para el puesto de trabajo de seguridad

Con el siguiente titular:

1. En la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Orden Ministerial de 1984.
2. Espacios de trabajo y señalización.
3. Descripción de actividades, riesgos y medidas preventivas en el sector agrícola y ganadero.
 - 3.1. Cálculo de personas.
 - 3.2. Educación de personas de voluntarios.
 - 3.3. Señalización.
 - 3.4. Prevención de incendios.
 - 3.5. Atenciones otorgadas por seres vivos. Agricultura.
 - 3.6. Trabajos húmedos y mojarros.
 - 3.7. Carga física. Ascensos.
4. Actuaciones en situaciones de emergencia. Desplazamiento al exterior.

Realizada el día 21 de octubre de 2013, con una duración de 3 horas.

Así manifestamos el 21 de octubre de 2013.

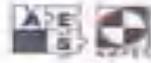
[Firma]
Fdo. el Director de Curso

[Firma]
Fdo. el Titular



GESMAN, S.L. Seguridad y Bienestar
 Pol. Ind. Alparoch, C/da Virgen del Carmen, 1. Pobl. de San Juan. 46100 Albalat de los Ribes (Valencia)
 Telf: 91 2094 401 Fax: 91 20 24 37
 e-mail: gmg@gesman.es web: www.gesman.es





Dado JOSÉ MANUEL GARCÍA FERNÁNDEZ, con DNI 35317688G, en calidad de Técnico Superior de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio de Prevención Propio de la empresa BASEGUR S.L. CERTIFICA, para que conste a los efectos oportunos que:

En JOSÉ MANUEL FOLISTERA

Ha asistido a la actividad formativa:

Riesgos y medidas preventivas para el puesto de vigilante de seguridad

Con el siguiente temario:

- 1.- La Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Marco Normativo Básico.
- 2.- Tipos de trabajo y actividades.
- 3.- Descripción de actividades, riesgos y medidas preventivas en el sector seguridad privada.
 - 3.1. Crisis de personas.
 - 3.2. Utilización de herramientas de visualización.
 - 3.3. Riesgos eléctricos.
 - 3.4. Prevención de incendios.
 - 3.5. Accidentes causados por actos violentos, Agresiones.
 - 3.6. Trabajos a altura y excavación.
 - 3.7. Drogas ilícitas. Alcoholes.
- 4.- Actuaciones ante situaciones de emergencia. Socorrerías Industrial.

Contenido el día 18 de junio de 2013, con una duración de 2 horas.

En Noya, a 14 de junio de 2013

Firma: El Director del curso

Firma: El Interesado



BASEGUR, S.L. Seguridad y Sistemas
Paseo del Mediterráneo, 1 La Mina del Comero, 1. Puerto. C/Comero 192. 02901 Ferranduz (Almería)
Telf: 91-871 23 34 / Fax: 91 871 23 81
www.basegur.com





Don **JOSÉ MANRIZ GARCÍA FERNÁNDEZ**, con DNI 45311961G, en calidad de Titular Sucesivo de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio de Prevención Propio de la empresa **SABEDAT S.L.**, CERTIFICA que:

EL/ LA SEÑOR/A JOSÉ MANRIZ GARCÍA

ha participado **activamente** en la actividad formativa:

Resgos y medidas preventivas para el puesto de vigilante de seguridad

Con el siguiente temario:

- 1.- Abreva normativa laboral.
- 2.- Conceptos generales P.R.L.
- 3.- Principios generales de la acción preventiva.
- 4.- Directiva y disposiciones de los trabajadores en materia preventiva.
- 5.- Particularidades de los trabajadores.
- 6.- La inspección pública en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- 7.- Riesgos laborales ligados a las actividades de seguridad.
- 8.- Medidas preventivas.
- 9.- Ejercicios.
- 10.- Evaluaciones.
- 11.- Situaciones especiales y pautas para determinadas actividades de emergencia e instalaciones en los lugares de trabajo.

Y para que de todo, a las autoridades competentes, firme el presente en:

Madrid, a 21 de octubre de 2015.

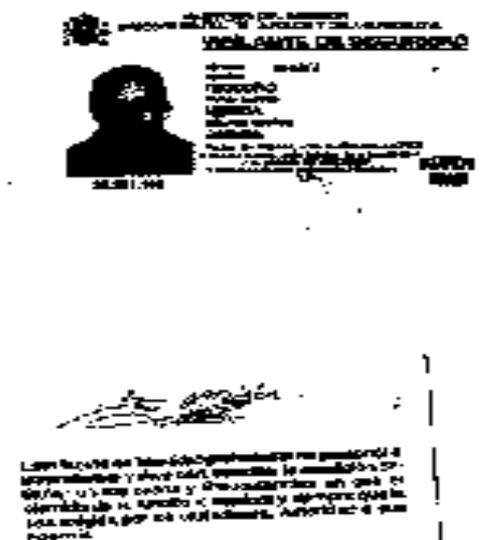
[Firma]
Yo, J. Manriz del curso:

[Firma]
Yo, el responsable del curso:



SABEDAT S.L. - Seguridad y Bienestar
P.O. Box 22000000, 22110 Sabadell, España | Apart. Correo 760, 28001 Madrid, España
Telf: 91 417 22 84 (5L) Fax: 91 417 22 84 P
www.sabedat.com





ACCESOS Y SALIDAS:

El personal autorizado del Hospital dispone de llaves para el acceso a zonas restringidas no públicas, autorizadas por el Jefe de Mantenimiento y S.S.GG., y con objeto de controlar los accesos a las distintas áreas del Hospital, queda registrado en los siguientes documentos. Los Vigilantes de Seguridad pueden controlar los distintos accesos a las diversas áreas restringidas del Hospital a través de las cámaras existentes en todas las entradas:



MULTISERVICIOS
CLINIC | BUSINESS | SERVICES



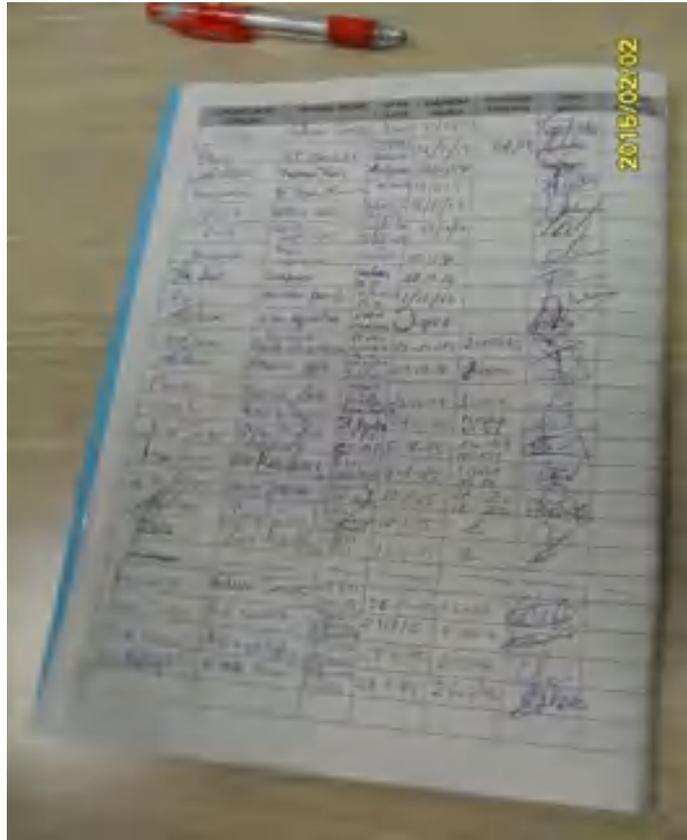
RELACIÓN DE ENTREGA DE LLAVE MAESTRA

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
INFANTA ELENA**



RELACIÓN DE ENTREGA DE LLAVES PARA DESPACHOS Y CONSULTAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO
INFANTA ELENA



| INDICADOR DE CALIDAD | NOMBRE HOSPITAL | Nº DE HAYES | HORA SALIDA | HORA ENTRADA | TIEMPO SALIDA | TIEMPO ENTRADA |
|----------------------|-----------------|-------------|-------------|--------------|---------------|----------------|
| ... | ... | ... | 15:30 | 17:45 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 15:40 | 17:55 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 16:00 | 18:15 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 16:10 | 18:25 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 16:20 | 18:35 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 16:30 | 18:45 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 16:40 | 18:55 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 16:50 | 19:05 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 17:00 | 19:15 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 17:10 | 19:25 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 17:20 | 19:35 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 17:30 | 19:45 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 17:40 | 19:55 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 17:50 | 20:05 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 18:00 | 20:15 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 18:10 | 20:25 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 18:20 | 20:35 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 18:30 | 20:45 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 18:40 | 20:55 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 18:50 | 21:05 | ... | ... |
| ... | ... | ... | 19:00 | 21:15 | ... | ... |



HOSPITAL INFANTA ELENA

| Nombre | Fecha | Tarea | Estado | Observaciones |
|-------------|----------|----------------|-----------|---------------|
| Don Antonio | 20/10/14 | Revisión de... | Realizado | |
| Don Antonio | 21/10 | Revisión de... | Realizado | |
| Don Antonio | 22/10 | Revisión de... | Realizado | |
| Don Antonio | 23/10 | Revisión de... | Realizado | |
| Don Antonio | 24/10 | Revisión de... | Realizado | |
| Don Antonio | 25/10 | Revisión de... | Realizado | |
| Don Antonio | 26/10 | Revisión de... | Realizado | |
| Don Antonio | 27/10 | Revisión de... | Realizado | |
| Don Antonio | 28/10 | Revisión de... | Realizado | |
| Don Antonio | 29/10 | Revisión de... | Realizado | |
| Don Antonio | 30/10 | Revisión de... | Realizado | |
| Don Antonio | 31/10 | Revisión de... | Realizado | |

2015/02/02

El personal de Vigilancia registra todas las tareas diarias que llevan a cabo en el siguiente formato:

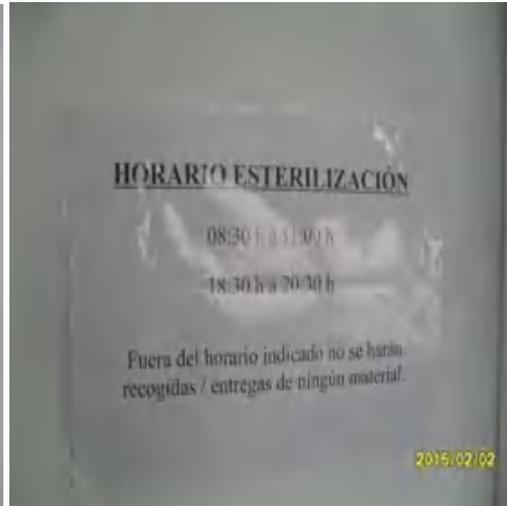
TAREAS DE

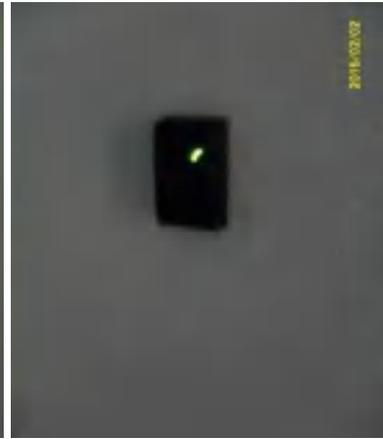
TAREAS DE

2015/02/02

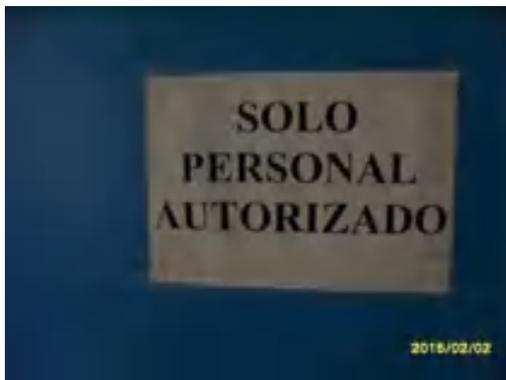
Están identificadas las zonas cuyo acceso está sólo permitido a personal autorizado, debiendo llamar al timbre para poder acceder en zonas de alto riesgo:











Las Empresas Proveedoras que suministran productos o servicios al Hospital acceden por la entrada de mercancías, indicando el motivo de la visita al personal ubicado allí, debiendo llamar a la puerta para poder acceder al área de mantenimiento:





No se inspeccionan los objetos, carteras de mano, bolsos, paquetes, etc. que portan las visitas, aunque en los casos que se considere conveniente por la seguridad del Hospital, por parte de los Vigilantes de Seguridad se puede solicitar. No se lleva a cabo la inspección de la correspondencia y paquetería dirigidas al personal del Hospital por parte del Servicio de Vigilancia y Seguridad, esta actividad la lleva a cabo personal propio del Hospital.

En relación con el acceso al Parking subterráneo, sólo el Personal del Centro puede acceder al mismo mediante la acreditación correspondiente, existiendo cámaras de vigilancia en el parking. El Parking de superficie es público y no vigilado aunque las cámaras de vigilancia perimetrales pueden obtener imágenes del mismo:







RONDAS:

Un Vigilante en el turno de día y otro en el turno de noche, realizan 2 rondas de vigilancia por turno en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, recorriendo un itinerario aleatorio, garantizándose que el personal de vigilancia pasa por todas las áreas del Hospital.

Los vigilantes realizan una vigilancia que asegura la correcta utilización de las puertas de los edificios, especialmente en el horario de apertura y cierre.

Los vigilantes inspeccionan diariamente todos los edificios asegurando el cierre de puertas, ventanas y la desconexión de instalaciones eléctricas.

Los vigilantes ejercen la vigilancia y efectúan las rondas interiores y exteriores en los Centros, incluyendo jardines, viales y e instalaciones anexas.

Los vigilantes son los responsables del control diario de Rondas de Vigilancia y de su correcta realización.

Los vigilantes inspeccionan el estado aparente de las instalaciones, sistemas, servicios, aparcamiento y zonas comunes, notificando a los Responsables de Seguridad del Hospital, cualquier incidente o avería que se detecte o cualquier circunstancia que afecte o que pueda originar situaciones de inseguridad.

RECURSOS HUMANOS Y ORGANIZACIÓN:

Los trabajadores que prestan el servicio lo hacen sin armas.

En plantilla hay 5 vigilantes, habiéndose verificado el cuadrante del mes de octubre y noviembre de 2014.

Se ha comprobado que el personal auxiliar presta sus servicios en 2 turnos de lunes a viernes de 7h a 15h y de 15h a 23h.

Se ha comprobado mediante muestreo, que los trabajadores que prestan el Servicio disponen de Tarjeta de Identificación Personal.

Los trabajadores que prestan el servicio se ha comprobado que portan la Tarjeta de Identificación Personal en el interior del recinto donde trabajan.

Se ha comprobado mediante muestreo que los vigilantes no trabajan más de 8 horas por turno.

Existe un protocolo documentado para coordinar la ejecución de las actuaciones conforme a protocolos y a las funciones encomendadas al personal.

Se ha comprobado la existencia de un coordinador dentro del personal de vigilancia que se ocupa de solucionar todas las incidencias incluso fuera de su turno.

Los auxiliares no realizan funciones que competen exclusivamente a los vigilantes de Seguridad por Ley (ni manejar ni mirar las cámaras, ya que está prohibido por Ley; ni pedir bolsos. SÓLO AVISAR A VIGILANTES O POLICÍA).

Los vigilantes conocen que deben poner a disposición de los cuerpos y fuerzas de Seguridad del Estado a los presuntos delincuentes en relación con los objetos de protección, así como los instrumentos, efectos y pruebas de los delitos, no pudiendo proceder al interrogatorio.

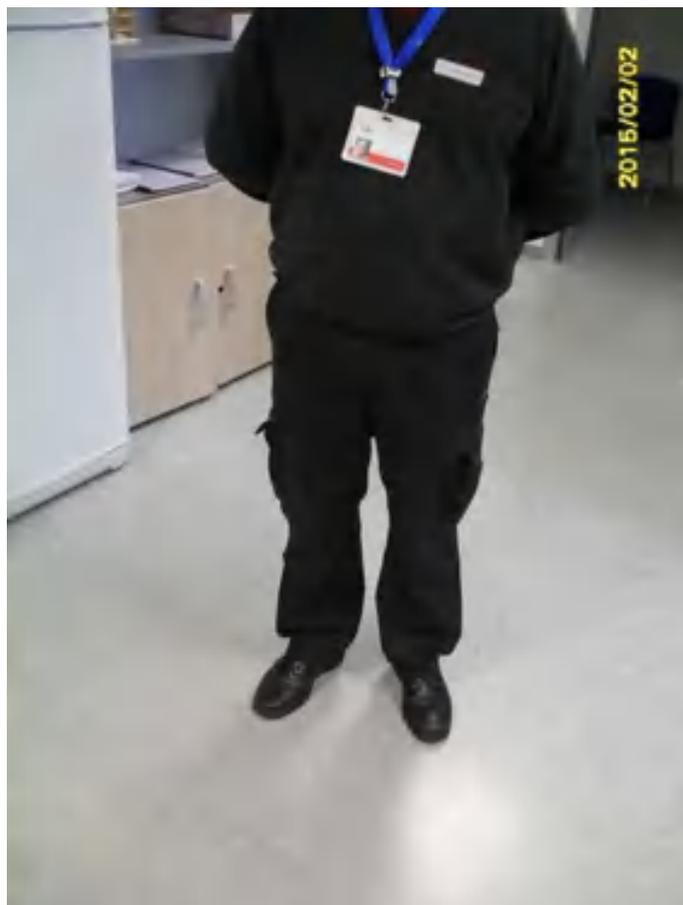
La uniformidad del personal es correcta y evita el empleo de prendas no reglamentarias.

Los vigilantes de seguridad siguen los Principios de Dignidad, Protección y trato correcto a las personas.

Los vigilantes de seguridad evitan cometer abusos, arbitrariedades y violencias actuando con congruencia y proporcionalidad en la utilización de sus facultades y medios disponibles. Se actúa con puntualidad a la hora de incorporarse y abandonar el Servicio. Los vigilantes conocen que bajo ningún concepto deben abandonar su lugar de trabajo sin una sustitución previa. No se ha verificado que el servicio de vigilancia fume en ningún ámbito donde desarrolle su trabajo.

La Empresa de seguridad controla control de presencia de los trabajadores asignados al servicio, dando cuenta mensualmente a los Responsables de Seguridad del Hospital de dicho control para el cotejo del mismo. Se ha evidenciado la documentación de los Vigilantes de Seguridad que prestan sus servicios en el Centro Hospitalario de Valdemoro, cumpliendo con la legislación vigente aplicable:

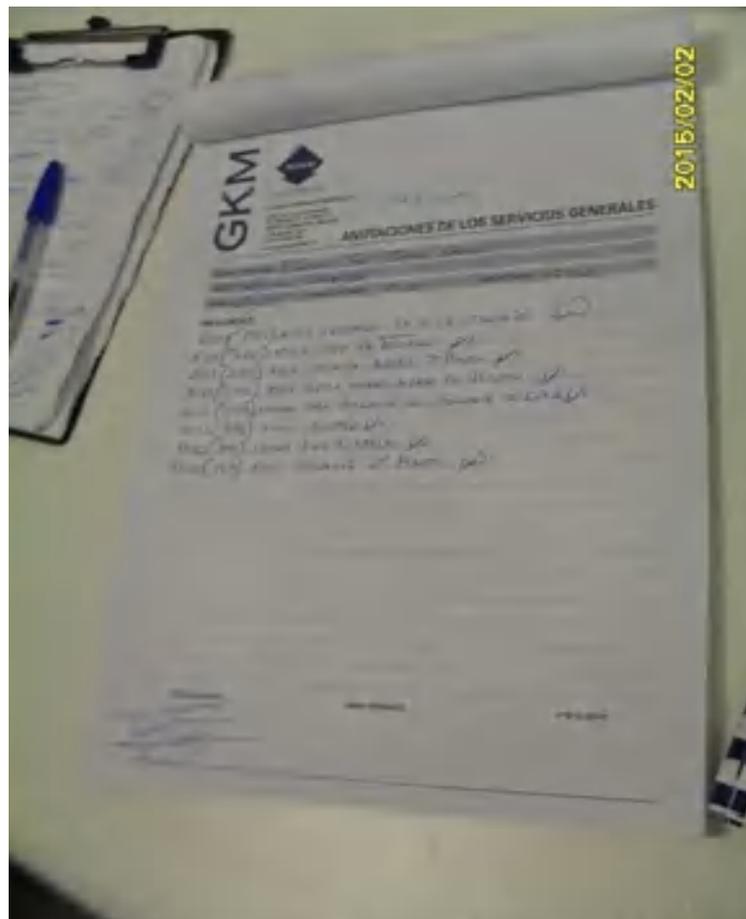
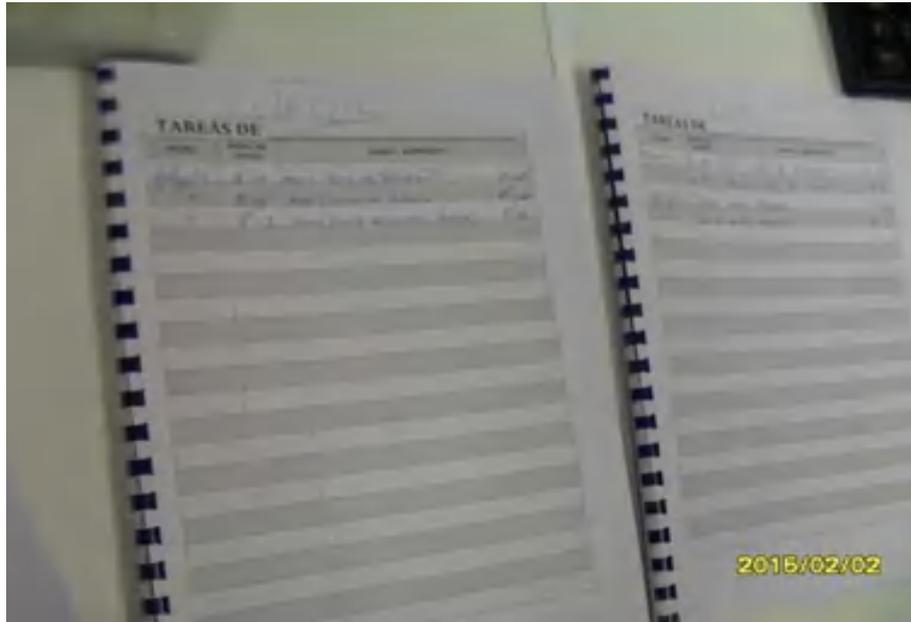




| FALCON CONTRATAS Y SEGURIDAD | | 2. Febrero 2015 | | | | HOSPITAL INFANTA ELENA-VALDEMOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------|-----------------|-------|-------|-------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------|-------|--|
| Registrado | | Octubre 2014 | | | | Nº Contrato 1987 Tipo Servicio Vigilante en Armaféjiga | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellidos y Nombre | X | J | V | S | D | L | M | X | J | V | S | D | L | M | X | J | V | S | D | L | M | X | J | V | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| MERIDA GARCIA | 19:00-19:30 | | | | 19:00-19:00 | | | | | | | | | | | | | | | 19:00-19:00 | 19:00 | | | | | | | | 19:00-19:00 | 19:00 | |
| TEODORO | 7:00-7:30 | | | | 7:30-7:30 | | | | | | | | | | | | | | | 7:00-7:00 | 7:00 | | | | | | | | 7:00-7:00 | 7:00 | |
| 168 HORAS | 12:00 | 12:00 | | | 12:00 | 12:00 | | | | | | | | | | | | | | 12:00 | 12:00 | 12:00 | | | | | | | 12:00 | 12:00 | |
| MANUZ FOLGUERA JONE | 7:00-7:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 7:00-7:00 | | | | | | | | | 7:00-7:00 | 7:00 | |
| 168 HORAS | 12:00 | 12:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12:00 | 12:00 | | | | | | | | 12:00 | 12:00 | |
| FEDREGAL HUELVES ANTONIO OSCAR | | | | | 7:00-7:00 | 7:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 158 HORAS | | | | | 12:00 | 12:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOVILLO GUTIERREZ ANGEL | | | | | 7:00-7:00 | 7:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 128 HORAS | | | | | 12:00 | 12:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HUJAZO QUINTANERO JOSE LUIS | | | | | 19:00-19:00 | 19:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 180 HORAS | | | | | 7:00-7:00 | 7:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL 744 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | |

| FALCON CONTRATAS Y SEGURIDAD | | 2. Febrero 2015 | | | | HOSPITAL INFANTA ELENA-VALDEMOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------|-----------------|-------|-------|-------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| Registrado | | Noviembre 2014 | | | | Nº Contrato 1987 Tipo Servicio Vigilante en Armaféjiga | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellidos y Nombre | S | D | L | M | X | J | V | S | D | L | M | X | J | V | S | D | L | M | X | J | V | S | D | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| MERIDA GARCIA | 19:00-19:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEODORO | 7:00-7:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 168 HORAS | 12:00 | 12:00 | 12:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MANUZ FOLGUERA JOSE | 7:00-7:00 | 7:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 158 HORAS | 12:00 | 12:00 | 12:00 | 12:00 | 12:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FEDREGAL HUELVES ANTONIO OSCAR | | | | | 7:00-7:00 | 7:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 132 HORAS | | | | | 12:00 | 12:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOVILLO GUTIERREZ ANGEL | | | | | 7:00-7:00 | 7:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 96 HORAS | | | | | 12:00 | 12:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HUJAZO QUINTANERO JOSE LUIS | | | | | 19:00-19:00 | 19:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 168 HORAS | | | | | 7:00-7:00 | 7:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL 720 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | 24:00 | |



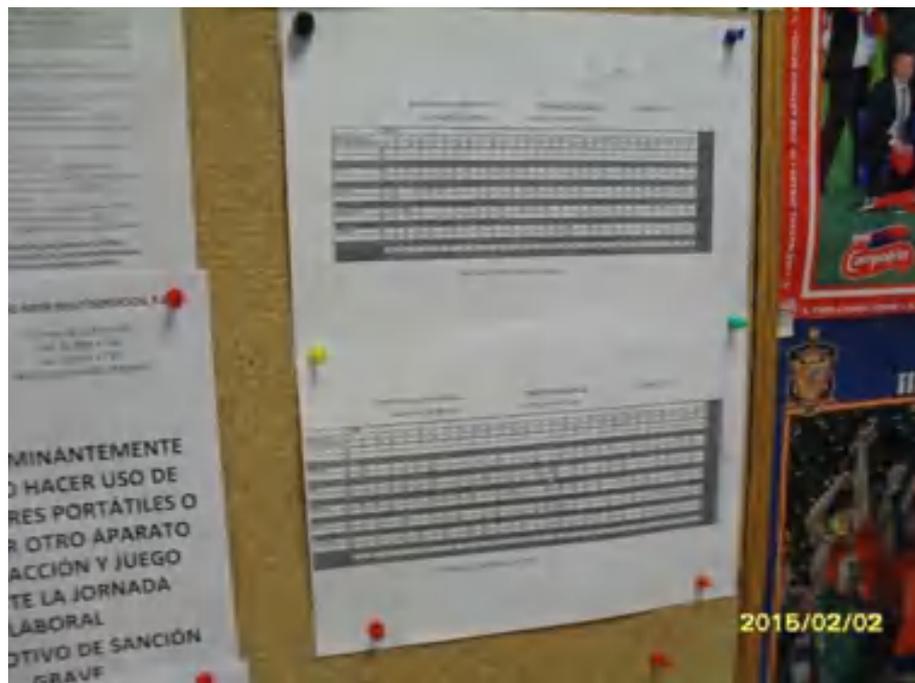


GRUPO KIFER MULTISERVICIOS S.L. PRESENCIA HORAS DE
CUADRANTES DE SERVICIO HOSPITAL INFANTA ELENA

| EMPLEADAJA DIA DE SEMANA | DIAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | | |
| E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TORREJÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEJUMÍN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| YEBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 22 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | |

2015/02/02

TELEFONO DE PEDRO GIMENEZ





KUFER
AUTOMÁTICAS
SERVICIOS TÉCNICOS S.L.
Calle de San Isidro nº 18
46100 VALDEMORO
T 96 46 70 00
www.kufer.es

PARTE DE SERVICIOS

NOMBRE CLIENTE: Isabel Geman de Pádua

CÓDIGO: Móstoles Ramblas

FECHA: 6-11-15 HORA INICIO: 19:00 HORA FIN: 07:50

INCIDENCIAS

Comienzo servicio relevado al compañero Fernando S/N.

20:03 Llamada 2007 para abrir desp. de quincenas

20:07 Llamada 1260 para abrir H. de Día

20:29 Llamada 2046 para abrir cardío (dejar como parada)

20:35 Llamada 1337 para abrir volcán nº 11

21:08 Llamada 3008 para abrir vestuario urgencias pl. 0

22:45 Llamada 1421 para cerrar seguridad en cajas

23:13 Llamada 1421 para cerrar seguridad en cajas

23:29 Llamada 2466 para abrir endoscopios

01:33 Llamada 2402 para cerrar endoscopios

03:00 Viene Tato V. Seguridad de urgencias

03:44 Llamada 1338 para abrir estudio

06:10 Viene Tato V. Seguridad de urgencias

07:50 Termina servicio relevado por Fernando S/N.

FECHA DE EMISIÓN



FIRMA DEL TÉCNICO

FECHA DE RECEPCIÓN

GKM



MULTISERVICIOS
GRUPO KIPER MULTISERVICIOS S.L.
Avda. del Mar Mediterráneo 108
46107 VALDEMORO
T 918 086 760
F 918 856 797
www.grupokiper.es

PARTE DE SERVICIOS

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS <i>Rafael J. Cases</i> | | |
| SERVICIO <i>Atención al Cliente</i> | | |
| FECHA <i>8/11/13</i> | HORA DE ENTRADA <i>7:00</i> | HORA DE SALIDA <i>19:00</i> |

INCIDENCIAS:

- Inicio Servicio realizado a las 7:51 (2471) abis Sala de Actas*
- 8:29 (2445) abis estufas a Limpieza*
- 9:15 (3002) abis Aula 2*
- 10:01 (2362) abis claustrios 2º PL a Limpieza*
- 10:59 (3092) abis zona dropaun 2º PL a Sergio electrocardiograma*
- 12:08 (1338) abis claustrios 1º PL y Vestuario Limpieza*
- 14:05 (1334) abis Vestuario 2º PL*
- 15:49 (2008) Cerran Camillas de Control*
- 17:31 (3093) abis claustrios 2º PL a Mantenimiento*
- 17:59 (3001) Cerran administracion*

19:00 Fin del Servicio realizado por Rafael



FIRMA ENTRANTE

Vº Bº CLIENTE



ALARMAS:

Los auxiliares gestionan los sistemas correspondientes a las medidas de seguridad de carácter electrónico existentes en el edificio. Los auxiliares procuran un recinto seguro ante el riesgo de incendio, y consiguen que los sistemas electrónicos y medios de intervención inmediata se encuentren en perfecto estado.

Los auxiliares atienden y transmiten cualquier incidencia relacionada con sus funciones asignadas al responsable de seguridad. Los auxiliares utilizan los elementos de cada subsistema siguiendo las indicaciones del responsable del servicio.

Los vigilantes supervisan y controlan los sistemas de protección anti-intrusos y las instalaciones presentes o futuras que se encuentren en el recinto. Los vigilantes gestionan el sistema integral de seguridad instalado ante los riesgos de intrusión e incendio, actuando según los Protocolos preestablecidos. Los vigilantes intervienen ante conatos de incendios o cualquier otra clase de siniestro o accidente adoptando medidas preventivas para evitar que estos se produzcan.

Los vigilantes controlan el equipamiento de seguridad instalado o a instalar en el Hospital. Se opera desde los Centros de Control los Sistemas de Seguridad (Cámaras de Vigilancia, Sistemas de alarmas, Protección de Incendios, Instalaciones Técnicas, etc.), dando respuesta adecuada a las alarmas producidas por los sistemas de seguridad instalados o que en el futuro puedan instalarse en las diversas dependencias.

La Empresa de Vigilancia dispone de un Centro de control con Central Receptora de alarmas debidamente habilitada y con atención del servicio propio, durante las 24 horas del día.

Se opera desde los Centros de Control (Centralita de Seguridad) los Sistemas de Seguridad (Cámaras de Vigilancia, Sistemas de alarmas, Protección de Incendios, Instalaciones Técnicas, etc.), dando respuesta adecuada a las alarmas producidas por los sistemas de seguridad instalados o que en el futuro puedan instalarse en las diversas dependencias.

SASEGUR y KIFER dispone de un Centro de control con Central Receptora de alarmas debidamente habilitada y con atención del servicio propio, durante las 24 horas del día.

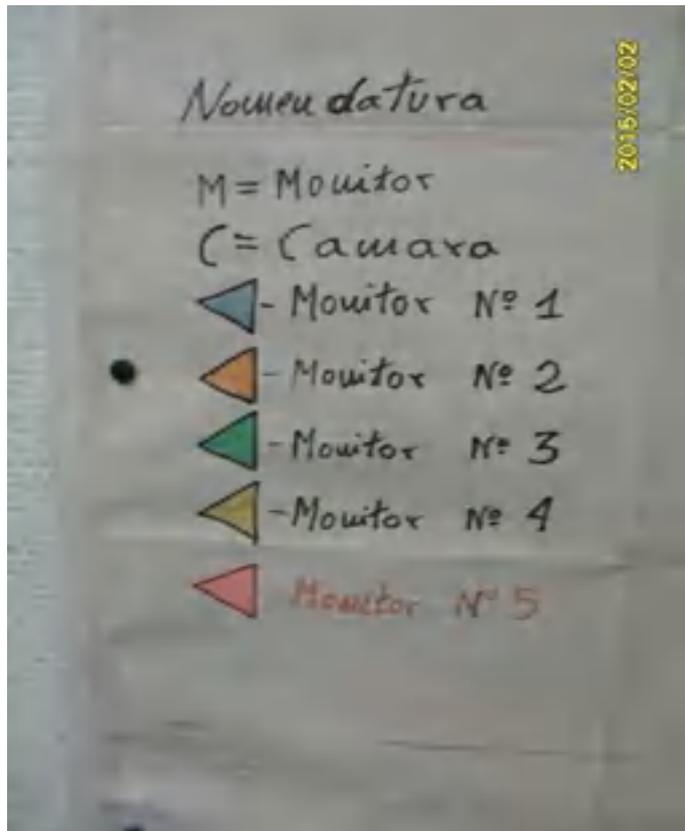
MEDIOS TÉCNICOS:

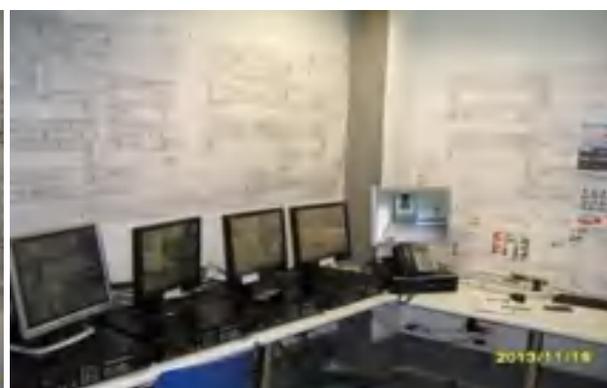
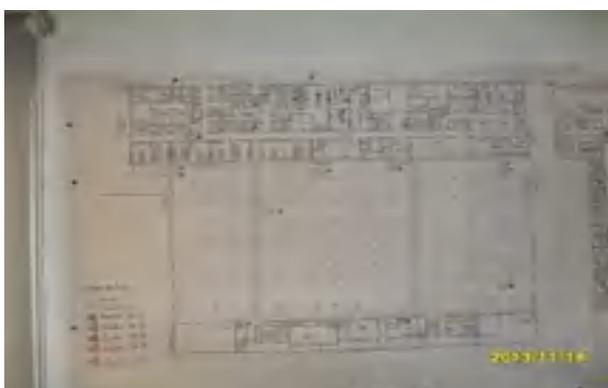
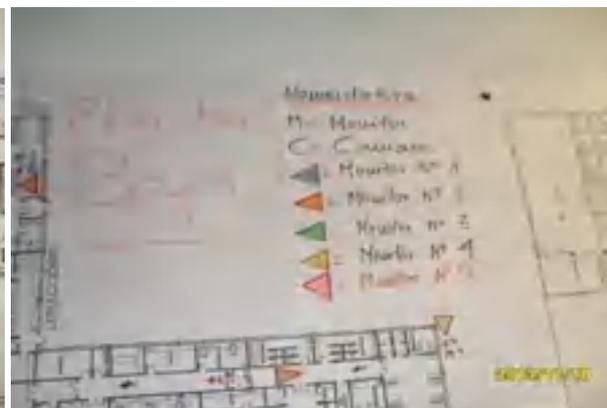
Se ha verificado la existencia de la relación de medios técnicos y auxiliares que aporta la adjudicataria para la prestación del servicio. Se ha evidenciado que los vigilantes comprueban la correcta utilización y cuidado de los medios técnicos y auxiliares.

Planos de ubicación de las cámaras de vigilancia con objeto de identificar una zona rápidamente en caso de ser necesario:



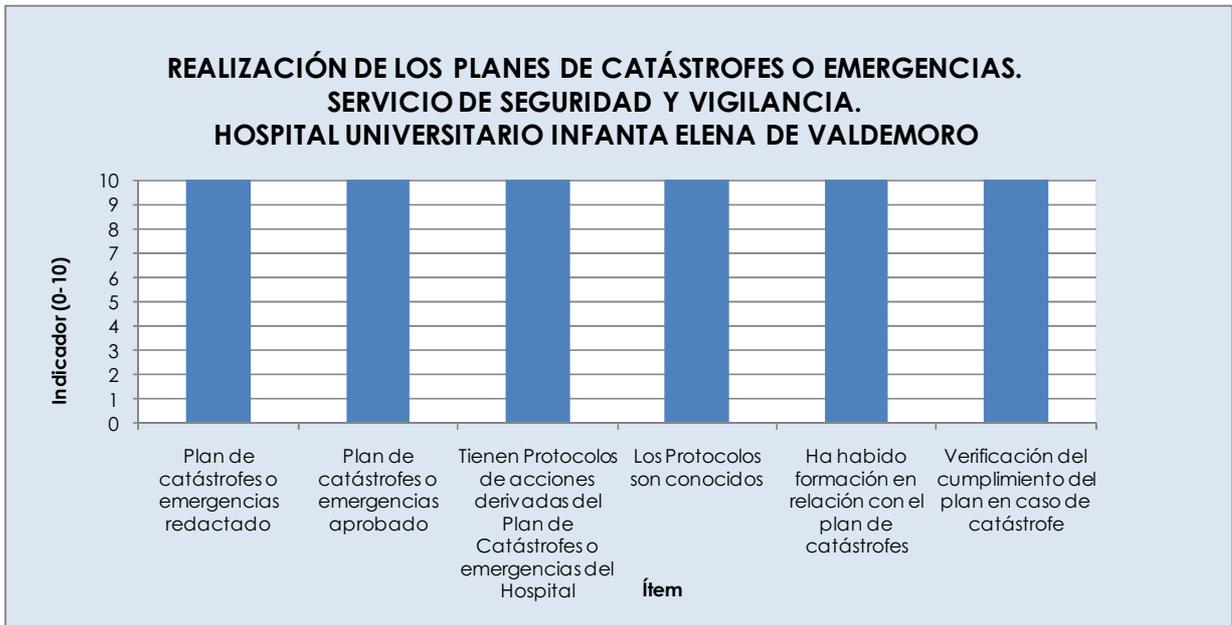






A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa de calidad del Servicio de Seguridad y Vigilancia en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro realizada en Febrero de 2015, con indicación de los parámetros, evidencias, datos e ítems que han servido a GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. para su cuantificación objetiva:

➤ **REALIZACIÓN DE LOS PLANES DE CATÁSTROFES O EMERGENCIAS:**



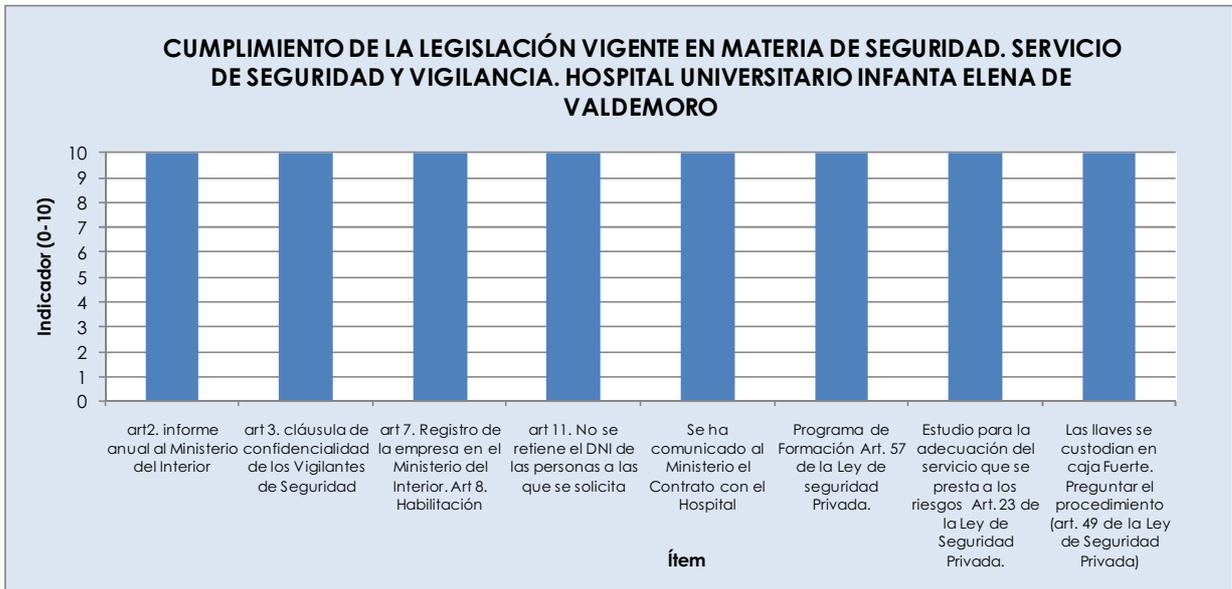
Se valora muy positivamente.

➤ **CUALIFICACIÓN O CAPACITACIÓN DEL PERSONAL EMPLEADO:**



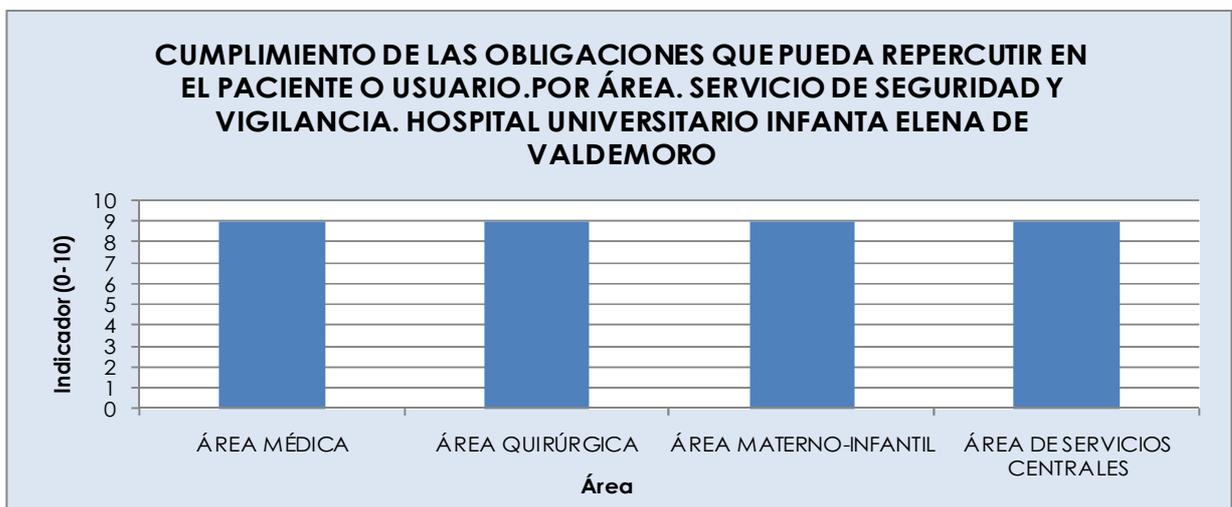
Se valora muy positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTO DE LA LEGISLACIÓN VIGENTE EN MATERIA DE SEGURIDAD:**



Se valora muy positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE PUEDA REPERCUTIR EN EL PACIENTE O USUARIO:**



Se valora positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE PUEDA REPERCUTIR EN EL PACIENTE O USUARIO. ÁREA MÉDICA**



Se valora positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE PUEDA REPERCUTIR EN EL PACIENTE O USUARIO. ÁREA QUIRÚRGICA:**



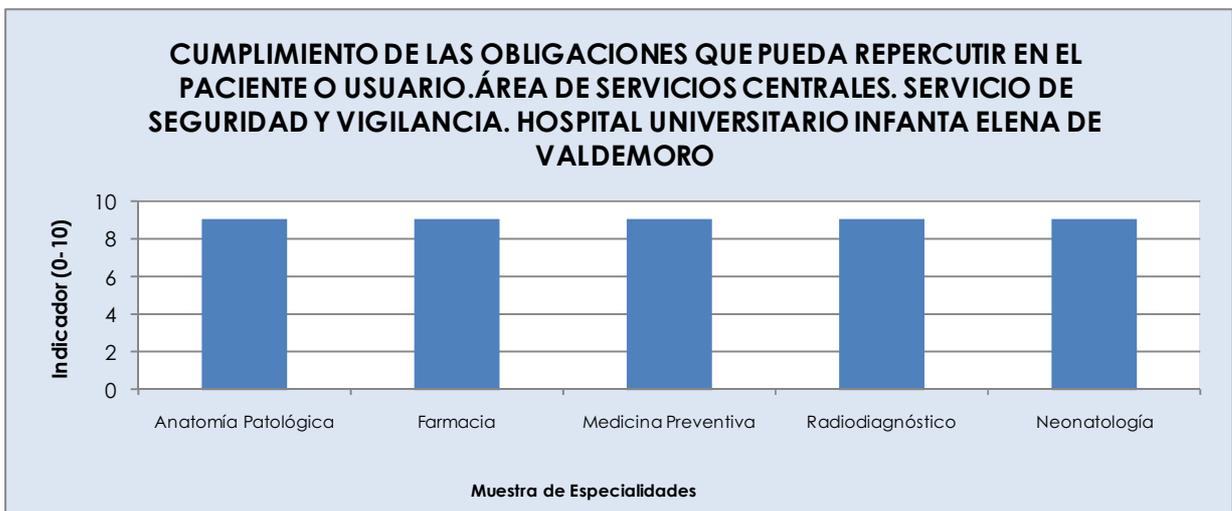
Se valora positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE PUEDA REPERCUTIR EN EL PACIENTE O USUARIO. ÁREA MATERNO-INFANTIL:**



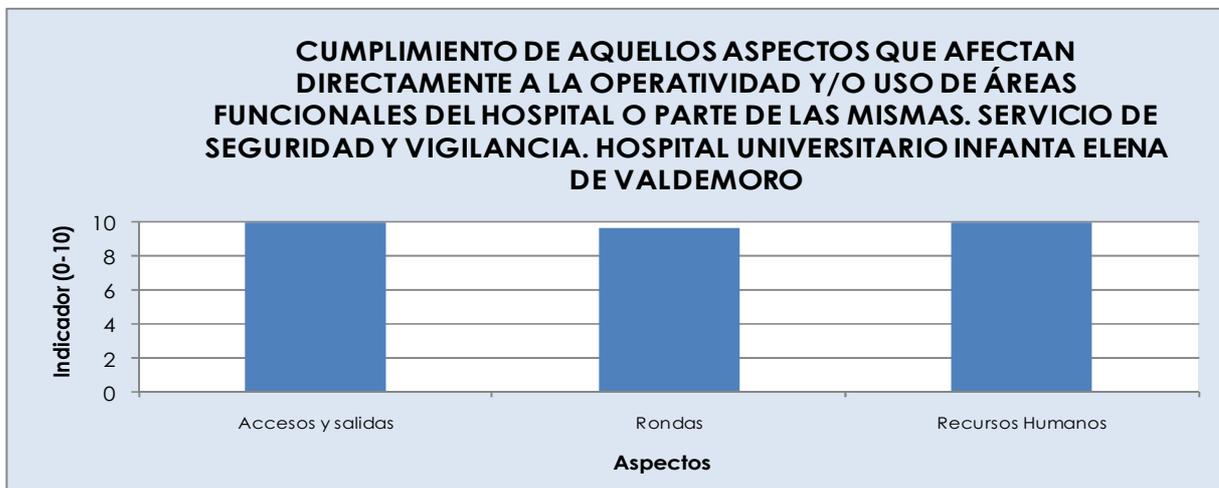
Se valora positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE PUEDA REPERCUTIR EN EL PACIENTE O USUARIO. ÁREA DE SERVICIOS CENTRALES:**



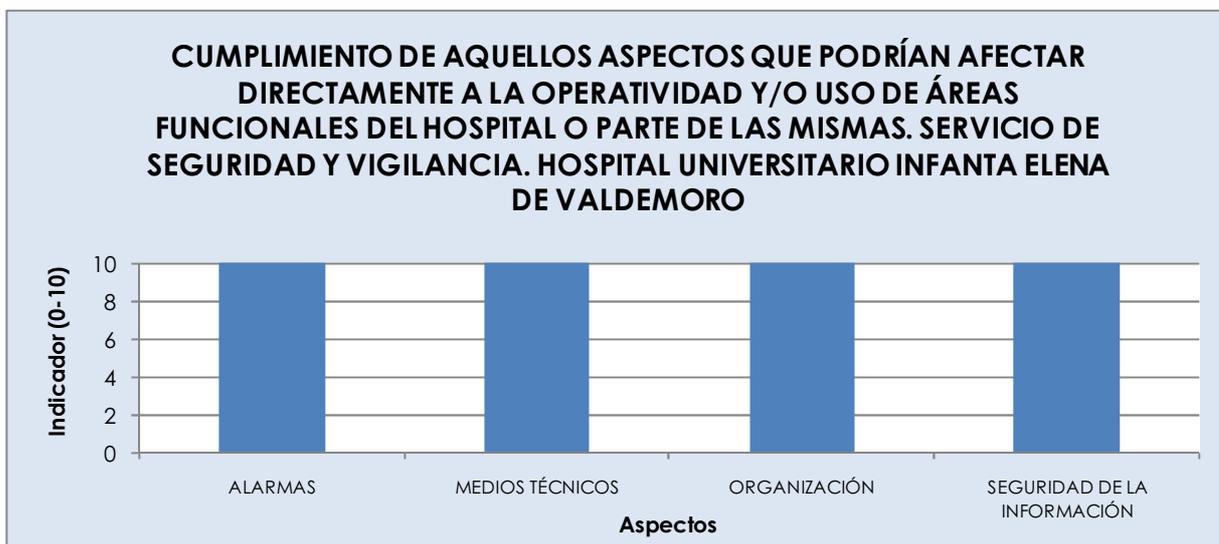
Se valora positivamente.

- **CUMPLIMIENTO DE AQUELLOS ASPECTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS:**



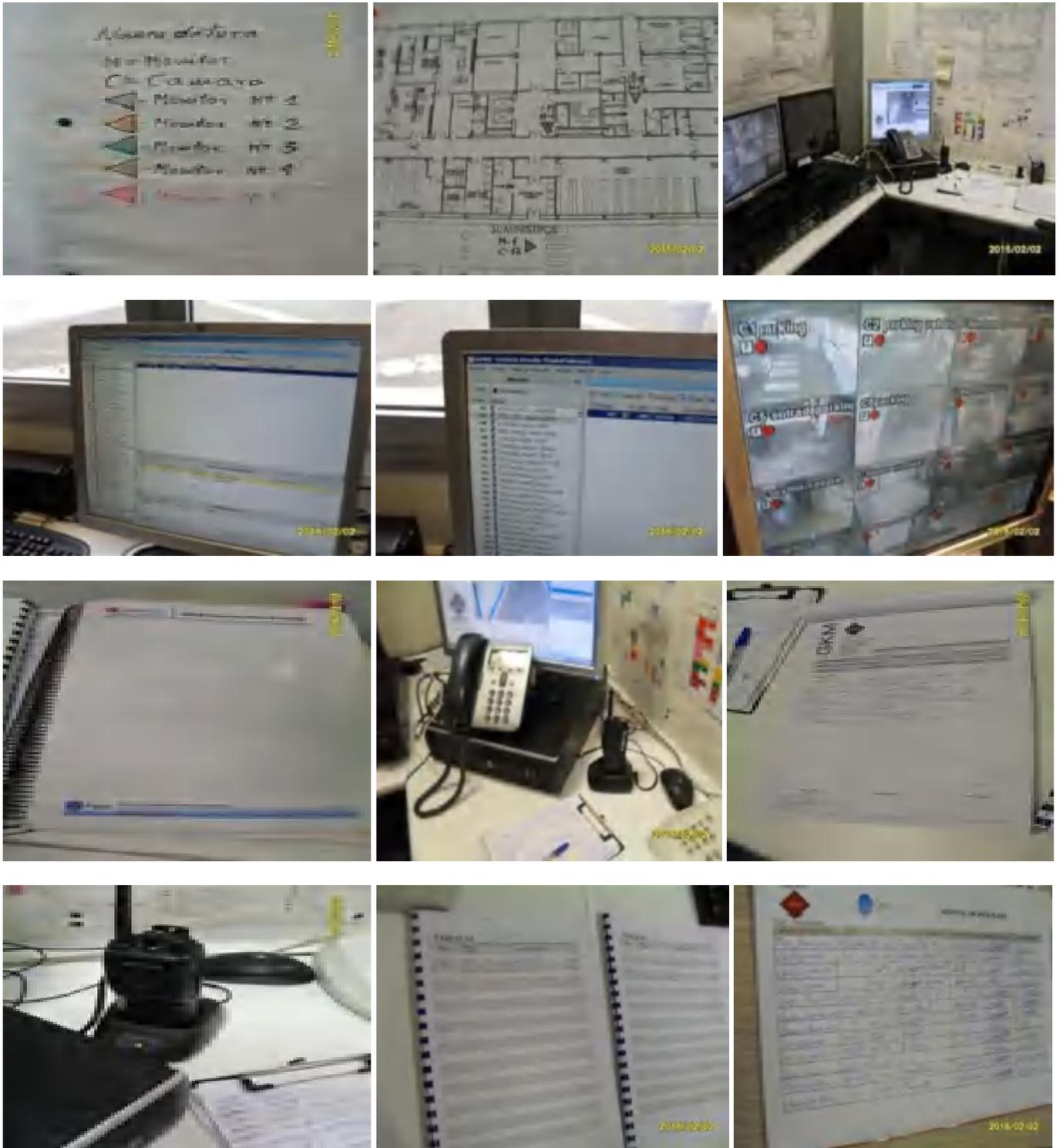
Se valora positivamente.

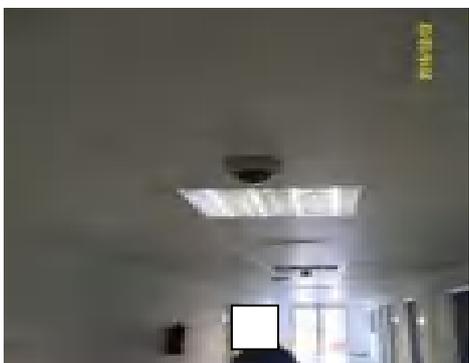
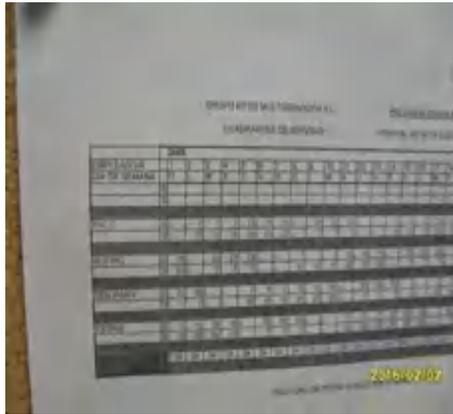
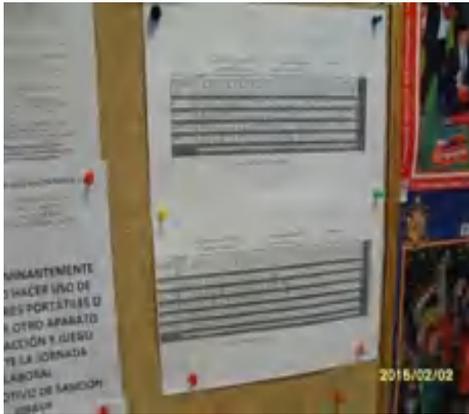
- **CUMPLIMIENTO DE AQUELLOS ASPECTOS QUE PODRÍAN AFECTAR DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS:**

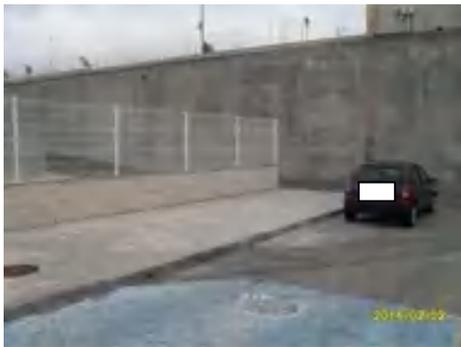


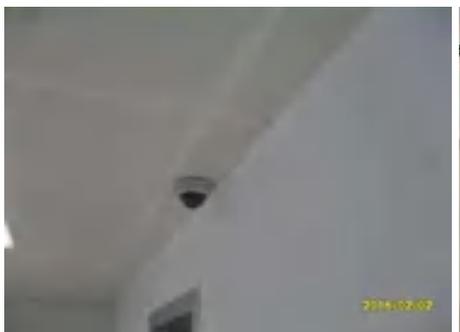
Se valora muy positivamente.

4.3.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO



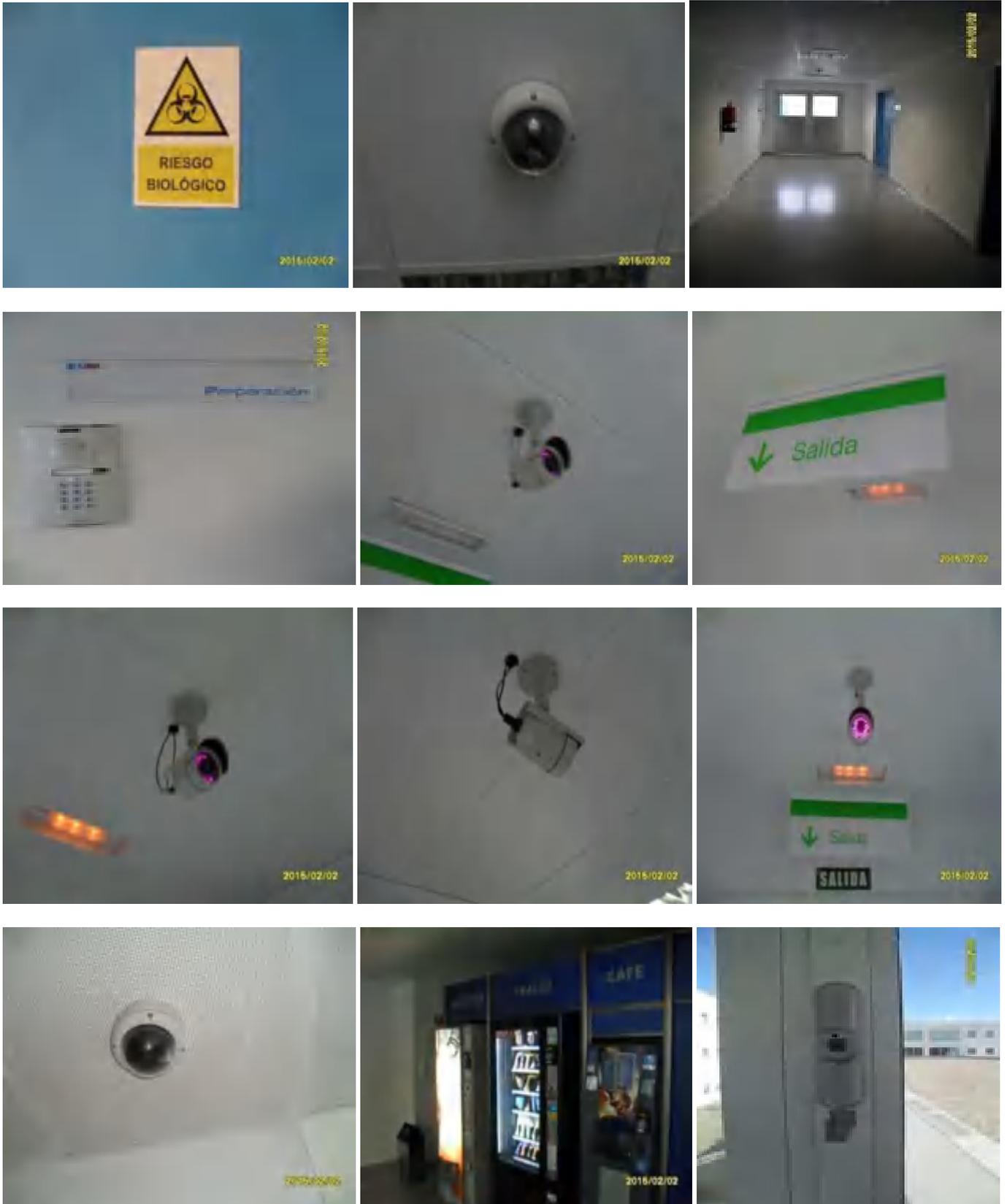








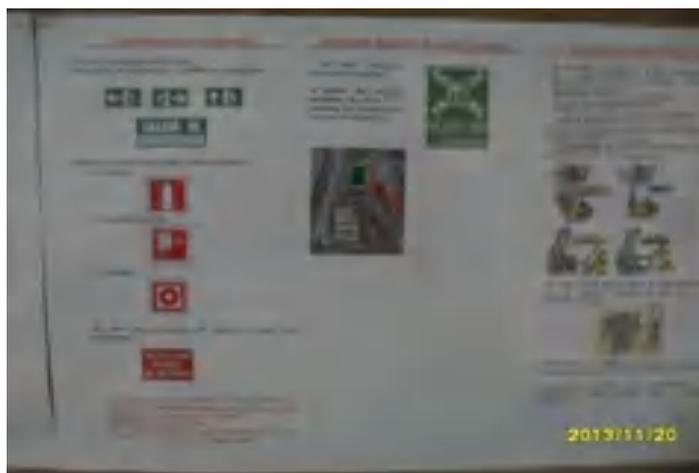
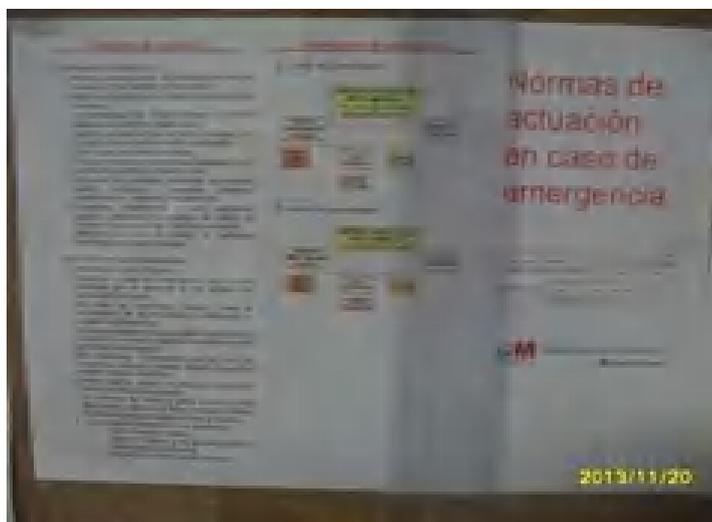




4.3.4. PUNTOS FUERTES

A continuación, se indican los puntos fuertes del Servicio de Seguridad y Vigilancia del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, tras la realización de la Auditoría Operativa durante el mes de Febrero de 2015 por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. :

- El Hospital dispone de un Manual de Emergencias de Incendios, estando disponible en la Centralita de Vigilancia del Hospital. Además, también dispone de un Manual de Usuario para el funcionamiento de las cámaras de seguridad.

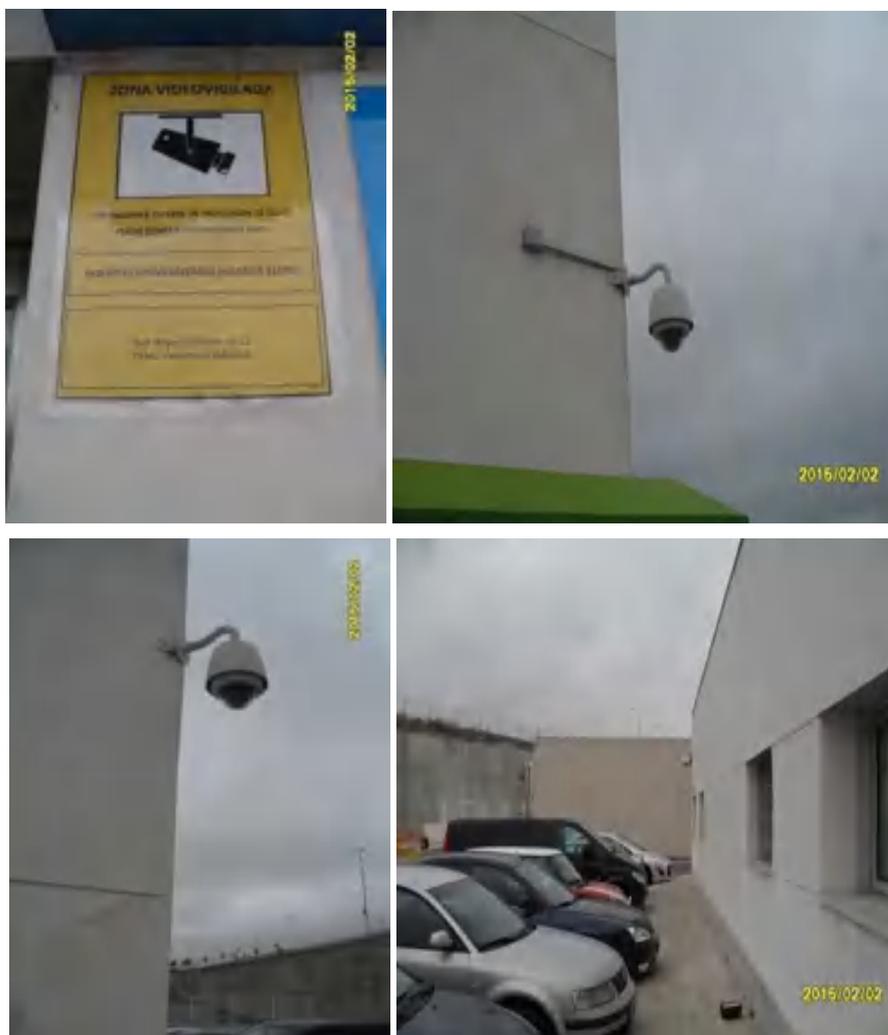


- o Desde la Centralita de Seguridad, se pueden vigilar todas las entradas al Hospital mediante las cámaras de vigilancia, y se vigilan los accesos a las zonas restringidas del Centro.
- o Se han colocado cámaras en todas las entradas al Hospital y en zonas interiores, indicando que es una Zona Videovigilada en cumplimiento de la LOPD.
- o El personal autorizado del Hospital dispone de llaves para el acceso a zonas restringidas no públicas, autorizadas por el Jefe de Mantenimiento y SS.GG., y con objeto de controlar los accesos a las distintas áreas del Hospital, queda registrado en los siguientes documentos. Los Vigilantes de Seguridad pueden controlar los distintos accesos a las diversas áreas restringidas del Hospital a través de las cámaras existentes en todas las entradas.
- o Están identificadas las zonas cuyo acceso está sólo permitido a personal autorizado, debiendo llamar al timbre para poder acceder en zonas de alto riesgo.
- o En relación con el acceso al Parking subterráneo, sólo el Personal del Centro puede acceder al mismo mediante la acreditación correspondiente, existiendo cámaras de vigilancia en el parking.
- o Se opera desde los Centros de Control (Centralita de Seguridad) los Sistemas de Seguridad (Cámaras de Vigilancia, Sistemas de alarmas, Protección de Incendios, Instalaciones Técnicas, etc.), dando respuesta adecuada a las alarmas producidas por los sistemas de seguridad instalados o que en el futuro puedan instalarse en las diversas dependencias.
- o Planos de ubicación de las cámaras de vigilancia con objeto de identificar una zona rápidamente en caso de ser necesario:

4.3.5. ÁREAS DE MEJORA

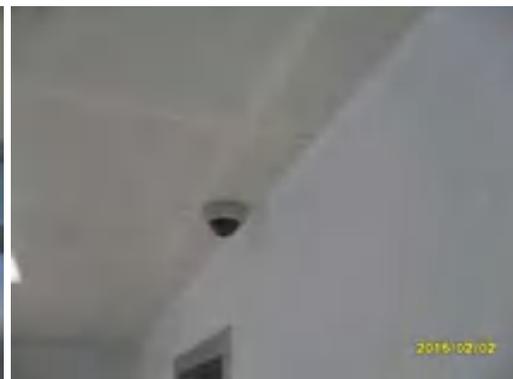
A continuación, se indican las áreas de mejora del Servicio de Seguridad y Vigilancia del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, tras la realización de la Auditoría Operativa durante el mes de Febrero de 2015 por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., así como las acciones correctoras propuestas para su subsanación:

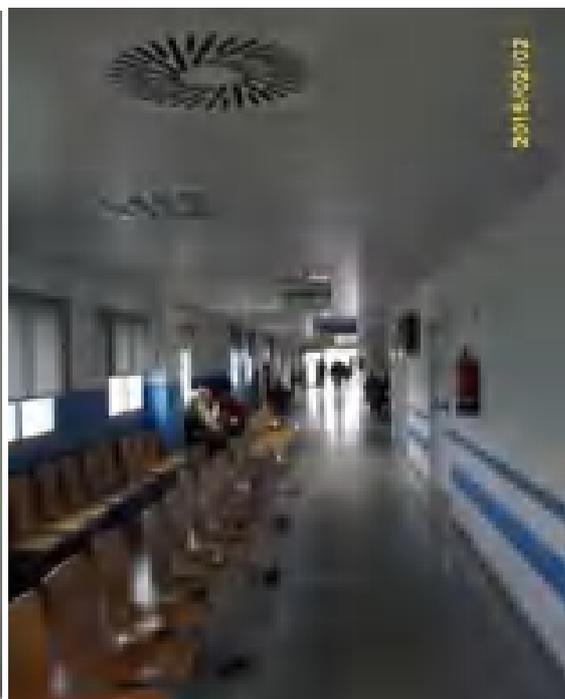
- o El Parking de superficie es público y no vigilado aunque las cámaras de vigilancia perimetrales pueden obtener imágenes del mismo:





- o Se han detectado determinadas zonas que no quedan completamente vigiladas con las cámaras de vigilancia existentes, tal como es el caso de la entrada de consultas externas y urgencias, así como en determinadas salas de espera, por lo que se deberían revisar estas zonas para colocar cámaras de seguridad que garanticen la total vigilancia de las mismas:





4.4. SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS

4.4.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Se ha evidenciado la correcta Gestión Intrahospitalaria de los Residuos, de acuerdo al siguiente Procedimiento implantado, verificándose por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. su correcta implantación en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro:



Gestión de Residuos Sanitarios



Medicina Preventiva

RESIDUOS GENERALES (Clase I)



Clase II → VERDE

RESIDUOS BIOSANITARIOS ASIMILABLES A URBANOS (Clase II)



Todo el material manchado con líquidos corporales o que contenga < 100mL de éste*

Filtros de diálisis, tubuladuras, bolsas de sangre o de aspiración u orina vacías, sondas, vendajes, gasas, guantes y otros desechables quirúrgicos, catéteres, escayolas y en general, todo el material en contacto con líquidos biológicos

*Salvo disenteria y tuberculosis que son clase III



Clase III → NEGRO

RESIDUOS BIOSANITARIOS ESPECIALES



IL de
y no

Clase III



| | |
|---------|--|
| Grupo 1 | Residuos de pacientes con infecciones altamente virulentas, erradicadas, importadas o de muy baja incidencia en España |
| Grupo 2 | Residuos de pacientes con infecciones de transmisión oral-fecal (cólera y disentería) |
| Grupo 3 | Residuos de pacientes con infecciones de transmisión por aerosoles (TBC y fiebre Q) |
| Grupo 4 | Filtros de diálisis de pacientes con VHB, VHC y VIH |

**GRUPOS DE RESIDUOS BIOSANITARIOS ESPECIALES (R.B.E.)
(Clase III)**



- GRUPO I:
RESIDUOS DE PACIENTES CON INFECCIONES ALTAMENTE VIRULENTAS, ERRADICADAS, IMPORTADAS O DE MUY BAJA INCIDENCIA EN ESPAÑA.
Cualquier residuo en contacto con pacientes afectados de las siguientes enfermedades infecciosas:
- Fiebres hemorrágicas víricas:
 - Fiebre hemorrágica del Congo-Crimera
 - Fiebre de Lassa
 - Marburg
 - Ebola
 - Fiebre hemorrágica Argentina (Junin)
 - Fiebre hemorrágica Boliviana (Machupo)
 - Complejo encefalítico transmitido por artrópodos vectoriales (arbovirus):
Asteronow, Hanzalova, Hypr, Kuslinge, Kiasanur Forest Disease, Fiebre hemorrágica de Omsk, Russian spring-summer encephalitis.
 - Herpes virus simiae (Monkey B virus)
 - Rabia
 - Carbunco (Bacillus Antharocis)
 - Muermo
 - Mieloidosis
 - Difteria
 - Tularemia
 - Viruela (erradicada)



Clase III



| | |
|---------|--|
| Grupo 1 | Residuos de pacientes con infecciones altamente virulentas, erradicadas, importadas o de muy baja incidencia en España |
| Grupo 2 | Residuos de pacientes con infecciones de transmisión oral-fecal (cólera y disentería) |
| Grupo 3 | Residuos de pacientes con infecciones de transmisión por aerosoles (TBC y fiebre Q) |
| Grupo 4 | Filtros de diálisis de pacientes con VHB, VHC y VIH |

**GRUPOS DE RESIDUOS BIOSANITARIOS ESPECIALES (R.B.E.)
(Clase III)**

- GRUPO 2:
RESIDUOS DE PACIENTES CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN ORAL - FECAL.
Cualquier residuo contaminado con heces de pacientes afectados de las siguientes infecciones:
- Cólera.
- Disentería amebiana,



- GRUPO 3:
RESIDUOS DE PACIENTES CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN POR AEROSOLES.
Cualquier residuo contaminado con secreciones respiratorias de pacientes con las siguientes infecciones:
- Tuberculosis,
- Fiebre Q.

- GRUPO 4:
FILTROS DE DIALISIS DE PACIENTES INFECCIOSOS.
Filtros de diálisis de máquinas reservadas a pacientes portadores de las siguientes infecciones de transmisión sanguínea:
- Hepatitis B,
- Hepatitis C,
- Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).



- GRUPO 5:
RESIDUOS PUNZANTES O CORTANTES.
Todo instrumento u objeto utilizado en la actividad sanitaria, con independencia de su origen, que tenga esquinas, bordes o salientes capaces de cortar o pinchar, incluyendo, sin carácter limitativo:
- Agujas hipodérmicas, hojas de bisturí, lancetas, capilares, portaobjetos, cubreobjetos, pipetas Pasteur y similares.
- Artículos de cristal rotos, si han estado en contacto con productos biológicos.

Filtros de diálisis que no sean de pacientes VIH, hepatitis B ó C

vasos brillos de diálisis ep-vertedero y alimun-ogu



ES LA NATURALEZA DEL RESIDUO LA QUE CONDICIONA SU SEGREGACION, NO SU PESO

Filtros de diálisis de pacientes VIH, Hepatitis B ó C



Clase III



| | |
|----------------|--|
| Grupo 5 | Residuos punzantes o cortantes |
| Grupo 6 | Cultivos y reservas de agentes infecciosos |
| Grupo 7 | Residuos de animales de experimentación inoculados con agentes infecciosos |
| Grupo 8 | Recipientes con > 100mL de líquidos corporales |
| Grupo 9 | Restos anatómicos humanos de escasa entidad |

GRUPOS DE RESIDUOS BIOSANITARIOS ESPECIALES (R.B.E.) (Clase III)

- GRUPO 2:
RESIDUOS DE PACIENTES CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN ORAL - FECAL.
Cualquier residuo contaminado con heces de pacientes afectados de las siguientes infecciones:
- Cólera.
- Disentería amebiana.



- GRUPO 3:
RESIDUOS DE PACIENTES CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN POR AEROSOLES.
Cualquier residuo contaminado con secreciones respiratorias de pacientes con las siguientes infecciones:
- Tuberculosis.
- Fiebre Q.

- GRUPO 4:
FILTROS DE DIALISIS DE PACIENTES INFECCIOSOS.
Filtros de diálisis de máquinas reservadas a pacientes portadores de las siguientes infecciones de transmisión sanguínea:
- Hepatitis B.
- Hepatitis C.
- Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).



- GRUPO 5:
RESIDUOS PUNZANTES O CORTANTES.
Todo instrumento u objeto utilizado en la actividad sanitaria, con independencia de su origen, que tenga esquinas, bordes o salientes capaces de cortar o pinchar, incluyendo, sin carácter limitativo:
- Aguja hipodérmica, hojas de bisturí, lancetas, capilares, portaobjetos, cubreobjetos, pipetas Pasteur y similares.
- Artículos de cristal rotos, si han estado en contacto con productos biológicos.

Clase III



| | |
|----------------|--|
| Grupo 5 | Residuos punzantes o cortantes |
| Grupo 6 | Cultivos y reservas de agentes infecciosos |
| Grupo 7 | Residuos de animales de experimentación inoculados con agentes infecciosos |
| Grupo 8 | Recipientes con > 100mL de líquidos corporales |
| Grupo 9 | Restos anatómicos humanos de escasa entidad |

GRUPOS DE RESIDUOS BIOSANITARIOS ESPECIALES (R.B.E.) (Clase III)

- GRUPO 6 :

CULTIVOS Y RESERVAS DE AGENTES INFECCIOSOS

Residuos de actividades de análisis o experimentación microbiológicos, contaminados con agentes infecciosos o productos biológicos derivados, tales como:

- Cultivos de agentes infecciosos y material de desecho en contacto con ellos: Placas de Petri, hemocultivos, extractos líquidos caldos; instrumental contaminada, etcétera.
- Reservas de agentes infecciosos
- Vacunas vivas o atenuadas, salvo materiales manchados de un solo uso.



- GRUPO 7 :

RESIDUOS DE ANIMALES INFECCIOSOS

Cadáveres, partes del cuerpo y otros residuos anatómicos de animales de experimentación que hayan sido inoculados con los agentes infecciosos responsables de las infecciones que se citan en los Grupos 1, 2, 3 y 4, así como residuos procedentes de los lechos de estabulación de tales animales.

- GRUPO 8:

CANTIDADES IMPORTANTES DE LIQUIDOS CORPORALES, ESPECIALMENTE SANGRE HUMANA.

- a. Recipientes conteniendo más de 100 ml de líquidos corporales
- b. Muestras de sangre o productos derivados, en cantidades superiores a 100 ml.



- GRUPO 9:

RESIDUOS ANATOMICOS HUMANOS.

Tejidos o partes del cuerpo de pequeña entidad, a excepción de piezas dentarias, incluidos productos de la concepción, obtenidos como consecuencia de traumatismos o durante actividades quirúrgicas o forenses, no conservadas mediante formaldehído u otro producto químico.

¿DONDE CLASIFICAR LOS SIGUIENTES RESIDUOS SANITARIOS ?



Llenado correcto

NO eliminar papel, guantes, cajas de guantes vacías, bateas, envases de plástico, ...



2/3 partes del contenedor

Clase V → ROJO

Clase IV
RESIDUOS

Clase V
RESIDUOS

QUÍMICO > BIOLÓGICO

Una pieza fijada en formol va al cubo rojo



Clase VI → AZUL

Clase VII
RADIOACTIVOS

- VM corta: almacén en contenedores plomados hasta que dejen de tener radioactividad
- VM larga: almacén en contenedores plomados específicos y retirados por empresas especializadas (ENRESA)



¿DÓNDE CLASIFICAR LOS SIGUIENTES RESIDUOS SANITARIOS?



CLASIFICACION Y CONTENERIZACION DE LOS RESIDUOS SANITARIOS

| | | |
|---|---|--|
| <p>RESIDUOS GENERALES (Clase I) Papel, cartón, metales, vidrio, comida, jardinería, mobiliario y todos los residuos urbanos o municipales.</p> |  | <p>RESIDUOS BIOSANITARIOS ASIMILABLES A URBANOS (Clase II) Filtros de diálisis, tubuladuras, bolsas de sangre o de aspiración u orina vacías, sondas, vendajes, gasas, guantes y otros desechables quirúrgicos, catéteres, escayolas y en general, todo el material en contacto con líquidos biológicos</p> |
|---|---|--|

| | |
|---|---|
| <p>GRUPOS DE RESIDUOS BIOSANITARIOS ESPECIALES (R.B.E.) (Clase III)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Residuos contaminados con heces de pacientes con disentería amebiana o residuos contaminados con secreciones respiratorias de pacientes tuberculosos. -Filtros de diálisis de pacientes infecciosos (VIH, Hepatitis B o C). -Residuos punzantes o cortantes. -Cultivos y reservas de agentes infecciosos. -Residuos de animales infecciosos. -Recipientes con más de 100 ml de líquidos corporales, especialmente sangre humana, que no se puedan vaciar. -Residuos anatómicos humanos de escasa entidad. |  |
|---|---|

| | |
|--|---|
| <p>RESIDUOS CITOTOXICOS (Clase VI) Residuos compuestos por restos de medicamentos citotóxicos (citostáticos) y todo material que haya estado en contacto con ellos.</p> |  |
|--|---|

| | |
|--|---|
| <p>RESIDUOS QUIMICOS Y FÁRMACOS CADUCADOS (Clase V) Acido Clorhídrico, Reveladores químicos (hidroquinona, sulfito potásico, sulfito de sodio y carbonato potásico), Cloruro de mercurio, Cromógeno (3,3'-tetrahidrocloruro de diaminabenzidina), Etanol, Xileno, Formaldehído.</p> |  |
|--|---|

| |
|---|
| <p>RESIDUOS RADIOACTIVOS. (Clase VII) Los isótopos radiactivos de vida media corta se almacenarán en contenedores plomados específicos hasta que dejen de tener actividad radiactiva (gestionará como residuos biosanitarios asimilables a urbanos). Los de vida media larga se almacenarán en contenedores plomados específicos que serán retirados por la empresa proveedora y gestionados de acuerdo a las directrices de ENRESA.</p> |
|---|

| |
|--|
| <p>RESIDUOS ANATOMICOS (Clase IV) Residuos de entidad suficiente procedentes de abortos, mutilaciones y operaciones quirúrgicas. Se incluyen en esta clase de residuos: órganos enteros, huesos y restos óseos, así como restos anatómicos que comprenden hueso o parte de hueso. Deben eliminarse mediante incineración o cremación.</p> |
|--|



4.4.2. DIAGNÓSTICO

A continuación se detalla el cumplimiento de los requisitos definidos en el Pliego de Condiciones de la Concesión:

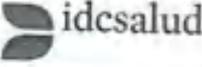
- La Sociedad concesionaria ofrece un servicio seguro, higiénico y eficaz de gestión de los distintos tipos de residuos generados en los servicios del Hospital y del Centro de especialidades, que tiende a eliminar cualquier riesgo para la salud y el medio ambiente que pudiera derivarse de la existencia de dichos residuos.
- El prestador del servicio dispone de autorización vigente como gestor de residuos sanitarios y la segregación, recogida y tratamiento de los residuos generados en el ámbito hospitalario, se realiza conforme a la normativa vigente.
- El prestador del servicio dispone de un sistema implantado de gestión de prevención de riesgos laborales.
- El personal que desempeña este Servicio tiene la formación adecuada del servicio que esta desarrollando.

Para la realización de la auditoria operativa del Servicio Gestión de Residuos Sanitarios en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, se ha contado con la colaboración de:

- Responsable Servicio de Gestión de Residuos Sanitarios: D^a M^a Dolores Muñiz y D^a Silvia Fernández (CAPIOSER).
- D^a M^a Dolores Martín (Medicina Preventiva).
- D^a Leticia Muller García (Coordinación de Formación, Calidad y Medioambiente).

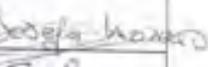
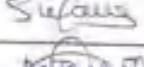
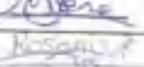
Cabe destacar en primer lugar, la formación llevada a cabo en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro por parte de Medicina Preventiva y la Coordinadora de Formación, Calidad y Medioambiente en relación con la gestión de residuos sanitarios, que se ha valorado positivamente, especialmente el seguimiento mensual posterior de la eficacia de la formación realizada mediante los Cortes Observacionales de Gestión de Residuos:

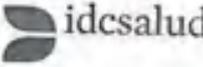
| idcsalud | | REGISTRO: INFORMACIÓN RECIBIDA POR LOS TRABAJADORES | | R-09.1 Revisión: 03 Fecha: JUNIO 14. |
|---|-------------------|--|----------|--|
| EMPRESA: SERVICIOS, PERSONAS Y SALUD | | | | |
| CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA | | | | |
| NOMBRE, APELLIDOS DEL TRABAJADOR | PUESTO DE TRABAJO | INFORMACIÓN RECIBIDA | FECHA | FIRMAS |
| Cristina Rodríguez | COCINA | Gestión de Residuos | 27/10/14 | |
| Mónica Jesús Pérez Simón | COCINA | Gestión de Residuos | 27/10/14 | |
| Laura Portillo Galán | Dietista | Gestión de Residuos | 27/10/14 | |
| Gema Casomayor Gallego | Donantes | " " " | 27/10/14 | |
| M. Dolores Uber Porque | A.E | Gestión de Residuos | 27/10/14 | |
| Virginia Fariña Sánchez | Supervisor | Gestión de Residuos | 27/11/14 | |
| Dolores María Buitrago | Gobernante | Gestión de Residuos | 27/11/14 | |

| | | |
|---|--|---|
|  | REGISTRO: INFORMACIÓN RECIBIDA POR LOS TRABAJADORES | R-09.1 Revisión: 03 Fecha: JUNIO 14 |
| | EMPRESA: SERVICIOS, PERSONAS Y SALUD | |

EMPRESA: SERVICIOS, PERSONAS Y SALUD

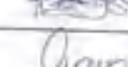
CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

| NOMBRE, APELLIDOS DEL TRABAJADOR | PUESTO DE TRABAJO | INFORMACIÓN RECIBIDA | FECHA | FIRMAS |
|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------|---|
| LETICIA VILLAR GARCIA | COORDINADORA DE CRUCES + PA | GESTION DE RESIDUOS (SIS) | 27/10/14 |  |
| JOSEFA MORENO MORENO | LIMPIEZA | " | 27/10/2014 |  |
| SUSANA GARRIDO JEREZ | LIMPIEZA | " | 27/10/14 |  |
| ANA ISABEL FERNANDEZ DOMINGUEZ | LIMPIEZA | " | 27/10/14 |  |
| ANA ROSA FERNANDEZ DOMINGUEZ | LIMPIEZA | " | 27/10/14 |  |
| ROSARIO MARTINEZ TRIGUERO | LIMPIEZA | " | 27/10/14 |  |
| ROSARIO ROSA GARCIA | LIMPIEZA | " | 27-10-14 |  |
| Jose Luis Aguado del Moral | Limpieza | " | 27-10-14 |  |

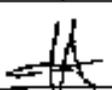
| | | |
|---|--|---|
|  | REGISTRO: INFORMACIÓN RECIBIDA POR LOS TRABAJADORES | R-09.1 Revisión: 03 Fecha: JUNIO 14 |
| | EMPRESA: SERVICIOS, PERSONAS Y SALUD | |

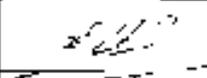
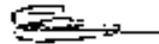
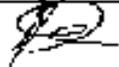
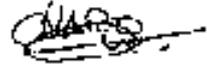
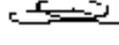
EMPRESA: SERVICIOS, PERSONAS Y SALUD

CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

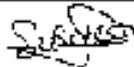
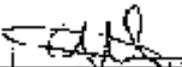
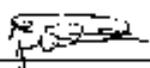
| NOMBRE, APELLIDOS DEL TRABAJADOR | PUESTO DE TRABAJO | INFORMACIÓN RECIBIDA | FECHA | FIRMAS |
|----------------------------------|-------------------|----------------------|----------|---|
| DANIEL MARTINEZ MARTIN | LIMPIEZA | GESTION DE RESIDUOS | 27-10-14 |  |
| VERÓNICA MONTE ANTON | AUX ENFERMERIA | GESTION DE RESIDUOS | 27-10-14 |  |
| DOLORES MONTE ALABON | AUX ENFERMERIA | GESTION DE RESIDUOS | 27/10/14 |  |
| BEATRIZ BERRAN FRANCO | SUPERVISOR | GESTION RESIDUOS | 27/10/14 |  |
| LEU MARTINEZ | SUPERVISOR URG | " | 27/10/14 |  |
| BEATRIZ SERRA JERO | BUSCADOR | GESTION DE RESIDUOS | 27/10/14 |  |
| NATALIA GARCIA SERRA | AUX URG | GESTION DE RESIDUOS | 27/10/14 |  |
| HA Jimenez Jerez | Urg URG | GESTION DE RESIDUOS | 27/10/14 |  |

| | |
|---|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena SaludMadrid  Comunidad de Madrid | |
| LISTADO DIARIO DE ASISTENCIAS FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES | Código: SC/PE/SORB/FP/OC01/03.1 Edición: 2.3 |

| | | | |
|-------------------|---|----------------|------------|
| NOMBRE DEL CURSO: | PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA PERSONAL DE LIMPIEZA | CENTRO: | HOTE: |
| GRUPO: | 1 | FECHA: | 02/06/2014 |
| HORARIO | 10:00 | 1 | 14:00 |
| NOMBRE DOCENTE | FIRMA | NOMBRE DOCENTE | FIRMA |
| Luis SANCHEZ |  | | |

| ASISTENTE Nº | NOMBRE Y APELLIDOS | NIF | PUESTO DE TRABAJO | FIRMA |
|--------------|---|------------|-------------------|---|
| 1 | Sonia López | 51224803P | Limpieza |  |
| 2 | Lidia Diaz | 11805827Z | LIMPIEZA |  |
| 3 | ELISA SANCHEZ | 2213396A | LIMPIEZA |  |
| 4 | Carmen Coca | 45065941-V | Limpieza |  |
| 5 | Alfonso Jimenez | 07237440R | Limpieza |  |
| 6 | Juan Antonio Pizarro | 51991980 | LIMPIEZA |  |
| 7 | Rosario Velasco Tardes | 53181562 F | LIMPIEZA |  |
| 8 | M ^a del P ^a Sanchet | 11700264-2 | LIMPIEZA |  |
| 9 | M ^a Dolores Lina Sanchet | 07477874-L | LIMPIEZA |  |
| 10 | Cristina Gonzalez | 45927237 H | Limpieza |  |
| 11 | ISRAEL MENDEZ | 05244807R | LIMPIEZA |  |

| | | | |
|---|---|--|---|
|  Hospital Universitario Infanta Elena SaludMadrid |  Comunidad de Madrid | LISTADO DIARIO DE ASISTENCIAS FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES | Código: SC/PBS01R/PROCC/1011 Salición: 23 |
|---|---|--|---|

| ASISTENTE Nº | NOMBRE Y APELLIDOS | NIF | PUESTO DE TRABAJO | FIRMA |
|-----------------|--------------------------|------------|----------------------|---|
| 12 | SURANA GARCIA TAJA | 2871355-M | LIMPIEZA |  |
| 13 | ANIELA GOMEZ | 4565306-R | LIMPIEZA |  |
| 14 | SURANA GARCIA TAJA | 2871355-M | LIMPIEZA |  |
| 15 | FORUMIDEZ QUEJINGUEZ | 52471595-F | LIMPIEZA |  |
| 16 | JULIA PEREZ BENMURDEZ | 50258710-W | LIMPIEZA |  |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |



CRITERIOS DE JERARQUIZACIÓN PARA GESTIONAR LOS RESIDUOS
NORMATIVA DE LA UNIÓN EUROPEA

1. PREVENCIÓN.
2. REUTILIZACIÓN.
3. RECICLADO.
4. VALORIZACIÓN ENERGÉTICA.
5. ELIMINACIÓN EN VERTEDERO.

 NO HAY MEJOR RESIDUO QUE EL QUE NO SE PRODUCE.
 EL QUE CONTAMINA, PAGA.

 LOS RESIDUOS PELIGROSOS (CLASES III, V y VI) REQUIEREN UN TRATAMIENTO ESPECIAL Y, MUCHAS VECES, NO SE PUEDEN DESTRUIR.
 SON TRATAMIENTOS CAROS PARA EL BOLSILLO DEL CONTRIBUYENTE Y, SOBRETUDO, PARA EL MEDIO AMBIENTE



Taller GESTIÓN DE RESIDUOS

Comisión de Gestión
Medioambiental

| CLASIFICACIÓN Y ACUMULACIÓN DE LOS RESIDUOS NO SANITARIOS | | | |
|---|----------------------|---------|----------------|
| | Código | Edición | Aplicable a |
| | CS-PLUM-POC01-Avanz1 | 2.0 | DPTO. RESIDUOS |

CONTENEDOR AMARILLO

Latas de conserva: bricks, botellas, botes, bolsas, bandejas y otros envases y envoltorios de plástico.

Cubiertos, platos y vasos desechables.

Tapaderas de los frascos de vidrio.

Plástico de burbujas, tapas de los yogures.



CONTENEDOR AZUL

Papel: folios, revistas, periódicos, envoltorios.

Cartón. (plegado para que ocupe menos espacio)

No se debe depositar el papel y el cartón sucios, como es el caso de servilletas y pañuelos.



CONTENEDOR GRIS CON TAPA NARANJA

Alimentos, trapos, bombillas, platos, vasos, papel y cartón sucios.



CONTENEDOR VERDE

Botellas, tarros y frascos de vidrio sin tapas.

ATENCIÓN: no los cristales de ventanas o los platos y vasos rotos.



| CLASIFICACIÓN Y ACUMULACIÓN DE LOS RESIDUOS SANITARIOS | | | |
|--|----------------------|---------|----------------|
| | Código | Edición | Aplicable a |
| | ES-PLUM-POC01-Avanz2 | 2.1 | DPTO. RESIDUOS |

CLASE II. RESIDUOS BIOSANITARIOS ASIMILABLES A URBANOS

Restos de curas y pequeñas intervenciones quirúrgicas.

Bolsas de orina vacías, empapadores, sondas, pañales.

Recipientes desechables de aspiración vacíos.

Yesos, etc.

(Pacientes no infecciosos)



CLASE III. RESIDUOS BIOSANITARIOS ESPECIALES

Material de Laboratorio: placas de Petri, hemocultivos, portaobjetos, pipetas...

Restos de material clínico de pacientes infecciosos.



OJO: LOS OBJETOS PUNZANTES SE UBICARÁN EN EL SIGUIENTE CONTENEDOR.



CLASE VI. RESIDUOS CITOSTÁTICOS



CLASE V. RESIDUOS QUÍMICOS

Medicamentos, Envases de medicamentos, Líquidos de Laboratorio.

Pilas.



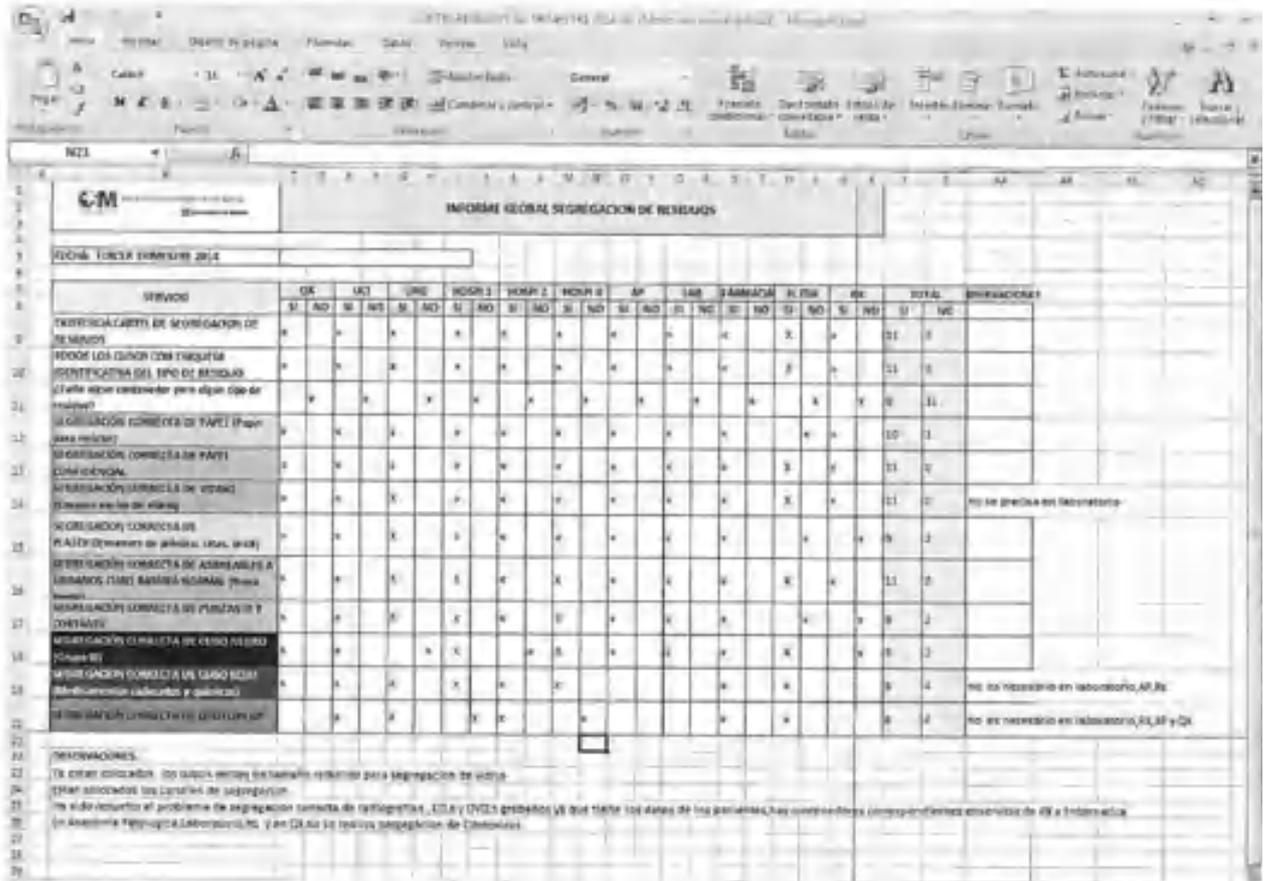


| | | |
|--|---|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena Valencia | CORTE OBSERVACIONAL DE GESTIÓN DE RESIDUOS | |
| SERVICIO: | UCI | |
| FECHA: | 09/07/14 | |
| TURNO: | MAÑANA | |

| | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|----|----|---------------|
| CARTEL DE SEGREGACION DE RESIDUOS | X | | |
| CUBOS CON ETIQUETA IDENTIFICATIVA DEL TIPO DE RESIDUO | X | | |
| ¿Falta algun contenedor para algun tipo de residuo? | | X | |

| REVISIÓN DE LA SEGREGACIÓN DE RESIDUOS | | |
|--|----|---|
| | OK | OBSERVACIONES |
| PAPEL (Papel para reciclar) | X | |
| | X | |
| VIDRIO (Envases vacíos de vidrio) | X | HAY ENVASES DE PLASTICO EN EL VIDRIO |
| PLASTICO (envases de plástico, latas, brick) | X | |
| ASIMILABLES A URBANOS CUBO BASURA NORMAL (Bolsa Verde) | X | HAY PLASTICOS EN EL CONTENEDOR DE RESIDUOS URBANOS |
| PUNZANTE Y CORTANTE | X | |
| CUBO NEGRO (Grupo III) | X | |
| CUBO ROJO (Medicamentos caducados y químicos) | X | |
| CITOTÓXICOS | | TENEMOS CONTENEDOR, PERO, EN ESTE PERIODO NO HEMOS ADMINISTRADO NINGÚN QUIMIOTERÁPICO EN LA UCI |

| | |
|---|---|
| PAPEL | PAPEL PARA RECICLAR |
| PAPEL CONFIDENCIAL | PAPEL PARA DESTRUIR (CONFIDENCIAL) |
| VIDRIO | ENVASES VACIOS DE VIDRIO |
| PLASTICO | ENVASES DE PLASTICO, METAL Y BRICK |
| RESIDUOS ASIMILABLES A URBANOS, CLASE II | RESTOS DE CIRIAS, PEQUEÑAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, BOLSAS DE ORINA VACIAS, EMPAPADORES, ASPIRANTES DESECHABLES ASPIRACIÓN VACIOS, YESOS, SONDAS, PAÑALES, ETC <i>pacientes no infecciosos</i> |
| RESIDUOS ISO-SANITARIOS, ESPECIALES CLASE III | PUNZANTE Y CORTANTE MATERIAL PUNZANTE Y CORTANTE |
| | CUBO NEGRO MATERIAL DE LABORATORIO: PLACAS PETRI, HEMOCULTIVOS, PORTABUJETOS, RESTOS DE MATERIAL CLÍNICO PACIENTES INFECCIOSOS |
| | DESAGU E LIQUIDOS BIOLÓGICOS |
| RESIDUOS QUÍMICOS CLASE V | CUBO ROJO RESTOS FÁRMACOS |
| CITOTÓXICOS CLASE VI | RESIDUOS CITOTÓXICOS |



INFORME GLOBAL SEGREGACION DE RESIDUOS

PERIODO: TORREÓN DICIEMBRE 2014

| SERVICIO | QX | | LIXI | | LRS | | RADIO 1 | | RADIO 2 | | RADIO 3 | | AP | | LAB | | FARMACIA | | R.FRM | | OTR | | TOTAL | OBSERVACIONES | |
|--|----|----|------|----|-----|----|---------|----|---------|----|---------|----|----|----|-----|----|----------|----|-------|----|-----|----|-------|---------------|--|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | | |
| VERIFICACIÓN DE SEPARACIÓN DE RESIDUOS | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | 11 | 0 | |
| RECORRER LOS CUROS CON INSTRUCCIÓN IDENTIFICATIVA DEL TIPO DE RESIDUOS (Cada uno debe contener por lo menos un cubo verde) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | 11 | 0 | |
| SEPARACIÓN CORRECTA DE FARMACIA (para zona reducida) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | 10 | 1 | |
| SEPARACIÓN CORRECTA DE FARMACIA CONVENCIONAL | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | 11 | 0 | |
| SEPARACIÓN CORRECTA DE VIDRIO (Cada uno debe tener un cubo verde) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | 11 | 0 | No se precisa en laboratorio |
| SEPARACIÓN CORRECTA DE PLÁSTICO (muestras de análisis, UVA, UVB) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | 9 | 2 | |
| SEPARACIÓN CORRECTA DE ARMARIOS A LIBREROS (FARMACIA, QUÍMICA, FARMACIA) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | 11 | 0 | |
| SEPARACIÓN CORRECTA DE FARMACIA Y CONTENEDORES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | 9 | 2 | |
| SEPARACIÓN CORRECTA DE VIDRIO (Cada uno debe tener un cubo verde) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | 9 | 2 | |
| SEPARACIÓN CORRECTA DE CASOS (Cada uno debe tener un cubo verde) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | 9 | 4 | No se necesitan en laboratorio, AP, R, QX |
| SEPARACIÓN CORRECTA DE QUÍMICO (Cada uno debe tener un cubo verde) | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | 9 | 4 | No se necesitan en laboratorio, R, AP y QX |

OBSERVACIONES:

1) En esta ocasión, los cubos verdes de tamaño reducido para segregación de vidrio (para asociados los centros de segregación).

2) No se detectó el problema de segregación correcta de radiografías, CDs y DVDs grabados ya que tiene los datos de los pacientes, hay contenedores correspondientes en servicio de RX e Informática.

3) En Anatomía Patológica, Laboratorio, H1 y en QX no se realiza segregación de Citotóxicos.

OBSERVACIONES.

Ya están colocados los cubos verdes de tamaño reducido para segregación de vidrio

Están colocados los carteles de segregación.

Ha sido resuelto el problema de segregación correcta de radiografías, CDs y DVDs grabados ya que tiene los datos de los pacientes, hay contenedores correspondientes en servicio de RX e Informática

En Anatomía Patológica, Laboratorio, H1 y en QX no se realiza segregación de Citotóxicos



PLAN DE AUTOCONTROL - AÑO 2014

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA - INDICADORES DE CONTROL

| FECHA | FRECUENCIAS PERIODICIDAD DE LAS RETIRADAS | DEPÓSITOS INTERMEDIOS ENVASES LLENOS 24 HORAS | DEPÓSITO FINAL PRESENCIA MEDIDAS LIMPIEZA-DERRAMES | DEPÓSITO FINAL ESTADO DE LOS ENVASES |
|----------------------------|---|--|---|---|
| 18/01/14 | SI | SI* | SI | SI |
| 06/02/14 | SI | SI | SI | SI |
| 13/03/14 | SI | SI* | SI | SI |
| 16/04/14 | SI | SI | SI | SI |
| 13/05/14 | SI | SI | SI | SI |
| 17/06/14 | SI | SI | SI | SI |
| 11/07/14 | SI | SI | SI | SI* |
| 20/08/14 | SI | SI | SI | SI |
| 25/09/14 | SI | SI | SI | SI |
| 21/10/14 | SI | SI* | SI | SI |
| 08/11/2014 | SI | SI* | SI | SI |
| 10/12/2014 | SI | SI | SI | SI |
| OBSERVACIONES | | | | |
| 18/01/2014 | Se observa Depósito Intermedio partono, contenedor NEGRO de residuos grupo III sin tapar | | | |
| 13/03/2014 | Se observa Depósito Intermedio hosp 1, contenedor NEGRO de residuos grupo III, con la tapa rota. | | | |
| 12/05/2014 | Se observa Depósito Intermedio de urgencias, contenedor amarillo de plástico lleno de vidrio. | | | |
| 11/07/2014 | Se observa Depósito Final, contenedor NEGRO de residuos grupo III, sin indicar la unidad de procedencia en la pegatina. | | | |
| 25/09/2014 | Se observa Depósito Intermedio de QX, bolsas de basura conteniendo líquidos. | | | |
| 21/10/2014 | Se observa Depósito Intermedio de partono, contenedores amarillos de objetos punzantes sin introducir en los contenedores rígidos NEGROS. | | | |
| 09/11/2014 | Se observa Depósito Intermedio de UCI, contenedores rígidos negros llenos de líquido. | | | |
| MEDIDAS CORRECTIVAS | | | | |
| 18/01/2014 | Se habla con la Unidad para que no vuelva a ocurrir y se les recuerda las medidas de cumplimiento de los contenedores residuos. | | | |
| 13/03/2014 | Se habla con la supervisora de la planta, para que cuando esto ocurra nos lo comuniquen antes de proceder a su retirada. | | | |
| 12/05/2014 | Se habla con el supervisor de urgencias, para que informe a su personal de la correcta segregación. | | | |
| 11/07/2014 | Se habla con el personal de limpieza encargado de su retirada para recordar que deben indicar su procedencia. | | | |
| 25/09/2014 | Se envía correo a Medicina Preventiva y se habla con el supervisor de QX para que informe a su personal. | | | |
| 21/10/2014 | Se habla con la Unidad para que no vuelva a ocurrir y se les recuerda las medidas de cumplimiento de los contenedores residuos. | | | |
| 09/11/2014 | Se habla con la supervisora de UCI y se vuelve a informar al personal. | | | |

Se ha evidenciado la correcta Gestión Intrahospitalaria de los Residuos, de acuerdo al siguiente Procedimiento implantado, verificándose por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. su correcta implantación en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro por parte de CAIOSER:

| GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS | | | |
|---|---|---------------------|----------------|
|  | Código | Edición | Aplicable a |
| | GS-PCL05-POC01 | 2.1 | DPTO. RESIDUOS |
| Elaborado | Revisado | Aprobado | |
| Comisión de Calidad y Medio Ambiente | Comisión de Calidad y Medio Ambiente | Comité de Dirección | |
| Enero 2012 | Enero 2012 | Enero 2012 | |
| Objeto | <p>La finalidad de este procedimiento es establecer la gestión de residuos del hospital y por tanto definir las actuaciones generales para la correcta clasificación de los residuos, su almacenamiento en un envase adecuado y su correspondiente identificación, con el objeto de lograr un adecuado funcionamiento en la recogida selectiva de los residuos. Los principales objetivos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminación de riesgos para la salud, sobre todo del personal y el medio ambiente. • Lograr una correcta clasificación y segregación de los residuos sanitarios. • Evitar accidentes laborales del personal en la manipulación de los residuos. | | |
| Alcance | Este procedimiento es de aplicación a todos los residuos generados en todo el hospital a excepción de los residuos radioactivos. | | |
| Documentación de Referencia/ Legislación aplicable | <ul style="list-style-type: none"> • Norma UNE-EN-ISO 9001:2008 Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos • Norma UNE-EN-ISO 14001:2004 Sistemas de Gestión Ambiental. Requisitos con orientación para su uso • Norma UNE-EN-ISO 9000:2005: Fundamentos y vocabulario • Manual de Calidad y Medio Ambiente de CaptoSer <p>Legislación Estatal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley 10/1998, de 21 de abril, de Residuos. (BOE n. 96, de 22 de abril de 1998) • Ley 11/1997, de 24 de abril, de envases y residuos de envases. (BOE n. 99, de 26 de abril de 1997) • Real Decreto 208/2005, de 25 de febrero, sobre aparatos eléctricos y electrónicos y la gestión de sus residuos. (BOE n. 49, de 26 de febrero de 2005; c.e. BOE n. 76, de 30 de marzo de 2005) • Real Decreto 752/1998, de 30 de abril, por el que se aprueba el Reglamento para el desarrollo y ejecución de la Ley 11/1997, de 24 de abril, de Envases y Residuos de Envases. (BOE n. 104, de 1 de mayo de 1998) • Real Decreto 853/1988, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento para la ejecución de la Ley 20/1986, de 14 de mayo, Básica de Residuos Tóxicos y Peligrosos. (BOE n. 182, de 30 de julio de 1988) • Orden MAM/304/2002, de 8 de febrero, por la que se publican las operaciones de valorización y eliminación de residuos y la lista europea de residuos. (BOE n. 43, de 19 de febrero de 2002; c.e. BOE n. 61, de 12 de marzo de 2002) <p>Legislación Autonómica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley 5/2003, de 20 de marzo, de Residuos de la Comunidad de Madrid. (BOCM n. 76, de 31 de marzo de 2003) | | |

El presente documento es propiedad de Hospital Universitario Infanta Elena. Todos los derechos reservados. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad. Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad. Reservados todos los derechos.

Página 2 de 13



| GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS | | | |
|---|--|---------|----------------|
|  | Código | Edición | Aplicable a |
| | CS-PCL05-POC01 | 2.1 | DPTO. RESIDUOS |
| | <ul style="list-style-type: none"> Decreto 53/1999, de 3 de junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de los residuos biosanitarios y citotóxicos en la Comunidad de Madrid. (BOCM n. 139, de 14 de junio de 1999; C.E. BOCM n. 154, de 1 de julio de 1999) | | |
| Formatos | <ul style="list-style-type: none"> CS/PCL05/FPOC01/01 "Verificación de Retirada de Residuos de los Depósitos Intermedios" CS/PCL05/FPOC01/02 "Tabla de Evaluación del Plan de Autocontrol" CS/PCL05/FPOC01/03 "Registro de Incidencias en Gestión de Residuos". CS/PCL05/FPOC01/04 "Control de Residuos No Peligrosos". CS/PCL05/FPOC01/05 "Control de Peso de Residuos". | | |
| Anexos | <ul style="list-style-type: none"> CS/PCL05/POC01/Anexo1. Clasificación y acumulación de los residuos no sanitarios. CS/PCL05/POC01/Anexo2. Clasificación y acumulación de los residuos sanitarios. CS/PCL05/POC01/Anexo3. Instrucciones para la identificación de Residuos Peligrosos. CS/PCL05/POC01/Anexo4. Plano de las Plantas del edificio con la definición de los circuitos de limpio (color azul) y sucio (color rojo). | | |

Este documento es propiedad de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. y no puede ser reproducido ni distribuido sin el consentimiento escrito de la empresa. Queda permitida la impresión en su totalidad para uso personal. Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad para uso personal.

Edición 2.1

| GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS | | |
|---|--------------------|---------|
|  | Código | Edición |
| | CS-PCL05- PDC01 | 2.1 |
| Aplicable a | | |
| DPTO. RESIDUOS | | |

2.- GESTIÓN DE RESIDUOS

En la siguiente tabla se recogen la relación de residuos generadas por las actividades/ áreas del hospital.

| TIPO | CLASES DE RESIDUOS | PRODUCIDOS EN |
|--|---|---|
| CLASE I | Papel y cartón para reciclar | Cócheras, cocina, almacenes. |
| | Papel y cartón para destruir (confidencial) | Cócheras |
| | Acero usado | Cocina |
| | Residuos orgánicos Cartuchos y Tóner | Cócheras, cafetería, almacenes, salas de espera. |
| | | Cócheras |
| CLASE II o Residuos anatómicos asimilables a humanos | | Atenció a pacientes |
| CLASE III o Residuos Biosanitarios Especiales | | Atenció a pacientes |
| CLASE IV, constituida por cadáveres y restos humanos | | Atenció a pacientes |
| CLASE V o Residuos Químicos | Compuestos orgánicos no halogenados | Laboratorios |
| | Envases contaminados de sustancias peligrosas | Laboratorios |
| | Pilas alcalinas | Mantenimiento de instalaciones |
| | Pilas de mercurio | Mantenimiento de instalaciones |
| | Pilas de níquel cadmio | Mantenimiento de instalaciones |
| | Productos químicos desechados | Laboratorios |
| | Productos químicos de laboratorio | Laboratorios |
| | Residuos eléctricos y electrónicos | Mantenimiento de instalaciones |
| | Fluorescentes | Mantenimiento de instalaciones |
| CLASE VI o Residuos Citológicos | | Atenció a pacientes |
| CLASE VII o Residuos Radiactivos | | Radioterapia |
| | Residuos procedentes de tratamiento radiactivos | |
| | Diversas fuentes radiactivas | Instalación radiactiva destinada a laboratorio de investigación |
| Pellets | Radioterapia y Laboratorio de isótopos | |

ATENCION: Toda document de procedim de origen en el ámbito de competencia de la Dirección General de Ordenación e Inspección de Actividades Sanitarias, (http://www.msc.es/actividades_sanitarias/inspeccion_y_control/actividades_sanitarias/actividades_sanitarias.asp) debe ser remitida a la Dirección de Calidad.

Fecha: 11/11/13

| GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS | | | |
|---|--------|----------------|-------------|
|  | Código | Edición | Aplicable a |
| | | CS-PCL05-POC01 | 2.1 |

El hospital debe disponer de contratos con gestores autorizados para todos aquellos residuos que genera como resultado de su actividad.

➤ Antes de seleccionar un gestor será necesario tener la siguiente información disponible con el fin de garantizar la correcta gestión de los RP's:

- Autorización del Gestor para los residuos que va a gestionar
- "Solicitud de aceptación del residuo" que el Responsable del Proceso habrá enviado después de la aceptación de la oferta del Gestor.
- Documento de Aceptación del residuo por parte del gestor.

➤ Cuando se generan residuos peligrosos se entregan a gestores autorizados siguiendo el proceso que a continuación se describe:

- Deberán encontrarse identificados de acuerdo a lo indicado en la legislación vigente, los envases que contengan residuos peligrosos o bien los propios residuos. Esta etiqueta será suministrada por los gestores.
- Cuando se van a cumplir los 6 meses de almacenamiento, o cuando la cantidad de residuos así lo requiera, la persona Responsable del Proceso procede a enviar al gestor autorizado seleccionado el documento "Notificación de traslado de residuos peligrosos"
- El gestor, cuando recoge los residuos, deja en el Hospital el albarán de traslado/Documento de Control y Seguimiento (DCS), uno para cada uno de los residuos retirados.
- El Responsable del Proceso procede entonces al registro de las cantidades retiradas en "Libro Registro de Residuos Peligrosos", generalmente entregado por el Gestor.

2.1. SEGREGACIÓN, IDENTIFICACIÓN Y ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS

2.1.1 SEGREGACIÓN

Los contenedores para la segregación de residuos en el hospital son:

Clase I o Residuos Generales:



ATENCIÓN: Toda documentación al sistema de gestión de la Calidad deberá ir dirigida al Departamento de Gestión de Calidad, Unidad de Operaciones (comunicación centralizada) o directamente en el Formulario de Datos y Datos (Formulario de Datos) al Departamento.

1 página 17 de 35

| GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS | | | |
|--|--------|--------------------|-------------|
|  Hospital Universitario Valenciano  Universidad de Valencia | Código | Edición | Aplicable a |
| | | CS-PCL05- PDC01 | 2,1 |

Clase II o Residuos Biosanitarios Asimilables a Urbanos:



Clase III o Residuos Biosanitarios Especiales:



Los objetos punzantes



Clase V o Residuos Químicos:

Medicamentos y envases de medicamentos



Líquidos de laboratorio



Pilas



Clase VI o Residuos Citotóxicos



ATENCIÓN: Este documento es parte del sistema de gestión de la calidad de la Universidad de Valencia, considerando como su propietario. Quien tiene el deber de mantenerlo actualizado y contribuir a su mejora. Valencia, febrero de 2014. Dirección de la Comisión de Calidad.

Página 14 de 15

| GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS | | | |
|---|--------|--------------------|-------------|
|  | Código | Edición | Aplicable a |
| | | CS-PCL05- POC01 | 2.1 |

2.1.2. IDENTIFICACIÓN

- Los residuos de las clases I y II permanecerán identificados mediante el color de las bolsas y contenedores que los recogen. Para más información, consultar también el Anexo 1: Clasificación y acumulación de residuos no sanitarios.
- Los residuos de las clases III, IV, V y VI permanecerán, en todo momento, identificados de acuerdo a lo establecido en la legislación vigente. Estas instrucciones se encuentran resumidas en el anexo Anexo 2: Clasificación y acumulación de los residuos sanitarios.

Las características de las etiquetas se encuentran descritas en el documento Anexo 3: Instrucciones para la identificación de Residuos Peligrosos.

Las etiquetas son facilitadas por los gestores de residuos.

El personal que se ocupa del almacenamiento los residuos en depósito final debe asegurarse que la etiqueta figura:

- El código de identificación de los residuos que contiene viene recogido en el Documento de Aceptación entregado por el gestor.
- Nombre, dirección y teléfono del titular de los residuos (hospital).
- Fechas de envasado.
- La naturaleza de los riesgos que presentan los residuos.

2.1.3. ALMACENAMIENTO.

Los contenedores de residuos se encuentran ubicados en:

- Las zonas/áreas de generación de los residuos
- Depósitos intermedios: Habitación o cuartos sucios ubicados cerca de las áreas o bloques donde se generan residuos.
- Área de depósito final: Superficie exterior donde se diferencian por separado cada uno de los Depósitos finales de residuos en función de su denominación por clases.

Los Residuos deben permanecer en los Depósitos Intermedios de Residuos a la espera de su retiro y salida al Área de Depósito Final exterior.

ACTIVIDAD DE TIPO ACCREDITADA POR EL SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (SICAV) DEL INSTITUTO VALENCIANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS (IV) PARA EL RETIRO Y EL DEPÓSITO FINAL DE RESIDUOS PELIGROSOS EN TORREJÓN Y "REY JUAN CARLOS".

© Gesman, I.C. de S.L.

| GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS | | | |
|---|--------|--------------------|-------------|
|  | Código | Edición | Aplicable a |
| | | GS-PCL05- PDC01 | 2.1 |

2.2. CIRCUITOS DE RECÓGIDA DE RESIDUOS

Los circuitos de recogida de residuos del Hospital quedan definidos en los planos que se incluyen en el Anexo 4:

- ➔ **CIRCUITO DE RESIDUOS ENVASES LLENOS:** Recorrido establecido mediante rutas para la retirada de estos. (En color rojo: Circuito de Sucio)
- ➔ **CIRCUITO DE RESIDUOS, ENVASES VACÍOS:** Recorrido establecido mediante rutas para el reparto de envases y cubos vacíos. (En color azul: Circuito de Limpio).

Las pautas a seguir son las siguientes:

- ➔ El Circuito será realizado con una frecuencia mínima diaria y máxima de tres veces al día repartidas en los tres turnos de mañana, tarde y noche en función del volumen generado por cada una de las áreas del Hospital.
- ➔ El Circuito mantendrá criterios de Limpio y Sucio diferenciados, incluidos los ascensores.
- ➔ Se realizará recogiendo todos los envases llenos y repartiendo el envase vacío correspondiente.
- ➔ Esta frecuencia será aumentada a requerimiento del/los responsables de las Unidades o áreas, con el visto bueno de la persona responsable de la Gestión de Residuos del Hospital.
- ➔ Los ascensores destinados al Circuito de Sucio se limpiarán, una vez finalizado este, según el procedimiento: "Limpieza e Higiene Hospitalaria".
- ➔ En caso de existir derrames en cualquier zona de los Circuitos, se limpiarán de inmediato, según el procedimiento anterior.
- ➔ El personal que realiza los Circuitos de Residuos dejará constancia de la retirada de estos en los Depósitos Intermedios mediante la anotación de la hora y fecha con su firma en el formato "Verificación de Retirada de Residuos de los Depósitos Intermedios" ubicado en cada uno de estos cuartos para su verificación y supervisión por el responsable de la Gestión de Residuos del Hospital.
- ➔ Los Residuos de Clase I y II se trasladarán de forma separada de los de Clase III y todos separados de los de Clase V.

El presente documento es propiedad de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. y queda reservada todos los derechos de explotación. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Página 22 de 28

| GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS | | | |
|---|--------|--------------------|-------------|
|  Hospital Universitario Reina Elena  Universidad de Madrid | Código | Edición | Aplicable a |
| | | CS-PCL05- POC01 | 2-1 |

2.3. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA GESTIÓN DE RESIDUOS

El Responsable de Gestión de Residuos realizará una verificación del cumplimiento de la gestión Ambiental, realizando una ronda de visitas sorpresa cada mes a los diferentes Depósitos y anotando en el Formato "Tabla de Evaluación del Plan de Autocontrol" lo observado con respecto a los siguientes campos:

- Fecha de la inspección visual
- Frecuencia de la retirada de residuos; se cumple con la periodicidad establecida.
- Se retiran los contenedores de los Depósitos Intermedios antes de 24 horas.
- Disponibilidad de equipos para la limpieza y para actuación en caso de derrame en los Depósitos Finales.
- Estado de los Envases en el Depósito Final.

Asimismo, se reflejará en "Observaciones" las desviaciones detectadas, así como las medidas correctoras instauradas para su resolución. Este documento se debe presentar en la Consejería de Medioambiente con periodicidad anual.

En el momento que ocurra un incidente o Accidente relacionado con Residuos ha procederse de forma adecuada según protocolo, y debe ser notificado a la Responsable de Gestión de Residuos, que a su vez lo comunicará en la Comisión de Gestión Medioambiental. Posteriormente, tras analizar las causas, se adoptarán las medidas correctoras oportunas. Todo esto ha de registrarse en el formato "Registro de Incidencias en Gestión de Residuos".

2.4. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

2.4.1. RESIDUOS URBANOS:

- El responsable del proceso de Gestión de Residuos lleva a cabo el control de la cantidad de residuos urbanos generados se realizará en el formato "Control de Residuos No Peligrosos".

2.4.2. RESIDUOS PELIGROSOS:

- A. El Responsable del Proceso lleva al registro de las cantidades retiradas en "Libro Registro de Residuos Peligrosos", generalmente entregado por el Gestor.
- B. El responsable del proceso de Gestión de Residuos elabora una declaración anual como productor de residuos peligrosos en la que consta:
 - El número de autorización de productor.
 - El total de tipos de residuos generados.
 - La cantidad de cada tipo.
 - La identificación de los mismos por código según R.D. 952/97.

ATENCIÓN: Este documento constituye documento de Confidencialidad de la Comisión de Gestión Medioambiental de los Hospitales Reina Elena y Rey Juan Carlos. Su divulgación a terceros sin el consentimiento expreso de la Comisión de Gestión Medioambiental de los Hospitales Reina Elena.

Página 11 de 15

| GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA DE RESIDUOS | | | |
|--|--------|--------------------|-------------|
|  <small>Hospital General de Valdemoro</small> <small>Comunidad de Madrid</small> | Código | Edición | Aplicable a |
| | | CS-PCL05- PDC01 | 2.1 |

- El almacenamiento.
- Tipos de recipientes.
- Identificación del gestor.
- Memoria :
 - Los días de recogida.
 - Cantidades en cubos.
 - Cantidad de envases y tipos.
 - Número de documentos de control y seguimiento de residuos peligrosos.

Este informe se remite a La Conselleria de Medio Ambiente (Área de planificación y gestión de residuos de la Comunidad Autónoma).

C. Anualmente el Responsable de Proceso proceda al cálculo de las cantidades totales entregadas para la realización de la re-evaluación de aspectos medioambientales. Del mismo modo, proceda a realizar periódicamente un seguimiento tanto del cumplimiento de los requisitos legales como de los indicadores recogidos en el cuadro de mando ambiental.

2.5. FORMACIÓN, SENSIBILIZACIÓN E INFORMACIÓN

Con respecto a la formación, sensibilización e información de la gestión de residuos el Responsable del proceso de Gestión de Residuos se asegura de que:

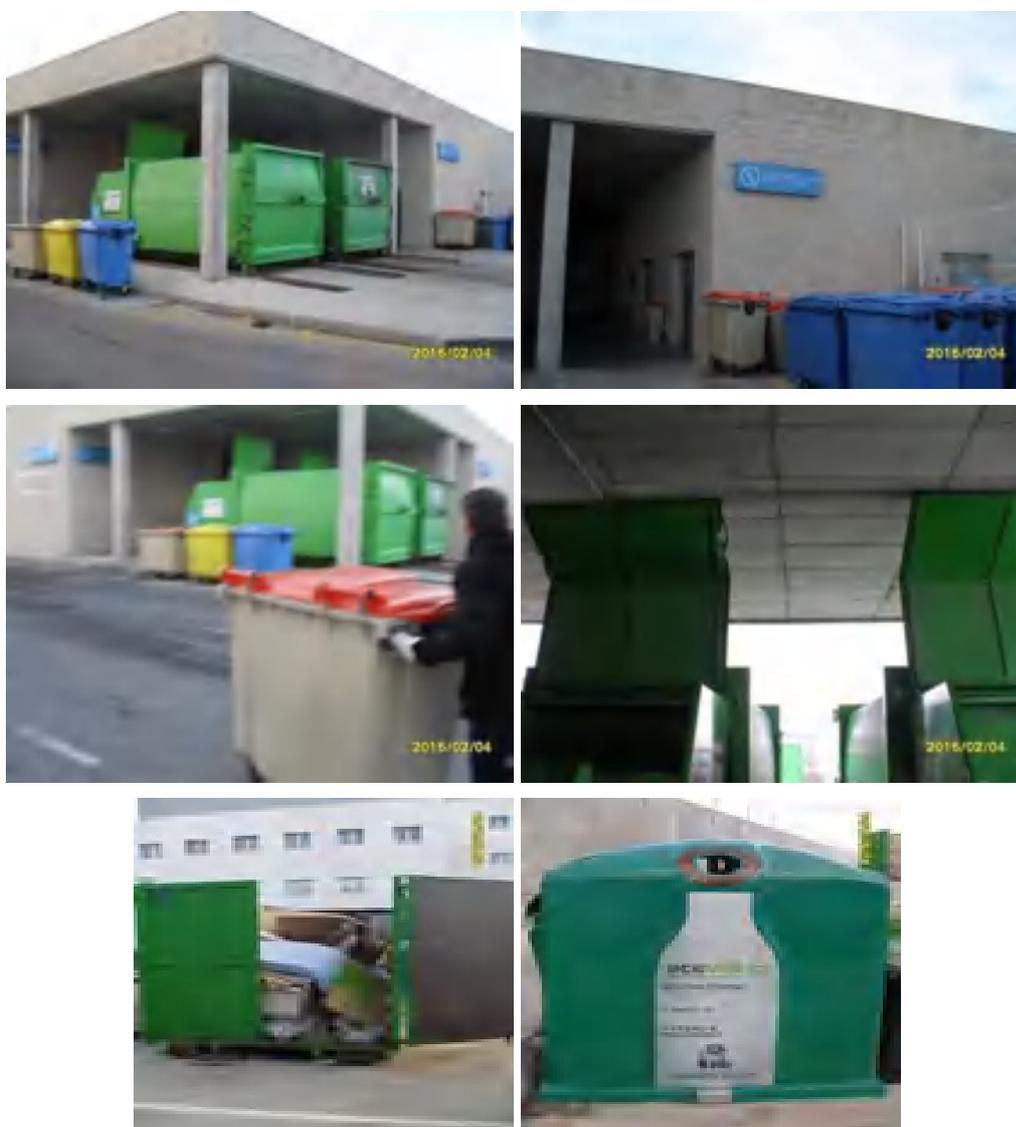
- Todo el personal tenga acceso al procedimiento de "Gestión de Residuos" a través de la Intranet.
- La cartelería de clasificación y acumulación de los residuos sanitarios se encuentra visible en todos los depósitos intermedios así como en zonas de generación de este tipo de residuos.
- Los planos de las plantas donde se encuentran localizados los puntos de almacenamiento/ depósito intermedio y depósito final, así como del circuito seguido por los residuos se cumple

APPARCEL, Via de Comunicacions de Sant Joan de Vilatorrada, 11. 08130 Sant Joan de Vilatorrada (Barcelona).
Tel: 93 884 10 00. Fax: 93 884 10 01. Email: info@apparcel.com

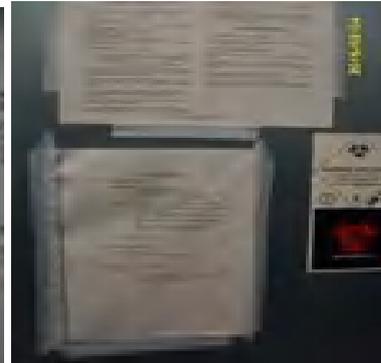
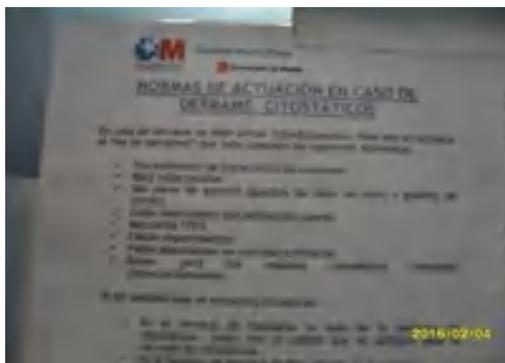
APPARCEL

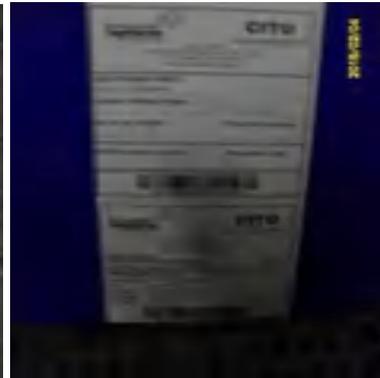
PUNTO DE EVACUACIÓN FINAL. ALMACÉN DE RESIDUOS SANITARIOS:

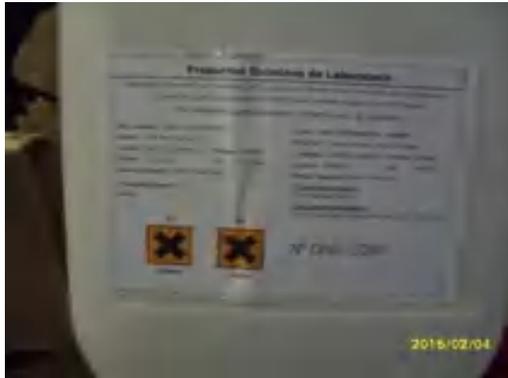
El almacén de residuos sanitarios está ubicado en el edificio anexo al Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro con acceso directo a la calle para la retirada de residuos sanitarios por parte del Gestor Autorizado. Está señalizado y queda prohibida la entrada a toda persona no autorizada, estando cerrado bajo llave. El almacén de residuos sanitarios está cubierto, es de una superficie fácil de limpiar, alejado de ventanas y rejillas, con acceso sin escalones y pendiente menor al 5%:

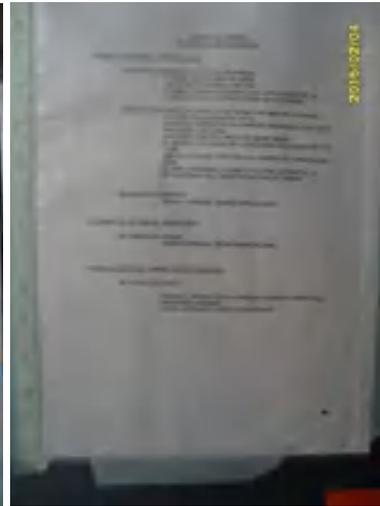




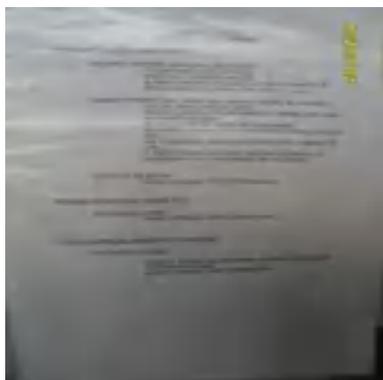


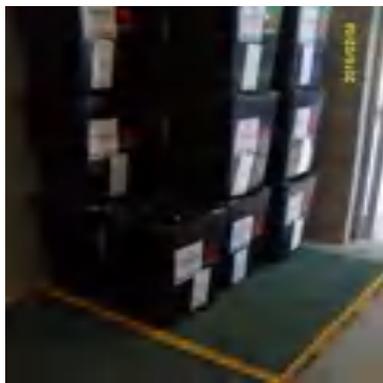


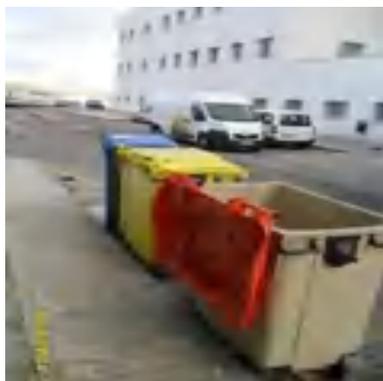
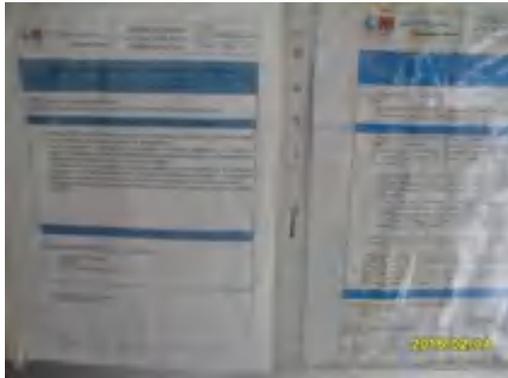






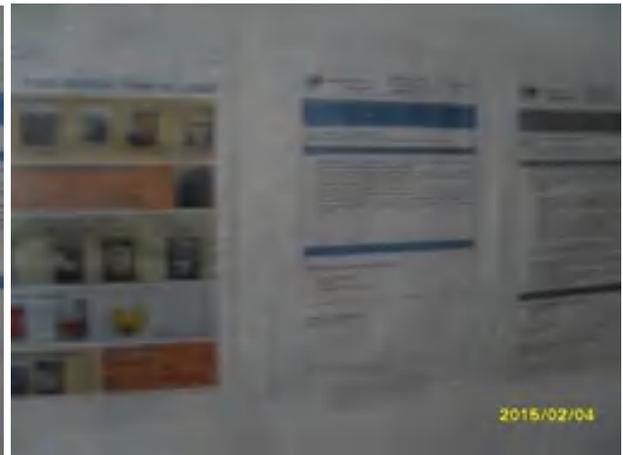
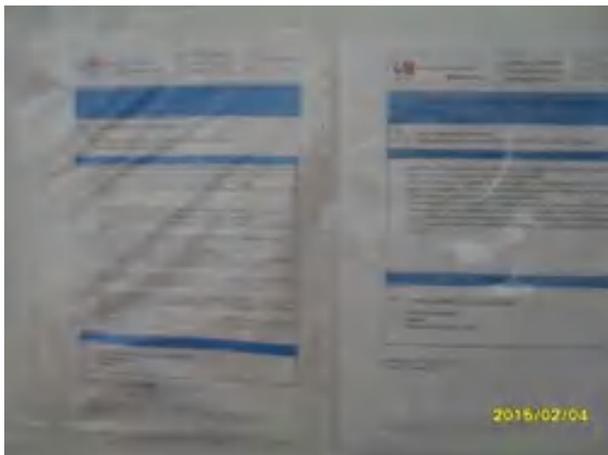




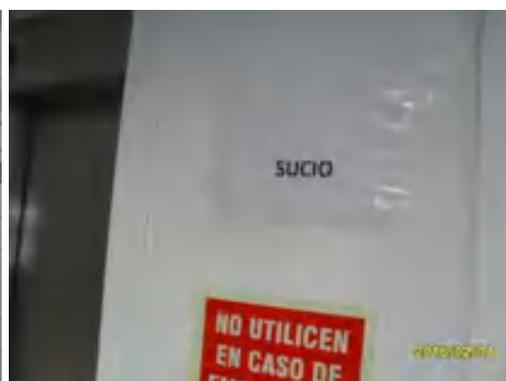
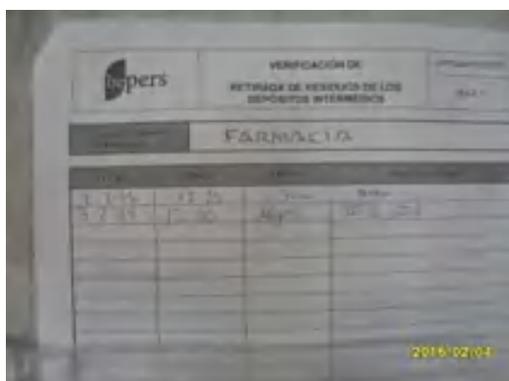
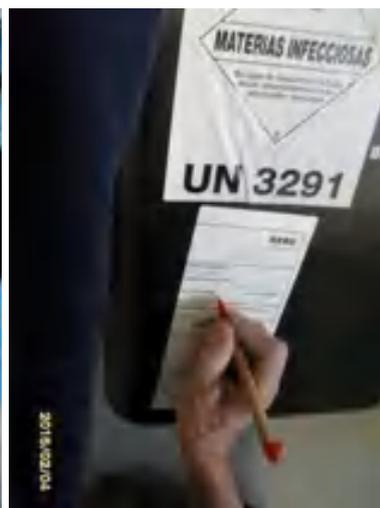




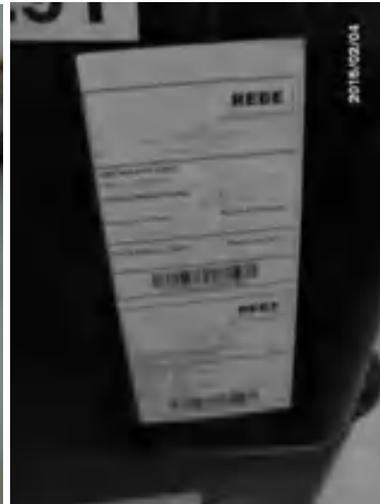
Existen Carteles visibles por todo el Hospital, siempre en la zona de retirada de residuos sanitarios en cada uno de los Servicios del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, en el que se indican lo siguiente:

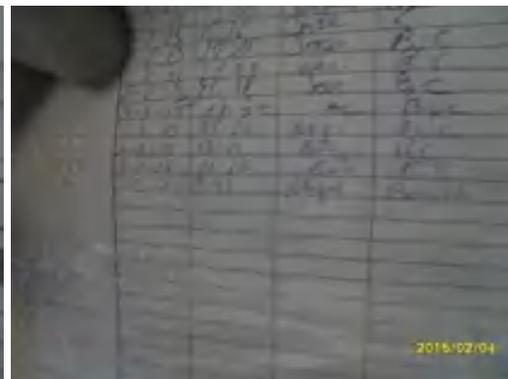
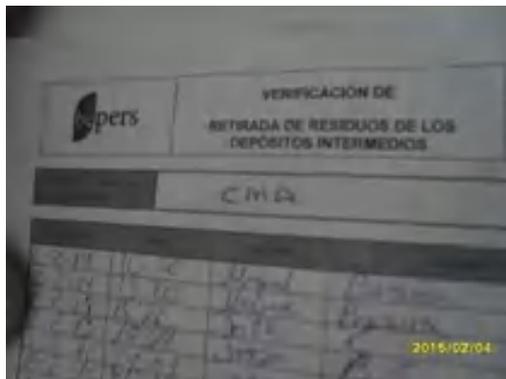


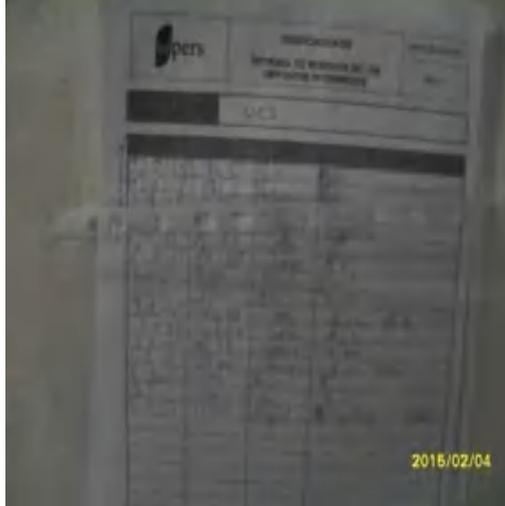
La retirada de los envases contaminados de residuos sanitarios de cada uno de los Servicios y la reposición de envases se realiza diariamente por parte del Responsable de la Gestión de Residuos de acuerdo a los residuos sanitarios generados que depende directamente del volumen de actividad asistencial en cada uno de los Servicios, anotándolo en el registro correspondiente del Almacén Intermedio de Residuos:







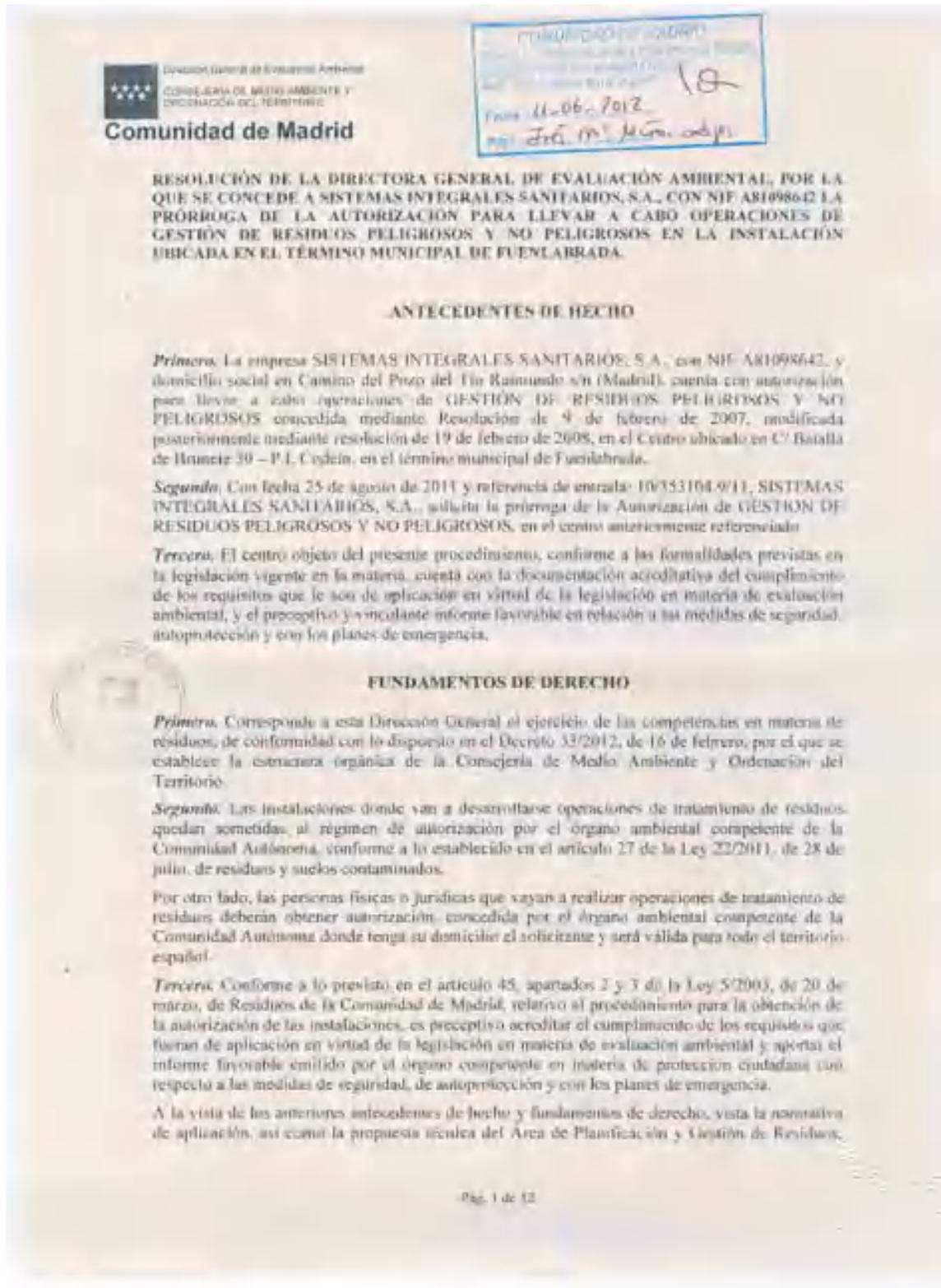




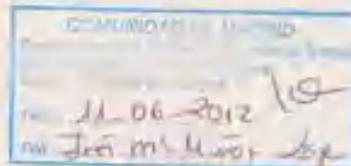


La retirada definitiva de los residuos sanitarios se lleva a cabo dos días a la semana por parte del Gestor Autorizado SISTEMAS INTEGRALES SANITARIOS, S.A., llevándose a cabo un control del pesaje de los residuos sanitarios por parte del Responsable de la Gestión de Residuos, para verificar que coincide con los kg de la factura emitida a posteriori por el Gestor Autorizado:









ANEXO I

OPERACIONES DE GESTIÓN Y PRODUCCIÓN DE RESIDUOS AMPARADOS POR LA PRESENTE RESOLUCIÓN.

Las operaciones descritas a continuación pueden generar con carácter eventual otros residuos peligrosos no expresamente contemplados, que se incluirán en su caso en la Memoria Anual de Actividades y que se gestionarán adecuadamente.

La asignación de los códigos conforme a la Lista Europea de Residuos no es exhaustiva, debiendo adaptarse en caso necesario a los capítulos y especificaciones del citado catálogo. La documentación relativa a la gestión y producción de residuos incluirá, en su caso, los correspondientes códigos de identificación asignados de conformidad con la normativa aplicable en la materia.

A. OPERACIONES DE GESTIÓN DE RESIDUOS

De acuerdo con lo establecido en los Anexos I y II de la Ley 22/2011, de 28 de julio, en la instalación se llevan a cabo las siguientes operaciones de gestión de residuos:

- **B 13** Acumulación de residuos para someterlos a cualquiera de las operaciones enumeradas entre R1 y R12.
- **D 15** Almacenamiento en espera de cualquiera de las operaciones numeradas de D1 a D14.

A.- PROCESOS DE GESTIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS

A.1.- (NP) 01) ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS.

Los residuos admisibles en la instalación responden fundamentalmente a los siguientes códigos LER:

- RESIDUOS BIOLÓGICOS CLASE III

LER: 18 01 03 "Residuos (de enfermedades humanas) del diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades humanas) cuya recogida y eliminación es objeto de requisitos especiales para prevenir infecciones."

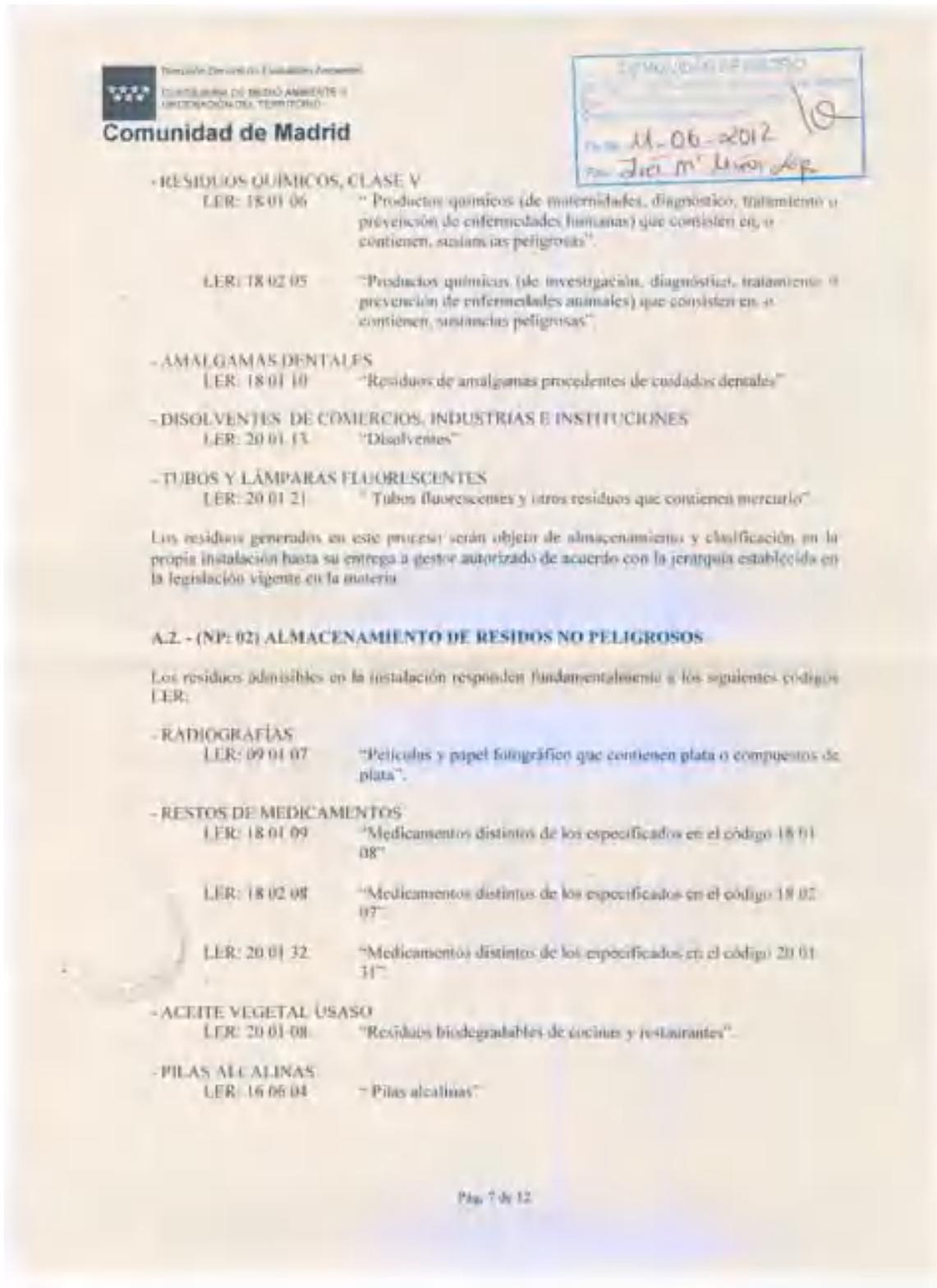
LER: 18 02 02 "Residuos (de la investigación, del diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades de animales) cuya recogida y eliminación es objeto de requisitos especiales para prevenir infecciones."

- RESIDUOS CITOTÓXICOS Y CITOSTÁTICOS CLASE VI

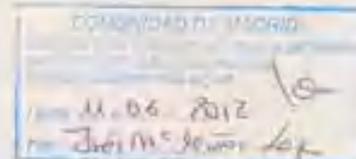
LER: 18 01 08 "Medicamentos citotóxicos y citostáticos (de enfermedades, del diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades humanas)"

|  Servicio General de Información Ambiental CONSEJERÍA DE MEDIO AMBIENTE Y ORDENACIÓN DEL TERRITORIO Comunidad de Madrid | | DIVISION DE MEDIO AMBIENTE Fecha: 21.06.2012 Por: J. M. Leiva |
|--|--|--|
| LER: 18 02 07 | "Medicamentos químicos y citostáticos (de investigación, del diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades de animales)" | |
| - LIQUIDO REVELADOR LER: 09 01 01 | "Soluciones de revelado y soluciones activadoras al agua" | |
| - LIQUIDO FIJADOR LER: 09 01 04 | "Soluciones de fijado" | |
| - ACEITE MINERAL LER: 13 02 08 | "Otros aceites de motor, de transmisión mecánica y lubricantes" | |
| - DISOLVENTE NO HALOGENADO LER: 14 06 03 | "Otros disolventes y mezclas de disolventes" | |
| - DISOLVENTES HALOGENADOS LER: 14 06 02 | "Otros disolventes y mezclas de disolventes halogenados" | |
| - DISOLUCIONES ÁCIDAS Y OTROS ÁCIDOS LER: 06 01 06 | "Otros ácidos" | |
| - DISOLUCIONES BÁSICAS Y OTRAS BASES LER: 06 02 05 | "Otras bases" | |
| - ENVASES CONTAMINADOS LER: 15 01 10 | "Envases que contienen restos de sustancias peligrosas o están contaminados por ellas" | |
| - ABSORBENTES Y ROPAS CONTAMINADAS LER: 15 02 02 | "Absorbentes, materiales de filtración, trapos de limpieza y ropas protectoras contaminados por sustancias peligrosas" | |
| - REACTIVOS DE LABORATORIO LER: 16 05 06 | "Productos químicos de laboratorio que consisten en, o contienen, sustancias peligrosas, incluidas las mezclas de productos químicos de laboratorio" | |
| - BATERÍAS DE PLOMO LER: 16 06 01 | "Baterías de plomo" | |
| - BATERÍAS DE NIQUEL-CADMIO LER: 16 06 02 | "Acumuladores de Ni-Cd" | |
| - PILAS DE MERCURIO LER: 16 06 03 | "Pilas que contienen mercurio" | |

Pág. 6 de 12







ANEXO II

CONDICIONES QUE SE DEBEN CUMPLIR DURANTE EL PERIODO DE VIGENCIA DE LA AUTORIZACION

1- La actividad se desarrollará en todo momento conforme a lo establecido en la Ley 22/2011, de 28 de julio, y la Ley 5/2003, de 20 de marzo, y sus normas de desarrollo, en particular el Decreto 83/1999, de 3 de junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de residuos biosanitarios y citotóxicos en la Comunidad de Madrid.

2- Capacidad máxima de almacenamiento.

No se superará, en ningún momento, para los siguientes residuos, la cantidad máxima establecida en la presente Resolución.

| Capacidad máxima de Almacenamiento | | Tiempo máximo de almacenamiento |
|--|----------|---------------------------------|
| Residuos Biosanitarios Clase III a Temperatura < 4°C | 8.370 Kg | 7 días |
| Residuos Biosanitarios Clase VI a Temperatura < 4°C | 4.050 Kg | 2 meses |
| Residuos químicos líquidos | 11 Ton | 6 meses |
| Residuos químicos sólidos | 0,8 Ton | 6 meses |

El destino final de los residuos será, en todo caso, un gestor autorizado y se elegirá en aplicación de la jerarquía de tratamiento prevista en la legislación vigente.

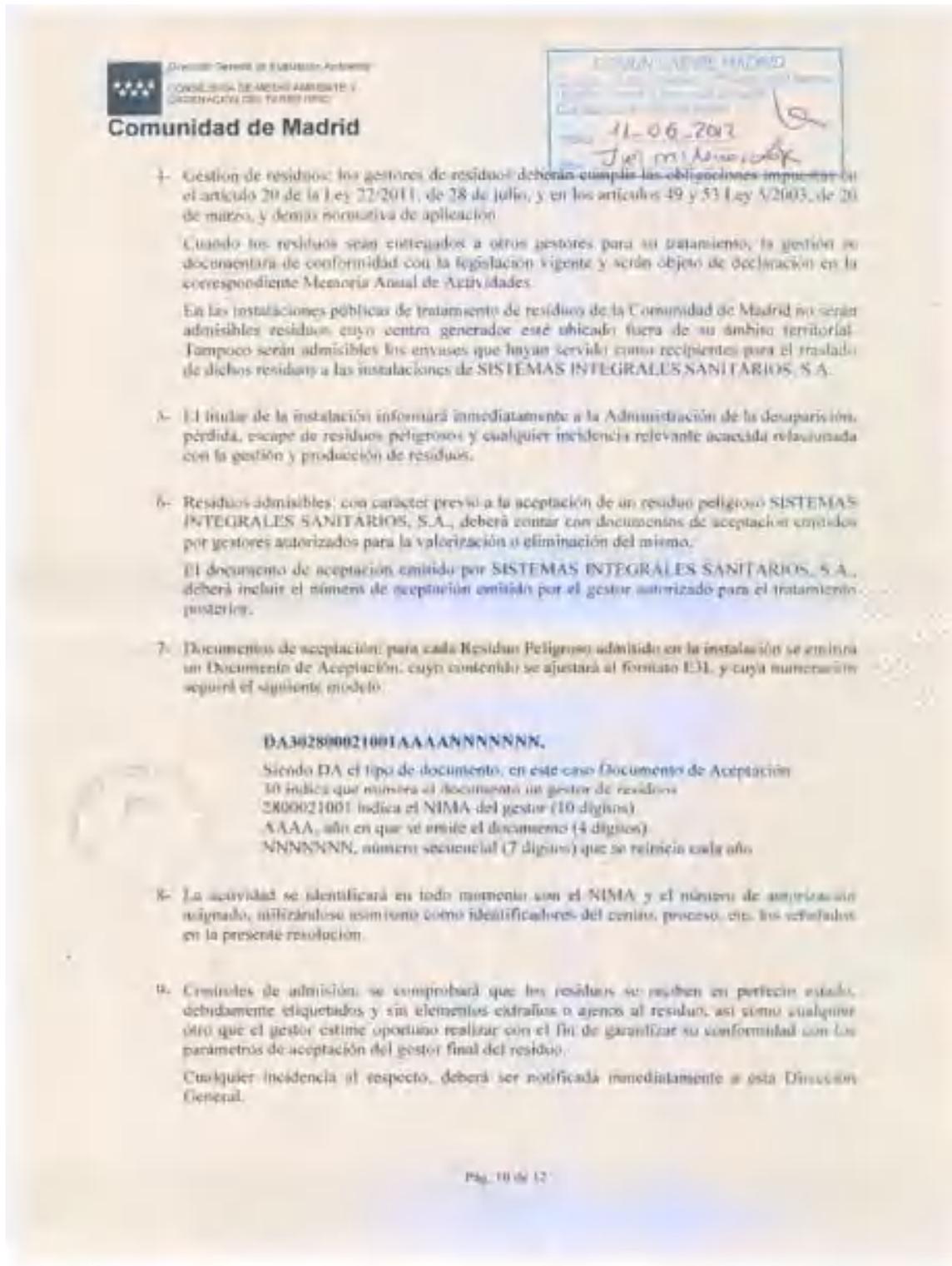
Los residuos se almacenarán debidamente, en las zonas previstas para ellos. En ningún caso obstaculizarán el tránsito en la instalación ni el acceso a los equipos de seguridad.

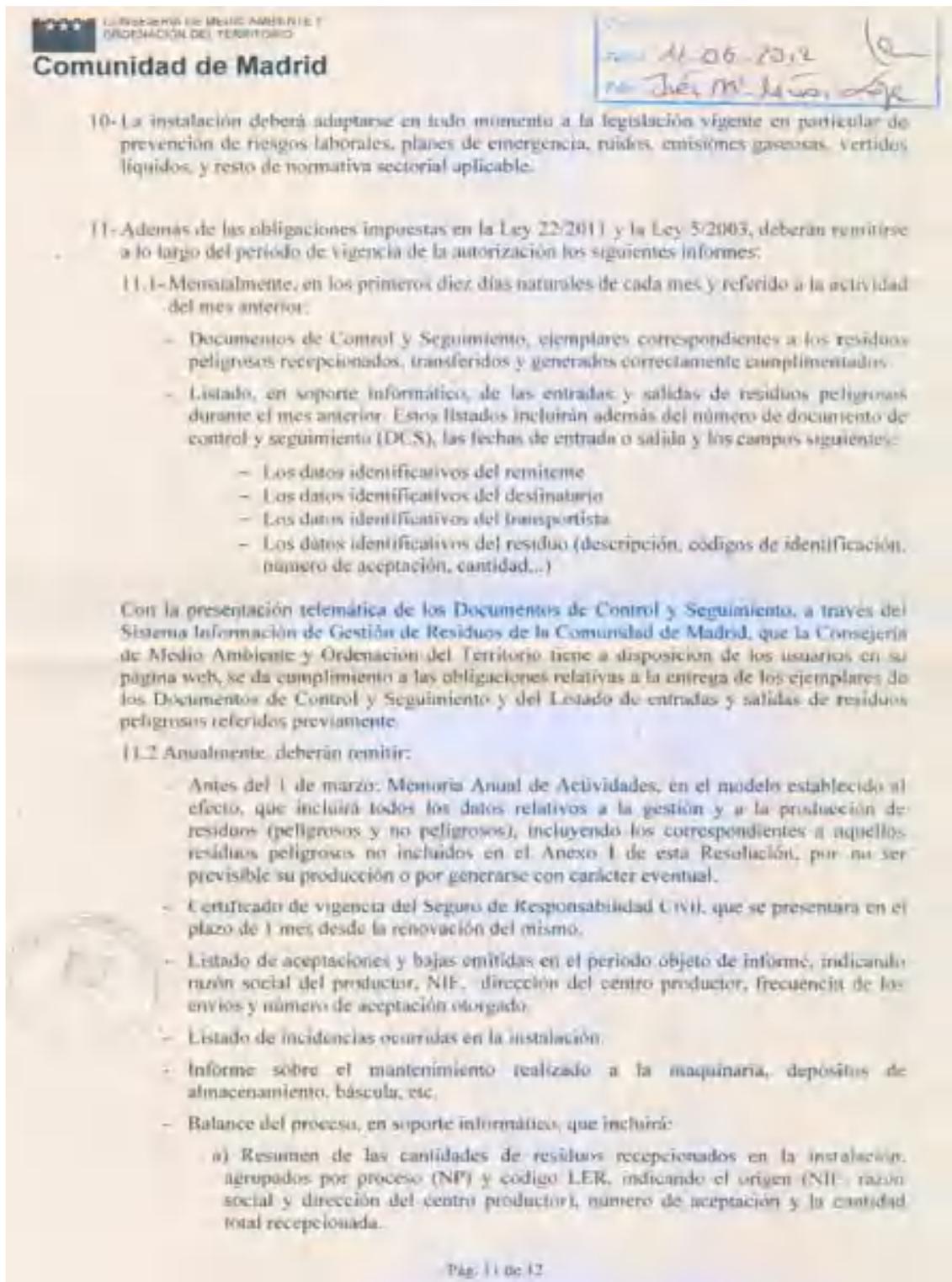
3- Generación de residuos: los residuos producidos se gestionarán, de acuerdo a su naturaleza, teniendo en cuenta la jerarquía de residuos establecida en el artículo 8 de la Ley 22/2011, de 28 de julio, para conseguir el mejor resultado ambiental global.

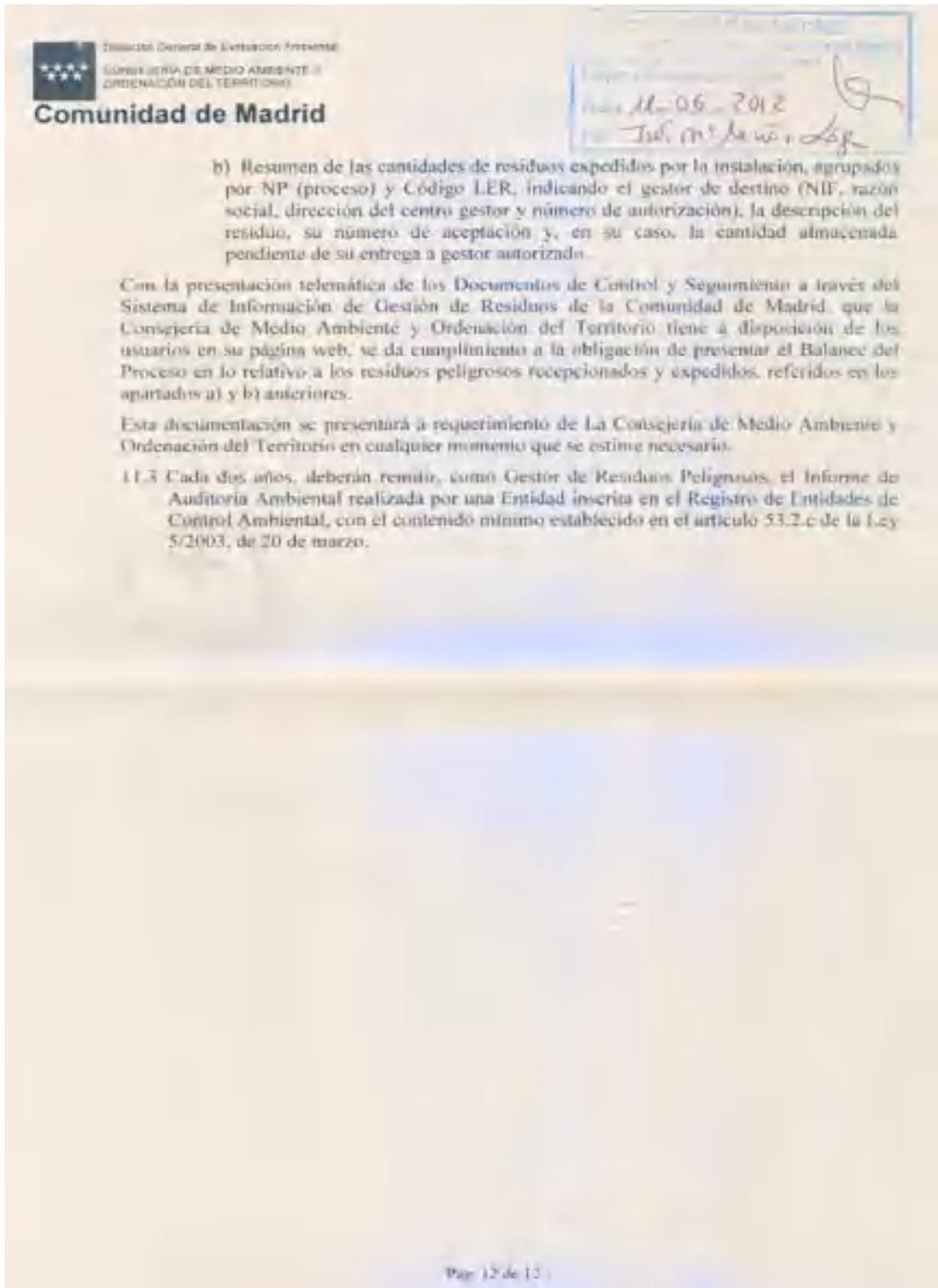
Se reducirá la producción de residuos en la medida de lo posible.

Los productores de residuos peligrosos deberán cumplir las obligaciones impuestas en los artículos 17 y 18 de la Ley 22/2011, de 28 de julio y en el artículo 38 de la Ley 5/2003, de 20 de marzo.

Los datos relativos a los residuos gestionados y generados, se incluirán en la Memoria Anual de Actividades, así como los datos correspondientes a aquellos residuos peligrosos no incluidos en el Anexo I, por no ser previsible su producción o por generarse con carácter eventual.









Laboratorio de Metrología y Calidad
C/ Reyes Católicos, 21 - 28342 Madrid
Tel: 91 307 27 00 - Fax: 91 307 19 29
E-mail: laboratorio@clm.es
www.clm.es

CERTIFICADO DE VERIFICACIÓN : BS/03834/12

Fecha de verificación: 25 de Mayo de 2012

T.Verificación: **Periódica**
 Expedido por: Centro de Laboratorios y Servicios Industriales de Madrid-Laboratorio de Metrología y Calidad
 Expedido a: **HOSPITAL INFANTA ELENA**
 Av. REYES CATÓLICOS, 21 (Valdemoro)
 28342 Madrid
 De acuerdo con: Orden de 27 de abril de 1999 por la que se regula el control metrológico de los instrumentos de pesaje de funcionamiento no automático, en sus fases de verificación después de reparación o modificación y de verificación periódica
 Relativo a: **BSS de funcionamiento no automático e indicación y equilibrio Automático, marca AVERY WEIGH TRONIX, modelo E-1010, nº de serie 075050168, nº de registro 91213/53987 con las siguientes características técnicas y metrológicas principales:**

| Alcance Máximo(Max) | Alcance Mínimo(Min) | Escalón Verificación (e) | Nº Divisiones n | Clase exactitud |
|---------------------|---------------------|--------------------------|-----------------|-----------------|
| 300 Kg | 2 Kg | 0,1 Kg | 3000 | III |

Ubicado en: Av. REYES CATÓLICOS, 21 (Valdemoro)
28342 Madrid
 Precintos: **2 PRECINTOS EN VISOR.**
 Limitaciones:
 Observaciones: Este certificado establece la conformidad del equipo arriba señalado con los requisitos establecidos en la Orden de 27 de abril de 1999 en base al examen administrativo y metrológico realizado y documentado en el informe de ensayo N° 113389
 En consecuencia, se declara al instrumento conforme para efectuar su función de pesaje, durante el plazo de dos años a contar desde la fecha de la verificación del presente certificado.

Fecha de emisión: 27/08/2012

Firma: José Luis Perales Torres

ORGANISMO AUTORIZADO DE VERIFICACIÓN METROLÓGICA aceptado por ENAC con acreditación nº OC-0131



FORM 1.03.4

TARJETA DE CONTROL METROLOGICO Nº 56630

390

TITULAR Y DATOS DEL INSTRUMENTO

Modelo: **NEP-DNA EXP. PUNTA** Código: **A-84552777** nº serie: **55987**
 Dirección del titular: **AV. REYES CATÓLICOS 21** Población: **VALENCIA**
 Nombre del titular: **INMAC. INTERACCION ANTERECLIAS** Profesión: **---**
 Datos del titular: **REYES PUNTA, BEGOÑA EJE 10** nº de identificación: **DISC0210** Fecha de emisión: **2008**
 Instrumento: **UK-722**

VERIFICACIÓN EMISIÓN DEE SEÑALES SEMIOTALES

Lugar de emisión: _____
 Fecha y hora: _____

REPARACIÓN O MODIFICACIÓN **INTERVENCIÓN** **VERIFICACIÓN**

Tipo de intervención: _____
 Fecha: _____
 Reparación o modificación Intervención Verificación

Descripción de la intervención: _____
 Nombre y dirección de su oficina: _____
 Firma y sello: _____

REPARACIÓN O MODIFICACIÓN **INTERVENCIÓN** **VERIFICACIÓN**

Tipo de intervención: **C. C. M.**
 Fecha: **25/05/2010**
 Reparación o modificación Intervención Verificación

Descripción de la intervención: _____
 Nombre y dirección de su oficina: **P. Puentes Vasco**
 Firma y sello: **Puentes** 

REPARACIÓN O MODIFICACIÓN **INTERVENCIÓN** **VERIFICACIÓN**

Tipo de intervención: **C. C. M.**
 Fecha: **06/02/2010**
 Reparación o modificación Intervención Verificación

Descripción de la intervención: _____
 Nombre y dirección de su oficina: _____
 Firma y sello: **Puentes** 

NOTA: El poseedor de este instrumento tendrá la obligación de solicitar la verificación oficial del mismo cuando sea requerido. La fecha de renovación debe ser como máximo de la última verificación.





CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN

Título de Calificación:

Número: FM-50212
Modelo:
Página: 1 de 4 páginas
Página: 1 de 1000



Centro de
Laboratorio
de Madrid

Laboratorio de Metrología y Calidad
C/ Valdebebas, 16 - 28017 Madrid
Tel. 91 327 21 51 - Fax 91 327 41 74
E-mail: labmetrologia@clm.es
Internet: www.clm.es

| | |
|--|--|
| INSTRUMENTO Instrument | BALANZA ESPOTNEADA |
| FABRICANTE Manufacturer | SMART |
| MODELO Model | SMART |
| NÚMERO DE SERIE Serial Number | 03490 |
| PETICIONARIO Client | SISTEMAS INTECHNALS SANTAYUDS S.A. CAMINO DEL POZO DEL TIO RAMUNDO S/N 28021 MADRID |
| FECHA DE CALIBRACIÓN Date of calibration | 18-Nov-2012 |

Signatari/a autoritzada/a
Autorized Signatory

EL RESPONSABLE TÉCNICO

DDO. JUANCLAY TRENADO

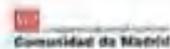
Fecha de emisión

Date of issue

18-Nov-2012

Este certificado se emite de acuerdo con el procedimiento de la Norma UNE-EN ISO 17025:2005 (ENAC) que ha sido reconocido por la autoridad de metrología y calibración de España (ENAC).
Este certificado es válido para el uso de los resultados de la calibración por parte del laboratorio que lo emite y de ENAC.
Una vez emitido este certificado, se le permite utilizarlo en la calibración por parte del laboratorio que lo emite y de ENAC.
This certificate is issued in accordance with the procedure of the Spanish Standard UNE-EN ISO 17025:2005 (ENAC) which has been recognized by the accreditation authority.
This certificate is valid for the use of the results of the calibration by the laboratory that issues it and ENAC.
Once issued, this certificate may be used in the calibration by the laboratory that issues it and ENAC.
The results of this certificate may only be used in accordance with the conditions of the accreditation of the laboratory.

PE-24-LR01
Rev.3 Pág.1



1. IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO

| | | | | | |
|-----|-------------------------------|--|----------------------|-----------|----|
| 3.1 | Ejemplo instrumento | BASCULA EMPOTRADA | | | |
| 3.2 | Fabricante | SMART | Marca | ITECELS | |
| 3.3 | Modelo | SMART | Modelo | SMART | |
| 3.4 | Clase de precisión (EN 10131) | II | Nº aprobación modelo | EQ 02-CO4 | |
| 3.5 | Almacén máximo | 1500,00 | Capacidad | 1500,00 | kg |
| 3.6 | Almacén mínimo | 10,00 | Tara | -1000 | kg |
| 3.7 | Escala de verificación (e) | 0,01 | Clase de consumo (e) | 0,0 | kg |
| 3.8 | Lugar de instalación | C/ BATALLA DE BRUNETE 33 PDL. BLD. CÔRTEZ-30945 FUENLABRADA (MADRID) | | | |

2. PROCEDIMIENTO DE CALIBRACIÓN

Procedimiento técnico de laboratorio PE (E-1) (Nº 11) (Revisión 45, aprobada 4/6/07 por el IIC).

3. PATRONES UTILIZADOS

ESTACION DE PESAS UTILIZADAS EN LA CONTRASTACIÓN DE LA BASCULAMANA

| VALOR NOMINAL | CLASE | Nº INVENTARIO | TRAZABILIDAD |
|---------------|-------|---------------|--------------|
| 500mg / 10g | M1 | A-010 (M1) | ENAC |
| 20 kg | M2 | A-011 (M2) | ENAC |
| 500 kg | M2 | A-015 (M2) | ENAC |

4. CONDICIONES AMBIENTALES Termohigrómetro Registrador EXD. TWS-12

| | T (°C) | H (porcentaje) | HR (h) |
|----------|--------|----------------|--------|
| NORMALES | 15,4 | — | 42 T |
| EXTRAES. | 16,5 | — | 44 T |

REC-4-1-FIR
Rev 2 Pág 2

5. INSPECCIÓN VISUAL

- 5.1 Máscara protectora y legibles
- 5.2 Mú, sñr, et y el justo el visualizador
- 5.3 Extensi3n de pteorito

| SI | NO |
|----|----|
| 3 | |
| 3 | |
| 3 | |

6. PRUEBAS

- 6.1 ERROR EN O A CARGA DE CERD (10e)

Dev: -0.10 kg

DISPOSITIVO AUTO-CERD

| SI | NO |
|----|----|
| 3 | |

- 6.2 FIDELIDAD DE PESAJE (Carga-Densidad)

PUESTA A CERD (ICUAL = 20% DE)

| SI | NO |
|----|----|
| 3 | |

| CARGA L | ERROR (1) | INCERTIDUMBRE DE MEDIDA DEL INSTRUMENTO (2) |
|------------|-----------|--|
| 10.00 kg | 0.00 kg | 0.78 kg |
| 200.00 kg | 0.10 kg | 0.10 kg |
| 500.00 kg | 0.00 kg | 0.15 kg |
| 1000.00 kg | 1.00 kg | 1.00 kg |
| 1200.00 kg | 1.00 kg | 1.25 kg |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

- 6.3 TARA (PRUEBA DE PESAJE): **NO APLICA**

1º VALOR DE TARA

| CARGA L | ERROR (1) |
|------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

2º VALOR DE TARA

| CARGA L | ERROR (1) |
|------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

- (1) El error es la diferencia entre la indicación del instrumento y la carga real aplicada. Para obtener los valores de carga real de una indicación del instrumento se resta el valor del error a dicha indicación. El análisis de pesaje (mpe) se realiza según el punto A.4.4.1 de la Norma UNE-EN 45501.
- (2) La incertidumbre de medida del instrumento está referida a una única prueba, teniendo en cuenta la combinación de sus errores y sus correlaciones estadísticas del instrumento calibrado en esta verificación, según lo que se indica en las condiciones de calibración de este certificado. La incertidumbre combinada corresponde a la incertidumbre típica multiplicada por un factor de cobertura correspondiente al nivel de confianza de 95% apropiado para la actividad a la que se refiere el certificado de calibración de este instrumento, con un nivel de confianza del 95% apropiado para la actividad a la que se refiere el certificado de calibración de este instrumento. Se ha considerado como nivel de confianza del 95% apropiado para la actividad a la que se refiere el certificado de calibración de este instrumento, la posición de la carga en la plataforma la movilidad del órgano indicador, la resolución del instrumento la deriva de la indicación con la temperatura alrededor del eje sobre el eje patrón de referencia a la incertidumbre de la determinación de la densidad del aire.

8.4. REPERTELOIDAD

Número de unidades por parte:

| PRUEBA DE PESAJES | MAXIMA DIFERENCIA ENTRE PESAJES | DESVIACION TIPICA |
|-------------------|---------------------------------|-------------------|
| 10 A 15 | 0.05 kg | 0.05 kg |
| 15 A 20 | 0.05 kg | 0.05 kg |

8.5. EXCENTRICIDAD

Indicaciones de excentricidad:

CARGA QUALIDAD: (1) Abundancia (2) VICAR (3) G.A.J (4) AMAN (5)

| | | | |
|---|---|--|--|
| 1 | 2 | | |
| 4 | 5 | | |

| POSICION | CARGA | REACCION DE LA CARGA, I | BRINDA (1) |
|----------|---------|-------------------------|------------|
| 1 | 5000 kg | 500 kg | 0.02 kg |
| 2 | 5000 kg | 500 kg | 0.02 kg |
| 3 | 5000 kg | 500 kg | 0.02 kg |
| 4 | 5000 kg | 500 kg | 0.02 kg |
| 5 | 5000 kg | 500 kg | 0.02 kg |

(EXCENTRICIDAD)

(1) El error de excentricidad es la suma de los errores de pesaje y de excentricidad

8.6. BOYLEROS

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text" value="3"/> | Indicaciones digitales y electrónicas | SI | NO |
| <input type="text"/> | Indicaciones mecánicas y manuales | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | Indicaciones por equilibrio de agua | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

9. OBSERVACIONES

Figuras conformes con las especificaciones

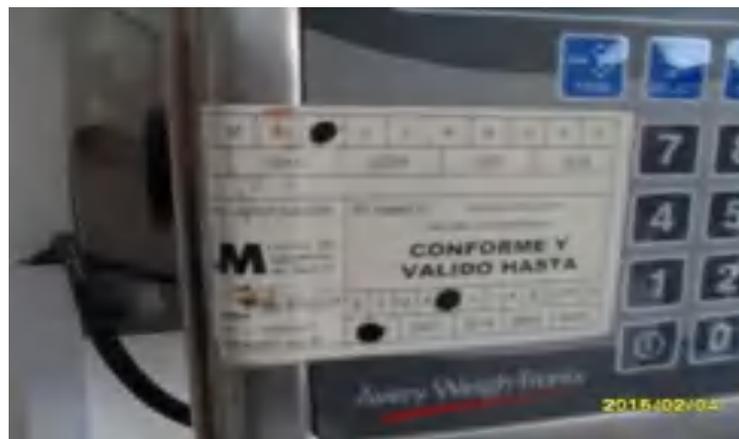
FECHA: 19 Nov 2012

EL RESPONSABLE TÉCNICO



CON SUACRE (SINIA) TECNICO

PC 24-1 PNC
Rev.3 Pgy. 4



Applus Norcontrol S.L.U.

Paseo Empresarial Las Mercedes
C/Carretera 1 Báltica 1
28022 - MADRID
Tel: +34 91 2060400
Fax: +34 91 2060403

**ORGANISMO
DE CONTROL AUTORIZADO**
(BOE 30/06/97, 02/09/98 y 24/05/2001)

Acreditación de
ENAC
Número OC-L/034

CERTIFICADO DE CONFORMIDAD CON LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS DE UN TIPO DE ENVASES/EMBALAJE/GRANDES EMBALAJES PARA EL TRANSPORTE DE MERCANCÍAS PELIGROSAS

Nº certificado 07_M0261082/C-290-0004

Número de contraseña de tipo: J-1199

Organismo de control: APPLUS NORCONTROL S.L.U.

Marca de fábrica o denominación comercial: BIOCMPACT

Empresa fabricante:

Nombre completo: PLASTICOS VM, S.A.

Dirección social: Polígono Avenidas, Avenida Z nave 9-11 - Torrejón de la Calzada (Madrid)

Nombre y dirección del representante legal del fabricante:

Reglamentación aplicable: RID / RID / IMDG / OACI; R.D. 2115/96, RD 2581/81; RD 551/2006; OM 17/03/86

Identificación del envase/embalaje:

Tipo de envase/embalaje: Envase

Código de envase/embalaje: 3H2

Modelo: Biocompact (BC 10L)

Volumen en m³: BC10L

Peso bruto máximo: BC10L: 5 Kg

Dimensiones: BC10L: 318 X 218 X 245 mm

Tensión de vapor a 30 °C más alta de las materias a transportar: —

Densidad más alta de todas las materias a transportar: —

Descripción del envase/embalaje: Termino con tapa de cierre superior y definitivo para el transporte mediante presión, compuesto de contenedor y tapa con aros.

Características del envase/embalaje:

• ENVASE:

- 1) Contenedor de plástico rígido
- 2) Materiales de construcción: 98% polipropileno virgen con 2% de colorante de polietileno
- 3) Peso en vacío con tapa: 0,510 Kg

• TAPA:

- 1) Tapadera de plástico rígido
- 2) Material de construcción: 98% polipropileno virgen con 2% de colorante de polietileno
- 3) Peso en vacío: 0,160 kg.

Garantía de Calidad Applus: garantiza que este Informe es el resultado directo de la inspección realizada por el personal de Applus Norcontrol S.L.U. y que cumple los requisitos establecidos en la normativa legal.

En el marco de nuestra política de calidad, Applus Norcontrol S.L.U. garantiza que este Informe es el resultado de la inspección realizada por el personal de Applus Norcontrol S.L.U. y que cumple los requisitos establecidos en la normativa legal.

En el cumplimiento del deber, recomendamos que comunico con la autoridad competente en materia de seguridad y salud en el trabajo.

1. FOLIO DE INVENTARIO DE MATERIALES - 2. FOLIO DE INVENTARIO DE EQUIPOS - 3. FOLIO DE INVENTARIO DE PERSONAL - 4. FOLIO DE INVENTARIO DE DOCUMENTACIÓN - 5. FOLIO DE INVENTARIO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN - 6. FOLIO DE INVENTARIO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN - 7. FOLIO DE INVENTARIO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN - 8. FOLIO DE INVENTARIO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN - 9. FOLIO DE INVENTARIO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN - 10. FOLIO DE INVENTARIO DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN



Sigue al dorso



AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES "INFANTA ELENA" (VALDEMORO), TORREJÓN Y "REY JUAN CARLOS" (MÓSTOLES)" (EXP: P.A. SER-15/2014-AE)

La unidad antes citada es válida para el transporte de las siguientes materias:

Materias pertenecientes a la **clase 6.2**, materias infecciosas, con NP ONU

Nº ONU 3291 Residuo clínico N.E.P. o residuo médico N.E.P. o residuo medio regulado N.E.P.

De acuerdo con las siguientes excepciones: —

Organismo de control y, en su caso, laboratorios encargados de las pruebas y ensayos:

Organismo de Control: APPLUS NORCONTROL, S.L.U

Laboratorio: UGAJ TECHNOLOGICAL CENTER, S.A.

Número de las actas de pruebas y ensayos: Expediente nº DG/32018169 MI.

Entidad auditora que realizó la auditoría del sistema de control de calidad:

APPLUS NORCONTROL, S.L.U

Número de la auditoría: VC-604224-001

Código de envase: 3H2

Grupo de embalaje: —

Marcado:



3H2 / CLASE 6.2 / *

E / PLÁSTICOS VM, S.A. / 3-1199

* Será la fecha de fabricación (año con dos dígitos)

Estudiada la memoria descriptiva del envase/embalaje arriba referenciado, firmada por PLÁSTICOS VM, S.A., con fecha Octubre-2006, vista la reglamentación aplicable y teniendo en cuenta las pruebas y ensayos referenciados arriba, este Organismo de Control

CERTIFICA

que este tipo de envase/embalaje cumple con la reglamentación vigente para su aprobación.

En Madrid, a 10 de Abril de 2007.


Pita, Alberto Hernández García
Inspector




Pita, José Luis Barahona Toboso
Inspector Adjunto

OBSERVACIONES

1. Las características de la producción en serie se corresponden en todo momento con el tipo certificado.
2. La conformidad de la producción se efectuó por el procedimiento establecido en la Orden Ministerial de Industria y Energía de 17 de mayo de 1986 (BOI 4386-476) y demás reglamentación vigente.
3. La verificación de tipo será realizada por el organismo que sea competente de la producción en serie, correspondiendo con el tipo certificado.
4. El marcado se efectuó según el dispuesto en la reglamentación aplicable.

Applus Norcontrol S.L.U.

Paseo Internacional Las Mercaderes
C/Compañía, Edificio J
28022 - MADRID
Tf: 912080800
Fax: 912080800

ORGANISMO
DE CONTROL DE CALIDAD
(BOE 30/05/97, 02/09/98 y 24/05/2001)

Acreditación de
ENAC
Número OC: 1/034

ESTE CERTIFICADO DE CALIDAD EMPLAZA CON EL SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD DE LOS PRODUCTOS DE PLÁSTICO DE TIPO BICOMPACTO PARA EL TRÁNSITO DE MATERIAS PLÁSTICAS.

Nº certificado 07_M0260766/C-290-0001

Número de contraseña de tipo: J-1203

Organismo de control: APPLUS NORCONTROL, S.L.U.

Marca de fábrica o denominación comercial: BICOMPACT

Empresa fabricante:

Nombre completo: **PLASTICOS V.M., S.A.**
Domicilio social: **Avenida II, nave 13 - TORREJÓN DE ARDOZ (Madrid)**
Nombre y dirección del representante legal del fabricante: —

Reglamentación aplicable: ADR / RID / IMDG / OMT - R.O. 2115/98; RD 2584/81 RD 581/2006; O.M. 17/03/85

Identificación del envase/embalaje:

Tipo de envase/embalaje: Envase
Código de envase/embalaje: 3H4
Modelo: Bicompack (BC05)
Volumen en m³: BC05: 0,025 m³
Peso bruto máximo: BC05: 3 Kg
Dimensiones: BC05: 220 X 220 X 130mm

Tensión de vapor a 50 °C más alta de las materias a transportar: —

Densidad más alta de todas las materias a transportar: —

Descripción del envase/embalaje: Jermón con tapa de cierre estándar y defectivo para su transporte mediante presión, compuesto de contenedor y tapa con asa.

Características del envase/embalaje:

- ENVASE:
 - o Contenedor de plástico rígido
 - o Material de construcción: 98% polipropileno virgen con 2% de cubiente de sulfonero
 - o Peso en vacío con tapa: 0,360 Kg
- TAPA:
 - o Tapadera de plástico rígido
 - o Material de construcción: 98% polipropileno virgen con 2% de cubiente de polietileno
 - o Peso en vacío: 0,45 kg.

Operador de Equipo: Applus, siempre que este equipo se ha sometido a un control de calidad por nuestro personal cualificado y acreditado, tanto que cubren los requisitos establecidos y se cumplen los.

En el punto de emisión presentará de forma de declaración que garantiza la conformidad de los resultados obtenidos de acuerdo a las especificaciones de la norma de control de calidad de tipo BICOMPACTO para el transporte de materias plásticas.

APPLUS NORCONTROL S.L.U. - C/Compañía, Edificio J, 28022 - MADRID - Tlf: 912080800 - Fax: 912080800 - Web: www.applusnorcontrol.com

Sigue al dorso



La unidad antes citada es válida para el transporte de las siguientes materias:

Materias pertenecientes a la clase 6.2, materias infecciosas, con nº ONU:

Nº ONU 3291 Residuo clínico N.E.P. o residuo médico N.E.P. ó residuo merlo regulado N.E.P.

De acuerdo con las siguientes excepciones: ---

Organismo de control y, en su caso, laboratorios encargados de las pruebas y ensayos:

Organismo de Control: APPLUS NORCONTROL, S.L.U.

Laboratorio: LGAI TECHNOLOGICAL CENTER, S.A.

Números de las actas de pruebas y ensayos: Expediente nº 06/32014650.

Entidad auditora que realizó la auditoría del sistema de control de calidad:

APPLUS NORCONTROL, S.L.U.

Número de la auditoría: VC-604224-001

Código de envase: 3H2

Grupo de embalaje: --

Marcado:



3H2 / CLASE 6.2 / *
E / PLÁSTICOS V.M., S.A. / 3-1203

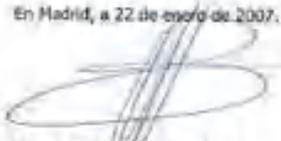
** Será la fecha de fabricación (año con dos dígitos)

Estudiada la memoria descriptiva del envase/embalaje arriba referenciado, firmada por PLÁSTICOS V.M., S.A., con fecha Diciembre-2006, vista la reglamentación aplicable y teniendo en cuenta las pruebas y ensayos referenciados arriba, este Organismo de Control

CERTIFICA

que este tipo de envase/embalaje cumple con la reglamentación vigente para su aprobación.

En Madrid, a 22 de enero de 2007.


Fdo.: Alberto Bermúdez García
Inspector

Applus[®]
Applus Norcontrol, S.L.U.


Fdo.: José Luis Barahona Toboso
Inspector Adjunto

OBSERVACIONES:

1. Los características de la producción en serie se corresponden en todo momento con el tipo certificado.
2. La conformidad de la producción se efectuó por el procedimiento establecido en la Orden Ministerial de Industria y Energía de 17 de marzo de 1986 (BOI 1986, 370) y demás reglamentación vigente.
3. La certificación de tipo será cancelada si se verificase que las características de la producción en serie no concuerdan con las del tipo certificado.
4. El marcado se ajustará según lo dispuesto en la reglamentación aplicable.

Applus Norcontrol S.L.U.

Paseo Municipal Las Mercedes
C/Caniego, s/ Edificio J
38032 - NÁJARA
Tel: 922800000
Fax: 922800000

VERIFICACIÓN
ESTADÍSTICA DE PRODUCTOS
(BOE 30/06/97, 02/09/98 y 24/02/2014)

Acreditación de
ENAC
Número OC-1/034

Este certificado es válido únicamente para los productos mencionados en el presente certificado. Queda expresamente prohibida la explotación de este certificado para otros productos.

Nº certificado 07_M0260766/C-290-0002

Número de contraseña de tipo: 3-1204

Organismo de control: APPLUS NORCONTROL, S.L.U.

Marca de fábrica o denominación comercial: BIOPACT

Empresa fabricante:

Nombre completo: **PLASTICOS V.H., S.A.**
Domicilio social: AVDA. II, nave 13 - TORREJÓN DE ARODÓ (Madrid)
Nombre y dirección del representante (eg): del fabricante: —

Reglamentación aplicable: ADR / RID / IMDG / ICAO; R.D. 2115/86; RD 1584/81 RD 551/2006; DM 17/03/86

Identificación del envase/embalaje:

Tipo de envase/embalaje: Bivase
Código de envase/embalaje: 3H2
Modelo: Biocompact (BC03 y BC 1,8)
Volumen en m³: BC03: 0,003 m³; BC 1,8: 0,0018 m³
Peso bruto máximo: BC03: 2 Kg; BC 1,8: 1 Kg
Dimensiones: BC03: 159 X 159 X 191 mm; BC 1,8: 159 X 159 X 124 mm

Tensión de vapor a 50 °C más alta de las materias a transportar: —

Densidad más alta de todas las materias a transportar: —

Descripción del envase/embalaje: Jarrón con tapa de cierre estanco y definitivo sobre su transporte mediante orificio compuesto de contenedor y tapa con anillo

Características del envase/embalaje:

- ENVASE:
 - o) Contenedor de plástico rígido
 - o) Materiales de construcción: 98% polipropileno virgen con 2% de colorante de polietileno
 - o) Peso en vacío con tapa: BC03: 2,9 kg; BC 1,8: 0,236 Kg
- TAPA:
 - o) Tapa de plástico rígido
 - o) Material de construcción: 98% polipropileno virgen con 2% de colorante de polietileno
 - o) Peso en vacío: 0,038 kg.

Atención al Cliente: Applus Norcontrol, garantiza que este certificado es válido, hasta de lo contrario por tener efectos de certificación, información adicional: applusnorcontrol.com y 0200000000

En el marco de nuestro programa de mejora de servicios nos comprometemos a mantener el contenido oportuno, preciso y de actualidad que debe tener acceso a los datos de calidad de Applus Norcontrol, manteniendo en la actualidad:

Applus Norcontrol, S.L.U. - Calle de la Industria, 10 - 28014 Madrid - España - Teléfono: +34 91 480 00 00 - Fax: +34 91 480 00 01 - Email: info@applusnorcontrol.com - Web: www.applusnorcontrol.com

Sigue al dorso



La unidad antes citada es válida para el transporte de las siguientes materias:

Materias pertenecientes a la **clase 6.2**, materias infecciosas, con nº ONU:

Nº ONU 3291 Residuo clínico N.E.P. o residuo médico N.E.P. ó residuo medio regulado N.E.P.

De acuerdo con las siguientes excepciones: —

Organismo de control y, en su caso, laboratorios encargados de las pruebas y ensayos:

Organismo de Control: **APPLUS NORCONTROL, S.L.U.**

Laboratorio: **LGA1 TECHNOLOGICAL CENTER, S.A.**

Números de las actas de pruebas y ensayos: Expediente nº 06/32014637

Entidad auditora que realizó la auditoría del sistema de control de calidad:

APPLUS NORCONTROL, S.L.U.

Número de la auditoría: VC-604224-001

Código de envase: 3H2

Grupo de embalaje: —

Marcado:



3H2 / CLASE 6.2 / *
E / PLASTICOS V.M., S.A. / J-1204

** Será la fecha de fabricación (año con dos dígitos)

Estudiada la memoria descriptiva del envase/embalaje arriba referenciado, firmada por **PLASTICOS V.M., S.A.**, con fecha Diciembre-2006, vista la reglamentación aplicable y teniendo en cuenta las pruebas y ensayos referenciados arriba, este Organismo de Control

CERTIFICA

que este tipo de envase/embalaje cumple con la reglamentación vigente para su aprobación.

En Madrid, a 22 de enero de 2007.

Fdo.: Alberto Bernardez Garcia
Inspector

Applus[®]
Applus Norcontrol, S.L.U.

Fdo.: José-Luis Barahona Toboza
Inspector Adjunto

OBSERVACIONES:

1. Las características de la producción en serie se corresponden en todo momento con el tipo certificado.
2. La conformidad de la producción se efectuó por el procedimiento establecido en la Orden Ministerial de Inspección y Energía de 17 de marzo de 1985 (RCL 1985, 970) y demás reglamentación vigente.
3. La fabricación de tipo será controlada al ser comparada con las características de la producción en serie no controlada con las del tipo certificado.
4. El marcado se efectuará según lo dispuesto en la reglamentación aplicable.

| | | |
|--|---------------------------|--|
| <p>ATISAE Sede Social - San Telmo 97 28014-MADRID Tel. 91 - 359 05 81 Fax. 91 - 359 36 46</p> | <p>DELEGACIÓN: Madrid</p> | <p>DEPARTAMENTOS TECNICOS Área de la Industria 31 Bis CERRILLOS CASTOS-MADRID Tel. 91 - 306 15 34 Fax. 91 - 804 81 27</p> |
|--|---------------------------|--|

Organismo de control autorizado acreditado por ENAC, con acreditación nº OC-I/025
INFORME Nº: MD/TRP/130185

Pág. 1 de 19

| | |
|-----------------------------|-----------------------|
| SOLICITANTE..... | PALÉC ECOLÓGICO, S.L. |
| PRODUCTO..... | ENVASES DE PLÁSTICO. |
| AUDITORIA REALIZADA EN..... | SAN JAVIER (MURCIA). |
| FECHA..... | 12/FEBRERO/2013 |
| INTERDUCTOR/ES..... | D. David Ucles. |

**INFORME DE AUDITORIA
(CONFORMIDAD CON LA PRODUCCION)**

En base a lo establecido en las disposiciones oficiales recogidas en el punto 1 de este informe, se ha realizado la auditoría de conformidad de la producción y del sistema de Control de Calidad integrado en el proceso de fabricación de los embalajes referenciados en el epígrafe, con objeto de evaluar el mantenimiento del fabricante para asegurar la calidad del producto, que fue comprobado según nuestros informes nº: **MD/TRP/110044**.

CONCLUSION:

A la vista de los resultados obtenidos durante la auditoría realizada en **PALÉC ECOLÓGICO, S.L.**, con domicilio en **Autovía AP-7, Salida 794, 30710 Los Alcázares (Murcia)** sobre el Sistema de Calidad, incluyendo la documentación y organización relativa al mismo, **ATISAE** ha comprobado que el fabricante posee una organización y un Sistema de Control de Calidad capaces de asegurar la calidad adecuada y suficiente en los embalajes citados anteriormente.


Fdo: Antonio Gómez Tablancas
En Madrid, a 28 de Febrero de 2013.

TI.EL.ELI.02: Anexo J Rev. 18

ATISAE
SISTEMAS TÉCNICOS INDUSTRIALES, S.L.

Sede Social: C/5 San Telmo, 67
28010 Madrid
Tel: 91 359 05 61
Fax: 91 359 56 81

**DEPARTAMENTOS
TÉCNICOS**

Avda. de la Industria, 51 509
05700 Tres Castas (Murcia)
Tel: 91 369 17 00
Fax: 91 894 01 07

Delegación: Madrid

Certificado N° MD/TRP/130386

**ACTA DE CONFORMIDAD DE LA PRODUCCIÓN DE
ENVASES / EMBALAJES**

Número de Acta: MD/TRP/130386 Organismo de Control: ATISAE

Nombre del Inspector: Antonio Gómez Lablanca

Empresa Fabricante: PÁLEC ECOLÓGICO, S.L.
Ctra. San Javier a San Pedro del Pinatar, Cruce el Mirador
30730 - SAN JAVIER (MURCIA)

Autoridad del sistema de gestión de la calidad: MD/TRP/130385

Dirección completa del lugar donde se ha realizado: Autovía AP-7, salida 794
30710 - Los Alcázares (Murcia)

Descripción de los modelos de envase/embalaje y sus números de contraseña de tipo que han sido sometidos a conformidad de producción:

| Tipo | Modelo | Acta Inicial | Última Conformidad de Producción | Contraseña |
|--------------------|---------------|----------------|----------------------------------|------------|
| Jerrycan | 1L Ref. 1027 | MD/TRP/080143 | - | J-1268 |
| Jerrycan | 5L Ref. 1028 | MD/TRP/080144 | - | J-1267 |
| Jerrycan | 10L Ref. 1029 | MD/TRP/080145 | - | J-1268 |
| Embalaje combinado | 60L | MD/TRP/100119C | - | B-1344 |
| Embalaje combinado | 30L | MD/TRP/100124C | - | B-1345 |

Números de las Actas de pruebas y ensayos generados por este control de conformidad:

Según interpretación oficial de la Subdirección General de Calidad y Seguridad Industrial de fecha 05/02/2011 se realizó inspección sobre el modelo 30L con contraseña B-1345.

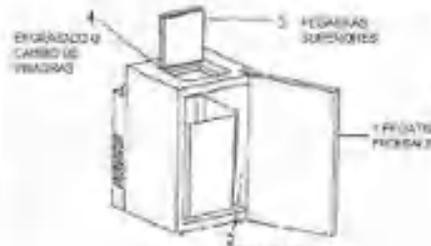
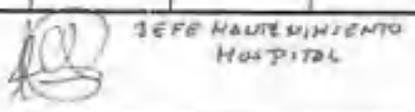
Realizado el control de conformidad de la producción objeto de esta acta, así como las pruebas y ensayos arriba referenciados, se considera que la producción de los envases y embalajes, cuyos modelos y contraseñas de tipo figuran arriba, son conformes con la reglamentación vigente.

En Madrid, a 28 de Febrero de 2013


SANTIAGO CALERO MARCO
Director Técnico de ATISAE

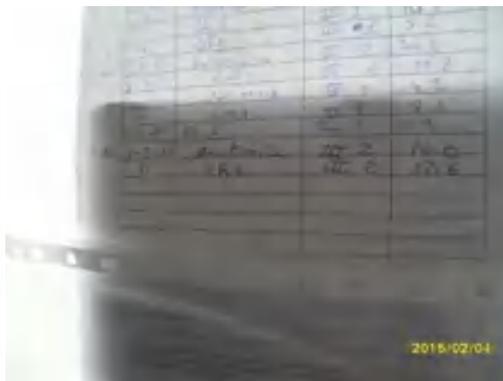
Acta: B Apéndice 25-Rev- 01 T152 D1 12 Organismo de Control Autorizado por ENAC con acreditación n° UC-1826
Página 1 de 1

CRIOGES
SISTEMAS DE ALMACENAMIENTO DE EQUIPOS DE RAYOS X

| BIOSEGURIDAD SANITARIA POR FRÍO. TRV SAN JOAQUIN, 3. LC 1., 28220 MAJADAHONDA, MADRID. CIF: B 85578573 | | ALBARAN DE LIMPIEZA, MANTENIMIENTO Y REVISIÓN DE EQUIPOS CRIOGES | | CLIENTE, HOSPITAL INFANTA ELENA CAPIO, AVDA DE LOS REYES CATOLICOS, 21. 28342 VALDEMORO. | | | |
|---|-------------------------|--|----------|--|----------|--|--|
| NUMERO DE REVISIÓN : A3 | | FECHA: NOVIEMBRE 2014 | | | | | |
| UBICACIÓN | FIRMA/SELLO SUPERVISORA | PEGATINAS | | LIMPIEZA | | | |
| | | FRONTAL | SUPERIOR | INTERIOR | EXTERIOR | | |
| HOSPITAL DE DIA. 2 | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| HOSPITAL DE DIA. 2 | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| ENDOSCOPIA. PLT. BJ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| ENDOSCOPIA. PLT BJ. | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| ENDOSCOPIA. PLT BJ. | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| LABORATORIO. PLT 2ª | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| LABORATORIO. PLT 2ª | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| CONTROL PT 0 | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| CONTROL PL 2 | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| FARMACIA. PLT -1 | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| UCI. PLT 2ª | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| | | INCIDENCIAS | | | | | |
| | | SELLO CONFORME DE LOS SERVICIOS | | | | | |

CRIOGES
SOCIEDAD EUROPEA DE SERVICIOS TECNOLÓGICOS, S.L.

| BIOSEGURIDAD SANITARIA POR FRIO. TRV SAN JOAQUIN, 3. LG 1.. 28220 MAJADAHONDA. MADRID. CIF: B 85578573 | | ALBARAN DE LIMPIEZA. MANTENIMIENTO Y REVISIÓN DE EQUIPOS CRIOGES | | CLIENTE. HOSPITAL INFANTA ELENA CAPIO. AVDA DE LOS REYES CATOLICOS, 21. 28342 VALDEMORO. | |
|---|-------------------------|---|----------|---|----------|
| NUMERO DE REVISIÓN : A3 | | FECHA: DICIEMBRE 2014 | | | |
| UBICACIÓN | FIRMA/SELLO SUPERVISORA | PEGATINAS | | LIMPIEZA | |
| | | FRONTAL | SUPERIOR | INTERIOR | EXTERIOR |
| HOSPITAL DE DIA 2 ^a | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| HOSPITAL DE DIA 2 ^a | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ENDOSCOPIA. PLT. 1 ^a | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ENDOSCOPIA. PLT. 1 ^a | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ENDOSCOPIA. PLT. 1 ^a | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| LABORATORIO. PLT 2 ^a | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| LABORATORIO. PLT 2 ^a | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| CONTROL PT 0 | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| CONTROL PL 2 | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| FARMACIA. PLT -1 | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| UCI. PLT 2 ^a | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | INCIDENCIAS | | | |
| | | | | | |
| | | SELLO CONFORME DE LOS SERVICIOS | | | |





A continuación, se adjunta el Documento de Control y Seguimiento y la Carta de Porte de los residuos sanitarios retirados el 21 de noviembre de 2014 por parte del Gestor Autorizado, así como el albarán emitido y el control de matrículas realizado:

| | | |
|--|--|-------------------------------|
|  CapioSer Servicios Integrales. | CONTROL DE MATRICULAS DE TRANSPORTE DE RESIDUOS | CS/PCL08/FPOC01/02 Ed. 2.1 |
|--|--|-------------------------------|

| | |
|-----|-----------|
| AÑO | 2014 |
| MES | NOVIEMBRE |

| RECOGIDAS | MATRICULA SIS | RECOGIDAS | MATRICULA CARPA |
|------------|---------------|-----------|-----------------|
| 4-11-2014 | 3461 GDC | 3-11-2014 | 2397 HPM |
| 7-11-2014 | 3461 GDL | 10-11-14 | 1628 GWM B |
| 11-11-2014 | 3461 GDL | 10-11-14 | 1628 GWM C |
| 14-11-2014 | 3461 GDL | 17-11-14 | 2397 HPM |
| 18-11-2014 | 3461 GDL | 24-11-14 | 1628 GWM |
| 21-11-2014 | 3461 GDC | | |
| 25-11-2014 | 3461 GDL | | |
| 28-11-14 | 3461 GDL | | |

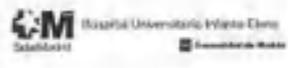


Hospital Infanta Elena

Comunidad de Madrid

| CONTROL DE MATRICULAS SIS Y CARPA | | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------|-----------------|
| MAYO 2014 | | | |
| RECOGIDAS | MATRICULA SIS | RECOGIDAS | MATRICULA CARPA |
| 5-5-14 | 3461 GDL | 13-5-14 | 6620 CVC |
| 9-5-14 | 3461 GDL | 13-5-14 | 6620 CVC |
| 13-5-14 | 3461 GDC | 14-5-14 | 2397 HPM |
| 14-5-14 | 2397 HPM | 20-5-14 | 1797 DSW |
| 16-5-14 | 3461 GDL | 21-5-14 | 1628 GWM |
| 16-5-14 | 3461 GDL | | |
| 22-5-14 | 4465 GY2 | 28-5-14 | 6620 CVC |
| 23-5-14 | 4465 GY2 | | |
| 30-5-14 | 4465 GY2 | | |

CARTON
BOMBA
BASURA

| | | |
|---|---|---------------------------|
|  | RETIRADA DE RESIDUOS PELIGROSOS POR PARTE DEL GESTOR | 2014 NOVIEMBRE |
|---|---|---------------------------|

| FECHA RETIRADA | TIPO | Nº CONTENEDORES | KG INDICADOS EN LA CARTA DE PORTE |
|----------------|-------------|-----------------|-----------------------------------|
| 4-11-14 | III | 45 | |
| | VI | 4 | |
| | V GARRAPAS | 5 | |
| | V CUBOS | 7 | |
| 7-11-14 | III | 52 | |
| | VI | 7 | |
| | II GARRAPAS | 2 | |
| | II CUBO | 2 | |
| 11-11-14 | III | 42 | |
| | VI | 5 | |
| | II GARRAPAS | 2 | |
| 14-11-14 | III | 44 | |
| | VI | 3 | |
| | V GARRAPAS | 2 | |
| | V CUBOS | 8 | |
| 18-11-14 | III | 59 | |
| | VI | 4 | |
| | V cubos | 5 | |
| | II GARRAPAS | 6 | |
| 21-11-14 | III | 47 | |
| | VI | 6 | |
| | VI | 8 | |
| | VI | 5 | |
| 25-11-14 | III | 43 | |
| | VI | 3 | |

Por favor, escribir con letra clara y legible

ATENCIÓN: Toda la información de Gestión de los Centros y Móstoles (Valdemoro) de la carta de porte pasará a ser de la propiedad de la Universidad de Valencia. Toda la información de la carta de porte pasará a ser de la propiedad de la Universidad de Valencia.

II cubos 3
II GARRAPAS 2



| | | |
|--|--|-----------------------|
|  Hospital Universitario de Móstoles  Hospital Universitario de Torrejón | RETRADA DE RESIDUOS PELIGROSOS POR PARTE DEL GESTOR | 2014 REV. 14/03/14 |
|--|--|-----------------------|

| FECHA RETIRADA | TIPO | Nº CONTENEDORES | KG INDICADOS EN LA CARTA DE PORTE |
|----------------|-----------|-----------------|-----------------------------------|
| 28-11-14 | III | 50 | |
| | VI | 5 | |
| | V cubo | 2 | |
| | II bazuca | 2 | |
| | | | |
| | | | |

| | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| | CONTROL DE PESO DE RESIDUOS | CS/PCL08/FPOC01/05 Ed.2.1 |
|--|-----------------------------|------------------------------|

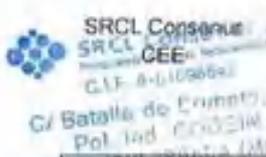
| | |
|-----|-----------|
| AÑO | 2014 |
| MES | NOVIEMBRE |

| DÍA | UNIDAD DE PROCEDENCIA | CLASE | KILOS |
|----------|-----------------------|-----------|--------|
| 17-11-14 | ANATOMIA 4 | V cubo | 46'2 |
| 17-11-14 | URO 5 | III | 27'9 . |
| 17-11-14 | PLIC 1 | III | 4'8 . |
| 17-11-14 | E CORTA 1 | III | 5'6 . |
| 17-11-14 | EX 6 | III | 56'8 |
| 17-11-14 | Endoscopia 2 | II | 16'6 |
| 17-11-14 | BS | III | 23'7 |
| 17-11-14 | UCI | III | 5'5 . |
| 17-11-14 | FARMACIA 12 | III | 9'9 |
| 18-11-14 | Farmacia 1 | V cubo | 9'1 |
| 18-11-14 | Anatomia 1 | V cubo | 10'7 |
| 18-11-14 | Anatomia 2 | V Gorrifa | 44'8 |
| 18-11-14 | Anatomia 1 | V cubo | 3'3 |
| 18-11-14 | H Dia 2 | VI | 8'9 . |
| 18-11-14 | H Dia 1 | V cubo | 5'8 . |
| 18-11-14 | H Dia 1 | III | 4'2 . |
| 18-11-14 | Panificio 1 | III | 4'3 |
| 18-11-14 | Extra 1 | III | 4'5 |
| 18-11-14 | Anatomia | III | 7'0 |
| 18-11-14 | Farmacia | V cubo | 15'4 |
| 18-11-14 | PLIC 3 | III | 9'2 . |
| 18-11-14 | PLIC 1 | III | 6'1 . |
| 18-11-14 | UCI 1 | III | 2'3 |
| 18-11-14 | UCI 2 | III | 21'3 . |

0 Juan
 1
 2
 3
 4
 5 Jose
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100

ATENCIÓN: Toda documentación del sistema de Gestión de la Calidad obtenida de la Entidad tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en el Portal de Calidad y Medio Ambiente de la Entidad de CespaSer.





Calle Batalla de Brunete, 30 Polígono Industrial Codera
 28946-Fuenlabrada
 28-Madrid
 A81098642

ALBARÁN Nº: MDFS0001A3
 EXPEDIDOR: 283 SRCL Consenur CEE-Fuenlab
 FECHA: 21/11/2014
 MATRÍCULA: 3461GDL

C/ Batalla de Brunete, 30 Pol. Ind. Codera 28946-Fuenlabrada
CONDUCTOR: JOSÉ ANTONIO GALA GARCÍA
 COD. CLIENTE: 0020274-001
 CLIENTE: CAPIO VALDEMORO
 DIRECCIÓN: AVDA REYES CATÓLICOS 21 28340-VALDEMORO
 TELEFONO: *[Handwritten]*

DESTINO: SRCL Consenur CEE-Fuenlabrada
 DIRECCIÓN: Calle Batalla de Brunete, 30 Polígono I 28946-Fuenlabrada
 TELÉFONO: 914989215
 Nº PEDIDO SVC:
 Nº PEDIDO SUM:

| RESIDUO/PRODUCTO | | UDS | KG BRUTO | | KG NETO | | DCS | | | | |
|--------------------------------------|-----|------|----------|-----|----------------|----------|----------------------------|------|-------|-----|--|
| Disolvente no halogenado | | | | | | | DCS30280002100120142209978 | | | | |
| SUMINISTRO | | | | | | RECOGIDA | | | | | |
| Envase y Color | UDS | P/ud | Total | IVA | Envase y Color | UDS | Peso | P/ud | Total | IVA | |
| | | | | | GARN 4 FAS 25L | 1 | 25 | | | | |
| RESIDUO/PRODUCTO | | UDS | KG BRUTO | | KG NETO | | DCS | | | | |
| Residuos citotóxicos y citostáticos | | | | | | | DCS30280002100120142209979 | | | | |
| SUMINISTRO | | | | | | RECOGIDA | | | | | |
| Envase y Color | UDS | P/ud | Total | IVA | Envase y Color | UDS | Peso | P/ud | Total | IVA | |
| | | | | | A2-600 | 6 | 60 | | | | |
| RESIDUO/PRODUCTO | | UDS | KG BRUTO | | KG NETO | | DCS | | | | |
| Productos químicos de laboratorio qu | | | | | | | DCS30280002100120142209978 | | | | |
| SUMINISTRO | | | | | | RECOGIDA | | | | | |
| Envase y Color | UDS | P/ud | Total | IVA | Envase y Color | UDS | Peso | P/ud | Total | IVA | |
| GARN 4 FAS 25L | 10 | | | | A2-600 | 4 | 40 | | | | |
| | | | | | GARN 4 FAS 25L | 4 | 100 | | | | |



SRCL Consenur C.L.U.
Calle Batalla de Brunete, 30 Poligono Industrial Codein
28946-Fuenlabrada
28 Madrid
Pol. Ind. CODEIN A81098642
28946 FUENLABRADA (Madrid)
SRCL Consenur CEE
C/ Batalla de Brunete
Pol. Ind. CODEIN
28946 FUENLABRADA (Madrid)

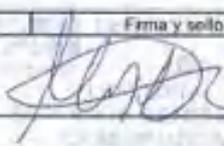
ALBARÁN Nº: MDFS0001A3
EXPEDIDOR: 283 SRCL Consenur CEE-Fuenlab
FECHA: 21/11/2014
MATRÍCULA: 3481GDL

CONDUCTOR: JOSÉ ANTONIO GALA GARCÍA

COD. CLIENTE: 0020274-001
CLIENTE: CAPIO VALDEMORO
DIRECCIÓN: AVDA REYES CATOLICOS 21
28340-VALDEMORO
TELEFONO:

DESTINO: SRCL Consenur CEE-Fuenlabrada
DIRECCIÓN: Calle Batalla de Brunete, 30 Poligono II
28946-Fuenlabrada
TELÉFONO: 914989215
Nº PEDIDO SVC.
Nº PEDIDO SUM:

| RESIDUO/PRODUCTO | UDS | KG BRUTO | KG NETO | DCS | |
|-------------------------------|-----|----------|---------|----------------------------|-----|
| Residuo biosanitario especial | | | | DCS30260002100120142200977 | |
| SUMINISTRO | | | | | |
| Envase y Color | UDS | P/ud | Total | IVA | |
| N-60L | 50 | | | | |
| RECOGIDA | | | | | |
| Envase y Color | UDS | Peso | P/ud | Total | IVA |
| N-60L | 47 | 470 | | | |
| SUBTOTAL | | | | | |

RECIBIDO:
D.N.I.:
Firma y sello:


BASE IMPONIBLE: IVA: TOTAL:
OBSERVACIONES:


CONSENIUR CEE, S.A. Calle Batalla de Brunete, 30 Poligono Industrial Codein
 Fregenejo (MADRID) 28946-Fuenlabrada
 C.I.F. A-28000000 28-Madrid
 A81098642
CONDUCTOR: JOSE ANTONIO GALA GARCÍA

ALBARAN Nº: ALBAME-2209977
EXPEDIDOR: 283 SRCL CONSENIUR CEE
FECHA: 21/11/2014
MATRICULA: 3461 GDL

COD. CLIENTE 0020274-001 (B-85562080)
CLIENTE IDC VALDEMORO
DIRECCIÓN AVDA. REYES CATÓLICOS, 21
28340 VALDEMORO (MADRID)
TELEFONO

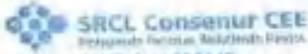
DESTINO: SRCL CONSENIUR CEE
DIRECCIÓN: Calle Batalla de Brunete, 30
28946 Fuenlabrada
TELÉFONO: 914989215
Nº PEDIDO SVC:
Nº PEDIDO SUM:

| RESIDUO/ PRODUCTO | | UDS | KG BRUTOS | KG NETOS | DCS | | | | | |
|-------------------|-----|------|-----------|----------|----------------|-----|------|------|-------|-----|
| MEDICAMENTOS | | | | | | | | | | |
| SUMINISTRO | | | | | RECOGIDA | | | | | |
| Envase y Color | UDS | P/ud | Total | IVA | Envase y Color | UDS | PESO | P/ud | Total | IVA |
| | | | | | R-60L | 4 | 40 | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| SUBTOTAL: | | | | | SUBTOTAL: | | | | | |

| | | | | |
|-----------|----------------|-----------------|------|-------|
| RECIBIDO: | | BASE IMPONIBLE: | IVA: | TOTAL |
| DNI: | FIRMA Y SELLO: | OBSERVACIONES: | | |







C.I.F. A-81086000
Calle Batalla de Brunete, 30 Polígono Industrial Codein
28946 Fuenlabrada
28 Madrid
28946 FUENLABRADA (MADRID)

CONDUCTOR: JOSE ANTONIO GALA GARCÍA

ALBARÁN Nº: MDFS0001A7
EXPEDIDOR: 283 SRCL Consenur CEE-Fuenlabr
FECHA: 28/11/2014
MATRÍCULA: 3461GDL

COD. CLIENTE: 0020274-001
CLIENTE: CAPIO VALDEMORO
DIRECCIÓN: AVDA REYES CATOLICOS 21
28340-VALDEMORO
TELÉFONO:

DESTINO: SRCL Consenur CEE-Fuenlabrada
DIRECCIÓN: Calle Batalla de Brunete, 30 Polígono i
28946-Fuenlabrada
TELÉFONO: 914989215
Nº PEDIDO SVC:
Nº PEDIDO SUM

| RESIDUO/PRODUCTO | UDS | KG BRUTO | KG NETO | DCS |
|-------------------------------|-----|----------|-----------|----------------------------|
| Residuo biosanitario especial | | | | DCS30280002100120142209996 |
| SUMINISTRADO | | | RECOGIDA | |
| Envase y Color | UDS | P/ud | Total | IVA |
| N-60L | 50 | | | |
| Envase y Color | UDS | Peso | P/ud | Total |
| N-60L | 50 | 500 | | |
| SUBTOTAL: | | | SUBTOTAL: | |

RECIBIDO:
D.N.I.:
Firma y sello

BASE IMPONIBLE: IVA: TOTAL:
OBSERVACIONES:



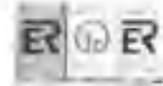
Tech Control 2014

GE Madrid



SRCL Consenjar CEE
Polígono Industrial, Barajas de Fresno

Calle Río Ebro 41, Polígono Industrial Barajas de Fresno
28500 Alameda del Rey (MADRID)
Tel: 904 52 70 25
Fax: 904 50 36 33



No Factura: PSFA1207
No Referencia: 0110224945

FACTURA

Fecha: 24/11/2014

| Datos Fiscales | | Dirección de Envío | |
|--|--|--|--|
| SERVICIOS, PERSONAS Y SALUD SLU C/ FERNÁNDEZ DE LA HOZ Nº 24 | | SERVICIOS, PERSONAS Y SALUD SLU AVDA. REYES CATÓLICOS, 2 | |
| 28010 MADRID MADRID CIF: B85562080 | | 28040 MADRID MADRID IVA LUCIA | |
| Cliente: 002074 | | | |

| Cantidad | Descripción | Peso | Precio Unitario € | Importe € | IVA % |
|---|-------------------------|--------------|-------------------|------------------|-------|
| Suma de 001: CAPIO VALDEMORO, AVDA REYES CATÓLICOS 21, 28340 VALDEMORO | | | | | |
| 120,00 | GE Gestmódocompico10A | 0,00 kg | 1,470000€ | 176,40 | 10,00 |
| 200,00 | GE Gestmódocompico15A | 0,00 kg | 1,247000€ | 149,40 | 10,00 |
| 450,00 | SIU Contenedor 01500M | 0,00 kg | 0,000000€ | 0,00 | |
| 25,00 | GU Contenedor 01500P | 0,00 kg | 1,705000€ | 0,00 | |
| 80,00 | SIU Contenedor 01500Z | 0,00 kg | 0,000000€ | 0,00 | |
| 30,00 | SIU Ortesis Carrito 200 | 0,00 kg | 0,000000€ | 0,00 | |
| 430,00 | TRH Interferio 01000N | 0,538 30 kg | 1,202000€ | 3487,64 | 10,00 |
| 51,00 | TRH Interferio 01000Z | 0,57 30 kg | 1,472000€ | 879,00 | 10,00 |
| 1,00 | TRH Interferio | 35,775 80 kg | 1,190000€ | 425,40 | 10,00 |
| 25,00 | TRH Interferio 01000B | 6,19 80 kg | 1,900000€ | 1.219,00 | 10,00 |
| 25,00 | TRH Interferio 01000C | 6,65 80 kg | 1,900000€ | 1.259,00 | 10,00 |
| Suma de 001: Subtotal | | | | 13.888,00 | |

| Deducciones IVA | | Impuestos | | Base Imponible IVA | | Total IVA |
|-----------------|------------------|-----------------|-------|--------------------|-------|------------------|
| IVA % | Importe € | Cuota € | IVA % | Importe € | IVA % | Importe € |
| | 0,00 | 0,00 | | | | |
| 10,00 | 13.888,00 | 1.388,80 | | | | |
| Total: | 13.888,00 | 1.388,80 | | | | 15.276,80 |

Observaciones:
Servicio de Control 2014

BANCO BILBAO VIZCAYA ARS BIVA
CALLE ALFONSO XII, 16
28001 MADRID
9020 0182 0300 26 01 01 02 04

SRCL Consenjar CEE, S.L. con D.I.F. 44158047 inscrita en el R.M. Madrid Tomo 3139, FOLIO 41, Sección 8. Siga M. Usos: 1609040111



Nº Factura: FSFA955 **FACTURA** Fecha: 30/04/2014
 Nº Referencia: 0000127070

| | | | |
|---|--|---|--|
| Datos Fiscales | | Dirección de Envío | |
| SERVICIOS, PERSONAS Y SALUD SLU C/ FERNÁNDEZ DE LA HOZ Nº 24 28010 MADRID MADRID CIF: B85562080 | | SERVICIOS, PERSONAS Y SALUD SLU C/ FERNÁNDEZ DE LA HOZ Nº 24 28010 MADRID MADRID Alt: A/A LUCIA | |
| Cliente: 0020274 | | | |

| Cantidad | Descripción | Peso | Precio Unitario € | Importe € | IVA % |
|--|--------------------------|-------------|-------------------|------------------|-------|
| Sucursal 001: CAPIO VALDEMORO, AVDA REYES CATOLICOS 21, 28340 VALDEMORO | | | | | |
| 156,00 | GE Gestion Biocompact10A | 0,00 kg | 2,47100 ud | 385,48 | 10,00 |
| 150,00 | GE Gestion Biocompact15A | 0,00 kg | 2,24700 ud | 337,05 | 10,00 |
| 495,00 | SU ContenedorSIS60N | 0,00 kg | 0,00000 ud | 0,00 | 0,00 |
| 35,00 | SU ContenedorSIS60R | 0,00 kg | 0,00000 ud | 0,00 | 0,00 |
| 100,00 | SU ContenedorSIS60Z | 0,00 kg | 0,00000 ud | 0,00 | 0,00 |
| 25,00 | SU Envase Garrafa25B | 0,00 kg | 0,00000 ud | 0,00 | 0,00 |
| 436,00 | TR Bloje sanitarioSIS60N | 3067,00 kg | 1,09300 kg | 3.352,34 | 10,00 |
| 51,00 | TR CitostaticoSIS60Z | 245,00 kg | 2,64200 kg | 647,31 | 10,00 |
| 8,00 | TR Grupoll | 32572,00 kg | 0,19800 kg | 6.449,76 | 10,00 |
| 31,00 | TR Quimico Garrafa25B | 757,00 kg | 1,95900 kg | 1.482,97 | 10,00 |
| 36,00 | TR QuimicoSIS60 | 364,00 kg | 1,95900 kg | 713,08 | 10,00 |
| Sucursal 001: Subtotal | | | | 13.367,39 | |

| Desglose IVA | | |
|---------------|------------------|-----------------|
| IVA % | Base Imponible € | Cuota € |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 10,00 | 13.367,39 | 1.336,74 |
| Total: | 13.367,39 | 1.336,74 |

Observaciones

— Vencimiento: 29/07/2014
 Forma de Pago: TRANSFERENCIA a 90 días

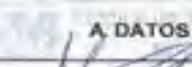
| | |
|----------------|------------------|
| Base Imponible | 13.367,39 |
| IVA € | 1.336,74 |
| Subtotal | 14.704,13 |
| Total | 14.704,13 |

BANCO BILBAO VIZCAYA ARG-BBVA
 PASEO REGOLETOS, 10
 28001 MADRID
 Nº Cuenta: ES70 0182 2802 36 0019017268



DOCUMENTO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS

(Art.36 - R.D. 817/2008 - B.O.E. 7 de 10/2008, modificado por el R.D. 952/2017 - B.O.E. 7 de 5/2017 y Orden MAM/104/2002 B.O.E. 19/3 de 25/2002)
DOCUMENTO B DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACEITES USADOS (RD 679/06 B.O.E. de 3/06)

Firma del responsable del envío:  Documento n.º DC830280002100120142208977

0020274

A. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL REMITENTE

A.1. DATOS DEL CENTRO PRODUCTOR Empresa Productora de B.P. Empresa Productora de B.P. Centro Emisor de B.P. Emisor B.P.

Razón Social: **SERVICIOS, FERTILIZANTES Y PRODUCTOS** N.I.F.: **880502090**

Código: **280021039 - CAPIO VALDEMORO**

Dirección: **AVDA REYES CATÓLICOS 21** Provincia: **CE - Madrid**

Municipio: **281810 - VALDEMORO** Nº Tel.:

Nº de Autorización: Persona Responsable: **DOLORES MUÑOZ BATISTA** Nº Fax:

A.2. DATOS DEL RESIDUO QUE SE TRANSFIERE

Nº de recogida: **0A3028002100120120810142** Nº de orden de envío:

Características especiales para el transporte y manejo:

Código según Lista Europea de Residuos (CER) - Anexo 2 Orden MAM/104/2002: **18 01 03** (seis dígitos)

Caracterización del proceso - Residuo en el Productor: **99 - 999 Residuo biocombustible especial**

Cantidad Neta: Kg. Brutos, excluyendo embalaje: **47**

Código según tabla del Anexo 1 del R.D. 952/17:

| Tabla 1 Q10 | Tabla 2 D15 | Tabla 3 S01 | Tabla 4 C05 | Tabla 5 H0 H01 | Tabla 6 A001 | Tabla 7 800010 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |

Estado de aceite usado: Petrol Flujo Emulsión Instalación aceite usado: Comercial Residencial Almacén

A.3. DATOS DEL DESTINO AL QUE SE ENVÍAN

Razón Social/Nombre: **SRCL Consueva CEE** N.I.F.: **A8109642**

Código: **280021001 - SRCL Consueva CEE-Fuertabrada**

Dirección: **Calle Batalla de Brunete, 30 Polígono Industrial Codein** Provincia: **28 - Madrid**

Localidad: **280587 - Fuertabrada** Nº Tel.: **914889215**

Nº de Autorización: **A8109642MD210714** Nº Fax: **914889216**

A.4. DATOS DEL TRANSPORTE COMPLETO PREVISTO

Primer Traslado: Fecha de inicio: **21/11/2014** Fecha de entrega: **21/11/2014** Matrícula del vehículo: **34R10DL**

Razón Social/Nombre: **SRCL Consueva CEE** N.I.F.: **A8109642** Nº Tel.: **914889215**

Código: **280021001 - SRCL Consueva CEE-Fuertabrada** Nº Fax: **914889216**

Tipo de envío: Tipo de transporte: **Por carretera** Nº de Autorización: **13701A-100002122K**

Segundo Traslado: Fecha de inicio: Fecha de entrega: Matrícula del vehículo:

Razón Social/Nombre: N.I.F.: Nº Tel.:

Código: Nº Fax:

Tipo de envío: Tipo de transporte: Nº de Autorización:

B. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL DESTINATARIO

Incidencias respecto a los datos del bloque A:

Kilos Netos Acordados:

Caracterización del Proceso - Residuo en el Gestor:

ACEPTACIÓN: **SI** **NO** Firma del responsable: 

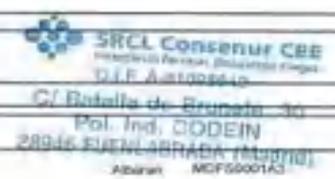
Fecha: **21 NOV 2014**

Nombre (Apellido y apellidos): **G/ Batalla de Brunete, 30**

Codificación de Sitios:

Código: **0020274** Sitio: **001**

Facultad: **283** Sub: **300**



DOCUMENTO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS
(Art. 16 - R.O. 83/98 - B.O.E. 7 del 09/02/98, modificado por el R.O. 952/93 - B.O.E. 1 de 07/04 y Orden HMI/204/2002, B.O.E. 14 de 10/02/02)
DOCUMENTO B DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACEITES USADOS (RD 419/98 B.O.E. de 3/6/98)

Firma del responsable del envío: _____ Documento nº: DCS30280002100120142209678

0020274

A. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL REMITENTE

| | | | | | | | |
|--|----------------|---|----------------|--|----------------|------------------------|--|
| A.1. DATOS DEL CENTRO PRODUCTOR | | Medio de transporte: <input type="checkbox"/> Pequeño Producto de RP <input type="checkbox"/> Pequeño Producto de RP <input checked="" type="checkbox"/> Gestión Volumétrica de RP <input type="checkbox"/> Recogedor RP <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Razón Social: SERVICIOS PERSOANAL Y SERVICIOS | | N.I.F.: 285562080 | | | | | |
| Centro: 2800021001 - CAPIC VALDEMORO | | | | | | | |
| Dirección: AVDA REYES CATÓLICOS 21 | | Provincia: 28 - Madrid | | | | | |
| Municipio: 281610 - VALDEMORO | | Nº Tel: _____ | | | | | |
| Nº de Autorización: _____ | | Nº Fax: _____ | | | | | |
| Fecha Responsable: DOLORES MUÑOZ BATISTA | | | | | | | |
| A.2. DATOS DEL RESIDUO QUE SE TRANSFIERE | | | | | | | |
| Nº de aceptación: DAD0028000210012014220187 | | Nº de orden de envío: _____ | | | | | |
| Características necesarias para su transporte y manejo: _____ | | | | | | | |
| Último reglamento de Residuos (R.D. 419/98) / Orden HMI/204/2002 | | 18 01 00 (según reglamento) | | | | | |
| Codificación del proceso - Residuo en el Productor: 95 - 99 Disolvente no halogenado | | | | | | | |
| Cantidad Kgs. Netos: _____ | | Kgs. Brutos, incluso recipientes: 1 | | | | | |
| Código según tabla del Anexo 1 del R.D. 362/97: | | | | | | | |
| Tabla 1 Q2 | Tabla 2 D15 | Tabla 3 L20 | Tabla 4 D41 | Tabla 5 H08 H5 | Tabla 6 A01 | Tabla 7 B001V | |
| Estado de aceite usado: <input type="checkbox"/> Pastoso <input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Emulsión | | | | Instalación aceite usado: <input type="checkbox"/> Instalación <input type="checkbox"/> Recuperación <input type="checkbox"/> Atravesamiento | | | |
| A.3. DATOS DEL GESTOR AL QUE SE ENVÍAN: | | | | | | | |
| Razón social/Nombre: SRCL Consensur CEE | | N.I.F.: A81099642 | | | | | |
| Centro: 2800021001 - SRCL Consensur CEE Fuentibarrida | | | | | | | |
| Dirección: Calle Balafra de Bruneta, 30 Polígono industrial Codem | | | | | | Provincia: 28 - Madrid | |
| Localidad: 289567 - Fuentibarrida | | | | | | Nº Tel: 914989215 | |
| Nº de Autorización: A81099642M02107114 | | | | | | Nº Fax: 914989216 | |
| A.4. DATOS DEL TRANSPORTE COMPLETO PREVISTO | | | | | | | |
| Primer traslado: Fecha de inicio: 21/11/2014 | | Fecha de entrega: 21/11/2014 | | Matrícula del vehículo: 34610DL | | | |
| Razón social/Nombre: SRCL Consensur CEE | | N.I.F.: A81099642 | | Nº Tel: 914989215 | | | |
| Centro: 2800021001 - SRCL Consensur CEE Fuentibarrida | | | | Nº Fax: 914989216 | | | |
| Tipo de envase: _____ | | Tipo de transporte: Por carretera | | Nº de Autorización: 13701A19020021226 | | | |
| Segundo traslado: Fecha de inicio: _____ | | Fecha de entrega: _____ | | Matrícula del vehículo: _____ | | | |
| Razón social/Nombre: _____ | | N.I.F.: _____ | | Nº Tel: _____ | | | |
| Centro: _____ | | | | Nº Fax: _____ | | | |
| Tipo de envase: _____ | | Tipo de transporte: _____ | | Nº de Autorización: _____ | | | |

B. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL DESTINATARIO

| | |
|--|--|
| Incidencias respecto a los datos del bloque A: _____ | |
| Kilos Netos Aceptados: _____ | |
| Codificación del proceso - Residuo en el Gestor: _____ | |
| ACEPTACIÓN: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Firma del responsable: _____ |
| Fecha: 21 NOV 2014 |  |
| Firmado (Nombre y Apellidos): D. _____ | |
| Codificación del Sistema: _____ | |
| Cliente: 0020274 | Siglo: 001 |
| Facilidad: 283 | Ruta: 800 |



DOCUMENTO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS

(Anexo I al R.D.M. 11/2002 de 18/02/02, modificado por el R.D. 10/2007 de 16/02/07 y Orden MAM/304/2002, B.O.E. nº42 de 18/02/02)
DOCUMENTO B DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACEITES USADOS (pág 67906 B.O.E de 2/6/08)

Firma del responsable del envío: _____

Documento n.º DC530280002100120142209975

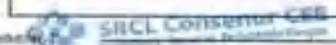
0020274

A. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL REMITENTE

| | | | | | | |
|--|----------------|--|----------------|---|---|-------------------|
| A.1. DATOS DEL CENTRO PRODUCTOR | | | | | | |
| Razón Social: <u>SERVICIOS PERSONAS Y GAIAS S.L.U.</u> N.I.F.: <u>B8562099</u> | | | | | | |
| Centro: <u>280031029 - CAPIC VALDEMORO</u> | | | | | | |
| Dirección: <u>AVDA REYES CATOLICOS 21</u> | | | | | Provincia: <u>28 - Madrid</u> | |
| Municipio: <u>287870 - VALDEMORO</u> | | | | | Nº Tel.: _____ | |
| Nº de Autorización: _____ | | | | | Persona Responsable: <u>DOLORES NIÑEZ BATISTA</u> | |
| A.2. DATOS DEL RESIDUO QUE SE TRANSFIERE | | | | | | |
| Nº de aceptación: <u>DA7028000210012012001015C</u> Nº de orden de envío: _____ | | | | | | |
| Categorías de residuos (para su transporte y envío): _____ | | | | | | |
| Código según Lista Europea de Residuos (L.E.R) Anexo 2 Orden MAM/304/2002: <u>18 00 00</u> (seis dígitos) | | | | | | |
| Calificación de proceso - Residuo en el Productor: <u>99 - 999 Productos químicos de laboratorio que contienen en, o contienen, sustancias peligrosas, incluidos los n</u> | | | | | | |
| Cantidad Kg. Netos: _____ Kg. Brutos (incluye recipientes): <u>4+4</u> | | | | | | |
| Código según tablas del Anexo 1 del R.D. 962/97 | | | | | | |
| Tabla 1 Q3 | Tabla 2 D15 | Tabla 3 S40 | Tabla 4 C23 | Tabla 5 H4 H5 | Tabla 6 AMB1 | Tabla 7 800019 |
| Estado del aceite usado: <input type="checkbox"/> Pastoso <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Emulsión Instalación aceite usado: <input type="checkbox"/> Estación <input type="checkbox"/> Recuperación <input type="checkbox"/> Aterrizamiento | | | | | | |
| A.3. DATOS DEL GESTOR AL QUE SE ENVÍAN | | | | | | |
| Razón social/Nombre: <u>SRCL Consensar CEE</u> | | | | | N.I.F.: <u>A81099642</u> | |
| Centro: <u>2800021001 - SRCL Consensar CEE-Fuenlabrada</u> | | | | | Provincia: <u>28 - Madrid</u> | |
| Dirección: <u>Calle Salista de Briveste, 30 Polígono Industrial Codera</u> | | | | | Nº Tel.: <u>914986215</u> | |
| Localidad: <u>280587 - Fuenlabrada</u> | | | | | Nº Fax: <u>914986216</u> | |
| Nº de Autorización: <u>A81099642MD/214/0714</u> | | | | | | |
| A.4. DATOS DEL TRANSPORTE COMPLETO PREVISTO | | | | | | |
| Primer Transportado: Fecha de inicio: <u>21/11/2014</u> | | Fecha de entrega: <u>21/11/2014</u> | | Matrícula del vehículo: <u>3481GDL</u> | | |
| Razón social/Nombre: <u>SRCL Consensar CEE</u> | | N.I.F.: <u>A81099642</u> | | Nº Tel.: <u>914986215</u> | | |
| Centro: <u>2800021001 - SRCL Consensar CEE-Fuenlabrada</u> | | | | Nº Fax: <u>914986216</u> | | |
| Tipo de envase: _____ | | Tipo de transporte: <u>Por carretera</u> | | Nº de Autorización: <u>13T01A190002122R</u> | | |
| Segundo Transportado: Fecha de inicio: _____ | | Fecha de entrega: _____ | | Matrícula del vehículo: _____ | | |
| Razón social/Nombre: _____ | | N.I.F.: _____ | | Nº Tel.: _____ | | |
| Centro: _____ | | | | Nº Fax: _____ | | |
| Tipo de envase: _____ | | Tipo de transporte: _____ | | Nº de Autorización: _____ | | |

B. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL DESTINATARIO

| | |
|--|--|
| Indicaciones respecto a los datos del bloque A: _____ | |
| Clave Netos Aceptados: _____ | |
| Calificación del Proceso - Residuo en el Gestor: _____ | |
| ACEPTACIÓN: <u>SI</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>NO</u> <input type="checkbox"/> | Firma del responsable: _____ |
| Fecha: <u>21 NOV 2014</u> | Firma (Nombre y apellidos): <u>[Firma]</u> |
| Calificación de Situación: _____ | |
| Clave: <u>0020274</u> | Sitio: <u>081</u> |
| Facultad: <u>283</u> | Ruta: <u>080</u> |


 CIF: A-81099642
 Pol. Ind. Codera, 30
 Pol. Ind. Codera 280587 Fuenlabrada (Madrid)



DOCUMENTO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS
(Art. 36º R.D. 1378/99 - B.O. 14/03/99, modificado por el R.D. 352/97 "B.O. 6/07/97" y Orden FOM/204/2002, B.O.E. 19/03/02)
DOCUMENTO B DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACEITES USADOS (RD 1740/05 B.O.E de 24/06)

Firma del responsable del envío: _____ Documento nº: DCS30280002100120142205919

A. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL REMITENTE

0920274

A.1. DATOS DEL CENTRO PRODUCTOR Marcar con una X: Productor de RP Pasajero Productor de RP Centro Industrial de RP Recogedor RP

Razón social: SERVICIOS PERSONAS Y SALUD SLU N.I.F.: B050820ed

Centro: 280051058 - CAPD VALDEMORO

Dirección: AVDA REYES CATÓLICOS 21 Provincia: 28 - Madrid

Municipio: 281045 - VALDEMORO Nº Tel.: _____

Nº de Autorización: _____ Persona Responsable: DOLORES MUÑOZ BATISTA Nº Fax: _____

A.2. DATOS DEL RESIDUO QUE SE TRANSFIERE

Nº de aceptación: DA30280002100120140205327 Nº de orden de envío: _____

Denominación normalizada para su empaquetado y manipulación: _____

Código según Lista Europea de Residuos (L.E.R.) (Ver Orden FOM/204/2002) 18 01 08 (Seis dígitos)

Codificación del proceso - Residuo en el Productor: 99 - 999 Residuos clorados y clorados

Cantidad Rgs. Netos: _____ Kgs. Brutos, incluso recipientes: 6

Código según tablas del Anexo 1 del R.D. 902/97:

| | | | | | | |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|------------------|
| Tabla 1 Q18 | Tabla 2 D15 | Tabla 3 S01 | Tabla 4 E33 | Tabla 5 H11 | Tabla 6 A881 | Tabla 7 D9018 |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|------------------|

Estado de aceite usado: Pastoso Fluido Emulsión Instalación aceite usado, Incineración Recuperación Almacenamiento

A.3. DATOS DEL DESTINO AL QUE SE ENVIAN

Razón social/Nombre: SRCL Consensur CEE N.I.F.: A81098042

Centro: 2800021001 - SRCL Consensur CEE-Fuenlabrada

Dirección: Calle Batalla de Brunete, 30 Polígono Industrial Cedeir Provincia: 28 - Madrid

Localidad: 280947 - Fuenlabrada Nº Tel.: 914889215

Nº de Autorización: A81098042/MD21/07114 Nº Fax: 914889216

A.4. DATOS DEL TRANSPORTE COMPLETO PREVISTO

Primer Traslado: Fecha de inicio: 21/11/2014 Fecha de entrega: 21/11/2014 Matrícula del vehículo: 3491DCL

Razón social/Nombre: SRCL Consensur CEE N.I.F.: A81098042 Nº Tel.: 914889215

Centro: 2800021001 - SRCL Consensur CEE-Fuenlabrada Nº Fax: 914889216

Tipo de envase: _____ Tipo de transporte: Por carretera Nº de Autorización: EST01A1900002122K

Segundo Traslado: Fecha de inicio: _____ Fecha de entrega: _____ Matrícula del vehículo: _____

Razón social/Nombre: _____ N.I.F.: _____ Nº Tel.: _____

Centro: _____ Nº Fax: _____

Tipo de envase: _____ Tipo de transporte: _____ Nº de Autorización: _____

B. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL DESTINATARIO

Incidenias respecto a los datos del bloque A: _____

Kilos Netos Aceptados: _____

Codificación del Proceso - Residuo en el Gestor: _____

ACEPTACIÓN SI NO Firma del responsable: _____

Fecha: 21 NOV 2014 Firmado (nombre y apellidos): D. _____

Codificación de Stenwork: _____

Cuenta: 0920274 SÍ: 001

Facilidad: 253 No: 800


SRCL Consensur CEE
Polígono Industrial Cedeir
C/ Batalla de Brunete, 30
Pol. Ind. Cedeir
28946 FUENLABRADA (Madrid)



DOCUMENTO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS
(A.L. 15 - R.D. 11/1985 - B.O.E. 1 del 30/7/85, modificada por el R.D. 19/1997 - B.O.E. 1 de 5/7/97 y Orden IMA/304/2002, S.O. 1. 1/43 de 1/9/2002)
DOCUMENTO B DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACEITES USADOS (RD 17/2005 B.O.E. de 28/06)

Firma del responsable del envío:  Documento n.º DCS00280002100120142209985

A. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL REMITENTE

0020274

A.1. DATOS DEL CENTRO PRODUCTOR Medio Ambiente A. Productor de RP Pequeño Productor de RP Gestor autorizado de RP Recogedor RP

Razón Social: SERVICIOS PERSONAS Y SALUD SLU N.I.F.: 865542880

Centro: 280001939 - CAPIO VALDEMORO

Dirección: AVDA REYES CATOLICOS 21 Provincia: 28 - Madrid
Municipio: 281610 - VALDEMORO N.º Tel.: _____
N.º de Autorización: _____ Persona Responsable: DOLÓRES MUÑOZ BATISTA N.º Fax.: _____

A.2. DATOS DEL RESIDUO QUE SE TRANSFIERE

N.º de aceptación: DA3009002160120120019152 N.º de orden de envío: _____

Clasificación (residual) para su transporte y manejo: _____

Código según Lista Europea de Residuos (L.E.R.) Anexo 2 Orden IMA/204/2002: _____ TE 05 00 (solo dígitos)

Codificación del proceso - Residuo en el Productor: 99-109 Productos químicos de laboratorio que contienen en su contenido, sustancias peligrosas, incluidas las n

Cantidad Kgs. Netos: _____ Kgs. Brutos, incluso recipientes: 2+2

Código según botellas del Anexo 1 del R.D. 9/2007:

| | | | | | | |
|---------------|----------------|----------------|----------------|---------------------|-----------------|------------------|
| Tabla 1 C2 | Tabla 2 C15 | Tabla 3 C4E | Tabla 4 C23 | Tabla 5 H4 H5 | Tabla 6 A601 | Tabla 7 R0019 |
|---------------|----------------|----------------|----------------|---------------------|-----------------|------------------|

Estado de aceite usado: Pastoso Fluido Emulsión Instalación aceite usado: Inexistente Recuperación Amalgamación

A.3. DATOS DEL GESTOR AL QUE SE ENVÍAN

Razón social/Nombre: SRCL Consensur CEE N.I.F.: A81098642

Centro: 2800021001 - SRCL Consensur CEE Fuencabada Provincia: 28 - Madrid

Dirección: Calle Estada de Brunete, 30 Polígono Industrial Codera N.º Tel.: 914989215

Localidad: 280557 - Fuencabada N.º Fax.: 914989215

N.º de Autorización: A81098642MD2167114

A.4. DATOS DEL TRANSPORTE COMPLETO PREVISTO

Primer Traslado: Fecha de inicio: 28/11/2014 Fecha de entrega: 28/11/2014 Matrícula del vehículo: 3401GDL

Razón social/Nombre: SRCL Consensur CEE N.I.F.: A81098642 N.º Tel.: 914989215

Centro: 2800021001 - SRCL Consensur CEE Fuencabada N.º Fax.: 914989215

Tipo de envase: _____ Tipo de transporte: Por carretera N.º de Autorización: 13701A1900002122C

Segundo Traslado: Fecha de inicio: _____ Fecha de entrega: _____ Matrícula del vehículo: _____

Razón social/Nombre: _____ N.I.F.: _____ N.º Tel.: _____

Centro: _____ N.º Fax.: _____

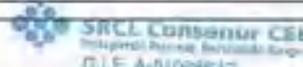
Tipo de envase: _____ Tipo de transporte: _____ N.º de Autorización: _____

B. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL DESTINATARIO

Incidentes respecto a los datos del bloque A: _____

Kilos/Metros Asociados: _____

Codificación del Proceso - Residuo en el Gestor: _____

ACEPTACIÓN: SI NO Firma del responsable: 

Fecha: 28 NOV 2014 Firmado (nombre y apellidos): D. Dolores Muñoz Batista

Codificación de Sitios/veas: _____

Cliente: 0020274 Sitio: 931 Albarán: MD0081A7

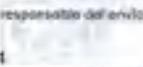
Facilide: 283 Ruta: 030

SRCL Consensur CEE
Polígono Industrial Codera, 30
D.I.F. A-81098642
C/ Estada de Brunete, 30
Pol. Ind. CODERA
28046 FUENCABADA (Madrid)



DOCUMENTO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS

(Art. 38 - R.D. 12/2001 - B.O. L. 20/02/2001, modificado por el RD 952/91 - B.O. E. 16/07/91 y Orden SAN/344/2001, B.O.E. 14/11/2001)
DOCUMENTO B DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACEITES USADOS (RD 479/98 B.O.E. de 3/6/98)

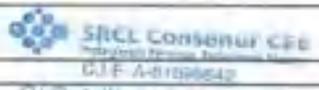
Firma del responsable del envío:  Documento n.º DC53028002100120142200985

0020274

A. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL REMITENTE

| | | | |
|---|--|---|--|
| A.1. DATOS DEL CENTRO PRODUCTOR | | Mayor productor de RP <input type="checkbox"/> Pequeño productor de RP <input checked="" type="checkbox"/> Destacado productor de RP <input type="checkbox"/> Recogedor RP <input type="checkbox"/> | |
| Razón social: SERVICIOS PERSONAS Y SALUD SLU | | N.I.F.: 885562080 | |
| Código: 280021039 - CAPO VALDEMORO | | | |
| Dirección: JYDA REYES CATOLICOS 21 | | Provincia: 28 - Madrid | |
| Municipio: 281910 - VALDEMORO | | Nº Tel: _____ | |
| Nº de Autorización: _____ | | Persona Responsable: DOLORES MUÑOZ BATISTA | |
| Nº Fax: _____ | | | |
| A.2. DATOS DEL RESIDUO QUE SE TRANSFIERE | | | |
| Nº de aceptación: DA30280007100120120310145 | | Nº de orden de envío: _____ | |
| Cuantidades nominales para el transporte y manejo: _____ | | | |
| Código según tabla 1 (Residuo de Origen) (3 dígs) según 2 (Tabla MAM/02/2002) | | 18 01 03 (seis dígitos) | |
| Codificación del proceso / Residuo en el Productor: 99 - 999 Residuo biofarmacéutico específico | | | |
| Cantidad Kgs. Netos: _____ | | Kgs. Brutos, incluido recipientes: 50 | |
| Código según tablas del Anexo 1 del R.D. 952/97 | | | |
| Tabla 1 O19 | Tabla 2 O15 | Tabla 3 S01 | Tabla 4 C05 |
| Tabla 5 H1 H5 | Tabla 6 A051 | Tabla 7 000018 | |
| Estado de aceite usado: <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Fuso <input type="checkbox"/> Emulsión <input type="checkbox"/> Instalación aceite usado: <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Reciclado <input type="checkbox"/> Almacenamiento | | | |
| A.3. DATOS DEL GESTOR AL QUE SE ENVÍAN | | | |
| Razón social/Nombre: SRCL Consensur CEE | | N.I.F.: A81098042 | |
| Código: 2800071001 - SRCL Consensur CEE-Fuencabada | | Provincia: 28 - Madrid | |
| Dirección: Calle Batalla de Brunete, 30 Polígono Industrial Caden | | Nº Tel: 914980215 | |
| Localidad: 280547 - Fuencabada | | Nº Fax: 914980216 | |
| Nº de Autorización: A81098042MD31507114 | | | |
| A.4. DATOS DEL TRANSPORTE COMPLETO PREVISTO | | | |
| Primer Traslado: | Fecha de inicio: 28/11/2014 | Fecha de entrega: 28/11/2014 | Matrícula del vehículo: 3491GOL |
| Razón social/Nombre: | SRCL Consensur CEE | N.I.F.: A81098042 | Nº Tel: 914980215 |
| Código: | 280021001 - SRCL Consensur CEE-Fuencabada | | Nº Fax: 914980216 |
| Tipo de envase: | Tipo de transporte: Por carretera | Nº de Autorización: 13T01A1900002122K | |
| Segundo Traslado: | Fecha de inicio: _____ | Fecha de entrega: _____ | Matrícula del vehículo: _____ |
| Razón social/Nombre: | N.I.F.: _____ | | Nº Tel: _____ |
| Código: | Nº Fax: _____ | | Nº Fax: _____ |
| Tipo de envase: | Tipo de transporte: _____ | | Nº de Autorización: _____ |

B. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL DESTINATARIO

| | |
|--|--|
| Incidencias respecto a los datos del Bloque A: _____ | |
| Kilos Netos Aceptados: _____ | |
| Codificación del Proceso / Residuo en el Gestor: _____ | |
| ACEPTACIÓN | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Firma del responsable:  |
| Fecha: 28 NOV 2014 |  C.I.F. A-81098042 C/ Batalla de Brunete, 30 Pol. Ind. COPEN 28946 FUENCABADA (MADRID) |
| Codificación de Siteworks: _____ | |
| Código: 0020274 | Símbolo: 001 |
| Facilidad: 295 | Ruta: 800 |



DOCUMENTO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS

RD 1080/2002 - B.O.E. del 20/11/02, modificado por el RD 955/07 - B.O.E. de 5/1/07 y Orden MAM/304/2007, B.O.E. nº43 de 14/2/07
DOCUMENTO B DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACEITES USADOS (RD 678/05 B.O.E. de 3/6/05)

Firma del responsable del envío:  Documento n.º DC530280002100120142209988

0020274

A. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL REMITENTE

| | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|
| A.1 DATOS DEL CENTRO PRODUCTOR | | <input type="checkbox"/> Medio con una R. Productor de RP <input type="checkbox"/> Pequeño Productor de RP <input checked="" type="checkbox"/> Gestor autorizado de RP <input type="checkbox"/> Proveedor RP | |
| Razón Social: SERVICIOS, PERSONAS Y SALUD SLU | | N.I.F.: B45462060 | |
| Centro: 280031036 - CAPIO VALDEMORO | | | |
| Dirección: AVDA REYES CATOLICOS 21 | | Provincia: 28 - Madrid | |
| Municipal: 281010 - VALDEMORO | | Nº Tel: | |
| Nº de Autorización: | | Nº Fax: | |
| Persona Responsable: DOLORES MUÑOZ BATISTA | | | |
| A.2 DATOS DEL RESIDUO QUE SE TRANSFIERE | | | |
| Nº de aplicación: DA3028002100120146009327 | | Nº de orden de envío: | |
| Características (enumerables para la fracción y riesgo): | | | |
| Código según Lista Europea de Residuos (L.E.R.) Anexo 2 Orden MAM/304/2007 | | 15 01 04 (sea digno) | |
| Codificación del proceso - Residuo en el Productor: 50 - 999 Residuos orgánicos y alimenticios | | | |
| Cantidad Kgs. Netos: | | Kgs. Brutos, incluido recipiente: 5 | |
| Código según tablas del Anexo 1 del R.D. 962/97 | | | |
| Tabla 1 Q16 | Tabla 2 D15 | Tabla 3 S01 | Tabla 4 C03 |
| Tabla 5 H11 | Tabla 6 A00 | Tabla 7 B09016 | |
| Estado de aceite usado: <input type="checkbox"/> Pastoso <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Emulsión Instalación aceite usado: <input type="checkbox"/> Intermixto <input type="checkbox"/> Recuperación <input type="checkbox"/> Almacenamiento | | | |
| A.3 DATOS DEL GESTOR AL QUE SE ENVÍAN | | | |
| Razón social/Nombre: SRCL Consensus CEE | | N.I.F.: A81008642 | |
| Centro: 280021001 - SRCL Consensus CEE Fuenlabrada | | Provincia: 28 - Madrid | |
| Dirección: Calle Batalla de Brunete, 39 Polígono Industrial Codem | | Nº Tel: 914809215 | |
| Localidad: 280587 - Fuenlabrada | | Nº Fax: 914809215 | |
| Nº de Autorización: A81008642MDQ21/07114 | | | |
| A.4 DATOS DEL TRANSPORTE COMPLETO PREVISTO | | | |
| Primer Traslado: | Fecha de inicio: 20/11/2014 | Fecha de entrega: 20/11/2014 | Matrícula del vehículo: 34810DL |
| Razón social/Nombre: | SRCL Consensus CEE | N.I.F.: | A81008642 |
| Centro: | 280021001 - SRCL Consensus CEE Fuenlabrada | Nº Tel.: | 914809215 |
| Tipo de envío: | Tipo de transporte: | Por carretera | Nº de Autorización: 13701A1900002122K |
| Segundo Traslado: | Fecha de inicio: | Fecha de entrega: | Matrícula del vehículo: |
| Razón social/Nombre: | | N.I.F.: | Nº Tel.: |
| Centro: | | | Nº Fax: |
| Tipo de envío: | Tipo de transporte: | | Nº de Autorización: |

B. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL DESTINATARIO

| | |
|--|--|
| Incidencias respecto a los datos del Hoja A: | |
| Kilos Netos Aceptados: | |
| Codificación del Proceso - Residuo en el Gestor: | |
| ACEPTACIÓN: | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Fecha: | 20 NOV 2014 |
| Firma del responsable: |  |
| Firmado (Nombre y apellidos): D |  |
| Codificación de Siteworks: | D/ Batalla de Brunete, 39 |
| Ciudad: | 001 |
| Fuente: | 800 |
| | Pol. Ind. CODEIN |
| | 28946 FUENLABRADA (Madrid) |



| Libro de Registro CAPI H. VALDEMORO Desde 01/11/2014 hasta 30/11/2014 | | | | Página 7 de 7 4814 (Comunidad de I 03-06-14 | |
|---|------------------------|-------------------|-------------------------|---|------------------|
| CDT4 Compañías | | | | | |
| Fecha (DCA) | NP DCA (Procedencia) | Procedencia | Clave C. Fecha Análisis | Fecha Entrega | Datos de Entrega |
| Estado de Entrega | | | Estado de Entrega | | |
| 24/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 2100 | 04/11/2014 | 04/11/2014 |
| 27/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 03/11/2014 | 03/11/2014 |
| 28/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 04/11/2014 | 04/11/2014 |
| 28/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 04/11/2014 | 04/11/2014 |
| 28/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 04/11/2014 | 04/11/2014 |
| 28/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 04/11/2014 | 04/11/2014 |
| 28/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 04/11/2014 | 04/11/2014 |
| 28/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 04/11/2014 | 04/11/2014 |
| 28/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 04/11/2014 | 04/11/2014 |
| 28/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 04/11/2014 | 04/11/2014 |
| 1 Línea: 912 D.C.A. | | | 994,99 | | |
| CDM4 Compañías de servicios de mantenimiento | | | | | |
| Fecha (DCA) | NP DCA (Procedencia) | Procedencia | Clave C. Fecha Análisis | Fecha Entrega | Datos de Entrega |
| Estado de Entrega | | | Estado de Entrega | | |
| 24/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 04/11/2014 | 04/11/2014 |
| 28/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 24/11/2014 | 24/11/2014 |
| 28/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 24/11/2014 | 24/11/2014 |
| 28/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 24/11/2014 | 24/11/2014 |
| 1 Línea: 997 D.C.A. | | | 12,99 | | |
| EVP4 Empresa de servicios de gestión | | | | | |
| Fecha (DCA) | NP DCA (Procedencia) | Procedencia | Clave C. Fecha Análisis | Fecha Entrega | Datos de Entrega |
| Estado de Entrega | | | Estado de Entrega | | |
| 24/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 04/11/2014 | 04/11/2014 |
| 1 Línea: 9 D.C.A. | | | 94,00 | | |

OBSERVACIONES

| Libro de Registro CAPI H. VALDEMORO Desde 01/11/2014 hasta 30/11/2014 | | | | Página 2 de 3 4814 (Comunidad de I 03-06-14 | |
|---|------------------------|-------------------|-------------------------|---|------------------|
| CDT4 Compañías | | | | | |
| Fecha (DCA) | NP DCA (Procedencia) | Procedencia | Clave C. Fecha Análisis | Fecha Entrega | Datos de Entrega |
| Estado de Entrega | | | Estado de Entrega | | |
| 04/11/2014 | ALBAMO000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 04/11/2014 | 04/11/2014 |
| 14/11/2014 | ALBAMO000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 14/11/2014 | 14/11/2014 |
| 24/11/2014 | ALBAMO000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 24/11/2014 | 24/11/2014 |
| 1 Línea: 497 D.C.A. | | | 994,99 | | |
| CDM4 Compañías de servicios de mantenimiento | | | | | |
| Fecha (DCA) | NP DCA (Procedencia) | Procedencia | Clave C. Fecha Análisis | Fecha Entrega | Datos de Entrega |
| Estado de Entrega | | | Estado de Entrega | | |
| 04/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 04/11/2014 | 04/11/2014 |
| 1 Línea: 24 D.C.A. | | | 14,00 | | |
| EVP4 Empresa de servicios de gestión | | | | | |
| Fecha (DCA) | NP DCA (Procedencia) | Procedencia | Clave C. Fecha Análisis | Fecha Entrega | Datos de Entrega |
| Estado de Entrega | | | Estado de Entrega | | |
| 24/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 04/11/2014 | 04/11/2014 |
| 1 Línea: 439 D.C.A. | | | 994,99 | | |
| CDM4 Compañías de servicios de mantenimiento | | | | | |
| Fecha (DCA) | NP DCA (Procedencia) | Procedencia | Clave C. Fecha Análisis | Fecha Entrega | Datos de Entrega |
| Estado de Entrega | | | Estado de Entrega | | |
| 04/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 04/11/2014 | 04/11/2014 |
| 07/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 07/11/2014 | 07/11/2014 |
| 13/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 13/11/2014 | 13/11/2014 |
| 14/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 14/11/2014 | 14/11/2014 |
| 18/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 18/11/2014 | 18/11/2014 |
| 24/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 24/11/2014 | 24/11/2014 |
| 28/11/2014 | 0000000000000000000000 | CAPI H. VALDEMORO | 0000 | 28/11/2014 | 28/11/2014 |
| 1 Línea: 429 D.C.A. | | | 994,99 | | |

OBSERVACIONES



| Libro de Registro | | | | | Página 3 de 3 | | |
|---|---------------------------|-----------------------|--------------------|---------------|-----------------------------|---------------------|---------------|
| CAJPO H. VALDEMORO | | | | | Código (Comunidad de) | | |
| Desde 01/11/2014 hasta 30/11/2014 | | | | | 02-0-14 | | |
| Código: Q-9-2-15344-45-752444654-01-01-180-10-0-0 | | | | | Código: 0101010120140114 | | |
| Fecha (DCN) | | | Nº DCN (Proveedor) | Procedimiento | Kilos C | Fecha Anulada | Fecha Emisión |
| Nº DCN (Destino) | | | Centro de destino | | Empresa Transportista (IBP) | Materiales vendidos | |
| 24/11/2014 | DCS302000210012014202959 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 425,00 | 24/11/2014 | 24/11/2014 |
| | DCS-020000210012014202959 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (ZARAGOZA) | | | | |
| 25/11/2014 | DCS302000210012014202960 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 51,00 | 25/11/2014 | |
| | DCS-020000210012014202960 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (ZARAGOZA) | | | | |
| 26/11/2014 | DCS302000210012014202961 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 72,00 | 26/11/2014 | |
| | DCS-020000210012014202961 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (ZARAGOZA) | | | | |
| Subtotal | | | | | 548,00 | | |
| Total | | | | | 548,00 | | |
| Código: Q-9-2-15344-45-752444654-01-01-180-10-0-0 | | | | | Código: 0101010120140114 | | |
| Fecha (DCN) | | | Nº DCN (Proveedor) | Procedimiento | Kilos C | Fecha Anulada | Fecha Emisión |
| Nº DCN (Destino) | | | Centro de destino | | Empresa Transportista (IBP) | Materiales vendidos | |
| 24/11/2014 | DCS302000210012014218154 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 411,00 | 24/11/2014 | 24/11/2014 |
| | DCS-020000210012014218154 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (MURCIA) | | | | |
| 27/11/2014 | DCS302000210012014219388 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 436,00 | 27/11/2014 | 27/11/2014 |
| | DCS-020000210012014219388 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (MURCIA) | | | | |
| 11/11/2014 | DCS302000210012014219493 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 449,00 | 11/11/2014 | 12/11/2014 |
| | DCS-020000210012014219493 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (MURCIA) | | | | |
| 14/11/2014 | DCS302000210012014220498 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 57,00 | 14/11/2014 | 15/11/2014 |
| | DCS-020000210012014220498 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (MURCIA) | | | | |
| 14/11/2014 | DCS302000210012014220499 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 621,00 | 14/11/2014 | 25/11/2014 |
| | DCS-020000210012014220499 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (MURCIA) | | | | |
| 21/11/2014 | DCS302000210012014220977 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 334,00 | 21/11/2014 | 26/11/2014 |
| | DCS-020000210012014220977 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (MURCIA) | | | | |
| 25/11/2014 | DCS302000210012014220982 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 570,00 | 25/11/2014 | 27/11/2014 |
| | DCS-020000210012014220982 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (MURCIA) | | | | |
| 26/11/2014 | DCS302000210012014220988 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 449,00 | 26/11/2014 | 27/11/2014 |
| | DCS-020000210012014220988 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (MURCIA) | | | | |
| Subtotal | | | | | 3.257,00 | | |
| Total | | | | | 3.257,00 | | |
| Código: Q-9-2-15344-45-752444654-01-01-180-10-0-0 | | | | | Código: 0101010120140114 | | |
| Fecha (DCN) | | | Nº DCN (Proveedor) | Procedimiento | Kilos C | Fecha Anulada | Fecha Emisión |
| Nº DCN (Destino) | | | Centro de destino | | Empresa Transportista (IBP) | Materiales vendidos | |
| 24/11/2014 | DCS302000210012014218154 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 411,00 | 24/11/2014 | 24/11/2014 |
| | DCS-020000210012014218154 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (MURCIA) | | | | |
| 27/11/2014 | DCS302000210012014219388 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 436,00 | 27/11/2014 | 27/11/2014 |
| | DCS-020000210012014219388 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (MURCIA) | | | | |
| 11/11/2014 | DCS302000210012014219493 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 449,00 | 11/11/2014 | 12/11/2014 |
| | DCS-020000210012014219493 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (MURCIA) | | | | |
| 14/11/2014 | DCS302000210012014220498 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 57,00 | 14/11/2014 | 15/11/2014 |
| | DCS-020000210012014220498 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (MURCIA) | | | | |
| 14/11/2014 | DCS302000210012014220499 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 621,00 | 14/11/2014 | 25/11/2014 |
| | DCS-020000210012014220499 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (MURCIA) | | | | |
| 21/11/2014 | DCS302000210012014220977 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 334,00 | 21/11/2014 | 26/11/2014 |
| | DCS-020000210012014220977 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (MURCIA) | | | | |
| 25/11/2014 | DCS302000210012014220982 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 570,00 | 25/11/2014 | 27/11/2014 |
| | DCS-020000210012014220982 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (MURCIA) | | | | |
| 26/11/2014 | DCS302000210012014220988 | CAJPO H. VALDEMORO | | | 449,00 | 26/11/2014 | 27/11/2014 |
| | DCS-020000210012014220988 | SRCL CONSUMO CEE (MD) | (MURCIA) | | | | |
| Subtotal | | | | | 3.257,00 | | |
| Total | | | | | 3.257,00 | | |
| Código: Q-9-2-15344-45-752444654-01-01-180-10-0-0 | | | | | Código: 0101010120140114 | | |

| CONTROL DE RESIDUOS RESUMEN MENSUAL | | | | | | |
|--|---------------------|---|---|-----------------------------------|--------------------|--------------------------|
| CAJPO H. VALDEMORO (I) | | | | | | |
| FECHA (RÉGULO) | RCS RESIDUO | RCS CARTÓN | PROYECCIONES ANILAS S.L. | RCS VIDRIO | RCS POLIÉSTER | RCS COLOCACION |
| 01-nov-14 | | | | | | |
| 02-nov-14 | | | | | | |
| 03-nov-14 | | | | | | |
| 04-nov-14 | | | | | | |
| 05-nov-14 | | | | | | |
| 06-nov-14 | | | | | | |
| 07-nov-14 | | | | | | |
| 08-nov-14 | | | | | | |
| 09-nov-14 | | | | | | |
| 10-nov-14 | | | | | | |
| 11-nov-14 | | | | | | |
| 12-nov-14 | | | | | | |
| 13-nov-14 | | | | | | |
| 14-nov-14 | | | | | | |
| 15-nov-14 | | | | | | |
| 16-nov-14 | | | | | | |
| 17-nov-14 | | | | | | |
| 18-nov-14 | | | | | | |
| 19-nov-14 | | | | | | |
| 20-nov-14 | | | | | | |
| 21-nov-14 | | | | | | |
| 22-nov-14 | | | | | | |
| 23-nov-14 | | | | | | |
| 24-nov-14 | | | | | | |
| 25-nov-14 | | | | | | |
| 26-nov-14 | | | | | | |
| 27-nov-14 | | | | | | |
| 28-nov-14 | | | | | | |
| 29-nov-14 | | | | | | |
| 30-nov-14 | | | | | | |
| TOTALS | 31.424,00 Kg | 4.376,00 Kg | 500,00 Kg | 6.285 Kg | 0,00 Kg | 0,00 Kg |
| DETERMINADO PARA VALORIFICACION EN ESTABLECIMIENTO NO-INDUSTRIAL | MEMBRADO DE PAPIRO | CARTÓN Y PAPIRO BLANCO (CAJAS) (BIBLIOTECA) | CARTÓN Y PAPIRO BLANCO (CAJAS) (BIBLIOTECA) | RESIDUOS INSEPARABLES (DE VIDRIO) | MEMBRADO DE PAPIRO | RESIDUOS (CAMPO-RESIDUO) |



| NOVIEMBRE 2014 | CONTROL DE PESOS RESUMEN MENSUAL CAPIO HIE | | | |
|--|--|------------------|------------------|--------------------------|
| FECHAS DE RECOGIDA | R.B.E. | CITOTÓXICOS | QUÍMICOS | QUÍMICOS RADIOGRAFIAS |
| 01-nov-14 | | | | |
| 02-nov-14 | | | | |
| 03-nov-14 | | | | |
| 04-nov-14 | 411,00 | 21,00 | 196,00 | |
| 05-nov-14 | | | | |
| 06-nov-14 | | | | |
| 07-nov-14 | 436,00 | 38,00 | 67,00 | |
| 08-nov-14 | | | | |
| 09-nov-14 | | | | |
| 10-nov-14 | | | | |
| 11-nov-14 | 419,00 | 21,00 | 46,00 | |
| 12-nov-14 | | | | |
| 13-nov-14 | | | | |
| 14-nov-14 | 337,00 | 19,00 | 125,00 | |
| 15-nov-14 | | | | |
| 16-nov-14 | | | | |
| 17-nov-14 | | | | |
| 18-nov-14 | 501,00 | 18,00 | 203,00 | |
| 19-nov-14 | | | | |
| 20-nov-14 | | | | |
| 21-nov-14 | 334,00 | 28,00 | 182,00 | |
| 22-nov-14 | | | | |
| 23-nov-14 | | | | |
| 24-nov-14 | | | | |
| 25-nov-14 | 376,00 | 17,00 | 76,00 | |
| 26-nov-14 | | | | |
| 27-nov-14 | | | | |
| 28-nov-14 | 449,00 | 22,00 | 72,00 | |
| 29-nov-14 | | | | |
| 30-nov-14 | | | | |
| TOTALES — | 3263,00 Kg | 184,00 Kg | 967,00 Kg | 0,00 Kg |
|  SRCL Protecting People. Reducing Risk. | | | | |

REGISTRO RESIDUOS PELIGROSOS HUIE 2014 - 2013 - 2012 - 2011

| TIPO DE RESIDUO | R.E.L. (Grupo III) | | QUIMICOS (Grupo V) | | | | | | | | CITOSTATICOS (Grupo VI) |
|---------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| | Residuos Farmacéuticos Especiales | Compuestos Orgánicos no Halogenados | Envases contacto con Medicamento | Medicamentos | Pilas Alcalinas | Pilas Niquel-Cadmio | Pilas de Mercurio | Productos Químicos Desecados | Productos Químicos de Laboratorio | Otologicos o Citostaticos | |
| CODIGO | RESE | COMA | ENVME | MEDO | PIAL | PIUC | PIVE | PGDM | PGLA | OTO | |
| LEER | 12 01 03 | 12 01 06 | 20 01 21 | 12 01 09 | 12 01 04 | 12 01 02 | 12 06 18 | 12 01 05 | 12 02 02 | 12 01 01 | |
| ENERO | 3.366,00 | 663,00 | 17,00 | 69,00 | 6,00 | | | | 394,00 | 137,00 | |
| FEBRERO | 3.100,00 | 330,00 | | 23,00 | | | | 25,00 | 224,00 | 217,00 | |
| MARZO | 3.137,00 | 326,00 | | 23,00 | | | | | 237,00 | 222,00 | |
| ABRIL | 3.067,00 | 737,00 | | 61,00 | | | | | 303,00 | 243,00 | |
| MAYO | 2.767,00 | 627,00 | | 13,00 | | | 19,00 | 64,00 | 293,00 | 271,00 | |
| JUNIO | 3.027,00 | 748,00 | | 97,00 | | | | 25,00 | 213,00 | 204,00 | |
| JULIO | 3.212,00 | 172,00 | | 87,00 | | | | | 717,00 | 177,00 | |
| AGOSTO | 2.686,00 | 293,00 | | 103,00 | | | | 14,00 | 696,00 | 403,00 | |
| SEPTIEMBRE | 2.977,00 | | | 13,00 | | | | 8,00 | 970,00 | 240,00 | |
| OCTUBRE | 3.336,00 | 102,00 | | 14,00 | | | | 77,00 | 669,00 | 157,00 | |
| NOVIEMBRE | 3.263,00 | 72,00 | 14,00 | 104,00 | | | 14,00 | | 733,00 | 184,00 | |
| DICIEMBRE | 3.666,00 | 54,00 | | 43,00 | | | | | 817,00 | 193,00 | |
| Totales 2014 | 31.076,00 | 4.928,00 | 31,00 | 718,00 | 6,00 | 14,00 | 19,00 | 221,00 | 4.290,00 | 2.633,00 | |
| TOTAL 2014 | 38.076,00 | | | 12.187,00 | | | | | | 2.633,00 | |
| ENERO | 4.337,00 | 714,00 | | 64,00 | | | | 13,00 | | 195,00 | |
| FEBRERO | 4.470,00 | 728,00 | | 28,00 | | | | 22,00 | | 207,00 | |
| MARZO | 5.100,00 | 663,00 | | 64,00 | | | | 31,00 | | 174,00 | |
| ABRIL | 5.252,00 | 737,00 | | 44,00 | | | | 38,00 | | 201,00 | |
| MAYO | 4.059,00 | 472,00 | | 43,00 | | | | 35,00 | 16,00 | 134,00 | |
| JUNIO | 3.319,00 | 579,00 | | 27,00 | | | | 27,00 | | 150,00 | |
| JULIO | 2.638,00 | 503,00 | | 42,00 | | | | 37,00 | | 139,00 | |
| AGOSTO | 2.478,00 | 624,00 | | 38,00 | | | | 32,00 | | 148,00 | |
| SEPTIEMBRE | 2.663,00 | 483,00 | | 62,00 | | | | 38,00 | 13,00 | 131,00 | |
| OCTUBRE | 3.324,00 | 663,00 | 19,00 | 30,00 | | | | 43,00 | 13,00 | 183,00 | |
| NOVIEMBRE | 3.283,00 | 647,00 | | 101,00 | | | | 23,00 | 132,00 | 223,00 | |
| DICIEMBRE | 3.002,00 | 692,00 | | 73,00 | | | | | 220,00 | 209,00 | |
| Totales 2013 | 44.337,00 | 7.521,00 | 19,00 | 640,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 361,00 | 384,00 | 2.105,00 | |
| TOTAL 2013 | 44.337,00 | | | 8.825,00 | | | | | | 2.105,00 | |
| ENERO | 4.619,00 | 694,00 | | 23,00 | | | | | | 215,00 | |
| FEBRERO | 3.935,00 | 681,00 | | 17,00 | | | | | 7,00 | 154,00 | |
| MARZO | 4.669,00 | 342,00 | | 47,00 | | | | 38,00 | 7,00 | 192,00 | |
| ABRIL | 4.576,00 | 724,00 | | 31,00 | | | | | | 149,00 | |
| MAYO | 5.324,00 | 800,00 | 17,00 | 31,00 | | | | | 4,00 | 170,00 | |
| JUNIO | 4.626,00 | 831,00 | | 63,00 | | | | | | 184,00 | |
| JULIO | 3.044,00 | 837,00 | | 113,00 | | | | | | 175,00 | |
| AGOSTO | 4.074,00 | 722,00 | | 89,00 | | | | | 11,00 | 170,00 | |
| SEPTIEMBRE | 4.010,00 | 324,00 | | 12,00 | | | | 12,00 | 36,00 | 120,00 | |
| OCTUBRE | 4.659,00 | 690,00 | | 42,00 | | | | 31,00 | 19,00 | 152,00 | |
| NOVIEMBRE | 3.824,00 | 303,00 | | 34,00 | 13,00 | | | 14,00 | 23,00 | 174,00 | |
| DICIEMBRE | 4.289,00 | 723,00 | | 37,00 | | | | 9,00 | | 197,00 | |
| Totales 2012 | 36.079,00 | 8.096,00 | 17,00 | 611,00 | 13,00 | 0,00 | 0,00 | 124,00 | 107,00 | 2.042,00 | |
| TOTAL 2012 | 56.078,00 | | | 9.770,00 | | | | | | 2.042,00 | |
| ENERO | 4.036,00 | 312,00 | | 12,00 | | | | | 42,00 | 138,00 | |
| FEBRERO | 4.446,00 | 432,00 | | 22,00 | | | | | 3,00 | 156,00 | |
| MARZO | 4.332,00 | 556,00 | 19,00 | | | | | | 13,00 | 202,00 | |
| ABRIL | 4.047,00 | 380,00 | | | | | | | 27,00 | 140,00 | |
| MAYO | 4.332,00 | 343,00 | | 23,00 | | | | 28,00 | 8,00 | 206,00 | |
| JUNIO | 3.901,00 | 460,00 | | | | | | | 13,00 | 190,00 | |
| JULIO | 4.323,00 | 307,00 | | 30,00 | | | | | | 168,00 | |
| AGOSTO | 4.153,00 | 463,00 | | | | | | | 13,00 | 153,00 | |
| SEPTIEMBRE | 4.051,00 | 439,00 | | 23,00 | | | | | | 191,00 | |
| OCTUBRE | 3.491,00 | 416,00 | 19,00 | 12,00 | | | | | | 173,00 | |
| NOVIEMBRE | 4.943,00 | 318,00 | | 33,00 | | | | | | 160,00 | |
| DICIEMBRE | 3.926,00 | 368,00 | 2,00 | 34,00 | | | | | | 144,00 | |
| Totales 2011 | 50.193,00 | 6.019,00 | 40,00 | 281,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 28,00 | 170,00 | 2.028,00 | |
| TOTAL 2011 | 50.193,00 | | | 6.388,00 | | | | | | 2.028,00 | |
| DESTINO | SRCL CONDENUR CEE (Murcia) | SRCL CONDENUR CEE (Zaragoza) | SRCL CONDENUR CEE (Zaragoza) | SRCL CONDENUR CEE (Zaragoza) | SRCL CONDENUR CEE (Murcia) | SRCL CONDENUR CEE (Murcia) | SRCL CONDENUR CEE (Murcia) | SRCL CONDENUR CEE (Zaragoza) | SRCL CONDENUR CEE (Zaragoza) | SRCL CONDENUR CEE (Zaragoza) | |

Fecha en Excel



REGISTRO RESIDUOS URBANOS Y ASIMILABLES A URBANOS HUIE 2014 - 2013 - 2012 - 2011

| TIPO DE RESIDUO | RSU/RBAU | | | | | | TOTALES |
|---------------------|--------------------|--|---------------------------------------|--------------------|----------------------|---------------|-----------|
| | RSU | CARTÓN | FRAC. AMARILLA | VERDE | ORGANICO | COPECINOS | |
| ENERO | 37.480,00 | 3.880,00 | 400,00 | | | | 41.760,00 |
| FEBRERO | 27.940,00 | 2.400,00 | 260,00 | | | | 30.600,00 |
| MARZO | 39.980,00 | 3.320,00 | 360,00 | 1.000,00 | | 140,00 | 45.800,00 |
| ABRIL | 28.100,00 | 4.232,00 | 240,00 | | | | 32.572,00 |
| MAYO | 28.880,00 | 3.670,00 | 390,00 | 980,00 | | | 33.920,00 |
| JUNIO | 28.040,00 | 2.180,00 | 240,00 | | | | 30.460,00 |
| JULIO | 32.740,00 | 3.840,00 | 420,00 | 980,00 | 1.840,00 | | 39.820,00 |
| AGOSTO | 25.160,00 | 2.020,00 | 220,00 | 840,00 | | | 28.240,00 |
| SEPTIEMBRE | 31.880,00 | 4.296,00 | 480,00 | | | | 36.656,00 |
| OCTUBRE | 29.780,00 | 2.700,00 | 300,00 | 980,00 | | | 33.770,00 |
| NOVIEMBRE | 31.420,00 | 4.376,00 | 560,00 | | | | 36.356,00 |
| DICIEMBRE | 37.680,00 | 3.518,00 | 400,00 | | | | 41.598,00 |
| Totales 2014 | 374.530,00 | 40.213,00 | 4.270,00 | 4.770,00 | 1.840,00 | 140,00 | |
| TOTAL 2014 | 425.313,00 | | | | | | |
| ENERO | 31.580,00 | 2.180,00 | 240,00 | 740,00 | | | 34.730,00 |
| FEBRERO | 22.940,00 | 4.090,00 | 450,00 | | | | 27.480,00 |
| MARZO | 30.800,00 | 4.230,00 | 470,00 | 1.140,00 | 520,00 | | 37.160,00 |
| ABRIL | 31.140,00 | 2.180,00 | 230,00 | | | | 33.550,00 |
| MAYO | 31.720,00 | 3.090,00 | 530,00 | 1.160,00 | | | 36.480,00 |
| JUNIO | 22.740,00 | 1.640,00 | 180,00 | | | | 24.560,00 |
| JULIO | 30.029,00 | 2.020,00 | 202,00 | | | | 32.251,00 |
| AGOSTO | 22.720,00 | 3.180,00 | 360,00 | 690,00 | | | 26.950,00 |
| SEPTIEMBRE | 22.080,00 | 1.910,00 | 210,00 | | | | 24.200,00 |
| OCTUBRE | 33.220,00 | 4.120,00 | 420,00 | 1.200,00 | | | 39.960,00 |
| NOVIEMBRE | 29.540,00 | 2.600,00 | 200,00 | | 940,00 | | 33.280,00 |
| DICIEMBRE | 29.200,00 | 3.560,00 | 400,00 | | | | 33.160,00 |
| Totales 2013 | 332.709,00 | 36.670,00 | 1.892,00 | 4.930,00 | 1.960,00 | 0,00 | |
| TOTAL 2013 | 396.061,00 | | | | | | |
| ENERO | 19.740,00 | 3.780,00 | 440,00 | 460,00 | | | 24.400,00 |
| FEBRERO | 10.980,00 | 1.800,00 | 200,00 | | | | 12.980,00 |
| MARZO | 23.020,00 | 2.310,00 | 210,00 | | | | 25.540,00 |
| ABRIL | 29.380,00 | 1.970,00 | 210,00 | | | | 31.560,00 |
| MAYO | 20.320,00 | 2.030,00 | 200,00 | 1.080,00 | | | 23.630,00 |
| JUNIO | 29.120,00 | 4.790,00 | 530,00 | | | | 34.440,00 |
| JULIO | 26.500,00 | 2.160,00 | 240,00 | | | | 28.900,00 |
| AGOSTO | 23.560,00 | 1.710,00 | 190,00 | 740,00 | | | 31.200,00 |
| SEPTIEMBRE | 22.860,00 | 1.230,00 | 170,00 | | | | 25.260,00 |
| OCTUBRE | 26.020,00 | 2.340,00 | 280,00 | | 1.160,00 | | 29.780,00 |
| NOVIEMBRE | 13.240,00 | 2.400,00 | 180,00 | | | | 15.700,00 |
| DICIEMBRE | 24.180,00 | 3.480,00 | 270,00 | | | | 26.930,00 |
| Totales 2012 | 318.220,00 | 30.860,00 | 1.860,00 | 2.280,00 | 1.160,00 | 0,00 | |
| TOTAL 2012 | 350.380,00 | | | | | | |
| ENERO | | | | | | | 0,00 |
| FEBRERO | | | | | | | 0,00 |
| MARZO | | | | | | | 0,00 |
| ABRIL | | | | | | | 0,00 |
| MAYO | | | | | | | 0,00 |
| JUNIO | | | | | | | 0,00 |
| JULIO | | | | | | | 0,00 |
| AGOSTO | | | | | | | 0,00 |
| SEPTIEMBRE | | | | | | | 0,00 |
| OCTUBRE | | | | | | | 0,00 |
| NOVIEMBRE | | | | | | | 0,00 |
| DICIEMBRE | | | | | | | 0,00 |
| Totales 2011 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| TOTAL 2011 | 0,00 | | | | | | |
| DESTINO | Vertedero de Pínto | Cartón y Papel, S.A. (CARPA) Fuenlabrada | Reciclag Hispania - Torrejón de Ardoz | Vertedero de Pínto | Recycle (Campo Real) | | |

*Datos en €/ton.

Informe Mensual del Servicio de Residuos Urbanos y Sanitarios

Actividad desarrollada

- Registro del servicio.

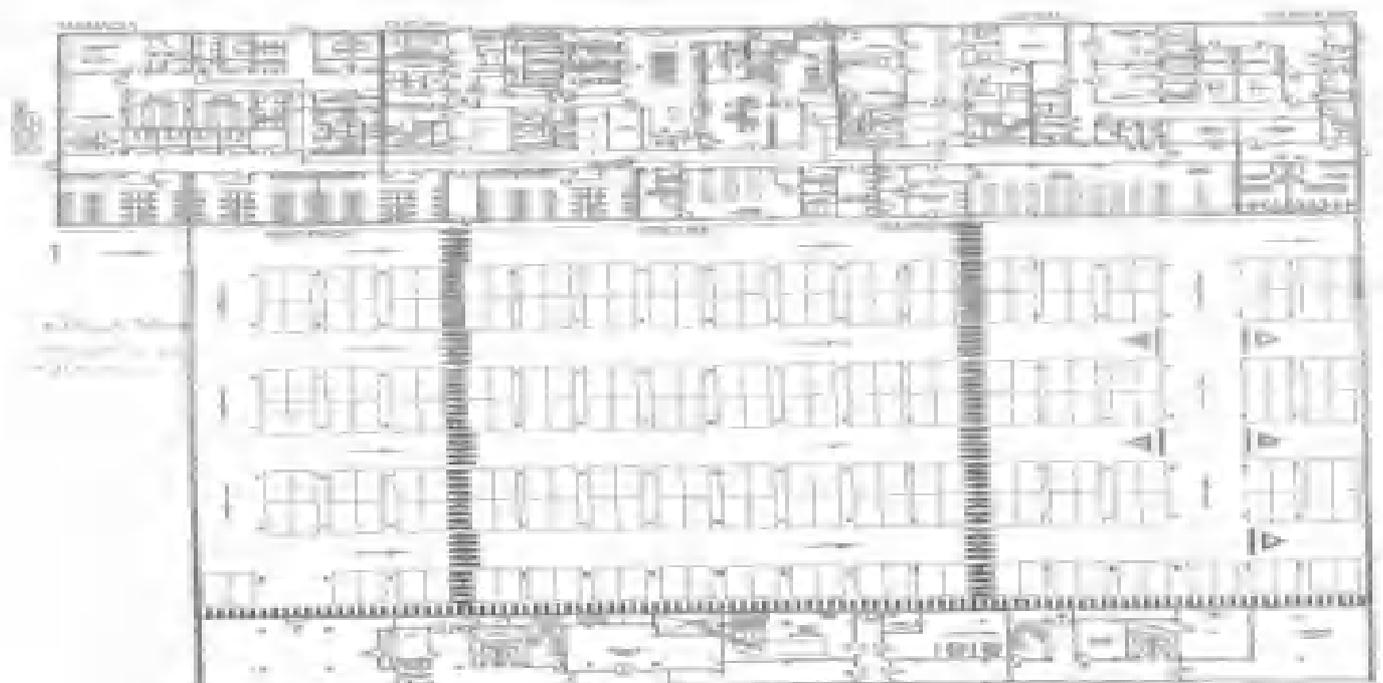
| Tipo de residuo | Kg | Índice de Kg residuos / cama funcionando |
|-----------------|--------|--|
| RSU/RBAU | 36.356 | 36,356/103=352.9 |
| RBE | 3263 | 3263/103=31.67 |
| RC | 184 | 184/103=1.7 |
| RQ | 967 | 967/103=9.3 |

Información adicional

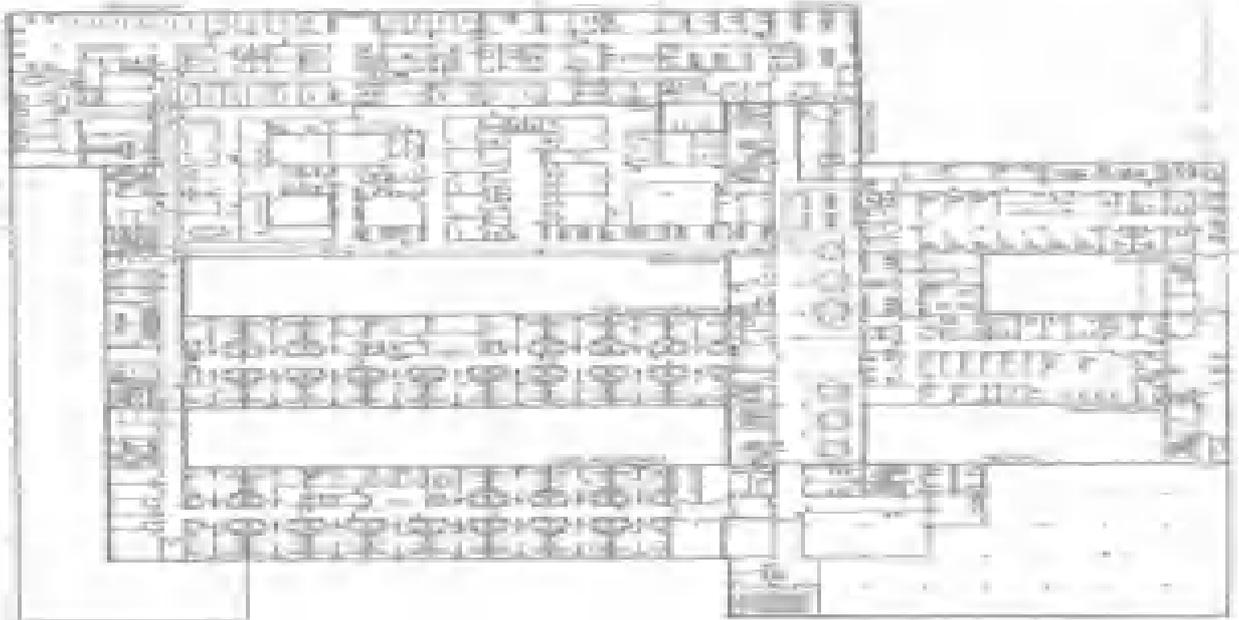
Bejan los residuos peligrosos en comparación año 2013.

En el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro existe un circuito de sucio por donde se lleva a cabo la retirada de los residuos sanitarios de cada uno de los Servicios del Hospital, disponiendo de dos ascensores para uso exclusivo de retirada de residuos sanitarios (números 13 y 14), identificados como tal, y otro de limpio, también con un ascensor (números 11), para la reposición de los contenedores de residuos sanitarios:

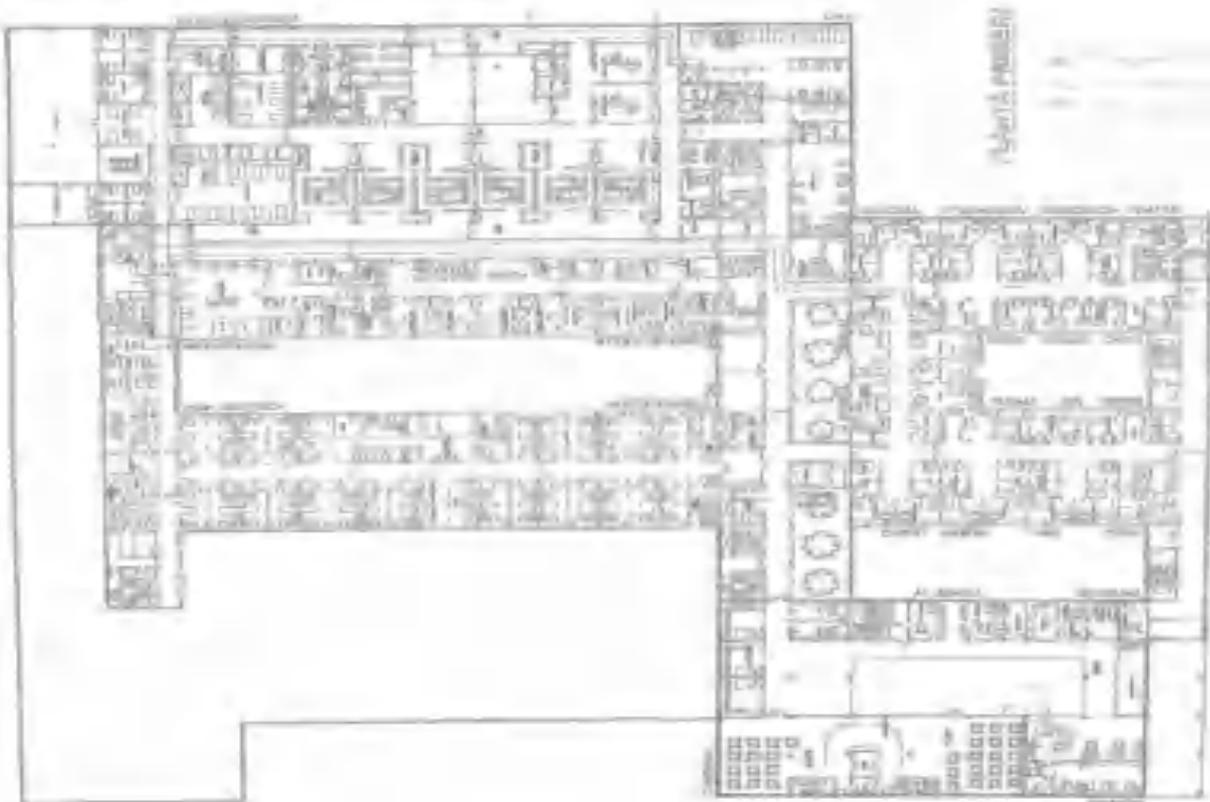
PLANTA -1



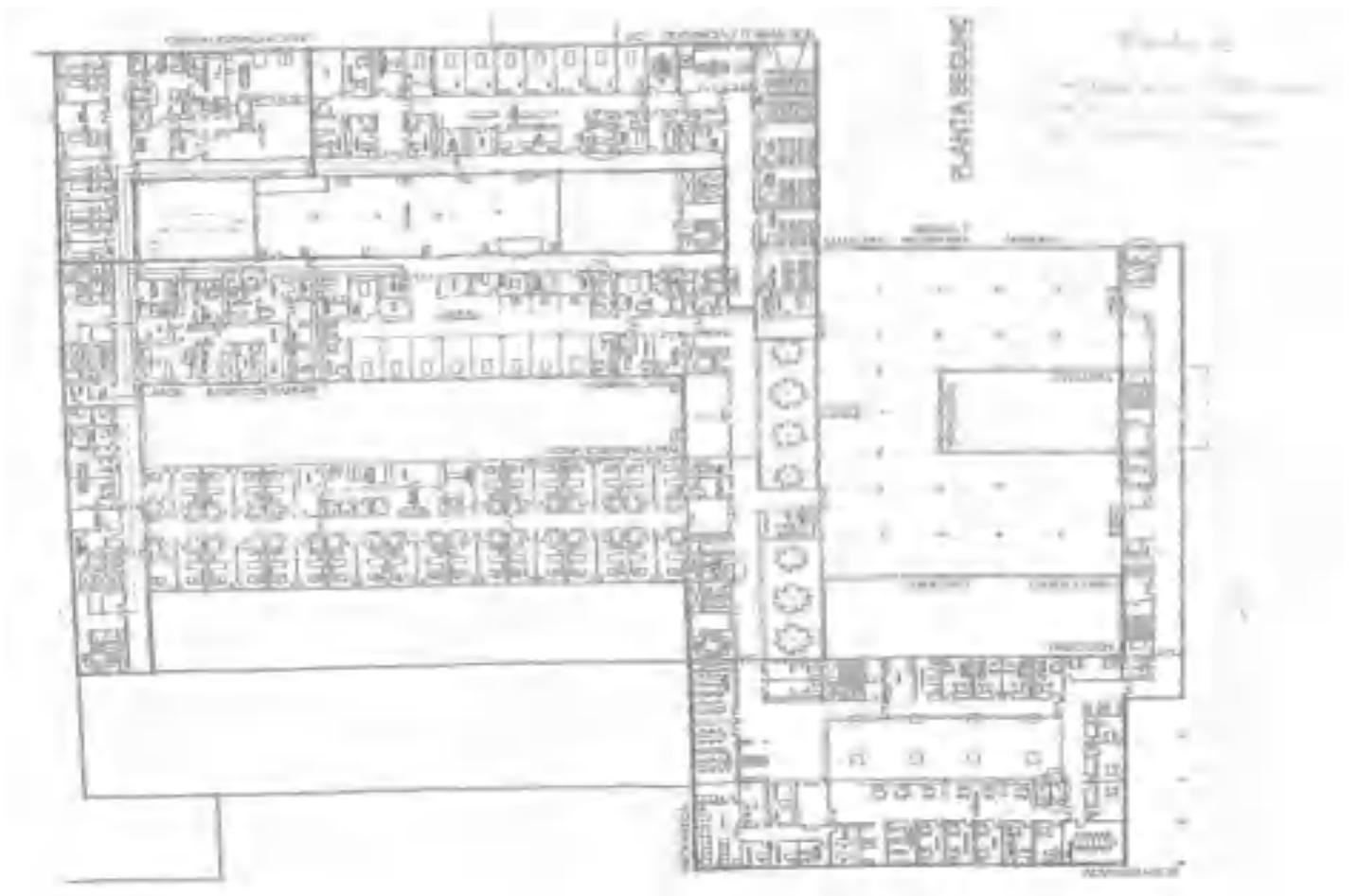
PLANTA 0

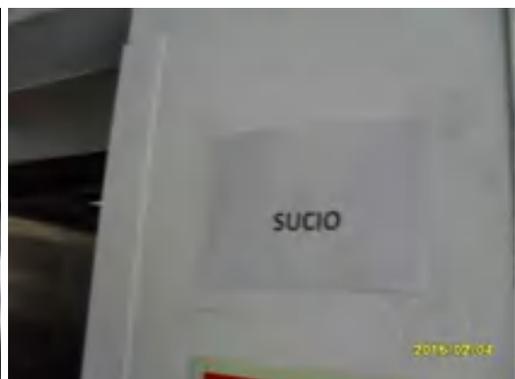


PLANTA 1



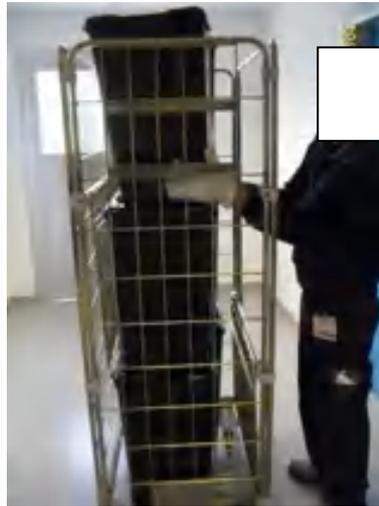
PLANTA 2







Con una periodicidad diaria el Responsable de la Gestión de Residuos del Hospital retira los residuos sanitarios de cada uno de los Servicios (los contenedores han sido cerrados previamente por el personal sanitario) y repone los contenedores correspondientes, mediante la utilización de jaulas (no cerradas), por la zona limpia del Hospital, empleando el ascensor para su transporte hasta el almacén definitivo de residuos sanitarios. Los almacenes de residuos sanitarios de cada una de las plantas están identificados y con buena ventilación, desde donde los retira diariamente el Responsable de la Gestión de Residuos del Hospital:



|  | | REGISTRO DE INCIDENCIAS DE RESIDUOS | | CSPELSPFOC0105 |
|---|---------------|---|--|----------------|
| Ed. 2.1 | | | | |
| MES <u>MAYO</u> | | | | |
| Día | DETECTADO POR | INCIDENCIA | SOLUCIÓN | Vº RESPONSABLE |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | JOSU | COLOS & ASISTENTES MAYO | SE LO CONDUCE A CHIRAS Y LO RECICLAN | Roa |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | ROA | DESORDENES EN CONDUCTA DE SALUD | SE CONDUCE A CHIRAS Y LO RECICLAN | Roa |
| 11 | | | | |
| 12 | MIGUEL | SE VIENE EN PARTIDO DE URG | SE CONDUCE A CHIRAS Y LO RECICLAN BIEN | Roa |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | Susana | entreno consultas no cubri sin papel | se trata con preventiva para salubridad | Susana |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |

| CM | | REGISTRO DE INCIDENCIAS DE RESIDUOS | | EMPLAZAMIENTO |
|------|---------------|--|------------------------------------|----------------|
| | | MES: <u>NOVIEMBRE 2014</u> | | Ed. 2.1 |
| DIAS | DETECTADO POR | INCIDENCIA | SOLUCIÓN | Vº RESPONSABLE |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | DAVI | CUBO NEGRO (OX) LLENO DE LIQUIDO | SE COMUNICA A LA SUPERVISORA | HAIBO |
| 8 | JOSE | CUBOS NEGROS LLENOS DE LIQUIDOS | SE COMUNICA A LA SUPERVISORA TAMAR | HAIBO |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | Nieves | varias veces ox llenos hasta la 1/2 de liquido | SE COMUNICA A LA SUPERVISORA | SUZANA |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | ALFONSO | CUBOS LLENOS DE LIQUIDO | SE LES COMUNICA A LA SUPERVISORA | RAI |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |

| Centro : HOSPITAL Universitario Infanta Elena | | Proceso: Residuos | | | |
|---|----------------------------|---------------------------------------|------------------|--|---|
| Objetivo de mejora nº: | | Fecha de puesta en marcha: Enero 2014 | | | |
| Descripción del Objetivo: Aumentar los kilos de residuos de envases de plástico reciclados. En un 5% por lo que conseguiremos llegar a 4085,6 kilos. | | | | | |
| Justificación del Objetivo: Durante estos 7 años de apertura del hospital se han separado los envases de plástico para su reciclado pero no en todas las áreas del hospital por lo tanto, queremos aumentar este reciclaje. | | | | | |
| Diagnóstico y/o situación de partida: Año 2013, partimos de 3892 kilos | | | | | |
| Acciones a ejecutar: | Responsables | Tipo (P-E-S) | Fecha Inicio-Fin | Recursos Económicos, Humanos, Materiales | Verificación de Cumplimiento (Fecha e Inicial-manuscrita) |
| 1ª Evaluación de los puntos de recogida de envases | Lola Muñoz-Silva Fernández | P-E | Ene-Mar 2014 | Internos | 30 Marzo 2014 |
| 2ª Implementación de los contenedores | Lola Muñoz-Silva Fernández | E | Mar-Jun 2014 | Internos | 30 Junio 2014 |
| 3ª Sensibilización y Formación del Personal en Reciclaje | Lola Muñoz-Silva Fernández | E | Sept-Oct 2014 | Internos | 30 de Septiembre 2014 |
| 4ª Seguimiento de los kilos de envases reciclados | Lola Muñoz-Silva Fernández | E | Dic 2014 | Internos | 31 de diciembre 2014 |
| Punto de partida: 3892 kilos año 2013 Objetivo a conseguir: Aumento del reciclaje de un 5% llegar a 4085,6 kilos | | | | | |
| Indicadores de seguimiento: | | | | | |
| | Primer T | Segundo T | Tercer T | Cuarto T | Acumulado |
| 1ª Kilos de fracción amarrilla reciclada | 1.020 kilos | 870 kilos | 1.120 | 1.280 | 4.270 KILOS |
| 2ª | | | | | |
| 3ª | | | | | |
| Seguimiento del Objetivo: 1º Trimestre: En el primer trimestre del año se realizó el estudio de necesidad de contenedores con visita al hospital se realiza el día 7 de febrero 2014, y se acuerda redactar convenio de colaboración entre Capioes, y los proveedores colaboradores. 2º Trimestre: Se verifica la ubicación de los contenedores y el análisis de los kilos totales. 3º Trimestre: Colocación de cartelera de sensibilización, y formación. 4º Trimestre. Análisis: Fecha de redacción de este documento: 14/2/14 Firma coordinador de calidad del centro: _____ Responsable del próximo: Dolores Maylliz | | | | | |

Legenda:
 En el apartado acciones a ejecutar los tipos pueden ser: P (Planificación), E (Ejecución), S (seguimiento).
 Cuadro: una acción requiere financiación así adjuntar la información económica que precise.
 A fecha Diciembre del año en curso se adjuntará a este documento así como a la revisión del sistema un informe completo de análisis de este objetivo.

S-C-PE-Si2-PP-OC-1603 (Formato de Objetivo)



Hospital Universitario Infanta Elena

Comunidad de Madrid

| | | TOMA DE DATOS | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------------|---------|-----------|---------|---------|
| | | UNIDAD | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DIEMBRE | TOTAL |
| RESIDUOS NO PELIGROSOS | Papel | kg | 400 | 280 | 360 | 240 | 350 | 240 | 420 | 220 | 480 | 300 | 260 | 400 | 4.170 |
| | Papel y cartón | kg | 3.680 | 2.400 | 3.320 | 4.232 | 3.650 | 2.180 | 3.940 | 2.020 | 4.230 | 2.700 | 4.370 | 3.510 | 40.213 |
| | Papel cartón azul | kg | 1.770 | 1.120 | 0 | 1.565 | 1.085 | 1.475 | | | | | | | 7.035 |
| | Vidrio | kg | 0 | 0 | 1.000 | 0 | 960 | 0 | 980 | 840 | 0 | 990 | 0 | 0 | 4.770 |
| | Tornes | kg | 30 | 30 | 50 | 70 | 50 | 30 | 65 | 65 | 65 | 90 | 90 | 90 | 743 |
| | Plas | kg | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Acido vegetal | kg | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 840 |
| | CAPI o perfumes | kg | 0 | 0 | 0 | 733 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 733 |
| | Aserrín (firme) | kg | 37.480 | 27.940 | 37.560 | 28.100 | 28.880 | 28.340 | 32.740 | 23.160 | 31.880 | 29.780 | 31.420 | 37.680 | 374.280 |
| | Residuos no peligrosos reciclados | kg | 3.850 | 3.070 | 4.680 | 6.037 | 6.085 | 3.825 | 5.240 | 3.000 | 4.770 | 3.990 | 4.986 | 3.918 | 58.208 |
| Residuos no peligrosos totales | kg | 43.450 | 31.990 | 46.790 | 34.990 | 34.585 | 31.987 | 38.115 | 28.375 | 36.794 | 38.008 | 36.518 | 45.681 | 433.180 | |
| RESIDUOS PELIGROSOS | Residuos especiales líquidos (Clase III) | kg | 1.384 | 1.100 | 1.127 | 1.067 | 1.767 | 1.900 | 1.212 | 2.684 | 2.977 | 1.580 | 1.251 | 1.664 | 37.940 |
| | Número de envases (Nº I) | uf | 424 | 367 | 384 | 406 | 371 | 364 | 421 | 344 | 378 | 496 | | | 3.524 |
| | Residuos especiales sólidos (Clase III) | kg | 2.580 | 2.409 | 2.419 | 2.239 | 2.062 | 2.205 | 2.412 | 2.852 | 2.254 | 2.716 | 3.383 | 3.866 | 30.490 |
| | Químicos líquidos (Clase IV) | kg | 1.111 | 804 | 1.228 | 1.121 | 1.018 | 1.038 | 976 | 1.124 | 989 | 870 | 967 | 916 | 12.197 |
| | Número de envases (Nº I) | uf | 66 | 50 | 71 | 67 | 60 | 64 | 46 | 71 | 51 | 51 | | | 597 |
| | Número de envases (Nº I) | uf | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | Químicos sólidos (Clase V) | kg | 986 | 709 | 1.093 | 994 | 904 | 963 | 889 | 977 | 893 | 775 | 907 | 918 | 597 |
| | Residuos químicos líquidos (Clase IV) | kg | 237 | 217 | 232 | 245 | 272 | 204 | 177 | 203 | 240 | 257 | 184 | 195 | 2.853 |
| | Número de envases (Nº I) | uf | 66 | 45 | 43 | 51 | 50 | 42 | 37 | 47 | 44 | 51 | | | 464 |
| | Residuos químicos sólidos (Clase V) | kg | 150 | 182 | 140 | 148 | 164 | 124 | 107 | 114 | 153 | 140 | 184 | 195 | 1.771 |
| Residuos peligrosos totales | kg | | | | | | | | | | | | | 0 | |
| Total de envases (Nº I) | uf | 556 | 462 | 497 | 554 | 467 | 472 | 504 | 462 | 475 | 538 | 0 | 0 | 4.567 | |
| Total de envases (Nº I) | uf | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Residuos peligrosos totales (Bruto) | kg | 4.794 | 4.121 | 4.637 | 4.438 | 4.057 | 4.187 | 4.389 | 4.081 | 4.204 | 4.667 | 4.414 | 4.977 | 30.644 | |
| Residuos peligrosos totales (Neto) | kg | 8.718 | 3.249 | 3.693 | 3.380 | 3.132 | 3.290 | 3.407 | 3.123 | 3.804 | 3.646 | 4.414 | 4.977 | 61.160 | |
| Residuos especiales (Clase III en Hospitalización) | kg | 275,6 | 231,1 | 272,9 | 281 | 268 | 180,2 | 175,7 | 172,1 | 229,5 | 172,1 | 205,7 | 95,5 | 2.917 | |
| Nº de incidencias en la segregación de residuos | uf | 5 | 5 | 7 | 7 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | | | 44 | |
| Nº de accidentes en la gestión de residuos | uf | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | |
| Nº de Abas en Hospitalización | uf | 764 | 664 | 804 | 662 | 673 | 671 | 643 | 575 | 571 | 664 | 660 | 662 | 7.783 | |
| Nº de incidencias | uf | 352 | 308 | 308 | 320 | 266 | 290 | 264 | 279 | 267 | 307 | 302 | 321 | 36.626 | |



| INDICADOR | DESCRIPCIÓN INDICADOR | UNIDAD | FÓRMULA | LÍMITE (CONSEJERÍA) | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | 2014 |
|---------------------|---|--------------|---|---------------------|----------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|----------|
| IND-01 (Kilogramos) | Incremento de residuos no peligrosos | kg/centro | kg de residuos no peligrosos | 11,45 | 41450,3 | 31933,84 | 40790 | 44960 | 44960 | 31967 | 35111 | 38137 | 34791 | 32697 | 36513 | 45622 | 40211,68 |
| | | | OP de residuos | | 3561 | 6348 | 4388 | 6194 | 7963 | 7903 | 7648 | 7776 | 7977 | 8337 | 8360 | 8242 | 8669 |
| | | | Resultado | | 14.33 | 9.96 | 13.62 | 10.89 | 10.86 | 11.08 | 14.03 | 10.31 | 14.07 | 13.36 | 11.91 | 14.07 | 14.98 |
| IND-02 (Kilogramos) | Determinación de residuos peligrosos | kg/centro | kg de residuos peligrosos | 1,40 | 3,724 | 43,171 | 46,11 | 4413 | 4637 | 623 | 4363 | 4002 | 4206 | 4667 | 4418 | 4913 | 43740,4 |
| | | | OP de residuos | | 1562 | 1181 | 3688 | 2158 | 2960 | 2900 | 2648 | 2776 | 2817 | 3043 | 3092 | 3242 | 36620 |
| | | | Resultado | | 2,162 | 1,123 | 1,343 | 1,255 | 1,377 | 1,463 | 1,332 | 1,630 | 1,230 | 1,365 | 1,316 | 1,364 | 1,378 |
| IND-03 (Kilogramos) | Generación de residuos biofarmacos grupo II | kg/centro | kg de residuos biofarmacos grupo II | 1,13 | 2,562 | 10,002 | 10,13 | 9007 | 2747 | 1900 | 2123 | 2680 | 2972 | 3138 | 3760 | 3988 | 32143,4 |
| | | | OP de residuos | | 3512 | 1320 | 1449 | 8394 | 2942 | 2000 | 2684 | 2776 | 2827 | 3043 | 3092 | 3242 | 36620 |
| | | | Resultado | | 1,179 | 6,682 | 2,589 | 6,213 | 2,745 | 1,900 | 4,139 | 9,004 | 1,145 | 1,045 | 1,068 | 1,072 | 1,018 |
| IND-04 (Kilogramos) | Determinación de residuos químicos clase V | kg/centro | kg de residuos químicos clase V | 0,23 | 386 | 604 | 1270 | 1221 | 1270 | 1263 | 176 | 1111 | 981 | 872 | 961 | 101 | 12271,8 |
| | | | OP de residuos | | 2912 | 3376 | 3689 | 3364 | 2964 | 2900 | 2684 | 2776 | 2817 | 3043 | 3092 | 3242 | 36620 |
| | | | Resultado | | 1,236 | 1,234 | 1,369 | 1,127 | 1,246 | 1,337 | 1,285 | 1,440 | 1,165 | 1,123 | 1,235 | 1,231 | 1,238 |
| IND-05 (Kilogramos) | Generación de residuos químicos clase VI | kg/centro | kg de residuos químicos clase VI | 0,18 | 150 | 217 | 773 | 749 | 777 | 704 | 177 | 201 | 144 | 207 | 344 | 39 | 2682,8 |
| | | | OP de residuos | | 3512 | 3376 | 3689 | 3364 | 2964 | 2900 | 2684 | 2776 | 2817 | 3043 | 3092 | 3242 | 36620 |
| | | | Resultado | | 0,34 | 0,07 | 0,21 | 0,07 | 0,07 | 0,03 | 0,07 | 0,07 | 0,06 | 0,08 | 0,06 | 0,08 | 0,04 |
| IND-06 (Kilogramos) | Residuos reciclados | % | kg de residuos reciclados o valorizados | 15% | 1,870 | 3870 | 4622 | 4601 | 4629 | 4423 | 4343 | 4801 | 4774 | 4947 | 4934 | 4933 | 46,208 |
| | | | OP de residuos no peligrosos | | 43451,33 | 31203,13 | 41762 | 34796 | 34365 | 31767 | 38123 | 38378 | 36792 | 37978 | 38114 | 42642 | 43721,68 |
| Resultado | | | | | 13,36 | 11,16 | 11,31 | 10,29 | 11,07 | 11,74 | 10,94 | 11,67 | 11,26 | 11,29 | 11,29 | 11,46 | |
| K-01 (Kilogramos) | Residuos grupo II en hospitalización | kg/lecho día | kg de residuos Grupo II en hospitalización | 1 | 255,6 | 281,1 | 272,5 | 281 | 290 | 281,2 | 276,7 | 172,8 | 165,4 | 172,1 | 186,7 | 181,4 | 1,577 |
| | | | OP de kilos en hospitalización | | 744 | 644 | 694 | 662 | 633 | 671 | 643 | 611 | 671 | 664 | 664 | 664 | 664 |
| Resultado | | | | | 0,344 | 0,441 | 0,402 | 0,414 | 0,409 | 0,409 | 0,479 | 0,430 | 0,466 | 0,464 | 0,468 | 0,467 | 0,08 |
| K-02 (Kilogramos) | Incidencias en la segregación de residuos | nº | OP de incidencias en la segregación de residuos | = 0 mensual | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,7 |
| | | | Resultado | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| K-03 (Kilogramos) | Accidentes en la gestión de residuos | nº | OP de accidentes en la gestión de residuos | = 0 mensual | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,3 |
| | | | Resultado | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | 1er Trimestre | 2do Trimestre | 3er Trimestre | 4to Trimestre | Año 2014 |
|-----------------|--|--|--|---|---|
| Análisis | En el primer trimestre la mayoría de las incidencias es el de encontrarse en los depósitos intermedios los cubos negros de biofarmacos especiales sin cerrar. En lo referente a los límites de alarma establecidos y los kilos de grupo VI, muy bien, en lo referente al porcentaje de los kilos de residuos valorizables, en este primer trimestre no se ha llegado al 15%. Pero se está concibiendo a persona en ello. | Se ha comenzado con mayor número de incidencias. En lo referente a los kilos de residuos y límites de alarma. Se ha mejorado en el total de kilos residuos no peligrosos, y en lo peligroso solo el grupo V no se cumple con el límite ha conseguido y se ha compensado en muy poco. Y en los kilos de residuos reciclados en los meses de abril y mayo se ha conseguido incluso sobrepasar el porcentaje. Por lo que seguiremos observando. | Se realiza el curso de segregación de residuos el 27 de Octubre. Las incidencias han bajado un poco con respecto al trimestre anterior. Con respecto a los kilos de residuos hemos bajado en el grupo II, aunque quinicos y kilos de grupo V sube un poco y el grupo VI se mantienen más o menos igual. Con respecto a los kilos de residuos biofarmacos a urbanos ya en aumento con respecto a los trimestres anteriores. | En este cuarto trimestre podemos observar que ha subido los kilos de residuos urbanos, el grupo II. Y los kilos de quinicos un poco. Sin embargo los kilos de residuos cito ha disminuido. La subida está justificada por el aumento de | terminamos el año con una subida alrededor de un 10. resultado orgánico pero hay una bajada del total de residuos peligrosos con respecto al año anterior, por lo que podemos decir que se está haciendo una mejor gestión con respecto al tratamiento de |
| Acciones | Seguiremos visitando los depósitos intermedios y recordando al personal de la importancia de la buena segregación y del reciclaje. | Se fallará con la empresa DIB para que en el tercer trimestre se realicen los cursos de recordatorio de segregación de residuos y de la importancia del reciclaje. | Se harán cursos observacionales en el próximo trimestre para comprobar que el curso dado no sea eficaz. | En los cursos observacionales se nota que la segregación ha mejorado y por lo tanto, el resultado de los talleres y curso es positivo. | En año 2015 se seguirá con el mismo proceso, para poder seguir en la misma línea que hasta el momento está dando un buen resultado. |

Formación planificada por el Gestor Autorizado para llevar a cabo al personal de CAPIOSER responsable de llevar a cabo la gestión de los residuos sanitarios del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro:

| Título de la acción formativa | Formación (externa o interna) | Impartida por | Duración | Dirigida a: (asistentes) | Objetivos y contenidos | Fecha prevista de realización |
|---|---|-----------------|----------|----------------------------------|---|-------------------------------|
| RIESGOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS EN PUESTO DE OPERARIO INDUSTRIAL | <input type="checkbox"/> Interna <input checked="" type="checkbox"/> Externa | FREMAP | 3 HORAS | Nuevas incorporaciones | Conocimiento general de los riesgos específicos de su puesto | Inicio actividad |
| PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES BÁSICO 50 H | <input type="checkbox"/> Interna <input checked="" type="checkbox"/> Externa | FREMAP | 50 HORAS | OPERARIOS DE PLANTA Y HOSPITALES | Conocimiento general de los riesgos laborales | Previsto 2º trimestre 2014 |
| PRL EN EL MANEJO DE CARRETILLA ELÉCTRICA | <input type="checkbox"/> Interna <input checked="" type="checkbox"/> Externa | FREMAP | 1 HORA | Personal designado | Prevención de riesgos en manejo de carretilla eléctrica | 2º trimestre |
| -RIESGOS QUÍMICOS, -RIESGOS BIOLÓGICOS, -UTILIZACIÓN DE EPLS, -MANEJO MANUAL DE CARGAS -RECOMENDACIONES BÁSICAS DE SEGURIDAD (Orden y Limpieza) -NORMAS BÁSICAS EN CALIDAD Y MEDIO AMBIENTE. INSTRUCCIONES | <input checked="" type="checkbox"/> Interna <input type="checkbox"/> Externa | TEAP, RCMA Y DP | 4 HORAS | Nuevas incorporaciones | Prevención de riesgos en el trabajo diario y manejo de residuos peligrosos. Normas básicas en Calidad y Medio Ambiente. Instrucciones | Todo el año ACTIVO |
| EMERGENCIAS | <input type="checkbox"/> Interna <input checked="" type="checkbox"/> Externa | FREMAP | 8 HORAS | Personal designado | Prevención de riesgos en emergencias | 2º y 3º trimestre |
| BUENAS PRÁCTICAS MEDIOAMBIENTALES | <input checked="" type="checkbox"/> Interna <input type="checkbox"/> Externa | TEAP, RCMA Y DP | 4 HORAS | Nuevas incorporaciones | Concienciación y sensibilización de los trabajadores con respecto a los aspectos ambientales | Todo el año ACTIVO |

| | | | |
|---------------|---|--|--------------|
| Observaciones | Revisado: | Revisado: | Aprobado: |
| | Responsable de Calidad y Medio Ambiente | Titular Estratégico de la Actividad Preventiva | Jefe de Zona |

Evaluación de los riesgos asociados a la retirada de residuos sanitarios del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro:



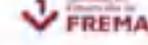
| CONDICIÓN EVALUADA | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | |
|------------------------|--|--------------------|--------|------|-------|------|
| Factores Psicosociales | | M.T. | E.P.I. | INF. | FORM. | C.P. |
| | | N | N | S | N | N |

| RIESGO | | VALORACIÓN |
|--|--|--|
| Estrés laboral | | Probabilidad = Baja Consecuencias = D Valoración = Tolerable |
| Fatiga derivada de la extensión de tiempo de trabajo | | Probabilidad = Baja Consecuencias = D Valoración = Tolerable |
| Fatiga mental | | Probabilidad = Baja Consecuencias = D Valoración = Tolerable |

| CONDICIÓN EVALUADA | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | |
|---------------------|--|--------------------|--------|------|-------|------|
| Energías eléctricas | | M.T. | E.P.I. | INF. | FORM. | C.P. |
| | | N | N | S | N | N |

| RIESGO | | VALORACIÓN |
|--|--|--|
| Contacto eléctrico por operaciones elementales (conexión y desconexión de equipos) | | Probabilidad = Baja Consecuencias = D Valoración = Tolerable |

www.gesman.com



| CONDICIÓN EVALUADA | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | |
|-------------------------------|--|--------------------|--------|------|-------|------|
| Manipulación manual de cargas | | M.T. | E.P.I. | INF. | FORM. | C.P. |
| | | N | N | S | S | S |

| RIESGO | | VALORACIÓN |
|--|--|------------|
| Sobreesfuerzos por manipulación manual de cargas | | Moderado |

| CONDICIÓN EVALUADA | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | |
|-----------------------|--|--------------------|--------|------|-------|------|
| Aplicación de Fuerzas | | M.T. | E.P.I. | INF. | FORM. | C.P. |
| | | N | N | S | N | S |

| RIESGO | | VALORACIÓN |
|--|--|--|
| Lesiones músculo-esqueléticas por aplicación de fuerzas con o sin impulso/transporte de guías. | | Probabilidad = Baja Consecuencias = D Valoración = Tolerable |

| CONDICIÓN EVALUADA | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | |
|-------------------------|--|--------------------|--------|------|-------|------|
| Movimientos repetitivos | | M.T. | E.P.I. | INF. | FORM. | C.P. |
| | | S | N | S | S | N |

| RIESGO | | VALORACIÓN |
|---|--|------------|
| Lesiones por movimientos repetitivos de extremidades superiores | | Moderado |

www.gesman.com



Puesto: LIMPIEZA GENERAL Y RETIRADA DE RESIDUOS

| CONDICIÓN EVALUADA | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | |
|----------------------------------|--------------------|--------|--|-------|------|
| | M.T. | E.P.I. | INF. | FORM. | C.P. |
| Productos químicos utilizados | N | S | S | S | N |
| EVALUACIÓN DE RIESGOS | | | | | |
| RIESGO | | | VALORACIÓN | | |
| Contacto con productos químicos. | | | Probabilidad = Baja Consecuencias = ED Valoración = Moderado | | |
| CONDICIÓN EVALUADA | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | |
| Equipos de trabajo | N | N | S | S | S |
| EVALUACIÓN DE RIESGOS | | | | | |
| RIESGO | | | VALORACIÓN | | |
| Atracción | | | Moderado | | |
| Caída de objetos manipulados | | | Probabilidad = Baja Consecuencias = D Valoración = Tolerable | | |
| Proyección de partículas | | | Moderado | | |
| CONDICIÓN EVALUADA | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | |
| OTROS | | | | | |

VALDEMORO | CENTRO TIENE DESPLAZADOS HOSPITAL INFANTA ELENA | 00000-00000 | Pág. 16 de 27

Puesto: LIMPIEZA GENERAL Y RETIRADA DE RESIDUOS

| CONDICIÓN EVALUADA | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | |
|--|--------------------|--------|---------------------|-------|------|
| | M.T. | E.P.I. | INF. | FORM. | C.P. |
| Agentes Biológicos | N | S | S | S | N |
| EVALUACIÓN DE RIESGOS | | | | | |
| RIESGO | | | VALORACIÓN | | |
| Posible exposición a Agentes Biológicos de los grupos 2 y 3 según R.D. 004/1987, por diferentes vías (Sin intención deliberada de Manipulados) | | | Moderado | | |
| CONDICIÓN EVALUADA | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | |
| Seguridad Vial | N | N | S | S | N |
| EVALUACIÓN DE RIESGOS | | | | | |
| RIESGO | | | VALORACIÓN | | |
| Accidente de tráfico in itinere | | | Moderado | | |
| CONDICIÓN EVALUADA | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | |
| Agentes Químicos | N | S | S | S | N |
| EVALUACIÓN DE RIESGOS | | | | | |
| RIESGO | | | VALORACIÓN | | |
| Exposición a Agentes Químicos por Vía Dérmica | | | Moderado | | |
| Exposición a Agentes Químicos por Vía Digestiva | | | Probabilidad = Baja | | |
| CONDICIÓN EVALUADA | MEDIDAS REQUERIDAS | | | | |
| OTROS | | | | | |

VALDEMORO | CENTRO TIENE DESPLAZADOS HOSPITAL INFANTA ELENA | 00000-00000 | Pág. 16 de 27



Comunicar a todos los miembros del equipo de trabajo el contenido de este informe

| Puesto: LIMPIEZA GENERAL Y RETIRADA DE RESIDUOS. | | | | | | |
|---|--|--|--|--------|------|-------|
| EVALUACIÓN DE RIESGOS | | | VALORACIÓN | | | |
| RIESGO | | | Consecuencias = D Valoración = Tolerable | | | |
| CONDICIÓN EVALUADA | | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | |
| manejo | | | MT | E.P.I. | INF. | FORM. |
| | | | N | S | S | N |
| EVALUACIÓN DE RIESGOS | | | VALORACIÓN | | | |
| Exposición a Agentes Físicos (Están Térmico por Frio) | | | Probabilidad = Baja Consecuencias = D Valoración = Tolerable | | | |
| CONDICIÓN EVALUADA | | | MEDIDAS REQUERIDAS | | | |
| Posturas de trabajo | | | MT | E.P.I. | INF. | FORM. |
| | | | S | S | S | N |
| EVALUACIÓN DE RIESGOS | | | VALORACIÓN | | | |
| Sobreesfuerzo por exposición a posturas de trabajo inadecuadas o forzadas | | | Moderado | | | |

Pág. 6 de 6

Comunicar a todos los miembros del equipo de trabajo el contenido de este informe

| Puesto: LIMPIEZA GENERAL Y RETIRADA DE RESIDUOS. | | | |
|--|----------|---|--|
| GRUPO | Nº SERIE | RIESGO | VALORACIÓN |
| Cuba de limpieza | 027134 | Contacto directo Alisamiento de objetos | Probabilidad = Baja Consecuencias = D Valoración = Tolerable |

Pág. 6 de 6



CONSIGNAS PREVENTIVAS EN LA MANIPULACIÓN DE PRODUCTOS QUÍMICOS

- Los productos químicos de limpieza deben almacenarse en lugares específicos con suficiente ventilación, y medidas de prevención contra incendios y contra (vertidos accidentales), tales como cubetos de retención y medios de neutralización mediante absorbentes específicos.
- Antes de utilizar cualquier producto de limpieza se debe leer la etiqueta y las Fichas de Datos de Seguridad (FDS) de todos los productos químicos que se utilicen.
Las FDS deberán estar a disposición de todos los trabajadores que utilizan los productos químicos.
- Queda terminantemente prohibido fumar y almacenar comida o bebida en los almacenes de los productos químicos. 
- Prohibido fumar, comer o beber durante la manipulación de los productos químicos en los lugares de trabajo y en los almacenes de productos químicos
- Se deben lavar las manos antes y después de la utilización de los productos químicos.

- Utilización de Protección personal: Equipos de Protección Individual:
Guantes de seguridad y de protección adecuada a los diferentes productos (véanse las FDS).
 - Gafas de seguridad, pantallas faciales: de protección de los ojos y la cara (véanse las FDS).
 - Mascarillas: de protección de las vías respiratorias (véanse las FDS).
 - Ropa de trabajo adecuada (véanse las FDS).
 - Calzado cerrado con suela antideslizante.
- No mezclar nunca productos químicos diferentes, especialmente vinagre con amoníaco o productos de limpieza de aseo ya que pueden dar lugar a un compuesto altamente tóxico. Tampoco añadir amoníaco sobre cloro, fluor o calcio, ya que pueden dar lugar a incendios y/o explosiones. 
- La sosa cáustica no debe usarse sobre metales como aluminio, cobre, bronce, etc.
- Todos los recipientes deben estar correctamente etiquetados y cerrados. Las etiquetas deben estar legibles.
- Prohibido realizar transvases. En caso de ser necesario realizar el trasvase el nuevo recipiente estará debidamente etiquetado. Prohibida la

- utilización de recipientes de comida y/o bebida para almacenar los productos de limpieza.
- Prohibido oler o probar los productos químicos. En algunos casos dependiendo de la composición puede provocar quemaduras o intoxicaciones.
- Utilizar la dosis recomendada por el fabricante.
- Quitarse la ropa contaminada y lavarse las manos al final de la jornada de trabajo.
- Evitar derrames accidentales: ante un posible derrame utilizar como absorbentes: arena o absorbente inerte.
- Se deben utilizar primero los productos que llevan más tiempo en el almacén.
- Prohibido dar sistemáticamente comida o bebida a los accidentados. Se deben consultar las Fichas de Datos de Seguridad para saber como actuar.
- En caso de accidente se debe acudir al médico, llevando si es posible la etiqueta o las Fichas de Datos de Seguridad.



RECOMENDACIONES PARA LA RETIRADA DE RESIDUOS

- La retirada de residuos se realizará siempre con guantes adecuados para evitar los cortes y/o pinchazos. 
- Antes de iniciar y al terminar la tarea de retirada de residuos deben lavarse las manos.
- Prohibido comer, beber o fumar durante la realización de las tareas.
- En caso de tener alguna herida o corte, estos deben protegerse con un apósito y posteriormente se deben colocarse encima los guantes. 
- Prohibido introducir las manos en las papeleras, bolsas o contenedores de residuos.
- Prohibido presionar las bolsas de basura o contenedores.
- Las bolsas de basura no se llenarán hasta arriba para poder transportarlas.
- Las bolsas de basura, contenedores de residuos se transportarán en carros de transporte exclusivos para este uso.

Las bolsas de basura se transportarán siempre a 10 - 15 cm del cuerpo para evitar posibles cortes o pinchazos.

Los carros de transporte o contenedores de residuos siempre se empujarán, excepto en la salida o entrada por puertas, en los ascensores o montacargas y cuando haya que bajar rampas.



Los carros de transporte de las bolsas de basura no se llenarán hasta arriba, ni se presionarán las bolsas que se introduzcan en los carros.

- Prohibido retirar los residuos punzantes o cortantes con la mano; se deben retirar con un cepillo y recogedor.
- Se debe avisar al inmediato superior en el caso de encontrar alguna incidencia durante la retirada de residuos: contenedores rotos o mal cerrados, residuos mal depositados.
- En caso de accidente (corte o pinchazo) se seguirá el protocolo de actuación establecido en el centro de trabajo.

Servicio de Prevención Mancomunado
IDCSALUD



FICHA INFORMACIÓN RIESGOS LABORALES PUESTO DE TRABAJO: LIMPIEZA GENERAL – RETIRADA DE RESIDUOS

| RIESGOS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|--|
| Caídas de personas al mismo nivel | <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar calzado de seguridad con suela antideslizante. - Mantener orden y limpieza en el lugar de trabajo. Se debe evitar dejar materiales o equipos de trabajo fijos por el suelo. - Cuando se produzca un derrame o vertido se procederá de manera inmediata a su recogida y limpieza. - Utilización de calzado cerrado con suela antideslizante. - Se deben señalar las operaciones de fregado o abrillandado del suelo, mediante la colocación de un cartel de advertencia. - Evitar pasar los suelos recién fregados o abrillandados. - Si existe cualquier irregularidad (suelo en mal estado, rebalzaos, luminarias, estropeados) se comunicará al superior o Encargado. |
| Caídas a distinto nivel por el desplazamiento por las escaleras fijas del centro o al realizar la limpieza de las zonas. Utilización de escaleras de mano u otro objeto para realizar limpieza de zonas altas o para acceder a ellas. | <ul style="list-style-type: none"> - Evitar desplazarse por las escaleras corriendo. - Prohibido bajar o subir las escaleras de dos en dos. - Es obligatorio el uso de calzado cerrado. - Señalizar todos los trabajos que se estén realizando en las escaleras mediante señal de advertencia. - Se debe mantener el orden y la limpieza en todos los atrapeos y en los lugares donde se realizan los trabajos. Se debe evitar dejar los materiales o equipos de trabajo fijos sobre el suelo. Se dejan en un lado donde no molesten. - En caso de detectar cualquier irregularidad (suelo en mal estado, luminarias fundidas, etc...) se comunicará al superior o Encargado. - Prohibido la utilización de mecas, patas o cualquier otro elemento para acceder a las zonas altas. - Antes de utilizar escaleras de mano se realizará una inspección de la misma (pasatas, escalones, etc...) - Las escaleras de mano se utilizarán sobre superficies estables y planas. - Prohibido subir más de una persona a la escalera. Si es necesario otra persona sujetará la escalera. - La subida y la bajada de las escaleras se realizará de frente a los escalones. - No tratar de acceder a zonas altas. - Prohibido subir a la escalera con materiales pesados o voluminosos. - Siempre que sea posible se utilizarán abaradores en vez de escaleras para realizar la limpieza de las zonas altas (paredes, techos, ...). |



FICHA INFORMACIÓN RIESGOS LABORALES
PUESTO DE TRABAJO: LIMPIEZA GENERAL – RETIRADA DE RESIDUOS

| RIESGOS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|--|---|
| Caida de personas a distinto nivel. Limpieza de cristales | <ul style="list-style-type: none"> Las ventanas que caídas se limpiarán siempre desde el interior. Si es necesario se utilizará un alargador y se evitará el uso de escaleras. Las ventanas caídas se desmontarán siempre que sea posible para realizar la limpieza de la zona exterior. Cuando no sea posible desmontar las ventanas, el trabajo se realizará siempre desde el interior del edificio, utilizando alargadores. En este caso prohibido apoyar el cuerpo en el alfiler o similar, o desmontar subido a una escalera. Los pies deben apoyarse en todo momento en el suelo. |
| Caida de objetos en manipulación | <ul style="list-style-type: none"> Evitar manipular los útiles de limpieza con las manos mojadas o grasientas. Evitar los golpes de los útiles de trabajo antes de utilizarlos. Los que se encuentren en mal estado se repararán o se sustituirán. Si se encuentran rebalanzados los útiles de trabajo deberán de limpiarse antes de ser utilizados. Antes de limpiar o mover mobiliario, se retirarán todos aquellos objetos que puedan caerse. |
| Choques contra objetos móviles o inmóviles | <ul style="list-style-type: none"> Antes de comenzar a limpiar se deben retirar todos aquellos objetos que puedan dificultar las tareas de limpieza. Extremar las precauciones en las zonas de espacio reducido al trabajar al lado de ventanas abiertas, o en zonas donde los techos sean bajos. Evitar trabajar con prisas. Prestar atención a las tareas que se estén realizando, evitar caminar hacia atrás. |
| Golpes o cortes con objetos o herramientas | <ul style="list-style-type: none"> Prohibido presionar las bolas o papeletas. Evitar introducir las manos en las papeletas para sacar los objetos depositados. Se deben de voltear las papeletas en los contenedores o cestas. Las bolas de bieldo se deben transportar levemente separadas del cuerpo (unidas 15 cm.) Prohibido recoger los objetos cortantes o punzantes con las manos, se retirarán con un cepillo y un recogedor. En caso de encontrar cualquier elemento sustrato o cortante en un contenedor inadecuado se informará al Supervisor o Encargado. En caso de corte o pinchazo se seguirán las instrucciones establecidas (informar al encargado, acudir a la mutua, informar al Hospital, ...). Prohibido transportar en los botes/ón los fondos las herramientas cortantes o punzantes: como raquetas, cuñas, etc... Prohibido introducir la mano o introducirse en la compactadora de residuos para recuperar cualquier objeto que se haya caído. En el caso de compactadoras con brazos voladores, antes de accionarla se comprobará que no existe nada en el radio de acción de la misma. |

FICHA INFORMACIÓN RIESGOS LABORALES
PUESTO DE TRABAJO: LIMPIEZA GENERAL – RETIRADA DE RESIDUOS

| RIESGOS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|--|--|
| Golpes o cortes con objetos o herramientas. Utilización de maquinaria de limpieza (rolativas, vácher, fregadora, etc...) | <ul style="list-style-type: none"> Los manuales de las máquinas estarán a disposición de los trabajadores que los utilicen. Para que puedan consultarlos siempre que sea necesario. En el manual vienen explicadas las instrucciones de uso, operaciones de mantenimiento, etc... El mantenimiento y/o reparación de los Equipos de Limpieza deben realizarse por personal especializado. Siempre se realizará con el equipo desconectado de la fuente de alimentación. Prohibido dejar los equipos de Limpieza, funcionando o conectado a su fuente de alimentación sin supervisión. En el caso de encontrarse algún equipo averiado se colocará un cartel de prohibido su uso. |
| Atrapamiento por o entre objetos | <ul style="list-style-type: none"> El mantenimiento y reparación de la maquinaria utilizada (rolativas, fregadoras, ...) se realizará por personal especializado. Evitar el uso de prendas sueltas o llevar cadenas, pulseras o anillos cuando se utilice maquinaria con partes móviles. El cambio o la instalación de discos, cepillos u otros accesorios de las máquinas se realizará con el equipo desconectado de la fuente de alimentación. |
| Proyección de fragmentos o partículas | <ul style="list-style-type: none"> Se utilizarán gafas protectoras cuando se realicen limpiezas por encima de los hombros (limpieza de techos, paredes, etc...) o cuando exista riesgo de salpicadura. Prohibido empujar el chorro de la hidrolimpiadora sobre personas o animales. Siempre que se utilice la hidrolimpiadora se utilizarán gafas protectoras para evitar el contacto de partículas proyectadas sobre la cara y ojos. |
| Sobreesfuerzos (por manipulación de cargas) | <ul style="list-style-type: none"> Se debe de evitar la manipulación manual de cargas de más de 25 kg en el caso de los hombres y 15 kg en el caso de las mujeres. Se utilizarán siempre que sea posible medios mecánicos o se realizará la manipulación con ayuda de otros compañeros. Los carros de transporte o de limpieza se deben empujar siempre, excepto al entrar o salir por las puertas, montacargas, al desplazarse por pendientes. Los carros deben empujarse con la espalda recta y las rodillas levemente flexionadas. No sobrecargar los carros. |

FICHA INFORMACIÓN RIESGOS LABORALES
PUESTO DE TRABAJO: LIMPIEZA GENERAL – RETIRADA DE RESIDUOS

| RIESGOS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|--|--|
| Sobreesfuerzos (por manipulación de cargas) | <ul style="list-style-type: none"> Todas las cargas se transportarán pegadas al cuerpo (excepto las bolsas de basura para evitar pinchazos o cortes). Mantener los brazos pegados al cuerpo y ángulo recto. No tocar la columna. Para levantar la carga se debe: <ul style="list-style-type: none"> Situarse próximo a la carga, con un pie a cada lado y uno ligeramente adelantado. Ajuntar la carga correctamente, usando la palma de las manos y los dedos. Mantener la columna recta y flexionar las piernas, no doblar nunca la espalda. |
| Sobreesfuerzos (Mantenimiento de posturas forzadas y trabajo de pie) | <ul style="list-style-type: none"> Evitar en lo posible movimientos bruscos y fatigas del cuerpo. No inclinar excesivamente la columna. Mantener el cuerpo equilibrado en todo momento para evitar deformaciones permanentes de la columna. Para reducir la fatiga no permanecer demasiado tiempo en la misma posición. Los tareas de pie deben alternarse con otras sentada o caminando. Rotundizar la zona de trabajo antes del inicio de la actividad, para minimizar los desplazamientos. Evitar estar siempre en la misma postura; apoyar el peso sobre una u otra pierna alternativamente. Para limpiar las zonas bajas, es preferible que la relación de rodillas en lugar de cuclillas. No inclinar demasiado la cabeza cuando se pase la mopa o se fregue. Colocar en los zonas de limpieza los productos de limpieza u objetos que utilice más en la parte más alta o más accesible y lo que menos utilice en la parte baja o menos accesible. |
| Contactos eléctricos | <ul style="list-style-type: none"> Prohibido pasar la fregona o trapos húmedos sobre las bases de los enchufes o clavijas. No utilizar bayetas o paños mojados para realizar la limpieza de los equipos eléctricos. La limpieza de los equipos eléctricos debe realizarse siempre que sea posible con los equipos desconectados de la red eléctrica. No se debe tirar de los cables para desenchufar los equipos eléctricos. Si el caso de utilizar cualquier equipo eléctrico para realizar la limpieza (como por ejemplo aspiradoras, rotativas, etc.) antes de utilizar se deberá comprobar la carcasa, los cables y los enchufes para detectar cualquier defecto. Si el caso de que se estropee o se averíe cualquier equipo eléctrico, se dejará de utilizar inmediatamente, se avisará al Encargado o Supervisor y se colocará un cartel de prohibido utilizar. No se deben de anular los dispositivos de seguridad de las máquinas utilizadas para la realización de las tareas de limpieza. Siempre que se dejen de utilizar los equipos se dejarán desconectados de la fuente de alimentación y con el botón de apagado/encendido en posición de apagado. |

FICHA INFORMACIÓN RIESGOS LABORALES
PUESTO DE TRABAJO: LIMPIEZA GENERAL – RETIRADA DE RESIDUOS

| RIESGOS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|
| Contacto y exposición con sustancias nocivas (tóxicas) (utilización de productos de limpieza) | <ul style="list-style-type: none"> Cumplir con lo dispuesto en las fichas de seguridad, en lo relativo a su almacenamiento, manipulación, etc. Utilización de guantes, gafas protectoras, mascarillas... cuando así se indique en la ficha de seguridad de los productos. Ver los inventarios de los productos que se encuentran colocados en el almacén. Manipular los productos químicos con guantes de goma o similar. Los recipientes deben de etiquetarse correctamente y perfectamente etiquetados. Los recipientes deben de encajarse bien cerrados. En caso de derrames, se retirarán inmediatamente. Cuando se trate de un producto de un recipiente grande o más pequeño, etiquetar correctamente el recipiente pequeño para saber que contiene. El trabajador no debe comer, beber o fumar durante la manipulación de los productos. Realizar las medidas de productos según lo indicado por el fabricante. Eliminar los productos químicos que no se utilizan. Se utilizarán primero los que más tiempo lleven en el almacén ya que pueden estropearse los recipientes. En caso de accidente o peligro para la salud, acudir a su médico o consulte con el Instituto Nacional de Toxicología. |
| Exposición a contaminantes biológicos | <ul style="list-style-type: none"> Se debe informar al Superior o Encargado de cualquier incidencia que se detecte en la gestión de residuos, (residuos mal depositados, contenedores en mal estado, etc...). Seguir las recomendaciones del Servicio de Vigilancia de la Salud. Utilizar guantes para la manipulación de residuos. Se deben lavar las manos antes y después de terminar las tareas. No abrir los contenedores de residuos que ya están cerrados. En caso de realizar la limpieza en habitaciones donde existan pacientes aludados, se seguirán las recomendaciones establecidas por el personal sanitario (utilización de EPI's (guantes, mascarillas, gafas...), instrucciones de trabajo). Las heridas o cortes se cubrirán siempre con un apósito o tira, y se colocará encima el guante. Prohibido abandonar los recipientes de los residuos en cualquier sitio, se dejarán solamente en los depósitos de residuos (depósitos infermedos o depósitos finales). En caso de pinchazo se seguirá el protocolo establecido por el Servicio de Prevención (informar al Superior, acudir a la consulta de accidentes y seguir las recomendaciones establecidas por el Servicio de Vigilancia de la Salud). Prohibido rasar con las manos los objetos cortantes o punzantes, se rasarán con un cepillo y un recogedor... No introducir las manos en las bolsas de basura, papeleras o contenedores, No presionar las bolsas. No llenar las bolsas de basura hasta arriba. Las bolsas de basura no se amontonarán ni se transportarán pegadas al cuerpo para evitar pinchazos o cortes. Se transportarán separadas del cuerpo unos 15 cm, aproximadamente. |

FICHA INFORMACIÓN RIESGOS LABORALES
PUESTO DE TRABAJO: LIMPIEZA GENERAL – RETIRADA DE RESIDUOS

| RIESGOS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|--|--|
| Exposición a contaminantes biológicos. | <ul style="list-style-type: none"> - En caso de salpicaduras de sangre o de cualquier otro fluido orgánico, se informará al Encargado y se acudiría a la Mulda. - Prohibido beber, comer o fumar mientras se realiza la tarea de retirada de residuos. Antes de comer, beber o fumar se lavaran las manos. |
| Exposición a ambientes extremos (realización de tareas a la intemperie) | <ul style="list-style-type: none"> - En caso de temperaturas elevadas deben beber con mucha frecuencia agua y /o otras bebidas no alcohólicas, cubrire la cabeza con una goma o sombrero. - En caso de temperaturas bajas debe emplear la ropa de abrigo necesaria. - Cuando llueva deben de utilizar ropa impermeable. |
| Atrapeños o golpes con vehículos (al realizar tareas de limpieza por lugares donde se desplazan los vehículos: al ir o al volver al trabajo) | <ul style="list-style-type: none"> - Siempre que se realicen tareas en zonas por las que circulan vehículos se señalizará la zona y se utilizarán chalecos reflectantes. - 1) El trabajador como conductor deberá cumplir lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Revisar y mantener el vehículo en buen estado (frenos, dirección, ruedas, luces, etc.). • Llevar siempre puesto el cinturón de seguridad a casco para motos. • Respetar los límites de velocidad establecidos. Y ésta deberá adecuarse al estado de la vía, condiciones meteorológicas, etc. • Mantener la distancia de seguridad con el resto de vehículos. • Respetar siempre las señales y normas de tráfico. • Avisar con antelación suficiente antes de realizar cualquier maniobra con el vehículo. • Asegurar el adelantamiento: comprobar que no está adelantando otro vehículo, calcular el espacio y tiempo suficiente para adelantar y señalizar la maniobra. - 2) El trabajador como peatón deberá cumplir: <ul style="list-style-type: none"> • Caminar por las aceras y evitar pisar los bordes. • Utilizar siempre el trayecto más seguro. • Mirar a la izquierda y a la derecha antes de atravesar la calzada. • Cruzar las calles por los pasos señalizados para peatones y en línea recta, con paso rápido, pero evitando correr o detenerse en medio de la calzada. • Respetar los semáforos: pasar sólo con luz verde, y esperar siempre a que los vehículos se paren. • Obedecer todas las señales de tráfico y las indicaciones de los agentes, que tienen preferencia sobre los demás. |

FICHA INFORMACIÓN RIESGOS LABORALES
PUESTO DE TRABAJO: LIMPIEZA GENERAL – RETIRADA DE RESIDUOS

| RIESGOS | MEDIDAS PREVENTIVAS |
|--|--|
| Atrapeños o golpes con vehículos (al realizar tareas de limpieza por lugares donde se desplazan los vehículos: al ir o al volver al trabajo) | <ul style="list-style-type: none"> - 1) El trabajador como usuario del transporte público deberá cumplir: <ul style="list-style-type: none"> • Esperar el turno en la parada, sin salir a la calzada. • Subir y bajar del vehículo de forma ordenada y únicamente cuando esté se encuentre detenido, nunca con el vehículo en marcha ni fuera de los lugares destinados para ello. • Agarrarse bien si se viaja de pie, para evitar caídas en algún frenazo. • Evitar apoyarse en las puertas, porque podrían abrirse. • Cruzar por detrás y después del vehículo: nunca por delante y próxima a él. A ser posible, esperar a que se aleje para disponer de más visibilidad. - En los vehículos deberán llevar siempre puesto el cinturón de seguridad siempre que dispongan del mismo. |
| Incendios y explosiones. | <ul style="list-style-type: none"> - Prohibido utilizar la aspiradora para recoger materiales explosivos o combustibles, ni se dejará de utilizar en una atmósfera explosiva ni para recoger material caliente. - En caso de incendio o emergencia se seguirán las normas de evacuación y emergencia y se dirigirán al punto de reunión, esperando hasta que se lo indique. - Prohibida la utilización de los ASCENSORES en caso de incendio, se bajará por las escaleras de emergencia. - Prohibido colocar objetos que obstaculicen el acceso a los medios de extinción (extintores y bocas de incendios). - Una vez detectado un incendio se cortará la luz, el gas y se avisará a los compañeros de alrededor para abandonar la zona. Una vez comprobada que no queda nada se cerrarán las puertas y ventanas tras su paso para evitar que se propague el incendio. - En caso de presencia de humo, se desalojará el recinto apachado. |

 **SEGURIDAD**
colectiva

TRABAJO EN ALTURA

> **Temario.-**

PARTI TEORICA

*Seguridad en los trabajos en altura.
Equipos de protección individual.
Normativa aplicable.
Síndrome del arnés.
Maniobras de evacuación.
Líneas de vida típos y manejo de las mismas.*

PARTI PRÁCTICA

*Técnicas de posicionamiento.
Uso de sistemas anticaídas.
Manejo de cargas y herramientas.
El doble cabo: utilización.
Técnicas de subida y bajada en escaleras.
Técnicas de subida y bajada en estructuras.
Técnicas de evacuación.*

*Carga lectiva: 14 horas presenciales.
Lugar de impartición: Madrid.*

Auto Formacion Presencial Adicional para el año propiedad de Seguridad Colectiva S.L.

*Medios didácticos utilizados: Casco Multinorma, Poyntil Poyntil II, etc.
Trabajos presentados en PowerPoint, proyección de fotos y vídeos.*

Capacidad máxima de alumnos: 14

SEGURIDAD COLECTIVA
E-I 096512

 **SEGURIDAD**
colectiva

Proyecciones de Seguridad Colectiva de Andalucía S.L. con CIF 8-91948612,
como Entidad formadora autorizada

CERTIFICA a 19 de Diciembre de 2014

Que el alumno, D. JOSE LUIS ARSÓBILLO con DNI- 5222149-A ha realizado el curso de formación teórico-práctico de 14 horas (MODALIDAD PRESENCIAL) denominado "TRABAJO EN ALTURA", con total aprovechamiento, el día 19 de Diciembre de 2014, en la ciudad de Madrid, con los contenidos que se citan al dorso.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo en presencia certificada.

Fdo: El equipo de formadores encabezados por


SEGURIDAD COLECTIVA
E-I 096512

DAVID DIQUE POVEDA

Por último, cabe indicar que Medicina Preventiva, en base a su Protocolo de Control Medioambiental, lleva a cabo muestras microbiológicas en el Servicio de Esterilización y en otros Servicios del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, con una periodicidad mensual, con objeto de determinar el grado de limpieza del ambiente en el Hospital:

| | |
|--|---|
|  Hospital Universitario Infanta Elena Madrid | |
| PROTOKOLO CONTROL MEDIOAMBIENTAL | |
| Realizado por: Medicina Preventiva | Aprobado por: CIPPA |
| Destinatarios: Profesionales sanitarios asistenciales | Fecha Aprobación: Marzo 2012 |
| A conocer por: Todo el Hospital | Fecha última revisión: Marzo 2012 Fecha próxima revisión: Marzo 2014 |

1. OBJETO Y ALCANCE

Consiguir y mantener en las áreas de especial riesgo del medio hospitalario, un nivel adecuado de bioseguridad ambiental (BSA) respecto a agentes potencialmente infecciosos que haga improbable que enfermos susceptibles adquieran un proceso infeccioso vehiculado por el aire.

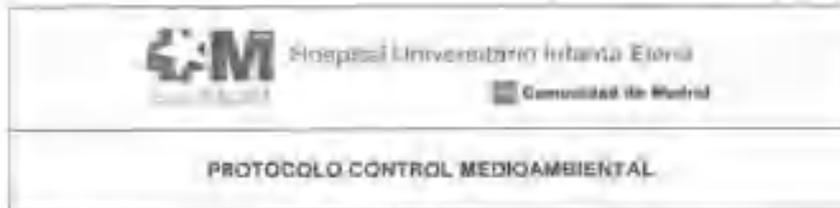
2. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA / LEGISLACIÓN APLICABLE

- UNE 109713:2005. Instalaciones de acondicionamiento de aire en hospitales.
- UNE 171340:2012. Validación y cualificación de salas de ambiente controlado en hospitales.
- Recomendaciones para la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones en Hospitales en otros. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene Hospitalaria y el INSALUD. Madrid, 2000.
- Guía para la Prevención de Micosis Invasivas Nosocomiales. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999.
- Recomendaciones para la verificación de la bioseguridad ambiental respecto a hongos oportunistas. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene Hospitalaria y el INSALUD. Madrid, 1999.
- Manuel RJ, Kibbler DC: The epidemiology and prevention of invasive aspergiosis. J Hosp Infection 1988; 39: 95-105
- Rhime FS: Prevention of nosocomial aspergilliosis. J Hosp Infection 1991; 18(Suppl A): 465-447
- Manual del Sistema de Gestión de Calidad y Medio Ambiente de Capas Sanitarias.
- Normas UNE-EN-ISO 9001:2008; 9000:2005 y 14001:2004

3. REALIZACIÓN

3.1. INTRODUCCIÓN

La literatura médica sobre las epidemias de infección nosocomial por *Aspergillus* pone de manifiesto la importancia de mantener el medio ambiente hospitalario tan libre de



esporas de hongos como sea posible especialmente en aquellas áreas donde se atiende a pacientes con un alto riesgo de contraer esta infección (pacientes neutropénicos y pacientes sometidos a determinados tipos de cirugía de alto riesgo).

Las medidas preventivas recomendadas para conseguir y mantener en los hospitales un adecuado nivel de bioseguridad ambiental deben ir dirigidas fundamentalmente a:

- Corriente mantenimiento de la climatización.
- Limpieza adecuada del medio hospitalario.
- Circulación y disciplina del personal.
- Aislamiento apropiado de las zonas que vayan a ser sometidas a remodelaciones.
- Sistema de vigilancia y control de la biocontaminación ambiental.

2.2 CLASIFICACIÓN DE LAS ÁREAS DE AMBIENTE CONTROLADO

Las Áreas de Ambiente Controlado son aquellas en la que es necesario controlar la biocontaminación y parámetros ambientales para prevenir o reducir la exposición de los pacientes a agentes potencialmente infecciosos o considerados de riesgo biológico.

Existen diferentes tipos de exigencias con respecto a la presencia de gérmenes en el aire impulsado y en el ambiente, en base a lo cual se establecen dos clases de locales:

- Clase I: exigencias muy elevadas
- Clase II: exigencias habituales

La norma UNE 100713 de AENOR "Instalaciones de acondicionamiento de aire en hospitales", clasifica las salas de ambiente controlado de los hospitales. En el Anexo 1 se describen dichas áreas, los requisitos específicos para las diferentes zonas de los hospitales así como las exigencias térmicas e higiénicas a tener en cuenta.

Basado en el nivel de riesgo que presentan los pacientes que habitualmente son atendidos en las diferentes áreas o servicios del hospital, se distinguen tres zonas o áreas hospitalarias en función de la importancia que tiene el mantener controlados los niveles de bioseguridad frente a hongos ambientales (Anexo 2).

3.2. PROCEDIMIENTO

3.2.1 SISTEMA DE CLIMATIZACIÓN

Las principales condiciones referentes a climatización así como umbrales de seguridad que aseguren un adecuado nivel de bioseguridad ambiental según clasificación de riesgo se resume en la tabla 1.

Tabla 1. Condiciones ambientales de las salas de ambiente controlado de los hospitales.



Tabla 1. Requisitos para una adecuada bioseguridad ambiental

| Condiciones | Alto riesgo | | Riesgo intermedio | Verificación |
|---|--|-------------------------------------|--|--|
| | Quirófanos | Hospitalización | Quirófanos | |
| Temperatura | 15-26 °C | | | Día a día |
| Humedad relativa del aire | 40-60% | | | Día a día |
| Nº renovaciones aire/hora | 15-20 a/h | 12 a/h | 15-20 a/h | Mensual |
| Toma de aire exterior | 20% | | | |
| Presión diferencial positiva | quirófanos con áreas adyacentes: 10 pascales | entre habitación y áreas adyacentes | quirófanos con áreas adyacentes: 10 pascales | Día a día |
| Aire filtrado | Prefiltro | | Eficacia 90-95% | Cada 6 meses |
| | Filtro de alta eficacia (99%) | | | cuando se colmatan o prorroban de funcionamiento |
| | Filtro absoluto (HEPA) en posición terminal | | | |
| Limpieza/aspiración de conductos del sistema de climatización | una vez el año | | | |

1.2.2 MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS

1.2.2.1 INDICACIONES

Obligatorias

- Avería o anomalías de mantenimiento del sistema de climatización
- Temperatura superior a 28°C.
- Humedades o goteras en el techo o paredes.
- Obras dentro del bloque quirúrgico.
- Obras anexas a la zona de aislamiento.
- Previa a la puesta en marcha de una nueva instalación.
- Tras la aparición de un caso de inf. quirúrgica por hongo oportunistas.
- Tras la aparición de un caso de infección nosocomial por *Aspergillus*.

Recomendables

Periodicidad mensual en las zonas de alto riesgo. El resto de las indicaciones son...



| ZONA | PERIODICIDAD |
|--------------------------------------|------------------|
| Bloque quirúrgico | Mensual |
| Farmacia (campanas de flujo laminar) | Trimestral |
| C. Críticos | Bimensual |
| Reanimación | Trimestral |
| Neonatos | Bimensual |
| Quirófanos de Hospital de Día | Semestral |
| Quirófanos de Cesáreas | Cuatrimestral |
| Reproducción humana (campanas) | Anual |
| Sala de Hemodinámica | Cuatrimestral |
| Esterilización | Mensual |
| Obras | Según se precise |

1.2.2.3 MATERIAL

- Muestreador por impacto "Microbiological air sampler (MAS 100)
- Placas de Petri para cultivo de bacterias y hongos.
- Hojas de registro.
- Guantes, bata, calzas, gorro y mascarilla quirúrgica.
- Rotulador indeleble.

1.2.2.1 MÉTODOS DE OBTENCIÓN DE MUESTRAS

1.2.2.1.1 MÉTODOS VOLUMÉTRICOS

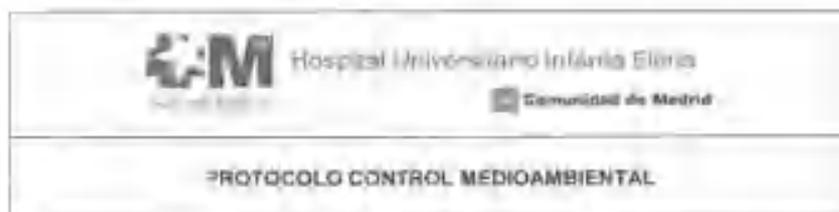
Generalidades:

- Seguir de manera estricta las recomendaciones del fabricante a la hora de utilizarlo.
- Se recomienda recoger muestra de las partes altas de la estancia, a la entrada del aire (permite evaluar la calidad del aire que entra) y de las partes bajas (aproximadamente a un metro de altura, que nos permitirá evaluar la remoción de esporas de las superficies horizontales y la entrada de estas por puertas y ventanas).
- En caso de unidades de hospitalización de alto riesgo, el muestreo se realizará a cualquier hora del día en habitaciones de hospitalización.
- Se utilizará un medio de cultivo selectivo para hongos.
- Se muestreará 1000 l de aire.

Muestreo en quirófanos

Este documento es propiedad de GESMAN, S.L. y está protegido por derechos de autor. No se permite su reproducción o distribución sin el consentimiento escrito de GESMAN, S.L.





Con el quirófano sin actividad, una vez limpio y repuesto, idóneamente a primera hora de la mañana antes del comienzo de la actividad. Se limpiará la entrada de personas del quirófano durante el procedimiento y se mantendrán las puertas cerradas.

Localización de las tomas:

- CENTRAL en la zona del campo quirúrgico

Realización de la toma:

1. Colocar la placa en la sujeción de la cápsula. Ajustar los tres laterales azules con la llave fija del número 3, de forma que la placa de Petri quede firmemente sujeta y no se pueda desplazar.
2. Colocar el aparato en una superficie estable.
3. Abrir la tapa del orificio (con el guardapolvo acoplado) girándola hacia la derecha.
4. Colocar la placa de 90 mm cerrada y rellena de agar.
5. Retirar la tapa de la placa de Petri.
6. Cerrar la tapa del orificio del aparato MAS 100.
7. El cabezal de acumulación puede posicionarse en cualquier ángulo de la dirección de la corriente de aire, desde horizontal hasta vertical.
8. Programar el aparato para aspiración de 1000 litros / minuto.
9. Retirar el guardapolvo e iniciar la toma de muestra pulsando la tecla YES en el menú START.
10. Al finalizar la toma se iluminará la luz roja y se visualizará el volumen acumulado.
11. Abrir el cabezal de acumulación y extraer la placa de Petri junto con su correspondiente tapa.
12. Identificación de la placa: número de quirófano y localización.

Hoja de registro:

- Fecha del muestreo
- Número de quirófano
- Localización y número de siembras en cada una de las tomas.
- Incidencias

Envío de las tomas al laboratorio de microbiología para su cultivo.

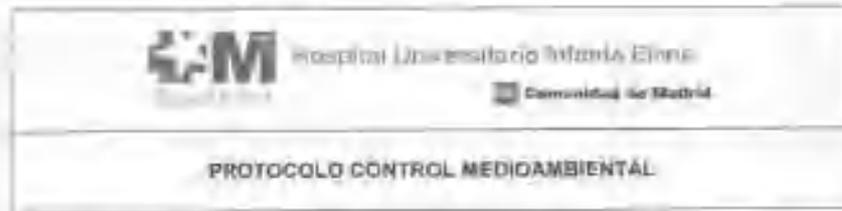
Envío del cabezal de acumulación para su esterilización con vapor para el siguiente muestreo.

Limpieza y desinfectar de forma manual el soporte de las placas de Petri con alcohol 70°.

Muestreo en otras localizaciones:

En todos los casos:

- Localización de la toma: TODA para hongos y bacterias. En el caso de las campañas de farmacia se hará en el centro de ambas (nutrición y cristósticos).



- Momento del muestreo: en el caso de las campanas de farmacia se recomienda realizarlo preferentemente al final de la jornada de trabajo o al inicio tras media hora de estar funcionando.
- Registro:
 - o Fecha muestreo
 - o Especificar zona (campana, BOX, etc)
 - o Incidencias
- Envío de las tomas al laboratorio de microbiología para su cultivo.
- Envío del cabezal de acumulación para su esterilización con vapor para el siguiente muestreo.
- Limpiar y desinfectar de forma manual el soporte de las placas de Petri con alcohol 70°

1.2.2.2. MÉTODOS NO VOLUMÉTRICOS

- Existen tres puntos de muestreo:
 - o A la entrada de aire,
 - o En el entorno del enfermo. En este caso, la toma se realizará a un metro de altura
 - o A la salida del aire.
- El muestreo se realiza con el neófito sin actividad, una vez limpio, o en cualquier momento del día si es en una planta de hospitalización.
- Se realiza con placas Petri con medio de cultivo Sabouraud-dextrosa con cloranfenicol durante una hora de exposición.
- Se colocarán siempre dos placas en cada punto de muestreo. Se harán tras 48 horas de incubación a 37°.
- Hay que descartar los falsos positivos (placas contaminadas de origen) que suelen presentar crecimiento de colonias en sus bordes.
- En caso de que exista crecimiento en una placa, y no en la otra de su par, se repatrará el muestreo completo.

Dada la variabilidad a la que puede estar sometido el proceso de muestreo se recomienda realizar doble recogida de muestras por cada punto de muestreo elegido.

3.4 CRITERIOS DE VALORACIÓN DE RESULTADOS

| CLASIFICACIÓN | VALOR | PARÁMETROS |
|---|--------------------------------|---|
| Ambiente muy limpio ISO-5/ISO6: recomendada en áreas de muy alto riesgo | < 10 ufc/m ³ | Aerobios mesófilos totales |
| Ambiente limpio ISO7: recomendada en áreas de alto riesgo. | 10-100 ufc/m ³ | Aerobios mesófilos totales |
| Ambiente aceptable ISO 8: recomendada en áreas de riesgo intermedia. | 100-200 ufc/m ³ | Aerobios mesófilos totales |
| Admisible | Ausencia: 0 ufc/m ³ | Fongos: Aspergillus, Rhizopus, Mucor, Scopelium |

Este documento es propiedad de GESMAN INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. y está protegido por la Ley de Propiedad Intelectual. Toda reproducción o uso no autorizado sin el consentimiento escrito de GESMAN INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. podrá ser denunciado mediante el procedimiento de daños y perjuicios que establece la ley.



Valdemoro 21/11/2014

INFORME DE BIOSSEGURIDAD AMBIENTAL EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

En la siguiente tabla se detallan los niveles ambientales del bloque quirúrgico del mes de noviembre de 2014 en el que observamos que sus valores están dentro de los rangos de normalidad de biosseguridad ambiental clasificado generalmente como Ambiente muy limpio según la norma UNE 171340 "Validación y Evaluación de salas de ambiente controlado en hospitales":

| Zona | Bacterias | Mongos |
|-------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| Quirófano 1 | 1 ufc/m ³ (Bac. Mesófila) | Ausencia: 0 ufc/m ³ |
| Quirófano 2 | NEGATIVO | Ausencia: 0 ufc/m ³ |
| Quirófano 3 | 1 ufc/m ³ (Bac. Mesófila) | Ausencia: 0 ufc/m ³ |
| Quirófano 4 | NEGATIVO | Ausencia: 0 ufc/m ³ |
| Quirófano 5 | NEGATIVO | Ausencia: 0 ufc/m ³ |
| Quirófano 6 | 1 ufc/m ³ (Bac. Mesófila) | Ausencia: 0 ufc/m ³ |

Dra. Leticia Martín
Responsable de Medicina Preventiva

Hospital Infantil Elena - Avda. Reyes Católicos 2º - 28342 Valdemoro - Madrid
Tlf: 91 81 204 64 10 Fax: 91 81 204 65 44 www.medel.es www.capasa.es



INFORME DE BIOSSEGURIDAD AMBIENTAL EN FICUCIONES QUIRÚRGICAS

En la siguiente tabla se detallan los niveles ambientales del bloque quirúrgico del mes de marzo de 2014 en el que observamos que sus valores están dentro de los rangos de normalidad de biosseguridad ambiental clasificado generalmente como Ambiente Limpio según la norma UNE 171340 "Validación y Evaluación de salas de ambiente controlado en Hospitales" excepto en el Quirófano 4.

| Toma | Bacterias | Hongos |
|-------------|--|--|
| Quirófano 1 | NEGATIVO | Ausencia: 0 ufc/m ³ |
| Quirófano 2 | NEGATIVO | Ausencia: 0 ufc/m ³ |
| Quirófano 3 | NEGATIVO | Ausencia: 0 ufc/m ³ |
| Quirófano 4 | 20 ufc/m ³ (Bac. Mesófilis) | 2 ufc/m ³ (Aspergillus spp) |
| Quirófano 5 | 2 ufc/m ³ (Bac. Mesófilis) | Ausencia: 0 ufc/m ³ |
| Quirófano 6 | NEGATIVO | Ausencia: 0 ufc/m ³ |

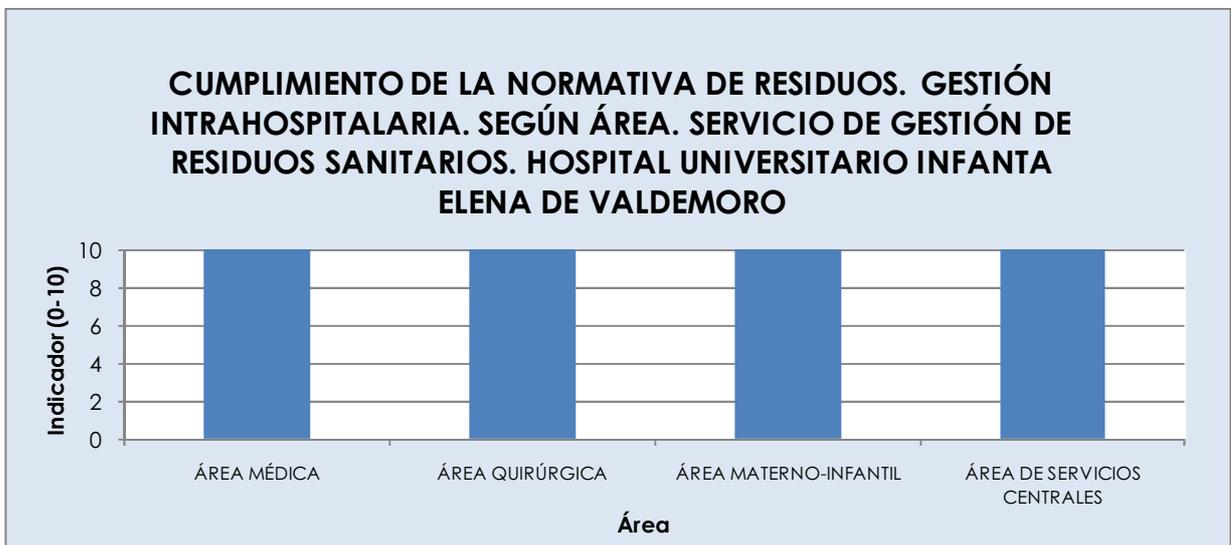
Se realizó limpieza de rejillas y se realizó de nuevo muestra en Quirófano 4 el 24 de marzo de 2014 con el siguiente resultado:

| Zona | Bacterias | Hongos |
|-------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| Quirófano 4 | 2 ufc/m ³ (Bac. Mesófilis) | Ausencia: 0 ufc/m ³ |

Dr. Inés Martín
Responsable de Medicina Preventiva

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa de calidad del Servicio de Gestión de Residuos Sanitarios en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro realizada en Febrero de 2015, con indicación de los parámetros, evidencias, datos e ítems que han servido a GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. para su cuantificación objetiva:

➤ **CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE RESIDUOS. GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA. SEGÚN ÁREA:**



Se valora muy positivamente.

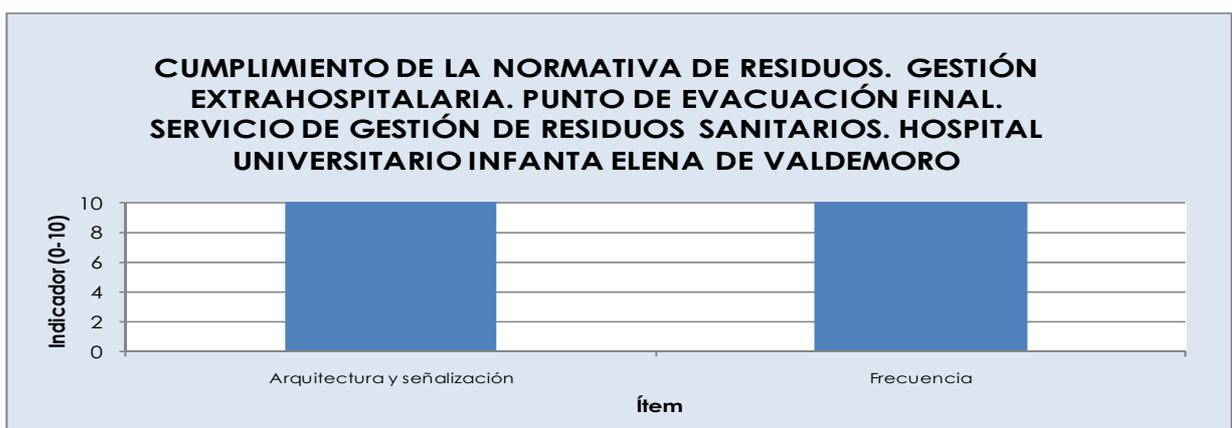
➤ **CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE RESIDUOS. GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA. SEGÚN CONCEPTO:**



Se valora muy positivamente, ya que no se mezclan en un recipiente residuos de varios grupos, no se transvasan residuos, no se permite la compactación de los R.S.U. hasta el momento de su eliminación.

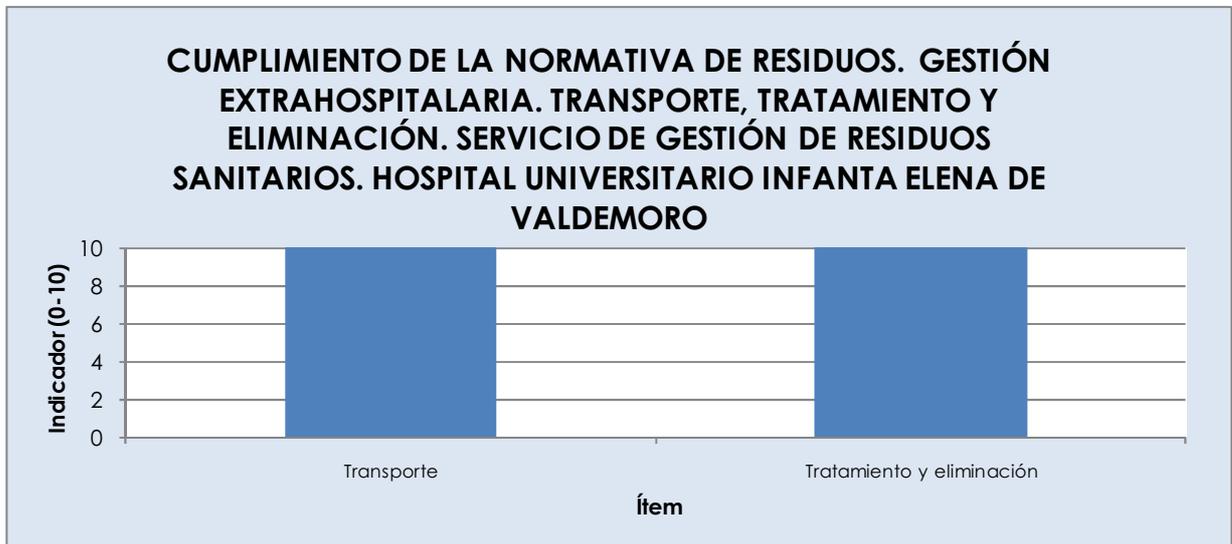
En relación al envase, se ha comprobado que todos los residuos sanitarios se almacenan en envases de un solo uso. El transporte interno se hace diariamente y el almacén intermedio cumple con la normativa vigente.

➤ **CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE RESIDUOS. GESTIÓN EXTRAHOSPITALARIA. PUNTO DE EVACUACIÓN FINAL:**



Se valora muy positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE RESIDUOS. GESTIÓN EXTRAHOSPITALARIA. TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y ELIMINACIÓN:**



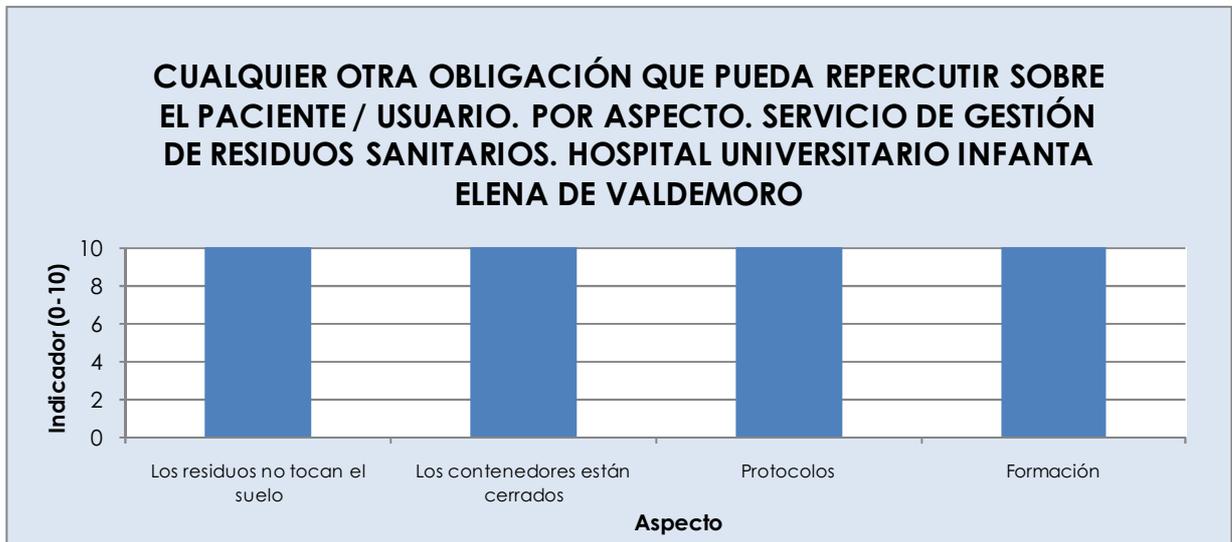
Se valora muy positivamente.

➤ **CUALQUIER OTRA OBLIGACIÓN QUE PUEDA REPERCUTIR SOBRE EL PACIENTE/USUARIO. POR ÁREA:**



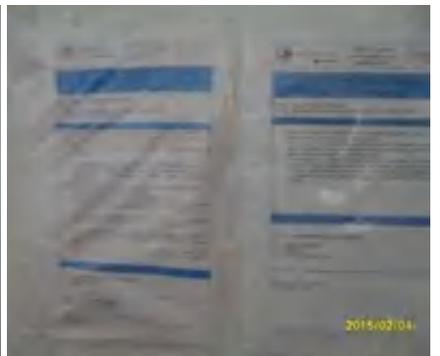
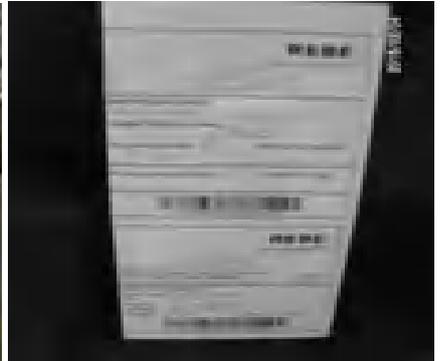
Se valora muy positivamente, ya que los residuos no están en contacto con el suelo, los contenedores están cerrados y existe un protocolo para gestión de residuos y la formación se ha evidenciado.

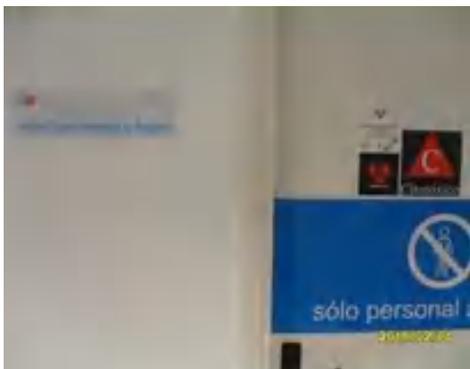
- CUALQUIER OTRA OBLIGACIÓN QUE PUEDA REPERCUTIR SOBRE EL PACIENTE/USUARIO.
POR ASPECTO:

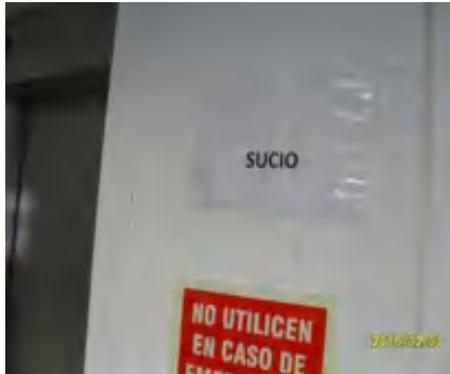


Se valora muy positivamente

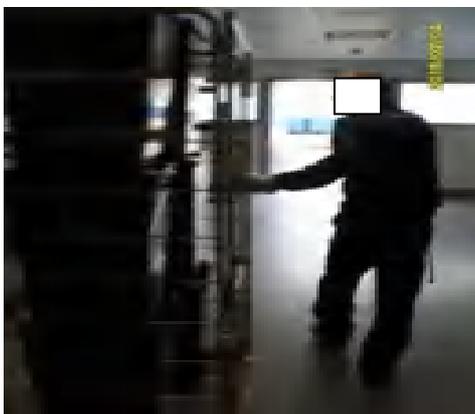
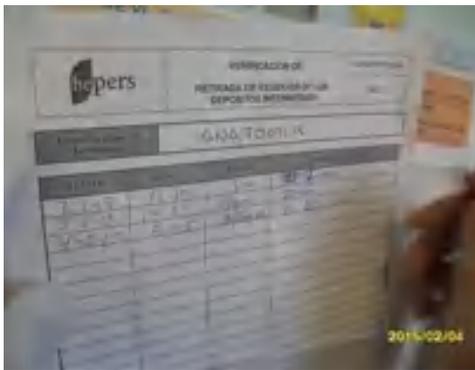
4.4.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO

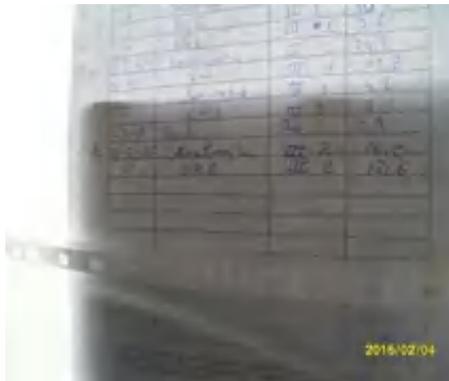
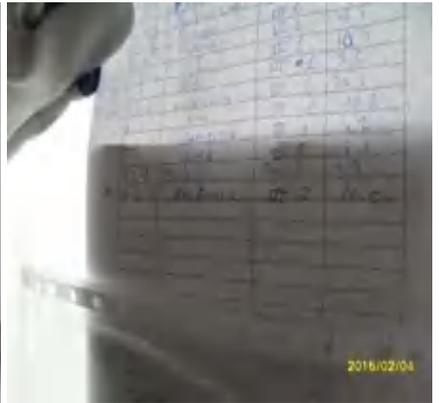


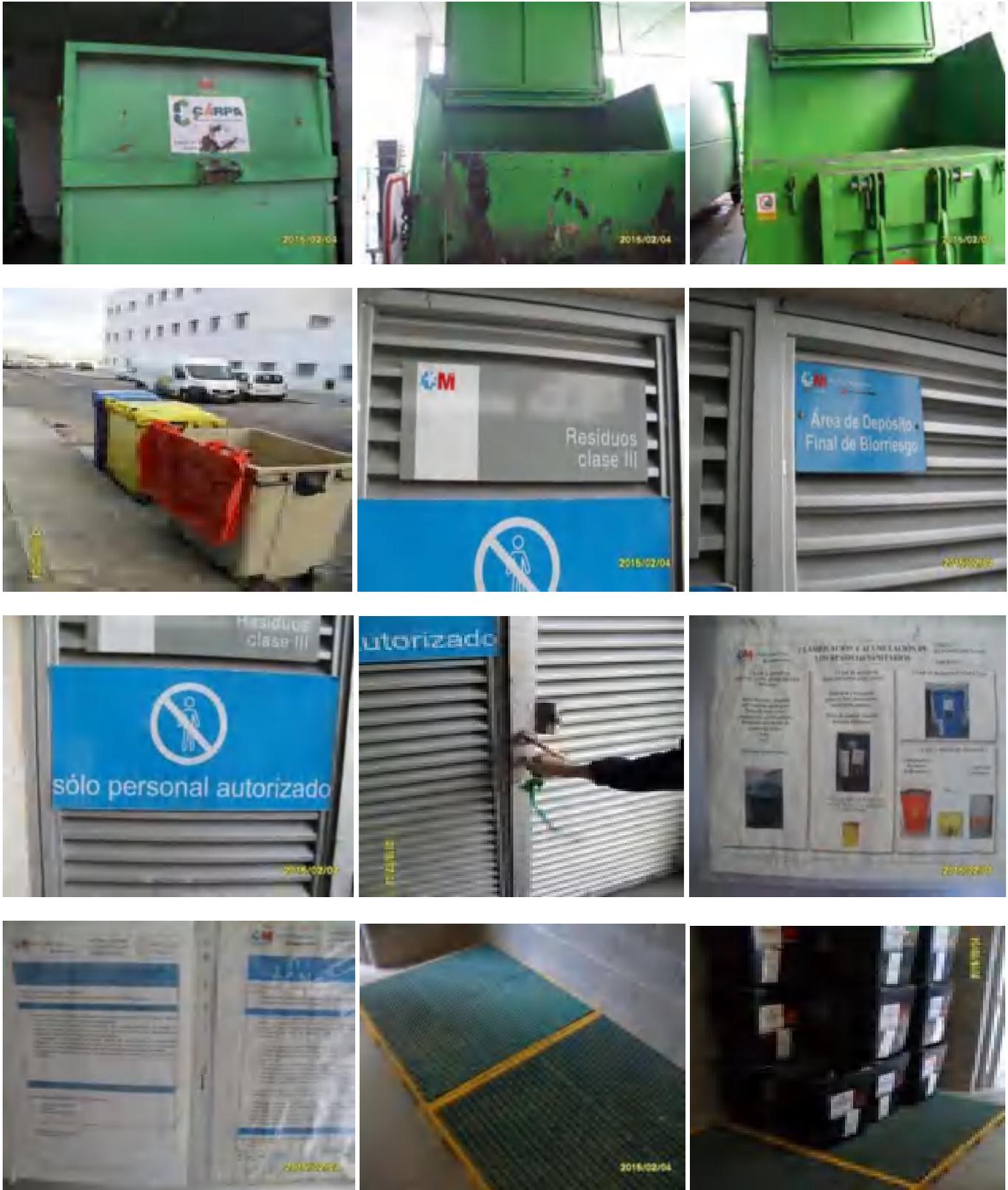


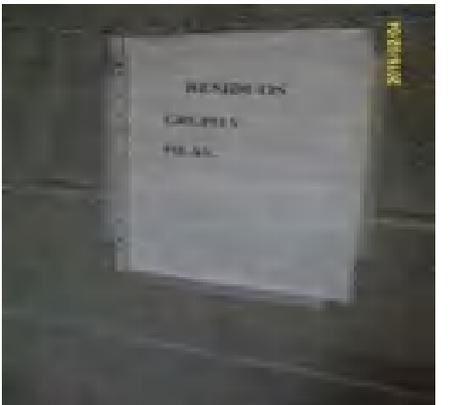
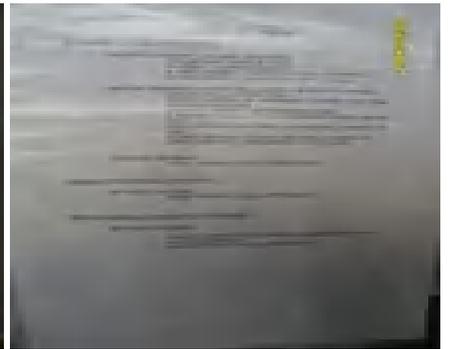


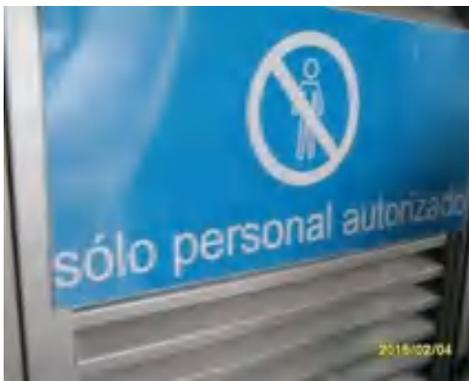
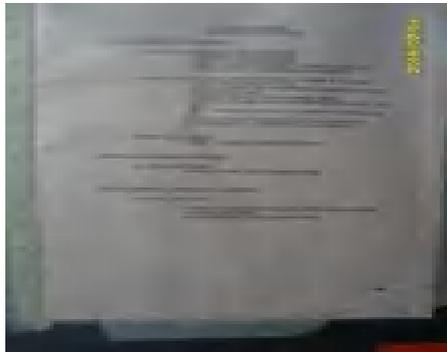
| VERIFICACIÓN DE | | EFECTIVIDAD | |
|-----------------------------|---------|-------------|---------|
| RETIRADA DE RESIDUOS DE LOS | | DE 1 | |
| DEPOSITOS INTERIORES | | | |
| FARMACIA | | | |
| FECHA | TIPO DE | TIPO DE | TIPO DE |
| 27/15 | 15/15 | 100% | 27/15 |
| 27/15 | 15/15 | 100% | 27/15 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

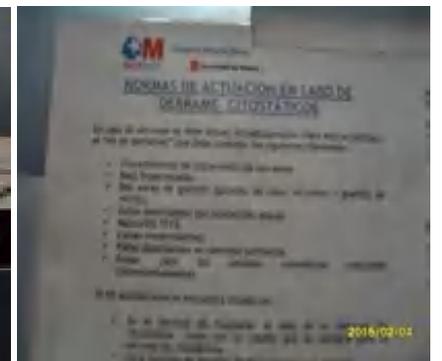
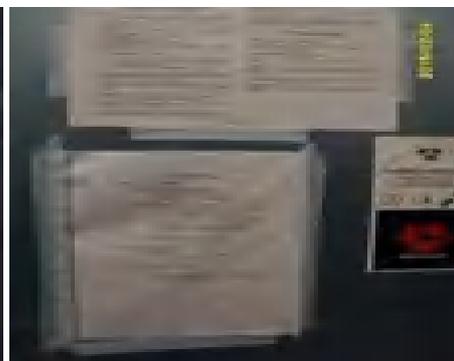
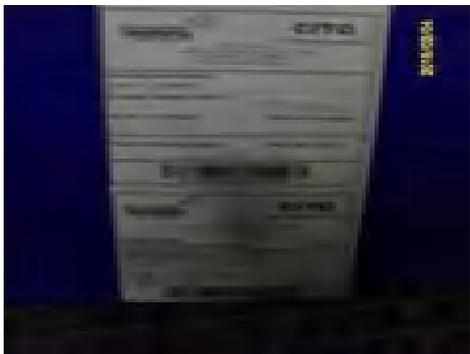














4.4.4. PUNTOS FUERTES

A continuación, se indican los puntos fuertes del Servicio de Gestión de Residuos Sanitarios del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, tras la realización de la Auditoría Operativa durante el mes de Febrero de 2015 por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. :

- Se ha evidenciado la correcta Gestión Intrahospitalaria de los Residuos, de acuerdo al siguiente Procedimiento implantado, verificándose por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. su correcta implantación en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro:



CLASIFICACION Y CONTENERIZACION DE LOS RESIDUOS SANITARIOS

| | | |
|---|---|--|
| <p>RESIDUOS GENERALES (Clase I) Papel, cartón, metales, vidrio, comida, jardinería, mobiliario y todos los residuos urbanos o municipales.</p> |  | <p>RESIDUOS BIOSANITARIOS ASIMILABLES A URBANOS (Clase II) Filtros de diálisis, tubuladuras, bolsas de sangre o de aspiración u orina vacías, sondas, vendajes, gasas, guantes y otros desechables quirúrgicos, catéteres, escayolas y en general, todo el material en contacto con líquidos biológicos.</p> |
| <p>GRUPOS DE RESIDUOS BIOSANITARIOS ESPECIALES (R. B. E.) (Clase III) -Residuos contaminados con heces de pacientes con disentería amebiana o residuos contaminados con secreciones respiratorias de pacientes tuberculosos. -Filtros de diálisis de pacientes infecciosos (VIH, Hepatitis B o C). -Residuos punzantes o cortantes. -Cultivos y reservas de agentes infecciosos. -Residuos de animales infecciosos. -Recipientes con más de 100 ml de líquidos corporales, especialmente sangre humana, que no se puedan vaciar. -Residuos anatómicos humanos de escasa entidad.</p> | |  |
| <p>RESIDUOS CITOTOXICOS (Clase VI) Residuos compuestos por restos de medicamentos citotóxicos (citostáticos) y todo material que haya estado en contacto con ellos.</p> |  | <p>RESIDUOS QUIMICOS Y FARMACOS CADUCADOS (Clase V) Acido Clorhídrico, Reveladores químicos (hidroquinona, sulfito potásico, sulfito de sodio y carbonato potásico), Cloruro de mercurio, Cromógeno (3,3'-tetrahidrocloruro de diaminobenzidina), Etanol, Xileno, Formaldehído.</p> |
| <p>RESIDUOS RADIATIVOS. (Clase VII) Los isótopos radiactivos de vida media corta se almacenarán en contenedores plásticos específicos hasta que dejen de tener actividad radiactiva (gestionar como residuos biosanitarios asimilables a urbanos). Los de vida media larga se almacenarán en contenedores plásticos específicos que serán retirados por la empresa proveedora y gestionados de acuerdo a las directrices de ENRESA.</p> | | <p>RESIDUOS ANATOMICOS (Clase IV) Residuos de entidad suficiente procedentes de abortos, mutilaciones y operaciones quirúrgicas. Se incluyen en esta clase de residuos: órganos enteros, huesos y restos óseos, así como restos anatómicos que comprenden hueso o parte de hueso. Deben eliminarse mediante inhumación o cremación.</p> |

- Cabe destacar la formación llevada a cabo en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro por parte de Medicina Preventiva y la Coordinadora de Formación, Calidad y Medioambiente en relación con la gestión de residuos sanitarios, que se ha valorado positivamente, especialmente el seguimiento mensual posterior de la eficacia de la formación realizada mediante los Cortes Observacionales de Gestión de Residuos.
- El almacén de residuos sanitarios está ubicado en el edificio anexo al Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro con acceso directo a la calle para la retirada de residuos sanitarios por parte del Gestor Autorizado. Está señalizado y queda prohibida la entrada a toda persona no autorizada, estando cerrado bajo llave. El almacén de residuos sanitarios está cubierto, de una superficie fácil de limpiar, alejado de ventanas y rejillas, con acceso sin escalones y pendiente menor al 5%:
- Existen Carteles visibles por todo el Hospital, siempre en la zona de retirada de residuos sanitarios en cada uno de los Servicios del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, en el que se indican lo siguiente:



- La retirada de los envases contaminados de residuos sanitarios de cada uno de los Servicios y la reposición de envases se realiza diariamente por parte del Responsable de la Gestión de Residuos de acuerdo a los residuos sanitarios generados que depende directamente del volumen de actividad asistencial en cada uno de los Servicios, anotándolo en el registro correspondiente del Almacén Intermedio de Residuos.

- La retirada definitiva de los residuos sanitarios se lleva a cabo dos días a la semana por parte del Gestor Autorizado SISTEMAS INTEGRALES SANITARIOS, S.A., llevándose a cabo un control del pesaje de los residuos sanitarios por parte del Responsable de la Gestión de Residuos, para verificar que coincide con los kg de la factura emitida a posteriori por el Gestor Autorizado.
- En el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro existe un circuito de sucio por donde se lleva a cabo la retirada de los residuos sanitarios de cada uno de los Servicios del Hospital, disponiendo de dos ascensores para uso exclusivo de retirada de residuos sanitarios (números 13 y 14), identificados como tal, y otro de limpio, también con un ascensor (número 11), para la reposición de los contenedores de residuos sanitarios.
- Con una periodicidad diaria el Responsable de la Gestión de Residuos del Hospital retira los residuos sanitarios de cada uno de los Servicios (los contenedores han sido cerrados previamente por el personal sanitario) y repone los contenedores correspondientes, mediante la utilización de jaulas (no cerradas), por la zona limpia del Hospital, empleando el ascensor para su transporte hasta el almacén definitivo de residuos sanitarios. Los almacenes de residuos sanitarios de cada una de las plantas están identificados y con buena ventilación, desde donde los retira diariamente el Responsable de la Gestión de Residuos del Hospital.
- Cabe indicar que Medicina Preventiva, en base a su Protocolo de Control Medioambiental, lleva a cabo muestras microbiológicas en el Servicio de Esterilización y en otros Servicios del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, con una periodicidad mensual, con objeto de determinar el grado de limpieza del ambiente en el Hospital:

4.4.5. ÁREAS DE MEJORA

A continuación, se indican las áreas de mejora del Servicio de Gestión de Residuos Sanitarios del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, tras la realización de la Auditoría Operativa durante el mes de Febrero de 2015 por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., así como las acciones correctoras propuestas para su subsanación:

- No se ha podido evidenciar que los carros para el transporte interno de los envases de residuos tóxicos sean cerrados, lo cual sería recomendable para ofrecer un servicio seguro, higiénico y eficaz de gestión de los distintos tipos de residuos generados en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro, si bien, los envases de residuos tóxicos se han observado cerrados en el transporte interno durante la Auditoría Operativa realizada.





4.5. SERVICIO DE VIALES Y JARDINES

4.5.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Viales y Jardines, en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, consisten en lo siguiente:

- Conservación desarrollo y fomento de la zona ajardinada tanto del interior como del exterior de la institución, de las vías de tránsito que deben mantenerse en condiciones seguras y debidamente señalizadas para facilitar el acceso a los Centros de todos los usuarios (paciente, visitantes y empleados) y del mobiliario y estructuras externas de las instalaciones, realizando el mantenimiento programado, preventivo y correctivo para mantener dichas zonas en perfecto estado.
- El Servicio de Jardinería debe buscar en todo momento la utilización de especies autóctonas, de poco consumo de agua, que debe dentro de lo posible ser reciclada, y la utilización de productos químicos que respeten el medio ambiente.
- La Sociedad concesionaria debe ofrecer un servicio programado y preventivo de Mantenimiento de viales y jardines basado en un programa de mantenimiento trimestral que a su vez recoja el programa de trabajo establecido en los protocolos del servicio aprobados por la administración (en el que debe identificar y planificar todo el trabajo preventivo, la naturaleza del mismo y las zonas afectadas).
- La Sociedad concesionaria debe garantizar:
 - Rutas de acceso conforme a la Normativa de supresión de barrera arquitectónicas.
 - Que los vehículos de emergencia tengan acceso a las instalaciones de la Institución y a las fachadas de los edificios.

- Se deben garantizar las vías de evacuación alternativa en caso de incendio o cualquier otra eventualidad, cuando no sea posible la utilización de las vías habituales. Dichas vías alternativas deberán haberse acordado con el Servicio de Bomberos, y Protección Civil.

4.5.2. DIAGNÓSTICO

A continuación se detalla el cumplimiento de los requisitos definidos en el Pliego de Condiciones de la Concesión:

- Este servicio conlleva la conservación desarrollo y fomento de la zona ajardinada tanto del interior como del exterior de la institución, de las vías de tránsito que se ha evidenciado que se mantienen en condiciones seguras y debidamente señalizadas para facilitar el acceso a los Centros de todos los usuarios (paciente, visitantes y empleados) y del mobiliario y estructuras externas de las instalaciones, realizando el mantenimiento programado, preventivo y correctivo para mantener dichas zonas en perfecto estado.
- El Servicio de Jardinería se ha comprobado que busca la utilización de especies autóctonas, de poco consumo de agua, que deberá dentro de lo posible ser reciclada, y la utilización de productos químicos que respeten el medio ambiente.
- La Sociedad concesionaria ofrece un servicio programado y preventivo de Mantenimiento de viales y jardines basado en un programa de mantenimiento trimestral que a su vez recoja el programa de trabajo establecido en los protocolos del servicio aprobados por la administración (en el que deberá identificar y planificar todo el trabajo preventivo, la naturaleza del mismo y las zonas afectadas).

- La Sociedad concesionaria garantiza:
 - Rutas de acceso conforme a la Normativa de supresión de barrera arquitectónicas, aunque se han detectado áreas de mejora en las escaleras, aseos, ascensores y plazas de aparcamiento para minusválidos, tal como se expone en el presente informe.
 - Que los vehículos de emergencia tienen acceso a las instalaciones de la Institución y a las fachadas de los edificios.
 - Se garantiza las vías de evacuación alternativa en caso de incendio o cualquier otra eventualidad, cuando no sea posible la utilización de las vías habituales.

En relación con los viales, GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. ha evidenciado las siguientes operaciones de mantenimiento con objeto de mantener la urbanización del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro y un correcto acceso al mismo:

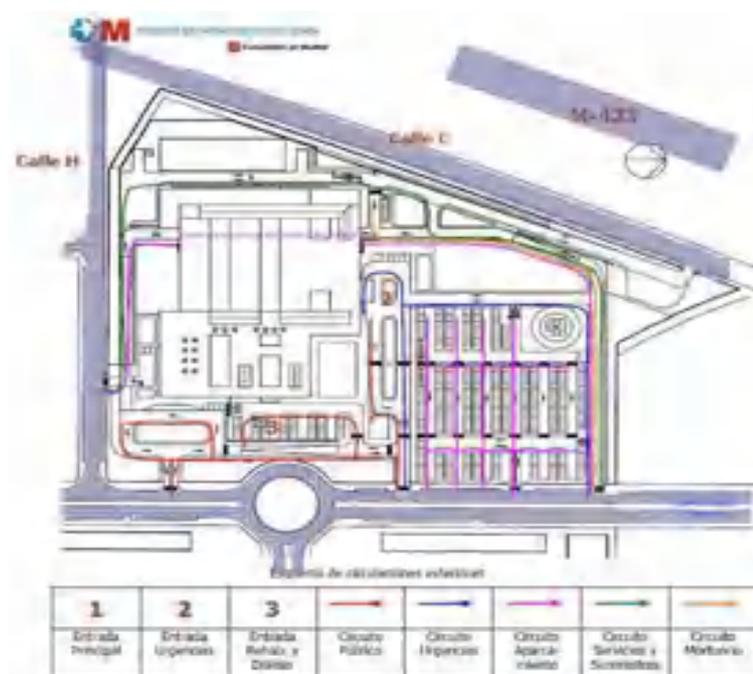
| OPERACIONES | FRECUENCIA |
|--|------------|
| URBANIZACIÓN | |
| COMPROBACION DE LOS SIGUIENTES PUNTOS | |
| Pavimentos y firmes de carretera. Inspección ocular y limpieza, si es necesario de drenajes | MENSUAL |
| Pavimento y firmes carretera. Verificar reparación de roturas y baches, cuidando la compactación | SEMESTRAL |
| Bordillos. inspección ocular de detección y roturas | ANUAL |
| Pavimentos, Vallas y Mobiliario. Reparar elementos dañados y pintadas | SEMANTAL |
| Pavimentos y Bordillos. Verificar limpieza con mangueras de agua a presión | SEMANTAL |
| Mobiliario y alcorques. Verificar correcciones del estado del recibido anclaje | ANUAL |
| Pavimento y firmes carretera. Comprobar pintura general de toda la señalización vía horizontal | ANUAL |

En relación con las circulaciones exteriores, se han previsto diversos accesos a la parcela desde los viales municipales que rodean el Hospital por el este y el sur, con el objeto de separar los distintos tipos de tráfico (público, urgencias, suministros, aparcamiento, etc.). La red de calles interior rodea el edificio, para permitir acceso de vehículos de servicio y bomberos a todo el perímetro del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro.

Entrada Principal: Se sitúa en la esquina sureste del edificio, accediéndose al vestíbulo que conduce a la "calle pública" que recorre el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro en toda su longitud y desde la que se llega a las zonas de atención ambulatoria y de hospitalización.

Accesos a Diálisis y Rehabilitación: Sobre el testero norte de los dos bloques de dos alturas que limitan el Hospital por el este.

Acceso a Urgencias: Se sitúa en planta baja, en la fachada norte, contando con accesos diferenciados para Pacientes que llegan en ambulancia o por sus propios medios. El aparcamiento frente a la entrada se destina a usuarios de Urgencias y Ambulancias.

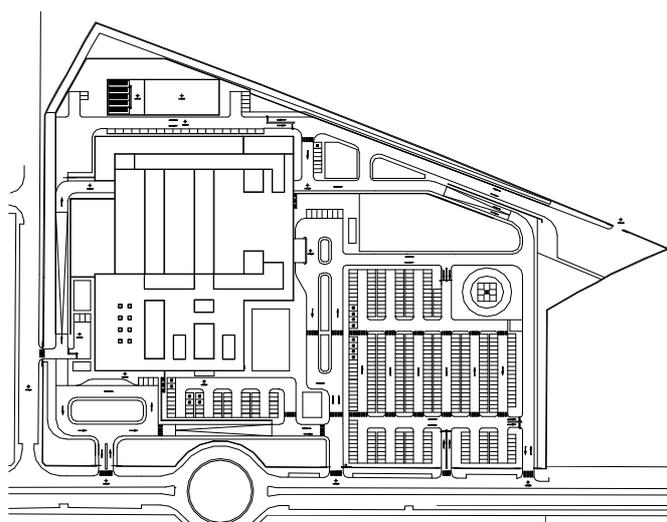


Acceso a Mortuorio: El Mortuorio se sitúa en el extremo norte del bloque trasero, accediéndose por la esquina noroeste y en nivel de planta sótano.

Acceso de Servicios y Suministros: Las áreas de servicio del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro se encuentran en la planta sótano del bloque que cierra el Hospital por el oeste. Las centrales de instalaciones se han previsto en el edificio independiente paralelo a este bloque y enfrentado a él. El acceso a la zona de servicios y suministros se produce desde la calle del lindero sur. Esta calle da servicio a las entradas de Cocina, Suministros, Farmacia, Limpieza, Lencería, etc., y también al edificio de centrales de instalaciones y talleres en el lado opuesto.

El trazado de la M-423, que conecta la A-42 con la A-4 discurre por oeste del Hospital Infanta Elena de Valdemoro y entre ella y el lindero está prevista una calle que se construirá con posterioridad al Hospital. Una vez que esa calle esté en servicio, se podrá crear otro acceso a la zona de servicios y suministros.

Aparcamiento: El aparcamiento en superficie se concentra sobre la fachada norte, frente a las Urgencias, disponiéndose además plazas en menor proporción, frente a las demás entradas al Hospital Infanta Elena de Valdemoro.



Planta de Urbanización

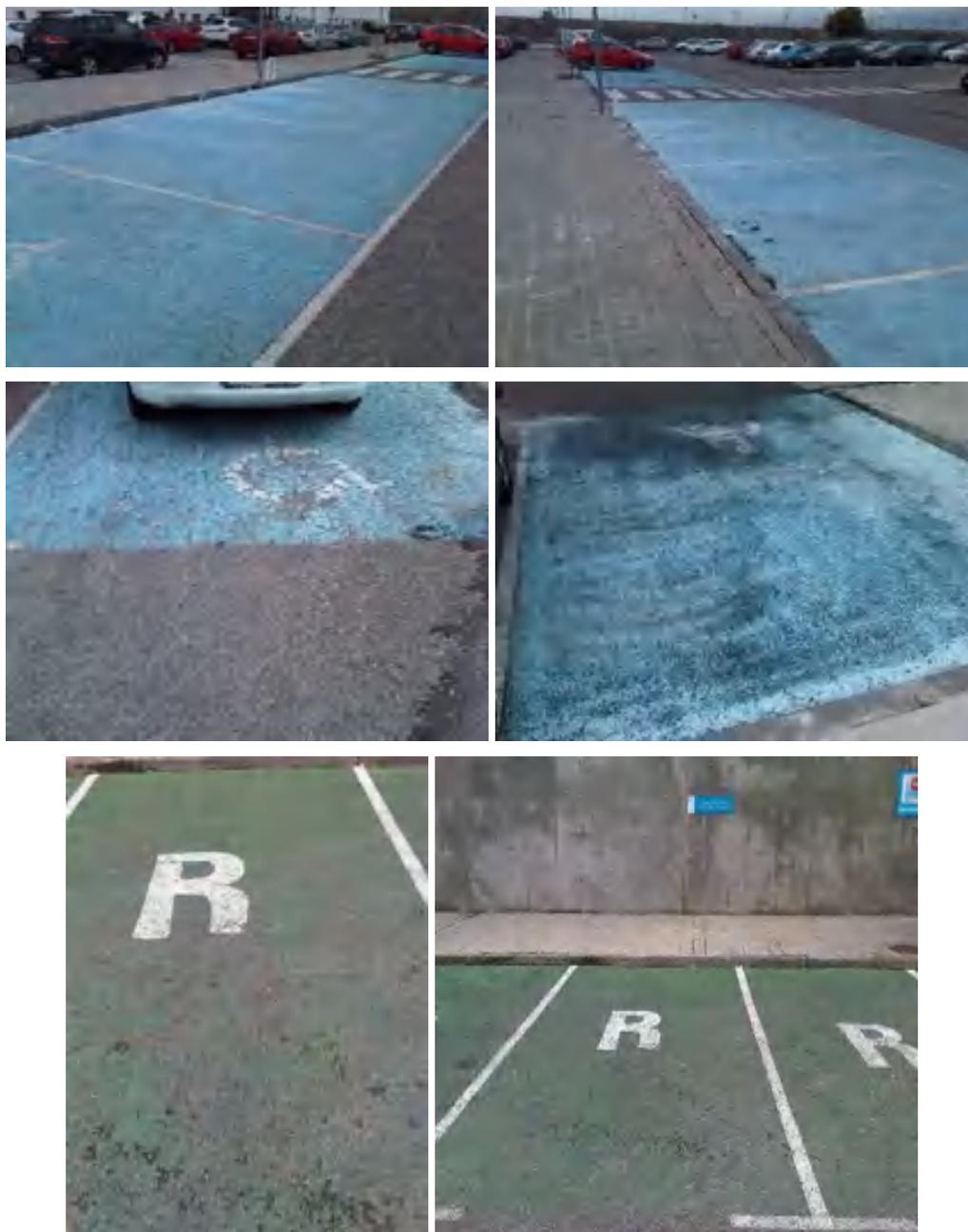
Aparcamiento en superficie

La dotación de plazas de aparcamiento:

| | |
|-------------------------------------|------------|
| Aparcamiento público en superficie: | 256 plazas |
| Edificio de servicios | 19 plazas |
| Servicio cafetería | 3 plazas |
| Centrales de instalaciones | 7 plazas |
| Tanatorio | 7 plazas |
| Entrada principal | 4 plazas |
| Rehabilitación-Diálisis | 49 plazas |
| Urgencias (ambulancias) | 7 plazas |
| Total plazas superficie | 352 plazas |

Se dispone de plazas adaptadas a minusválidos en todas las zonas, con un total de 16 plazas adaptadas para minusválidos, cumpliendo con lo requerido en la Legislación Vigente, si bien, faltaría la señalización vertical de las mismas, más 6 plazas reservadas a Pacientes:





Aparcamiento en Subterráneo

También se ha evidenciado la existencia de un aparcamiento cubierto que ocupa la parte central del Hospital, en planta sótano. Los ascensores de la galería de público llegan hasta ese nivel para permitir acceso directo al Hospital, pero sólo a personal del Centro.

La dotación de plazas de aparcamiento cubierto es la siguiente:

Sótano: 224 plazas

Plazas adaptadas a minusválidos: 0

La capacidad total de aparcamiento es de 576 plazas.

- ACCESIBILIDAD:

Se ha evidenciado el cumplimiento del Decreto 13/2007, de 15 de marzo, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Reglamento Técnico de Desarrollo en materia de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas.

En aplicación de la Ley 8/1993, de 22 de junio, de Promoción de la Accesibilidad y Supresión de Barreras Arquitectónicas, el objeto de este Reglamento es el establecimiento de normas de desarrollo dictadas para alcanzar el fin social pretendido por la Ley, es decir, garantizar que toda la población y, en especial, las personas con algún tipo de discapacidad, puedan utilizar los bienes y servicios de la sociedad sin limitaciones causadas por la presencia de dificultades de accesibilidad.

Se establecen criterios y normas básicas que hacen posible la accesibilidad, evitando la aparición de nuevas barreras, así como otras que ordenan la eliminación de las existentes en el diseño y ejecución de las vías y espacios libres públicos y del mobiliario urbano, en la construcción o reestructuración de edificios y en los medios de transporte y de la comunicación sensorial, tanto de uso público como privado.

Tal como se evidencia en el siguiente plano, existen rutas de acceso conforme a la Normativa de supresión de barrera arquitectónicas de la Comunidad de Madrid, Decreto 13/2007, de 15 de Marzo. Los vehículos de emergencia tienen acceso a las instalaciones del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro y a las fachadas de los edificios y se garantizan las vías de evacuación alternativa en caso de incendio o cualquier otra eventualidad, cuando no sea posible la utilización de las vías habituales. Dichas vías alternativas han sido acordadas con el Servicio de Bomberos, y Protección Civil:





- ESCALERAS: Se ha evidenciado el cumplimiento de todos los puntos a excepción del b) y el e):
 - a) Las escaleras se mantienen sin obstáculos en todo su recorrido y disponen de un ancho libre de paso no inferior a 120 cm. Poseen directriz recta o ligeramente curva y su pavimento es no deslizante tanto en seco como en mojado.

- b) Las barandillas y/o paramentos que delimitan las escaleras cuentan, en ambos lados, con un pasamanos cuya altura de colocación está comprendida entre 95 y 105 cm, medidos desde el borde de cada peldaño. Dichos pasamanos mantienen la continuidad a lo largo de todo su recorrido, independientemente de que se produzcan cambios de dirección y se prolonga un mínimo de 30 cm en arranque y fin de escalera. Cuando la escalera tiene un ancho libre superior a 400 cm, dispone de un pasamanos central. En los edificios de uso público destinados a actividades de salud o de atención a niños, ancianos o personas con discapacidad, se disponen barandillas a doble altura; la inferior estará emplazada entre 65 y 75 cm, medidos desde el borde de cada peldaño, y la superior entre 95 y 105 cm.
- c) Cuentan con iluminación en todo su recorrido, no teniendo zonas oscuras. La iluminación se ajusta, en cuanto a intensidad y temperatura de color, a los «Niveles de iluminación específica» requeridos.
- d) Todos los peldaños mantienen las mismas dimensiones de altura de tabica y profundidad de huella. Son de tabica continua no mayor de 18 cm (17,5 cm), sin bocel. La profundidad de huella está comprendida entre 28 y 32 cm (30 cm). No se ha evidenciado la existencia de peldaños compensados.
- e) Evidenciar que la presencia de la escalera se indique mediante la colocación en los rellanos -zona de embarque y desembarque- de una franja de señalización tacto-visual de acanaladura homologada dispuesta en perpendicular a la dirección de acceso. Dicha franja tendrá alto contraste de color en relación con los dominantes en las áreas de pavimento adyacentes y debería abarcar el ancho completo de la escalera. En el sentido descenso, está situada con respecto al borde del escalón; una distancia equivalente a la de una huella, su profundidad es de 120 cm, con una tolerancia de más menos 5 cm.
- f) El borde exterior de la huella de cada uno de los peldaños se señala, en toda su longitud, con una franja de 3 a 5 cm de ancho y color fuertemente contrastado en relación con el resto del peldaño. Dicha franja tiene tratamiento antideslizante y está enrasada.

- g) En las escaleras de largo desarrollo, se han previsto mesetas intermedias que contarán con un fondo mínimo de 120 cm. El número máximo de peldaños sin mesetas es de 14. Las mesetas no foran parte de otros espacios y el área de paso no está invadida por obstáculos fijos o móviles.
- h) Los espacios de proyección bajo la escalera de altura libre inferior a 210 cm, cuentan con un elemento de cierre estable y continuo. La parte inferior de dicho elemento está colocada a una altura máxima de 25 cm del suelo.





- RAMPAS: Se ha evidenciado el cumplimiento de los siguientes requisitos, en las rampas de acceso de vehículos:
 - a) Las rampas tienen una anchura mínima de 120 cm y directriz recta o ligeramente curva. Su recorrido se mantiene libre de obstáculos ubicándose, los elementos e instalaciones, fuera del espacio de circulación. Su pavimento es no deslizante tanto en seco como en mojado.
 - b) Las barandillas y/o paramentos que delimitan las rampas cuentan, a ambos lados, con pasamanos dobles cuya altura de colocación está comprendida en el pasamanos superior, entre 95 y 105 cm, y en el inferior, entre 65 y 75 cm, medidos en cualquier punto del plano inclinado. Dichos pasamanos mantienen la continuidad a lo largo de todo su recorrido, independientemente de que se produzcan cambios de dirección. Cuando la rampa tiene un ancho superior a 400 cm, dispone de un pasamanos doble central.

- c) Cuentan con iluminación en todo su recorrido, no teniendo zonas oscuras. La iluminación se ajusta, en cuanto a intensidad y temperatura de color, a los «Niveles de iluminación específica» requeridos.
 - d) La presencia de la rampa se indica mediante la instalación, en el pavimento de la zona de embarque y desembarque, de una franja tacto-visual de acanaladura homologada de 120 cm de profundidad con una tolerancia de más menos 5 cm. Dicha franja está dispuesta en perpendicular al sentido de acceso y abarca todo el ancho de la rampa.
Posee alto contraste de color en relación con el pavimento de las áreas adyacentes.
 - e) Cada 1.000 cm de proyección horizontal se dispone una meseta intermedia con un fondo mínimo libre de paso de 120 cm. Las mesetas no se ha evidenciado que formen parte de otros espacios.
 - f) Los espacios de proyección bajo la rampa de altura libre inferior a 210 cm cuentan con un elemento de cierre estable y continuo. La parte inferior de dicho elemento está colocada a una altura máxima de 25 cm del suelo.
- ASCENSORES: Se ha evidenciado el cumplimiento de los siguientes requisitos a excepción de los puntos f) y k), ya que el ascensor no indica de modo sonoro la planta en la que se encuentra ni el sentido en los ascensores de personal sanitario, si en los de pública concurrencia, y no se señala la zona de embarque del ascensor:
 - a) Al menos uno de los ascensores cuenta con un fondo mínimo de cabina, en el sentido del acceso, de 125 cm, y un ancho mínimo de cabina de 100 cm. Dicho ascensor dispone de la correspondiente señalización identificativa internacional de accesibilidad.
 - b) Las puertas de recinto y cabina son automáticas y cuentan con un ancho mínimo libre de paso de 80 cm.

- c) La cabina permite la comunicación visual y auditiva con el exterior, incluso, en situaciones de emergencia. Su suelo es duro y estable, sin piezas sueltas. No presenta cejas, resaltes, bordes o huecos que puedan hacer posible el tropiezo de personas, es antideslizante en seco y en mojado. Cuenta con un pasamanos perimetral situado entre 90 y 100 cm medidos desde el suelo.
- d) La iluminación interior está comprendida en los «Niveles de iluminación general», colocándose las luminarias fuera del campo visual, a fin de evitar deslumbramiento.
- e) La botonera se situará entre 90 y 120 cm medidos desde el suelo, y a partir de 30 cm medidos desde el plano de la puerta de acceso y en el lado derecho de la cabina en sentido de salida del ascensor. No dispone de sistemas de accionamiento basados en sensores térmicos y su aspecto no produce reflejos. Proporciona información en código Braille y en caracteres gráficos en relieve. Los números en relieve contrastan cromáticamente en relación con el fondo, su tamaño mínimo es de 2 cm. Los botones que corresponden a parada y alarma, cuentan con forma distinta y tamaño mayor con respecto al resto.
- f) Cuando el ascensor comunique dos o más niveles, su cabina debería contar con un indicador de parada e información sonora y visual que refleje el número de planta y si éste sube o baja. Dichas señales deberían de ser detectables tanto desde el interior como desde el exterior de la propia cabina.
- g) Las puertas poseen un dispositivo de apertura y cierre automático que actúa como sistema de paralización-antiaprisionamiento dotado con un sensor que detecta a los usuarios con bastones, perro-guía y silla de ruedas.
- h) La botonera exterior reúne los requisitos establecidos en el punto e) para la botonera interior. Está situada a la derecha de la puerta en sentido entrada.
- i) El número de cada planta se señala mediante un indicador que cuenta con información en Braille y caracteres gráficos en altorrelieve, fuertemente contrastados con el fondo. Las dimensiones del indicador no son inferiores a 10 × 10 cm, y el número que corresponde a cada planta a los 5 cm de altura. Se coloca a ambos lados de la puerta del ascensor, en la zona inmediatamente adyacente a las jambas, ajustándose en cuanto a altura a lo dispuesto en la Norma 5 «Señalización y comunicación adaptadas».

- j) El ascensor cuenta con un mecanismo de autonivelado que garantiza que el suelo de la cabina y el pavimento adyacente quedan enrasados. El espacio de holgura horizontal entre cabina y pavimento no es superior a 1 cm.
- k) La presencia de la zona de embarque del ascensor se señala mediante la instalación, en el pavimento adyacente a la puerta, de una franja tacto-visual de acanaladura homologada dispuesta en perpendicular a la dirección de acceso, centrada respecto a la puerta, y de dimensiones 120 cm de ancho por 120 cm de fondo mínimo. Dicha franja cuenta con alto contraste en color en relación con los dominantes en las zonas de pavimento próximas.





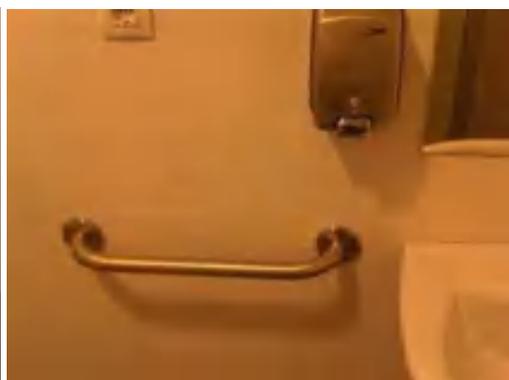


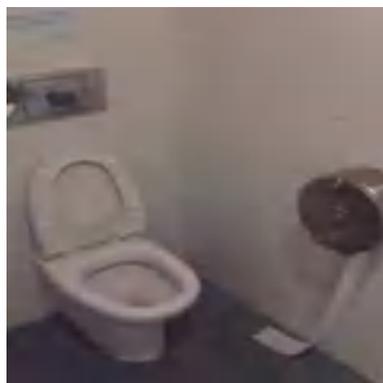
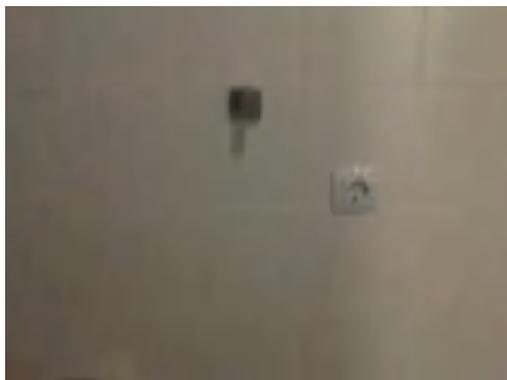
- ASEOS ACCESIBLES: No se ha podido evidenciar el cumplimiento de los siguientes requisitos, por lo que se considera un área a ser mejorada:
 - a) Los espacios y elementos de los aseos y baños adaptados y los del resto de baños y aseos son comunes. Dichos espacios y elementos disponen de las condiciones funcionales y dotaciones que garantizan la accesibilidad.
 - b) Se ha verificado que cumplen los siguientes requisitos:
 1. La entrada y uso de estos espacios y de todos sus elementos, está permanentemente disponible para su utilización inmediata por cualquier usuario. En ningún caso las puertas de los mismos permanecen cerradas a los usuarios.
 2. Las puertas y huecos de paso permiten un ancho libre mínimo de 80 cm. Su altura libre mínima no es inferior a los 210 cm. Las correspondientes al acceso al aseo o baño y las existentes dentro del mismo, cuentan con alto contraste de color en relación con el de las áreas adyacentes. De igual forma, las manillas o tiradores de las mismas se diferencian cromáticamente con respecto a la propia puerta.
 3. Cuentan con unas dimensiones mínimas que permiten inscribir dos cilindros concéntricos superpuestos libres de obstáculos: El inferior desde el suelo hasta una altura de 30 cm, con un diámetro de 150 cm, y el superior hasta una altura de 210 cm medidos desde el suelo y un diámetro de 130 cm. Todo ello de forma que se garantiza a los usuarios la realización de una rotación de 360° y el acceso a los elementos, cabinas, duchas o bañeras adaptados.
 4. El suelo es antideslizante tanto en seco como en mojado. Al igual que las paredes, no se ha evidenciado que se produzcan reflejos que comporten deslumbramiento. No se ha verificado la existencia de resaltes o rehundidos.
 5. La iluminación general del espacio es uniforme y se ajusta en cuanto a temperatura de color e intensidad a los «Niveles de iluminación general» requeridos. No se ha evidenciado la instalación de mecanismos de control temporizados.

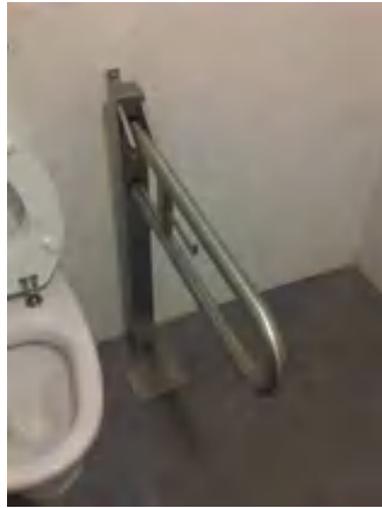
6. **La localización del aseo adaptado se señala con el logotipo internacional de accesibilidad, ajustándose éste a lo establecido en la Norma «Señalización y comunicación adaptadas».**
7. Los accesorios colocados en voladizo que sobresalen más de 10 cm se sitúan de tal forma que no producen riesgos de impactos.
8. Al menos el área de paramento adyacente a la proyección de los aparatos sanitarios y accesorios se diferencia de éstos mediante alto contraste de color según lo indicado en la Norma 5 «Señalización y comunicación adaptadas».
9. No se ha detectado la existencia de conducciones o canalizaciones al descubierto sin la protección o aislamiento térmico necesarios.
10. Al menos una de las cabinas de aseo es accesible. Para ello se ha comprobado que cumple con los siguientes requisitos:
 - Cuenta con las condiciones dimensionales indicadas en el punto 3.
 - Dispone de puertas batientes o plegables hacia fuera o correderas.
 - Cuenta con un inodoro en el que la altura del asiento está comprendida entre 45 y 50 cm medidos desde el suelo.
 - **Permite todas las posibles transferencias, para ello dispone de espacio libre a ambos lados de 80 cm de ancho y las barras de apoyo son adecuadas. En cualquier caso, las horizontales laterales son abatibles y las horizontales posteriores no fuerzan la posición del usuario. En ambos supuestos, la altura está comprendida entre 70 y 75 cm medidos desde el suelo.**
 - Dispone de mecanismos de descarga cuya acción es táctil, de presión o palanca. Dichos mecanismos están situados a una altura entre 70 y 120 cm.
 - **Posee un sistema de llamada de auxilio desde el interior, de manera que, por su localización, señalización y forma, permite ser utilizado por todos los usuarios con facilidad. Sus puertas disponen de un mecanismo que permite desbloquear las cerraduras desde el exterior en caso de emergencia.**

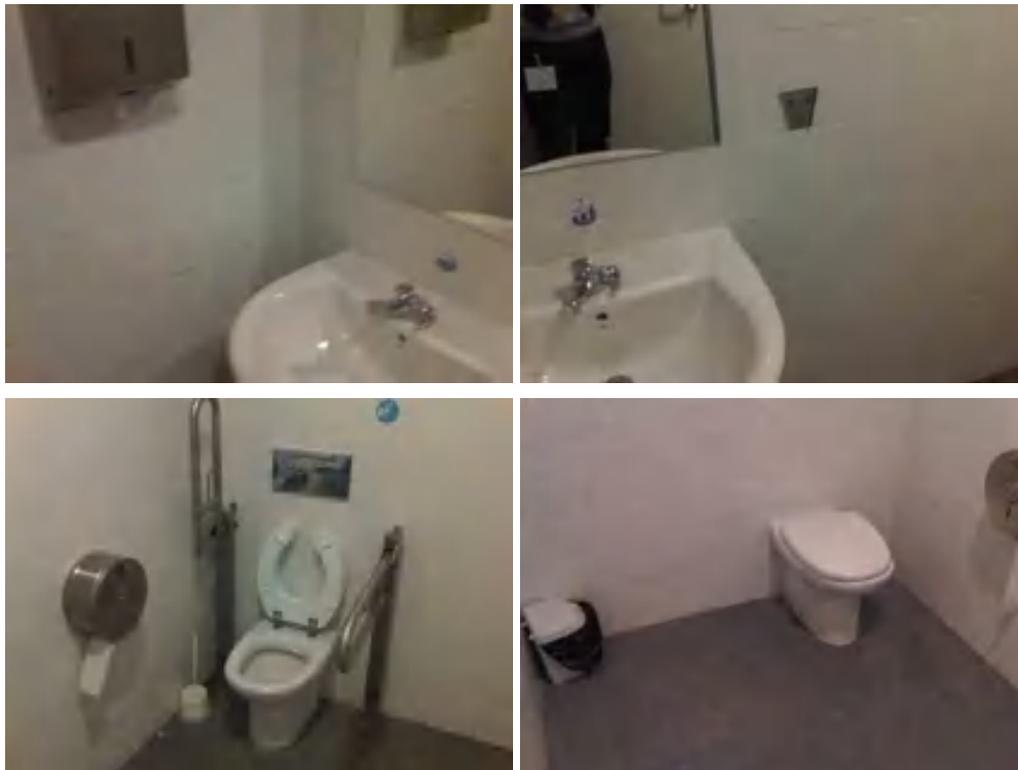
11. Al menos uno de los lavabos y uno de los equipos de accesorios son ser accesibles, para ello se ha comprobado que cumplen los siguientes requisitos:
 - La parte inferior del lavabo se sitúa a una altura mínima de 70 cm hasta un fondo mínimo de 25 cm y su parte superior a una altura comprendida entre 80 y 85 cm, ambas medidas desde el suelo. En todo caso, su colocación permite la completa aproximación frontal al mismo y a su grifería. Los mecanismos de accionamiento de la grifería son de palanca, táctiles o de detección de presencia.
 - El equipo de accesorios se sitúa a una altura entre 70 y 120 cm y la parte inferior de los espejos a una altura máxima de 90 cm, ambas medidas desde el suelo.
12. Al menos una de las duchas es accesible. Para ellos se ha verificado que cumple con los siguientes requisitos:
 - Su suelo es continuo con el del recinto, antideslizante en seco y en mojado, y su pendiente no resulta superior al 2 por 100.
 - Cuenta con un asiento abatible o desmontable fijado a la pared. Dicho asiento está situado a una altura comprendida entre 45 y 50 cm medidos desde el suelo. Permite todas las posibles transferencias, para ello, las barras de apoyo son adecuadas. En cualquier caso, las horizontales laterales son abatibles y las horizontales posteriores no fuerzan la posición del usuario. En ambos supuestos, la altura está comprendida entre 70 y 75 cm medidos desde el suelo.
13. Al menos una de las bañeras esr accesible. Para ello se ha verificado que cumple con los siguientes requisitos:
 - La parte superior de la bañera está comprendida entre 45 y 50 cm medidos desde el suelo. Cuenta con una superficie a la misma altura que permite todas las transferencias, así como con las ayudas técnicas que posibilitan el acceso y evacuación de la misma de forma autónoma. Las barras de apoyo están situadas entre 70 y 75 cm medidos desde el suelo.
 - El fondo es antideslizante en seco y en mojado.











- PASAMANOS Y BARANDILLAS: Se ha evidenciado el cumplimiento de los siguientes requisitos:
 - a) Los elementos que forman parte de las barandillas están diseñados de forma que no suponen riesgos para los usuarios. En las barandillas incluidas en escaleras, rampas o que sirven de protección de espacios al vacío, no existen huecos con dimensión de luz mayor a 12 cm al menos en alguno de sus sentidos, y su forma no es escalable. De igual forma, cuentan con un elemento de protección situado a una altura máxima de 12 cm del suelo.
 - b) Los pasamanos correspondientes a las barandillas o anclados a paramentos verticales son ergonómicos, su sistema de anclaje es tal que se evitan oscilaciones. Asimismo, el sistema de sujeción permite el paso continuo de la mano.

- c) El remate de los pasamanos se produce hacia el suelo o pared, evitándose aristas o elementos punzantes. Poseen fuerte contraste de color con relación a los de las áreas o elementos adyacentes.
 - d) Las barandillas y pasamanos de escaleras y rampas prolongan su longitud un mínimo de 30 cm más allá del límite del inicio y final de las mismas y cuentan con alto contraste cromático en relación con las áreas del paramento donde se encuentran situados.
- **PARKING ACCESIBLES:** Se ha evidenciado el cumplimiento de los siguientes requisitos, a excepción del punto 4. b):

Artículo 7. Aparcamientos.

1. En todas las zonas de estacionamiento de vehículos ligeros, en vías o espacios públicos, sean en superficie o subterráneos, se reservan permanentemente y próximos a los accesos peatonales adaptados o practicables, plazas para vehículos que transporten personas en situación de movilidad reducida, que se ha verificado que tienen las dimensiones establecidas en la Ley 8/1993.
2. El número de plazas reservadas es, al menos, de una por cada 50 o fracción.
3. Las plazas reservadas se componen de un área de plaza y un área de acercamiento.

El área de acercamiento reúne las siguientes condiciones:

- a) Es contigua a uno de los lados mayores del área de plaza.
- b) Posee unas dimensiones mínimas de 1,20 de ancho y toda la longitud del área de plaza y como mínimo 4,50 m de largo.
- c) Se encuentra libre de obstáculos y fuera de cualquier zona de circulación o maniobra de vehículos.
- d) Está comunicado con, o forma parte de (salvo en el caso de vía de evacuación de edificaciones), un itinerario de peatones adaptado.
- e) Se sitúa al mismo nivel del área de plaza o a un nivel más alto, siempre que la diferencia de altura entre ambos sea inferior a 14 cm.

Un mismo área de acercamiento puede ser compartido por dos áreas de plaza de estacionamiento.

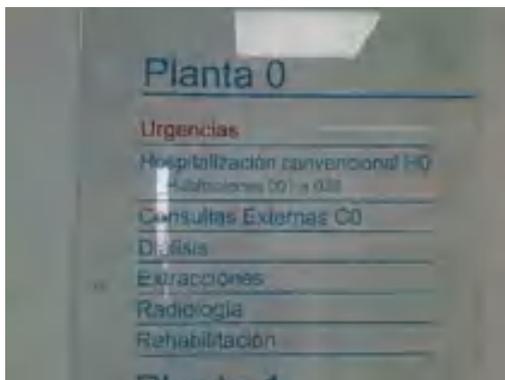
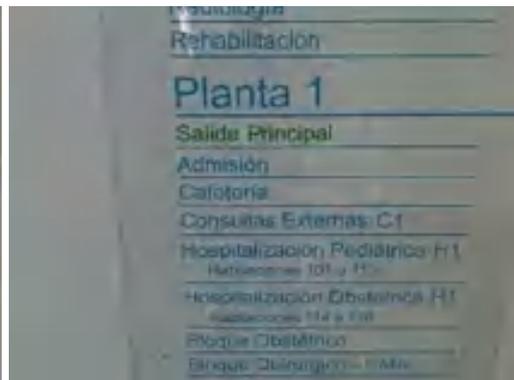
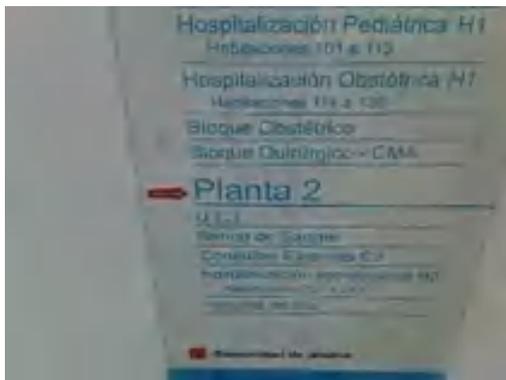
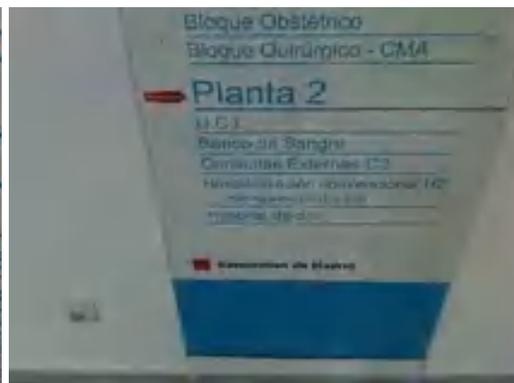
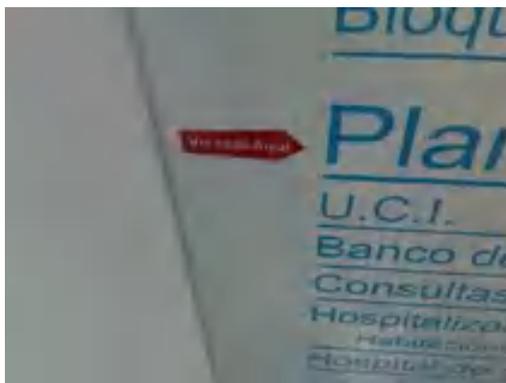
4. Las plazas reservadas se señalizan de la forma siguiente:
 - a) El área de plaza tiene delimitado su perímetro en el suelo, destacándose su condición por tener su superficie color azul, por incorporar el símbolo de accesibilidad o por ambas distinciones.
 - b) **El área de acercamiento se dota de una señal vertical, en lugar visible que no represente obstáculo, compuesta por el símbolo de accesibilidad y la inscripción «reservado a personas con movilidad reducida».**
5. El emplazamiento de las plazas reservadas permite su fácil localización en el recorrido de desplazamiento hacia los equipamientos o edificios públicos.

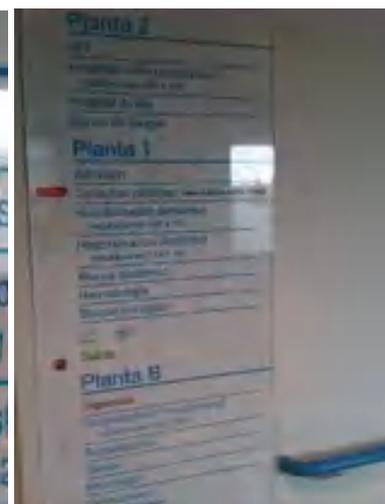
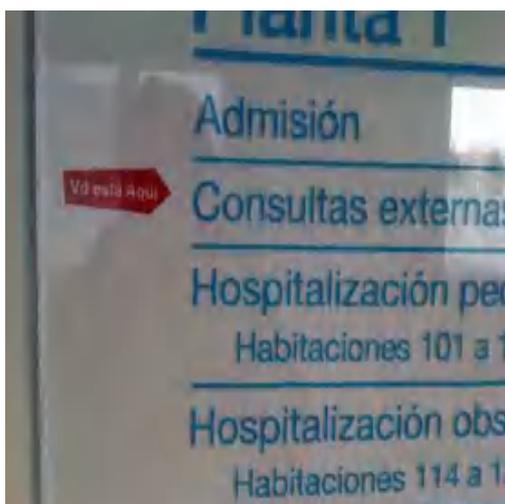
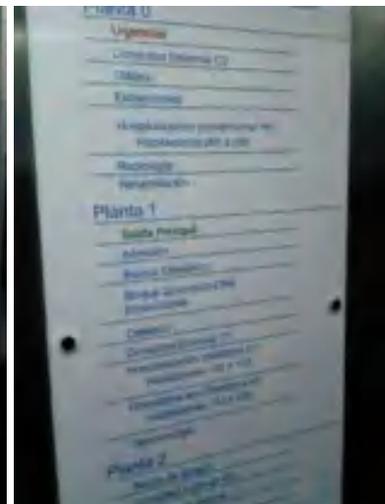
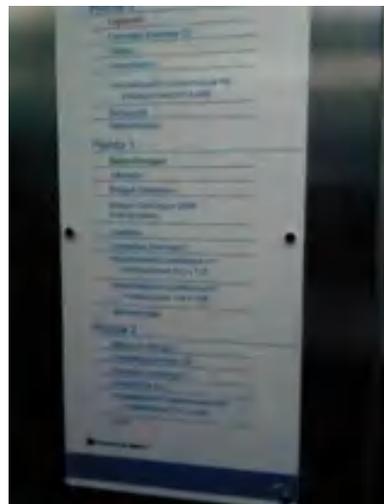
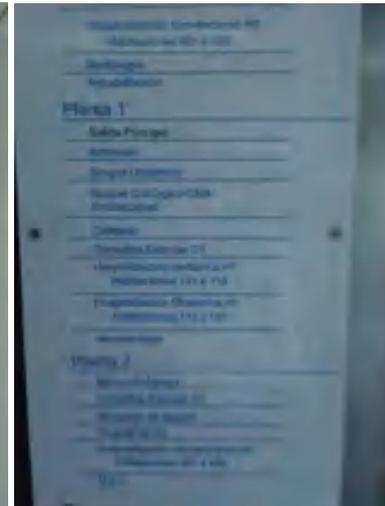
Artículo 15. Estacionamiento de vehículos.

1. Se ha comprobado que se reservan plazas de estacionamiento para vehículos que transporten a personas con movilidad reducida, en la proporción de 1 plaza adaptada por cada 50 plazas o fracción.

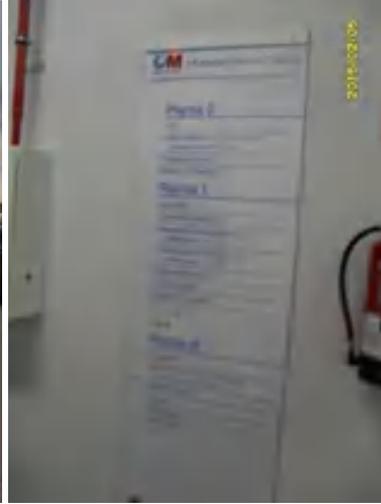
Estas plazas se sitúan contiguas a un itinerario interior adaptado que comunica con la vía pública.

En relación con la señalización y localización, se ha considerado positiva, si bien, se debería revisar determinadas zonas que no se identifican con detalle como las salidas y entradas del parking:







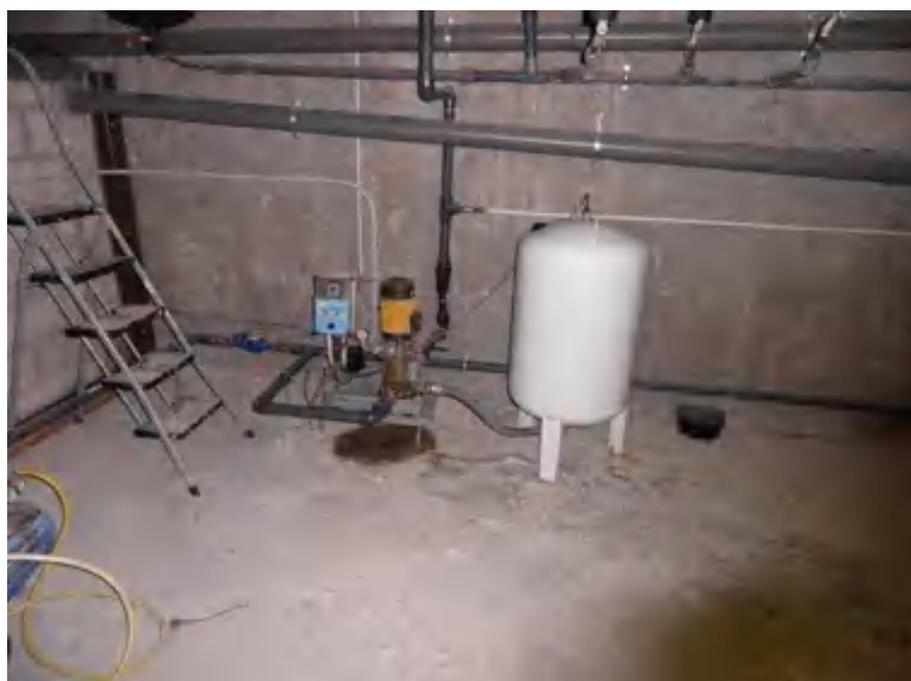


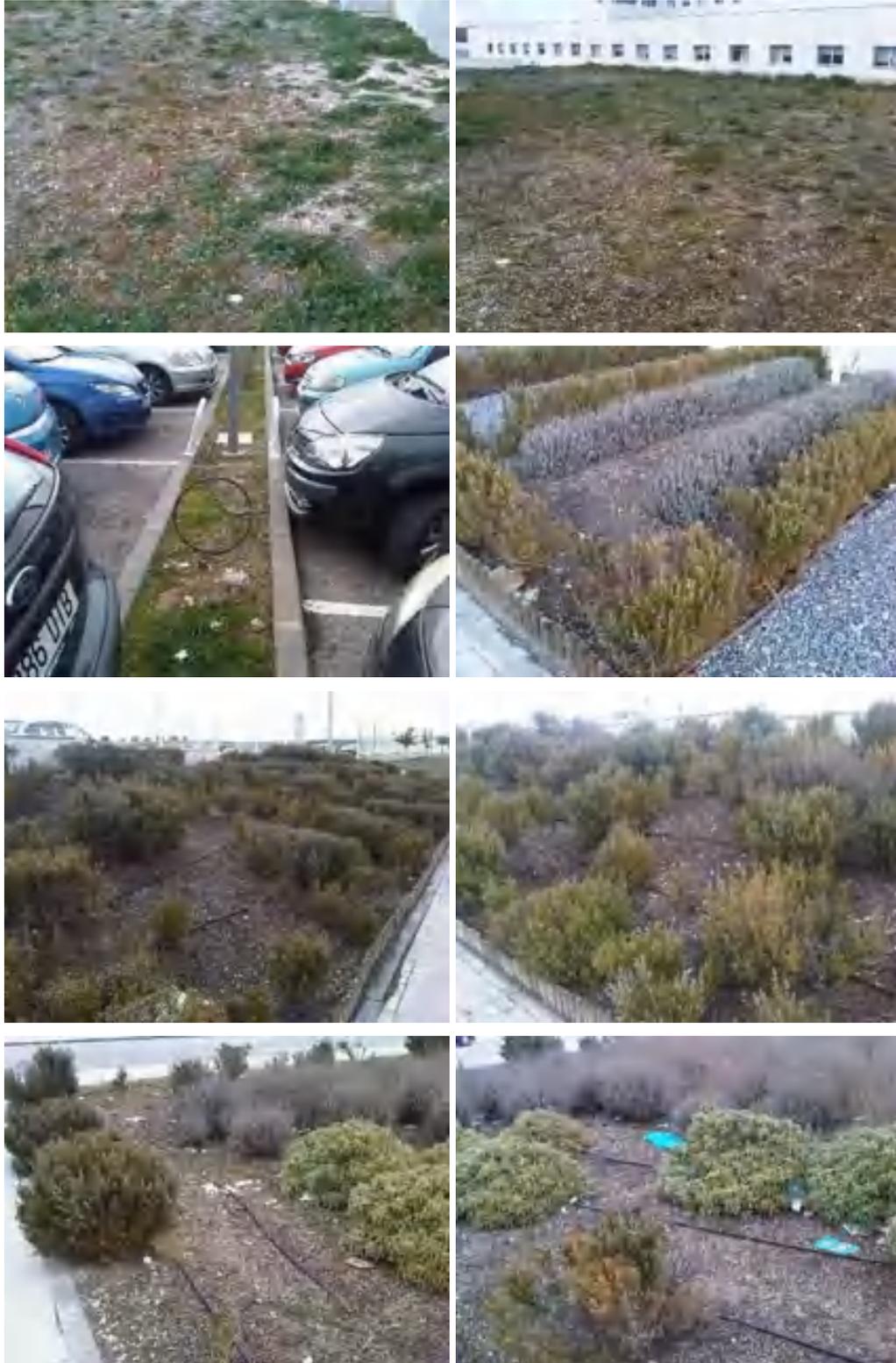
- JARDINERÍA:

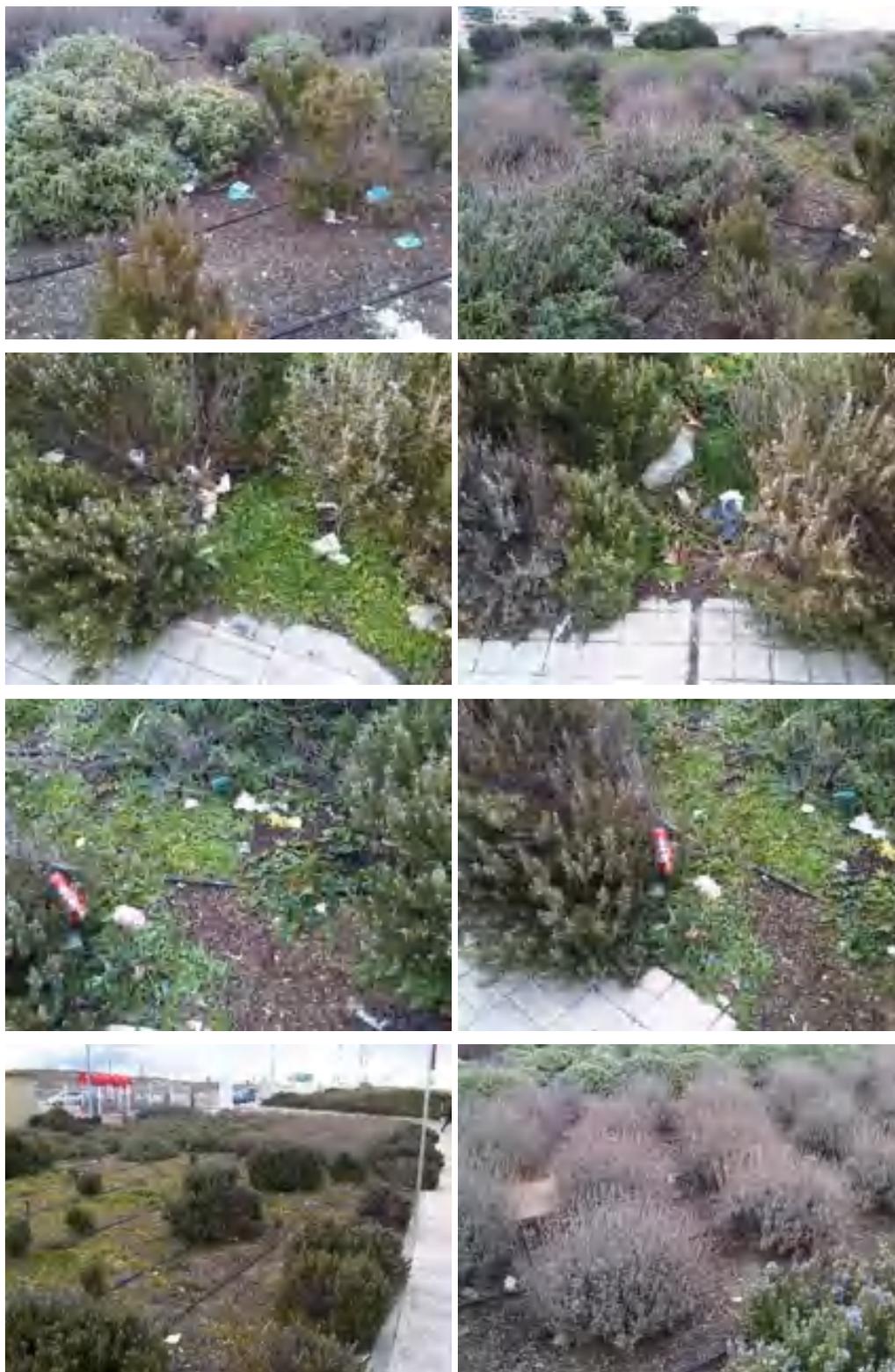
Se ha podido evidenciar una correcta poda, la eficacia de los tratamientos fitosanitarios, un riego de acuerdo a las necesidades así como un correcto mantenimiento de la red de riego por goteo instalada en los jardines:

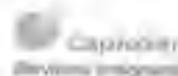
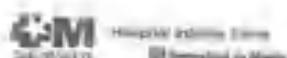
| OPERACIONES | FRECUENCIA |
|---|------------|
| RIEGO | |
| COMPROBACION DE LOS SIGUIENTES PUNTOS | |
| REVISIÓN DE LA RED DE RIEGO, COMPROBANDO SU TOTAL ESTAQUEIDAD | MENSUAL |
| REVISIÓN DEL ESTADO DE ASPERSORES, COMPROBANDO SU LEVANTAMIENTO Y BARRIDO BAJO PRESIÓN DE AGUA | MENSUAL |
| REVISIÓN DEL ESTADO DE DIFUSORES, COMPROBANDO SU LEVANTAMIENTO Y ADECUADA PULVERIZACIÓN BAJO PRESIÓN DE AGUA | MENSUAL |
| REVISIÓN DE VÁLVULAS ELÉCTRICAS DE CONTROL Y PROGRAMACIÓN DE RIEGO | SEMESTRAL |
| REVISIÓN DE BOCAS DE RIEGO, COMPROBANDO EL CIERRE ESTANCO DE SU VÁLVULA Y ESTADO DE LA FIJACIÓN A LA MANGUERA | SEMESTRAL |

| OPERACIONES | FRECUENCIA |
|--|-------------------|
| JARDINERIA | |
| COMPROBACION DE LOS SIGUIENTES PUNTOS | |
| LIMPIEZA GENERAL DE LAS ZONAS VERDES → se ha evidenciado suciedad en alguna zona del jardín, si bien, se ha tratado de un caso puntual | DIARIO |
| SEGADO PERIODICO DEL CESPED | QUINCENAL |
| PERFILADO Y LIMPIEZA DE SETOS Y PLANTAS ORNAMENTALES | SEGÚN NECESIDADES |
| PODA GENERAL DE LAS PLANTAS EN SU EPOCA IDONEA | ANUAL |
| RIEGO ADECUADO DE ZONAS VERDES, PLANTAS Y ARBOLES | DIARIO |
| ABONADO CON MANTILLO ANIMAL Y SULFATADO DE LAS PLANTAS | SEMANAL |
| ESCARIFICADO DEL CESPED | SEMESTRAL |
| REALIZACION DE ALCORQUES EN TODAS LAS PLANTAS | TRIMESTRAL |
| FUMIGACION DE LAS ROSALEDAS ATACADAS POR PARASITOS PROPIOS DE ESTAS PLANTAS | SEGÚN NECESIDADES |
| CONTROL FITOSANITARIO | TRIMESTRAL |
| DESBROCE Y LIMPIEZA DE MALAS HIERBAS | SEMESTRAL |
| VACUADO DE BROZA A VERTEDERO AYUNTAMIENTO | SEMESTRAL |
| REPOSICION DE CESPED | SEGÚN NECESIDADES |









Medida 1.2.2. Recuperación de aguas pluviales y aprovechamiento de autódrenos de esterilización

Situación actual:

En estos momentos todo el agua que recogemos en cubierta se está vertiendo directamente al alcantarillado. Según la Agencia Estatal de Meteorología la media anual de lluvia en Valdemoro es de 309mm, lo que es igual a 309 litros/m².

Por otra parte en 2011 se modificó el sistema de riego y de tipo de jardines que había plantado en parte del recinto del centro, se desmontó el riego por aspersión y se instaló una cascina de piedra sobre lámina de plástico para impedir el crecimiento de maleza. Para seguirlos regando, por goteo, el resto de esta jardinería mayormente Arcebutos y árboles. Este sistema de riego consume durante los cuatro meses que está activado 8 m³ de agua diaria.

Otro de los puntos donde se ha realizado un estudio de consumo, al instalar un contador de agua en la zona de lavado de carros de basura y platos de agua para el lavado de las contenedores en RSU. El consumo anual de esta zona, para el mes antes mencionado es de 168 m³.

Actuación propuesta:

Se propone la recuperación tanto del agua pluvial que recoge (es 1.400 m³ de cubierta del Edificio Industrial, como del agua que los dos autódrenos de Esterilización vertían directamente también al alcantarillado.

Sobre esta segunda punto hay que comentar que ya existe una medida propuesta ya el año 2011, la medida III-1-b, que se encontraba en fase de desarrollo, en la que se realizaba un sistema permeabilizado tanto del coste de inversión como el punto de amortización de la misma. En este estudio también se detalla el sistema de permeabilización de esta agua ya que se propone almacenarla en los aljibes de AFCH del centro.

La medida que ahora se propone es acumular estos dos flujos de agua a dos aljibes de nueva construcción que se van a instalar aprovechando dos huecos construidos desahorvados, convenientemente reforzados e impermeabilizados con lámina de PVC, del Edificio Industrial.

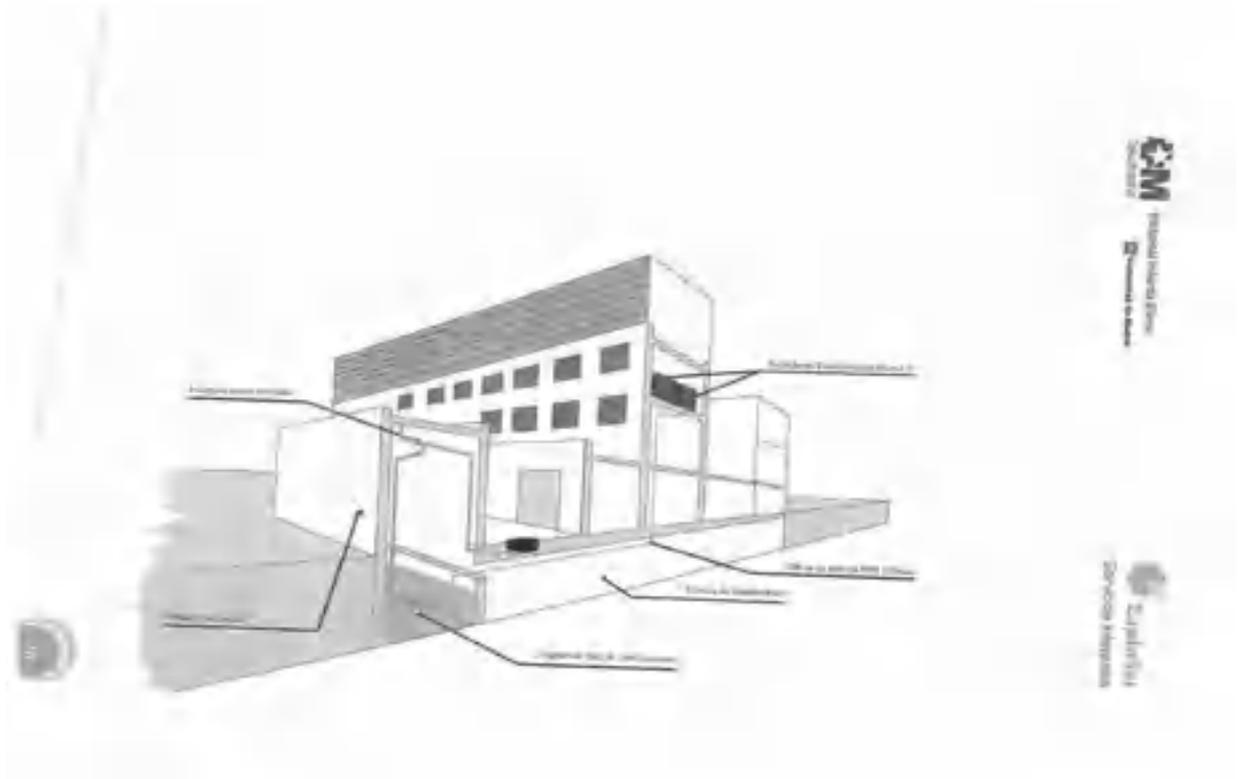
Debido a la pobre pluviometría de la zona y a que la mayor demanda de riego se sitúa en los meses menos lluviosos, se considera que la reconducción del agua que se vierte desde los autoclaves es un complemento ideal para suplir la falta de agua de lluvia en esos meses. Por otra parte también se propone eliminar el grupo de presión del sistema de riego todos los puntos de agua que tiene el Edificio Industrial en la zona de los almacenes finales de Residuos y Compactadores, para aprovechar el agua que estamos acumulando los meses en los que el riego está desconectado.

Por otro lado se elimina del proyecto la parte más costosa del mismo, el sistema de potabilización de agua que nos permitía acumularla en los aljibes de AFCH con todas las garantías sanitarias.

Existe consumo suficiente para aprovechar el 100% del agua que utilizan los autoclaves en época estival; por lo que para realizar un mayor aprovechamiento del agua excedente fuera de esa temporada, sería posible ampliar el riego fuera de la época que actualmente está programada y así impedir la pérdida de vegetación que todos los años sufrimos a causa de períodos largos de sequía.

El agua que proviene de la cubierta debido a su carácter impredecible, tanto en el tiempo como en la cantidad, obliga a dotar a la instalación de un sistema anti rebosa mediante dos válvulas motorizadas que en caso de gran avenida de agua desviarán momentáneamente el flujo de agua al alcantarillado.

Esquema de la instalación:



- SEÑALIZACIÓN

| | | |
|--------------|---|---|
| Señalización | Señalización vertical correcta | OK, aunque habían 2-3 señales rotas y/o tiradas en el suelo |
| | No existencia de señales rotas o caídas | OK |
| | Señales del suelo correctas | OK |
| | Señales del suelo pintadas | OK |







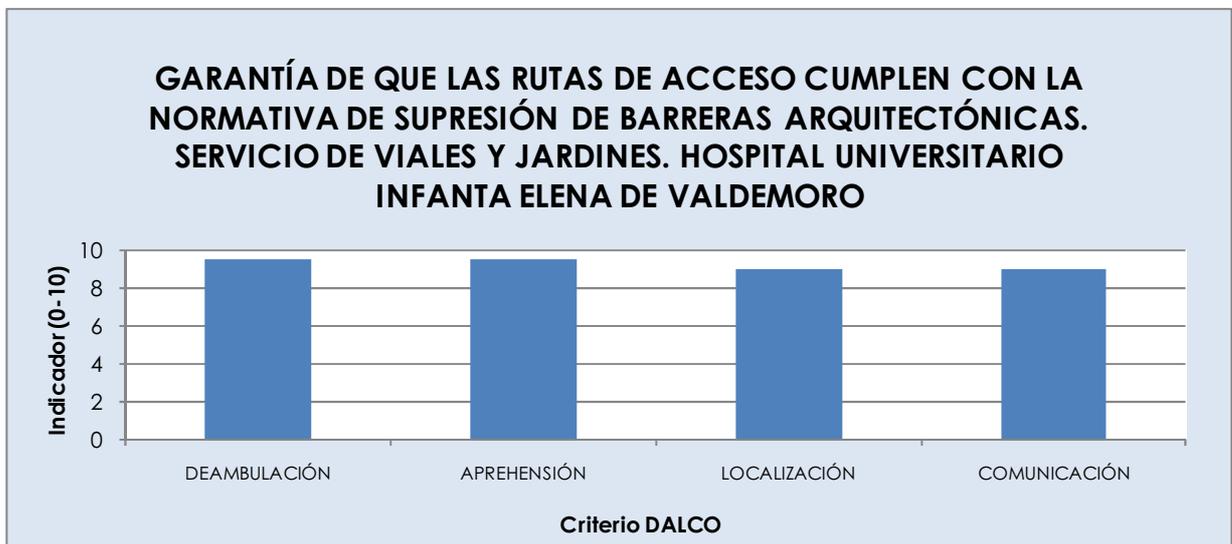
Se efectúa la conexión y desconexión del alumbrado de la urbanización de acuerdo al horario del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, de forma coherente con la estación del año y previniendo las necesidades que la seguridad del edificio recomienda.

En caso de avería general, se ha comprobado que se trata de que los puntos de luz queden en servicio. Si no es posible hacerlo de forma inmediata, se prevé realizar un tendido provisional, si la seguridad del edificio lo aconseja.

Es importante mantener las luminarias encendidas para evitar robos y daños en los edificios del Hospital. No se ha evidenciado ninguna modificación que disminuya los valores de iluminación.

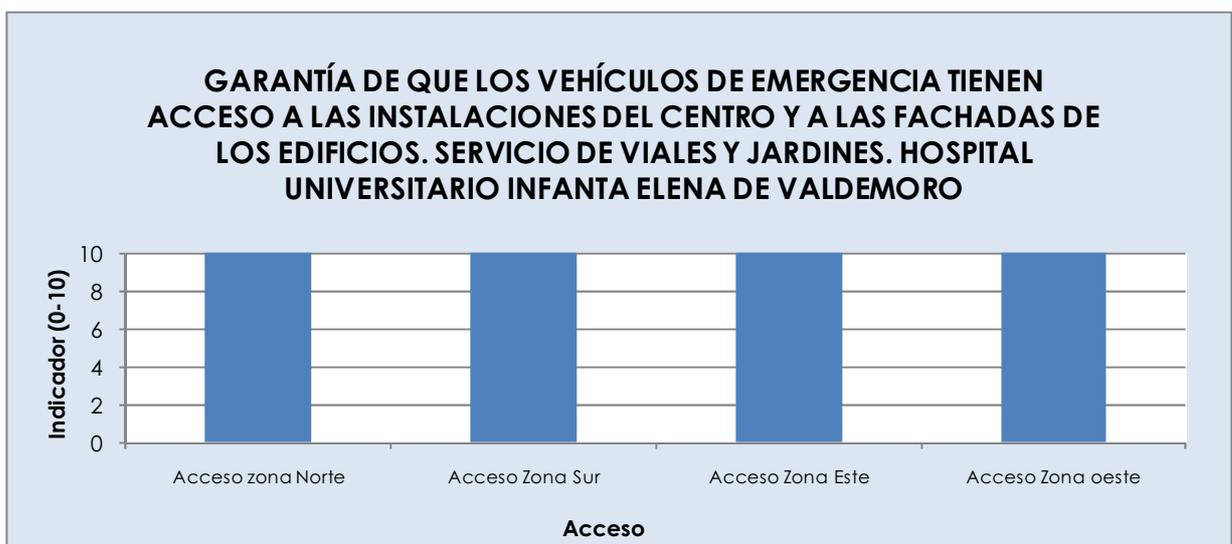
A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa de calidad del Servicio de Viales y Jardines en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro realizada en Febrero de 2015, con indicación de los parámetros, evidencias, datos e ítems que han servido a GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. para su cuantificación objetiva:

- **GARANTÍA DE QUE LAS RUTAS DE ACCESO CUMPLEN CON LA NORMATIVA DE SUPRESIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS :**



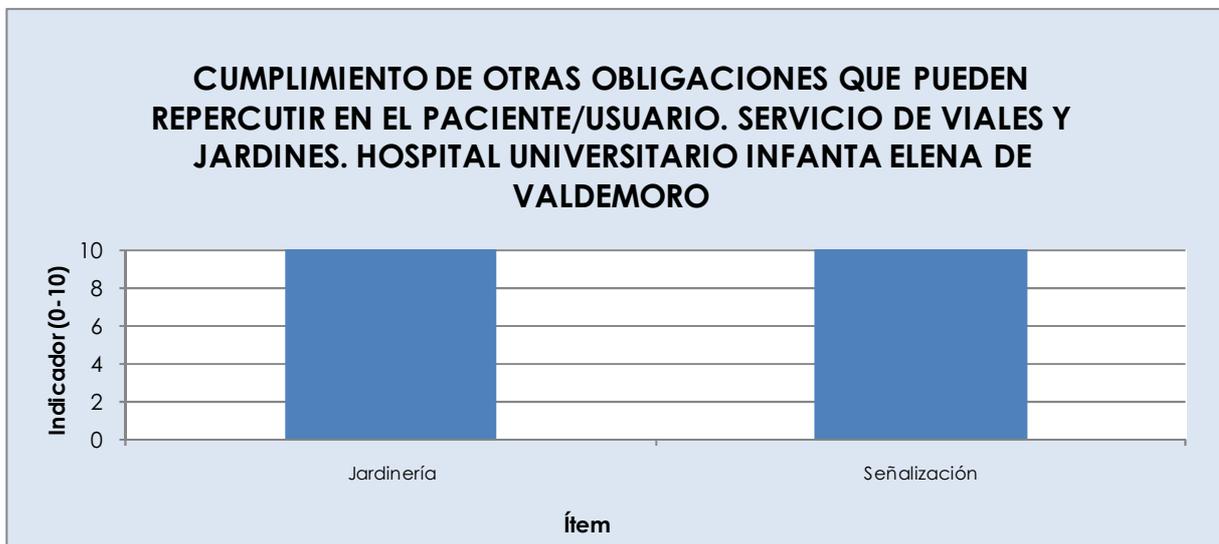
Se valora positivamente, pudiéndose mejorar los paneles informativos que faciliten la localización en el Hospital.

- **GARANTÍA DE QUE LOS VEHÍCULOS DE EMERGENCIA TIENEN ACCESO A LAS INSTALACIONES DEL CENTRO Y A LAS FACHADAS DE LOS EDIFICIOS :**



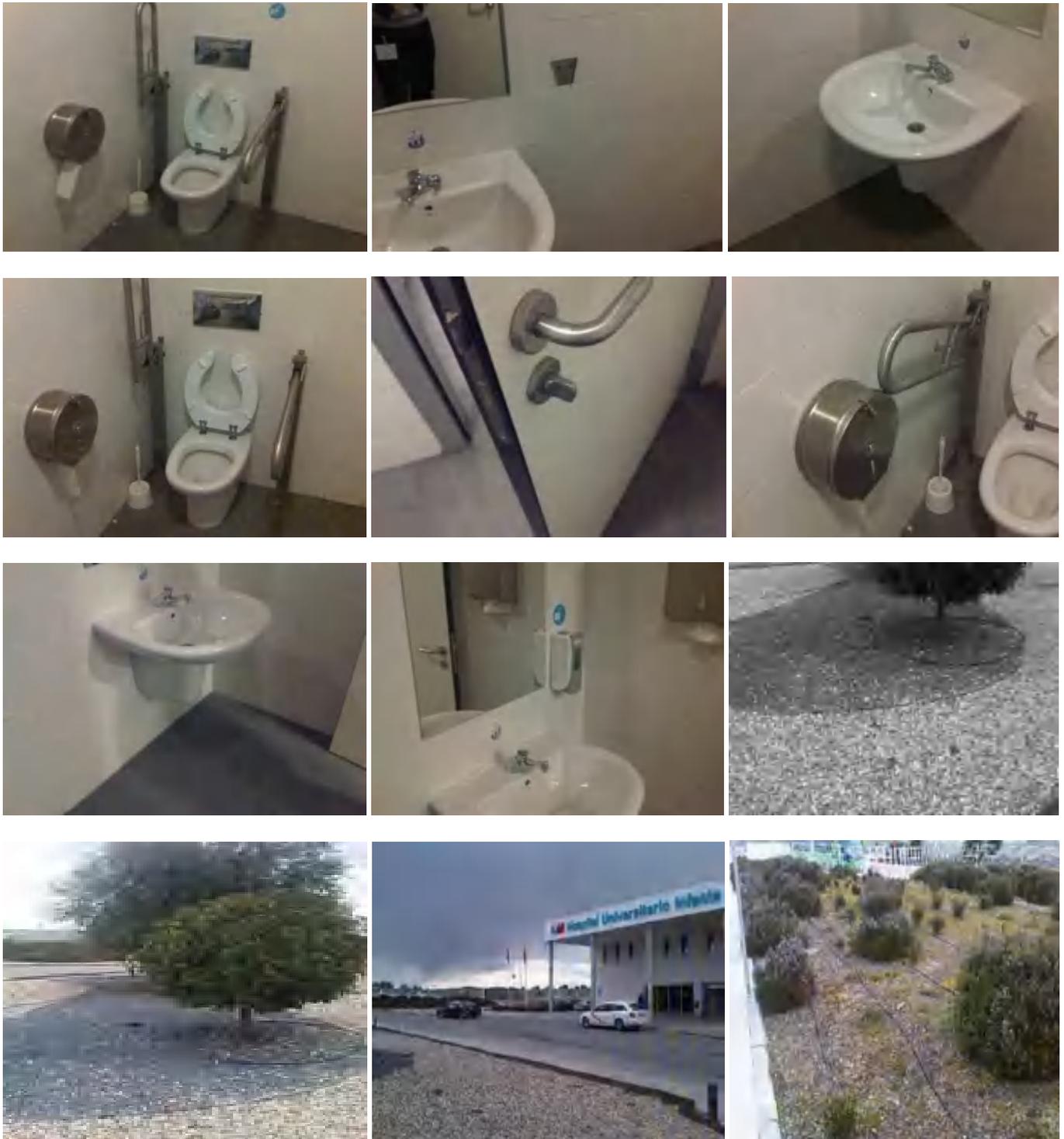
Se valora muy positivamente.

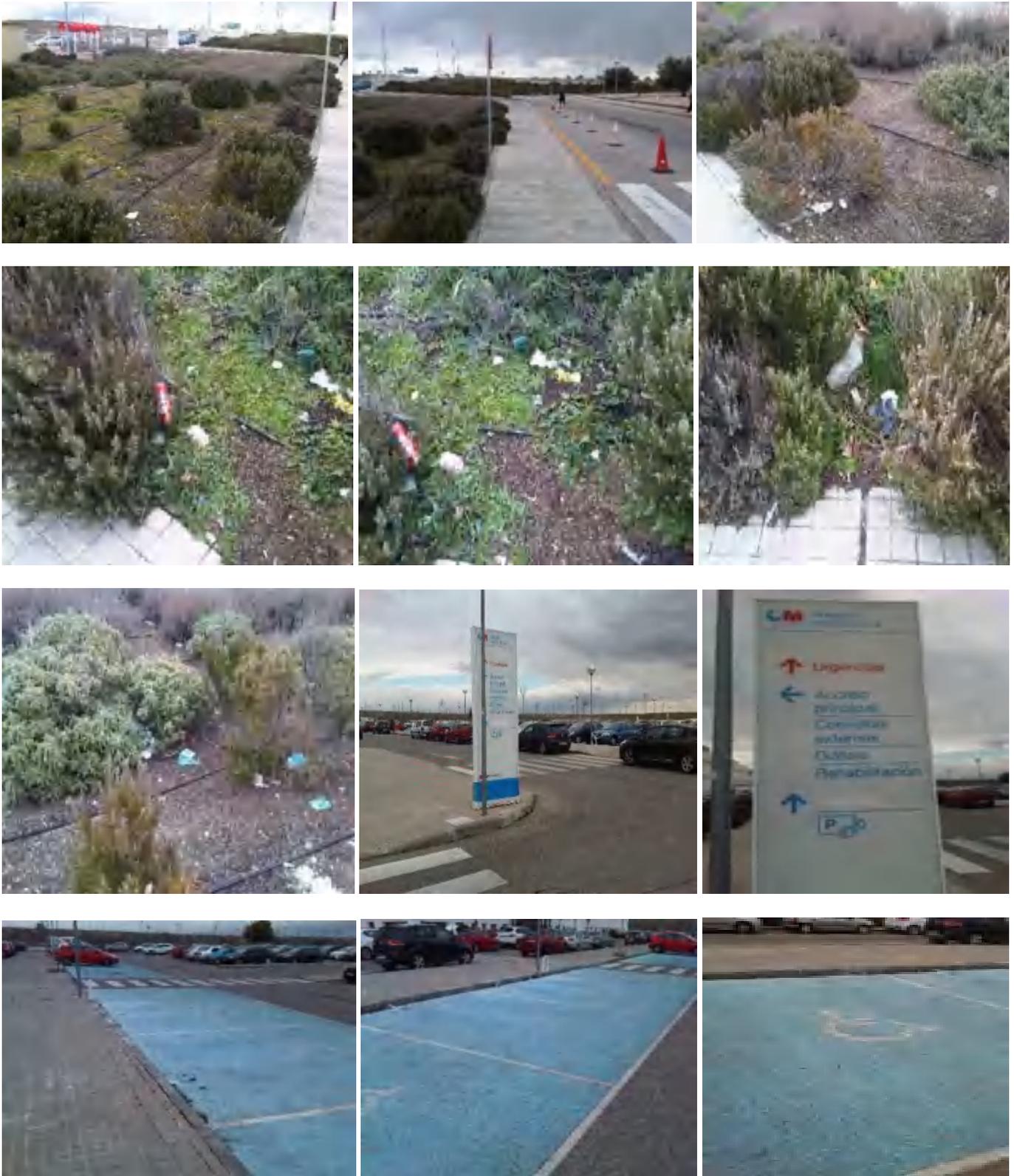
➤ CUMPLIMIENTO DE OTRAS OBLIGACIONES QUE PUEDEN REPERCUTIR EN EL PACIENTE/USUARIO :



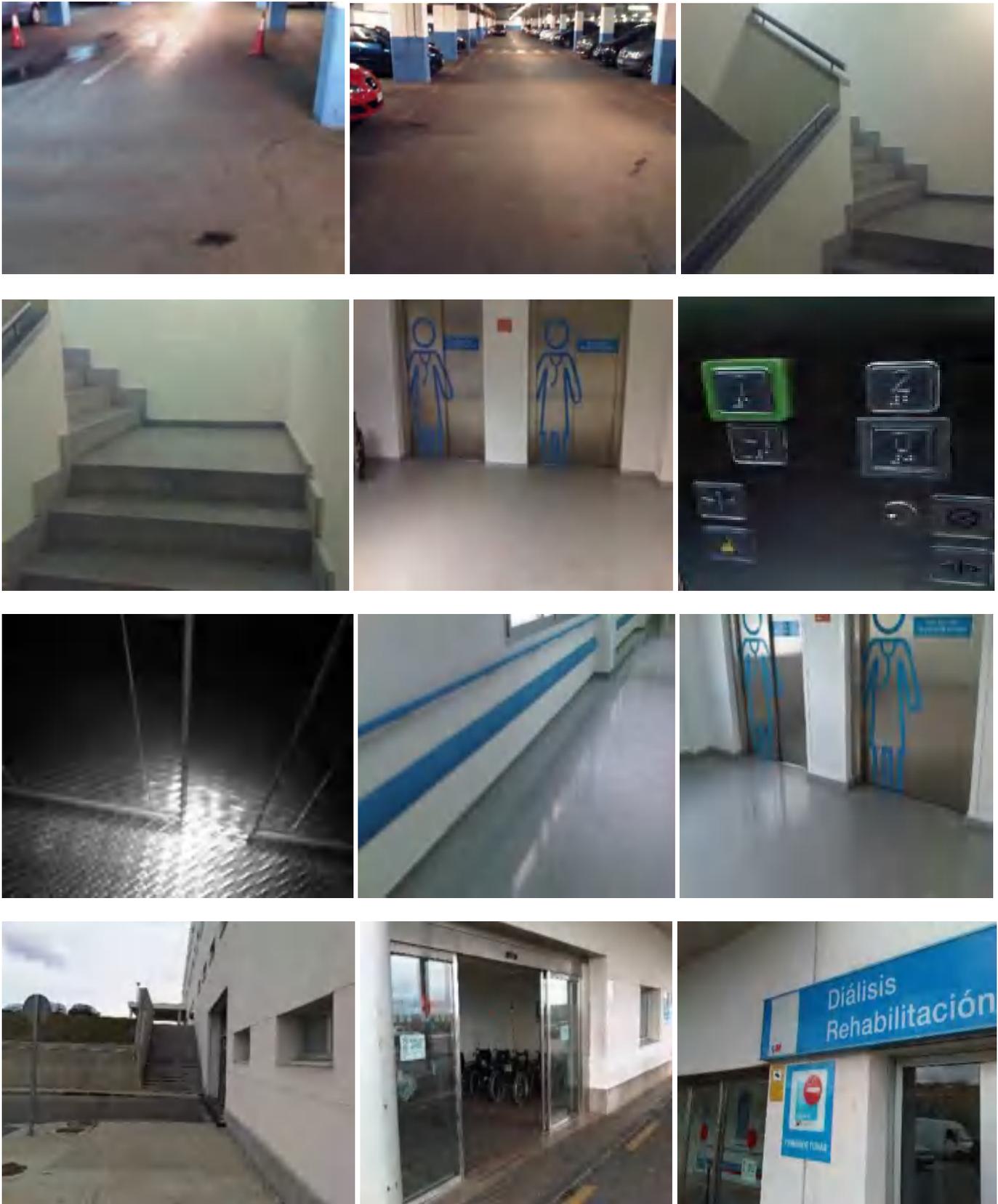
Se valora muy positivamente.

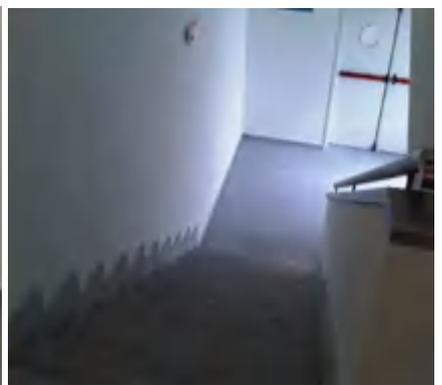
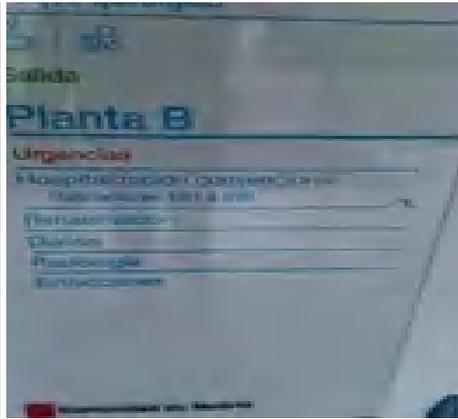
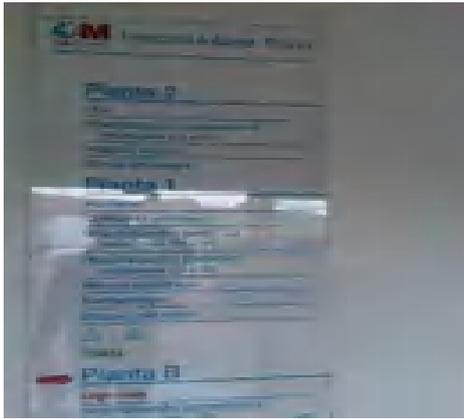
4.5.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO











4.5.4. PUNTOS FUERTES

A continuación, se indican los puntos fuertes del Servicio de Viales y Jardines del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, tras la realización de la Auditoría Operativa durante el mes de Febrero de 2015 por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. :

- En relación con los viales, GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. ha evidenciado las siguientes operaciones de mantenimiento con objeto de mantener la urbanización del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro y un correcto acceso al mismo:

| OPERACIONES | FRECUENCIA |
|--|------------|
| URBANIZACIÓN | |
| COMPROBACION DE LOS SIGUIENTES PUNTOS | |
| Pavimentos y firmes de carretera. Inspección ocular y limpieza, si es necesario de drenajes | MENSUAL |
| Pavimento y firmes carretera. Verificar reparación de roturas y baches, cuidando la compactación | SEMESTRAL |
| Bordillos. inspección ocular de detección y roturas | ANUAL |
| Pavimentos, Vallas y Mobiliario. Reparar elementos dañados y pintadas | SEMESTRAL |
| Pavimentos y Bordillos. Verificar limpieza con mangueras de agua a presión | SEMESTRAL |
| Mobiliario y alcorques. Verificar correcciones del estado del recibido anclaje | ANUAL |
| Pavimento y firmes carretera. Comprobar pintura general de toda la señalización vía horizontal | ANUAL |

- Se dispone de plazas adaptadas a minusválidos en todas las zonas exteriores, con un total de 16 plazas adaptadas para minusválidos y 6 plazas reservadas para Pacientes.
- Se ha podido evidenciar una correcta poda, la eficacia de los tratamientos fitosanitarios, un riego de acuerdo a las necesidades así como un correcto mantenimiento de la red de riego por goteo instalada en los jardines.

Medida 1.2.2. Recuperación de aguas pluviales y aprovechamiento de autódromos de irrigación.

Situación actual:

En estos momentos todo el agua que recogemos en cubatas va está vertiendo directamente al alcantarillado. Según la Agencia Estatal de Meteorología (la media anual en Valdemoro es de 329mm) lo que es igual a 329 litros/m².

Por otra parte en 2011 se modificó el sistema de riego y el tipo de jardinería que había plantado en parte del recinto del centro, se eliminó el riego por aspersión y se instaló una cubierta de piedra sobre lámina de geotextil para impedir el crecimiento de maleza. Para seguirnos regando, por goteo, el resto de esta jardinería, mayormente Arcebutos y arboles. Este sistema de riego consume durante los cuatro meses que está activo 8 m³ de agua diarios.

Otro de los puntos donde se ha realizado un estudio de consumo de agua es el contador de agua en la zona de lavad de carros de basura y puntos de agua para el lavado de las maquinillas de A.S.U. El consumo anual de esta zona, para el mes antes mencionado es de 100 m³.

Actuación propuesta:

Se propone la recuperación tanto del agua pluvial que recoge los 1.400 m² de cubierta del Edificio Industrial, como del agua que los días quitaneros el Servicio de Esterilización vanter directamente también al alcantarillado.

Sobre esta segunda punto hay que comentar que ya existe una medida propuesta en el año 2011, la medida III-1-p, que se encontraba en fase de desarrollo, en la que se solicitó un estudio de rentabilidad tanto del coste de inversión como el plazo de amortización de la misma. En este estudio también se detalla el sistema de potabilización de esta agua ya que se propone almacenarla en los depósitos de AFCH del centro.

La medida que ahora se propone es acumular estos dos flujos de agua a dos aljibes de nueva construcción que se van a realizar aprovechando dos huecos constructivos desaprovechados, convenientemente reforzados e impermeabilizados con lamina de PVC, del Edificio Industrial.

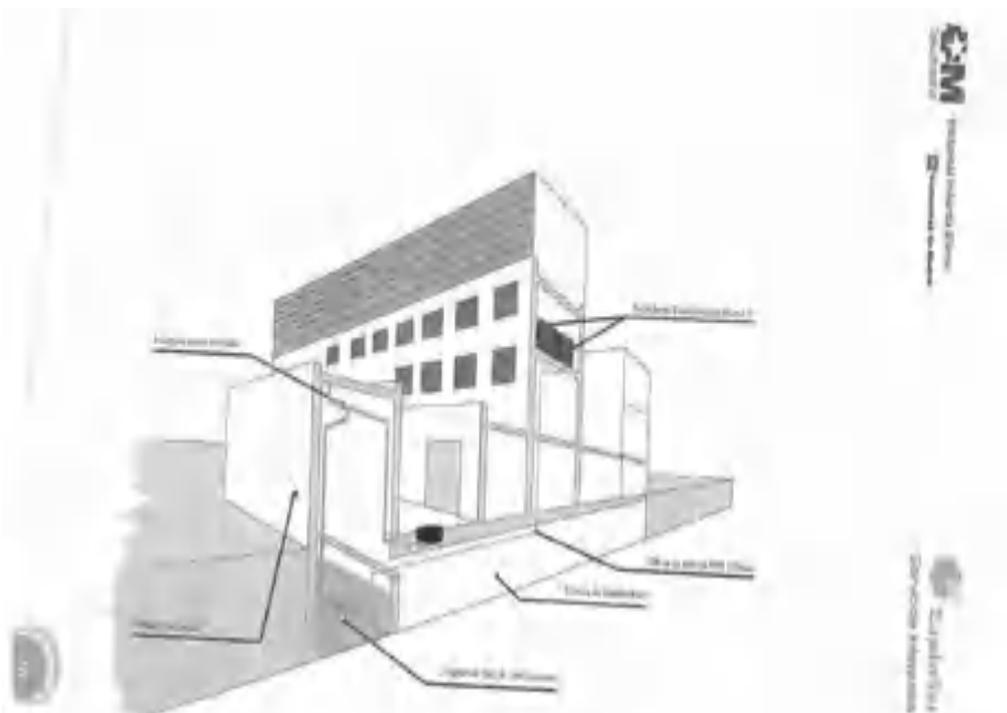
Debido a la pobre pluviometría de la zona y a que la mayor demanda de riego se sitúa en los meses menos lluviosos, se considera que la reconducción del agua que se vierte desde los autoclaves es un complemento ideal para suplir la falta de agua de lluvia en esos meses. Por otra parte también se propone alimentar del grupo de presión del sistema de riego todos los puntos de agua que tiene el Edificio Industrial en la zona de los almacenos finales de Residuos y Compactadores, para aprovechar el agua que estamos acumulando los meses en los que el riego está desconectado.

Por otro lado se elimina del proyecto la parte más costosa del mismo, el sistema de potabilización de agua que nos permitiría acumularla en los aljibes de AFCH con todas las garantías sanitarias.

Existe consumo suficiente para aprovechar el 100% del agua que utilizan los autoclaves en época estival; por lo que para realizar un mayor aprovechamiento del agua excedente fuera de esa temporada, sería posible ampliar el riego fuera de la época que actualmente está programada y así impedir la pérdida de vegetación que todos los años sufrimos a causa de períodos largos de sequía.

El agua que proviene de la cubierta debido a su carácter impredecible, tanto en el tiempo como en la cantidad, obliga a dotar a la instalación de un sistema anti rebosa mediante dos válvulas motorizadas que en caso de gran avenida de agua desviarán momentáneamente el flujo de agua al alcantarillado.

Esquema de la instalación:



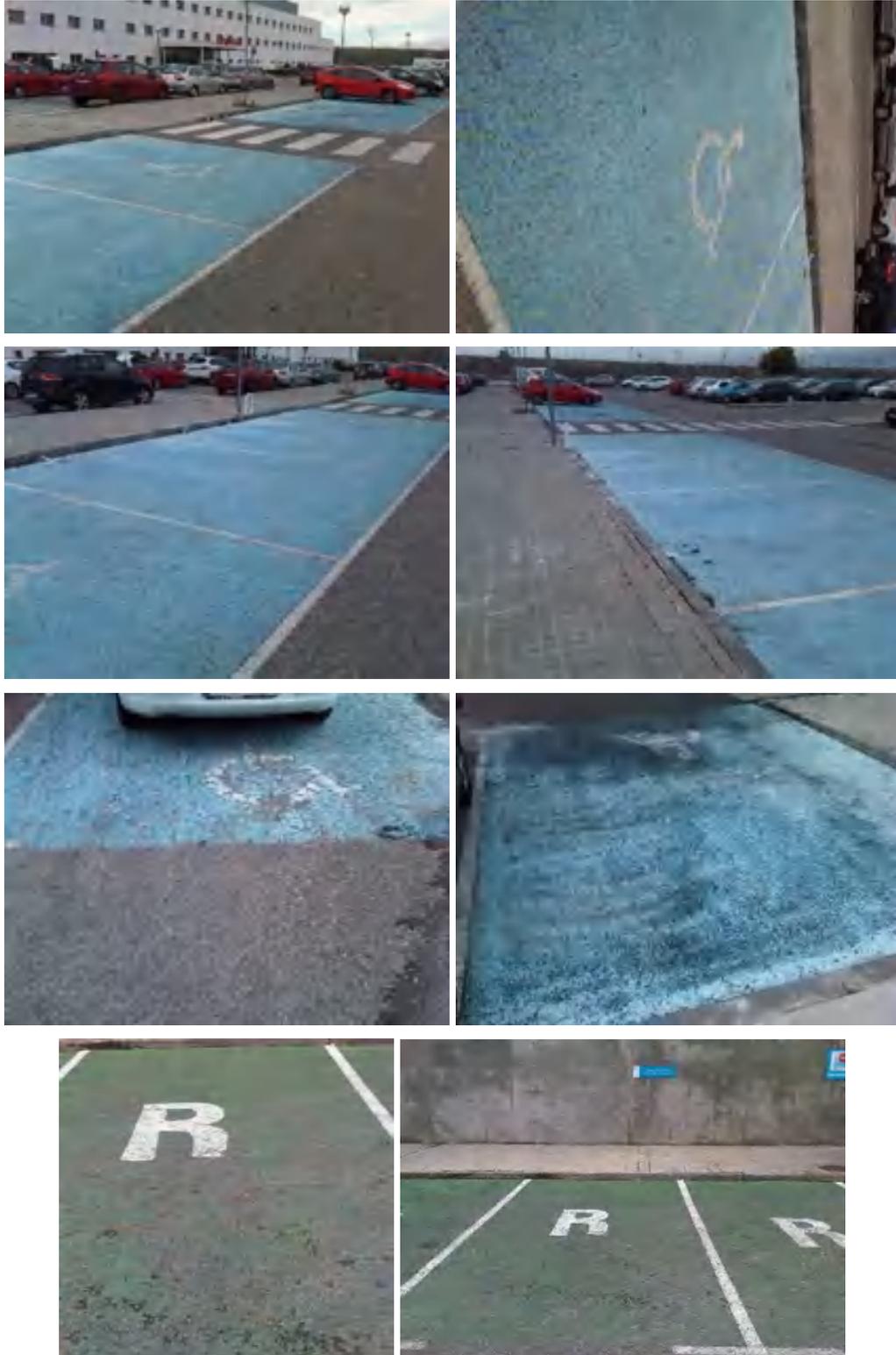
- Se ha podido evidenciar la correcta conservación de las vías de tránsito manteniéndose en condiciones seguras y debidamente señalizadas para facilitar el acceso al Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro de todos los usuarios.

4.5.5. ÁREAS DE MEJORA

A continuación, se indican las áreas de mejora del Servicio de Viales y Jardines del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, tras la realización de la Auditoría Operativa durante el mes de Febrero de 2015 por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., así como las acciones correctoras propuestas para su subsanación:

- Se dispone de plazas adaptadas a minusválidos en todas las zonas, con un total de 16 plazas adaptadas para minusválidos, cumpliendo con lo requerido en la Legislación Vigente, si bien, faltaría la señalización vertical de las mismas, más 6 plazas reservadas a Pacientes: ***El área de acercamiento se dota de una señal vertical, en lugar visible que no represente obstáculo, compuesta por el símbolo de accesibilidad y la inscripción «reservado a personas con movilidad reducida».***

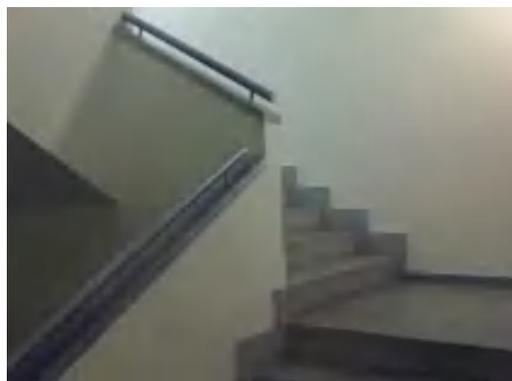




- ESCALERAS: Se ha evidenciado el cumplimiento de todos los puntos a excepción del b) y el e):

b) Las barandillas y/o paramentos que delimitan las escaleras cuentan, en ambos lados, con un pasamanos cuya altura de colocación está comprendida entre 95 y 105 cm, medidos desde el borde de cada peldaño. Dichos pasamanos mantienen la continuidad a lo largo de todo su recorrido, independientemente de que se produzcan cambios de dirección y se prolonga un mínimo de 30 cm en arranque y fin de escalera. Cuando la escalera tiene un ancho libre superior a 400 cm, dispone de un pasamanos central. En los edificios de uso público destinados a actividades de salud o de atención a niños, ancianos o personas con discapacidad, se disponen barandillas a doble altura; la inferior estará emplazada entre 65 y 75 cm, medidos desde el borde de cada peldaño, y la superior entre 95 y 105 cm.

e) Evidenciar que la presencia de la escalera se indique mediante la colocación en los rellanos -zona de embarque y desembarque- de una franja de señalización tacto-visual de acanaladura homologada dispuesta en perpendicular a la dirección de acceso. Dicha franja tendrá alto contraste de color en relación con los dominantes en las áreas de pavimento adyacentes y debería abarcar el ancho completo de la escalera. En el sentido descenso, está situada con respecto al borde del escalón; una distancia equivalente a la de una huella, su profundidad es de 120 cm, con una tolerancia de más menos 5 cm.

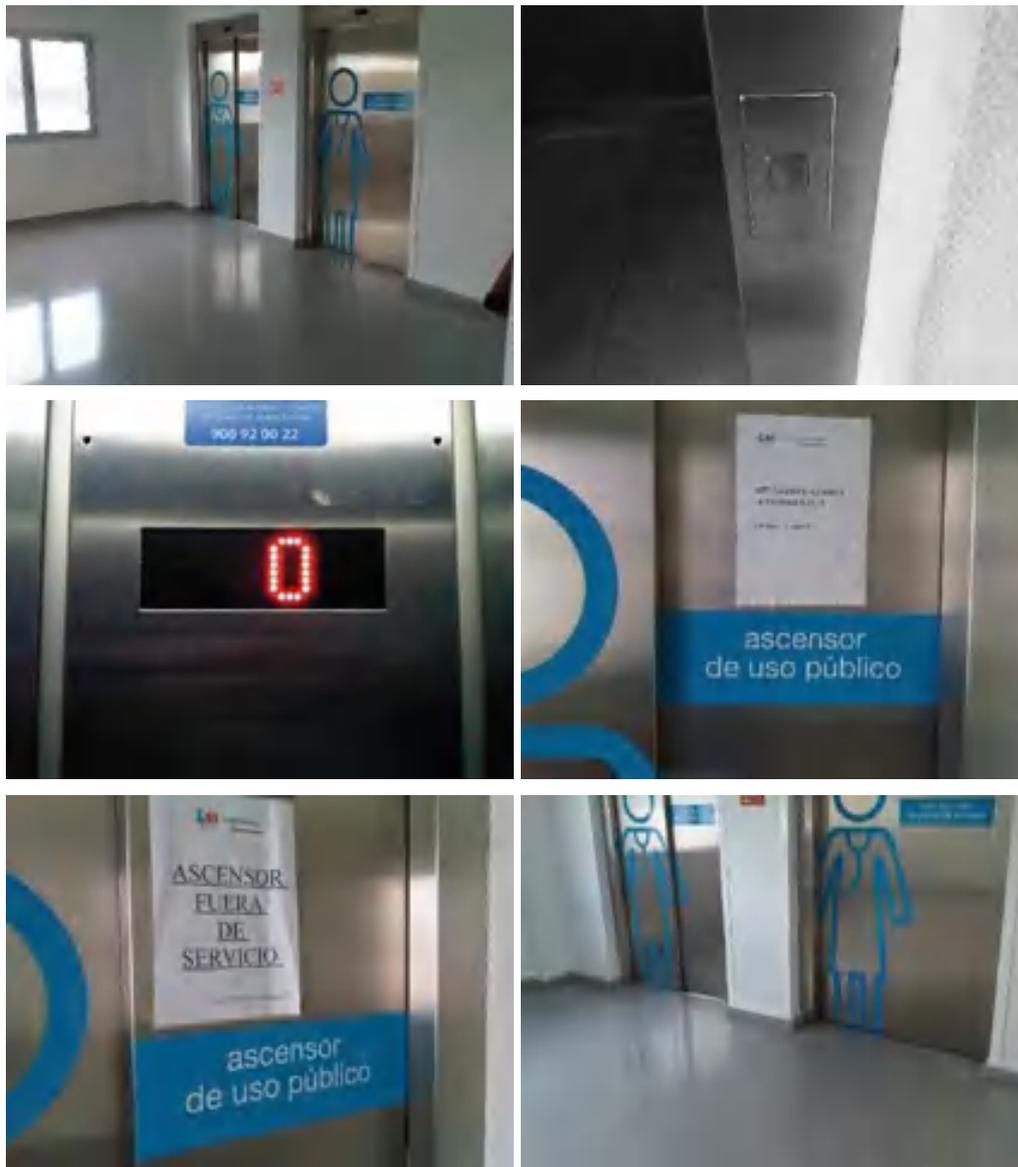




- **ASCENSORES:** Se ha evidenciado el cumplimiento de los siguientes requisitos a excepción de los puntos f) y k), ya que el ascensor no indica de modo sonoro la planta en la que se encuentra ni el sentido en los ascensores de personal sanitario, si en los de pública concurrencia, y no se señala la zona de embarque del ascensor:
 - f) Cuando el ascensor comunique dos o más niveles, su cabina debería contar con un indicador de parada e información sonora y visual que refleje el número de planta y si éste sube o baja. Dichas señales deberían de ser detectables tanto desde el interior como desde el exterior de la propia cabina.
 - k) La presencia de la zona de embarque del ascensor se señala mediante la instalación, en el pavimento adyacente a la puerta, de una franja tacto-visual de acanaladura homologada dispuesta en perpendicular a la dirección de acceso, centrada respecto a la puerta, y de dimensiones 120 cm de ancho por 120 cm de fondo mínimo. Dicha franja cuenta con alto contraste en color en relación con los dominantes en las zonas de pavimento próximas.







- ASEOS ACCESIBLES: No se ha podido evidenciar el cumplimiento de los siguientes requisitos, por lo que se considera un área a ser mejorada:
 - c) Los espacios y elementos de los aseos y baños adaptados y los del resto de baños y aseos son comunes. Dichos espacios y elementos disponen de las condiciones funcionales y dotaciones que garantizan la accesibilidad.
 - d) Se ha verificado que cumplen los siguientes requisitos:

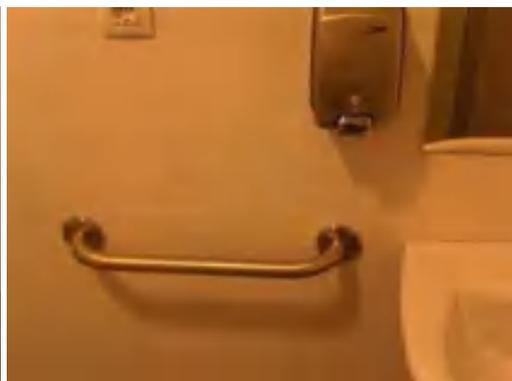
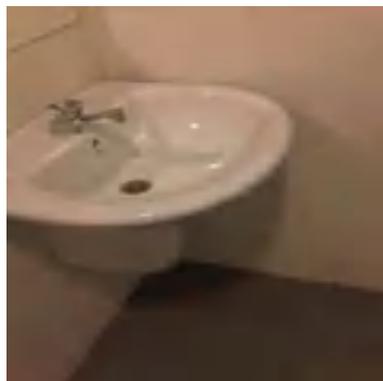
1. La entrada y uso de estos espacios y de todos sus elementos, está permanentemente disponible para su utilización inmediata por cualquier usuario. En ningún caso las puertas de los mismos permanecen cerradas a los usuarios.
2. Las puertas y huecos de paso permiten un ancho libre mínimo de 80 cm. Su altura libre mínima no es inferior a los 210 cm. Las correspondientes al acceso al aseo o baño y las existentes dentro del mismo, cuentan con alto contraste de color en relación con el de las áreas adyacentes. De igual forma, las manillas o tiradores de las mismas se diferencian cromáticamente con respecto a la propia puerta.
3. Cuentan con unas dimensiones mínimas que permiten inscribir dos cilindros concéntricos superpuestos libres de obstáculos: El inferior desde el suelo hasta una altura de 30 cm, con un diámetro de 150 cm, y el superior hasta una altura de 210 cm medidos desde el suelo y un diámetro de 130 cm. Todo ello de forma que se garantiza a los usuarios la realización de una rotación de 360° y el acceso a los elementos, cabinas, duchas o bañeras adaptados.
4. El suelo es antideslizante tanto en seco como en mojado. Al igual que las paredes, no se ha evidenciado que se produzcan reflejos que comporten deslumbramiento. No se ha verificado la existencia de resaltes o rehundidos.
5. La iluminación general del espacio es uniforme y se ajusta en cuanto a temperatura de color e intensidad a los «Niveles de iluminación general» requeridos. No se ha evidenciado la instalación de mecanismos de control temporizados.
6. **La localización del aseo adaptado se señala con el logotipo internacional de accesibilidad, ajustándose éste a lo establecido en la Norma «Señalización y comunicación adaptadas».**
7. Los accesorios colocados en voladizo que sobresalen más de 10 cm se sitúan de tal forma que no producen riesgos de impactos.
8. Al menos el área de paramento adyacente a la proyección de los aparatos sanitarios y accesorios se diferencia de éstos mediante alto contraste de color según lo indicado en la Norma 5 «Señalización y comunicación adaptadas».

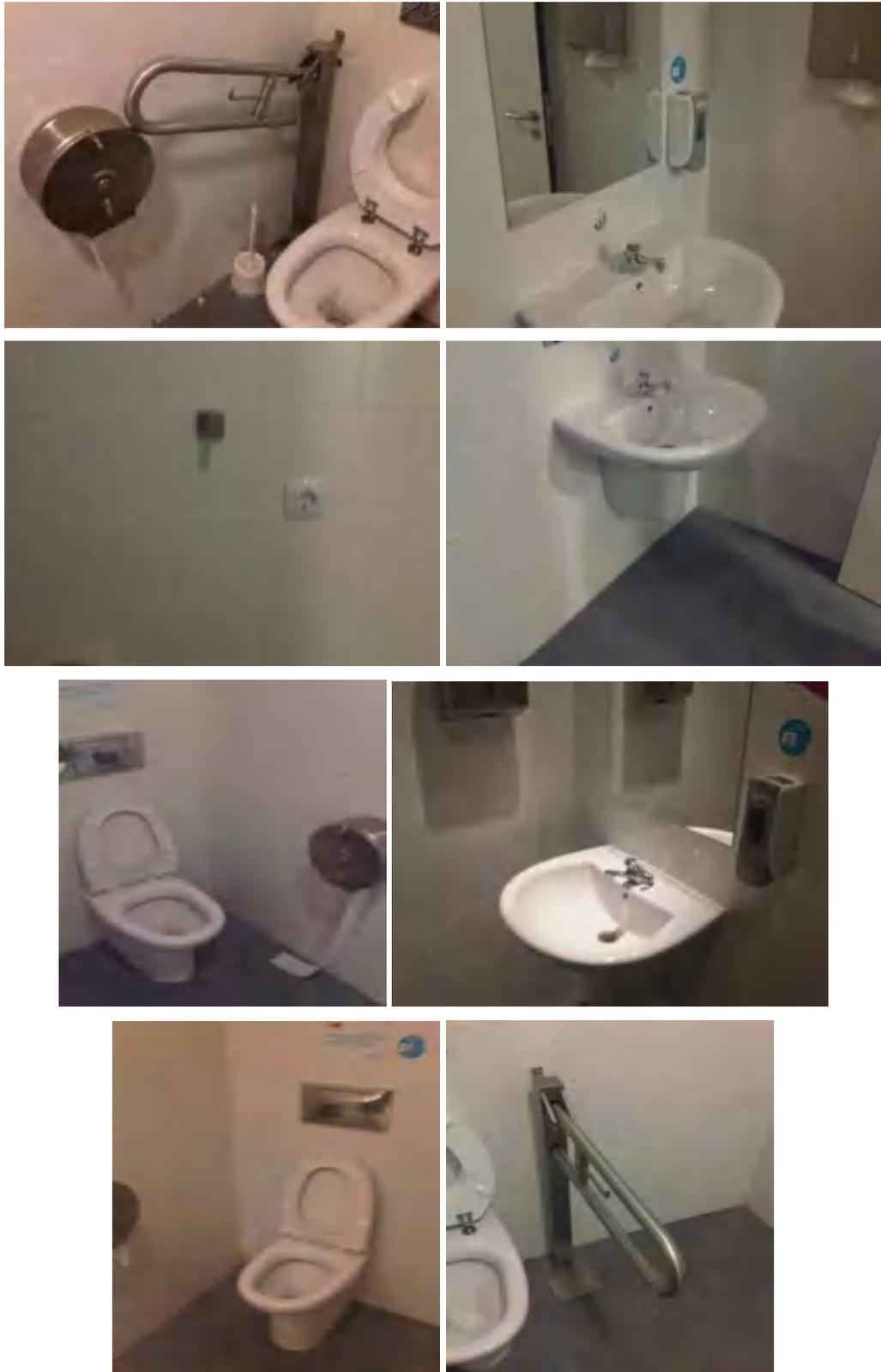
9. No se ha detectado la existencia de conducciones o canalizaciones al descubierto sin la protección o aislamiento térmico necesarios.
10. Al menos una de las cabinas de aseo es accesible. Para ello se ha comprobado que cumple con los siguientes requisitos:
 - Cuenta con las condiciones dimensionales indicadas en el punto 3.
 - Dispone de puertas batientes o plegables hacia fuera o correderas.
 - Cuenta con un inodoro en el que la altura del asiento está comprendida entre 45 y 50 cm medidos desde el suelo.
 - **Permite todas las posibles transferencias, para ello dispone de espacio libre a ambos lados de 80 cm de ancho y las barras de apoyo son adecuadas. En cualquier caso, las horizontales laterales son abatibles y las horizontales posteriores no fuerzan la posición del usuario. En ambos supuestos, la altura está comprendida entre 70 y 75 cm medidos desde el suelo.**
 - Dispone de mecanismos de descarga cuya acción es táctil, de presión o palanca. Dichos mecanismos están situados a una altura entre 70 y 120 cm.
 - **Posee un sistema de llamada de auxilio desde el interior, de manera que, por su localización, señalización y forma, permite ser utilizado por todos los usuarios con facilidad. Sus puertas disponen de un mecanismo que permite desbloquear las cerraduras desde el exterior en caso de emergencia.**
11. Al menos uno de los lavabos y uno de los equipos de accesorios son ser accesibles, para ello se ha comprobado que cumplen los siguientes requisitos:
 - La parte inferior del lavabo se sitúa a una altura mínima de 70 cm hasta un fondo mínimo de 25 cm y su parte superior a una altura comprendida entre 80 y 85 cm, ambas medidas desde el suelo. En todo caso, su colocación permite la completa aproximación frontal al mismo y a su grifería. Los mecanismos de accionamiento de la grifería son de palanca, táctiles o de detección de presencia.

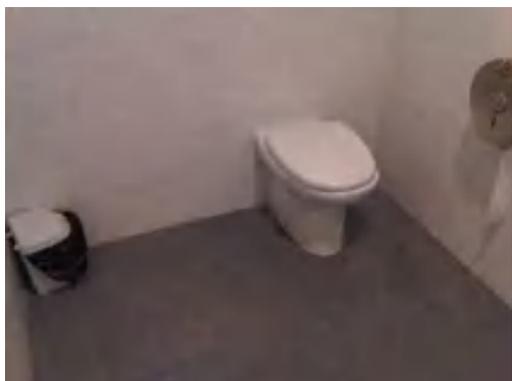
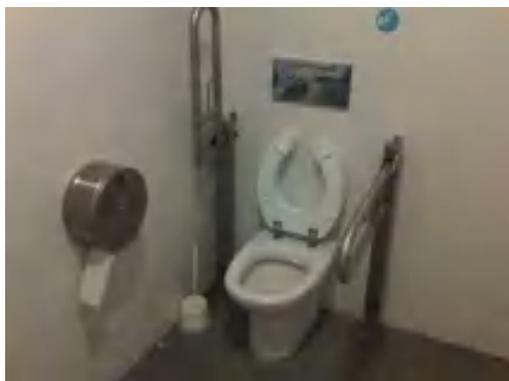
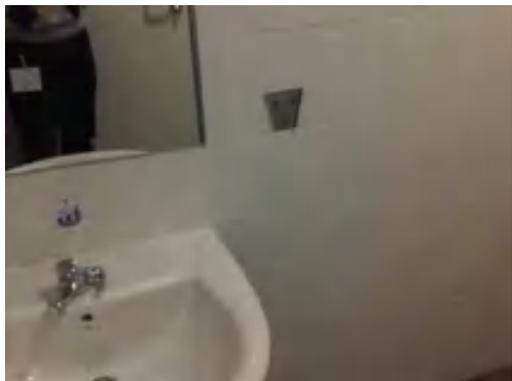
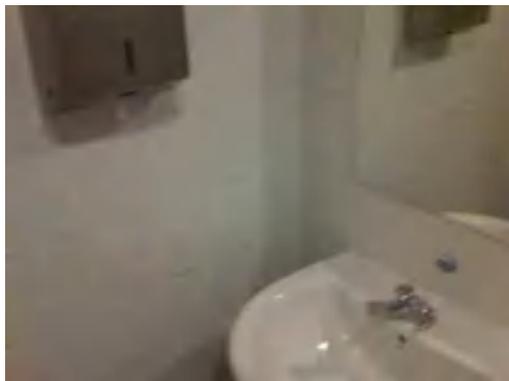
- El equipo de accesorios se sitúa a una altura entre 70 y 120 cm y la parte inferior de los espejos a una altura máxima de 90 cm, ambas medidas desde el suelo.
12. Al menos una de las duchas es accesible. Para ellos se ha verificado que cumple con los siguientes requisitos:
- Su suelo es continuo con el del recinto, antideslizante en seco y en mojado, y su pendiente no resulta superior al 2 por 100.
 - Cuenta con un asiento abatible o desmontable fijado a la pared. Dicho asiento está situado a una altura comprendida entre 45 y 50 cm medidos desde el suelo. Permite todas las posibles transferencias, para ello, las barras de apoyo son adecuadas. En cualquier caso, las horizontales laterales son abatibles y las horizontales posteriores no fuerzan la posición del usuario. En ambos supuestos, la altura está comprendida entre 70 y 75 cm medidos desde el suelo.
13. Al menos una de las bañeras esr accesible. Para ello se ha verificado que cumple con los siguientes requisitos:
- La parte superior de la bañera está comprendida entre 45 y 50 cm medidos desde el suelo. Cuenta con una superficie a la misma altura que permite todas las transferencias, así como con las ayudas técnicas que posibilitan el acceso y evacuación de la misma de forma autónoma. Las barras de apoyo están situadas entre 70 y 75 cm medidos desde el suelo.
 - El fondo es antideslizante en seco y en mojado.



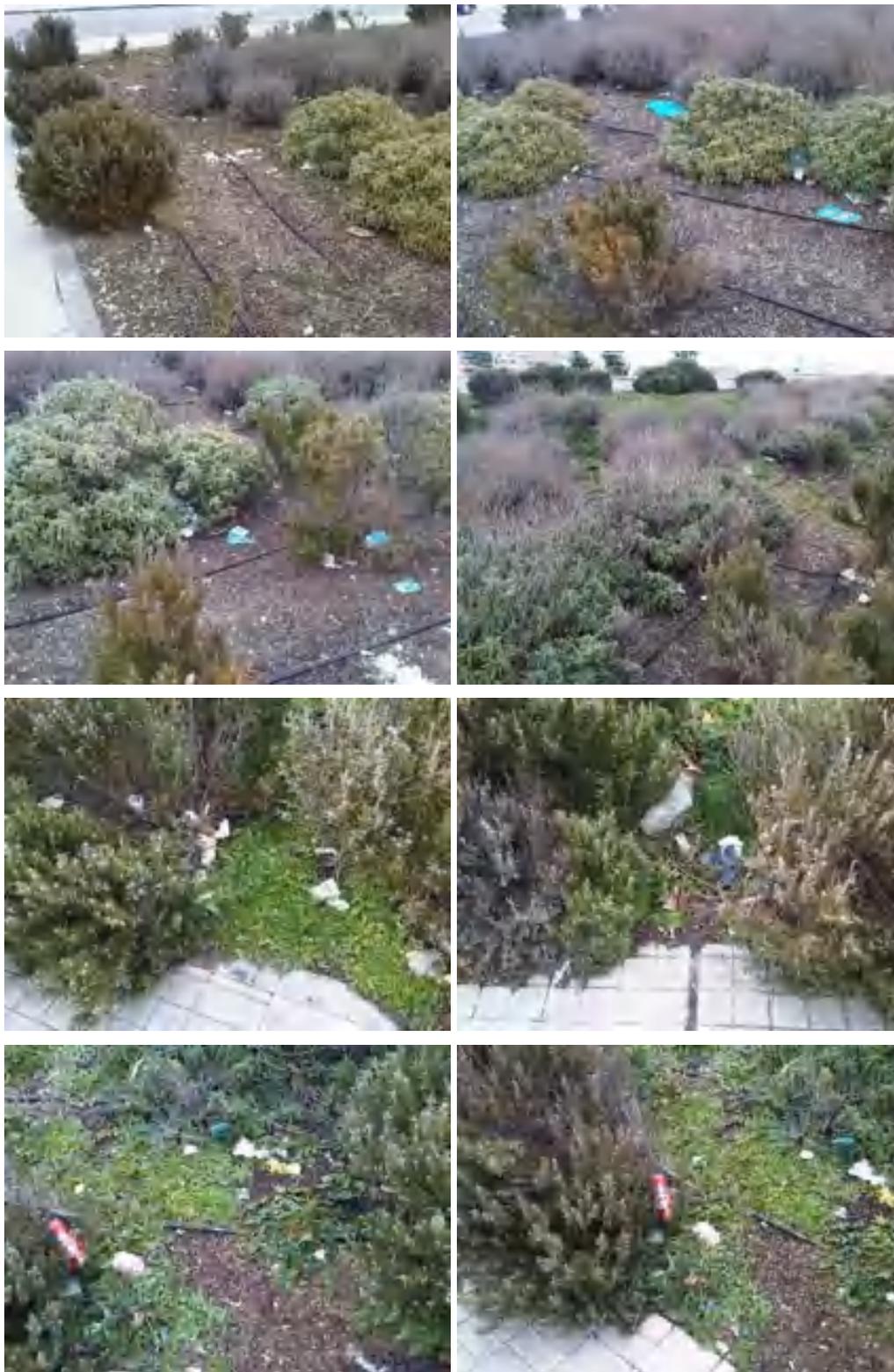




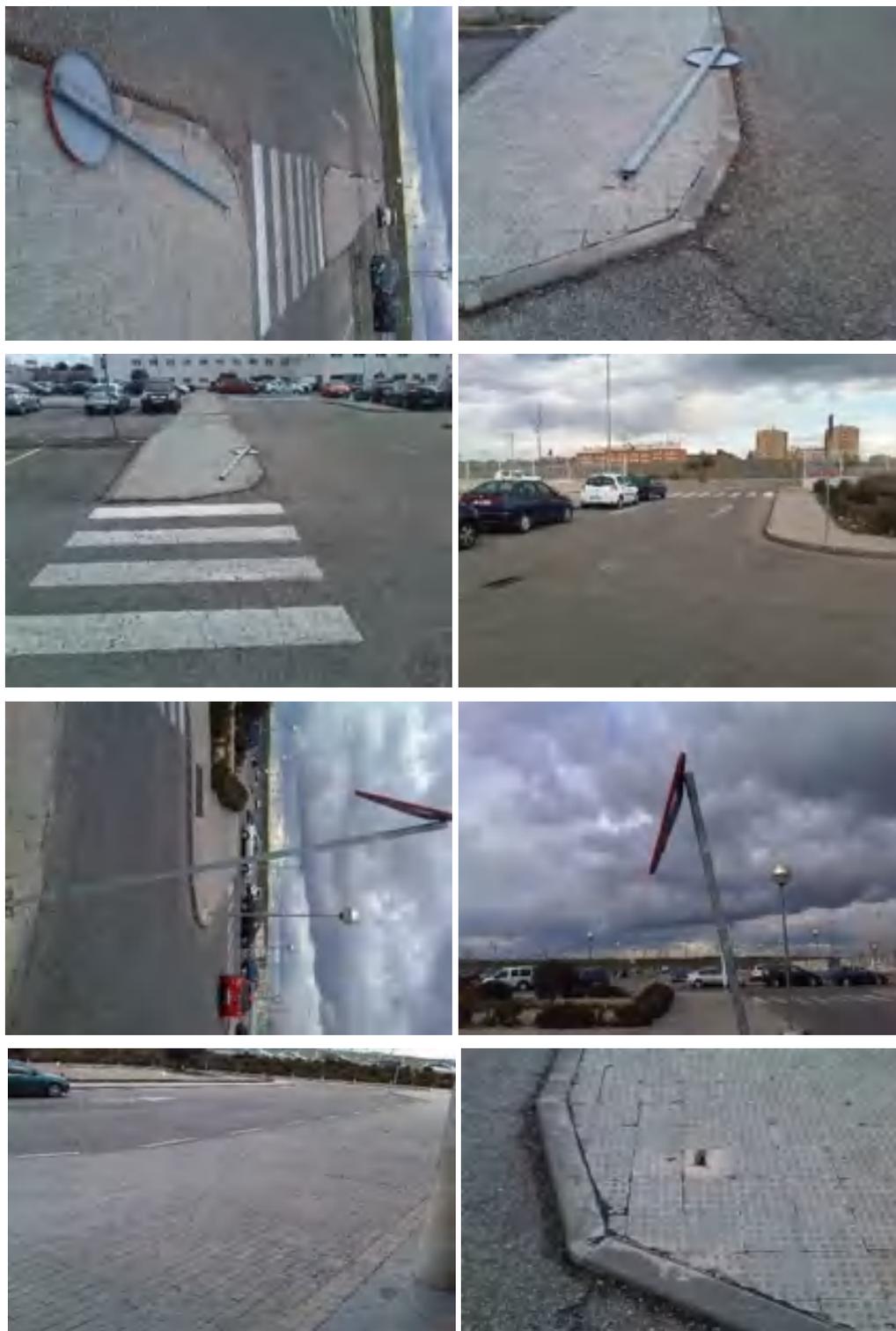




- LIMPIEZA GENERAL DE LAS ZONAS VERDES → se ha evidenciado suciedad en alguna zona del jardín, si bien, se ha tratado de un caso puntual:



- Señalización vertical correcta: OK, aunque habían 2-3 señales rotas y/o tiradas en el suelo:



4.6. SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

4.6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Esterilización, en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, consisten en lo siguiente:

- La concesionaria debe prestar el servicio integral de esterilización de los productos sanitarios reutilizables, aportando los medios necesarios para esterilizar el material de acuerdo a la normativa vigente.
- Se debe disponer de Licencia de la Central de Esterilización así como de la validación de los equipos y los procedimientos de esterilización emitido por el M^o de Sanidad y Consumo.
- Se debe implantar un sistema de gestión informatizada de todos los procesos llevados a cabo, con el fin de garantizar el control y la trazabilidad de todos los productos.
- La Sociedad concesionaria debe realizar, a su cargo y con frecuencia mensual, controles de calidad, por laboratorios externos autorizados, y comunicar los resultados de los mismos por escrito a la Unidad administrativa de seguimiento y control o persona en quién delegue la Administración.
- La Sociedad concesionaria debe establecer un sistema de control de calidad que comprenda la totalidad del proceso.
- Se deben tomar las medidas oportunas para asegurar el mantenimiento del servicio en caso de circunstancias extraordinarias, debiendo establecer los medios adecuados para solventarlas:
 - Disponer de stock de seguridad, tanto de textil como de instrumental.

- Disponer de alternativas a sus centrales de esterilización.
- Disponer de material estéril de un solo uso en sustitución del textil.
- Responsable del Servicio de Esterilización: D^o Mercedes y D^o Pilar (Dirección de Enfermería).

4.6.2. DIAGNÓSTICO

A continuación se detalla el cumplimiento de los requisitos definidos en el Pliego de Condiciones de la Concesión:

- La concesionaria presta el servicio integral de esterilización de los productos sanitarios reutilizables, aportando los medios necesarios para esterilizar el material de acuerdo a la normativa vigente.
- No se ha podido evidenciar la solicitud para disponer de la Licencia de la Central de Esterilización así como de la validación de los equipos y los procedimientos de esterilización emitido por el M^o de Sanidad y Consumo.
- Se ha comprobado que se tiene implantado un sistema de gestión informatizada de todos los procesos llevados a cabo, con el fin de garantizar el control y la trazabilidad de todos los productos.
- No se ha podido evidenciar que la Sociedad concesionaria realice, a su cargo y con frecuencia mensual, controles de calidad, por laboratorios externos autorizados.
- La Sociedad concesionaria tiene establecido un sistema de control de calidad que comprende la totalidad del proceso.

- Se ha previsto tomar las medidas oportunas para asegurar el mantenimiento del servicio en caso de circunstancias extraordinarias, debiendo establecer los medios adecuados para solventarlas:
 - Dispone de stock de seguridad, tanto de textil como de instrumental.
 - Dispone de alternativas a sus centrales de esterilización.
 - Dispone de material estéril de un solo uso en sustitución del textil.

En la Auditoría Operativa de Calidad realizada por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., durante Febrero de 2015, se ha podido evidenciar la correcta implantación de los Procedimientos del Servicio de Esterilización, garantizándose el cumplimiento de los requisitos exigidos para este Servicio:

| | |
|---|---|
|  Hospital Universitario Infantil Elena Comunidad de Madrid | |
| CADENA DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN | CÓDIGO: HV/PSA04/POC01 EDICIÓN: 2.3 |
| Realizado por: Propietario de Proceso | Aprobado por: CIPA |
| Destinatarios: Profesionales sanitarios asistenciales | Fecha Aprobación: Febrero 2010 |
| A conocer por: Todo el Hospital | Fecha última revisión: Abril 2012 Fecha próxima revisión: Abril 2015 |

1. OBJETO Y ALCANCE.

El objeto de este documento es el establecimiento de las técnicas y circuitos adecuados para el tratamiento del instrumental. La responsabilidad del procesamiento de los materiales recae en el servicio de esterilización a cargo del personal auxiliar de enfermería cuya función es proveer material estéril a desechado a todos los servicios. La centralización de los procesos consiste en realizar todas las etapas de la esterilización en un único recinto físico. Este sistema se considera más eficiente y seguro debido a que existe supervisión, criterios uniformes y manejo racional de los recursos. Las etapas del proceso de esterilización son:

- Limpieza
- descontaminación
- inspección
- preparación empaque
- esterilización
- almacenamiento y entrega

Fallos en cualquiera de las etapas del proceso utilizan en el resultado final. Para la selección del método de procesamiento de los artículos se debe considerar el riesgo de provocar infecciones en el paciente.

En de aplicaciones por todos los profesionales sanitarios asistenciales en el desarrollo de la atención de los pacientes.

2. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA/LEGISLACIÓN APLICABLE.

- Manual del Sistema de Integrado de Calidad, Medio Ambiente y Gestión Energética de Capso Salud.
- Normas UNE-EN-ISO 9001:2008; 9000:2005; 14001:2004 y UNE 16000:2010
- SC/PSA04/POC01/Procedimiento Mantenimiento de Autoclaves.

| | |
|--|--|
|  | |
| CADENA DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN | CÓDIGO: HV/PSA04/POC01 EDICIÓN: 2.3 |

- "Manuales operativos para hospitales", Organización Panamericana de la Salud, volumen IV, vigilancia ambiental y sanitaria en hospitales. <http://WWW.INSPI-MX>.
- "Procedimiento para el examen microbiológico de superficies y utensilios", Secretaría de Salud, 1992. <http://WWW.INSPI-MX>
- Wenzel R, Edmond M, Pittet D y col. *Guía para el control de infecciones en el hospital*. Edición actualizada. IDSA (sociedad Internacional de enfermedades Infecciosas). Ed. Médica Panamericana, Argentina, 2000. Danchavajitr S, Chokloikaew S.A "National prevalence study on nosocomial infections 1988". *J Med Assoc Thai* 1989; 72(suppl 2):1-6.
- García Caballero, J: "Guía para la prevención y control de la infección en el Hospital Universitario La Paz." Comisión de Infecciones y Política antimicrobiana del Hospital Universitario La Paz. Madrid, 2003.

3. REALIZACION

Los procedimientos destinados a lograr material estéril pueden realizarse de forma centralizada o descentralizada (puntos de uso).

Existen distintos métodos para la recepción y el traslado de materiales desde y hacia los servicios de esterilización. Los principios de la recepción y traslado de materiales están orientados a facilitar los procesos y asegurar la integridad de los materiales.

Tras finalizar la cirugía la DUE y la AE verifican con el listado específico de cada caja el instrumental utilizado en ese quirófano. Ese listado acompaña a cada caja con fecha y firma del personal que ha realizado el recuento.

El instrumental contaminado de cada quirófano, sale de éste, depositándose en un carro adecuado para el material, iniciando en ese momento la limpieza preliminar pulverizando dicho instrumental con *PRE-KLENZ (STERIS)*. Se cierra el carro para la circulación por el pasillo de sucio del área quirúrgica hasta el montacargas situado en el área sucia, que a su vez comunica con el área sucia de la Central de Esterilización.

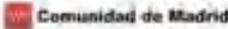
3.1. LIMPIEZA Y DESCONTAMINACION.

A su llegada a la Central, el primer paso es realizar los distintos procesos de lavado que se llevan a cabo por el personal auxiliar del bloque quirúrgico.

Este proceso de lavado tiene como objetivo la eliminación de materia orgánica e inorgánica para garantizar su correcta esterilización. Pueden realizarse por métodos manuales o automáticos. El detergente enzimático y neutro usado para el lavado del material asegura la eliminación de materia orgánica y no daña el instrumental. Formas de lavado:

- Lavado manual. Engloba todo material delicado (instrumental oftalmológico, ópticas, fibras ópticas, cables monopolares, bipolares, ultracision, motores...) y

© 2000/2001. Toda reproducción del contenido de cualquier forma o cualquier sistema de la información, como reproducción, fotocopia, grabación, etc., sin el consentimiento escrito de la Universidad Estatal de Valencia, quedan expresamente prohibidos.

| | |
|--|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena  | |
| CADENA DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN | CÓDIGO: HV/PSA04/POC01 EDICIÓN: 2.3 |

material urgente. El material que requiere un lavado manual previo al automático es todo aquel que es caudado (aspiradores ORL, instrumental con caudado).

- **Lavado automático.** Se realiza en lavadora termo-desinfectante registrándose en el Formato HV/PSA04/FPOC01/01: "Registro de Lavadora" donde se engloba la fecha, turno, el tipo de material o nombre del contenedor, servicio del que procede, el tipo de ciclo a utilizar y el número de ciclo correspondiente. El material que se procesa en este lavado automático se lleva a cabo en dos ciclos diferenciados:
 - **Ciclo 1: (Instrumental)** Es el ciclo más largo, con más tiempo de lavado y secado, para aquel material con abundantes restos orgánicos.
 - **Ciclo 2: (Utensilios)** Es el ciclo más corto, con menos tiempo de lavado y secado, para el resto de instrumental, por no poseer tanto restos orgánicos y no precisar un secado tan exhaustivo.

3.2. INSPECCIÓN.

Una vez que se ha finalizado el proceso de lavado (manual y/o automático) se vuelve a realizar el recuento de material y contenedores, se deja reflejada la firma del auxiliar de esterilización en el mismo listado utilizado por el personal del quirófano.

3.3 PREPARACIÓN Y EMPAQUE.

2.3.1 Preparación de material de servicios externos:

Nos llega el material de servicios externos al área de limpio, porque desde cada servicio, viene completado el proceso de lavado del material. Se receptiona, registrando su entrada en el formato HV/PSA04/FPOC01/05: "Registro de Entrega de Material", que presenta triple copia autocopiativa, en la cual se detalla el número de material y tipo de instrumental que depositan, y será firmada tanto por el personal auxiliar del servicio que entrega el instrumental tanto como por el personal auxiliar de esterilización. La copia amarilla se le da al servicio que entrega el material, la hoja verde y blanca se quedan en esterilización junto al instrumental hasta su recogida. El resto de proceso de preparación, empaque, esterilización y certificación, son iguales que los siguientes pasos a desarrollar sobre el material que se receptiona directamente de quirófano.

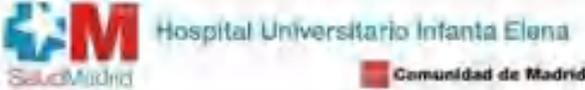
Los horarios de entrega son 09:00 – 11:00 y de 16:00- 18:00.

2.3.2 Material Quirúrgico:

El montaje del instrumental de cada caja, se realiza dependiendo de la funcionalidad de estas.

Tras el montaje del material se procede al empaque. Los objetivos del empaque de materiales a ser esterilizados son conservar su esterilidad hasta el momento de

ST03000 Todo contenido de este y de otros documentos queda a la espera de actualización de los procedimientos, instrucciones y demás documentos controlados por el Servicio Central de Control de Calidad.

| | |
|--|--|
|  | |
| CADENA DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN | CÓDIGO: HV/PSA04/POC01 EDICIÓN: 2.3 |

usarlos y permitir su manipulación de forma aséptica. Este empaque debe reunir una serie de características que son:

- Ser compatibles con los métodos de esterilización
- Permitir la penetración y difusión del agente esterilizante.
- Proveer una barrera adecuada.
- Permitir un cierre hermético.
- Permitir un transporte adecuado.

En la Central de esterilización el empaque se realiza según el tipo de contenedor y tipo de agente esterilizante:

- Esterilización a vapor (134° y 121°)
 - Contenedor metal con filtro, se provee de un filtro nuevo, se introduce tira de control químico, se realiza un envoltorio en las cestillas interiores, se cierra el contenedor con sello
 - Contenedor metal sin filtro, se realizara su empaque por el método de la triple barrera: tela, papel crepé y tejido sin tejer, dentro del contenedor la tira de control químico.
 - Embolsado: para instrumental o material suelto, se empaqueta en doble bolsa de papel de grado medico mixto y se introduce una tira de control químico en la primera bolsa.
- Esterilización Sterrad (gas plasma o peróxido de hidrógeno)
 - Contenedor metal se empaqueta con doble barrera de polipropileno, se introduce tira de control químico.
 - Embolsado: para instrumental o material suelto, se provee de doble embolsado de polipropileno y se introduce una tira de control químico en la primera bolsa.

Todos los contenedores van acompañados en su parte superior exterior del listado de instrumental que compone esa caja y de un sello en el que consta la fecha, ciclo/lote y el nombre del autoclave, para aportar la trazabilidad (*) del instrumental a la historia del paciente.

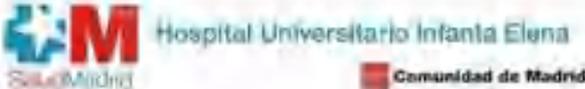
Los embolsados sólo van acompañados del sello con los mismos datos que el anterior, para aportar la trazabilidad (*) del instrumental a la historia del paciente.

(*) TRAZABILIDAD

Las cajas y bolsas de instrumental o material esteril identificado con su pegatina, se abren en las intervenciones donde es necesario. Todas las etiquetas del material utilizado, donde está registrado el nombre de la Auxiliar de Enfermería responsable de

(*) TRAZABILIDAD: Toda intervención, sistema de Gestión de la Calidad requiere de la implementación sistemática de procedimientos, estándares, procesos y prácticas documentados, controlados y revisados en la práctica del funcionamiento de Calidad.



| | |
|--|--|
|  | |
| CADENA DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN | CÓDIGO: HV/PSA04/POC01 EDICIÓN: 2.3 |

su esterilización, fecha de esterilización, fecha de caducidad y ciclo donde se ha procesado el material, se adjuntan a la hoja de implante del paciente.

En esta hoja de implante/trazabilidad se reflejan los datos de paciente, etiquetas del instrumental utilizado identificando este, e implantes que se han podido implantar en el paciente, si la intervención lo requiere.

Esta hoja se escanea y se vincula al episodio de intervención quirúrgica de cada paciente de modo que toda la información de implantes y trazabilidad se almacena en la historia clínica informática.

3.4 ESTERILIZACIÓN.

Existen métodos de esterilización por alta temperatura y por baja temperatura. El método de esterilización por alta temperatura es el autoclave a vapor, este método se considera el más efectivo en la actualidad debido a que es rápido, certificable y tiene un costo-beneficio favorable. Debe ser seleccionado como primera opción y sólo procesar por otros métodos los materiales no susceptibles de ser sometidos a este sistema. Elimina microorganismos por desnaturalización de las proteínas con vapor saturado y temperaturas entre 121° y 134° C y vapor saturado.

El método de esterilización a baja temperatura es el plasma de peróxido de hidrógeno, en este método los parámetros críticos de esterilización son la temperatura, presión, tiempo y concentración del agente esterilizante.

Es necesario conocer previo a someter el material a esterilizar la compatibilidad de los materiales y el tipo de empaque necesario dependiendo del método de esterilización seleccionado.

3.5 CERTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DE ESTERILIZACIÓN.

Los indicadores de esterilización tienen como objetivo certificar que el proceso se efectuó en forma adecuada. Existen indicadores de proceso del equipo (también denominados físicos), indicadores químicos e indicadores biológicos. Para que un producto sea clasificado como estéril se debe garantizar que todas las etapas del proceso fueron realizadas en forma correcta y que el proceso de esterilización es válido. El nivel de seguridad de los procesos de esterilización depende en forma importante de la validación y supervisión permanente y rutinaria de cada ciclo.

3.5.1 Indicadores de proceso del equipo: Dirigidos a la monitorización de rutina de los equipos de esterilización:

- **Indicadores físicos:** Son elementos incorporados al esterilizador (válido para nuestro sistema de alta temperatura como para el sistema de baja temperatura) que permiten visualizar si el equipo ha alcanzado los parámetros exigidos en el proceso. Estos elementos son termómetros, barómetros de presión, sensores de carga, válvulas y

INDICADOR FÍSICO: Este indicador de proceso de Calidad de los Equipos de Esterilización permite la monitorización de rutina de los equipos de esterilización. Este indicador de proceso de Calidad de los Equipos de Esterilización permite la monitorización de rutina de los equipos de esterilización.

| | |
|--|--|
|  | |
| CADENA DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN | CÓDIGO: HV/PSA04/POC01 EDICIÓN: 2.3 |

sistemas de registro. Para esto contamos con un registro periódico de cada carga y/o ciclo donde se registra HV/PSA04/FPOC01/02: "Registro de Carga Equipo de Esterilización" - vapor y sterrad - el número correspondiente de ciclo, fecha, número, autoclave, ciclo, contador, material por ciclo, servicio al que pertenece dicho material, cantidad y comprobación de Ciclo Aprobado con firma de la Auxiliar que verifica y realiza el registro.

En cada ciclo de Autoclave se introducirá un Indicador de Clase V que se adjunta a dicho registro como control de carga

Cada paquete, contenedor o caja va acompañado de un sello que indica el equipo de esterilización usado, nº de ciclo, fecha. Estos datos se entrecruzan a su vez con el registro 1.2 donde por el nº de ciclo podemos obtener toda la información que acompaña a ese ciclo. Esto nos validará más tarde en el proceso quirúrgico la trazabilidad del producto, que quedará reflejada en la historia del paciente.

- **Indicadores químicos:** Dirigidos a la monitorización rutinaria de los procesos de esterilización. Son dispositivos que contienen sustancias químicas que cambian de color cuando se exponen a las variables críticas del proceso:

* Vapor: Tiempo, temperatura y vapor saturado.

* Plasma de peróxido de hidrógeno: Tiempo, temperatura, humedad y concentración de peróxido de hidrógeno.

Estos indicadores se utilizan para diferenciar si un artículo ha sido expuesto a un proceso. Existen indicadores químicos externos (cintas adhesivas de papel especial y bolsa de empaque) e indicadores internos (tiras de control químico) insertas en el interior de los paquetes.

Los indicadores químicos son específicos para cada método de esterilización. Permiten verificar que un artículo ha sido sometido a un proceso, pero por sí solos no garantizan la calidad del proceso debido a que pueden cambiar de color aún cuando no se hayan cumplido todos los parámetros de la esterilización.

Todo material estéril se acompaña de un indicador químico interno de Clase V y un indicador químico externo.

Estas tiras de control químico también van acompañar el registro de trazabilidad en el proceso quirúrgico, para incorporar en la historia del paciente la validación de la esterilidad del producto.

Test de Bowie-Dick (indicador químico de Clase II): En la Central de esterilización sólo se realiza en el sistema de alta temperatura (autoclave de vapor) Es una prueba de rendimiento del equipo que evalúa la eficiencia de la bomba de vacío. El vacío es indispensable para eliminar el aire de la cámara y que la entrada de vapor a la carga se realice en forma rápida, homogénea y previsible. Consiste en una hoja con indicador químico especialmente diseñado que se pone en el interior de un paquete de prueba. El paquete de prueba debe colocarse en la cámara vacía del esterilizador a vapor sobre el

(TORREJÓN) "Auditoría Operativa de Calidad de los Hospitales "Infanta Elena" (Valdemoro), Torrejón y "Rey Juan Carlos" (Móstoles)" (EXP: P.A. SER-15/2014-AE)

| | |
|--|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena  | |
| CADENA DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN | CÓDIGO: HV/PSA04/POC01 EDICIÓN: 2.3 |

drenaje. Debe situarse en posición horizontal equidistante a las paredes laterales de la cámara. Se selecciona en el autoclave el programa indicado para el test de Bowie-Dick. Se retira el paquete y para que la prueba sea correcta, el indicador debe haber cambiado de color uniformemente en toda su extensión y haber alcanzado el tono final recomendado por el fabricante. En cada test de Bowie-Dick se indica el número de autoclave, el nombre del personal auxiliar que lo ha realizado. Si el resultado es incorrecto se realiza una segunda prueba, y si persiste se avisa al técnico de electromedicina.

El registro del Test de Bowie Dick se guardará adjunto al Formato HV/PSA04/FPOC01/02: Registro de Carga Equipo de Esterilización como primera carga de la jornada.

- **Indicadores biológicos:** Se consideran el medio único más definitivo existente para confirmar la esterilización de materiales. Están diseñados para confirmar la presencia o ausencia de microorganismos viables después del proceso de esterilización. Consisten en preparaciones estandarizadas de microorganismos vivos específicos que observan la mayor resistencia comprobada a un método de esterilización determinado. Es importante destacar que, aun se demuestre la muerte de microorganismos, la esterilidad de los artículos sólo se garantiza si se cumplen las otras variables del proceso. Para su fabricación se emplean en general esporas de *Bacillus Stearothermophilus*. Para la lectura de los indicadores biológicos deben seguirse las instrucciones del fabricante. Se realiza un control con indicador biológico y sus resultados se reflejan en el formato HV/PSA04/FPOC01/03: "Registro Indicador Biológico". - vapor y peróxido de hidrógeno - donde se especifica fecha, duración incubadora, resultado incubadora, ciclo autoclave, contador autoclave, observaciones y comprobación de Test Negativo con firma de la Auxiliar que verifica y realiza el registro. Este control debe ser específicos para el método de esterilización (vapor / peróxido de hidrógeno) y la periodicidad de la realización de la prueba y el tiempo de incubación, también se adecua al proceso de esterilización:

* Vapor: Se realiza el test una vez por semana y se lleva a cabo su lectura a las 3 horas

* Peróxido de hidrógeno: Se realiza un test en la primera carga del día y se realiza su lectura en 24 horas

Si un indicador biológico resulta positivo puede deberse a fallos en el proceso de esterilización o manipulación inadecuada del equipo, se repetirá el proceso. Si continúa el resultado positivo, se comunica el resultado al supervisor, se retira el instrumental procesado, se revisa el esterilizador, la incubadora, los indicadores biológicos y los procedimientos.

- **Test de Fuga:** Se realiza cada mes, esta periodicidad se ha planificado con el responsable de electromedicina. Sólo en los autoclaves de vapor. Es un programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos para contribuir al

Este documento es propiedad del Hospital de Infanta Elena, y queda a disposición de los usuarios. No se permite su explotación económica ni su transformación. Está prohibida la impresión en papel o cualquier otro soporte. Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad. Copyright 2000. Infanta Elena

18/3

| | |
|--|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena  | |
| CADENA DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN | CÓDIGO: HV/PSA04/POC01 EDICIÓN: 2.3 |

funcionamiento apropiado y para prevenir fallos con el fin de distribuir material estéril con la calidad exigida y en el momento requerido. Se registra en el documento HV/PSA04/FPOC01/04: "Registro Test de Fuga" y se comunica el resultado al responsable de Electromedicina, quien actúa según pautas establecidas por el fabricante.

- **Parte de Incidencias:** Documento interno del servicio de esterilización (HV/PSA04/FPOC01/06): donde se deja reflejada cualquier incidencia que le ocurra a los equipos de la central (Lavadora, autoclaves de vapor y Sterrad). Y esta incidencia se comunica tanto a supervisión como a técnico de electromedicina.

Todos estos documentos se almacenan por carpetas:

- Lavadora, se archiva por mes.
- Autoclave 1, se archiva por mes. Introduciendo el documento HV/PSA04/FPOC01/03: "Registro Indicador Biológico", HV/PSA04/FPOC01/04: "Registro Test de Fuga" y HV/PSA04/FPOC01/06: "Parte de Incidencias" correspondiente de ese autoclave.
- Autoclave 2, de igual forma que el anterior.
- Sterrad, se archiva por mes. Introduciendo el documento HV/PSA04/FPOC01/03: "Registro Indicador Biológico" y HV/PSA04/FPOC01/06: "Parte de Incidencias" correspondiente a ese equipo.

3.6 DISTRIBUCIÓN, ALMACENAMIENTO Y ENTREGA.

3.6.1 Material de servicios externos.

Una vez que tenemos el material estéril, se almacena en la zona "estéril", en estanterías apropiadas para este fin y rotuladas con cada servicio al que corresponde ese material. En la recogida del material de estos servicios se entrega la hoja amarilla del documento HV/PSA04/FPOC01/05: "Registro de Entrega de Material", comprobando con la hoja blanca y verde del mismo documento, que está incluido todo el material que aporta la hoja que nos entregan. Se firma de nuevo la hoja blanca en el apartado de entrega y recogida, se entrega el material estéril y se archiva el documento HV/PSA04/FPOC01/05: "Registro de Entrega de Material" ordenado por meses.

Los horarios de recogida son 09:00 – 11:00 y de 16:00- 18:00.

3.6.2 Material quirúrgico.

Este una vez estéril se entrega al bloque quirúrgico para su almacenaje. El traslado de este material que sale en zona estéril, se realiza a través de montacargas de la zona limpia del quirófano en los carros adecuados para este fin. Según la especialidad a la que vaya destinado el material estéril, se almacenará en los diferentes quirófanos de la zona limpia del bloque quirúrgico.

3.7. OTROS REGISTROS.

Este documento es propiedad de Hospital Universitario Infanta Elena. Toda reproducción o uso no autorizado sin el consentimiento escrito de GESMAN, S.L. quedan expresamente prohibidos. Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

18/11

| | |
|--|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena  | |
| CADENA DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN | CÓDIGO: HV/PSA04/POC01 EDICIÓN: 2.3 |

Para cumplir los requerimientos del Procedimiento Corporativo SC/PSA04/POC01 Procedimiento Mantenimiento de Autoclaves, además del Test de Fuga, se utilizarán los formatos HV/PSA04/FPOC01/07 y HV/PSA04/FPOC01/08, que aportan una visión más completa de la calidad del Proceso.

4. FORMATOS

- HV/PSA04/FPOC01/01: Registro Lavadora.
- HV/PSA04/FPOC01/02: Registro de Carga Equipo de Esterilización.
- HV/PSA04/FPOC01/03: Registro Indicador Biológico: Test de Esporas.
- HV/PSA04/FPOC01/04: Registro Test de Fuga.
- HV/PSA04/FPOC01/05: Registro de Entrega de Material.
- HV/PSA04/FPOC01/06: Parte de Incidencias.
- HV/PSA04/FPOC01/07: Planilla de Datos mensuales de Esterilización.
- HV/PSA04/FPOC01/08: Planilla de Datos anuales de Esterilización.

5. ANEXOS

No aplica

Hospital Universitario Infanta Elena
 Calle de la Infanta Elena, s/n - 28014 Madrid
 T: +34 91 300 10 00
 F: +34 91 300 10 01
 www.hospitalinfanta.com

| | |
|---|--|
|  Hospital Infanta Elena <small>SaludMadrid Comunidad de Madrid</small> | |
| FICHA DE PROCESO ESTERILIZACIÓN | CÓDIGO: HV/PSA04 EDICIÓN: 2.1 |

Misión del proceso: Determinar la sistemática para la correcta esterilización de todo el instrumental del hospital



1. Descripción del proceso

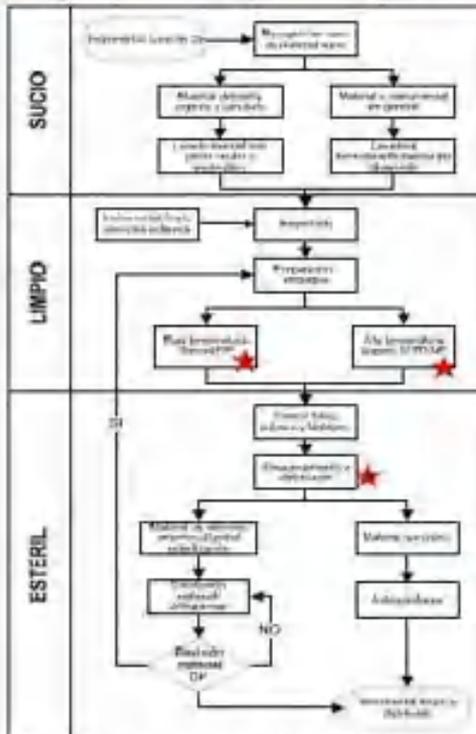
Entradas: Documentación, datos, recursos,... que se necesitan para iniciar el proceso.
 • Instrumental sucio

Resultados: Documentación, datos, recursos,... que se obtienen al terminar el proceso.
 • Instrumental esterilizado

Proveedores Internos: Área o servicio que provee las entradas del proceso
 • Quirófano
 • Servicios externos (Rx, Consultas, Hosp., Partitorio, UCI, Urgencias, Neonatos)

Clientes Internos: Área o servicio al que van dirigidos los resultados del proceso
 • Quirófano
 • Servicios externos (Rx, Consultas, Hosp., Partitorio, UCI, Urgencias, Neonatos)

Flujograma del subproceso Esterilización en punto de uso



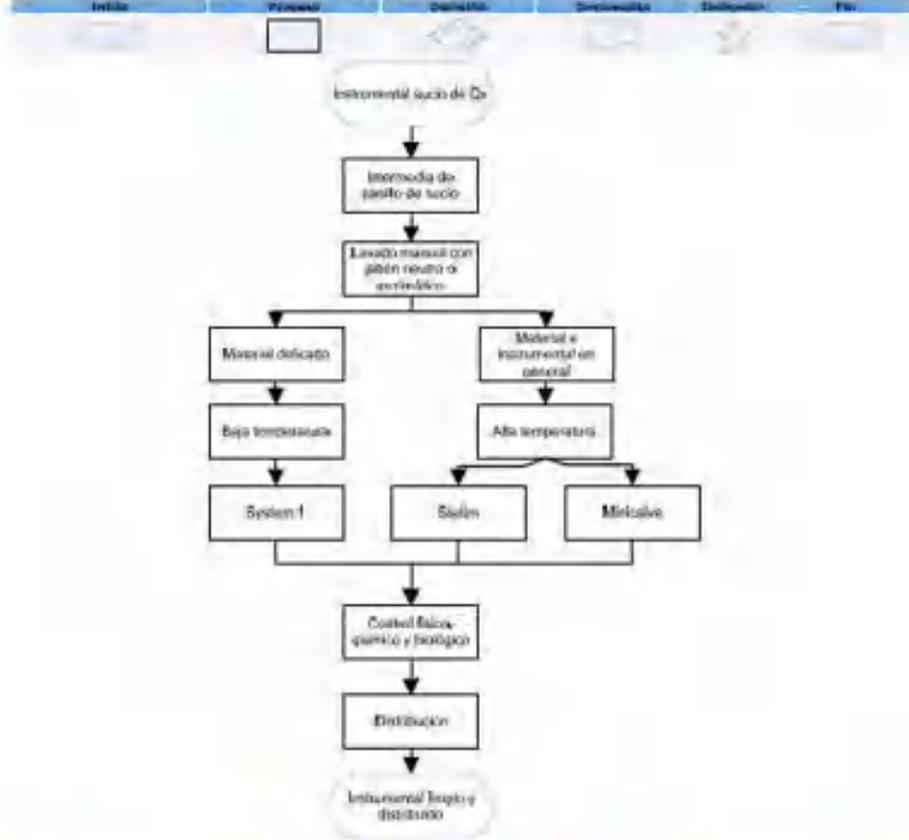
ATENCIÓN: Toda documentación relativa al sistema de gestión de la calidad obtenida de la Dirección tiene carácter de confidencial. Mecanismo de control de accesos (Autenticación) para el acceso al sistema de gestión de la calidad en el Hospital Infanta Elena.

Fig. 3.



| | |
|--|----------------------------------|
|  Hospital Infanta Elena SaludMadrid  Comunidad de Madrid | |
| FICHA DE PROCESO ESTERILIZACIÓN | CÓDIGO: HV/PSA04 EDICIÓN: 2.1 |

Flujograma del subproceso Esterilización en punto de uso



2. Gestión del Proceso

2.1 Puntos de control del proceso

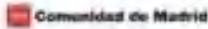
- Control de caducidades
- Controles de carga
- Control biológico
- Gestión de incidencias
- Control físico

2.2 Medición de Indicadores

| Código | Indicador (plaza) | Tip. Alzador | Unidad de medida | Intervalo | Frecuencia de medida | Responsable de la acción | Responsable de la ejecución | Registro |
|----------------|---|--------------|------------------|---|----------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------|
| SC/PSAC-4/1861 | No conformidad material estéril /Sterad | Proceso | % | Nº de BC material esterilizado en Sterad / Total carga | Mensual | Trimestral | Propietario de Proceso | Registros propios |
| SC/PSAD-4/1861 | No conformidad material estéril Autoclave 1 | Proceso | % | Nº de BC material esterilizado en Autoclave 1 / Total carga | Mensual | Trimestral | Propietario de Proceso | Registros propios |

ATENCIÓN: Toda declaración de gestión de la Calidad realizada por la Empresa debe constar en un documento de control. Únicamente se considera responsable de control la residente en la Unidad del Portal de Gestión de Calidad de Ocio, Salud.



| | |
|---|--|
|  Hospital Infanta Elena  | |
| FICHA DE PROCESO ESTERILIZACIÓN | CODIGO: HV/PSA04 EDICIÓN: 2,1 |

| | | | | | | | | |
|---------------|--|---------|---|---|---------|------------|------------------------|-------------------|
| SC/PSA04/2001 | Nº conformidades obtenidas sobre Autoclave 2 | Proceso | % | Nº de BC material esterilizado en Autoclave 2 / Total carga | Mensual | Trimestral | Propietario de Proceso | Registros propios |
| SC/PSA04/2002 | Nº productos esterilizados por superar tiempo de caducidad Sterrad | Proceso | % | Nº de productos esterilizados de Sterrad / Total carga | Mensual | Trimestral | Propietario de Proceso | Registros propios |
| SC/PSA04/2003 | Nº productos esterilizados por superar tiempo de caducidad Autoclave 1 | Proceso | % | Nº de productos esterilizados de Autoclave 1 / Total carga | Mensual | Trimestral | Propietario de Proceso | Registros propios |
| SC/PSA04/2004 | Nº productos esterilizados por superar tiempo de caducidad Autoclave 2 | Proceso | % | Nº de productos esterilizados de Autoclave 2 / Total carga | Mensual | Trimestral | Propietario de Proceso | Registros propios |
| SC/PSA04/2005 | Nº incidentes ocurridos en la Central de Esterilización Sterrad | Proceso | % | Nº de incidentes en Sterrad / Total carga | Mensual | Trimestral | Propietario de Proceso | Registros propios |
| SC/PSA04/2006 | Nº incidentes ocurridos en la Central de Esterilización Autoclave 1 | Proceso | % | Nº de incidentes en Autoclave 1 / Total carga | Mensual | Trimestral | Propietario de Proceso | Registros propios |
| SC/PSA04/2007 | Nº incidentes ocurridos en la Central de Esterilización Autoclave 2 | Proceso | % | Nº de incidentes en Autoclave 2 / Total carga | Mensual | Trimestral | Propietario de Proceso | Registros propios |

ADVERTENCIA: Toda información de carácter de confidencialidad de la Infanta Elena, quedará reservada para el personal autorizado. Toda información que se divulgue sin el consentimiento de la Infanta Elena quedará sujeta a las sanciones de Ley de Protección de Datos de la Infanta Elena.



Cumplimentándose los siguientes Registros por parte del Personal del Servicio de Esterilización:

| | |
|--|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena SaludMadrid  Comunidad de Madrid | |
| REGISTRO LAVADORA | CÓDIGO: HV/PSA04/FPOC01/01 EDICIÓN: 2.3 |

| FECHA | | |
|----------|----------|--------|
| TURNO | | |
| MATERIAL | SERVICIO | |
| | | |
| | | Firma: |

ATENCIÓN: Toda información del Registro de Control de Esterilización, así como la información generada en el proceso de limpieza, debe ser registrada en el sistema de gestión de calidad de la institución de salud de forma adecuada.

2 de 2

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------|--------------------------|-------------|--------------------------|----|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------|--------------------------|----------|--------------------------|
|  Hospital Universitario Infanta Elena  Comunidad de Madrid | | | | | | | | | | | | | | | |
| CARGA DEL EQUIPO DE ESTERILIZACIÓN | CÓDIGO: HV/PSA04/EPOC01/02 EDICIÓN: 2.4 | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA | CONTROL DE CARGA | | | | | | | | | | | | | | |
| TURNO | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTOCLAVE | | | | | | | | | | | | | | | |
| CICLO | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONTADOR | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUIROFANO <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> PEDIATRIA <input type="checkbox"/> NEONATOLOGIA <input type="checkbox"/> PARITORIO <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION 0 <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION 1 <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION 2 <input type="checkbox"/> U.C.I. <input type="checkbox"/> CONSULTAS <input type="checkbox"/> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>FARMACIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>LABORATORIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>RX</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>RX VASCULAR</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HOSP. DE DÍA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>U.CORTA ESTANCIA</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DIALISIS</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | FARMACIA | <input type="checkbox"/> | LABORATORIO | <input type="checkbox"/> | RX | <input type="checkbox"/> | RX VASCULAR | <input type="checkbox"/> | HOSP. DE DÍA | <input type="checkbox"/> | U.CORTA ESTANCIA | <input type="checkbox"/> | DIALISIS | <input type="checkbox"/> |
| FARMACIA | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| LABORATORIO | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| RX | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| RX VASCULAR | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| HOSP. DE DÍA | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| U.CORTA ESTANCIA | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| DIALISIS | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |

ATENCIÓN: Toda actividad de control de la carga, deberá de ser llevada a cabo por personal con capacitación adecuada. Unicamente se realizará la actividad de control de la carga en el momento de control de calidad de la carga.

1 de 2

| | |
|---|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena  | |
| CARGA DEL EQUIPO DE ESTERILIZACIÓN | CÓDIGO: HV/PSA04/FPOC01/02 EDICIÓN: 2.4 |

| INSTRUMENTAL | SERVICIO | CANTIDAD |
|--------------|----------|----------|
| | | |

CICLO APROBADO sí no

Firma responsable:

Este documento es propiedad de GESMAN, S.L. y no debe ser utilizado sin el consentimiento expreso de la empresa. Queda permitida la impresión en blanco y negro para uso personal. Queda prohibida la reproducción o transformación de este documento sin el consentimiento expreso de GESMAN, S.L.

2 de 2



REGISTRO INDICADOR BIOLÓGICO:

| | |
|---|---|
|  Hospital Universitario Infanta Elena  | |
| TEST DE ESPORAS | CÓDIGO: HV/PSA04/FPOC01/03 EDICIÓN: 2.3 |
| AUTOCLAVE <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Qx <input type="checkbox"/> STATIM <input type="checkbox"/> STERRAD | |
| FECHA: | |
| DURACION INCUBADORA: | |
| RESULTADO INCUBADORA: | <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - |
| REGISTRO ESPORA: | |
| CICLO AUTOCLAVE: | |
| CONTADOR AUTOCLAVE: | |
| <u>OBSERVACIONES</u> | |
| TEST NEGATIVO | sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> |
| Firma responsable: | |

El presente formulario es propiedad del sistema de gestión de la calidad formado por la Dirección General de Calidad de los Hospitales, el Departamento de Control de Calidad y el Departamento de Gestión de Calidad de los Hospitales de la Comunidad de Madrid.

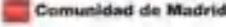
F. 001



| | |
|---|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena Comunidad de Madrid | |
| TEST DE FUGA | CÓDIGO: HV/PSA04/FPOC01/04 EDICIÓN: 2.3 |

| AUTOCLAVE | 1 | 2 | 3 |
|----------------------|---|---|--------|
| TEMP. DRENAJE | | | |
| TEMP. CAMISA | | | |
| PRESION CAMARA | | | |
| CICLO | | | |
| PRESION ATM | | | |
| INICIAR TS FUGA | | | |
| TASA FUGA | | | |
| AUTOCLAVE | 1 | 2 | 3 |
| TEMP. DESAGUE | | | |
| TEMP. PARED | | | |
| PRESION CAMARA | | | |
| TEMP. CAMISA | | | |
| CICLO | | | |
| PRESION ATM | | | |
| ARRAN. RIT. FUGA | | | |
| RITMO FUGA | | | |
| OBSERVACIONES | | | |
| | | | |
| | | | Firma: |

NOTICIA: Toda documentación generada dentro de la Gestión de la Calidad responde de forma exclusiva a la actividad de la Gestión de la Calidad de la Infanta Elena. Cualquier otro uso de esta información es responsabilidad del usuario. La versión de este documento es la última de la Infanta Elena.

| | |
|--|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena  Comunidad de Madrid | |
| ENTREGA DE MATERIAL | CÓDIGO: HV/PSA04/FPOC01/05 EDICIÓN: 2.4 |
| Para el trámite del material, esta hoja debe estar debidamente cumplimentada: | |

SERVICIO :

FECHA :

| DESCRIPCION | CANTIDAD |
|-------------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Entregado por :

Recibido por :

En la Entrega de Material,
entregado por:

En la Entrega de Material,
Recibido Por:

En la Recogida de Materia,
entregado por:

En la Recogida de Material,
recogido por:

ATENCIÓN: Toda información del Sistema de Gestión de la Calidad suministrada a terceros por el cliente es responsabilidad exclusiva del cliente. No se garantiza la exactitud de la información suministrada por el cliente. El cliente es responsable de la exactitud de la información suministrada. No se garantiza la exactitud de la información suministrada por el cliente. El cliente es responsable de la exactitud de la información suministrada.

1 de 1



| | |
|---|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena  Comunidad de Madrid | |
| PARTE DE INCIDENCIAS | CÓDIGO: HV/PSA04/FPOC01/06 EDICIÓN: 2.3 |

DÍA:

HORA:

PERSONAL:

| | |
|----------------------|--|
| EQUIPO UTILIZADO | |
| ESTERILIZADOR VAPORE | |
| ESTERILIZADOR FORMOL | |
| STERRAD | |
| STATIM | |
| MINICLAVE | |

PROGRAMA UTILIZADO

| | | | | | |
|-------|-------|---------------------|----------|-------------------|--------|
| 131PC | 121PC | STERRAD STANDARD | AVANZADO | EXPRESO RAPIDO | STATIM |
|-------|-------|---------------------|----------|-------------------|--------|

INCIDENCIA OBSERVADA

OTICIÓN: Este cuestionario, a cargo de Gesman, de la División de Control de la Calidad, depende de su sistema para el control de la calidad de los dispositivos. Utilízalo en cualquier circunstancia y cualquier duda o comentario en el Departamento de Control de Calidad Gesman.

Página 1

| | |
|--|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena <small>SaludMadrid</small>  Comunidad de Madrid | |
| DATOS MENSUALES ESTERILIZACIÓN | CÓDIGO: HV/PSA04/FPOC01/07 EDICIÓN: 2.3 |

| Registro de esterilización: | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------|-------------------------------------|---|--|-----------------------------------|--|-------|
| MES. | | AÑO | | ESTERILIZADOR | | | |
| Fecha | TEST R/D | Nº DE CICLOS REALIZ AL DIA | Nº DE ACUMULAD OS DESDE VALIDACION | Nº DE MATERIAL ESTERIL AL DIA | Nº MATERIAL CADUCADO AL MES | Nº MATERIAL RESTERILI-POR PROBLEMA | FIRMA |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | |

Procedimiento: Unidad de Control de Esterilización de Instrumental Quirúrgico en el Hospital de Infanta Elena. Anexo de FOTM de Calidad (Módulo 2014)

T 2014



| | |
|--|--|
|  | |
| DATOS ANUALES ESTERILIZACIÓN | CÓDIGO: HV/PSA04/EPOC01/08 EDICIÓN: 2.3 |

| REGISTRO ESTERILIZACION | | | | | |
|-------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|-------|
| MES | AÑO | | ESTERILIZADOR | | |
| MES | TOTAL Nº CICLOS REALIZADOS | Nº MATERIAL ESTERIL AL MES | Nº MATERIAL CADUCADO AL MES | Nº MATERIAL RESTERILIZADO AL MES (POR PROBLEMAS) | FIRMA |
| ENERO | | | | | |
| FEBRERO | | | | | |
| MARZO | | | | | |
| ABRIL | | | | | |
| MAYO | | | | | |
| JUNIO | | | | | |
| JULIO | | | | | |
| AGOSTO | | | | | |
| SEPTIEMBRE | | | | | |
| OCTUBRE | | | | | |
| NOVIEMBRE | | | | | |
| DICIEMBRE | | | | | |

(OT/2014) Toda la información del Sistema de Gestión de la Calidad interna de la Empresa será reservada de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

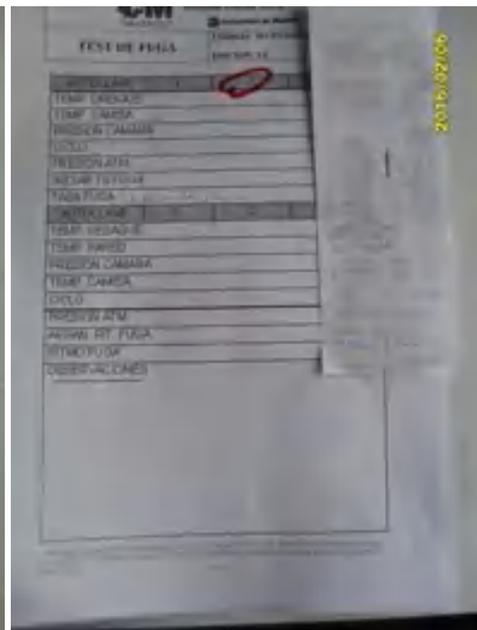
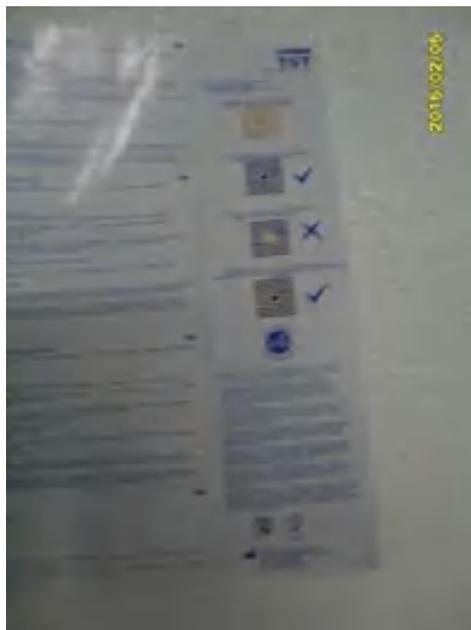
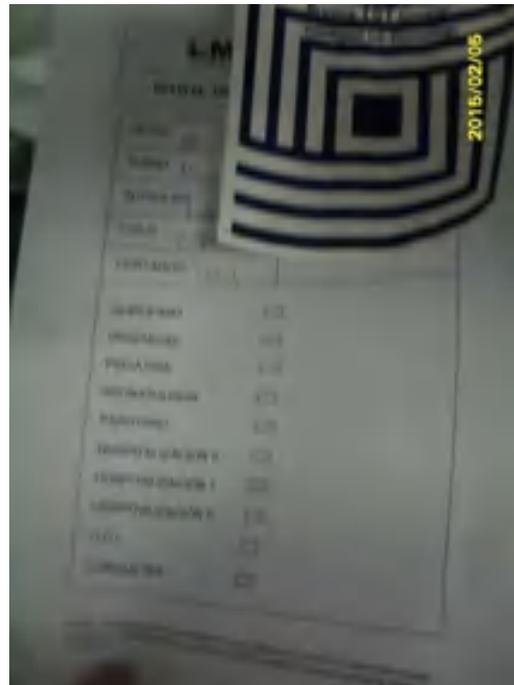
2 de 2

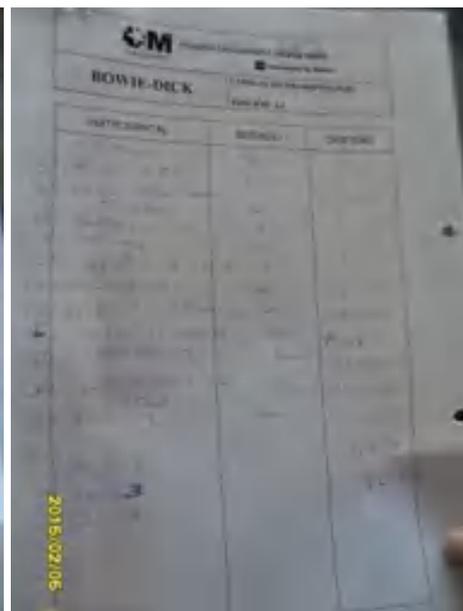
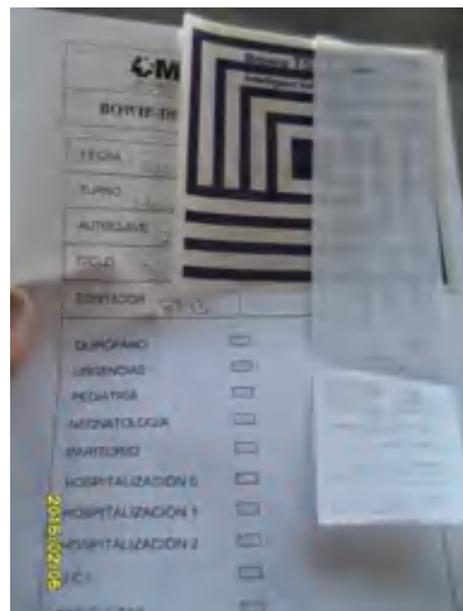
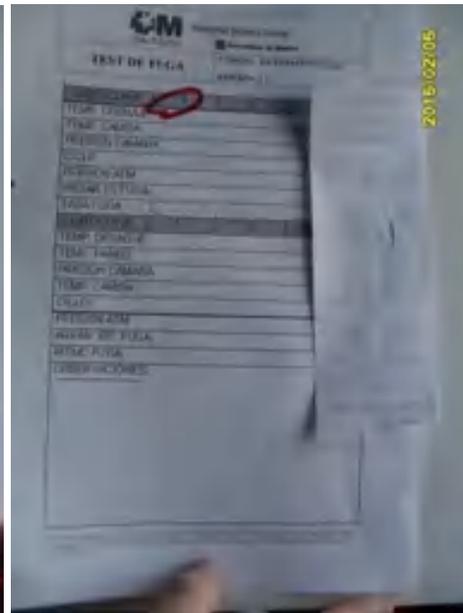
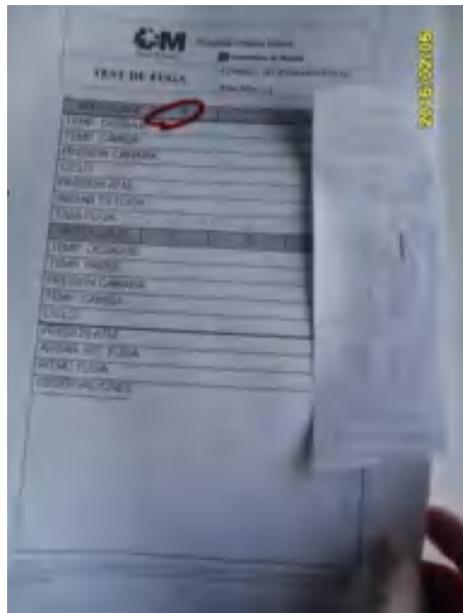
| | |
|--|--|
|  Hospital Infanta Elena  Comunidad de Madrid | CÓDIGO: SC/PSA04/FPOC01/01 EDICIÓN: 2.1 |
| | REGISTRO DE ESTERILIZACION |

| MES | | AÑO | | ESTERILIZADOR: | |
|-------|-----------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|-------|
| FECHA | TEST BOWIE DICK | TEST DE VACIO (1 VEZ MENSUAL) | Nº DE CICLOS REALIZ. | OBSERVACIONES E INCIDENCIAS | FIRMA |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |
| 25 | | | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | | | | |
| 31 | | | | | |

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad obtenido de un Introspección o inspección de campo es controlado. Los documentos y registros no controlados por el sistema de gestión de la Calidad de este Hospital.







BOVIE BICK

FECHA: _____

TURNO: _____

ANTICIPA: _____

OCIO: _____

FORMAS: _____

QUIRÓFANO:

LABORATORIO:

REDIUM:

NEURORRADIOLOGÍA:

INSTRUMENTOS:

HOSPITALIZACIÓN I:

HOSPITALIZACIÓN II:

HOSPITALIZACIÓN III:

OTRO: _____

COMENTARIOS: _____

2015/02/05

SERVICIO: _____

FECHA: _____

| DESCRIPCION | CANTIDAD |
|-------------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

En la Entrega de Material entregado por: _____

En la Entrega de Material recibido por: _____

En la Recepción de Material entregado por: _____

En la Recepción de Material recibido por: _____

2015/02/05

| DESCRIPCION | CANTIDAD |
|-------------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

En la Entrega de Material entregado por: _____

En la Entrega de Material recibido por: _____

En la Recepción de Material entregado por: _____

En la Recepción de Material recibido por: _____

2015/02/05

HOSPITAL DE REYES REALES

SERVICIO: _____

FECHA: _____

| DESCRIPCION | CANTIDAD |
|-------------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

En la Entrega de Material entregado por: _____

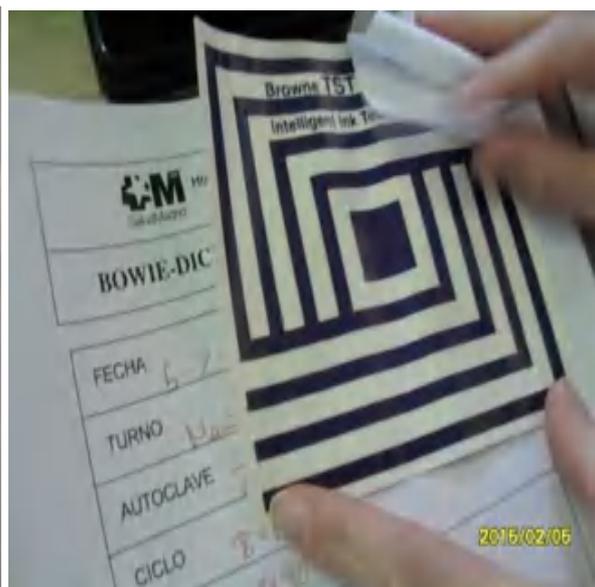
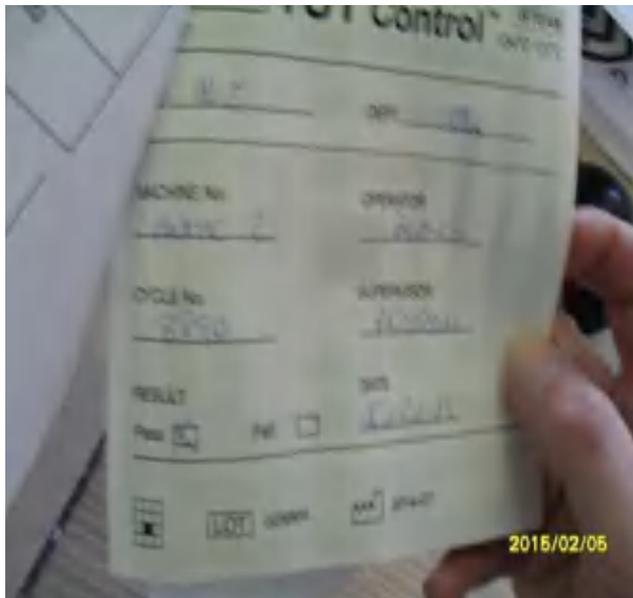
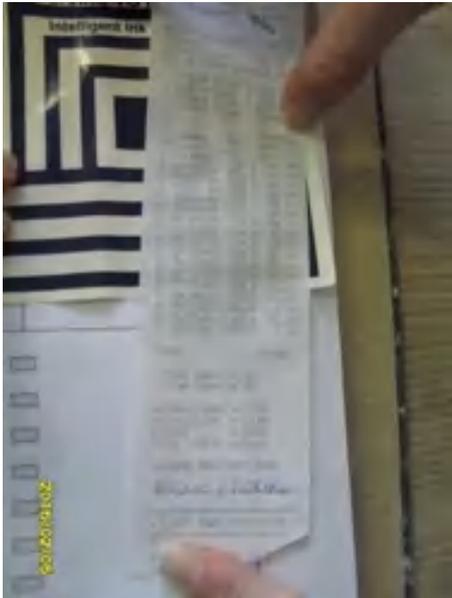
En la Entrega de Material recibido por: _____

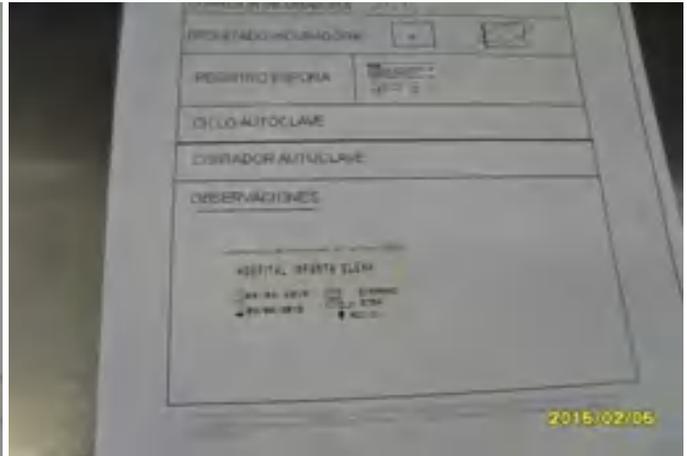
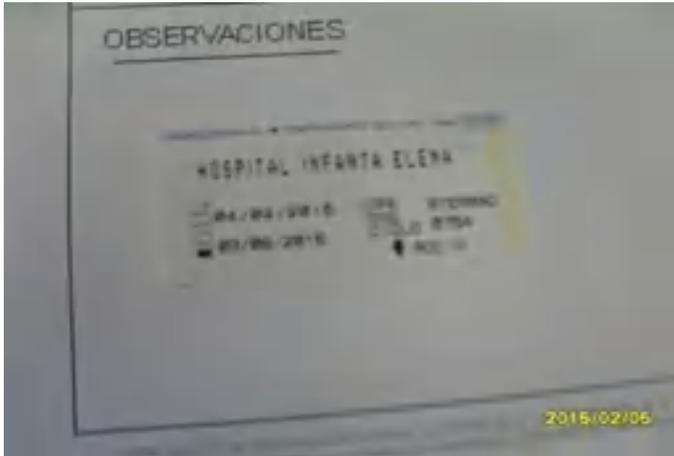
En la Recepción de Material entregado por: _____

En la Recepción de Material recibido por: _____

2015/02/05







|  Hospital Infanta Elena Comunidad de Madrid | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|--------|
| REGISTRO ESTERILIZACION | | | | | |
| AÑO 2014 | | | ESTERILIZADOR Nº1 | | |
| MES | TOTAL Nº CICLOS REALIZADOS | Nº MATERIAL ESTERIL AL MES | Nº MATERIAL CADUCADO AL MES | Nº MATERIAL RESTERILIZADO AL MES (POR PROBLEMAS) | FIRMA |
| ENERO | 146 | 1939 | 1 | 3 | VANE C |
| FEBRERO | 122 | 2086 | 4 | 0 | VANE C |
| MARZO | 95 | 1539 | 3 | 1 | VANE C |
| ABRIL | 129 | 1989 | 0 | 0 | VANE C |
| MAYO | 168 | 2762 | 0 | 0 | VANE C |
| JUNIO | 127 | 2363 | 28 | 0 | VANE C |
| JULIO | 168 | 2357 | 0 | 1 | ROCIO |
| AGOSTO | 126 | 1282 | 0 | 3 | ROCIO |
| SEPTIEMBRE | 105 | 1484 | 0 | 0 | ROCIO |
| OCTUBRE | 138 | 2034 | 0 | 46 | ROCIO |
| NOVIEMBRE | 141 | 2254 | 0 | 0 | ROCIO |
| DICIEMBRE | 107 | 1890 | 0 | 0 | ROCIO |

|  Hospital Infanta Elena Comunidad de Madrid | | | | | |
|---|----------------------------|------------------------|-----------------------------|--|--------|
| Registro de esterilización | | | | | |
| AÑO 2014 | | | ESTERILIZADOR Nº2 | | |
| MES | TOTAL Nº CICLOS REALIZADOS | Nº MAT. ESTERIL AL MES | Nº MATERIAL CADUCADO AL MES | Nº MATERIAL RESTERILIZADO AL MES (POR PROBLEMAS) | FIRMA |
| ENERO | 123 | 1760 | 0 | 0 | VANE C |
| FEBRERO | 120 | 1570 | 3 | 0 | VANE C |
| MARZO | 200 | 2675 | 4 | 0 | VANE C |
| ABRIL | 117 | 1584 | 0 | 0 | VANE C |
| MAYO | 69 | 923 | 0 | 0 | VANE C |
| JUNIO | 122 | 1906 | 0 | 0 | VANE C |
| JULIO | 161 | 1941 | 0 | 0 | ROCIO |
| AGOSTO | 144 | 2279 | 0 | 0 | ROCIO |
| SEPTIEMBRE | 172 | 2515 | 0 | 0 | ROCIO |
| OCTUBRE | 125 | 2276 | 0 | 0 | ROCIO |
| NOVIEMBRE | 128 | 1944 | 0 | 0 | ROCIO |
| DICIEMBRE | 132 | 1882 | 0 | 0 | ROCIO |



| Registro de esterilización AÑO 2014 | | | | | |
|--|----------------------------|------------------------|-----------------------------|--|--------|
| ESTERILIZADOR: STERRAD | | | | | |
| MES | TOTAL Nº CICLOS REALIZADOS | Nº MAT. ESTERIL AL MES | Nº MATERIAL CADUCADO AL MES | Nº MATERIAL RESTERILIZADO AL MES (POR PROBLEMAS) | FIRMA |
| ENERO | 111 | 280 | 0 | 25 | VANE C |
| FEBRERO | 135 | 249 | 0 | 17 | VANE C |
| MARZO | 124 | 304 | 0 | 34 | VANE C |
| ABRIL | 143 | 323 | 0 | 61 | VANE C |
| MAYO | 130 | 300 | 0 | 41 | VANE C |
| JUNIO | 144 | 411 | 0 | 102 | VANE C |
| JULIO | 169 | 294 | 0 | 74 | ROCIO |
| AGOSTO | 103 | 239 | 0 | 39 | ROCIO |
| SEPTIEMBRE | 158 | 474 | 0 | 89 | ROCIO |
| OCTUBRE | 171 | 466 | 0 | 49 | ROCIO |
| NOVIEMBRE | 145 | 282 | 0 | 72 | ROCIO |
| DICIEMBRE | 176 | 410 | 4 | 47 | ROCIO |



REGISTRO ESTERILIZACION
AÑO 2014 LAVADORA

| MES | TOTAL Nº CICLOS REALIZADOS | Nº MATERIAL LAVADO AL MES | Nº MATERIAL RELAVADO AL MES (POR PROBLEMAS) | FIRMA |
|------------|----------------------------|---------------------------|---|--------|
| ENERO | 43 | 159 | 0 | VANE C |
| FEBRERO | 53 | 209 | 14 | VANE C |
| MARZO | 53 | 260 | 0 | VANE C |
| ABRIL | 72 | 176 | 0 | VANE C |
| MAYO | 43 | 128 | 0 | VANE C |
| JUNIO | 38 | 195 | 0 | VANE C |
| JULIO | 43 | 172 | 0 | ROCIO |
| AGOSTO | 30 | 136 | 0 | ROCIO |
| SEPTIEMBRE | 57 | 242 | 0 | ROCIO |
| OCTUBRE | 50 | 220 | 0 | ROCIO |
| NOVIEMBRE | 67 | 262 | 0 | ROCIO |
| DICIEMBRE | 47 | 202 | 0 | ROCIO |

CONTROLES BIOLÓGICO

NOVIEMBRE

| ESTERILIZADOR | FRECUENCIA REALIZACIÓN | Nº PRUEBAS REALIZADAS | Nº DE PRUEBAS CON CONTROL FÍSICO INCORRECTO | FECHA Y Nº DE LOTE | ACCIONES CORRECTORAS |
|----------------------|------------------------|-----------------------|---|--------------------|----------------------|
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 01/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 03/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 04/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 05/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 06/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 07/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 08/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 09/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 10/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 11/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 12/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 13/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 14/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 17/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 18/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 19/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 20/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 21/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 22/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 23/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 24/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 25/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 26/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 1 | 27/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 28/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 vez día | 1 | 0 | 29/11/2014 | ninguna |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Nota: El nº de lote solo se registrará en las pruebas defectuosas.

CONTROLES FÍSICOS

NOVIEMBRE

| ESTERILIZADOR | FRECUENCIA REALIZACIÓN | Nº PRUEBAS REALIZADAS | Nº DE PRUEBAS CON CONTROL FÍSICO INCORRECTO | FECHA Y Nº LOTE | ACCIONES CORRECTORAS |
|----------------------|------------------------|-----------------------|---|-----------------|----------------------|
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 3 | 0 | 01/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 4 | 0 | 03/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 3 | 0 | 04/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 5 | 0 | 05/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 6 | 0 | 06/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 6 | 0 | 07/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 3 | 0 | 08/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 2 | 0 | 09/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 4 | 0 | 10/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 4 | 0 | 11/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 7 | 0 | 12/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 3 | 0 | 13/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 4 | 0 | 14/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 1 | 0 | 15/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 1 | 0 | 16/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 5 | 0 | 17/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 5 | 0 | 18/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 4 | 0 | 19/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 5 | 0 | 20/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 3 | 0 | 21/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 5 | 0 | 22/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 1 | 0 | 23/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 6 | 0 | 24/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 5 | 0 | 25/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 6 | 0 | 26/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 5 | 0 | 27/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 4 | 0 | 28/11/2014 | ninguna |
| autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 2 | 0 | 29/11/2014 | ninguna |
| | | | | | |
| | | | | | |

Nota: El nº de lote sólo se incluire en el caso de prueba incorrecta

CONTROLES QUÍMICOS EXTERNOS

NOVIEMBRE

| ESTERILIZADOR | FRECUENCIA REALIZACIÓN | Nº PRUEBAS REALIZADAS | Nº DE PRUEBAS CON CONTROL FÍSICO INCORRECTO | FECHA Y Nº LOTE | ACCIONES CORRECTORAS |
|----------------------|------------------------|-----------------------|---|-----------------|----------------------|
| Autoclave de vapor 1 | 1por ciclo | 3 | 0 | 01/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1por ciclo | 4 | 0 | 03/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1por ciclo | 3 | 0 | 04/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1por ciclo | 5 | 0 | 05/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1por ciclo | 6 | 0 | 06/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1por ciclo | 6 | 0 | 07/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1por ciclo | 3 | 0 | 08/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1por ciclo | 2 | 0 | 09/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1por ciclo | 4 | 0 | 10/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1por ciclo | 4 | 0 | 11/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1por ciclo | 6 | 0 | 12/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 3 | 0 | 13/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 4 | 0 | 14/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 1 | 0 | 15/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 1 | 0 | 16/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1por ciclo | 5 | 0 | 17/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1por ciclo | 5 | 0 | 18/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 4 | 0 | 19/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 5 | 0 | 20/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 3 | 0 | 21/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 5 | 0 | 22/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 1 | 0 | 23/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1por ciclo | 6 | 0 | 24/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 5 | 0 | 25/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1por ciclo | 6 | 0 | 26/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1por ciclo | 5 | 0 | 27/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 4 | 0 | 28/11/2014 | ninguna |
| Autoclave de vapor 1 | 1 por ciclo | 2 | 0 | 29/11/2014 | ninguna |
| | | | | | |
| | | | | | |

Nota: El nº de lote sólo se incluíra en el caso de prueba incorrecta.

- ACCESO, RECEPCIÓN Y LAVADO DEL MATERIAL:

La recepción del material contaminado de quirófanos se realiza a través del ascensor habilitado para ello, identificado como el montacargas de sucio. El material contaminado se transporta en unos armarios identificados cerrados:

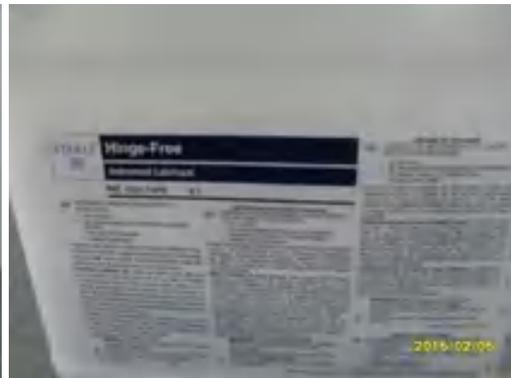


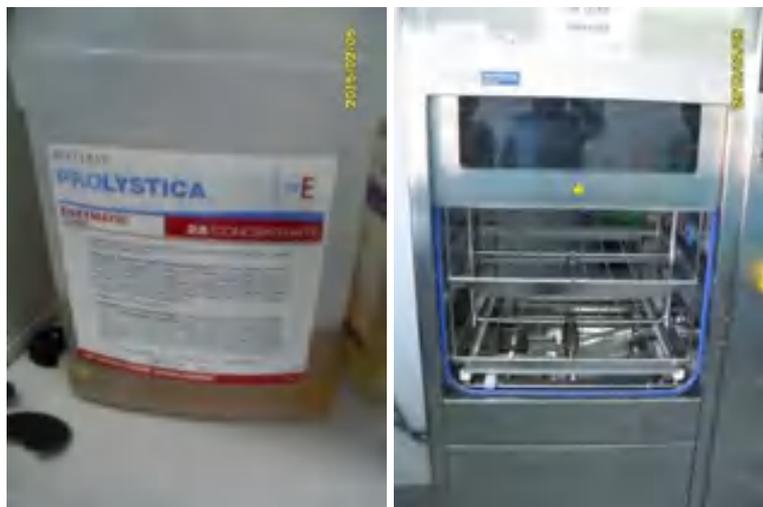


Dicho ascensor sólo se emplea para la retirada del instrumental contaminado al igual que los armarios que están destinados únicamente para el traslado de dicho instrumental contaminado.

Una vez en la zona de recepción del material contaminado se procede a su lavado manual y automático, empleándose los EPI's correspondientes, existiendo una barrera física entre los equipos de lavado y desinfección con respecto a la zona previa a la esterilización:

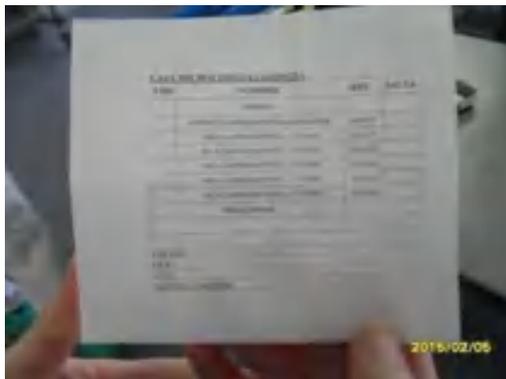
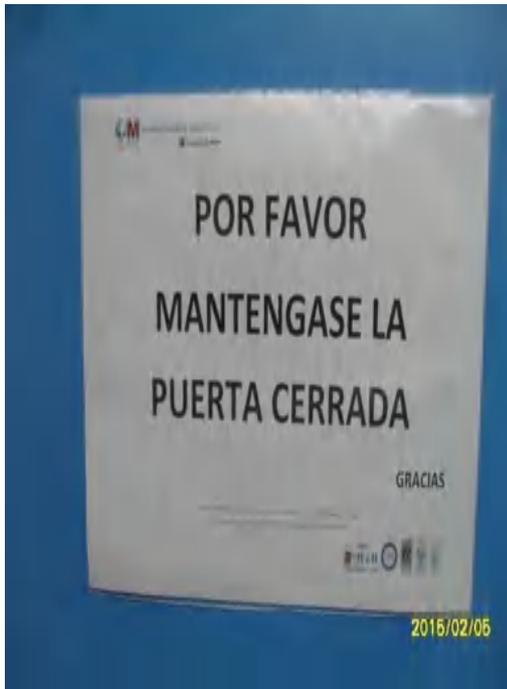




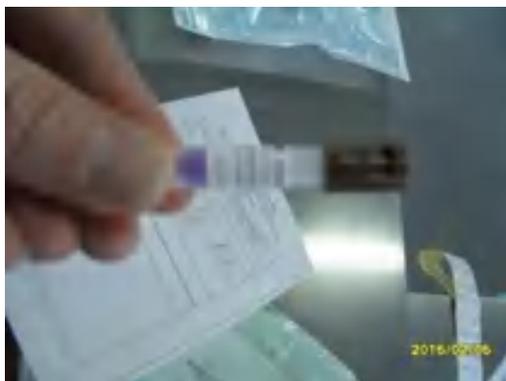


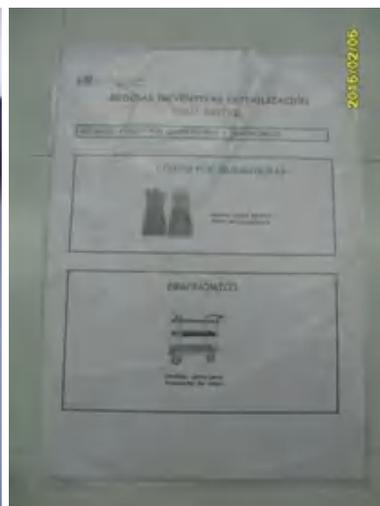
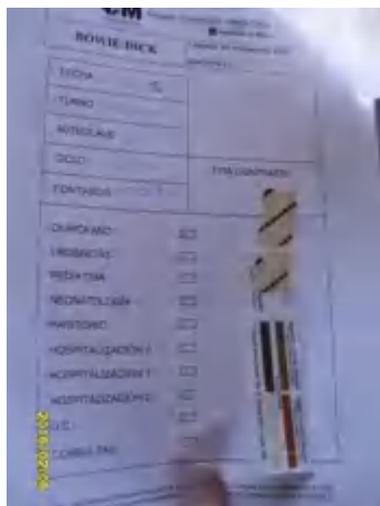
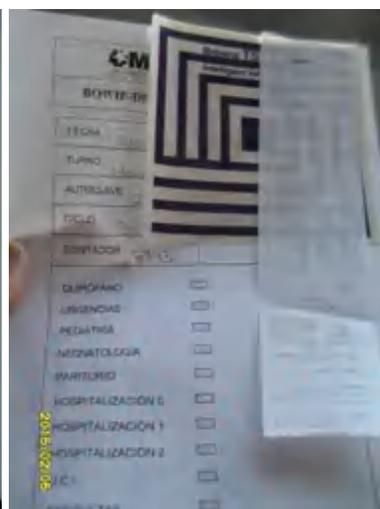
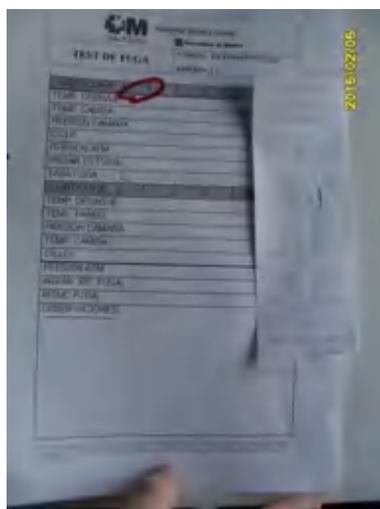
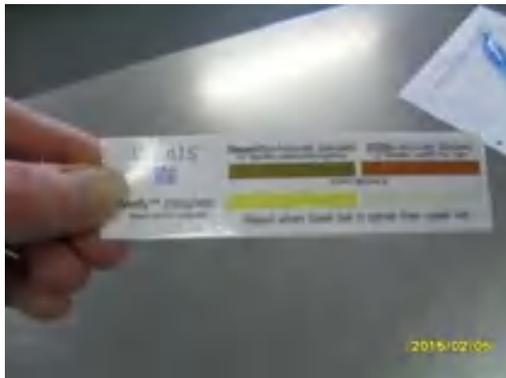
- PREPARACIÓN, EMPAQUETADO Y ESTERILIZACIÓN:

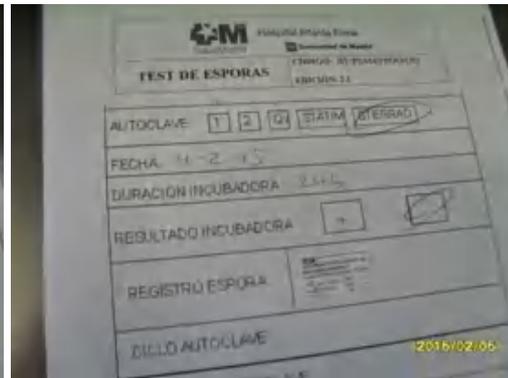
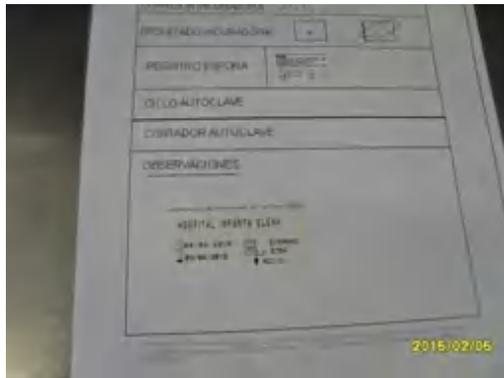
Ya en la zona de preparación para la esterilización se comprueba que la caja de instrumental coincide con lo que debería estar contenido en la misma, en base a los datos disponibles (inventario) y se introduce el instrumental en los autoclaves para su esterilización, evidenciándose los registros de los controles físicos, químicos y biológicos:











| ORDEN | DESCRIPCIÓN | FECHA | USUARIO | ESTADO | ORDEN | DESCRIPCIÓN | FECHA | USUARIO | ESTADO |
|-------|-----------------|------------|---------|--------|-------|-----------------|------------|---------|--------|
| 1 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 1 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 2 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 2 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 3 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 3 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 4 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 4 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 5 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 5 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 6 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 6 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 7 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 7 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 8 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 8 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 9 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 9 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 10 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 10 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 11 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 11 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 12 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 12 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 13 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 13 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 14 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 14 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 15 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 15 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 16 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 16 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 17 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 17 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 18 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 18 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 19 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 19 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 20 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 20 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 21 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 21 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 22 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 22 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 23 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 23 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 24 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 24 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 25 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 25 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 26 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 26 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 27 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 27 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 28 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 28 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 29 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 29 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 30 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 30 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 31 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 31 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 32 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 32 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 33 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 33 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 34 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 34 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 35 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 35 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 36 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 36 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 37 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 37 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 38 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 38 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 39 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 39 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 40 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 40 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 41 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 41 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 42 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 42 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 43 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 43 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 44 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 44 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 45 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 45 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 46 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 46 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 47 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 47 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 48 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 48 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 49 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 49 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |
| 50 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | | 50 | TEST DE ESPORAS | 2016/02/06 | | |

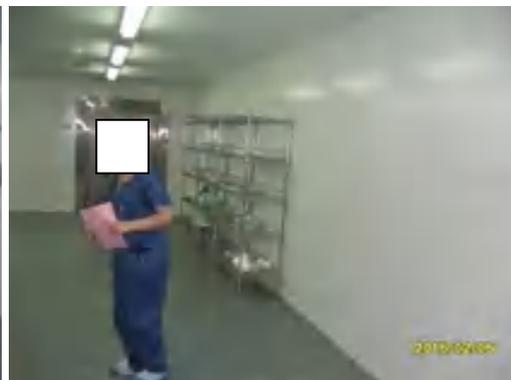


- ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE MATERIAL ESTÉRIL:

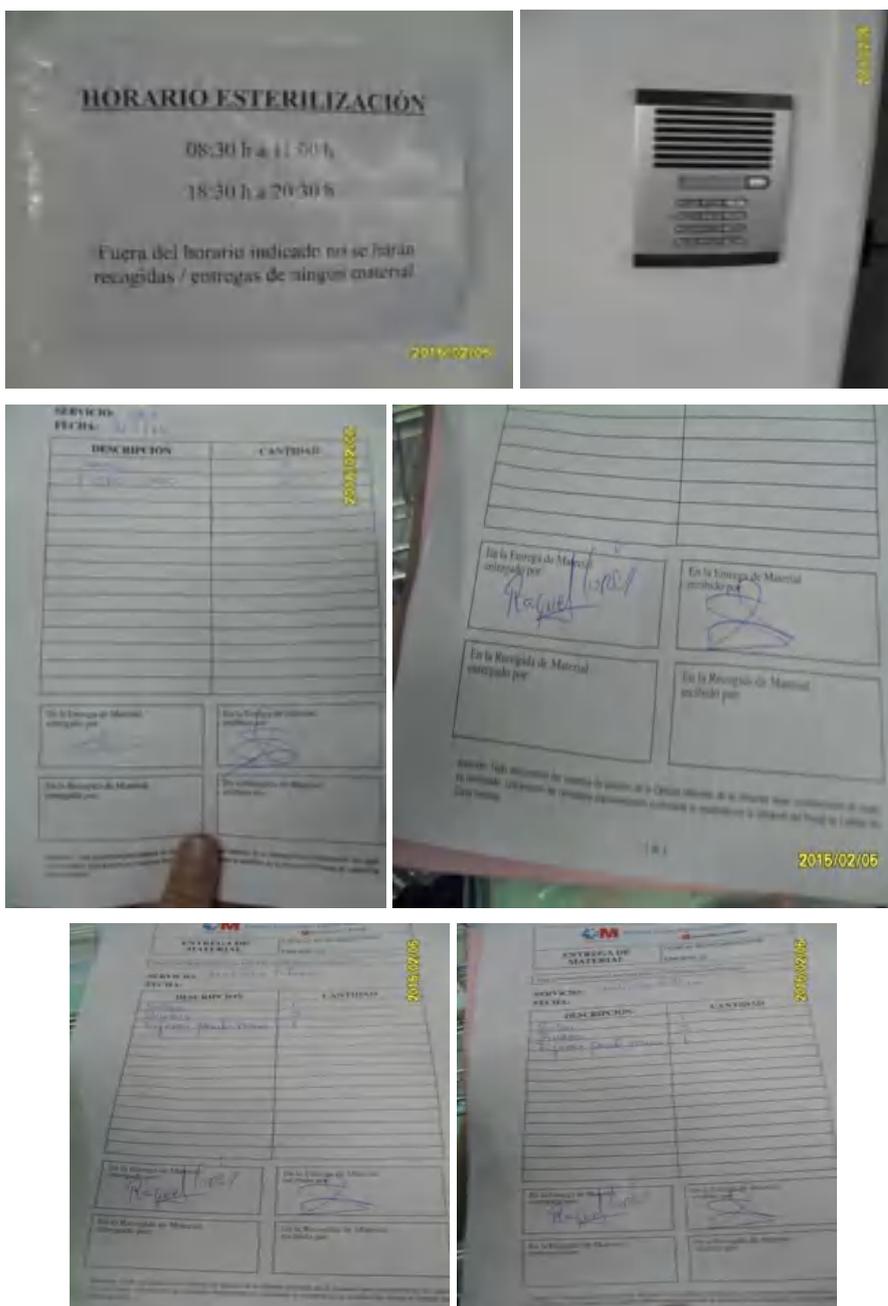
Una vez todo el material ha sido esterilizado, éste se coloca en las estanterías de la zona estéril, identificadas con el nombre del Servicio al que corresponde dicho material para su posterior distribución. La distribución del instrumental a quirófano se realiza a través de los armarios móviles identificados como carro estéril, empleando el montacargas de limpio que tiene acceso directo a la zona limpia de los quirófanos:







El material sanitario esterilizado empleado en los Servicios del Hospital (Consultas, Hospitalización, etc.) es recogido a través de la ventanilla por parte del Personal Sanitario, tras dejar registro de su retirada, además, en la zona de Quirófano existen almacenes también con instrumental esterilizado y un autoclave:





Se garantiza la trazabilidad de las esterilizaciones de cada instrumental y los EPI's empleados: Gorro, guantes, mascarilla y tapones para los oídos.

El número de intervenciones quirúrgicas por autoclaves es de 2.790 en el año 2012, siendo el número de intervenciones realizadas en 2012 de 8.370, según lo indicado en la Memoria de 2012 del Hospital Infanta Elena de Valdemoro, y existiendo 3 autoclaves en la Central de Esterilización:

Actividad quirúrgica

| ACTIVIDAD QUIRÚRGICA | 2011 | 2012 |
|--|--------|--------|
| Intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización | 1.291 | 1.475 |
| Intervenciones quirúrgicas ambulatorias programadas, realizadas en quirófano | 5.343 | 5874 |
| Intervenciones quirúrgicas urgentes con hospitalización | 991 | 971 |
| Intervenciones quirúrgicas urgentes ambulatorias | 70 | 50 |
| Otros procesos quirúrgicos ambulatorios realizados fuera de quirófano | 2.904 | 3.331 |
| Intervenciones quirúrgicas suspendidas | 292 | 343 |
| Tiempo disponible de quirófano (horas/mes) | 7.392 | 7.805 |
| Rendimiento quirúrgico (% ocupación quirúrgica) | 86,59% | 86,52% |

8.370 intervenciones quirúrgicas en 2012



Dos de dichos autoclaves tienen una capacidad de 316 litros, y el tercero una capacidad de 30 litros, por lo que el ratio número de intervenciones quirúrgicas por capacidad es de 12,64 intervenciones por litro de capacidad de los autoclaves en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro.

Se ha podido evidenciar que se lleva a cabo un mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos del Servicio de Esterilización, por parte del Departamento de Electromedicina y de la Empresa Externa MATACHANA, de acuerdo al siguiente Procedimiento en el caso de los Autoclaves:

| | |
|--|--|
|  | |
| PROCEDIMIENTO MANTENIMIENTO DE AUTOCLAVES | CÓDIGO: SC/PSA04/POC01 EDICIÓN: 2.1 |

| | |
|---|--|
| Realizado por: Alfonso Quiroga | Aprobado por: Dirección corporativa |
| Destinatarios: Personal de Esterilización y de Mantenimiento del Centro | Fecha Aprobación: Septiembre 2009 |
| A conocer por: Responsables de mantenimiento, coordinadores de calidad | Fecha última revisión: Septiembre 2009 Fecha próxima revisión: Octubre 2011 |

1. OBJETO Y ALCANCE

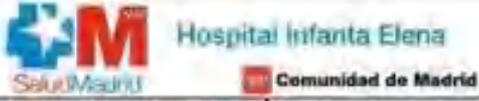
El objeto de este procedimiento es el mantenimiento de los esterilizadores. No se trata en este documento lo relativo a la operación de esterilización, para lo que se estará a lo que se marque en los procedimientos específicos a tal efecto.

2. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA/LEGISLACIÓN APLICABLE

- Manual de Calidad de Capio Sanidad.
- Norma UNE-EN ISO 9001:2008
- UNE-EN 46001:1996: Sistemas de la calidad. Productos sanitarios. Requisitos particulares para la aplicación de la Norma EN-ISO 9001.
- UNE-EN 46002:1996: Sistemas de la calidad. Productos sanitarios. Requisitos particulares para la aplicación de la Norma EN-ISO 9002.
- UNE-EN 46003:2000: Sistemas de la calidad. Productos sanitarios. Requisitos particulares para la aplicación de la Norma EN-ISO 9003.
- UNE-EN 1174-1:1996: Esterilización de productos sanitarios. Estimación de la población de microorganismos en el producto. Parte 1: requisitos
- UNE-EN 1174-2:1997: Esterilización de productos sanitarios. Estimación de la población de microorganismos en el producto. Parte 2: directrices.
- UNE-EN 1174-3:1997: Esterilización de productos sanitarios. Estimación de la población de microorganismos en el producto. Parte 3: guía aplicable a los métodos de validación de las técnicas microbiológicas.
- UNE-EN 550:1995: Esterilización de productos sanitarios. Validación y control de rutina de la esterilización por óxido de etileno.
- UNE-EN 554:1995: Esterilización de productos sanitarios. Validación y control de rutina de la esterilización por vapor de agua.
- UNE-EN 556:1995: Esterilización de productos sanitarios. Requisitos para los productos sanitarios etiquetados "Estéril".

© 1997-2000, 2008. Documento de Responsabilidad de Calidad. Todos los derechos reservados. Este documento es propiedad intelectual de Capio Sanidad y no puede ser reproducido sin el consentimiento escrito de Capio Sanidad.

3 de 6

| | |
|--|--|
|  | |
| PROCEDIMIENTO MANTENIMIENTO DE AUTOCLAVES | CÓDIGO: SC/PSA04/POC01 EDICIÓN: 2.1 |

- UNE-EN 12347:1998: Biotecnología. Criterios de clasificación para los esterilizadores de vapor de agua y de los autoclaves según sus características funcionales.
- UNE-EN 1041:1998: Información proporcionada por el fabricante con los productos sanitarios.
- UNE-EN 980:1996 y UNE-EN 980/A1:2000: Símbolos gráficos utilizados en el etiquetado de productos sanitarios.
- RD 414/1996, de 1 de marzo, por el que se regula los productos sanitarios (BOE 24-4-96). Traspone la Directiva 93/42/CEE.
- RD 2727/1998, de 18 de diciembre, por el que se modifica el RD 414/1996 de 1 de marzo, por el que se regula los productos sanitarios (BOE 12-1-99)
- REAL DECRETO 507/1982, de 15 de Enero de 1982 por el que se modifica el Reglamento de Aparatos a Presión aprobado por el REAL DECRETO 1244/1979, de 4 de Abril de 1979.

3. REALIZACIÓN

Las tareas de mantenimiento aplicadas a los esterilizadores son aquellas que permiten mantener éstos en su correcto estado de funcionamiento tanto técnica como reglamentariamente, asegurando la esterilización del material tratado en ellos según los ciclos apropiados, determinados en el procedimiento a tal efecto.

El mantenimiento aplicado es de cuatro tipos:

- Mantenimiento preventivo
- Mantenimiento correctivo
- Mantenimiento técnico-legal
- Validación

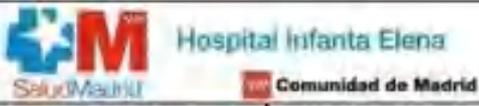
3.1. Mantenimiento preventivo

El mantenimiento preventivo de los esterilizadores se realizará según el calendario de mantenimiento programado de mantenimiento de esterilizadores en lo referente a su mantenimiento preventivo según el procedimiento a tal efecto según el tipo y modelo de esterilizador.

El objeto de este mantenimiento es asegurar el correcto estado de funcionamiento y la capacidad de esterilización del esterilizador.

PROCESO: Tarea de desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad Hospital de la Red de Atención Especializada de Hospitales de la Red de Atención de Emergencias, Atención Primaria, Atención Especializada y Atención de Urgencias del Hospital de Torrejón de Ardoz de Madrid.



| | |
|--|--|
|  | |
| PROCEDIMIENTO MANTENIMIENTO DE AUTOCLAVES | CÓDIGO: SC/PSA04/POC01 EDICIÓN: 2.1 |

El mantenimiento se realiza de varias formas:

Mantenimiento preventivo diario y semanal realizado por los operadores del esterilizador, que será comprobación de papel de impresora, limpieza de burletes, etc.

Mantenimiento semestral realizado por el servicio técnico en el que se comprobarán fugas, cambiarán filtros, etc., y todas las operaciones marcadas para cada esterilizador por el servicio técnico oficial.

3.2. Mantenimiento correctivo

El mantenimiento correctivo de los esterilizadores se realizará cada vez que se detecte una salida de los parámetros de uso de su nivel correcto o una falla técnica de cualquier tipo.

Se realizará según los procedimientos de actuación de mantenimiento a este respecto.

El objeto del mantenimiento correctivo es la puesta en servicio del esterilizador con los parámetros de uso en su nivel correcto.

3.3. Mantenimiento técnico-legal

El mantenimiento técnico-legal es aquél que ha de realizarse reglamentariamente por ser los esterilizadores aparatos sujetos a la reglamentación de equipos a presión.

Se realizará según los procedimientos de actuación de mantenimiento a este respecto.

El objeto del mantenimiento técnico-legal es la seguridad de los esterilizadores por ser equipos a presión.

Según el Reglamento de Aparatos a presión vigente en la actualidad se pasará un Organismo de Control Autorizado (OCA) cada 5 años cuando las esterilizadoras tengan menos de 10 años de antigüedad y cada tres años cuando tengan más de 10, (esto solamente aplicará para esterilizadoras a vapor, que son consideradas equipos a presión).

PROTECCIÓN: Toda documentación del Sistema de Gestión de la Calidad de la COMISIÓN REGIONAL de la Comunidad de Madrid, tiene carácter de información de carácter confidencial. Cualquier uso no autorizado de esta información será considerado un delito de infracción de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

3 de 8

| | |
|--|--|
|  | |
| PROCEDIMIENTO MANTENIMIENTO DE AUTOCLAVES | CÓDIGO: SC/PSA04/POC01 EDICIÓN: 2.1 |

3.4. Validación

La validación de los esterilizadores son las operaciones de mantenimiento que acreditan que los parámetros de uso de cada ciclo de esterilización son los especificados. Estas operaciones se han de realizar cuando se tengan indicios de que los parámetros del esterilizador pueden estar fuera de su rango correcto y por tanto pudieran afectar a la efectividad de la esterilización del material tratado en el esterilizador.

La validación de un esterilizador se realizará en los siguientes casos:

- Después e inmediatamente de un mantenimiento correctivo y como parte del mismo, siempre que éste afecte a elementos sustanciales del esterilizador, como por ejemplo y, sin ser exhaustivos: cambio o reparación de importancia en el generador de vapor o la bomba de vacío, cambio del sistema de control electrónico o reparación de valvulería de vapor.
- Después de un número de ciclos desde la última validación, que serán de [10.000 ciclos] o cada 3 o 5 años, coincidiendo con la realización de la inspección del Organismo de Control Autorizado del equipo.

El objeto de la validación de los esterilizadores es la verificación de que los parámetros de uso de cada ciclo de esterilización son los especificados previamente para dicho ciclo.

4. FORMATOS

Para realizar un control exhaustivo de los ciclos realizados y de algún problema derivado esterilizadoras se utiliza el formato SC/PSA04/FPOC01/01 "Registro de esterilización" que, teniendo adjuntada la gráfica creada por las esterilizadoras, determinará el trabajo diario de cada máquina.

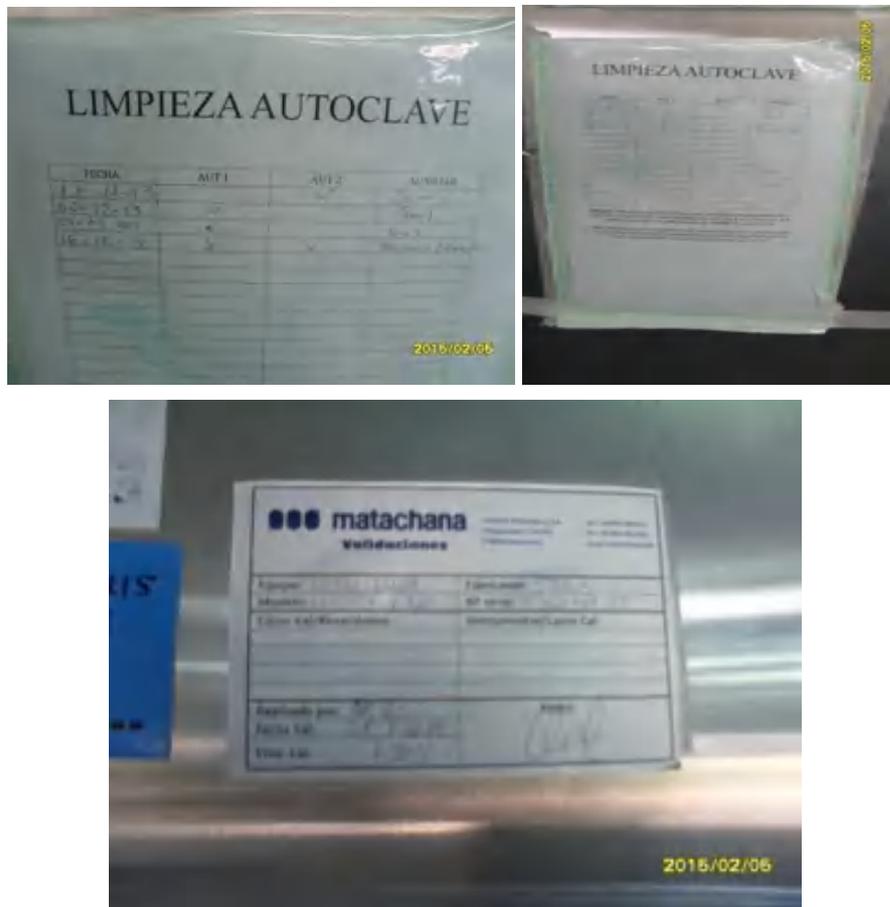
5. ANEXOS

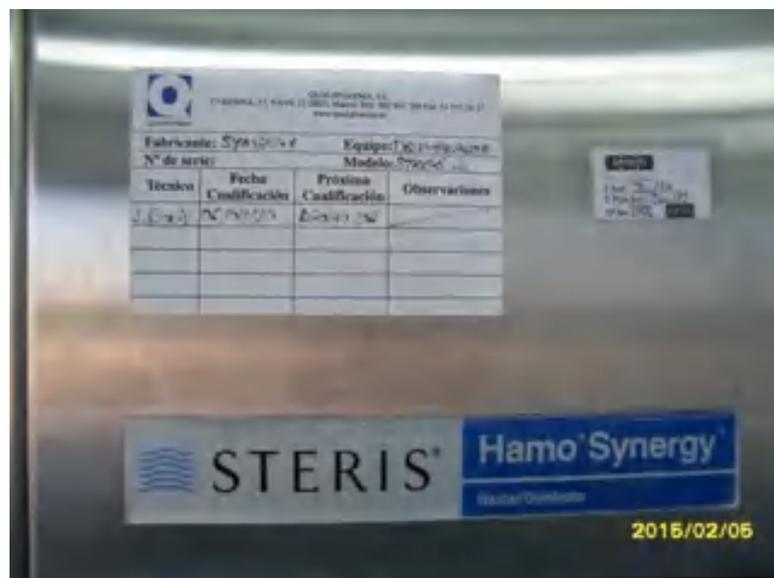
No aplica

Información: Toda información del Sistema de Gestión de Calidad formada por el Sistema de Certificación de Gestión de Calidad, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, se encuentra en el Sistema de Gestión de Calidad de GESMAN.

10 de 15

Registrándose las actuaciones que se llevan a cabo por parte del Departamento de Electromedicina y las limpiezas de los autoclaves realizadas por el propio personal de la Central de Esterilización. Se dispone de un Libro de Registro para cada equipo, en el que se anotan los trabajos y las actuaciones realizadas en cada uno de ellos. Además, en relación con las validaciones/calibraciones anuales de los autoclaves, se ha podido evidenciar que se han colocado las pegatinas que evidencian la realización de la última validación en los autoclaves, así como la documentación que lo acredita, con los registros que evidencian la realización de dichas validaciones de los equipos por parte de MATACHANA, los protocolos seguidos y los Certificados de Calibración de los equipos que lo requieren:





| | | |
|---------------|--------------------------|-------------------|
| ●●● matachana | INFORME DE CUALIFICACIÓN | SAN. 100621 |
| | CAPO INFANTA ELENA | Modelo: STAM 3000 |

5. CUALIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

5.1 Ensayo termométrico con carga

| Criterios termométricos de aceptación | |
|---|--|
| Banda de Temperatura | $T_{est} \leq 1^{\circ} \leq T_{est} + 4^{\circ}C$ |
| Diferencia de temperaturas máxima en cada instante | $MáxDif \leq 2^{\circ}C$ |
| Mínima letalidad obtenida | $Min F_d \geq 15$ minutos |
| Descripción ensayo termométrico con carga | |
| Introducimos 2 sensores de temperatura y 1 sensor de presión distribuidos por los distintos puntos de la carga según se indica en los diagramas posteriores. | |
| Se realiza 1 ensayo termométrico con carga para verificar la correcta penetración del vapor comprobando que las temperaturas obtenidas cumplen con los criterios termométricos de aceptación. | |

Tabla 5. Descripción de los ciclos LUNTAARGA.

| | | |
|---------------|--------------------------|----------------------|
| ●●● matachana | INFORME DE QUALIFICACIÓN | S/N: 100027 |
| | CAPIO INFANTA ELENA | Modelo: STATIM 50005 |

Programa INST SOLO NO EMBOLSADO

| Temperatura de esterilización (°C) | Tiempo de esterilización (min) |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 134 | 3,5 |



DESCRIPCIÓN DE LA CARGA

La carga que se introduce en el esterilizador consta de:

- Instrumental suito de oftalmología.

Tabla 7. Descripción del programa COM CARGA (INST SOLO NO EMBOLSADO)

6. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados de los ensayos termométricos con cámara vacía y con carga

| PROGRAMA | T _{max} (°C) | Sonda | T _{min} (°C) | Sonda | Máx Dif (°C) | Mín F ₀ (min) | Sonda |
|------------------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|--------------|--------------------------|-------|
| 134°C SIN CARGA | 130.92 | 2 | 137.64 | 2 | 0.9 | 124.60 | 2 |
| 134°C CARGA REAL | 135.93 | 1 | 137.59 | 2 | 0.15 | 125.61 | 2 |

- **T_{MAX} (°C)**: Temperatura máxima alcanzada durante el tiempo de esterilización.
- **T_{MIN} (°C)**: Temperatura mínima alcanzada durante el tiempo de esterilización.
- **DELTA T (°C)**: Diferencia máxima entre temperaturas obtenidas en cada instante.
- **MIN F₀ (min)**: Letalidad mínima alcanzada durante el tiempo de esterilización.

| Criterios termométricos de aceptación | | Resultado |
|--|---|------------|
| Sonda de Temperatura | $T_{\text{esc}} < T^{\text{ES}} < (T_{\text{esc}} + 4^{\circ}\text{C})$ | Incorrecto |
| Diferencia de temperaturas máxima en cada instante | MáxDif $\leq 2^{\circ}\text{C}$ | Correcto |
| Mínima letalidad obtenida | Min F ₀ ≥ 16 minutos | Correcto |

Analizados los distintos valores obtenidos, se certifica que todos los parámetros se encuentran dentro de los criterios termométricos establecidos en la Norma UNE-EN ISO 17865 y UNE EN 13060.

7. EQUIPO DE ENSAYO

Los patrones utilizados en la Calificación del esterilizador STATIM E0003 con número de serie SIN 100027 instalado en el CAPIC INFANTA ELENA es el siguiente:

| Marca | Modelo | Nº Referencia | Función |
|-------|--------------|---------------|---|
| Etab | Tractosensor | 40036-0003A | Loggers empleado para registrar las temperaturas durante los ensayos termométricos |
| Etab | Tractoguard | 1025-1 | Loggers emplea para registrar las temperaturas y la presión durante los ensayos termométricos |

[Página principal](#) | [Documentos y Sitios](#) | [Crear](#) | [Configuración del sitio](#) | [Ayuda](#)

Hospital Infanta Elena

Gestión de Incidencias de Mantenimiento: Sergio Izquierdo

[Guardar y Listar](#) | [Cancelar este eqm.](#) | [Volver a la lista](#)

| | |
|------------------------------|--|
| SERVICIO SOLICIDAD * | Mantenimiento |
| Numero de Inventario * | 2547 |
| Nombre de Equipo * | Sistema S00CS |
| Servicio Solicitante * | Quirófano |
| Fecha solicitud * | 15/1/2015 13: 40 |
| Nombre/Apellido * | Sergio Izquierdo |
| Tipo de Incidencia * | Equipamiento Subitario |
| Descripción * | El equipo al comprobarlo con una cámara externa esta difiere de la que esta el equipo. |
| Prioridad * | BAJA |
| Estado * | Realización |
| Observaciones (Máximo 10000) | Se avisó al servicio técnico de la casa y se lleva equipo para calibrarlo. Se reabrió al equipo reparado y calibrado se solucionó el problema. |
| Fecha Realización | 20/1/2015 10: 00 |
| Fecha Cierre | 20/1/2015 10: 00 |

* Indica un campo obligatorio

Fecha de creación: 15/01/2015 13:40 por [Sergio Izquierdo](#) [Cerrar](#)
Última modificación: 05/02/2015 12:49 por [Sergio Izquierdo](#) [Cerrar](#)

MEDICALMIX

(ANÁLISIS DE RIESGO Y OPTIMIZACIÓN)

Servicio de Asesoría Técnica: info@medicalex.com
Avenida, 20 | 46171 Benicarló (Valencia) | España
T: +34 961 657 457 | F: +34 961 657 316 | www.medicalex.com

Hospital Infanta Elena - Valdemoro

Av/ Reyes Católicos, 21
28340 Valdemoro
Madrid
ESA84552777

ALBARAN:

Nrta.Ref: 13637



| Presupuesto | Fecha | Equipo | |
|-------------|----------------|---|------------------------------------|
| SAT12749 | 15/01/2015 | Esterilizador Statim 5000 S N/S: 140807100027 | |
| Su Pedido | Codigo Cliente | Forma de Pago | Instalado |
| - | C528066 | TRANSFERENCIA - 60 DIAS | Hospital Infanta Elena - Valdemoro |

| | |
|---------------------|---|
| Incidencia: | La temperatura máxima de esterilización llega hasta 139°C |
| Diagnóstico: | Limpieza de la electroválvula y del sensor de presión; cambio del filtro de agua y de la válvula antirretorno; calibración. |

| Artículo | Descripción | Unid. | Precio | %Dto | Importe | IVA | IVA incluido |
|----------|--|-------|--------|------|---------|-----|--------------|
| SAT-H | Hora Técnico | 1,75 | 66,00 | 0,00 | 115,50 | 21 | 139,76 |
| SAT-D | Desplazamiento | 4 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 21 | 0,00 |
| SAT-C | Control de Calidad | 1 | 66,00 | 0,00 | 66,00 | 21 | 79,86 |
| 101627S | Válvula Anti-retorno Statim 5000/5000S (Desmontaje-Cambio-Montaje-Verificación: 15 min.) | 1 | 98,25 | | 98,25 | 21 | 118,88 |
| 106637S | Filtro de agua interno (Desmontaje-Cambio-Ajuste-Verificación: 15 min.) | 1 | 12,75 | | 12,75 | 21 | 15,43 |
| 101618S | Placa Sondas Statim 5000/5000S (Desmontaje-Calibración-Ajuste-Montaje-Verificación: 45 min.) | 1 | | | | | |
| 104690S | Transductor de presión Statim 2000S/5000S/7600S (Desmontaje-Limpieza-Montaje-Verificación: 15 min.) | 1 | | | | | |
| 104695S | Válvula Statim 5000S (Desmontaje-Limpieza-Montaje-Verificación: 15 min.) | 1 | | | | | |

Aceptación del Presupuesto: Nombre, firma, sello y fecha

Se acepta presupuesto
Sig. 16/01/2015
Nº pedido: HIE15 0012

Observaciones del presupuesto

- * La duración del presupuesto será de 60 días a partir del 15/01/2015. Una vez transcurridos, consultar por las posibles modificaciones de precio.
- * La garantía de la reparación es de 6 meses en caso de producirse la misma avería.

Técnico asignado: Ignacio Martínez

Total Neto: 292,50 €
IVA 21 %: 61,43 €
Total Presupuesto: 353,93 €



| | | |
|---------------|-------------------------|------------------------|
| ●●● matachana | INFORME DE REVALIDACIÓN | Ref. Steris: 301408-13 |
| | HOSPITAL INFANTA ELENA | Modelo: V120 |

6.2. Programa de 134°C

| Temperatura de esterilización (°C) | Tiempo de esterilización (min) |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 134 | 3,5 |



DESCRIPCIÓN DE LA CARGA

-Material Vario

Tabla 6. Descripción del programa de 134°C.

| | | |
|----------------------|-------------------------|------------------------|
| ●●● matachana | INFORME DE REVALIDACIÓN | Ref. Steris: 301408-13 |
| | HOSPITAL INFANTA ELENA | Modelo: V120 |

6.3. Programa de 121°C

| Temperatura de esterilización (°C) | Tiempo de esterilización (min) |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 121 | 20 |



DESCRIPCIÓN DE LA CARGA

Material Vario

Tabla 7. Descripción del programa de 121°C.

| | | |
|--|-------------------------|-----------------------|
|  matachana | INFORME DE REVALIDACIÓN | Ref. Orden: 201408-13 |
| | HOSPITAL INFANTA ELENA | Modelo: V120 |

7. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

7.1. Test de vacío y Bowie & Dick

| | | |
|----------------------|---------------------------------|----------|
| Test de vacío | | Correcto |
| Test de Bowie & Dick | El indicador vira correctamente | Correcto |

7.2. Resultados de los ensayos termométricos con cámara vacía y con carga

| PROGRAMA | T _{MAX} (°C) | Sonda | T _{MIN} (°C) | Sonda | Delta T ₁ (°C) | Min F ₀ (min) | Sonda |
|------------------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|---------------------------|--------------------------|-------|
| Sin Carga 121°C | 128.78 | 4 | 122.26 | 3 | 0.83 | 28.74 | 3 |
| Sin Carga 134°C | 136.95 | 4 | 135.37 | 3 | 0.89 | 115.72 | 3 |
| Carga Real 121°C | 123.92 | 4 | 122.52 | 3 | 0.69 | 29.97 | 3 |
| Carga Real 134°C | 136.97 | 4 | 134.78 | 2 | 1.08 | 114.73 | 3 |

- **T_{MAX} (°C)**: Temperatura máxima alcanzada durante el tiempo de esterilización.
- **T_{MIN} (°C)**: Temperatura mínima alcanzada durante el tiempo de esterilización.
- **DELTA T₁ (°C)**: Diferencia máxima entre temperaturas obtenidas en cada instante.
- **MIN F₀ (min)**: Letalidad mínima alcanzada durante el tiempo de esterilización.

| Criterios termométricos de aceptación | | Resultado |
|--|------------------------------------|-----------|
| Banda de Temperatura | Test ≤ T ₁ ≤ Test + 3°C | Correcto |
| Diferencia de temperaturas máxima en cada instante | MáxDif ≤ 2°C | Correcto |
| Mínima letalidad obtenida | Min F ₀ ≥ 15 minutos | Correcto |

Analizados los diversos valores obtenidos, se certifica que todos los parámetros se encuentran dentro de los criterios termométricos establecidos en la Norma UNE-EN ISO 17868.

| | | |
|--|--------------------------------|-------------------------|
|  matachana | INFORME DE REVALIDACIÓN | Ref. Sistema: 301406-13 |
| | HOSPITAL INFANTA ELENA | Modelo: V120 |

8. CERTIFICADO DE REVALIDACIÓN

La empresa ANTONIO MATACHANA S.A. que vive en C/Alfonso de Sotomayor nº 174 de Barcelona certifica que:

Se ha procedido a la revalidación del esterilizador ASCOM CENTURY V120 con número de serie 301406-13, ubicado en HOSPITAL INFANTA ELENA, con el equipo cuyas especificaciones se adjuntan.

Se han verificado los siguientes datos:

| Ciclo | Temperatura de consigna [°C] | Tiempo de esterilización [min] |
|-------------|------------------------------|--------------------------------|
| Prog. 134°C | 134 | 3,5 |
| Prog. 121°C | 121 | 20 |

En todos ellos se obtienen los valores de temperatura presión y humedad que se adjuntan en el anexo.

Todo lo cual se certifica en Barcelona, 4 de agosto de 2014

Por MATACHANA

Por el cliente

ANTONIO MATACHANA S.A.
Departamento de Validación

Miquel Ferré Pérez

8. EQUIPO DE ENSAYO

Los patrones utilizados en la Reevaluación del esterilizador V120 con número de serie 201490-10 instalado en el HOSPITAL INFANTA ELENA es el siguiente:

| Marca | Modelo | Nº Referencia | Fuición |
|----------------|----------|---------------|--|
| Filoh | EnvEFlor | 14818 | Loggers de temperatura en gelado para registrar las temperaturas durante los ensayos térmomecánicos. |
| Kaye Validator | IRTD 400 | 80510 | Instrumento digital para la calibración y la verificación de los termopares que se utilizan durante los ensayos térmomecánicos. |
| Roemak | MCS | 24572457 | Patón equipado para la calibración y control de esterilizador. |
| testech | Fast-Ca | 321126 | Patón ampliable inteligente como fuente de calor para la calibración y la verificación de los termopares y para la calibración de los sensores de temperatura del esterilizador que se utilizan en los ensayos térmomecánicos. |

ANEXO D: CERTIFICADOS DE CALIBRACIÓN DE PATRONES UTILIZADOS

Certificate of Calibration



| | | | | |
|------------------------------|---|---------|---------------------|---------|
| Sensor type | Digital pressure sensor for used for E-VAL Flex systems | | | |
| Sensor ID | 125935 | | | |
| Max. permissible error MPE | 0.15 % FS equal to 5 mBar | | | |
| Date of calibration | 11-Sep-2013 | | | |
| Environmental conditions | Temperature | 23±5 °C | Barometric Pressure | 1005,57 |
| Date of previous calibration | N/A | | | |

| | |
|---|---|
| Reference equipment ID | Manufacturer GE Sensing Model Ruska 7250x ID : SN 64549 |
| Calibration status of reference equipment | Calibration certificate 2374 Force Technology Cal Reg. Nr. 9 Traceable to PTB Germany |

| Pressure calibration performed in absolute pressure at ambient temperature | | | | | | | | | |
|--|-------------|--------------------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| Ambient temperature °C | | 19,5 | | 49,7 | | 79,9 | | 120,2 | |
| Reference reading in mBar A | | Sensor reading in mBar A | | | | | | | |
| Pressure | Uncertainty | Pressure | Deviation | Pressure | Deviation | Pressure | Deviation | Pressure | Deviation |
| 50 | ±0,5 | 51 | 1 | 51 | 1 | 51 | 1 | 50 | 0 |
| 1000 | ±0,5 | 1001 | 1 | 1001 | 1 | 1001 | 1 | 1001 | 1 |
| 2000 | ±0,5 | 2001 | 1 | 2001 | 1 | 2001 | 1 | 2000 | 0 |
| 3000 | ±0,5 | 3001 | 1 | 3001 | 1 | 3001 | 1 | 3000 | 0 |
| 4000 | ±1,0 | 4001 | 1 | 4001 | 1 | 4001 | 1 | 4001 | 1 |

Date of approval

11-Sep-2013

Lotte Ørbæk
Calibration performed by

Ken Vejbaek
Calibration approved by

Ellab A/S Trollesmindealle 25, DK-3400 Hilleroed, Denmark
Phone +45 44520500, Fax +45 44530505, info@ellab.com, www.ellab.com

9/10/13





CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN
Certificate of Calibration

Número 28865
Number

Página 1 de 3 páginas
Page 1 of 3 pages

Calibración Asistencia Técnica, S.L.
Núcleo 1, 11
Polígono Industrial, Riara de Caldes
08164 Palau-Solità i Plagorains (Barcelona)
Tel. 93 864 91 51 — Fax 93 864 91 41
laboratori@katech.com — www.calbrat.com



Objeto
Item: TERMOMETRO DE RESISTENCIA DE PLATINO

Marca
Mark: KAYE INSTRUMENTS

Modelo
Model: RTD540

Identificación
Identification: B0510

Solicitante
Applicant: ANTONIO MATACHANA, S.A.
ALMOGAVARES, 174-175
08018 BARCELONA
BARCELONA

Fechas de calibración
Date of calibration: 13/01/2014 al 14/01/2014

Signatario/s autorizado/s
Authorized signatory/s

Fecha de emisión
Date of issue: 14/01/2014

* NOMBRE: JARA TORTOSA
SERVIDO - IUP 513695490
Responsable de Área
2014-01-17 11:42:52

CUOIGO INTERNO: C-10176 / A-14906

El presente certificado se expone en su totalidad (el presente certificado) de conformidad con el ENAC 62/LC10.039, comprobando la capacidad de medida de los
instrumentos y su trazabilidad a patrones nacionales e internacionales.
ENAC es miembro del Acuerdo de Reconocimiento Múltiple (MLA) en relación con el Sistema Europeo de Acreditación (EA) y el Acuerdo de Reconocimiento Múltiple (MLA) de la International Laboratory Accreditation Cooperation (ILAC).

This certificate is issued in accordance with the conditions of accreditation granted by ENAC which has assessed the competence and capability of the laboratory and its traceability to national and international standards.

ENAC is one of the signatories of the Multilateral Agreement of the European Cooperation for Accreditation (EA) and the International Laboratory Accreditation Cooperation (ILAC).

20/11/14
[Handwritten signature]



Certificado de Calibración

Número: 20146

Página 1 de 1



Calibración

Antes de proceder a la calibración el instrumento parametrizado durante un periodo de 24 horas en condiciones ambientales estables de (23 ± 2) °C y humedad relativa menor del 60%. La temperatura durante la calibración fue de (23 ± 2) °C y la humedad relativa menor del 70%.

El instrumento fue operado correctamente al cumplir los requisitos por el cliente y parámetro que quedó el tiempo suficiente para alcanzar la estabilidad térmica.

La incertidumbre del menor cuerpo de calibración fue de 276 μ m.

La calibración se realizó en 2 etapas de 4 y 140 μ m por comparación con Termómetros de Referencia de Plasma en baño de temperatura controlada de acuerdo con el procedimiento interno "TC-006".

Palabras Calibrador:
T-014, T-029, T-033, T-040

Incertidumbre

La incertidumbre expandida de medida se ha obtenido multiplicando la incertidumbre típica de medición por el factor de cobertura $k = 2$ que para una distribución normal, con respecto a una probabilidad de cobertura de aproximadamente 95%. La incertidumbre típica de medida se ha determinado conforme al documento ICR-A-PM-AC-UC002.

Los valores que aparecen en las tablas de resultados corresponden al momento de la lectura, su exactitud depende directamente sobre la exactitud del instrumento.

Observaciones

La exactitud del instrumento durante la calibración ha sido calibrada como la diferencia entre las lecturas el punto de fusión del hielo antes y después del reposo de equilibrio.

Las curvas de calibración que aparecen en la tabla de resultados han sido seleccionadas a petición del cliente.

Se realizaron ajustes.

Fecha de recepción del instrumento: 20/07/2014

20/07/14


| | | |
|--|-------------------------|-----------------------|
|  matachana | INFORME DE REVALIDACIÓN | Ref. Serie: 031107-05 |
| | HOSPITAL INFANTA ELENA | Modelo: V-2C |

6. RECUALIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

6.1. Ensayos termométricos con carga

| Criterios termométricos de aceptación | |
|--|---|
| Banda de Temperatura | $Test \leq T^{22} \leq (Test+3^{\circ}C)$ |
| Diferencia de temperaturas máxima en cada instante | MaxCr $\leq 2^{\circ}C$ |
| Mínima letalidad obtenida | Mln F ₀ ≥ 15 minutos |
| Descripción ensayo termométrico con carga | |
| <p>Introducimos 4 sensores de temperatura y 1 sensor de presión distribuidos por los distintos puntos de la carga según se indica en los diagramas posteriores.</p> <p>Se realiza 1 ensayo en cada uno de los programas para verificar la correcta penetración del vapor en cada tipo de carga de esterilización comprobando que las temperaturas obtenidas cumplen con los criterios termométricos de aceptación.</p> | |

Tabla 5. Descripción de los ciclos CON CARGA

| | | |
|---------------|-------------------------|-------------------------|
| ●●● matachana | INFORME DE REVALIDACIÓN | Ref. Steris: 0311197-05 |
| | HOSPITAL INFANTA ELENA | Modelo: V120 |

6.2. Programa de 134°C

| Temperatura de esterilización (°C) | Tiempo de esterilización (min) |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 134 | 3,5 |



DESCRIPCIÓN DE LA CARGA

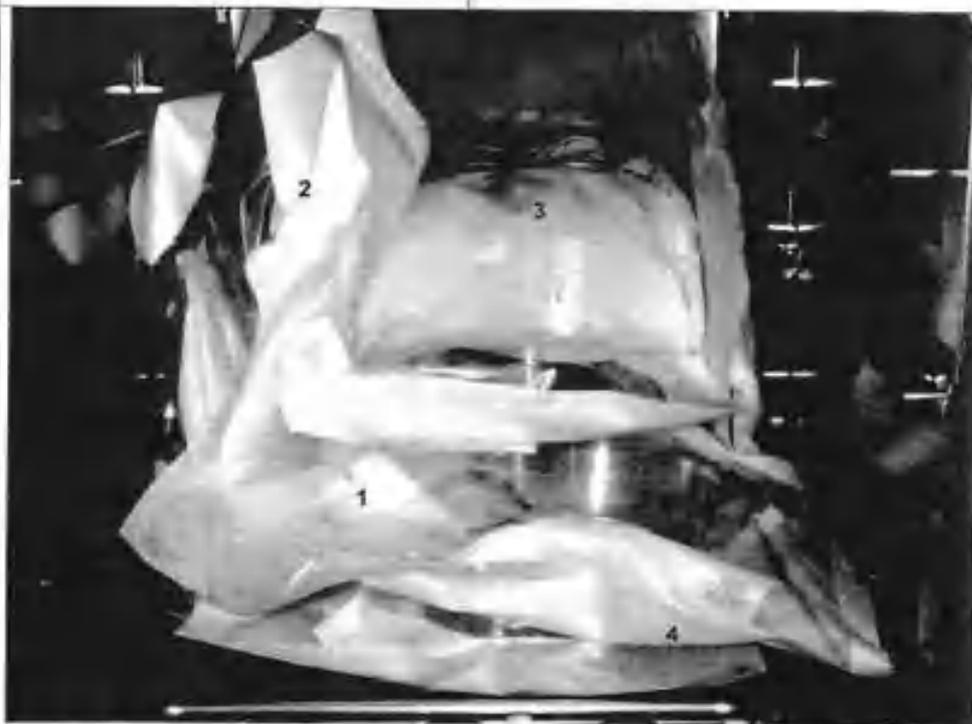
-Material Vario

Tabla 6. Descripción del programa de 134°C.

| | | |
|---------------|-------------------------|-------------------------|
| ●●● matachana | INFORME DE REVALIDACIÓN | Ref. Steria: 0311107-05 |
| | HOSPITAL INFANTA ELENA | Modelo: V120 |

6.3. Programa de 121°C

| Temperatura de esterilización (°C) | Tiempo de esterilización (min) |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 121 | 20 |



DESCRIPCIÓN DE LA CARGA

- Material Vario

Tabla 7. Descripción del programa de 121°C.

| | | |
|----------------------|-------------------------|------------------------|
| ●●● matachaha | INFORME DE REVALIDACION | Rol. Stero: #314107-03 |
| | HOSPITAL INFANTA E. ENB | Modelo: U129 |

7. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

7.1. Test de vacío y Bowie & Dick

| | | |
|----------------------|--------------------------------|----------|
| Test de vacío | | Correcto |
| Test de Bowie & Dick | El indicador vió correctamente | Correcto |

7.2. Resultados de los ensayos termométricos con cámara vacía y con carga

| PROGRAMA | T ^{MAX} (°C) | Sonda | T ^{MIN} (°C) | Sonda | Delta T ² (°C) | Min F ₀ (min) | Sonda |
|------------------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|---------------------------|--------------------------|-------|
| Sin Carga 121°C | 123.98 | 4 | 122.53 | 1 | 1.19 | 32.93 | 1 |
| Sin Carga 134°C | 138.97 | 4 | 135.65 | 3 | 0.98 | 114.62 | 3 |
| Carga Real 121°C | 123.99 | 4 | 122.74 | 3 | 0.99 | 32.83 | 3 |
| Carga Real 134°C | 135.84 | 4 | 135.61 | 2 | 0.98 | 113.71 | 2 |

- **T^{MAX} (°C)**: Temperatura máxima alcanzada durante el tiempo de esterilización.
- **T^{MIN} (°C)**: Temperatura mínima alcanzada durante el tiempo de esterilización.
- **DELTA T² (°C)**: Diferencia máxima entre temperaturas obtenidas en cada instante.
- **MIN F₀ (min)**: Letalidad mínima alcanzada durante el tiempo de esterilización.

| Criterios termométricos de aceptación | | Resultado |
|--|-----------------------------------|-----------|
| Rango de Temperatura | Tests T ^{MAX} (Test+3°C) | Correcto |
| Diferencia de temperaturas máxima en cada instante | MáxDif ≤ 2°C | Correcto |
| Mínima letalidad obtenida | Min F ₀ ≥ 5 minutos | Correcto |

Analizados los distintos valores obtenidos, se certifica que todos los parámetros se encuentran dentro de los criterios termométricos establecidos en la Norma UNE-EN ISO 17665.

8.- CERTIFICADO DE REVALIDACIÓN

La empresa ANTONIO MATACHANA S.A. que está en Carretera nº 174 de Barakaldo certifica que:

Se le permite la Revalidación del ordenador K500M-CENTURY V200 con número de serie 2041707-02, ubicado en HOSPITAL INFANTA ELENA con el equipo según especificaciones adjuntas.

Se leen a continuación los siguientes datos:

| Ciclo | Temperatura de consigna (°C) | Tiempo de estabilización (min) |
|-------------|------------------------------|--------------------------------|
| Prog. 104°C | 121 | 25 |
| Prog. 121°C | 121 | 20 |

En todos ellos se obtienen los valores de temperatura, presión y humedad que se adjuntan en el informe.

Todo lo cual se certifica en Barakaldo a 11 de Julio de 2014.

Por MATACHANA

Por el cliente

ANTONIO MATACHANA S.A.
C/Carretera nº 174 Barakaldo

Miquel Ferrer Pérez

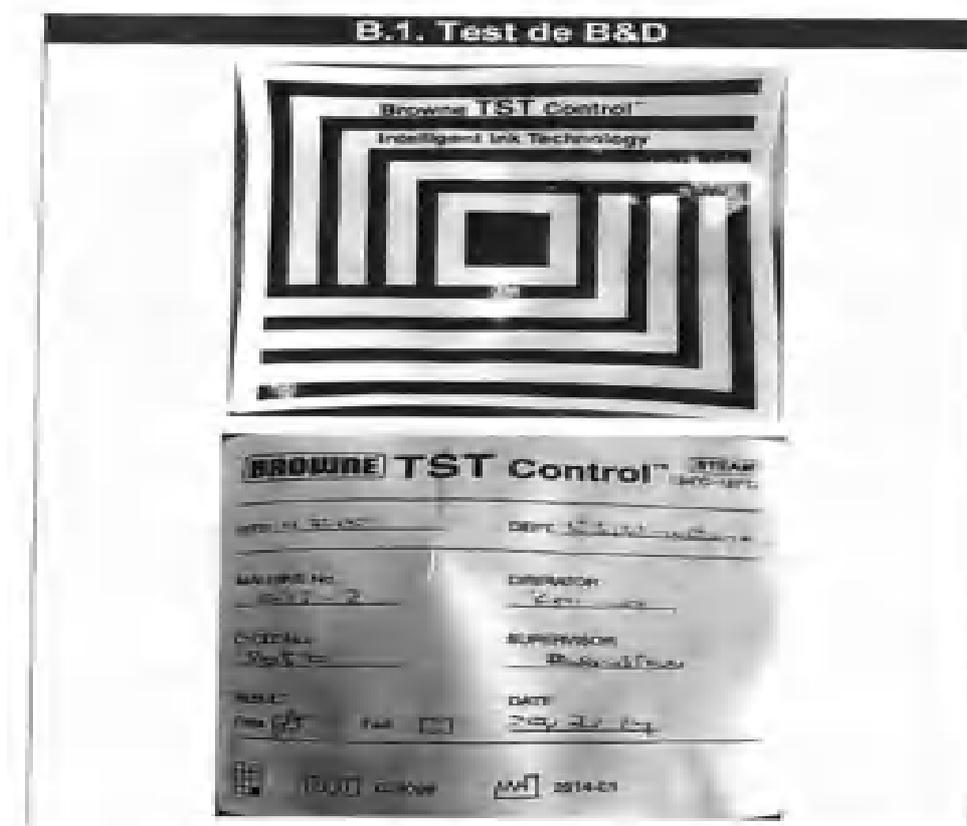
| | | |
|--|---|--|
|  matachana | INFORME DE REVALIDACIÓN HOSPITAL INFANTA ELENA | Ref. Documento: 0211107-02 Modelo: 0130 |
|--|---|--|

9. EQUIPO DE ENSAYO

Los parámetros indicados en la Revalidación del instrumento (1)30) son el número de veces que el 1)30) se trata de un 1)30) en el HOSPITAL INFANTA ELENA, en el siguiente:

| Modelo | Marca | Cantidad | Legenda de temperatura ambiente para Agregar los parámetros de temperatura ambiente para la calibración y la verificación de los instrumentos que se utilizan durante las pruebas de validación. |
|--------|--------|----------|--|
| Modelo | Modelo | Modelo | Modelo |
| Modelo | Modelo | Modelo | Modelo |
| Modelo | Modelo | Modelo | Modelo |

| | | |
|--|---|--|
|  matachana | INFORME DE REVALIDACIÓN HOSPITAL INFANTA ELENA | Ref. Documento: 0211107-02 Modelo: 0130 |
|--|---|--|



4. RECUALIFICACIÓN OPERACIONAL

4.1. Ensayo sin carga

Descripción ensayo termométrico con carga de test

Se introducen 4 sensores de temperatura y 1 sensor de presión distribuidos por los distintos puntos de la cámara según muestra el diagrama posterior.



Tabla 2. Descripción del ensayo termométrico Sin CARGA

5. RECUALIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

5.1. Ensayo con carga real

Criterios biológicos

Se emplean 4 combinaciones B. Cada control biológico se envuelve en doble capa. Los controles están distribuidos al lado de los sensores de temperatura.



DESCRIPCIÓN DE LA CARGA

1. Instrumental médico, instrumental de piel, utensilios metálicos

Tabla 3. Descripción del ensayo termométrico con CARGA

| | | |
|--|-------------------------|------------------------|
|  matachana | INFORME DE REVALIDACIÓN | Clave Ref: 10033080271 |
| | HOSPITAL INFANTA ELENA | Modelo: 8TERRAD NK |

6. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

6.1. Resultados de los ensayos termométricos

| PROGRAMA | P_{min} Difusión 1 [mbar] | P_{max} Difusión 1 [mbar] | P_{min} Difusión 2 [mbar] | P_{max} Difusión 2 [mbar] |
|-----------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Sin Carga Estandar | | | | |
| Sin Carga Avanzado | | | | |
| Con Carga Estandar | | | | |
| Con Carga Avanzado | | | | |

6.2. Resultados de los test biológicos

Los resultados obtenidos en la incubación de los indicadores biológicos procesados indican que los ciclos de esterilización son eficaces ya que la población de esporas de los indicadores queda totalmente inhabilitada para su crecimiento después del proceso. En ANEXO se adjuntan los resultados del análisis de los indicadores así como la ficha técnica del Inta

| | | |
|---|-------------------------|------------------------|
|  | INFORME DE REVALIDACIÓN | Clave Ref: 10033080271 |
| | HOSPITAL INFANTA ELENA | Modelo: STERRAD NX |

7. CERTIFICADO DE REVALIDACIÓN

La empresa ANTONIO MATACHANA S.A. que s/n en C/Almogávaras nº 174 de Barcelona certifica que:

Se ha procedido a la Revalidación del esterilizador por peróxido de hidrógeno STERRAD NX, ubicado en el HOSPITAL INFANTA ELENA con el equipo cuyas especificaciones se adjuntan*1.

Se han verificado los siguientes ciclos:

- ◆ ESTÁNDAR
- ◆ AVANZADO

En todos ellos se obtienen los valores de temperatura, presión y mortalidad que se adjuntan en el informe.

Todo lo cual se certifica en Barcelona, a 4 de Agosto de 2014

Por: MATACHANA

Por el cliente:

ANTONIO MATACHANA S.A.
Departamento de Industrias

Miquel Farré Pérez

| | | |
|---|-------------------------|------------------------|
|  | INFORME DE REVALIDACIÓN | Clave Ref: 10033080271 |
| | HOSPITAL INFANTA ELENA | Modelo: STERRAD NX |

8. EQUIPO DE ENSAYO

Los patrones utilizados en la Revalidación del esterilizador por peróxido de hidrógeno STERRAD NX instalado en el HOSPITAL INFANTA ELENA es el siguiente:

| Marca | Modelo | Nº Referencia | Función |
|-------|------------|--|---|
| Elab. | Tracksense | 189852-1, 189852-2, 38977, 38907, 38904, 93066 | Instrumento empleado para registrar la temperatura y presión durante los ensayos. |



INFORME DE ANALISIS

NºInforme: 410485

Solicitado por: ANTONIO MATACHANA, S.A.
Afmgòvers, 174 176
08018 BARCELONA



Informe 410405



| | |
|------------------------------|---|
| ENSAYO: | VALIDACION BIOLÓGICA AUTOCLAVES |
| AUTOCLAVE: | Medi STERILIZADORA |
| PROGRAMA DE ENSAYO: | Estandar non Carga Avanzado con Carga Detenido Media Programa Avanzado Medio Programa |
| BIOINDICADOR: | <i>Geobacillus stearothermophilus</i> ATCC 7953 BIOINDICADOR BT00 F1 Lote nº: PAT992016 Caducidad: 05/2016 |
| LUGAR ENSAYO: | Hospital Infanta Elena |
| FECHA ESTERILIZACIÓN: | 30/07/2014 |
| REALIZACIÓN ENSAYO: | 05/00/2014 al 06/03/2014 |

Notas:

- 1.- Los resultados del ensayo son con fe de las muestras analizadas
- 2.- No se permite la reproducción total o parcial del presente Informe sin previa aprobación escrita de ACONSA.
- 3.- Este documento consta de 6 páginas

4 de 5



Nº Informe: 410485



PROCEDIMIENTO ENSAYO:

Revisión de todos los bioindicadores colocados en cada vial de esterilización.

Rotura de vial que contiene el medio de cultivo, con el fin de que este contenga una tira impregnada con las esporas de *Bacillus stearothermophilus* ATCC 7953

Incubación de dichos dispositivos en estufa de laboratorio, siguiendo las Instrucciones del fabricante (BIOBIOVA), durante 2 horas a 50±2°C.

Se procede a la incubación de un bioindicador sin haber pasado por el proceso de esterilización, con el fin de comprobar la presencia de crecimiento, lo que indica el buen estado del vial empleado en el ensayo.

En el caso de presentar crecimiento de esporas alguno de los bioindicadores sometidos a alguno de los ciclos de esterilización, se deberá repetir el ensayo de validación.

Notas:

- 1.- Los resultados del ensayo solo darán to de las muestras analizadas.
- 2.- No se permite la reproducción total o parcial del presente informe sin previa aprobación escrita de ACONSA.
- 3.- Este documento consta de 5 páginas

1 de 5



Resultados

| PROGRAMA/CICLO | BIOINDICADOR | RESULTADO |
|---------------------------|-----------------|-------------------------|
| Estandar con Carga | Bioindicador 1 | Ausencia de crecimiento |
| | Bioindicador 2 | Ausencia de crecimiento |
| | Bioindicador 3 | Ausencia de crecimiento |
| | Bioindicador 4 | Ausencia de crecimiento |
| | Bioindicador 5 | Ausencia de crecimiento |
| Avanzado con Carga | Bioindicador 6 | Ausencia de crecimiento |
| | Bioindicador 7 | Ausencia de crecimiento |
| | Bioindicador 8 | Ausencia de crecimiento |
| Estandar Medio Programa | Bioindicador 9 | Ausencia de crecimiento |
| | Bioindicador 10 | Ausencia de crecimiento |
| | Bioindicador 11 | Ausencia de crecimiento |
| Avanzado Medio Programa | Bioindicador 12 | Ausencia de crecimiento |
| | Bioindicador 13 | Ausencia de crecimiento |
| | Bioindicador 14 | Ausencia de crecimiento |
| Bioindicador sin procesar | Bioindicador 15 | Ausencia de crecimiento |
| | Bioindicador 16 | Crecimiento |

Notificación 110185



Interpretación resultados

Los resultados obtenidos en la incubación de los bioindicadores procesados en los ciclos Estandar con Carga, Avanzado con Carga, Estandar Medio Programa, Avanzado Medio Programa efectuado en las condiciones descritas, nos indican que el ciclo de esterilización es eficaz, ya que la población de esporas de los bioindicadores es totalmente destruida después de su procesamiento.

El bioindicador no procesado utilizado en el control positivo de crecimiento ha evidenciado el buen estado del lote PAT052016 de BIONOVA BT91 empleado en el ensayo.

Barcelona, a 11 de agosto de 2014



Ascensión López Sevilla
Lic. en Biología
Directora Laboratorio



**ASESORIA Y CONSULTORIA
SANITARIA, S.L.**

Avda. Pla del Parc, 11 Local
0000 SAN MATEU (Barcelona)
T. 93 494 71 21 - F. 93 494 2 18
Email: info@asesoria-sanitaria.es



Innovation
in technologies
for sterilization and
disinfection



09/05/2014

Product Quality Certificate / Certificado de Calidad de Producto

Product code / código de Producto: BT90/5 F1

Product description / Descripción de producto: Self contained biological indicator for hydrogen peroxide sterilization processes. *Geobacillus stearothermophilus* ATCC 7953 / Indicador biológico autocontenido para procesos de esterilización por peróxido de hidrógeno. *Geobacillus stearothermophilus* ATCC 7953. Result in 8 hours by direct colorimetric reading / Resultados en 8 horas mediante lectura colorimétrica directa

Batch number / Número de lote: PAT052016

Manufacture date / Fecha de fabricación: 05.2014

Expiration date / Fecha de vencimiento: 05.2016

Sporas title (not lower than 1×10^6 spores per vial) / Título de Esporas (no menor a 1×10^6 esporas por vial): $1,0 \times 10^6$ spores per vial / esporas por vial

D value / Valor D (2 mg/LVH₂O, 45 °C): 0,3 min

Survival time (S) not lower than (log₁₀ nominal population - 2) x D value / Tiempo de Sobrevivida (S) no menor a (log₁₀ población nominal - 2) x Valor D: 0,8 min.

Kill time (M) not more than (log₁₀ nominal population + 4) x D value / Tiempo de Muerte (M) no mayor a (log₁₀ población nominal + 4) x Valor D: 2,5 min.

Parameters determined at the time of manufacturing in accordance with USP and ISO 11138 standards (part 1). The values shown in this certificate are reproducible only under the conditions in which they were established. / Parámetros determinados al momento de la fabricación conforme con estándares USP e ISO 11138 (parte 1). Los valores presentados son reproducibles solo bajo las mismas condiciones en las cuales fueron determinados.

Conclusion: The product batch PAT052016 meets the specifications under USP and ISO 11138 regulation (Part 1) / El lote de producto PAT052016 cumple con las especificaciones establecidas en la normativa USP e ISO 11138 (Parte 1).

Customer: 27111386 - Hospital "Infanta Elena" (Valdemoro) - Dirección: C/Doña Juana de Borja, 1 - 28100 Valdemoro (Madrid) - www.valdemoro.es



4. CUALIFICACIÓN OPERACIONAL

| Descripción del ensayo operativo | |
|---|--|
| Ensayo 5.004: | Se ocupará de la alimentación del gas en cinco subcomponentes sueltos. Se controla el vapor en solución y está dentro de unos márgenes establecidos. Por lo tanto, se realiza la penetración de vapor en el paciente de forma, el resultado es satisfactorio. Se realiza el pequeño de ensayo en el campo de la parte inferior de la cámara, a una distancia de 20 cm del paciente. Se realiza el ensayo de test a 14°C y 2,5 minutos. El indicador debe cumplir con la norma ISO 11204. |
| | Objetivo de aceptación |
| El paciente de test está de color satisfactorio. | |
| Criterios tecnológicos de aceptación | |
| Bandas de Temperatura | Test a 14°C (Test 14°C) |
| Diferencia de temperatura máxima en cada instante | Máx 10°C |
| Mínima latencia obtenida | Mín 15g 15 minutos |

| Criterios tecnológicos de aceptación | | |
|--------------------------------------|------------|--------|
| Ensayo: | EN EEE0070 | Unidad |
| Ensayo 5.004 | 10g | 3,5 |

5. CUALIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO

5.1 Ensayo termométrico con carga

| Criterios termométricos de aceptación | |
|---|-------------------------|
| Bandas de Temperatura | Test a 14°C (Test 14°C) |
| Diferencia de temperatura máxima en cada instante | Máx 10°C |
| Mínima latencia obtenida | Mín 15g 15 minutos |
| Descripción ensayo termométrico con carga | |
| Indicamos 2 sensores de temperatura y 1 sensor de presión distribuidos por los distintos puntos de la carga según se nota en los diagramas adjuntos. | |
| Se realiza 1 ensayo termométrico con carga para verificar la correcta penetración del vapor sumergiendo todo las temperaturas durante el tiempo con los criterios tecnológicos de aceptación. | |

Tabla 8. Descripción de los ensayos EN EEE0070.

| | | |
|---------------|--------------------------|-----------------|
| ●●● matachana | INFORME DE CUALIFICACIÓN | S/N: EEH080201 |
| | HOSPITAL INFANTA ELENA | Modelo: EURONDA |

5.2 Programa CONC ARG

| Temperatura de esterilización (°C) | Tiempo de esterilización (min) |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 134 | 3,5 |



DESCRIPCIÓN DE LA CARGA

La carga que se introduce en el esterilizador consta de:

- instrumental de oftalmología

Tabla 7. Descripción del programa CON CARGA (INST SOLO NO EMBOLSADO)

| | | |
|--|-------------------------|-----------------|
|  matachana | INFORME DE CALIFICACIÓN | G/N, EEH060201 |
| | HOSPITAL INFANTA ELENA | Modo α: EJRONDA |

6. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados de los ensayos termométricos con cámara vacía y con carga

| PROGRAMA | T ^{MAX} (°C) | Sonda | T ^{MIN} (°C) | Sonda | Delta T ^{°C} | Min F ₀ (min) | Sonda |
|-----------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|-----------------------|--------------------------|-------|
| Sin carga | 136.90 | 3 | 135.08 | 2 | 1.01 | 123.03 | 2 |
| Con carga | 136.70 | 2 | 135.16 | 1 | 0.77 | 122.75 | 1 |

- **T^{MAX} (°C)**: Temperatura máxima alcanzada durante el tiempo de esterilización.
- **T^{MIN} (°C)**: Temperatura mínima alcanzada durante el tiempo de esterilización.
- **DELTA T (°C)**: Diferencia máxima entre temperaturas obtenidas en cada instante.
- **MIN F₀ (min)**: Letalidad mínima alcanzada durante el tiempo de esterilización.

| Criterios termométricos de aceptación | | Resultado |
|--|---------------------------------------|-----------|
| Banda de Temperatura | Test ≤ T ^{MA} < (Test + 4°C) | Correcto |
| Diferencia de temperaturas máxima en cada instante | MáxDif < 2°C | Correcto |
| Mínima letalidad obtenida | Min F ₀ ≥ 15 minutos | Correcto |

Analizados los distintos valores obtenidos, se certifica que todos los parámetros se encuentran dentro de los criterios termométricos establecidos en la Norma UNE-EN ISO 17865 y UNE EN 13066.

| | | |
|--|-------------------------|--------------------|
|  matachana | INFORME DE CALIFICACIÓN | SIN ESTERILIZACIÓN |
| | HOSPITAL INFANTA ELENA | Modelo: EURONDA |

7. EQUIPO DE ENSAYO

Los equipos utilizados en la Cualificación de esterilización EURONDA con número de serie SIN ESTERILIZACIÓN instalado en el HOSPITAL INFANTA ELENA es el siguiente:

| Marca | Modelo | Nº Referencia | Función |
|-------|-------------|---------------|---|
| Enab | TrackSeries | 7309E, 38604 | Loggers aneclados para registrar la temperatura durante los ensayos termométricos |
| Enab | TrackSeries | 180754 | Loggs empleados para registrar la presión durante los ensayos termométricos |

Existe Procedimiento para la Esterilización en punto de uso, cuyo objeto es el establecimiento de las técnicas adecuadas para la esterilización de instrumental en punto de uso, como la mejor estrategia de control de infecciones en las diferentes áreas del Bloque Quirúrgico. Este circuito engloba todo aquel proceso que se realiza en los equipos de esterilización en punto de uso del Hospital.

| | |
|---|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena  | |
| ESTERILIZACIÓN EN PUNTO DE USO | CÓDIGO: HV/PSA04/POC02 EDICIÓN: 2.3 |

| | |
|--|---|
| Realizado por: Propietario de Proceso | Aprobado por: CIPA |
| Destinatarios: Profesionales sanitarios asistenciales | Fecha Aprobación: Abril 2010 |
| A conocer por: Todo el Hospital | Fecha última revisión: Abril 2012 Fecha próxima revisión: Abril 2014 |

1. OBJETO Y ALCANCE.

El objeto de este documento es el establecimiento de las técnicas adecuadas para la esterilización de instrumental en punto de uso, como la mejor estrategia de control de infecciones en las diferentes áreas del Bloque Quirúrgico. Este circuito engloba todo aquel proceso que se realiza en los equipos de esterilización en punto de uso del Hospital.

2. DOCUMENTACION DE REFERENCIA / LEGISLACIÓN APLICABLE.

- Manual del Sistema de Integrado de Calidad, Medio Ambiente y Gestión Energética de Capio Salud.
- Normas UNE-EN-ISO 9001:2008; 9000:2005; 14001:2004 y UNE 16000:2010
- Wentzel R, Edmond M, Pittet D y col. *Guía para el control de infecciones en el hospital*. Edición actualizada. IDSA (sociedad Internacional de enfermedades infecciosas). Ed. Médica Panamericana. Argentina, 2000. Danchaiwittit S, Chokloikaew S.A "National prevalence study on nosocomial infections 1988". *J Med Assoc Thai* 1989; 72(suppl 2):1-6.
- García Caballero, J: "Guía para la prevención y control de la infección en el Hospital Universitario La Paz." Comisión de Infecciones y Política antimicrobiana del Hospital Universitario La Paz. Madrid. 2003.

3. REALIZACIÓN.

3.1. LIMPIEZA.

Este proceso de lavado tiene como objetivo la eliminación de materia orgánica e inorgánica para garantizar su correcta esterilización. Se realiza por métodos manuales a cargo del personal auxiliar. El detergente enzimático y neutro usado para el lavado del material asegura la eliminación de materia orgánica y no daña el instrumental. Engloba todo material delicado (instrumental oftalmológico, ópticas, fibras ópticas, cables monopolares, bipolares, ultracision, motores...) y material urgente en punto de uso.

3.2. INSPECCIÓN.

IMPRESIÓN: Este documento pertenece al Sistema de Gestión de Calidad implantado en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, Torrejón y Rey Juan Carlos (Móstoles) y forma parte de la información generada en el sistema de Gestión de Calidad de GESMAN.

- 22 -

| | |
|--|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena  | |
| ESTERILIZACIÓN EN PUNTO DE USO | CÓDIGO: HV/PSA04/POC02 EDICIÓN: 2.3 |

Tras finalizar la intervención, el proceso de limpieza y su correspondiente secado manual, la AE verifica cada caja el instrumental utilizado, con el listado correspondiente. Ese listado acompaña a cada caja con fecha y firma del personal que ha realizado el recuento y colocación.

3.3. PREPARACIÓN / EMPAQUE / ESTERILIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL PROCESO.

El material que se procesa en el circuito de punto de uso es limitado (contenedores de metal de tamaño pequeño, material embolsado, material flexible y rígido como endoscopios, cistoscopios, etc) diferenciando el equipo de esterilización a usar:

- Miniclave:

El método de esterilización por alta temperatura es el miniclave a vapor. Elimina microorganismos por desnaturalización de las proteínas con vapor saturado y temperaturas entre 121° y 134° C. Es necesario conocer, antes de someter el material a esterilizar, la compatibilidad de los materiales y el tipo de empaque necesario dependiendo del método de esterilización seleccionado.

- Contenedor metal con filtro, se provee de un filtro nuevo, se introduce tira de control químico, se realiza un envoltorio en las cestillas interiores, se cierra el contenedor con sello
- Contenedor metal sin filtro, se realizara su empaque por el método de la triple barrera: tela, papel crepé y tejido sin tejer; dentro del contenedor la tira de control químico.
- Embolsado: para instrumental o material suelto, se empaqueta en doble bolsa de papel de grado medico mixto y se introduce una tira de control químico en la primera bolsa.

Para esto contamos con un registro periódico de cada carga y/o ciclo donde se registra vapor (121° o 134°), el número correspondiente de ciclo, fecha, turno, autoclave, ciclo, contador, material por ciclo, servicio al que pertenece dicho material, cantidad. Este documento se archiva en la Central de Esterilización. Se realiza todas las mañanas el test de Bowie-Dick, es la prueba de rendimiento del equipo que evalúa la eficiencia de la bomba de vacío.

Cada material embolsado o empaquetado va acompañado de la tira química de control para validar el proceso, existen indicadores químicos externos (cintas adhesivas de papel especial y bolsa de empaque) e indicadores internos (tiras de control químico) insertas en el interior de los paquetes.

El indicador biológico se considera el medio único mas definitivo existente para confirmar la esterilización de materiales, se realiza el test una vez por semana y se lleva a cabo su lectura a las 3 h. Se registra en el documento HV/PSA04/FPOC01/03: "Registro Indicador Biológico" y se archiva junto con todos los documentos de este mismo equipo por mes.

* Este texto tiene carácter orientativo y no debe ser considerado como un procedimiento de trabajo. Los procedimientos de trabajo de este hospital se encuentran en el sistema de gestión de calidad de este hospital.

| | |
|--|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena <small>SaludMadrid</small> <small>Comunidad de Madrid</small> | |
| ESTERILIZACIÓN EN PUNTO DE USO | CÓDIGO: HV/PSA04/POC02 EDICIÓN: 2.3 |

- Statin:

El método de esterilización por alta temperatura es el Statin a temperaturas entre 121° y 134° C. Es necesario conocer previo a someter el material a esterilizar la compatibilidad de los materiales y el tipo de empaque necesario dependiendo del método de esterilización seleccionado.

Su preparación se realiza en los diferentes cassetes que contiene el equipo. Es necesario conocer previo a someter el material a esterilizar la compatibilidad de los materiales y el tipo de empaque necesario dependiendo del método de esterilización seleccionado material se coloca dependiendo del ciclo que se elija, el material puede ir embolsado o suelto y se introduce un tira de control químico, dicho cassette actúa como caja de instrumental. Este se puede movilizar hasta el quirófano donde vaya a ser usado el material estéril. Una vez finalizado el ciclo, sale un registro del equipo (control físico) donde queda reflejado que el material ha sido procesado correctamente, y este ticket se adjunta al documento HV/PSA04/FPOC01/02: "Registro de Carga Equipo de Esterilización" donde se refleja fecha, turno, equipo utilizado, ciclo, material y cantidad; y se archiva en la central de esterilización al final del día.

El indicador biológico se realiza una vez por semana y la lectura de su resultado se efectúa a las 3h. Se registra en el documento HV/PSA04/FPOC01/03: "Registro Indicador Biológico" y se archiva junto con todos los documentos de este mismo equipo por mes.

- System 1:

El método de esterilización a baja temperatura es el System 1 (Ac. peracético), en este método los parámetros críticos de esterilización son la temperatura, presión, tiempo y concentración del agente esterilizador. Es necesario conocer previo a someter el material a esterilizar la compatibilidad de los materiales y el tipo de empaque necesario dependiendo del método de esterilización seleccionado.

Aquí hay que diferenciar dependiendo el material que se vaya a esterilizar

1 Los endoscopios y broncoscopios: antes de someterlos al proceso de esterilización, se le realiza un test de fuga con manómetro para asegurar su estanqueidad. Tras este acto se coloca en la bandeja específica con las conexiones correspondientes y se introduce una tira de control químico. Una vez finalizado el proceso, el registro que resulta de este se adjunta al libro indicado para este equipo con una pegatina del paciente, el control químico, fecha y firma del personal auxiliar. Este registro se archiva en el almacén de endoscopios.

2 Material e instrumental en general: se coloca todo en un cassette específico, se introduce una tira de control químico y una vez finalizado el ciclo, se adjunta el registro que nos aporta el equipo (control físico) en el documento HV/PSA04/FPOC01/02: "Registro de Carga Equipo de Esterilización" con el ticket que nos indica que todo está correcto se refleja en la hoja que se revisa y se archiva en la central de esterilización diariamente.

Una vez al día hay que realizar el diagnóstico, que es un control exhaustivo del funcionamiento del equipo, y se lleva a cabo en el ciclo que se denomina diagnóstico.

ESTERILIZACIÓN: Toda documentación generada en el ciclo de esterilización de la Infanta Elena perteneciente al Hospital Universitario Infanta Elena, Comunidad de Madrid, se archiva en el sistema de gestión de la documentación de la Infanta Elena, Comunidad de Madrid, según lo establecido en el Protocolo de Gestión de la Documentación de la Infanta Elena.

1/01/11

| | |
|--|--|
|  | |
| ESTERILIZACIÓN EN PUNTO DE USO | CÓDIGO: HV/PSA04/POC02 EDICIÓN: 2.3 |

El indicador biológico se realiza una vez por semana y la lectura de su resultado se efectúa a las 24h. Se registra en el documento HV/PSA04/FPOC01/03: "Registro Indicador Biológico", y se archiva junto con todos los documentos de este mismo equipo por mes.

3.4. DISTRIBUCIÓN, ALMACENAJE Y ENTREGA.

Todo material que se esteriliza en estos equipos como bien hemos indicado anteriormente son en punto de uso, su distribución se lleva a cabo por el personal auxiliar de bloque quirúrgico que lo proporciona al instante de haberlo procesado. Por supuesto es material que no se almacena, si no es usado en el momento que lo requieran, habrá que subirlo a la Central de Esterilización para procesarlo allí.

4. FORMATOS

- HV/PSA04/FPOC01/02: Registro de Carga Equipo de Esterilización.
- HV/PSA04/FPOC01/03: Registro Indicador Biológico.

5. ANEXOS

No aplica.

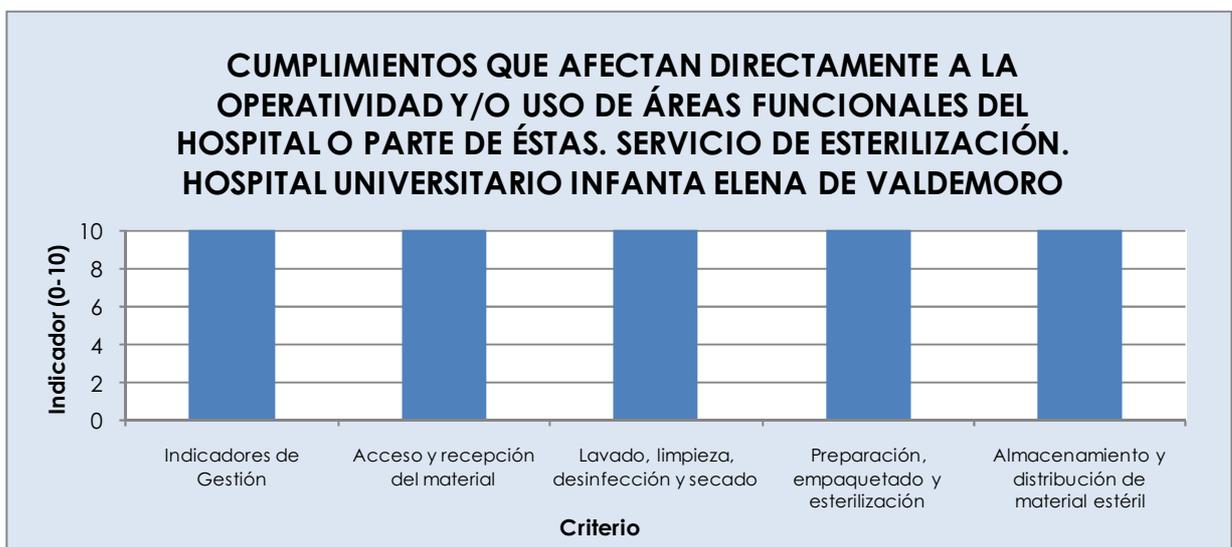
© 2014 GESMAN. Todos los derechos reservados. Este documento es propiedad de GESMAN. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad. Reservados todos los derechos que no estén expresamente mencionados. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad. Reservados todos los derechos que no estén expresamente mencionados.

14/01

Existe Procedimiento para el mantenimiento y cuidado del Instrumental en Urgencias. El objeto de este documento es establecer un circuito para el tratamiento y cuidado del instrumental estéril en el servicio de urgencias, asegurando la limpieza, traslado al servicio de esterilización y vuelta al servicio de urgencias del material en condiciones adecuadas. La responsabilidad de mantener la cantidad y en las condiciones óptimas el material de curas corresponde al personal auxiliar de enfermería del servicio. Este procedimiento es de aplicación obligada a todos los profesionales del servicio de urgencias que manejan el instrumental de curas.

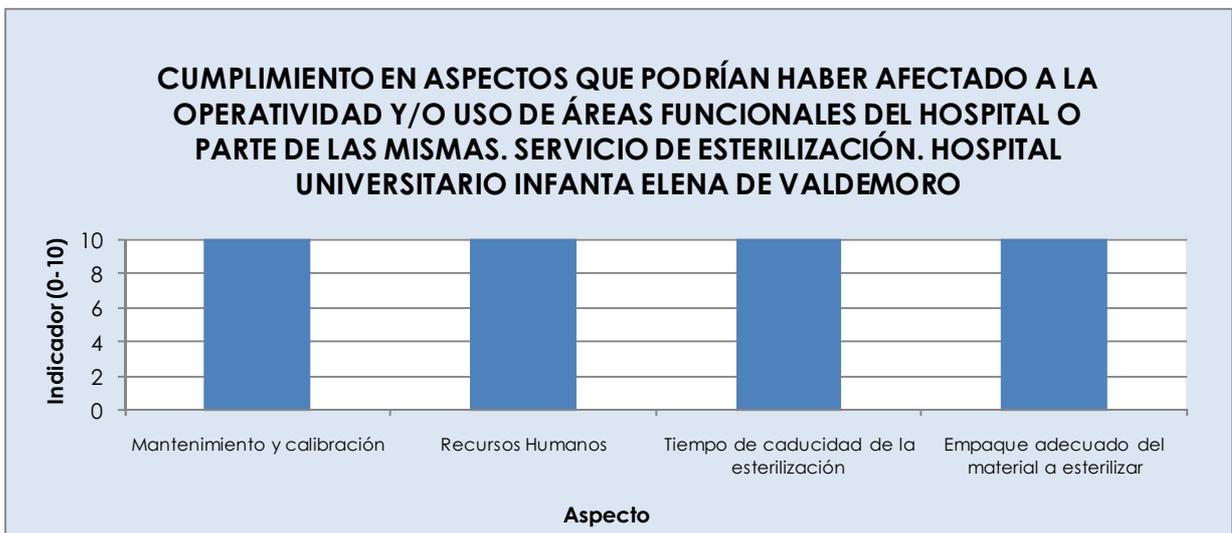
A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa de calidad del Servicio de Esterilización en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro realizada en Febrero de 2015, con indicación de los parámetros, evidencias, datos e ítems que han servido a GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. para su cuantificación objetiva:

➤ **CUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE ÉSTAS :**



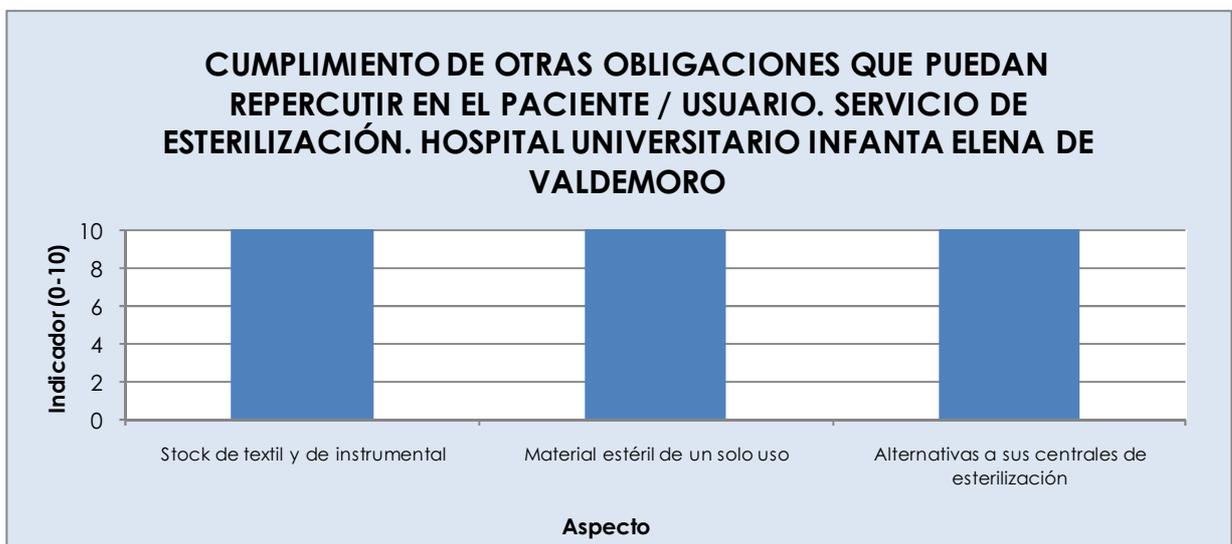
Se valora muy positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTO EN ASPECTOS QUE PODRÍAN HABER AFECTADO A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS :**



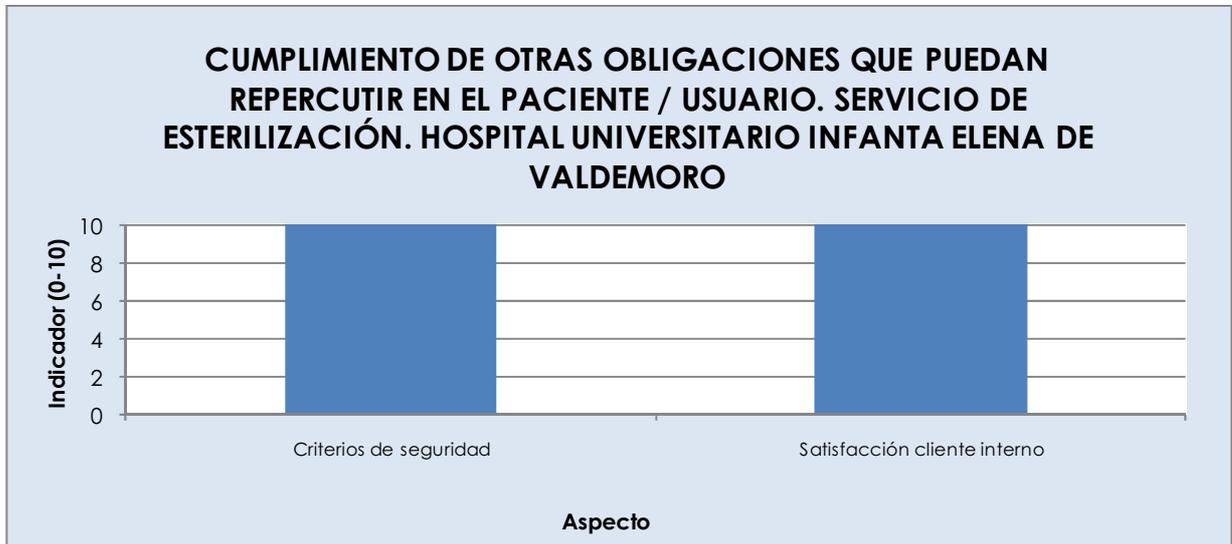
Se valora muy positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS CONTEMPLADAS EN EL PLIEGO PARA SITUACIONES EXTRAORDINARIAS :**



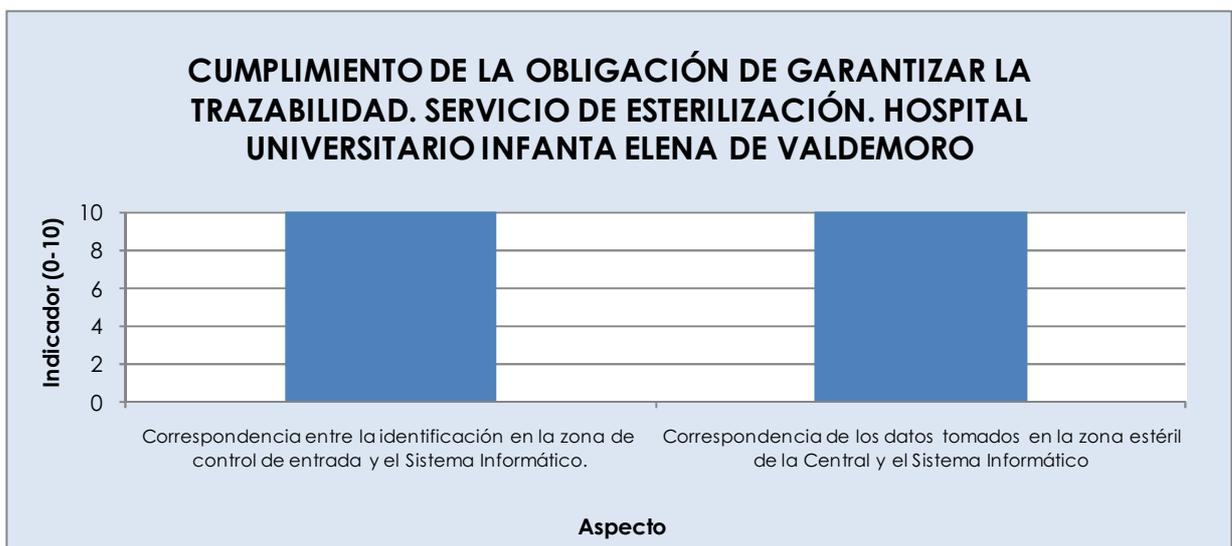
Se valora muy positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTO DE OTRAS OBLIGACIONES QUE PUEDAN REPERCUTIR EN EL PACIENTE / USUARIO :**



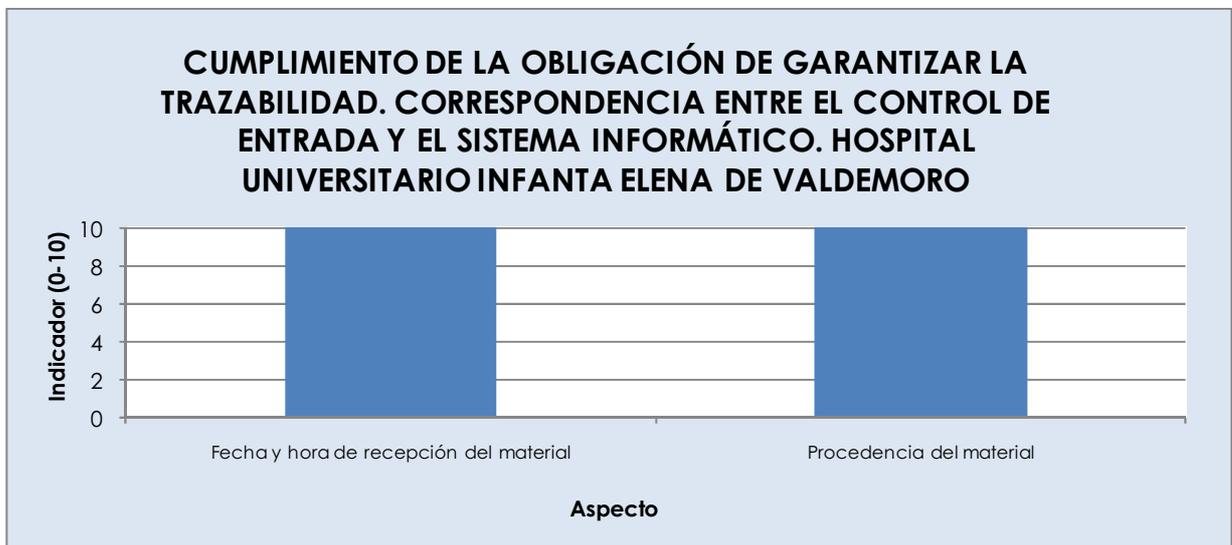
Se valora muy positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR LA TRAZABILIDAD :**



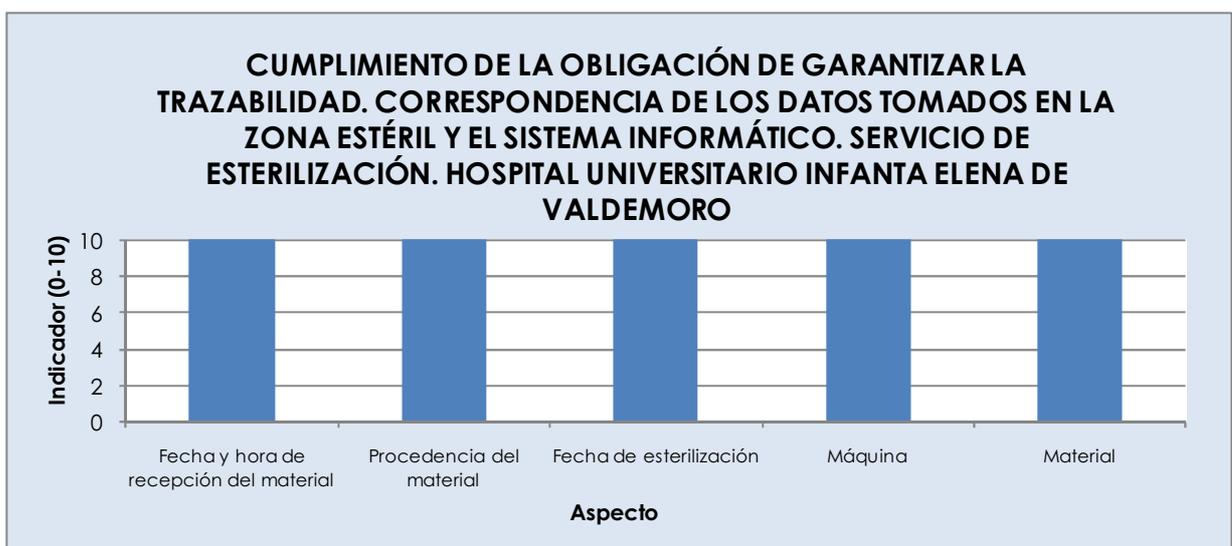
Se valora muy positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR LA TRAZABILIDAD. CORRESPONDENCIA ENTRE EL CONTROL DE ENTRADA Y EL SISTEMA INFORMÁTICO :**



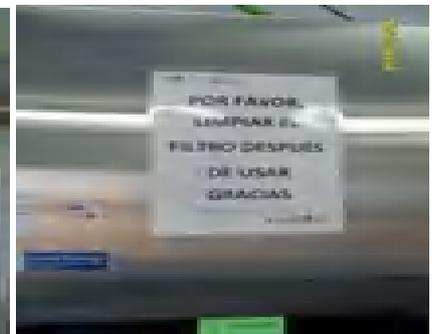
Se valora muy positivamente.

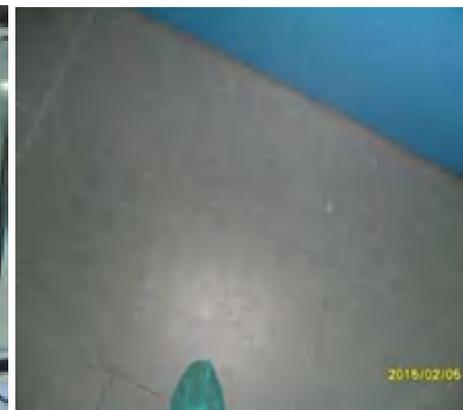
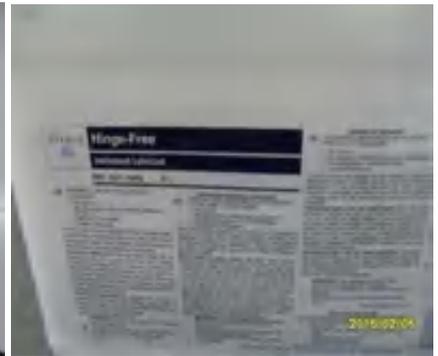
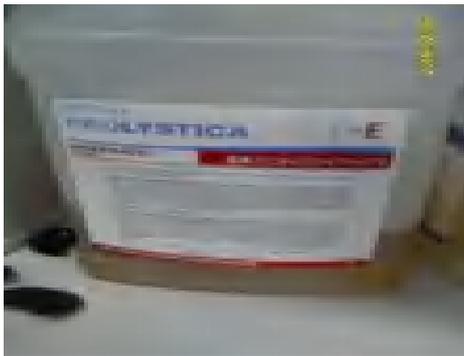
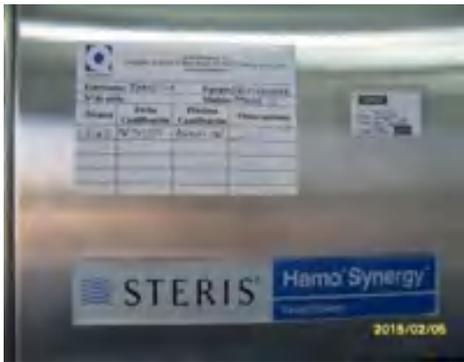
➤ **CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR LA TRAZABILIDAD. CORRESPONDENCIA DE LOS DATOS TOMADOS EN LA ZONA ESTÉRIL Y EL SISTEMA INFORMÁTICO :**

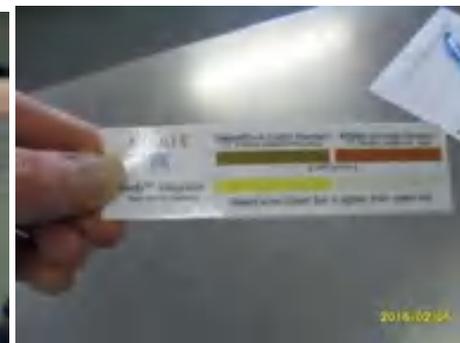
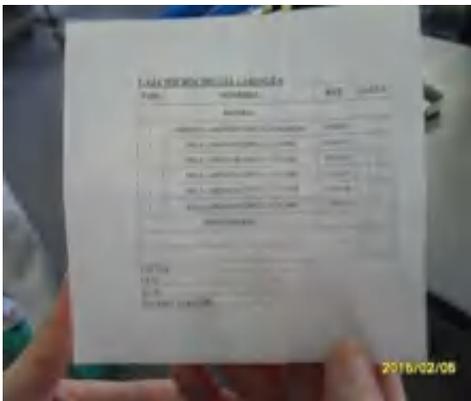


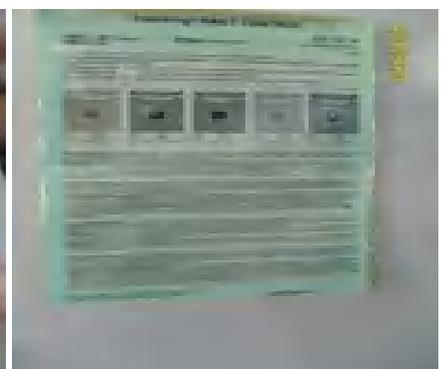
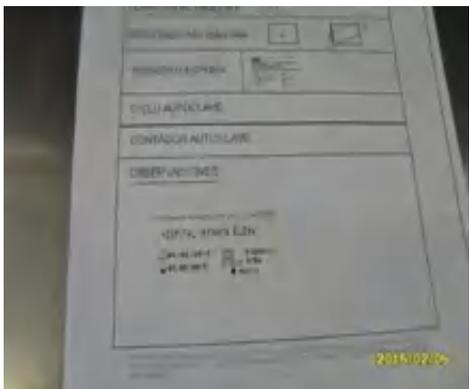
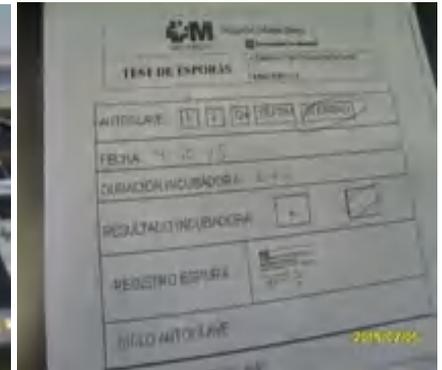
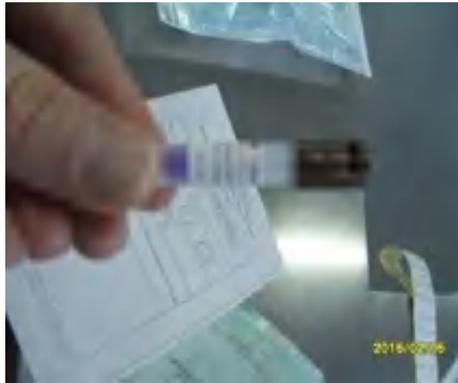
Se valora muy positivamente.

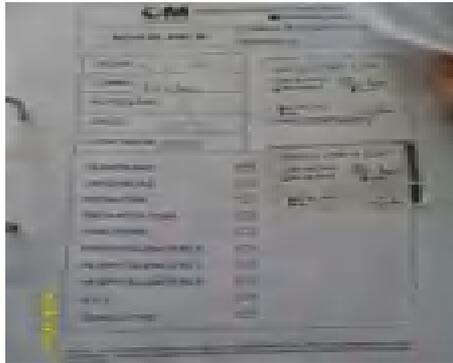
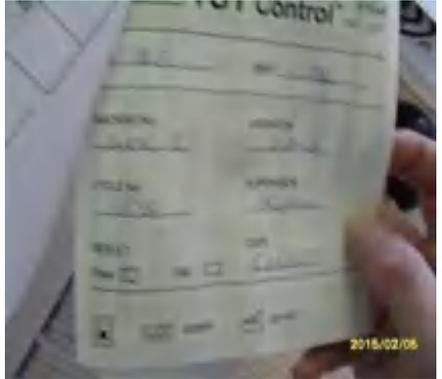
4.6.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO













4.6.4. PUNTOS FUERTES

A continuación, se indican los puntos fuertes del Servicio de Esterilización del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, tras la realización de la Auditoría Operativa durante el mes de Febrero de 2015 por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. :

- En la Auditoría Operativa de Calidad realizada por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., se ha podido evidenciar la correcta implantación de los Procedimientos del Servicio de Esterilización, garantizándose el cumplimiento de los requisitos exigidos para este Servicio.
- La recepción del material contaminado de quirófanos se realiza a través del ascensor habilitado para ello, identificado como el montacargas de sucio. El material contaminado se transporta en unos armarios identificados cerrados. Dicho ascensor sólo se emplea para la retirada del instrumental contaminado al igual que los armarios que están destinados únicamente para el traslado de dicho instrumental contaminado.
- Ya en la zona de preparación para la esterilización se comprueba que la caja de instrumental coincide con lo que debería estar contenido en la misma, en base a los datos disponibles (inventario).
- Una vez todo el material ha sido esterilizado, éste se coloca en las estanterías de la zona estéril, identificadas con el nombre del Servicio al que corresponde dicho material para su posterior distribución. La distribución del instrumental a quirófano se realiza a través de los armarios móviles identificados como carro estéril, empleando el montacargas de limpio que tiene acceso directo a la zona limpia de los quirófanos.

- Se ha podido evidenciar que se lleva a cabo un mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos del Servicio de Esterilización, por parte del Departamento de Electromedicina y de la Empresa Externa MATACHANA, se ha podido evidenciar un Programa de Mantenimiento Preventivo/Validaciones, los registros que evidencian la realización de dichas validaciones de los equipos por parte de MATACHANA, los protocolos seguidos y los Certificados de Calibración de los equipos que lo requieren. Registrándose las actuaciones que se llevan a cabo por parte del Departamento de Electromedicina, así como se dispone de un Libro de Registro para cada equipo, en el que se anotan los trabajos y las actuaciones realizadas en cada uno de ellos.
- Se han colocado las pegatinas que evidencian la calibración de los equipos del Servicio de Esterilización por parte de la Empresa Externa MATACHANA, de acuerdo a la documentación verificada.

4.6.5. ÁREAS DE MEJORA

A continuación, se indican las áreas de mejora del Servicio de Esterilización del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, tras la realización de la Auditoría Operativa durante el mes de Febrero de 2015 por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., así como las acciones correctoras propuestas para su subsanación:

- En la documentación remitida no se ha podido evidenciar la Licencia a la Central de Esterilización así como la validación de los equipos y los procedimientos de esterilización emitido por la Dirección General de Industria, Energía y Minas de la Consejería de Economía y Hacienda de la Comunidad de Madrid.
- No se ha podido evidenciar la realización, con una frecuencia mensual, de controles de calidad por laboratorios externos autorizados, ni la comunicación de los resultados de los mismos a la Unidad Técnica de Control (UTC) de la Administración. Si bien, en la Auditoría Operativa se ha podido evidenciar la introducción del instrumental en los autoclaves para su esterilización, evidenciándose los registros de los controles físicos, químicos y biológicos realizados.

4.7. SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

4.7.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Gestión de Almacenes y distribución Logística, en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, consisten en lo siguiente:

- La concesionaria debe proporcionar un Servicio eficiente, eficaz y de alta calidad para la recepción, almacenamiento y distribución de materiales destinados al uso hospitalario.
- Tanto el almacenamiento, como la distribución se debe llevar a cabo garantizado la trazabilidad de los productos cuando estos así lo requieran.

4.7.2. DIAGNÓSTICO

A continuación se detalla el cumplimiento de los requisitos definidos en el Pliego de Condiciones de la Concesión:

- La concesionaria proporciona un Servicio eficiente, eficaz y de alta calidad para la recepción, almacenamiento y distribución de materiales destinados al uso hospitalario.
 - Tanto el almacenamiento, como la distribución se lleva a cabo garantizado la trazabilidad de los productos cuando estos así lo requieran.
- Responsable Almacén General: D^a Patricia Vinssac Muñiz (Compras IDC Salud) y D^a Amanda Rodríguez

En la Auditoría Operativa de Calidad realizada por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. en Febrero de 2015, se ha podido evidenciar la correcta implantación de los Procedimientos de Compras del Almacén General y de Evaluación de Proveedores, garantizándose el cumplimiento de los requisitos exigidos para este Servicio:

| | |
|---|--|
|  Hospital Infanta Elena  Comunidad de Madrid | |
| COMPRAS DEL ALMACÉN GENERAL | CÓDIGO: HV/PSN02/POC01 EDICIÓN: 2.1 |

| | |
|--|---|
| Realizado por: Propietario de Proceso | Aprobado por: NPC |
| Destinatarios: Mandos Intermedios, Dirección Médica, Dirección Enfermería | Fecha Aprobación: Julio 2010 |
| A conocer por: Mandos Intermedios, Dirección Médica, Dirección Enfermería | Fecha última revisión: |
| | Fecha próxima revisión: Julio 2012 |

1. OBJETO Y ALCANCE.

Establecer el procedimiento por el cual tendrán lugar las Compras, Almacenaje y Distribución del material necesario para el desempeño diario de las tareas del Centro.

La finalidad es poseer el control suficiente sobre cualquier artículo desde que aparece la necesidad por carencia del mismo, hasta su entrega final al Servicio Peticionario del mismo.

2. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA / LEGISLACIÓN APLICABLE.

- Manual del Sistema de Gestión de Calidad y Medio Ambiente de Capso Sanidad.
- Normas UNE-EN-ISO 9001:2008; 9000:2005 y 14001:2004.

3. REALIZACIÓN.

- **ALMACÉN GENERAL (Pedidor a Proveedor).** Cuando se identifique la necesidad de un artículo en el Almacén General:

- El Departamento de Compras del Hospital habrá de cumplimentar el formulario *HV/PSN02/FPOC01.01: Pedido de Material a Proveedor (IFMS: PDPRI)*, el cual se halla en el sistema de gestión del Centro IFMS o EMDH y quedará debidamente registrado en él para su consulta y/o modificación.

Dicho pedido será enviado a proveedor por Fax o correo electrónico y se confirmará la recepción del mismo.

El proveedor para cada artículo, será el marcado previamente en las negociaciones que gestiona directamente la Central de Compras del Grupo para todos los Centros del mismo.

Una vez el proveedor realice la distribución de la mercancía y llegue al Almacén General, ésta se recepcionará y comprobará, quedando sellado el albarán.

Este documento es propiedad de Capso Sanidad, S.L. y está sujeto a las condiciones de uso y privacidad de Capso Sanidad, S.L. Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

1/2012

| | |
|---|--|
|  Hospital Infanta Elena   | |
| COMPRAS DEL ALMACEN GENERAL | CÓDIGO: HV/PSN02/POC01 EDICIÓN: 2.1 |

emitido por el proveedor siempre y cuando dicha mercancía sea en formato, cantidad y precio igual a la del pedido. Si no fuera así, se dejará constancia de ello mediante notificación escrita con copia al proveedor en el albarán de entrega, llegando en su caso a la NO recepción de la mercancía.

La mercancía recepcionada se ubicará en el Almacén General, pasando a formar parte del stock del mismo (1).

(1) En el Almacén General están creados, para cada artículo, unos stock: "Máximo", "Mínimo" y un "Segundo Punto de Pedido", lo cual genera un stock de seguridad, evitando así las posibles roturas de stock que se derivan de un aumento de las consumas por incrementos en la actividad.

a) Para la gestión del stock de un artículo, se tiene en cuenta el consumo medio mensual durante el último año natural, así en función del tipo de artículo, del espacio físico para almacenarlo y de su caducidad, se establece un Stock Máximo por encima del cual no se almacena en condiciones de normalidad.

b) De esta misma manera, no es conveniente llegar a estar por debajo del Stock Mínimo sin apoyarse esta situación en roturas de stock por parte de los proveedores, incrementos de actividad o situaciones anómalas o puntuales no previsible por los gestores del Almacén y/o las Compras del Centro. Cuando un artículo llega al Stock Mínimo o está por debajo de este, el sistema de Gestión del Centro genera una Propuesta de Pedido a Proveedor que una vez revisada y aceptada por la Jefatura de Compras, genera un Pedido de Material a Proveedor, el cual en cantidad, es igual a la diferencia entre el stock Máximo del artículo y el Stock actual, de tal forma que el pedido, una vez recepcionado, devuelve al artículo a su stock Máximo o lo más próximo a él siempre y cuando se acepten las cantidades que genera la propuesta de pedido.

c) El Segundo Punto de Pedido es el que marca un punto intermedio de seguridad, el que se puede realizar el pedido de material a proveedor y sirve a cada artículo es un punto de stock entre los puntos a) y b). Cuando un artículo llega al Segundo Punto de Pedido, el sistema de Gestión del Centro genera una Propuesta de Pedido a Proveedor que una vez revisada y aceptada por la Jefatura de Compras, genera un Pedido de Material a Proveedor, el cual en cantidad, es igual a la diferencia entre el stock Máximo del artículo y el Stock actual, de tal forma que el pedido, una vez recepcionado, devuelve al artículo a su stock Máximo o lo más próximo a él siempre y cuando se acepten las cantidades que genera la propuesta de pedido.

- **ALMACENES DE PLANTA (Pedidos al Almacén General).** Cuando se identifique la necesidad de un artículo en cualquier Almacén Periférico

ATENCIÓN: Este documento del sistema de Gestión de la Calidad interna de la Unidad debe ser considerado de carácter interno y confidencial. Únicamente se permite su consultación autorizada a través del Portal de Calidad de Capas Serrall.

3 de 3

| | |
|--|--|
|  | |
| COMPRAS DEL ALMACEN GENERAL | CÓDIGO: HV/PSN02/POC01 EDICIÓN: 2.1 |

(Almacenes de Planta, creados para los diferentes Centros de Caste o Servicios del Centro):

- Los Supervisores de cada Servicio del Hospital habrán de cumplimentar el *HV/PSN02/FPOC01/02: Pedido interno de artículos (IFMS: PDPLA)* de acuerdo a las Plantillas de Pedido creadas para cada Servicio. Todo ello se encuentra en el Sistema de Gestión del Centro IFMS o IMDH y quedará debidamente registrado.
Dicho pedido será recibido en el Almacén General y se procederá a la preparación de la mercancía de acuerdo a las cantidades solicitadas.
- Antes de la entrega de la mercancía, esta será dada de baja en los stocks del Almacén General por medio de *HV/PSN02/FPOC01/03: Dispensación a Almacén (IFMS: PDPLZ)* que generará un registro en IFMS valorado económicamente con el PMP de los artículos dispensados.

SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN.

La Jefatura de Compras del Centro, debe comprobar periódicamente (durante la realización de auditorías internas, revisión del sistema, etc.) el cumplimiento del procedimiento establecido.

En el caso de existir algún incumplimiento se procederá a la apertura de la correspondiente No Conformidad y Acción Correctiva.

4. FORMATOS.

- HV/PSN02/FPOC01/01: Pedido de Material a Proveedor (IFMS: PDPR1)
- HV/PSN02/FPOC01/02: Pedido interno de artículos (IFMS: PDPLA)
- HV/PSN02/FPOC01/03: Dispensación a Almacén (IFMS: PDPLZ)

5. ANEXOS.

No aplica.

Este documento es propiedad del Hospital Infanta Elena y no debe ser distribuido fuera del Hospital. Toda reproducción o uso no autorizado sin el consentimiento escrito de la Jefatura de Compras del Hospital Infanta Elena quedará expresamente prohibido. Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

19/0

A continuación, se adjuntan los registros revisados en la Auditoría de Calidad que ponen de manifiesto la correcta implantación del Procedimiento de Compras. Las Compras están centralizadas (Central de Compras del Grupo), existiendo un catálogo general de Proveedores Homologados para realizarles las compras de los artículos requeridos en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro.

- RECEPCIÓN:

El acceso al almacén general está cercano al muelle de descarga del Hospital, empleando transpalets para el transporte de la mercancía desde el muelle al almacén central:





Se dispone de la relación de recepciones esperadas en función de plazos de entrega de los pedidos, que es aproximadamente de 72-96 horas. En la recepción se llevan a cabo las siguientes tareas:

- Recepción de envíos de proveedores con albarán de entrega del transportista.
- Desembala y comprueba que lo recibido coincide con lo solicitado.
- Recuenta bultos y comprueba que no existen daños exteriores.
- Confronta pedido y albarán y si coincide lo registra en la aplicación informática del almacén. Si coincide pedido y albarán lo sella como evidencia de su comprobación.



- Confronta pedido y albarán y si no coincide no registra la entrada del pedido y lo notifica a compras y al proveedor (mediante llamada telefónica).
- Anota las anomalías en el albarán del transportista y del proveedor, dejando constancia de ello mediante notificación escrita con copia al proveedor en el albarán de entrega, llegando en su caso a la NO recepción de la mercancía.
- Informa a compras de la llegada del pedido una vez subsanadas las incidencias.
- Control de calidad.
- Si el control de calidad es ok da entrada definitiva al material y lo registra en la aplicación informática pasando a formar parte del stock del Almacén General.
- Envío de datos de identificación, recuento y verificación a compras y contabilidad.
- Da de alta el producto en el inventario de existencias.

| Núm. Pedido | Fecha Pedido | Ref. / Código Nacional | Descripción Suministrador | Artículo | Description Artículo Proveedor | Env. Ped. |
|-------------|--------------|------------------------|----------------------------------|------------|---|-----------|
| 15VMG00402 | 02/02/2015 | 18970 | B. BRAUN MEDICAL, S.A. | MS07040067 | LAVADO FRECUENCIARROJCO, 3L | 4 |
| 15VMG00422 | 15/01/2015 | BA221 | B. BRAUN SURGICAL, S.A. | IN01020012 | BISTURI MANGO DESECHABLE N.21 | 10 |
| 15VMG00423 | 18/01/2015 | C0700187 | B. BRAUN SURGICAL, S.A. | MS02000298 | SUT. NO REABS. SEDA N.4/0 C/AGUJS H907 | 2 |
| 15VMG00403 | 02/02/2015 | BA211 | B. BRAUN SURGICAL, S.A. | IN01020010 | BISTURI MANGO DESECHABLE N.11 | 10 |
| 15VMG00409 | 02/02/2015 | BA215 | B. BRAUN SURGICAL, S.A. | IN01020011 | BISTURI MANGO DESECHABLE N.15 | 10 |
| 15VMG00386 | 00/01/2015 | ES5305 | BAYER HISPANIA, S.L. | IN01022142 | SIT. OMBITRUCOON, TUBARCA | 3 |
| 14VMG19178 | 22/12/2014 | 002022590 | CARDINAL HEALTH ESPAÑA 308, S.L. | MS03040293 | TERINGA 5 ML NUTRISAFE 2 | 2 |
| 14VMG19216 | 22/12/2014 | 002022590 | CARDINAL HEALTH ESPAÑA 308, S.L. | MS03040293 | TERINGA 5 ML NUTRISAFE 2 | 2 |
| 15VMG00363 | 25/01/2015 | TP-4M- | CARDINAL HEALTH ESPAÑA 308, S.L. | MS00300081 | TAPON PARA BERINGA COMBI LUER LOCK | 4 |
| 15VMG00363 | 25/01/2015 | 72548 | CARDINAL HEALTH ESPAÑA 308, S.L. | MS05030069 | SISTEMA PRIMARIO, P/BOMBA, L.218, 15ML, 274CM | 2 |
| 15VMG00363 | 28/01/2015 | MFK2300E | CARDINAL HEALTH ESPAÑA 308, S.L. | MS05030141 | SISTEMA SECUNDARIO, P/BOMBA, DPACD, ONCOLOGIA, EN Y, 41CM | 3 |
| 15VMG00386 | 01/02/2015 | 002022590 | CARDINAL HEALTH ESPAÑA 308, S.L. | MS03040293 | TERINGA 5 ML NUTRISAFE 2 | 2 |
| 15VMG00315 | 27/01/2015 | 01803 | COVIDIEN SPAIN, S.L. | MS02030108 | SUT. REABS. TRENZ. N.1 75CM AG/GS24 1/2 CIRC. 60MM | 5 |
| 15VMG00315 | 27/01/2015 | FO4604MT | COVIDIEN SPAIN, S.L. | MS02040131 | CARGA GRAPADORA ARTICULADA, TEJIDO GRUESO, 60MM | 1 |
| 15VMG00399 | 02/02/2015 | 00123 | COVIDIEN SPAIN, S.L. | MS02030110 | SUT. REABS. TRENZ. N.2/0 75CM AG/GS20 1/3 CIRC. 26MM | 2 |
| 15VMG00392 | 02/02/2015 | ES145AMT | COVIDIEN SPAIN, S.L. | MS02040129 | CARGA GRAPADORA ARTICULADA, TEJIDO GRUESO, 45MM | 1 |
| 15VMG00392 | 02/02/2015 | FO4604MT | COVIDIEN SPAIN, S.L. | MS02040133 | CARGA GRAPADORA ARTICULADA, TEJIDO GRUESO, 50MM | 1 |

| | | | | | | |
|------------|------------|------------|---------------------------------|------------|--|----|
| 15VMG00402 | 02/02/2015 | 176457 | COVIDIEN SPAIN, S.L. | MS02040133 | CARGA GRAPADORA AUTOMÁTICA, TEJIDO GRUESO, 50MM | 1 |
| 15VMG00402 | 02/02/2015 | 172015 | COVIDIEN SPAIN, S.L. | MS02040135 | CARGA GRAPADORA AUTOMÁTICA, TEJIDO GRUESO, 45MM | 1 |
| 15VMG00402 | 02/02/2015 | 174817 | COVIDIEN SPAIN, S.L. | MS02040136 | CARGA GRAPADORA AUTOMÁTICA, TEJIDO GRUESO, 60MM | 1 |
| 15VMG00404 | 02/02/2015 | 71161308 | COVIDIEN SPAIN, S.L. | MS02030108 | SUT. REABS. TRENZ. N.1 75CM AG/GS24 1/2 CIRC. 60MM | 1 |
| 15VMG00405 | 26/02/2015 | 000970 | GUERRA, S.A. | CA20004293 | BOLSA PLASTICO, TRANSPARENTE, 30X10CM | 1 |
| 15VMG00405 | 26/02/2015 | EEJA-4574 | HATCHER MEDICAL EQUIPMENTS S.L. | MS02030108 | SUT. REABS. TRENZ. N.1 75CM AG/GS24 1/2 CIRC. 60MM | 1 |
| 15VMG00407 | 05/02/2015 | 0014640 | REFRIGERIO, S.A. | MS02030108 | SUT. REABS. TRENZ. N.1 75CM AG/GS24 1/2 CIRC. 60MM | 3 |
| 15VMG00407 | 05/02/2015 | 340600E | NEOBYT, S.L. | MS02030108 | SUT. REABS. TRENZ. N.1 75CM AG/GS24 1/2 CIRC. 60MM | 7 |
| 15VMG00407 | 06/02/2015 | 002022590 | JUNAZO, S.L. | MS02030108 | SUT. REABS. TRENZ. N.1 75CM AG/GS24 1/2 CIRC. 60MM | 15 |
| 15VMG00407 | 06/02/2015 | MS02030108 | JUNAZO, S.L. | MS02030108 | SUT. REABS. TRENZ. N.1 75CM AG/GS24 1/2 CIRC. 60MM | 25 |
| 15VMG00408 | 23/02/2015 | PS3303M | LASER FONDO DE ESPAÑA, S.L. | MS02030108 | SUT. REABS. TRENZ. N.1 75CM AG/GS24 1/2 CIRC. 60MM | 1 |
| 15VMG00408 | 25/02/2015 | 170718 | INFORMATOR SYSTEMS, S.A. | MS02030108 | SUT. REABS. TRENZ. N.1 75CM AG/GS24 1/2 CIRC. 60MM | 7 |
| 15VMG00408 | 25/02/2015 | 170720 | INFORMATOR SYSTEMS, S.A. | MS02030108 | SUT. REABS. TRENZ. N.1 75CM AG/GS24 1/2 CIRC. 60MM | 20 |
| 15VMG00408 | 25/02/2015 | MS02030108 | MEDICOM, S.L. | MS02030108 | SUT. REABS. TRENZ. N.1 75CM AG/GS24 1/2 CIRC. 60MM | 1 |
| 15VMG00407 | 26/02/2015 | 18620 | MOULYKHE HEALTH CARE, S.L. | MS02030108 | SUT. REABS. TRENZ. N.1 75CM AG/GS24 1/2 CIRC. 60MM | 1 |
| 15VMG00407 | 26/02/2015 | 18620 | MOULYKHE HEALTH CARE, S.L. | MS02030108 | SUT. REABS. TRENZ. N.1 75CM AG/GS24 1/2 CIRC. 60MM | 1 |
| 15VMG00407 | 26/02/2015 | 18720 | MOULYKHE HEALTH CARE, S.L. | MS02030108 | SUT. REABS. TRENZ. N.1 75CM AG/GS24 1/2 CIRC. 60MM | 1 |
| 15VMG00407 | 26/02/2015 | 18720 | MOULYKHE HEALTH CARE, S.L. | MS02030108 | SUT. REABS. TRENZ. N.1 75CM AG/GS24 1/2 CIRC. 60MM | 1 |



| | | | | | | |
|------------|------------|-------|----------------------|-----------|---------------------------------------|----|
| 15/01/2015 | 14/01/2015 | 10000 | MURUCESA | NEURÓLOGO | 15/01/2015 10:18 | 10 |
| 15/01/2015 | 15/01/2015 | 0600E | SER-05A | NEURÓLOGO | RE: RECLAMO DE SERVICIO DE NEURÓLOGÍA | 10 |
| 14/01/2015 | 14/01/2015 | 10000 | INFANTA ELENA S.P.A. | NEURÓLOGO | RE: RECLAMO DE SERVICIO DE NEURÓLOGÍA | 6 |

Aminda Rodríguez Ramos

De: Patricia Vives Muñoz
Enviado el: martes, 03 de febrero de 2015 10:18
Para: Aminda Rodríguez Ramos
CC: Aminda Rodríguez Ramos; Yolanda Ferrerías, Anaes
Asunto: RE: ENVIAR DE NUEVO

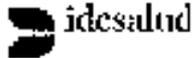
Buenos días María

El pedido salió correctamente, por favor, identifícame el motivo de la devolución que tu compañía emite.

¿El motivo de la devolución del pedido es de un error por el cual necesito recordarte que el PLB de pedido es simplemente lo que he mandado a la tienda y no el motivo, sería recomendable dejar en otro correo para evitar duplicidades. Lo que yo me preocupo es que se esté generando algún error de pedido.

Te lo comento ya que estamos trabajando para mejorar la experiencia.

Un saludo y muchas gracias.



Patricia Vives Muñoz
 Teléfono: 907 5004
 Calle: Calle de la Paz, 24
 28016 Madrid
 Teléfono: 91 741 14 92 ext. 100
 www.idesalud.es
 www.idesalud.es

De: Patricia Vives Muñoz [mailto:Patricia.Vives@idesalud.es]
Enviado el: martes, 03 de febrero de 2015 9:59
Para: Patricia Vives Muñoz
CC: Aminda Rodríguez Ramos; Yolanda Ferrerías, Anaes
Asunto: RE: ENVIAR DE NUEVO

Buenos días,

Has firmado incorrectamente la entrega, agradecería que lo fueras correctamente.

Saludos.

Patricia Vives Muñoz
 IDESALUD (Benka S.A.U.)



¿Quieres aprender más acerca de nosotros, nuestros servicios o nuestros productos? Escríbenos o llámanos al teléfono de atención al cliente. Serán nuestros técnicos quienes te ayudarán. A través de nuestro canal de vídeo de línea o si es necesario se puede ir a una de nuestras oficinas de atención al cliente y asesoramiento.

From: Patricia Vives Muñoz [mailto:Patricia.Vives@idesalud.es]
Sent: martes, 02 de febrero de 2015 14:28
To: Spanish HC Customer Operators
Cc: Aminda Rodríguez Ramos
Subject: RV1 ENVIAR DE NUEVO

Buenos días,

Has reclamado desde el Hospital (si esta bien el siguiente pedido).

¿ puedes informarme de la fecha de entrega y si tuviera alguna duda o motivo de devolución entregado correctamente.





Para cada pedido recepcionado, el Personal del Almacén lleva a cabo una evaluación de los Proveedores, de acuerdo a los siguientes 6 criterios de calidad:



|  | | Hospital Universitario Infanta Elena Comunidad de Madrid | | |
|---|---|---|--|--|
| HOJA DE EVALUACIÓN DE PROVEEDORES | | | | CÓDIGO: HY-PSA83-EPOC21-03 EDICIÓN: 2.2 |
| EVALUACIÓN DE PROVEEDORES | | | | ASD _____ |
| Puntuación: _____ Incidencias totales: _____ | | | | |
| proveedor | criterios | Nº incidencias | Valoración | Medidas a tomar |
| | Cumplimiento del plazo de entrega | | Sin consecuencias Con consecuencias | |
| | Desviación de la cantidad solicitada | | | |
| | Mantenimiento de las condiciones económicas | | | |
| | Verificación del producto suministrado | | | |
| | Estado general de la prestación | | | |
| | Disponibilidad del personal de contacto | | | Cambio de proveedor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| proveedor | criterios | Nº incidencias | Valoración | Medidas a tomar |
| | Cumplimiento del plazo de entrega | | Sin consecuencias Con consecuencias | |
| | Desviación de la cantidad solicitada | | | |
| | Mantenimiento de las condiciones económicas | | | |
| | Verificación del producto suministrado | | | |
| | Estado general de la prestación | | | |
| | Disponibilidad del personal de contacto | | | Cambio de proveedor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Se realizan Evaluaciones Trimestrales de los Proveedores en base a los criterios anteriormente indicados, por parte de la Central de Compras.

- ALMACÉN:

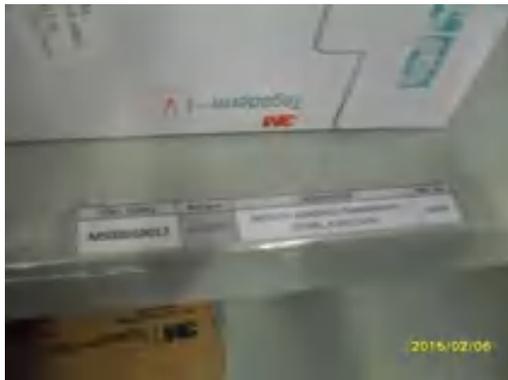
El material recibido se almacena por familias, a las cuales se les ha asignado un código. A continuación, se adjuntan a modo de ejemplo del Listado de Familias de Artículos, varios Artículos indicándose su Stock Mínimo, su 2º Punto de Pedido, su Stock Máximo y el estante en los que se encuentran en cada uno de los Almacenes Generales del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, verificándose que es así en la Auditoría Operativa:

| Artículo | Descripción Artículo | Unidad Mida. | 25 D. Medida | Unidad Mida. | Financia: |
|------------|---|--------------|--------------|--------------|-----------|
| MS01010211 | CANULA, SUPRAGLOTICA, NYLATEX, PEDIATRICA, Nº2.5 | 5 | 10 | 25 | A3P300 |
| MS01010212 | CANULA, SUPRAGLOTICA, NYLATEX, PEDIATRICA, Nº2 | 5 | 10 | 20 | A3P300 |
| MS01010213 | CANULA, SUPRAGLOTICA, NYLATEX, PEDIATRICA, Nº2.5 | 3 | 3 | 30 | A3P300 |
| MS01010255 | CANULA, ARTROSCOPICA, C/ESP. BAL, 6.5X25MM, DES | 5 | 10 | 35 | A1P1006 |
| MS01010256 | CANULA, ARTROSCOPICA, C/ESP. BAL, 8.0X25MM, DES | 5 | 10 | 35 | A1P1006 |
| MS01010298 | CANULA, TRACQUEOSTOMIA, PVC, C/3ALON, Nº3 | 1 | 1 | 2 | A1P506 |
| MS01020189 | CATETER, VENOSO, CENTRAL, 3 LUCES, C/SERINGS, 7F/1X20CM | 5 | 10 | 20 | A1P1005 |
| MS01020372 | CATETER, EPICUTANEO-CAVA, 2F/1X20CM | 5 | 10 | 35 | A1P1005 |
| MS01020466 | CATETER, INTRAVEN, PERF, COEF. USO, 3/SECUR, 14G, 2.2X31MM | 25 | 50 | 100 | A1P506 |
| MS01020467 | CATETER, INTRAVEN, PERF, COEF. USO, 3/SECUR, 16G, 1.7X30MM | 5 | 10 | 25 | A1P506 |
| MS01020471 | CATETER, INTRAVEN, PERF, PEDIATR., COEF. USO, 24G, 0.8X12MM | 50 | 125 | 250 | A1P506 |
| MS01020478 | SET, CATETER, DIALISIS, MANIPULAR, 2 LUCES, CURVO, 11.5X24CM | . | 2 | 4 | A1P1008 |
| MS01020577 | CATETER, URETERAL, CILINDRICO, RECTO, ADJUNTO 4F/1X20CM | 2 | 4 | 30 | A1P1005 |
| MS01020542 | CATETER, INTRAVENOSO, PERIFERICO, COEF. USO, 22G, 0.9X25MM | 500 | 1000 | 2000 | A1P505 |
| MS01020591 | CATETER, VENOSO, CENTRAL 2 LUCES, PUF, PEDIATRICO, 5F/1X10CM | 8 | 10 | 45 | A1P1005 |
| MS01020597 | CATETER, VENOSO, CENTRAL 2 LUCES, PUF, PEDIATRICO, 5F/1X10CM | . | 2 | 6 | A1P1005 |
| MS01020564 | CATETER, VENOSO, PERIFERICO, C/1RMSUR | 5 | 20 | 25 | A1P1006 |
| MS01020573 | CATETER, VENOSO, PALOMITA, Nº23 | 65 | 125 | 250 | A1P507 |
| MS01020582 | CATETER, P/TECNICA SELDINGER, 4 LUCES, 3.5F/1X20CM | 1 | 2 | 5 | A1P1005 |
| MS01020508 | CATETER, EXTRACCION, CALCULO BILIAR, C/3ALON, 2 MAS 15-20MM | 1 | 2 | 5 | A5P300 |
| MS01020530 | GUM., ANGIOGRAFIA, HIPOFLOTA, ANGIOLIBA, 0.0557X0.055X19.0CM | 5 | 5 | 10 | A1P1007 |
| MS01020729 | SET, INTRODUCIDOR HEMORRAL, 6.5F/1X20CM | 2 | 3 | 5 | A1P1008 |
| MS01020942 | SET, P/TECNICA SELDINGER, PLH, 20G, 2CM | 5 | 10 | 20 | A1P1008 |
| MS01020740 | CATETER, INTRAVEN, PERF, COEF. USO, 3/SECUR, 14G, 2.2X31MM | 0 | 0 | 0 | A1P507 |
| MS01020950 | CATETER, P/TECNICA SELDINGER, 2 LUCES, 7F/1X20CM | 3 | 5 | 10 | A1P1007 |
| MS01020700 | CATETER, P/TECNICA SELDINGER, 3 LUCES, 7.5F/1X20CM | 5 | 10 | 20 | A1P1005 |
| MS01021330 | SET, INTRODUCTOR, PERICUTANEO, 6FR, C/VALVULA, HEMOSTASIS, 6F | 5 | 10 | 20 | A1P1007 |
| MS01021576 | CATETER, P/TECNICA SELDINGER, PE, 13G, 10CM | 1 | 2 | 5 | A1P1006 |

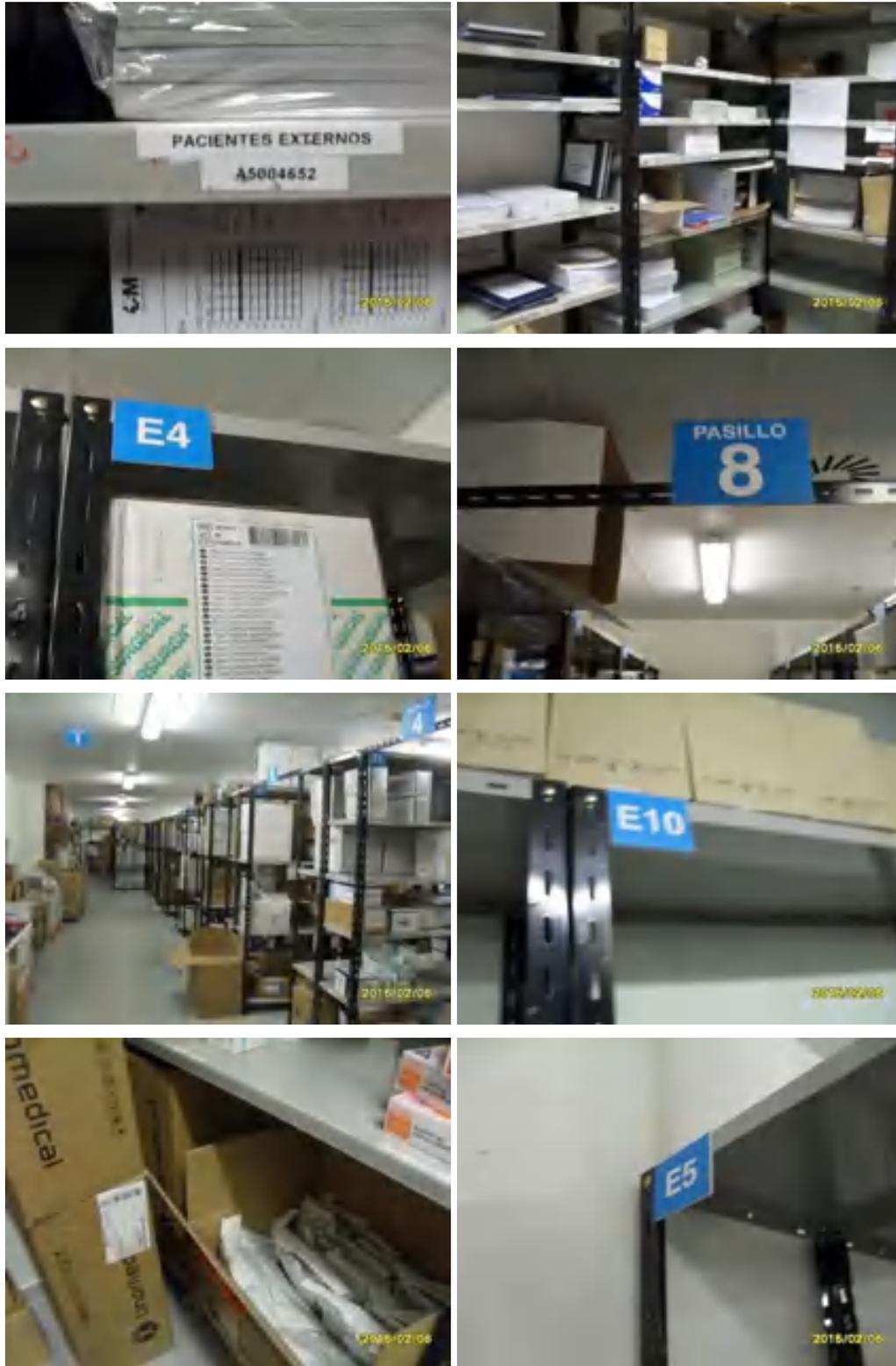
| Artículo | Descripción Artículo | Stock Min. | 2º P.Pedido | Stock Max. | Estante |
|------------|--|------------|-------------|------------|---------|
| MS01021954 | GUIA, ADAPTADOR, P/SONDA ENDOCAVITARIA EUP V53W, EUP CC531 | 6 | 6 | 24 | A3P3E6 |
| MS01022091 | CATETER, PLEURAL, NEONATAL, 6FR, 30CM | 3 | 5 | 10 | A1P13E7 |
| MS01022092 | CATETER, PLEURAL, NEONATAL, 8FR, 40CM | 1 | 1 | 5 | A1P13E7 |
| MS01022268 | CATETER, INTRAVENOSO, PERIFERICO, CORTO, LISO, 18G, 1.3X45MM | 500 | 1000 | 2000 | A1P5E5 |
| MS01022269 | CATETER, INTRAVENOSO, PERIFERICO, CORTO, LISO, 20G, 1.1X32MM | 500 | 1000 | 2000 | A1P5E5 |
| MS01022591 | CATETER, INTRAVEN. PERIF, CORT, LISO, 5/SEGUR, 16G, 0.45X51M | 20 | 50 | 100 | A1P5E6 |
| MS01022644 | SET, CATETER, HEMODIALISIS, RECTO, PUR, C/ANTISEPT, 12FRX16C | 2 | 3 | 5 | A1P13E5 |
| MS01040010 | SONDA, ASPIRACION, RECTA, TIPO MULLY, 12CHX53CM | 25 | 30 | 100 | A1P12E7 |
| MS01040011 | SONDA, ASPIRACION, RECTA, TIPO MULLY, 14CHX53CM | 100 | 200 | 400 | A1P12E7 |
| MS01040012 | SONDA, ASPIRACION, RECTA, TIPO MULLY, 16CHX53CM | 100 | 200 | 400 | A1P12E7 |
| MS01040016 | SONDA, ASPIRACION, CONTROLADA, C/TAPON, 8CHX53CM | 12 | 25 | 75 | A1P12E6 |
| MS01040019 | SONDA, ASPIRACION, CONTROLADA, 6CHX29CM | 20 | 50 | 100 | A1P12E6 |
| MS01040030 | SONDA, EPIXTASIS, SILICONA, ESTANDAR, 10CM | 1 | 1 | 2 | A1P12E8 |
| MS01040047 | SONDA, DUODENAL, LEVIN, 12CH | 10 | 50 | 150 | A1P16E5 |
| MS01040048 | SONDA, DUODENAL, LEVIN, CERRADA, 18CH | 5 | 25 | 50 | A1P16E5 |
| MS01040049 | SONDA, NASOGASTRICA, NE, PUR, C/FIADOR, C/LASTRE, 12FRX114CM | 10 | 20 | 30 | A1P16E5 |
| MS01040051 | SONDA, NASOGASTRICA, SENGSTAKEN, D/BALON, 16CH | 2 | 2 | 6 | A1P12E7 |
| MS01040064 | SONDA, NASOGASTRICA, NE, PEDIATRICA, N#4 | 20 | 50 | 100 | A1P12E5 |
| MS01040068 | SONDA, NASOGASTRICA, NE, PVC, 6FRX40CM | 50 | 100 | 200 | A1P12E5 |
| MS01040077 | SONDA, RECTAL, PVC, 2 VIAS, C/BALON | 75 | 75 | 150 | A1P4E3 |
| MS01040080 | SONDA, RECTAL, PVC, RECTA, RADIOFACA, 28FR | 10 | 25 | 100 | A1P1E6 |
| MS01040081 | SONDA, RECTAL, PVC, RECTA, RADIOFACA, 30FR | 5 | 15 | 100 | A1P1E6 |
| MS01040095 | SONDA, VESICAL, 1 VIA, NELATON, S/BALON, 10CH | 50 | 100 | 200 | A1P1E6 |
| MS01040096 | SONDA, VESICAL, 1 VIA, NELATON, S/BALON, 14CH | 50 | 100 | 200 | A1P1E6 |
| MS01040097 | SONDA, VESICAL, 1 VIA, NELATON, S/BALON, 16CH | 5 | 10 | 15 | A1P1E6 |
| MS01040099 | SONDA, VESICAL, 1 VIA, NELATON, S/BALON, 12CH | 20 | 50 | 100 | A1P1E6 |
| MS01040101 | SONDA, VESICAL, FOLEY, 2 VIAS, LATEX, 12CH | 12 | 24 | 36 | A1P12E5 |
| MS01040102 | SONDA, VESICAL, FOLEY, 2 VIAS, LATEX, 14CH | 12 | 24 | 36 | A1P12E6 |
| MS01040103 | SONDA, VESICAL, FOLEY, 2 VIAS, LATEX, 16CH | 40 | 75 | 150 | A1P12E6 |
| MS01040104 | SONDA, VESICAL, FOLEY, 2 VIAS, LATEX, 18CH | 20 | 30 | 60 | A1P12E6 |
| MS01040106 | SONDA, VESICAL, FOLEY, 2 VIAS, LATEX, 22CH | 2 | 4 | 6 | A1P12E8 |
| MS01040111 | SONDA, VESICAL, FOLEY, 2 VIAS, DUFOUR, PVC, 20CH | 5 | 10 | 20 | A1P12E5 |

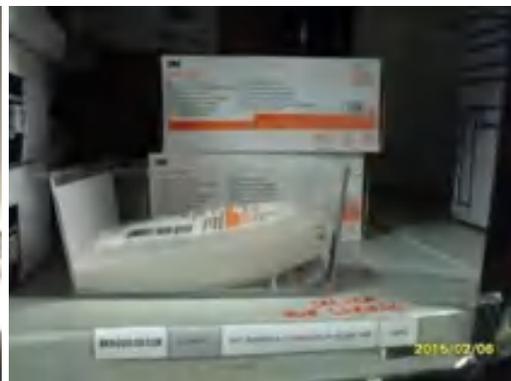
CÓDIGO DE ARTÍCULOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA DE VALDEMORO

MS: MATERIAL SANITARIO
IN: INSTRUMENTAL
OA: OTROS APROVISIONAMIENTOS









Todos los días se elabora una Hoja de Pedido con las necesidades de cada Servicio del Hospital, a la que se añade las necesidades del Almacén General con objeto de realizar un pedido único. Dicha Hoja de Pedido es revisada por el Responsable de Compras y del Almacén quién ejecuta la acción de la compra, agrupándose en pedidos por proveedor.

La unidad de almacenamiento está entre un stock máximo y un segundo punto de pedido (stock de seguridad o stock mínimo) por debajo del cual si el Almacén General no puede cubrirlo, se incluye en el pedido del día correspondiente y se gestiona a través del Almacén General.

Cuando un artículo llega al Stock Mínimo o está por debajo de éste, el sistema de Gestión del Centro genera una Propuesta de Pedido a Proveedor que una vez revisada y aceptada por la Jefatura de Compras, genera un Pedido de Material a Proveedor, el cual en cantidad, es igual a la diferencia entre el stock Mínimo del artículo y el Stock actual, de tal forma que el pedido, una vez recepcionado, devuelve al artículo por encima de su stock Mínimo o lo más próximo a él siempre y cuando se acepten las cantidades que genera la propuesta de pedido.

PEDIDO DE MATERIAL A PROVEEDOR:



La Supervisora de cada Servicio del Hospital realiza el pedido interno de artículos, de acuerdo al listado de artículos que suele consumir:

HOJA DE PEDIDO DE PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN 0:

Empresa: VM Dpto: AG Operación: PDPLA PEDIDOS DE ALMACENES CON PLANTILLAS Número: 060044
 Archivo Edición Documento Expedir Imprimir Ayuda Acerca De...

✓ X [Icons]

Pedido interno de Almacén **Clase Artículo**

Operación: PDPLA Nº Operación: 060044 Fecha Pedido: 08/02/2014

Almacén Solicitador: HOSPD ALMACEN HOSPITALIZACION 0

Almacén Destinatario: GENERAL ALMACEN GENERAL

Para...
 Para: HOSPD001 FUNGIBLE PARA HOSPITALIZACIÓN PLANTA 0 CARACTER DEL PEDIDO: NORMAL

| Código Artículo | Descripción | Pack | Unid. a Pedir | %a.Serv. | Car. Material | Unid. Medida | Unid. Envase | Cantidad | Mostrar |
|-----------------|---|------|---------------|----------|---------------|--------------|----------------|----------|---------|
| MS00000240 | AGUJA ESTERIL 500 CC PARA HUNDIRCAR | 36 | 1,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | UNIDAD de 1 | NORMAL | + |
| MS00000000 | AGUJA ESPINAL 18x43 REF 4954Z | 36 | 3,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | UNIDAD de 25 | NORMAL | + |
| MS00040012 | AGUJA ANESTESIA ESPINAL 22G, 0,77MM | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | UNIDAD de 1 | NORMAL | + |
| MS00040014 | AGUJA ANESTESIA ESPINAL 22G, 0,91x29MM | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | CAJA de 200 | NORMAL | + |
| MS00040023 | AGUJA ANESTESIA ESPINAL P.QUINCKE, 20G, 0,85 | 36 | 5,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | CAJA de 200 | NORMAL | + |
| MS00040028 | AGUJA ANESTESIA ESPINAL P.QUINCKE, 22G, 0,85 | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | CAJA de 200 | NORMAL | + |
| MS00040067 | AGUJA BIOSSEGURIDAD ESTERIL 20G, 0,8x28MM | 36 | 3,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | UNIDAD de 1 | NORMAL | + |
| MS00040089 | AGUJA BIOSSEGURIDAD ESTERIL 21G, 0,8x28MM | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | UNIDAD de 1 | NORMAL | + |
| MS00101049 | AGUJA CONVENCIONAL 18G, 1,2x40MM | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | UNIDAD de 1 | NORMAL | + |
| MS00040125 | AGUJA ESTERIL 19x25MM | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | UNIDAD de 1 | NORMAL | + |
| MS00090280 | ALARGADERA DE OROGENO 2,1 M MEZCLADOR | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | CAJA de 50 | NORMAL | + |
| MS00090279 | ALARGADERA OROGENO 1,0M | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | CAJA de 30 | NORMAL | + |
| MS00101024 | ANTISEPTICO MANNOS GEL 375ML, C/BIOSSEGURIDAD | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | CAJA de 10 | NORMAL | + |
| MS00201001 | APOSITO QUIRURGICO ESTERIL 10x15 | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | UNIDAD de 1 | NORMAL | + |
| MS00201002 | APOSITO QUIRURGICO ESTERIL 10x25 | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | UNIDAD de 1 | NORMAL | + |
| MS00201003 | APOSITO QUIRURGICO ESTERIL 8x7,2 | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | UNIDAD de 1000 | NORMAL | + |
| MS00201000 | APOSITO ABS CARBON/PLATA, ESTERIL, 19x10 | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | UNIDAD de 1 | NORMAL | + |
| MS00201029 | APOSITO ABSORBERENTE ESPUMA PUR, CASIUCONA | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | CAJA de 50 | NORMAL | + |
| MS00201028 | APOSITO ABSORBERENTE ESPUMA PUR, CASIUCONA | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | CAJA de 45 | NORMAL | + |
| MS00201026 | APOSITO ABSORBERENTE MALLA, CASIUCONA, 9x10 | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | CAJA de 60 | NORMAL | + |
| MS00201027 | APOSITO ABSORBERENTE PREATIVADO, DESINFECTADO | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | CAJA de 10 | NORMAL | + |
| MS00201027 | APOSITO ABSORBERENTE PREATIVADO, DESINFECTADO | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | CAJA de 10 | NORMAL | + |
| MS00201027 | APOSITO ABSORBERENTE PREATIVADO, DESINFECTADO | 36 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | UNIDAD | CAJA de 10 | NORMAL | + |





IDCSalud Valdemoro S.A.
Hospital Infantil Elena
Cl. Fernández de la Hoz, 74
MADRID
28010 MADRID
C.I.F. A84552777

AV REYES CATÓLICOS, 21
VALDEMORO
28340 MADRID

X

PEDIDO INTERNO DE ALMACEN A DISPENSAR

| DATOS SOLICITANTE | | DATOS SOLICITADO | |
|-------------------|--|------------------|-----------------|
| Fecha Pedido | 05/02/2015 08:56 | Centro Coste | ALMACEN GENERAL |
| Nº Pedido | PDPLA / 059986 | Almacén | ALMACEN GENERAL |
| Centro Coste | HOSPITALIZACION 2 | Prioridad | NORMAL |
| Almacén | ALMACEN HOSPITALIZACIÓN 2 | Para | |
| Contacto | DIEGO AGUILAR LOPEZ (diego.aguilar@capiosanidad.es) | | |

| DATOS DEL PEDIDO | | | | | | |
|--------------------------------------|----------------|---|---------|---------------|-----------|---------------|
| ESTANTERIA | CODIGO | DESCRIPCION | FABRICA | UNIDAD MEDIDA | UNIDAD P. | |
| ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 1 | MS050802 40 | AGUA Ls / LITR 500 CC. PARA HUMIDIFICAR | MC10697 | UNIDAD | 40,00 | <i>Toda</i> ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 1 | MS030200 09 | BATA, CELULOSA, AZUL, S/MANGA, T-UNICA | | UNIDAD | 30,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 1 | IND19001 7 | BATEA, FORMA IRON, CELULOSA | | UNIDAD | 50,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 10 | MS060101 70 | ELECTRODO, ECG, C/PESTANA | | UNIDAD | 100,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 3 | QA030100 07 | GUCHARA, PVC, DES | | UNIDAD | 100,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 4 | QA030100 54 | VASO, PVC, DES | | UNIDAD | 200,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 5 | MS030900 01 | BABERO CON RECEPTACULO | MC9497 | UNIDAD | 100,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 7 | MS070400 80 | FRASCO, VACIO, 500GC | | UNIDAD | 2,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 7 | MS070402 08 | TIRA, INDICADOR, GLUCOSA, SANGRE | | UNIDAD | 100,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 1 ESTANTE 7 | MS070402 59 | VASO, MUESTRA, ORINA | | UNIDAD | 20,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 10 ESTANTE 4 | MS030900 59 | FRASCO, ORINA, 2L | | UNIDAD | 5,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 10 ESTANTE 5 | MS030301 21 | FALANGANA, PVC, BLANCA, 96CM | | UNIDAD | 2,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 10 ESTANTE 5 | QA030100 53 | VASO, COMPRESOS | | UNIDAD | 300,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 10 ESTANTE 6 | QA010102 04 | ANTISEPTICO, MANDS, GEL, 975ML, C/DOSIFICADOR | | UNIDAD | 5,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 11 ESTANTE 2 | MS030201 74 | GUANTE NITRIL SINPOLVO (TMEQUEÑA) | | UNIDAD | 1.000,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 11 ESTANTE 3 | MS030201 77 | GUANTE NITRIL SINPOLVO (TMEGRANA) | | UNIDAD | 1.000,00 | ✓ |





IDCSalud Valdemoro S.A.
 Hospital Infanta Elena
 CL Fernández de la Hoz, 24
 MADRID
 28010 MADRID
 C.I.F. A64652777

AV REYES CATÓLICOS 21
 VALDEMORO
 28340 MADRID

PEDIDO INTERNO DE ALMACEN A DISPENSAR

| DATOS SOLICITANTE | | DATOS SOLICITADO | |
|-------------------|---|------------------|-----------------|
| Fecha Pedido | 05/02/2015 08:56 | Centro Coste | ALMACEN GENERAL |
| Nº Pedido | PDPLA / 059986 | Almacén | ALMACEN GENERAL |
| Centro Coste | HOSPITALIZACION 2 | Prioridad | NORMAL |
| Almacén | ALMACEN HOSPITALIZACIÓN 2 | Para | |
| Contacto | DIEGO AGUILAR LÓPEZ (diego.aguilar@capisanidad.es) | | |

| DATOS DEL PEDIDO | | | | | |
|--------------------------------|-------------|---|----------|----------------|----------|
| ESTANTERIA | CODIGO | DESCRIPCION | FANTASIA | TIBRADO MEDIDA | UNIDADES |
| ALMACEN 1 PASILLO 11 ESTANTE 4 | MS030201 79 | GUANTE NITRIL0 5/POLVO (TASUPERGRANDE) | | UNIDAD | 400,00 ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 11 ESTANTE 4 | MS030201 78 | GUANTE NITRIL0 5/POLVO (GRANDE) | | UNIDAD | 400,00 ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 14 ESTANTE 6 | MS030401 60 | JERINGA, 2 CUERPOS, LUER-LOCK, 5ML | | UNIDAD | 300,00 ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 15 ESTANT 10 | MS030401 60 | JERINGA, 2 CUERPOS, LUER, 10ML | | UNIDAD | 300,00 ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 15 ESTANT 10 | MS030405 81 | JERINGA, 2 CUERPOS, LUER, 2ML | | UNIDAD | 100,00 ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 15 ESTANTE 2 | MS010101 48 | AGUJA, CONVENCIONAL, 18G, 1,2X40MM | | UNIDAD | 200,00 ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 15 ESTANTE 5 | MS030403 08 | AGUJA GRIPPER PLUS 0,3MM | | UNIDAD | 3,00 ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 15 ESTANTE 1 | MS020100 63 | ESPALINDRADO, PAPEL, HIPoALERGICO, 2,5CMX0,14M | | UNIDAD | 12,00 ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 15 ESTANTE 1 | MS020100 72 | ESPALINDRADO, TELA, HIPoALERGICO, 3,5CMX0,14M | | UNIDAD | 12,00 ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 16 ESTANTE 2 | MS020100 11 | APOSITO QUIRURGICO ESTERIL 10X15 | 300MC373 | UNIDAD | 20,00 ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 16 ESTANTE 2 | MS020100 12 | APOSITO QUIRURGICO ESTERIL 10X25 | MC374 | UNIDAD | 20,00 ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 16 ESTANTE 2 | MS020100 13 | APOSITO QUIRURGICO ESTERIL 5X7,2 | MC372 | UNIDAD | 50,00 ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 16 ESTANTE 3 | MS020100 16 | APOSITO, ADHESIVO, TRANSPARENTE, ESTERIL, 7X8 5CM | | UNIDAD | 100,00 ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 16 ESTANTE 4 | MS020102 82 | APOSITO, HIDROCELULAR, ESPUMA PUR, BORDE ADHES, 12,5X12 5CM | | UNIDAD | 10,00 ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 16 ESTANTE 4 | MS020102 85 | APOSITO, HIDROCELULAR, ESPUMA PUR, NOADHESIVO, 10X10CM | | UNIDAD | 10,00 ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 2 ESTANTE 1 | MS070400 83 | TUBO, EXTRACCION, HEMATOLOGIA TAMBALVA, 3ML | | UNIDAD | 50,00 ✓ |





IDCSalud Valdemoro S.A.
Hospital Infanta Elena
Cl. Fernández de la Hoz, 24
MADRID
28010 MADRID
C.I.F. A84592777

AV REYES CATÓLICOS, 21
VALDEMORO
28340 MADRID

PEDIDO INTERNO DE ALMACEN A DISPENSAR

| DATOS SOLICITANTE | | DATOS SOLICITADO | |
|-------------------|--|------------------|-----------------|
| Fecha Pedido | 05/02/2015 08:56 | Centro Coste | ALMACEN GENERAL |
| Nº Pedido | POPLA / 059966 | Almacén | ALMACEN GENERAL |
| Centro Coste | HOSPITALIZACION 2 | Prioridad | NORMAL |
| Almacén | ALMACEN HOSPITALIZACIÓN 2 | Para | |
| Contacto | DIEGO AGUILAR LOPEZ (diego.aguilar@capisantidad.es) | | |

| DATOS DEL PEDIDO | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------|---|----------|---------------|--------------|---|
| ESTANTERÍA | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | UNIDAD MEDIDA | UNIDADES | |
| ALMACEN 1 PASILLO 2 ESTANTE 2 | MS070409 07 | TUBO. EXTRACCION. SUERO. GEL. T/AMARILLO, 8ML | | UNIDAD | 100 50,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 2 ESTANTE 3 | MS070403 72 | TUBO. EXTRACCION. COAGULACION. T/AZUL. 4 SML, C/CITRATO 3.8% | | UNIDAD | 100 50,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 3 ESTANTE 2 | MS030101 14 | FUNDA. TERMOMETRO. DIGITAL. ORAL | | UNIDAD | 100,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 3 ESTANTE 4 | MS050904 69 | TERMOMETRO DIGITAL | MC9830 | UNIDAD | 3,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 3 ESTANTE 7 | MS070409 72 | BACTEC HEMOCULTIVO PLUS AEROBIUS 25ML. | | UNIDAD | 4,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 3 ESTANTE 7 | MS070407 42 | BACTEC HEMOCULTIVO PLUS ANAEROBIUS 25ML. | | UNIDAD | 4,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 4 ESTANTE 2 | IN0102001 1 | BISTURI MANGO DESECHABLE N. 15 | MC4011 | UNIDAD | 40,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 4 ESTANTE 2 | IN0102001 2 | BISTURI MANGO DESECHABLE N. 21 | MC4012 | UNIDAD | 10,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 4 ESTANTE 3 | IN0102273 6 | PINZA. HEMOSTATICA. KOCHER. REG LA. 160MM, DES | | UNIDAD | 3,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 4 ESTANTE 7 | MS020401 10 | EXTRACTOR DE GRAPAS CUTANEO | | UNIDAD | 6,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 4 ESTANTE 7 | QA010107 17 | GEL CORPORAL. 1L | | UNIDAD | 2,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 4 ESTANTE 8 | QA010101 16 | ESPUMA. MANOS | | UNIDAD | 3,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 5 ESTANTE 2 | MS050300 64 | LLAVE. 3 PASOS. C/ALARGADERA. 10CM | | UNIDAD | 25,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 5 ESTANTE 8 | MS010101 29 | REGULADOR. FLUJO. PRECISION | | UNIDAD | 50,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 5 ESTANTE 2 | MS020502 11 | ELASTOMULL HASPT BCMX4M | | UNIDAD | 16,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 7 ESTANTE 6 | IN0103009 9 | INSPIROMETROS | MC905 | UNIDAD | 3,00 | ✓ |





IDCSalud Valdemoro S.A.
Hospital Infanta Elena
C/ Fernández de la Hoz, 24
MADRID
28010 MADRID
C.I.F. A84552777

AV REYES CATÓLICOS, 21
VALDEMORO
28340 MADRID

PEDIDO INTERNO DE ALMACEN A DISPENSAR

| DATOS SOLICITANTE | | DATOS SOLICITADO | |
|-------------------|--|------------------|-----------------|
| Fecha Pedido | 05/02/2015 08:56 | Centro Coste | ALMACEN GENERAL |
| Nº Pedido | POPLA / 059906 | Almacén | ALMACEN GENERAL |
| Centro Coste | HOSPITALIZACIÓN 2 | Prioridad | NORMAL |
| Almacén | ALMACEN HOSPITALIZACIÓN 2 | Para | |
| Contacto | DIEGO AGUILAR LOPEZ (diego.aguilar@capiosanidad.es) | | |

| DATOS DEL PEDIDO | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------|--|----------|---------------|----------|---|
| ESTANFERA | CODIGO | DESCRIPCIÓN | FANTASIA | UNIDAD MEDIDA | UNIDAD € | |
| ALMACEN 1 PASILLO 8 ESTANTE 2 | MS003002 64 | BOLSA, ORINA, C/SALIDA, ESTÉRIL | | UNIDAD | 25,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 8 ESTANTE 3 | A1009187 | IMANES PARA CINTURON DE SUJECCIÓN | | UNIDAD | 3,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 8 ESTANTE 7 | MS020900 19 | CREMA, PROTECTORA, BARRERA, 50GR | | UNIDAD | 3,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 9 ESTANTE 1 | MS030301 23 | CUNA, ORINAL, PLASTICO | | UNIDAD | 2,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 9 ESTANTE 1 | MS059902 50 | MUÑEQUERA SUJECION CON ANILLA | MC9070 | UNIDAD | 4,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 9 ESTANTE 2 | MS059901 15 | CINTURON DE SUJECION | MC102 | UNIDAD | 2,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 9 ESTANTE 3 | MS059903 73 | TRASVASADOR | | UNIDAD | 10,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 9 ESTANTE 4 | IN0101031 5 | CONTENEDOR PROTESIS, DENTAL | | UNIDAD | 2,00 | ✓ |
| ALMACEN 1 PASILLO 9 ESTANTE 8 | MS039901 04 | FAPON, PVC, SONDA, ESTERIL | | UNIDAD | 2,00 | ✓ |
| ALMACEN 2 PASILLO 1 ESTANTE 1 | MS030300 03 | BRAGA, PAÑAL, ADULTO, T-G | MC140 | UNIDAD | 400,00 | ✓ |
| ALMACEN 2 PASILLO 1 ESTANTE 1 | MS020200 01 | COMPRESA, ALGODON, TOCOLOGICA, ESTERIL | MC171 | UNIDAD | 50,00 | ✓ |
| ALMACEN 2 PASILLO 1 ESTANTE 1 | MS030301 13 | EMPAPADOR, GELULOSA, 40X90CM | MC5104 | UNIDAD | 300,00 | ✓ |
| ALMACEN 2 PASILLO 1 ESTANTE 1 | MS020200 15 | GASA, PLEGADA, ESTERIL, 20X40CM | | UNIDAD | 125,00 | ✓ |
| ALMACEN 2 PASILLO 2 ESTANTE 1 | MS030200 08 | BATA, GELULOSA, AZUL, C/MANGA, T-UNICA | | UNIDAD | 100,00 | ✓ |
| ALMACEN 2 PASILLO 2 ESTANTE 1 | MS030302 25 | BRAGA, PAÑAL, ADULTO, T-EXTRA G | | UNIDAD | 300,00 | ✓ |
| ALMACEN 2 PASILLO 2 ESTANTE 1 | MS050300 35 | EQUIPO, SUERO, TOMA AIRE, LUERLOCK 150CM | | UNIDAD | 200,00 | ✓ |





ICS Salud Valdemoro S.A.
Hospital Infanta Elena
C/L. Fernández de la Hoz, 24
MADRID
28010 MADRID
C.I.F. A54852777

AV REYES CATÓLICOS, 31
VALDEMORO
28340 MADRID

PEDIDO INTERNO DE ALMACEN A DISPENSAR

| DATOS SOLICITANTE | | DATOS SOLICITADO | |
|-------------------|--|------------------|-----------------|
| Fecha Pedido | 05/02/2015 08:56 | Centro Coste | ALMACEN GENERAL |
| Nº Pedido | PDPLA / 059988 | Almacén | ALMACEN GENERAL |
| Centro Coste | HOSPITALIZACION 2 | Prioridad | NORMAL |
| Almacén | ALMACEN HOSPITALIZACIÓN 2 | Para | |
| Contacto | DIEGO AGUILAR LOPEZ (diego.aguilar@caijosanidad.es) | | |

| DATOS DEL PEDIDO | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------|--|----------|---------------|----------|---|
| ESTANTERIA | CODIGO | DESCRIPCION | FANTASIA | UNIDAD MEDIDA | UNIDADES | |
| ALMACEN 3 PASILLO 2 ESTANTE 8 | MS030201 21 | ESPONJA JABONOSAS | NOA | UNIDAD | 300,00 | |
| ALMACEN 3 PASILLO 2 ESTANTE 5 | MS070403 78 | PALOMILLA, SEGURIDAD, PREMONTADA 21G. 19CM | | UNIDAD | 50,00 | ✓ |

El personal del Almacén prepara la entrega de la mercancía a cada uno de los Almacenes de los Servicios del Hospital, generando una dispensación a almacén:



IDCSalud Valdemoro S.A.
Hospital Infanta Elena
Cl. Fernández de la Hita, 24
MADRID
28010 MADRID
C.I.F. A84552777

AV REYES CATÓLICOS, 21
VALDEMORO
28340 MADRID

DISPENSACION A ALMACEN

| DATOS SOLICITANTE | | DATOS SOLICITADO | |
|-------------------|--|------------------|-----------------|
| Fecha Pedido | 04/02/2015 11:06 | Centro Coste | ALMACEN GENERAL |
| Nº Pedido | PDPLA / 059957 | Almacén | ALMACEN GENERAL |
| Centro Coste | UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS | Prioridad | NORMAL |
| Almacén | ALMACEN UCI | Para | |
| Contacto | DIEGO AGUILAR LOPEZ (diego.aguilar@copiosanidad.es) | | |

FECHA DISPENSACION: 05/02/2015
Nº DISPENSACION: PDPLZ/061166

| DATOS DEL PEDIDO | | | | | | | | | |
|------------------|------------|--|----------|---------------|----------|------|------------|--------|--|
| ESTANTERIA | CODIGO | DESCRIPCION | FANTASIA | UNIDAD MEDIDA | UNIDADES | POTE | PVP | TOTAL | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS0040299 | AGUJA, BIODEGRADABLE, ESTERIL, 21G, 0,8X40MM | | UNIDAD | 100,00 | 0,00 | 0,000000 | 0 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS0101148 | AGUJA, CONVENCIONAL, 18G, 1,2X40MM | | UNIDAD | 400,00 | 0,00 | 0,000000 | 0 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS07049973 | BACTEC HEMOCULTIVO PLUS AEROBIOUS 25ML | | UNIDAD | 10,00 | 0,00 | 2,000000 | 20 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS07049974 | BACTEC HEMOCULTIVO PLUS ANAEROBIOUS 25ML | | UNIDAD | 10,00 | 0,00 | 2,000000 | 20 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS0020068 | BATA, GELULOSA AZUL, OMANGA, TUNICA | | UNIDAD | 400,00 | 0,00 | 0,480041 | 192,00 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS0020013 | BATA, PROTECTOOL COMFORT, T.M | MC547 | UNIDAD | 7,50 | 0,00 | 1,500000 | 7,5 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS0196015 | BATA, FORMA HIRON, GELULOSA | | UNIDAD | 30,00 | 0,00 | 0,000000 | 0 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS0020004 | BOLSA, ORINA, GASALDA, ESTERIL | | UNIDAD | 100,00 | 0,00 | 0,000000 | 0 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS0020028 | COMPRESAS GORRIAN DE 17X45X5 2 T | MC185 | UNIDAD | 150,00 | 0,00 | 0,130000 | 20,25 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS0199004 | CONECTOR, PTCA, 3,1MM, 0,5SP | | UNIDAD | 50,00 | 0,00 | 2,000000 | 100 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS0700113 | EMPAPADO, GELULOSA, 80X80CM | MC5194 | UNIDAD | 200,00 | 0,00 | 0,140000 | 28 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS0021063 | ESPARADRAPO, PAPIEL, HIPoALERGENICO, 2 5CMX5 14M | | UNIDAD | 12,00 | 0,00 | 0,000000 | 0 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS0021072 | ESPARADRAPO, TELA, HIPoALERGENICO, 2 5CMX3 14M | | UNIDAD | 12,00 | 0,00 | 0,000000 | 0 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS0000009 | FRASCO, ORINA, 2L | | UNIDAD | 5,00 | 0,00 | 0,000000 | 0 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS07049980 | FRASCO, VACIO, 500CC | | UNIDAD | 5,00 | 0,00 | 0,000000 | 0 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS0000007 | GAFIA, NASAL, ADULTO | | UNIDAD | 10,00 | 0,00 | 0,000000 | 0 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS0020015 | GAZA, FURGADA, NESTERIL, 10X, 30X30CM | MC541 | UNIDAD | 3 540,00 | 0,00 | 0,007000 | 17,43 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS0020177 | GUANTE NITRIL O SPOLO (TREMADANA) | | UNIDAD | 1 460,00 | 0,00 | 0,004000 | 58,8 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS00049198 | JERINGA, 3 CUBIERTOS, 10ML, 10ML | | UNIDAD | 100,00 | 0,00 | 0,000000 | 0 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS00049194 | JERINGA, 2 CUBIERTOS, 10ML, 20ML | | UNIDAD | 100,00 | 0,00 | 0,000000 | 0 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS00049196 | JERINGA, 2 CUBIERTOS, 10ML, 100ML, 5ML | | UNIDAD | 100,00 | 0,00 | 0,000000 | 0 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS00049200 | JERINGA, 3 CUBIERTOS, 10ML, 3ML | | UNIDAD | 100,00 | 0,00 | 0,000000 | 0 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS00060981 | MASCARILLA QUIRURGICA | | UNIDAD | 200,00 | 0,20 | 0,000000 | 0 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS00210106 | PROTECTOR CUTANEO SPRAY | | UNIDAD | 5,00 | 0,00 | 104,264000 | 521,32 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS0020093 | RASURADORAS UN SOLO USO | MC682 | UNIDAD | 10,00 | 0,00 | 0,750000 | 7,5 | |
| ESTANTERIA ÚNICA | MS0000008 | SET BAUTERREMA, 25HD, HE | | UNIDAD | 10,00 | 0,30 | 0,000000 | 3 | |





IDCSalud Valdemoro S.A.
Hospital Infanta Elena
CL Fernández de la Hoz, 24
MADRID
28010 MADRID
C.I.F. A84552777

AV REYES CATÓLICOS, 21
VALDEMORO
28340 MADRID

DISPENSACION A ALMACEN

| DATOS SOLICITANTE | | DATOS SOLICITADO | |
|-------------------|--|------------------|--|
| Fecha Pedido | 03/02/2015 08:12 | Centro Coste | ALMACEN GENERAL |
| Nº Pedido | PDPL1 / 002263 | Almacén | ALMACEN GENERAL |
| Centro Coste | AREA QUIRURGICA | Prioridad | |
| Almacén | ALMACEN BLOQUE QUIRURGICO | Para | REGISTRO DE ALMACEN CENTRAL 02/02/2015 17:00H (LOCHOA) |
| Contacto | DIEGO AGUILAR LOPEZ (diego.aguilar@capiosanidad.es) | | |

FECHA DISPENSACION: 03/02/2015
Nº DISPENSACION: PDPLZ/061053

| DATOS DEL PEDIDO | | | | | | | | | |
|------------------|------------|--|---------|---------------|----------|------|----------|----------|--|
| ESANTERIA | CODIGO | DESCRIPCION | FANTAGA | UNIDAD MEDIDA | UNIDADES | PDTE | PVP | TOTAL | |
| ESANTERIA UNICA | IN01002991 | CUCHILLETE, OPTALMICO INCI80R INICIAL, 18" | | UNIDAD | 20,00 | 0,00 | 0,000000 | 0 | |
| TOTAL | | | | | | | | 0 | |

| OBSERVACIONES | FIRMA SOLICITANTE | FIRMA DISPENSO | FIRMA REVISO | FIRMA DE SALIDA |
|---------------|-------------------|----------------|--------------|-----------------|
| Fecha Salida: | | | | |



El Calendario de Dispensaciones a cada uno de los Servicios del Hospital se adjunta a continuación:

| LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|--------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|-------------------|
| ADMINISTRACION | HOSP. 2 | URGENCIAS | HOSP. 2 | URGENCIAS |
| ADMISION GENERAL (Rocío) | HOSP. 0 | QUIROFANO | HOSP.CORTA ESTANCIA | QUIROFANO |
| ADMISION URGENCIAS | HOSP.CORTA ESTANCIA | EXTRACCIONES | CONSULTAS EXTERNAS | HOSP. 0 |
| ATENCION AL PACIENTE | BLOQUE OBSTETRICO | CARDIOLOGIA CEX | HOSP.MATERNO INFANTIL | BLOQUE OBSTETRICO |
| CARD.INVASIVA | HOSP.MATERNO INFANTIL | REHABILITACION | NEONATOS | RAYOS |
| EXTRACCIONES | NEONATOS | RAYOS | HOSPITAL DE DIA | FARMACIA |
| UCI | COCINA | | LABORATORIO | |
| URGENCIAS | | | DONANTES | |
| QUIROFANO | | | UCI | |
| ENDOSCOPIAS | | | | |
| ESTERILIZACION | | | | |

Además, si un Profesional del Hospital necesita un determinado producto de forma puntual, baja al Almacén General para recogerlo, cumplimentándolo en el registro que se anexa a continuación:

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA
REGISTRO DE ALMACÉN CENTRAL
2 Febrero 2015

| DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | FECHA |
|-------------|----------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

(The form contains handwritten signatures and dates, which are illegible due to the image quality.)



REGISTRO DE ALMACÉN CENTRAL

FECHA: _____ HORA: _____

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | UNIDADES |
|--------|-------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

SERVICIO DE PETICIÓN: _____ NOMBRE: _____ FIRMA: _____

SEGURIDAD: _____
NOMBRE: _____ FIRMA: _____

Se realiza un Inventario Físico e Informático de los artículos, al menos una vez al año, con objeto de determinar las desviaciones de lo que indica la aplicación informática con respecto a lo que hay físicamente en stock en el Almacén General, no así en los diferentes Almacencillos situados en los Servicios del Hospital, ya que una vez salen del Almacén General se dan por consumidos los artículos. En la auditoría operativa se ha verificado la coincidencia del inventario real con el de soporte informático, habiéndose cotejado los siguientes:

Ajustes por Inventario

Operación: 10117 ID Operación: 10117 Fecha Registro: 23/12/2014 15:23 Ubicación de almacenamiento de inventario de: Almacén General

Usuario: ALBA IAC Nombre Proyecto: Cliente Dest: 0004 Empresa: 00000000

| Código | Código Artículo | Descripción | Cant. | Stock Real | Ansto. | Unidades | PMU | Importe PMU | Valor Inicial |
|--------|-----------------|---|----------|------------|-----------------|----------|---------|-------------|---------------|
| 1 | M50300084 | VENGA ELASTICA DE 10CM | 225,00 | 225,00 | 70,00 UNIDAD | 0,57574 | 0,57574 | 128,70 | |
| 2 | M50300017 | DETLLO QUIRURGICO SICO ESTERR. | 2.940,00 | 2.940,00 | 36,00 UNIDAD | 0,24833 | 0,24833 | 521,46 | |
| 3 | M50300020 | PLATO, PVC, HONDE, DES | 1.400,00 | 1.370,00 | 100,00 UNIDAD | 0,07322 | 0,07322 | 93,96 | |
| 4 | M50300021 | PLATO, PVC, PINTRE, DES | 3.600,00 | 3.600,00 | 2.900,00 UNIDAD | 0,06551 | 0,06551 | 148,32 | |
| 5 | M50301011 | CUBILLO, PVC, DES | 5.700,00 | 5.700,00 | 480,00 UNIDAD | 0,02558 | 0,02558 | 129,48 | |
| 6 | M50301010 | TENEOR, PVC, DES | 3.500,00 | 2.700,00 | 590,00 UNIDAD | 0,02593 | 0,02593 | 70,80 | |
| 7 | M50301009 | CUBIARILLA, PVC, GAVE, DES | 6.500,00 | 6.400,00 | 200,00 UNIDAD | 0,02251 | 0,02251 | 45,17 | |
| 8 | M50301007 | CUBIARRA, PVC, DES | 8.800,00 | 8.500,00 | 300,00 UNIDAD | 0,02529 | 0,02529 | 75,15 | |
| 9 | M50300030 | PAJA, ARTICULADA, INDIVIDUAL | 2.700,00 | 2.300,00 | 400,00 UNIDAD | 0,06347 | 0,06347 | 78,76 | |
| 10 | M50300024 | SONDA, VESICAL, PU, BAJA PRECION, LIBRE, RELAT, J | 52,00 | 54,00 | 5,00 UNIDAD | 1,08002 | 1,08002 | 67,41 | |
| 11 | M50300014 | SONDA, VESICAL, PU, BAJA PRECION, LIBRE, RELAT, J | 67,00 | 68,00 | 1,00 UNIDAD | 0,32817 | 0,32817 | 62,49 | |
| 12 | M503047-59 | SONDA, VESICAL, PU, BAJA PRECION, LIBRE, GADA, M.L. | 111,00 | 104,00 | 7,00 UNIDAD | 1,10291 | 1,10291 | 122,40 | |
| 13 | M50300028 | SONDA, VESICAL, 1 VIAL, HLMER, SUBALTA, FOL, 20CM | 149,00 | 142,00 | 7,00 UNIDAD | 0,10287 | 0,10287 | 75,48 | |
| 14 | M50300019 | SONDA, VESICAL, 3 VIAL, NO JETON, 2-BALON, 17CM | 56,00 | 50,00 | 44,00 UNIDAD | 0,09131 | 0,09131 | 5,13 | |

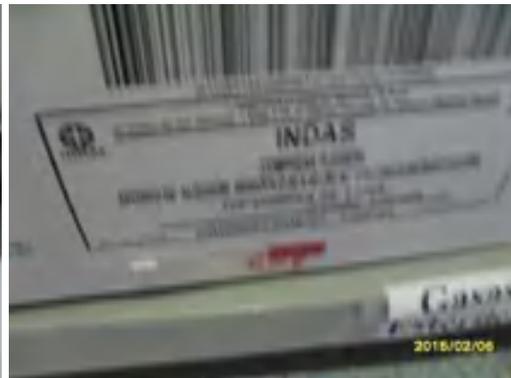
VALOR INICIAL: _____ VALOR FINAL: _____ TOTAL AJUSTE: _____

CONTROL DE STOCK "OK" DE LAS SIGUIENTES REFERENCIAS:

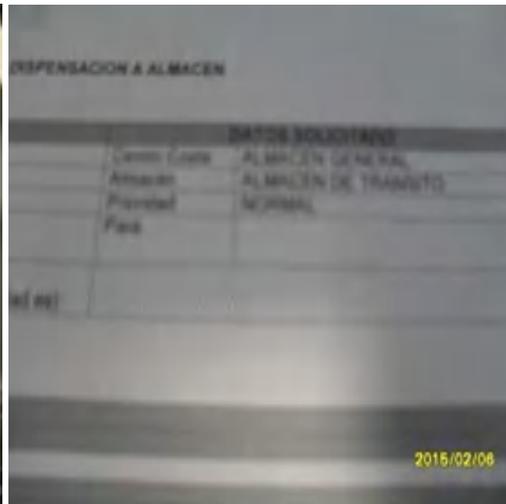
- **MS05990164** → 55 UNIDADES EN STOCK INFORMÁTICO Y FÍSICO
- **IN01022563** → 50 UNIDADES EN STOCK INFORMÁTICO Y FÍSICO
- **MS01010016** → 110 UNIDADES EN STOCK INFORMÁTICO Y FÍSICO
- **MS05030054** → 770 UNIDADES EN STOCK INFORMÁTICO Y FÍSICO
- **MS05030109** → 21 UNIDADES EN STOCK INFORMÁTICO Y FÍSICO

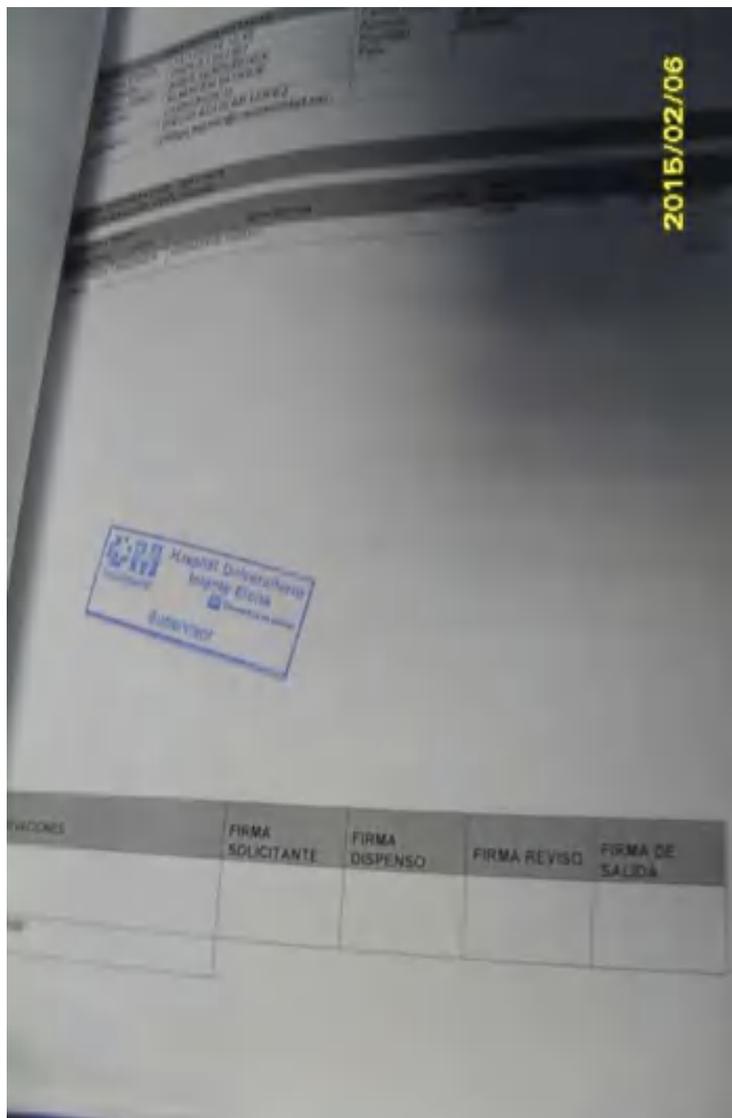
Los Técnicos del Almacén distribuyen los materiales sanitarios a cada uno de los Servicios del Hospital y el personal de Enfermería de cada Servicio, es el responsable de ir gestionando los consumos de los mismos, si bien, no se registra en la aplicación informática los consumos de material sanitario que se van produciendo, por lo que no es posible realizar un inventario en los diversos almacenillos de los Servicios, además, en dichos Almacenillos no se codifica el material sanitario con la misma metodología que en el Almacén General, lo cual puede llevar a confusión en la realización de los pedidos, e incluso hay referencias sin codificar:











Se ha podido evidenciar en todos los almacenillos y en el Almacén General un control eficaz de la fecha de caducidad, no detectándose ningún material sanitario caducado. A continuación, se adjuntan las evidencias del Control de Caducidades mensual por parte del Jefe de Compras y Almacén y el Personal de Enfermería del mes de diciembre de 2014, respondiendo a dicho correo electrónico el personal sanitario de enfermería de cada Servicio, indicando los artículos que han caducado.

Octubre 2013



Hospital Infanta Elena

CONTROL DE CADUCIDAD FUNGIBLE

Comunidad de Madrid

UNIDAD: URGENCIAS

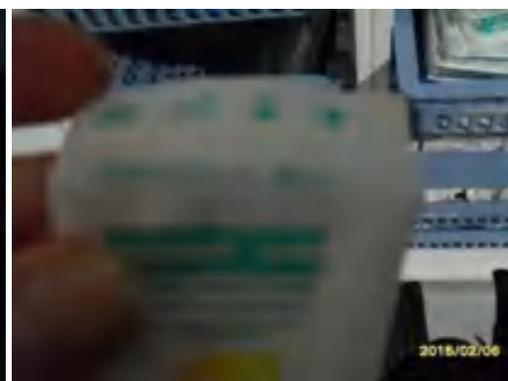
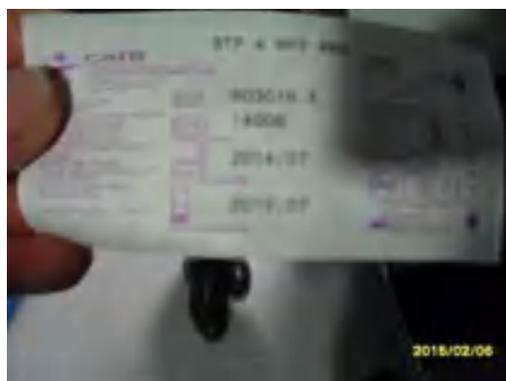
MES:

31-10-14

| Semanas | 1 | 2 | 3 | 4 | Responsable: Lev Mikenberg | |
|--|----------------------|---|---|---|----------------------------|----------------|
| | x | x | x | x | | |
| Fecha: 31/10/14 | Productos retirados: | | | | | Observaciones: |
| | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | | | | |
| | MS01040575 | Sonda aspiracion controlada 16CH x 53cm | | | 1 unidad | |
| | MS07040391 | Tubo hem.tapon azul | | | 8 unidades | |
| | MS07040375 | Tubo coagulacion pedi | | | 28 unidades | |
| | MS03040221 | Jeringa GAB | | | 2 unidades | |
| | MS05090162 | Mascarilla traqueostomia adultos | | | 4 unidades | |
| Formato5_Control de Caducidad Material Fungible. | | | | | | Firmado: Lev |

Los artículos caducados son retirados por el personal sanitario al Almacén General y de aquí son gestionados por el Responsable de la Gestión de los Residuos en base a la toxicidad de los mismos.



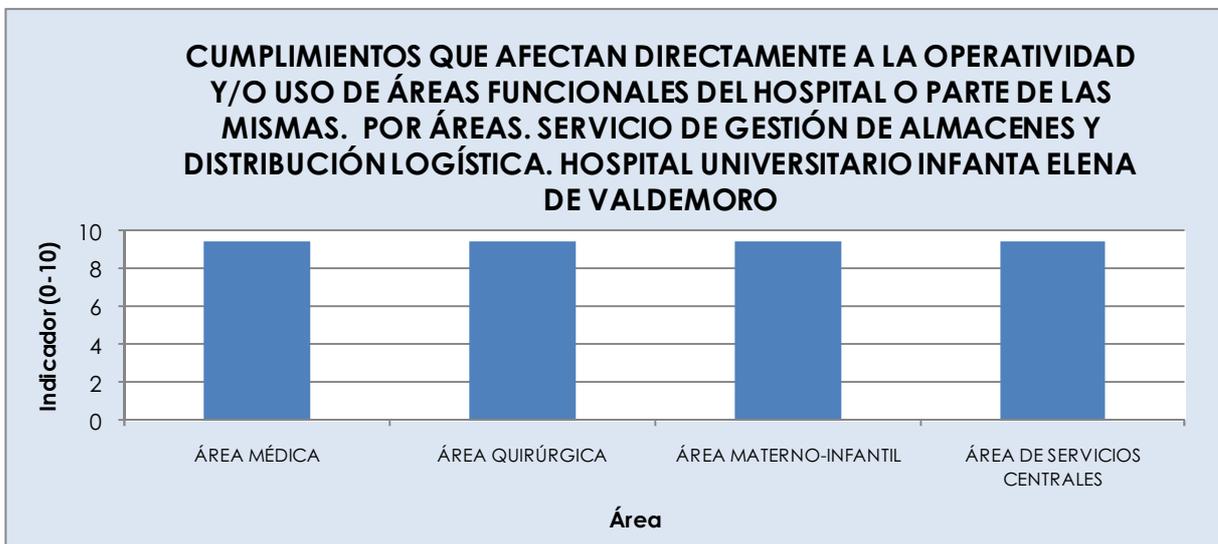


En relación con los artículos que requieren el mantenimiento de la cadena de frío, éstos son suministrados directamente por parte de los Técnicos del Almacén al Servicio que los ha adquirido, ya que en el Almacén General no se dispone de frigorífico (Compra Directa). No se ha podido evidenciar que los líquidos inflamables, tales como el formol, se encuentren almacenados en zonas habilitadas para ello con las medidas de seguridad requeridas, si bien, la cantidad de stock existente es reducido y según indicaciones del personal del Almacén, este tipo de líquidos se distribuyen rápidamente a los Servicios peticionarios, tales como Anatomía Patológica, para evitar disponer de ellos en el Almacén General:



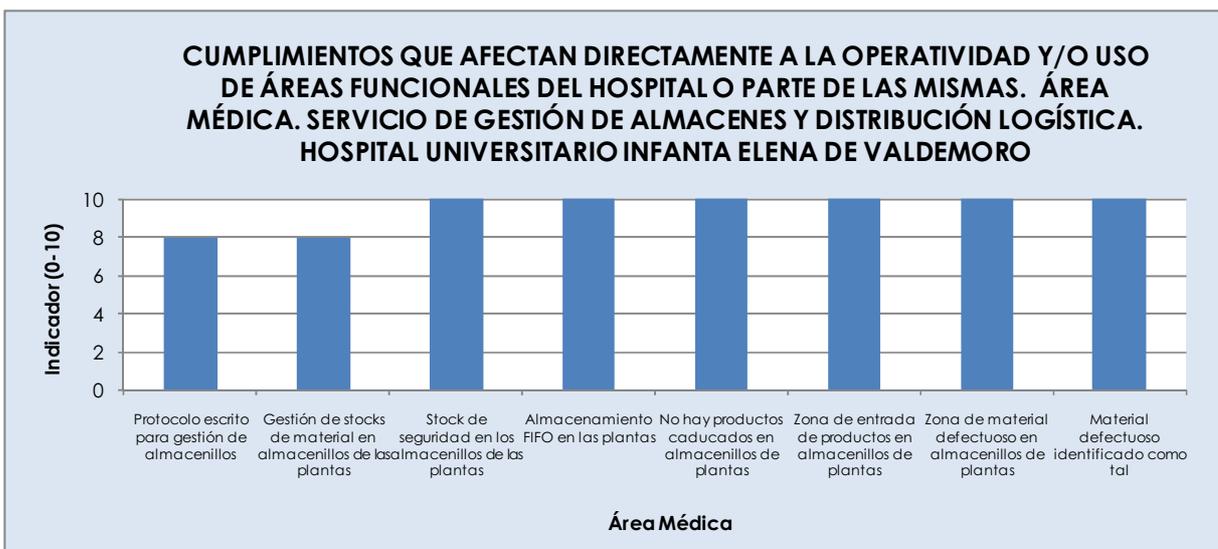
A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa de calidad del Servicio de Gestión de Almacenes y distribución Logística en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro realizada en Febrero de 2015, con indicación de los parámetros, evidencias, datos e ítems que han servido a GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. para su cuantificación objetiva:

➤ **CUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. POR ÁREAS:**



Se valora positivamente, ya que se ha evidenciado un protocolo escrito para gestión de almacenes, gestión de stocks de material en los almacenes de las plantas, existencia de stock de seguridad, control de caducidades correcta.

➤ **CUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. ÁREA MÉDICA :**



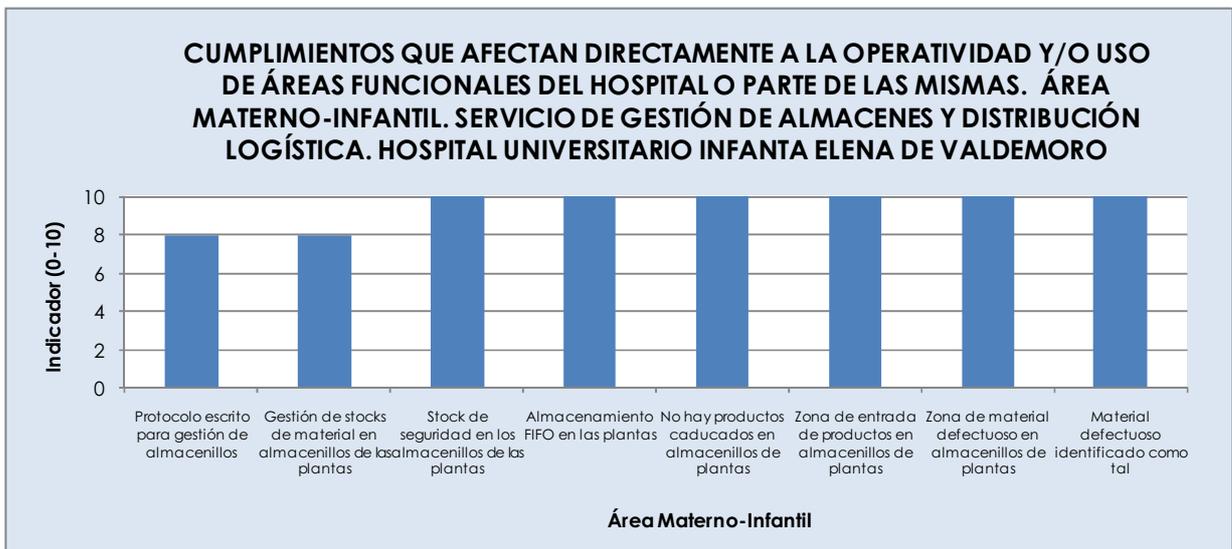
Se valora muy positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. ÁREA QUIRÚRGICA :**



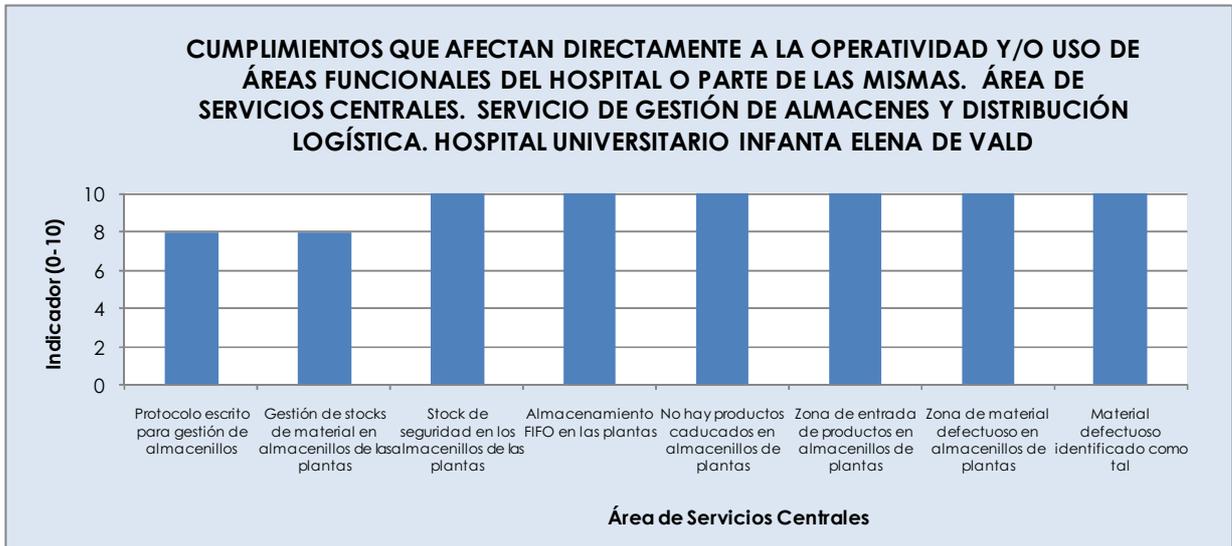
Se valora muy positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. ÁREA MATERNO-INFANTIL :**



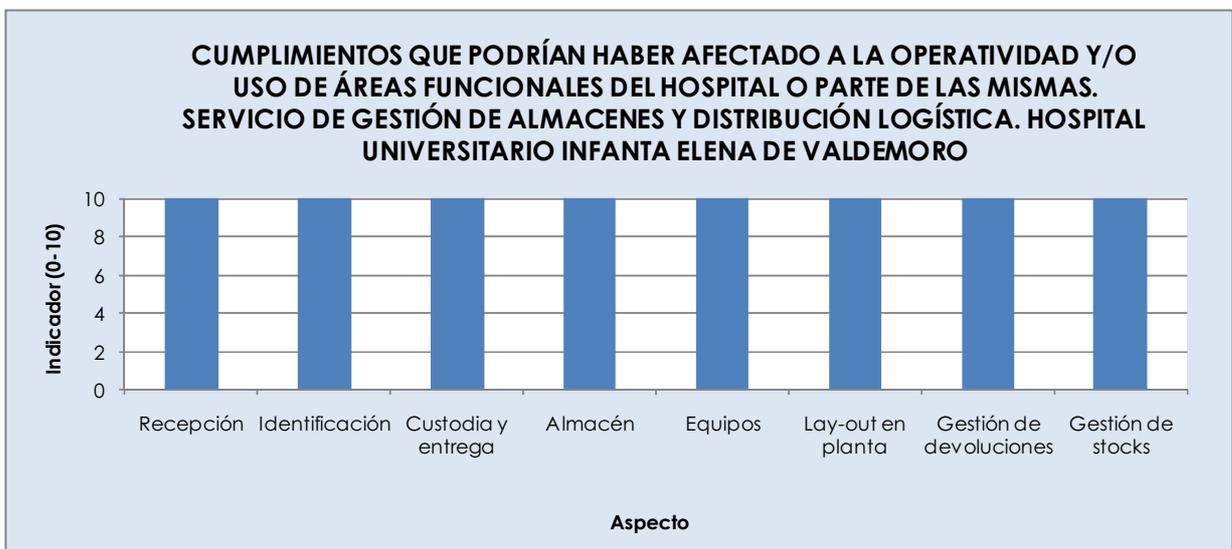
Se valora positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. ÁREA DE SERVICIOS CENTRALES :**



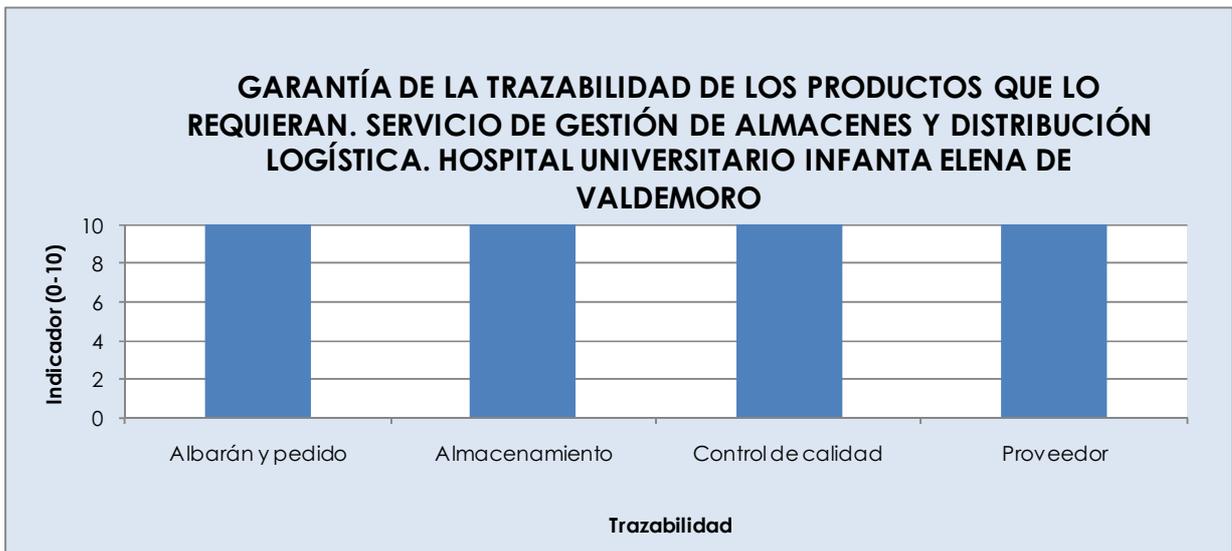
Se valora positivamente.

➤ **CUMPLIMIENTOS QUE PODRÍAN HABER AFECTADO A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS:**



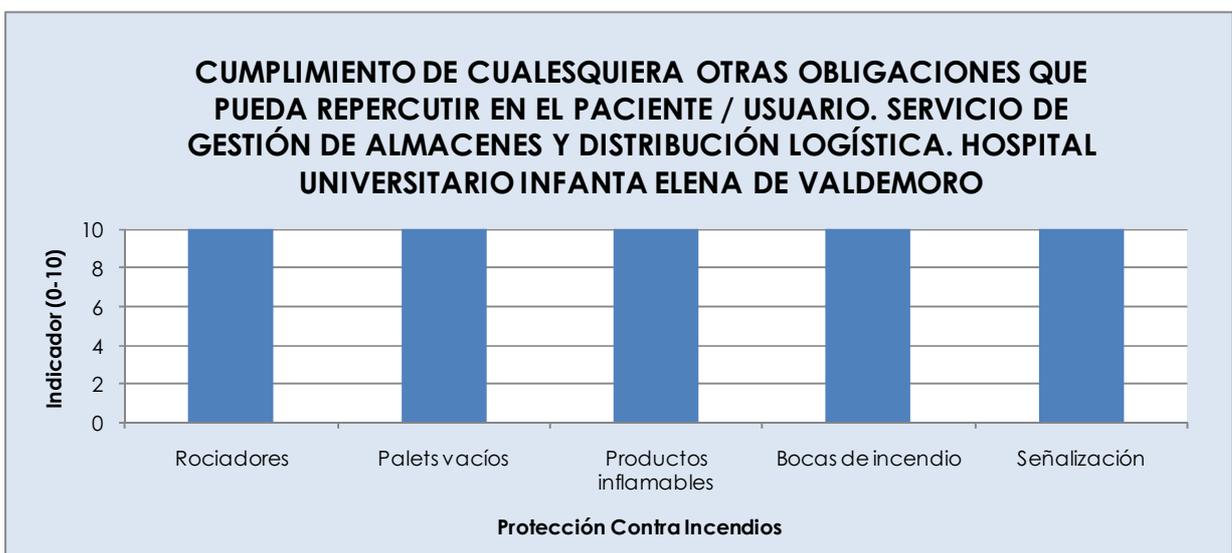
Se valora muy positivamente.

➤ **GARANTÍA DE LA TRAZABILIDAD DE LOS PRODUCTOS QUE LO REQUIERAN :**



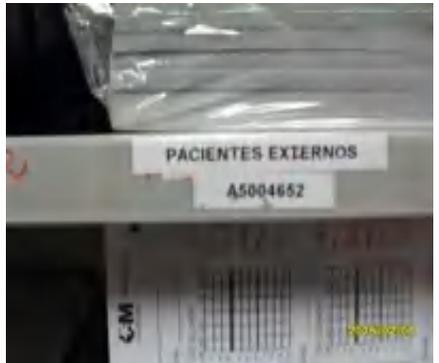
Se valora muy positivamente.

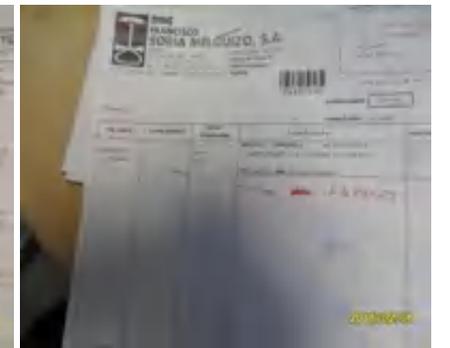
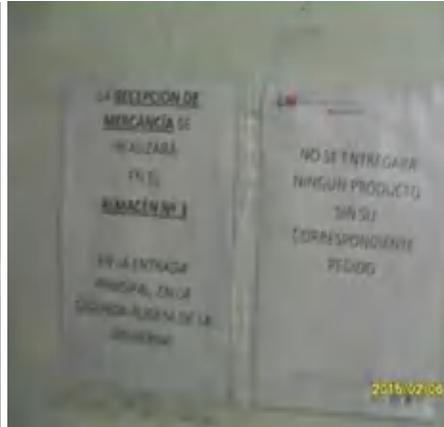
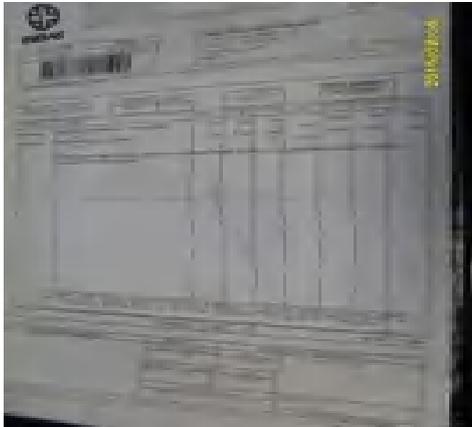
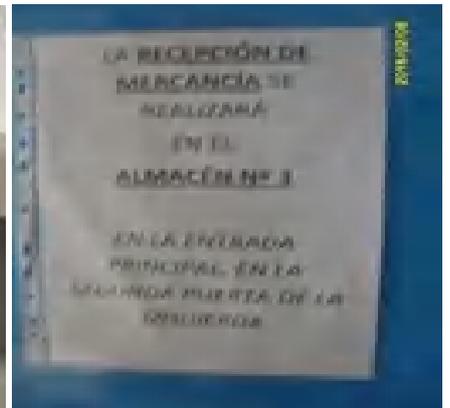
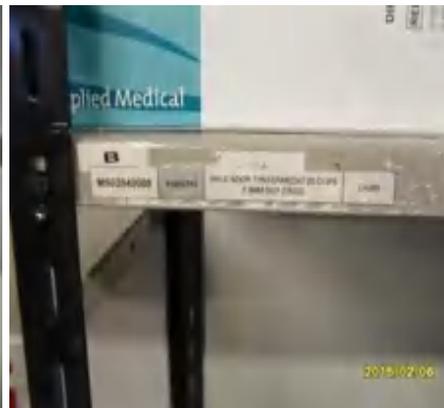
➤ **CUMPLIMIENTO DE CUALESQUIERA OTRAS OBLIGACIONES QUE PUEDA REPERCUTIR EN EL PACIENTE / USUARIO :**

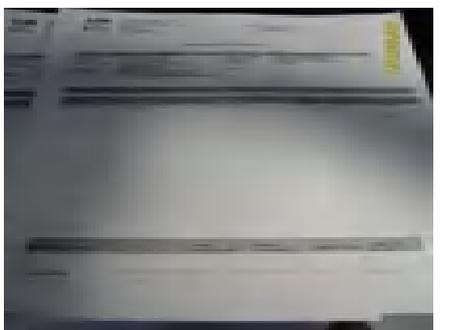
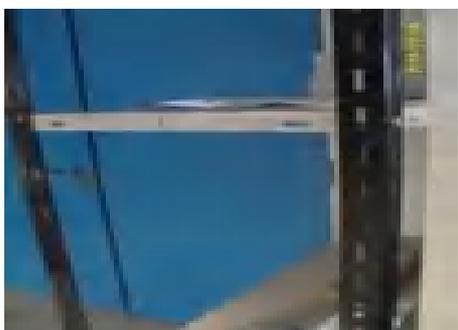


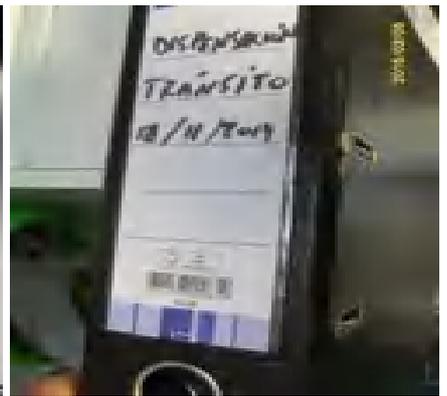
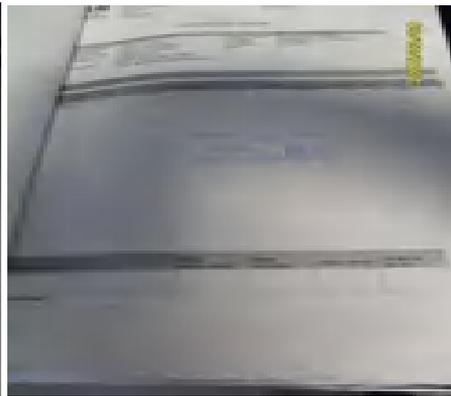
Se valora muy positivamente.

4.7.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO











4.7.4.PUNTOS FUERTES

A continuación, se indican los puntos fuertes del Servicio de Gestión de Almacenes y distribución Logística del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, tras la realización de la Auditoría Operativa durante el mes de Febrero de 2015 por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. :

- En la Auditoría Operativa de Calidad realizada por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. se ha podido evidenciar la correcta implantación de los Procedimientos de Compras del Almacén General y de Evaluación de Proveedores, garantizándose el cumplimiento de los requisitos exigidos para este Servicio.
- Se dispone de la relación de recepciones esperadas en función de plazos de entrega de los pedidos, que es aproximadamente de 72-96 horas. En la recepción se llevan a cabo las siguientes tareas:
 - Recepción de envíos de proveedores con albarán de entrega del transportista.
 - Desembala y comprueba que lo recibido coincide con lo solicitado.
 - Recuenta bultos y comprueba que no existen daños exteriores.
 - Confronta pedido y albarán y si coincide lo registra en la aplicación informática del almacén. Si coincide pedido y albarán lo sella como evidencia de su comprobación.
 - Confronta pedido y albarán y si no coincide no registra la entrada del pedido y envía noticias a compras y al proveedor (mediante llamada telefónica).
 - Anota las anomalías en el albarán del transportista y del proveedor, dejando constancia de ello mediante notificación escrita con copia al proveedor en el albarán de entrega, llegando en su caso a la NO recepción de la mercancía.

- Informa a compras de la llegada del pedido una vez subsanadas las incidencias.
 - Control de calidad.
 - Si el control de calidad es ok da entrada definitiva al material y lo registra en la aplicación informática pasando a formar parte del stock del Almacén General.
 - Envío de datos de identificación, recuento y verificación a compras y contabilidad.
 - Da de alta el producto en el inventario de existencias.
- Para cada pedido recepcionado, el Personal del Almacén lleva a cabo una evaluación de los Proveedores, de acuerdo a los siguientes 6 criterios de calidad:

CM **Compras** **Almacén**

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
E-mail: _____

Nombre del proveedor: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
E-mail: _____

Fecha de recepción: _____

Descripción del producto: _____

Criterios de evaluación:

1. CALIDAD GENERAL DEL PRODUCTO:
 - (MATERIA Y FABRICACIÓN)
2. ENTREGA DEL PRODUCTO:
 - (CANTIDAD RECIBIDA Y LA ENTREGA)
3. ENTREGA DEL PRODUCTO EN EL TIEMPO:
 - (AL TIEMPO)
4. VERIFICACIÓN DEL PRODUCTO:
 - (MATERIA)
5. ENTREGA DEL PRODUCTO:
 - (MATERIA)
6. ENTREGA DEL PRODUCTO:
 - (MATERIA)

Observaciones:

- Se realizan Evaluaciones Trimestrales de los Proveedores en base a los criterios anteriormente indicados, por parte del Jefe de Compras y Almacén.
- El material recibido se almacena por familias, a las cuales se les ha asignado un código y el estante en los que se encuentran en cada uno de los Almacenes Generales del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, verificándose que es así en la Auditoría Operativa.
- Se realiza un Inventario Físico e Informático de los artículos, al menos una vez al año, con objeto de determinar las desviaciones de lo que indica la aplicación informática con respecto a lo que hay físicamente en stock en el Almacén General, no así en los diferentes Almacencillos situados en los Servicios del Hospital, ya que una vez salen del Almacén General se dan por consumidos los artículos. En la auditoria operativa se ha verificado la coincidencia del inventario real con el de soporte informático, habiéndose cotejado los siguientes:

Ajustes por Inventario

Operación: [] Nº Operación: [] Fecha Registro: 23/12/2014 []
 Almacén: ALMA INC. [] Almacén: []
 Centro Coste: [] Almacén: []

| Código | Código Artículo | Descripción | Coste | Stock Real | Análisis | U/Módulo | PMPU | Precio PMPU | Valor Inicial |
|--------|-----------------|---|----------|------------|----------|----------|---------|-------------|---------------|
| 1 | MS0200084 | VENDA ELASTICA DE 10/18 | 225,00 | 225,00 | - | UNIDAD | 0,54214 | 0,54214 | 123,50 |
| 2 | MS0200017 | CEPHALO QUIRURGICO SETO ESTERIL | 2.940,00 | 2.850,00 | -90,00 | UNIDAD | 0,21097 | 0,21097 | 621,40 |
| 3 | DA0201020 | PLATO PVC HONCO, SET | 1.400,00 | 1.300,00 | -100,00 | UNIDAD | 0,07322 | 0,07322 | 93,80 |
| 4 | DA0201021 | PLATO PVC PISTRE, DES. | 3.600,00 | 3.500,00 | -100,00 | UNIDAD | 0,08545 | 0,08545 | 128,32 |
| 5 | DA0201011 | CUCHILLO, PVC, DES. | 5.700,00 | 5.120,00 | -580,00 | UNIDAD | 0,02554 | 0,02554 | 129,89 |
| 6 | DA0201090 | TENEOR PVC, DES. | 3.500,00 | 2.700,00 | -800,00 | UNIDAD | 0,02523 | 0,02523 | 70,80 |
| 7 | DA0201090 | CUCHARILLA, PVC, CAVILLES | 6.500,00 | 6.400,00 | -100,00 | UNIDAD | 0,01293 | 0,01293 | 64,51 |
| 8 | DA0201091 | CUCHARA, PVC, DES. | 8.400,00 | 8.500,00 | 100,00 | UNIDAD | 0,02528 | 0,02528 | 153,18 |
| 9 | DA0201090 | PLA, ARTICULADA, INDIVIDUAL | 2.700,00 | 2.300,00 | -400,00 | UNIDAD | 0,00947 | 0,00947 | 78,70 |
| 10 | MS0200284 | SONDA, VESICAL, PU, BAJA FRICCION, LIBERADA, NELAT. F | 55,00 | 54,00 | -1,00 | UNIDAD | 1,30902 | 1,30902 | 67,49 |
| 11 | MS0200274 | SONDA, VESICAL, PU, BAJA FRICCION, LIBERADA, NELAT. F | 87,00 | 86,00 | -1,00 | UNIDAD | 0,38417 | 0,38417 | 62,29 |
| 12 | MS0200255 | SONDA, VESICAL, PU, BAJA FRICCION, LIBERADA, NELAT. F | 111,00 | 104,00 | -7,00 | UNIDAD | 1,30945 | 1,30945 | 122,42 |
| 13 | MS0200288 | SONDA, VESICAL, FVA, HMIER, SUBAJALIN, FOL, 20CM | 145,00 | 142,00 | -3,00 | UNIDAD | 0,10607 | 0,10607 | 15,48 |
| 14 | MS0200289 | SONDA, VESICAL, FVA, NELATON, 20x40CM, 17CM | 56,00 | 50,00 | -6,00 | UNIDAD | 0,09151 | 0,09151 | 5,13 |

VALOR INICIAL: [] VALOR FINAL: [] TOTAL AJUSTE: []

CONTROL DE STOCK "OK" DE LAS SIGUIENTES REFERENCIAS:

- **MS05990164** → 55 UNIDADES EN STOCK INFORMÁTICO Y FÍSICO
- **IN01022563** → 50 UNIDADES EN STOCK INFORMÁTICO Y FÍSICO
- **MS01010016** → 110 UNIDADES EN STOCK INFORMÁTICO Y FÍSICO
- **MS05030054** → 770 UNIDADES EN STOCK INFORMÁTICO Y FÍSICO
- **MS05030109** → 21 UNIDADES EN STOCK INFORMÁTICO Y FÍSICO

- Se ha podido evidenciar en todos los almacenillos y en el Almacén General un control eficaz de la fecha de caducidad, no detectándose ningún material sanitario caducado. A continuación, se adjuntan las evidencias del Control de Caducidades mensual por parte del Jefe de Compras y Almacén y el Personal de Enfermería del mes de diciembre de 2014, respondiendo a dicho correo electrónico el personal sanitario de enfermería de cada Servicio, indicando los artículos que han caducado.

Octubre 2013

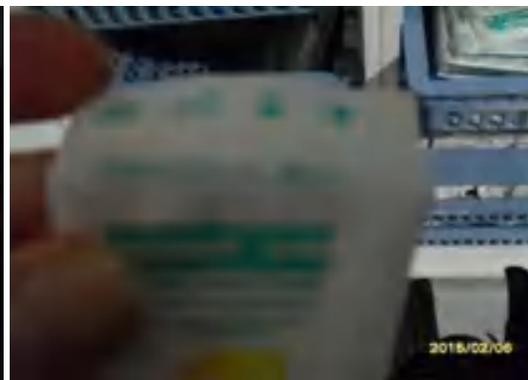
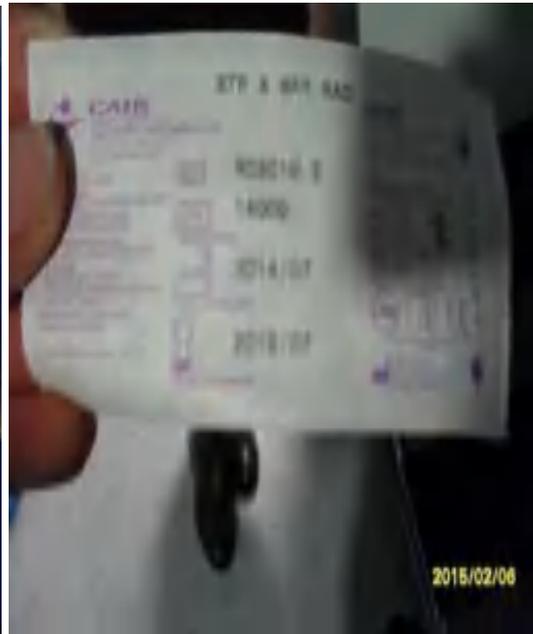
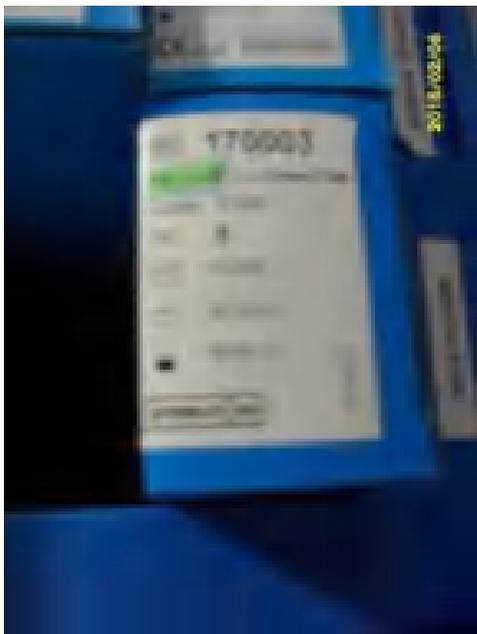
 **Hospital Infanta Elena** **CONTROL DE CADUCIDAD FUNGIBLE**
SaludMadrid  Comunidad de Madrid UNIDAD: URGENCIAS MES: 31-10-14

| | | | | | |
|---------|---|---|---|---|----------------------------|
| Semanas | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| | x | x | x | x | Responsable: Lev Mikenberg |

| Fecha: 31/10/14 | Productos retirados: | | Observaciones: |
|-----------------|----------------------|---|----------------|
| | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | |
| | MS01040575 | Sonda aspiración controlada 16CH x 53cm | 1 unidad |
| | MS07040391 | Tubo lencitopen azul | 8 unidades |
| | MS07040375 | Tubo coagulación pedi | 28 unidades |
| | MS03040221 | Jeringa GAB | 2 unidades |
| | MS05080162 | Mascarilla traqueostomía adultos | 4 unidades |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Formato5_Control de Caducidad Material Fungible. Firmado: Lev

Los artículos caducados son retirados por el personal sanitario al Almacén General y de aquí son gestionados por el Responsable de la Gestión de los Residuos en base a la toxicidad de los mismos.

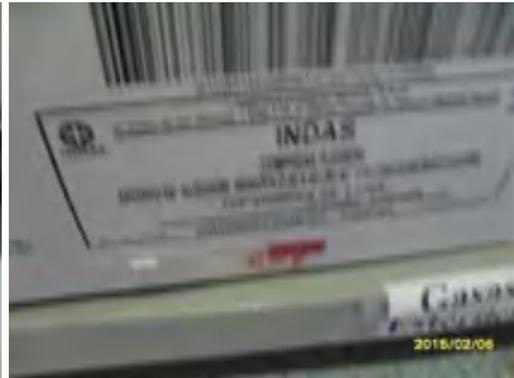


4.7.5. ÁREAS DE MEJORA

A continuación, se indican las áreas de mejora del Servicio de Gestión de Almacenes y distribución Logística del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, tras la realización de la Auditoría Operativa durante el mes de Febrero de 2015 por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L., así como las acciones correctoras propuestas para su subsanación:

- Los Técnicos del Almacén distribuyen los materiales sanitarios a cada uno de los Servicios del Hospital y el personal de Enfermería de cada Servicio, es el responsable de ir gestionando los consumos de los mismos, si bien, no se registra en la aplicación informática los consumos de material sanitario que se van produciendo, por lo que no es posible realizar un inventario en los diversos almacenillos de los Servicios, además, en dichos Almacenillos no se codifica el material sanitario con la misma metodología que en el Almacén General, lo cual puede llevar a confusión en la realización de los pedidos, e incluso hay referencias sin codificar:







- Emplear un Código de Colores para evitar en la manera de lo posible que los artículos puedan caducar pudiéndose llevar a cabo una rápida inspección visual de control de caducidades.
- No se ha podido evidenciar en todos los casos un uso eficiente del espacio ni que los artículos con una mayor rotación estén más cerca de la salida así como la minimización del transporte de los artículos más pesados. No se ha podido evidenciar espacios altos para artículos ligeros y abultados:



4.8. SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO Y TRASLADO DE PACIENTES Y MATERIALES

4.8.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Apoyo Administrativo y Traslado de Pacientes y Materiales, en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, consisten en lo siguiente:

- Tareas de información, acogimiento, acompañamiento o recepción a las personas usuarias de los servicios asistenciales a cuyo efecto se debe contar con profesionales con unos conocimientos extensos en habilidades de comunicación.

Se debe disponer de puntos de información dedicados a la atención a pacientes y usuarios así como servicios de información al paciente en Urgencias 24 horas. Se deben atender todos los requerimientos de información de las personas que lo soliciten, debiendo tener conocimiento exhaustivo de la ubicación de todas las dependencias del Centro Sanitario.

El personal del servicio debe acompañar a enfermos, familiares o visitantes al lugar donde vayan, en las circunstancias que queden establecidas en el oportuno protocolo debiendo tener conocimiento de los medios que dispone el Hospital para facilitar la comunicación a personas discapacitadas, entre las distintas áreas del mismo.

Dado el gran número de usuarios del sistema que no conocen la lengua española, sería deseable que el personal de recepción tuviera conocimientos básicos de las lenguas más habituales utilizadas en el área de influencia del Hospital.

- Tareas de comunicación. Se incluye en este servicio, la atención a la Centralita Telefónica, así como a otros sistemas de comunicación que utilice el Hospital (buscapersonas, localización personal de guardia, llamadas internas, etc...). Dentro de este servicio se incluye la función de Coordinar todos los sistemas de comunicación de emergencia (incendio, bombas, alarmas de instalaciones, robo, etc.) así como disponer de un listado telefónico actualizado trimestralmente.

- La prestación del servicio de traslado de pacientes y materiales comprende las siguientes funciones o tareas:
 - Movilización de pacientes y cambios posturales
 - Traslado de pacientes fallecidos, obligaciones mortuorias así como las auxiliares de autopsias
 - Traslado y circulación de especímenes, muestras y productos relacionados con laboratorios y anatomía patológica
 - Tareas de entrega, reparto, recogida y devolución a salas, servicios, unidades, instalaciones y áreas del Hospitalización, incluyendo:
 - Ropa.
 - Mobiliario general y equipamiento clínico.
 - Medicamentos.
 - Correo y mensajería.
 - Gases de uso medicinal.
 - Tareas de servicios generales, incluyendo:
 - Actuación en Incendios y en otros procedimientos acaecidos en situaciones de Emergencia y Catástrofes.
 - Centralita y otros sistemas de comunicaciones de alarmas internas.
 - Servicio de fotocopias, máquinas de encuadernación y fotografía.
 - Rasurado de pacientes pendientes de intervención quirúrgica.

- Cuidado de las dependencias, así como de las personas y enseres.
- Tareas complementarias que puedan ser solicitadas ocasionalmente.

4.8.2. DIAGNÓSTICO

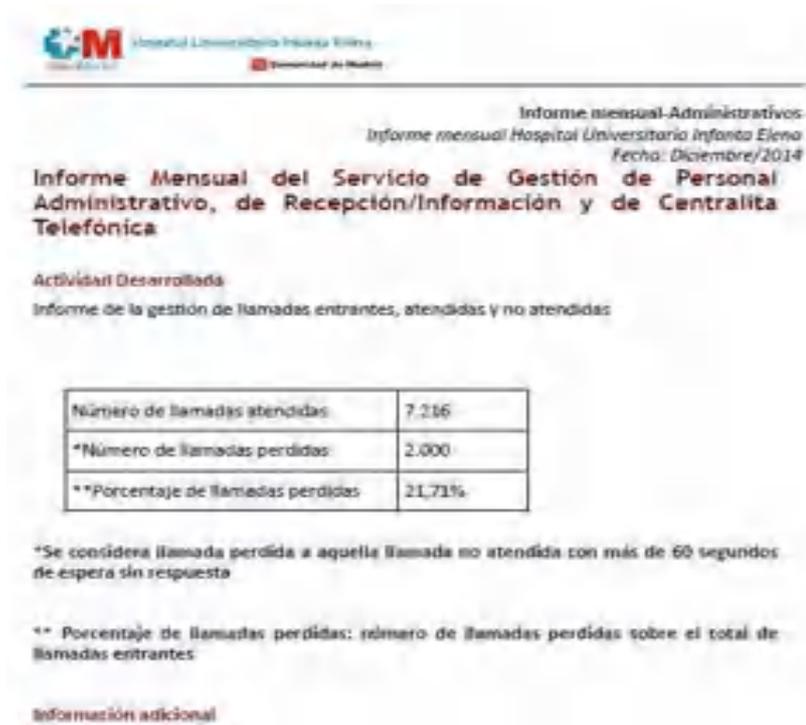
A continuación se detalla el cumplimiento de los requisitos definidos en el Pliego de Condiciones de la Concesión:

En el Servicio de Admisión, Atención al Paciente e Información (Apoyo Administrativo) se llevan a cabo las siguientes tareas, verificándose que se cumple en todo momento con la operatividad y/o uso de las áreas funcionales del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro y de los Centros de Especialidades, relacionadas con este servicio:

- Admisión
- Agendas – Gestión de Citas (mostrador o diferidas) → Citaciones Sucesivas
- Lista de Espera Quirúrgica → Programación Quirúrgica e Ingreso Programado
- Derivaciones
- Atención al Paciente → gestión de las Quejas, Reclamaciones, Sugerencias y Agradecimientos
- Información
- Urgencias
- Hospital de Día
- Rayos
- Laboratorio
- Traslados
- Centralita → Atención telefónica de Pacientes
- Fidelización del Paciente (Publicidad y Marketing)

Se ha verificado por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. el cumplimiento de los Indicadores de disponibilidad y calidad por parte del Servicio de Admisión y Atención al Paciente en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro:

- Se ha evidenciado la correcta uniformidad y/o identificación del personal del servicio de apoyo administrativo.
- Se ha evidenciado el correcto acompañamiento a pacientes que lo soliciten o necesiten, como es el caso de personas minusválidas o mayores.
- Se ha evidenciado el correcto servicio de información al paciente en urgencias las 24 horas al día, llevándose a cabo la admisión y el traslado de pacientes desde las mismas urgencias.
- Se ha evidenciado que se actualiza mensualmente, e incluso diariamente, el listado telefónico del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro.
- Se ha evidenciado que se analiza el porcentaje de llamadas perdidas en la Centralita, llevándose a cabo Informes en los que se detallan los motivos de las llamadas perdidas y se establecen Acciones Correctoras en su caso.



Informe mensual-Administrativos
Informe mensual Hospital Universitario Infanta Elena
Fecha: Diciembre/2014

Informe Mensual del Servicio de Gestión de Personal Administrativo, de Recepción/Información y de Centralita Telefónica

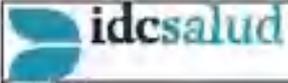
Actividad Desarrollada
Informe de la gestión de llamadas entrantes, atendidas y no atendidas

| | |
|-----------------------------------|--------|
| Número de llamadas atendidas: | 7.216 |
| *Número de llamadas perdidas: | 2.000 |
| **Porcentaje de llamadas perdidas | 21,71% |

*Se considera llamada perdida a aquella llamada no atendida con más de 60 segundos de espera sin respuesta

** Porcentaje de llamadas perdidas: número de llamadas perdidas sobre el total de llamadas entrantes

Información adicional

| | | | | |
|---|------------------------|--|------------------------|--------------------------------|
|  | Tipo Doc: Documento | Titulo: Manual Básico Agentes IDC Salud HURJC | | |
| | Autor(es): CBD | Fecha: 12-Ene-2015 | Estado: Provisional | Clasificación: Confidencial |
| | | | | Versión: 1.1 |

Manual Básico Agentes IDC SaludHUIE

| Versión | Fecha | Motivo de la Versión |
|---------|-----------|-------------------------------------|
| 1.0 | 12-ene-15 | Versión inicial |
| 1.1 | 22-ene-15 | Transferencias y Llamadas salientes |

INDICE

| | |
|--|---|
| 1. Conexión y Desconexión | 1 |
| 2. Funciones básicas durante la conexión | 3 |
| 3. Cierre de la Jornada | 5 |
| 4. Llamadas salientes | 6 |

| | | | | |
|---|------------------------|--|--------------------------------|-----------------|
|  idcsalud | Tipo Doc: Documento | Título: Manual Básico Agentes IDC Salud HURJC | | |
| Autor(es): CBD | Fecha: 12-Ene-2015 | Estado: Provisional | Clasificación: Confidencial | Versión: 1.1 |

1. USUARIOS Y CONTRASEÑAS

| usuario | contraseña | nombre | apellidos |
|---------|------------|--------------|------------------------|
| 107321 | 7321 | ANA BELEN | HIGUERAS DEL SAZ |
| 107322 | 7322 | ANA MARIA | MUSLERA VICO |
| 107323 | 7323 | ANGELA | GUZMAN DE AIRA |
| 107324 | 7324 | ANGELA | MUÑOZ LUQUE |
| 107325 | 7325 | CARMEN MARIA | RODRIGUEZ FERNANDEZ |
| 107326 | 7326 | CAROLINA | GRANADO GARCIA |
| 107327 | 7327 | CATALINA | GARCIA CARTAS |
| 107328 | 7328 | CRISTINA | PEDROCHE HERNAN |
| 107329 | 7329 | ELENA | ARAGONES BERMEJO |
| 107330 | 7330 | ELENA | VILLAVERDE REDONDO |
| 107331 | 7331 | ELISABETH | COCA FERNANDEZ |
| 107332 | 7332 | EVA MARIA | MANCHADO MEGIA |
| 107333 | 7333 | GEMA | NICOLAS VICENTE |
| 107334 | 7334 | IRENE | CHAPA |
| 107335 | 7335 | ISABEL | SANZ CUESTA |
| 107336 | 7336 | JUAN ANTONIO | ALARCON CASTELLANOS |
| 107337 | 7337 | JUANA | INFANTES RAMOS |
| 107338 | 7338 | LAURA | LINARES LORA |

2 de 8

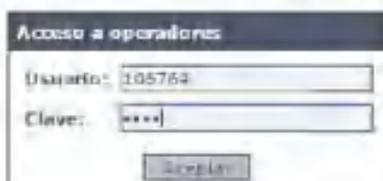
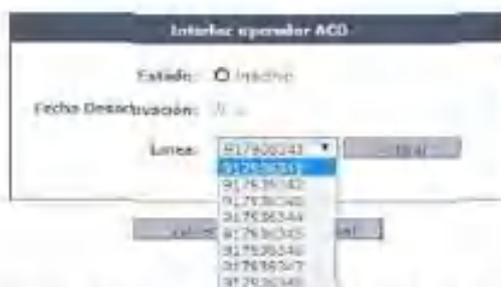
| | | | | |
|---|------------------------|--|--------------------------------|-----------------|
|  | Tipo Doc: Documento | Título: Manual Básico Agentes IDC Salud HURJC | | |
| Autor(es): O&D | Fecha: 12-Ene-2015 | Estado: Provisional | Clasificación: Confidencial | Versión: 1.1 |

| | | | |
|--------|------|----------------------|--------------------|
| 107339 | 7339 | LORENA | MARTINEZ NAVARRO |
| 107340 | 7340 | MARIA BELEN | RINCON AVILA |
| 107341 | 7341 | MARIA CARMEN | ALONSO REAL |
| 107342 | 7342 | MARIA DE LOS ANGELES | CAÑAS CONEJERO |
| 107343 | 7343 | MARIA DE LOS ANGELES | JIMENEZ ROMAN |
| 107344 | 7344 | MARIA DOLORES | MARTIN SANCHEZ |
| 107345 | 7345 | MARIA JOSÉ | PINO REINO |
| 107346 | 7346 | MONICA | CABELLO VICENTE |
| 107347 | 7347 | NOELIA | TEJADA CASTILLO |
| 107348 | 7348 | PATRICIA | CASTILLEJO PABLOS |
| 107349 | 7349 | PILAR | BUIL SERRANO |
| 107350 | 7350 | REBECA | MATE CASTILLO |
| 107351 | 7351 | ROCIO | GARCIA GONZALEZ |
| 107352 | 7352 | SANDRA | GALA BALLESTEROS |
| 107353 | 7353 | SARA | ALVAREZ SANCHEZ |
| 107354 | 7354 | SUSANA | CALZADO PORRAS |
| 107355 | 7355 | TERESA | ZAFRILLA LUMBRERAS |
| 107356 | 7356 | YOLANDA | SAN GREGORIO |
| 107162 | 7162 | ANA BELEN | MANCHADO MEGIA |

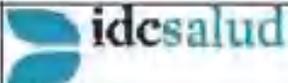
| | | | | |
|---|------------------------|--|--------------------------------|-----------------|
|  idcsalud | Tipo Doc: Documento | Título: Manual Básico Agentes IDC Salud HURJC | | |
| Autor(es): CBO | Fecha: 12-Ene-2015 | Estado: Provisional | Clasificación: Confidencial | Versión: 1,1 |

2. CONEXIÓN Y DESCONEXIÓN

- Por web: <http://acdgestion.grupodialoga.es>

MUY IMPORTANTE: Seleccionar el NUMERO DEL PUESTO DONDE ESTÁS SENTADO/A y ACTIVAR

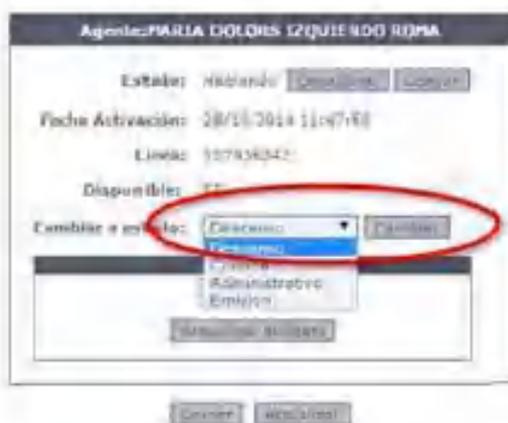
| | | | | |
|---|------------------------|--|--------------------------------|-----------------|
|  | Tipo Doc: Documento | Título: Manual Básico Agentes IDC Salud HURJC | | |
| Autor(es): CED | Fecha: 12-Ene-2015 | Estado: Provisional | Clasificación: Confidencial | Versión: 1.1 |

3. Funciones básicas durante la conexión

No disponible

Desde el puesto de operador, se pulsa la opción "cambiar" a

- Comida
- Descanso
- Administrativo



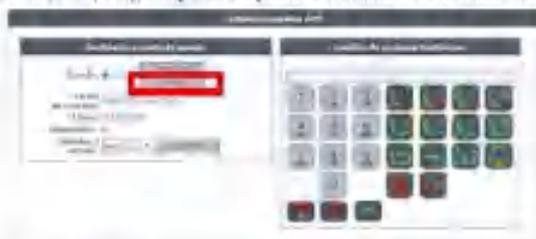
Transferencia desde teclado

| | | | | |
|---|------------------------|--|--------------------------------|-----------------|
|  | Tipo Doc: Documento | Título: Manual Básico Agentes IDC Salud HURJC | | |
| Autor(es): OBD | Fecha: 12-Ene-2015 | Estado: Provisional | Clasificación: Confidencial | Versión: 1.1 |

Transferir a un compañero/a
 Marcar en el teclado #15 + 1067XX.
CUANDO CONTESTEN, *0 para transferir
SI NO CONTESTAN, RECUPERAR LA LLAMADA CON **

Transferir a un geográfico
 Marcar en el teclado #13 + 93XXXXX.
CUANDO CONTESTEN, *0 para transferir
SI NO CONTESTAN, RECUPERAR LA LLAMADA CON **

Transferencias internas (otros departamentos, consultas médicas, secretarías, etc), se marcará la extensión desde el terminal (Bria, Cisco, Nec, etc), después, se pulsará el botón "liberar" desde la herramienta Dialoga, para finalizar la transferencia.



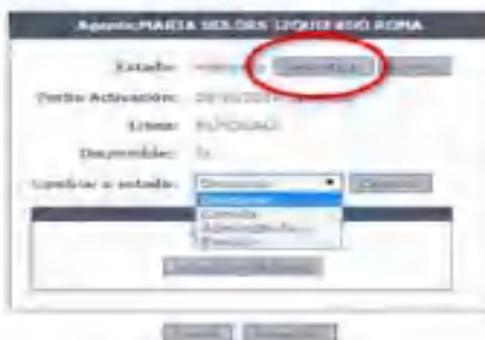
Transferencias desde Información, LEQ, CITASo cualquier teléfono configurado en Dialoga.
 CITAS: #211, INFORMACIÓN:#212, RESTO:#213, con el teléfono en línea. En este caso **NO** es necesario "Liberar" **~No es posible transferir a citas desde un teléfono que no esté configurado en la centralita de Dialoga.**

| | | | | |
|---|------------------------|--|--------------------------------|-----------------|
|  | Tipo Doc: Documento | Título: Manual Básico Agentes IDC Salud HURJC | | |
| Autor(es): OSD | Fecha: 12-Ene-2015 | Estado: Provisional | Clasificación: Confidencial | Versión: 1.1 |

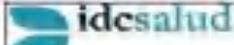
3 Cierre de la jornada

Al cierre de la jornada, es necesario cerrar todas las aplicaciones.
Importante seguir el siguiente orden

- Desconexión ACD Dialoga



Cerrar el navegador

| | | | | |
|---|------------------------|---|--------------------------------|-----------------|
|  | Tipo Doc: Documento | Título: Manual Básico Agentes IDC Salud HURJC. | | |
| Autor(es): DSD | Fecha: 10-Ene-2015 | Estado: Provisional | Clasificación: Confidencial | Versión: 1.1 |

4 Llamadas salientes

Para hacer llamadas salientes es imprescindible seguir la siguiente secuencia.

- Marcar **xxx** (LO TIENE QUE FACILITAR INFORMATICA DE HUIE) (Se configurará una red o código de tres cifras en el terminal para facilitar la marcación)
- Oír un "BIP"
- Marcar el número de destino

2 de 4

De: Gema Sánchez Gómez
Enviado el: viernes, 23 de enero de 2015 10:13
Para: Información HIE; Buzón Atención al Usuario del Hospital Infanta Elena; admisiones.hie; Información Urgencias HIE
Asunto: CENTRALITA

Importancia: Alta

Buenos días, como ya os adelanté en la reunión del otro día, se van a realizar cambios en la Centralita del Hospital y esto va a repercutir en la forma de atender el teléfono, tanto para emisión como recepción de llamadas de todo el personal, tanto de admisión, como de información e informadoras.

Para ello como también os comenté se os va a dar una pequeña formación de una duración aproximada de 30 minutos. Lo he organizado para el próximo miércoles quedando de la siguiente manera:

- 14-14:30 personal de centralita y atención al paciente e información. Lugar: Centralita
- 14:30-15 personal de centralita y atención al paciente e información. Lugar: Centralita
- 8-8:30 personal de admisión. Lugar: Admisión Central
- Otros grupos de admisión a media mañana (confirmaré la hora, pero en principio a las 11). Lugar: Biblioteca
- 15-15:30 personal de admisión de tarde. Lugar: Admisión Central

Si fuese necesario otro día más se ampliaría. Por favor apuntaroslo en vuestras agendas y acudir en el momento que os vaya mejor, he intentado que sea dentro de vuestro horario, dejando los puestos cubiertos.

La única persona que no coincidirá es la de urgencias de noche que no trabaje el martes. En principio no es necesario que venga.

OS RUEGO PUNTUALIDAD, para que no se demore el comienzo y no hacer esperar a las compañeras.

Gema Sánchez Gómez
 Responsable Servicio de Admisión y
 Servicio de Atención al Paciente e Información
gema.sanchez@hicsalud.es
 LOGO_HUIE_linea_baja



Avda. Reyes Católicos, 21 – 28340 Valdemoro, Madrid
www.hicsalud.es/centros/hospital-infanta-elena

- Se ha evidenciado el cumplimiento de la LOPD y por tanto del deber de confidencialidad de todos los Profesionales del Servicio de Admisión y Atención al Paciente del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro.

De: Hugo Vila Del Paso
Enviado el: jueves, 02 de octubre de 2014 16:00
Para: Comisión de seguridad HUIE
Asunto: Sesión LOPD - Hospital Infanta Elena

Confirmada la formación para el día 14 de enero a las 13:30.

Buenos días Paula,

Confirmamos la disponibilidad y reserva para la sesión formativa en materia de protección de datos para el Miércoles, 14 de enero de 2015 a las 13:30, en el Hospital Universitario Infanta Elena.

Con cualquier cosa que necesitéis de nuestra parte, estamos a vuestra disposición.

Un saludo,

Mi nueva dirección es: patricia.palacin.externo@salud.madrid.org

Patricia Palacin Aceña
Abogada Seguridad de la Información.

DSSI Sistemas de Información Sanitaria
DGSIS - Consejería de Sanidad - Comunidad de Madrid
C/ Aduana 29, Planta Baja, Despacho 004 28013-Madrid

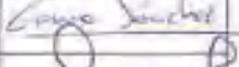
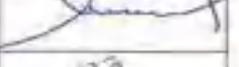
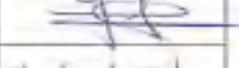
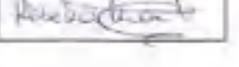
Teléfono: 91.529.07.45

Móvil: 619.85.97.64

Mail: patricia.palacin.externo@salud.madrid.org

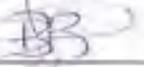
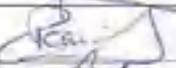
| | |
|--|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena SaludMadrid  Comunidad de Madrid | |
| LISTADO DIARIO DE ASISTENCIAS FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES | Código: SC/PES03B/FPOC01/03.1 Edición: 2.3 |

| | | | | | |
|-------------------|----------|--------|---------------------|---------------------------|-------|
| NOMBRE DEL CURSO: | LOPD | | CENTRO | Hospital U. Infanta Elena | |
| GRUPO: | IDCSalud | FECHA: | 14 de Enero de 2015 | | |
| HORARIO | 13:30 | A | 14:30 | | |
| NOMBRE DOCENTE | | FIRMA | | NOMBRE DOCENTE | FIRMA |

| ASISTENTE N° | HOMBRE Y APELLIDOS | NIF | PUESTO DE TRABAJO | FIRMA |
|--------------|---------------------------|------------|-------------------|---|
| 1 | JAVIER B... .. | 508641111 | ALTO |  |
| 2 | LETICIA MULLER GARCIA | 51080390X | CAJERO Y MA |  |
| 3 | ALDO DE PISO | 0264905-C | RES. SESIONES |  |
| 4 | Marta Marín Crespo | 51451885-B | DEP. SEGURIDAD |  |
| 5 | BETRIZ VILLERJA ANGULO | 06245702-Y | FE. DOCUMENTA |  |
| 6 | GENA SANCHEZ GARCIA | 01176882H | S. DE ADMISION |  |
| 7 | J. L. RODRIGUEZ CASO DIAZ | 51454775-A | GUARDIA |  |
| 8 | Eva Mª Manchado | 52539003-B | SAU |  |
| 9 | M. ANGELES SIMONEZ BORTAN | 44256304A | SAU |  |
| 10 | JOAQUINA OLIVERA SANCHEZ | 19837634-E | ADMISION |  |
| 11 | ANITA MARIE CASTRO | 01993359-C | ADMISION |  |

ATENCIÓN: Este documento del sistema de Gestión de la Calidad y Medioambiente obtenido de la Entidad GESA constituye de forma íntegra y confidencial. Únicamente se considera documentación controlada la residente en el Intranet del Portal de Calidad y Medioambiente.

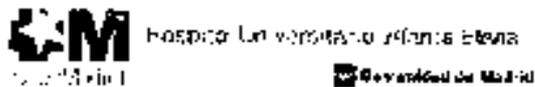
| | |
|--|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena SaludMadrid  Comunidad de Madrid | |
| LISTADO DIARIO DE ASISTENCIAS FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES | Código: SC/PES03B/FPOC01/03.1 Edición: 2.3 |

| ASISTENTE Nº | NOMBRE Y APELLIDOS | NIIF | PUESTO DE TRABAJO | FIRMA |
|--------------|--|--------------|------------------------|---|
| 12 | María Bordón Infante | 75706016 | financiera |  |
| 13 | Marta Julia Kalm | 46580408-1 | Sub. Enf. |  |
| 14 | Pilar de la Cruz | 05726133-1 | Dir. Enf. |  |
| 15 | Pantuz Belian Franco | 52970226 | Supervisor |  |
| 16 | Berme Soria Urra | 2955127-8 | Supervisor |  |
| 17 | Isabel Adillo Mallon | 7048049-F | Interventora |  |
| 18 | Agustín Otero Romo | 75518280 | Coord. Enf. |  |
| 19 | Leo Muzenzeg | 51985440-0 | Supervisor ORC |  |
| 20 | Daniel Cerviel | 7249538-2 | Supervisor |  |
| 21 | Virginia Fariza | 52982692 | Supervisor |  |
| 22 | M ^o DE PEDR RUIJADO GONZALEZ | 14.838.748-G | MÉDICO REUMATOLOGÍA |  |
| 23 | Jose Soria As | 10.066.771-L | CIENCO |  |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |

ATENCIÓN: Este documento del sistema de Gestión de la Calidad y Medioambiente cedido de la Universidad constituye una copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en la Intranet del Portal de Calidad y Medioambiente de Grupo Soriano.

Página 2 de 2

- No se ha evidenciado durante la Auditoría Operativa faltas de atención por parte del Personal del Servicio de Apoyo Administrativo que denotasen mala educación, falta de respeto, etc, hacia el paciente y sus familiares.



ANÁLISIS PROCLAMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

No obstante conviene de primera mano la vivencia de nuestros profesionales ante una queja o reclamo sobre el área que el paciente o familiar ha percibido un trato inadecuado.

Queremos contar contigo para el análisis de este tipo de reclamaciones y considerar tus propuestas de mejora para evitar que se repitan situaciones similares. Únicamente si todos nosotros es ésto un momento, como organización podemos avanzar, que otros profesionales se puedan beneficiar de las aportaciones de sus compañeros.

Este análisis consiste de una determinación de la situación motivadora de la reclamación y un apartado en el que el responsable directo analiza la situación por el profesional y realiza un informe. Asimismo incluye las recomendaciones consensuadas con el responsable directo en favor de las necesidades expresadas por el profesional.

Elaborarás conjuntamente los anexos y resultados de manera individual, para posteriormente ser analizado por el responsable inmediato. La información contenida en el informe es necesaria que la informe y transcriba a una persona.

Muchas gracias por su colaboración.



1- ¿Cuál ha sido la situación objetiva que ha motivado la queja de paciente-familia referida al trato dispensado por usted?

2- Analice las causas en un orden de 1 a 4.

1.

2.

3.

4.

3- ¿Considera que podía haberse evitado? SI NO

4- Enumere alternativas que piensa que, de haberse llevado a cabo, al paciente-familia hubiera quedado más satisfecho o al menos hubiera evitado su queja.

5- En una situación similar ¿cómo procedería?

Análisis del Responsable Directo

Plan de Mejora/ Recomendaciones a [Profesional]

- Se ha evidenciado que los resultados de las encuestas de satisfacción de los pacientes y familiares no están por debajo del 79% de grado de satisfacción, poniendo de manifiesto que se encuentran satisfechos con el servicio de admisión y atención al Paciente recibidos en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro.

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2013

Hospital Infanta Elena



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención al Paciente

 Comunidad de Madrid

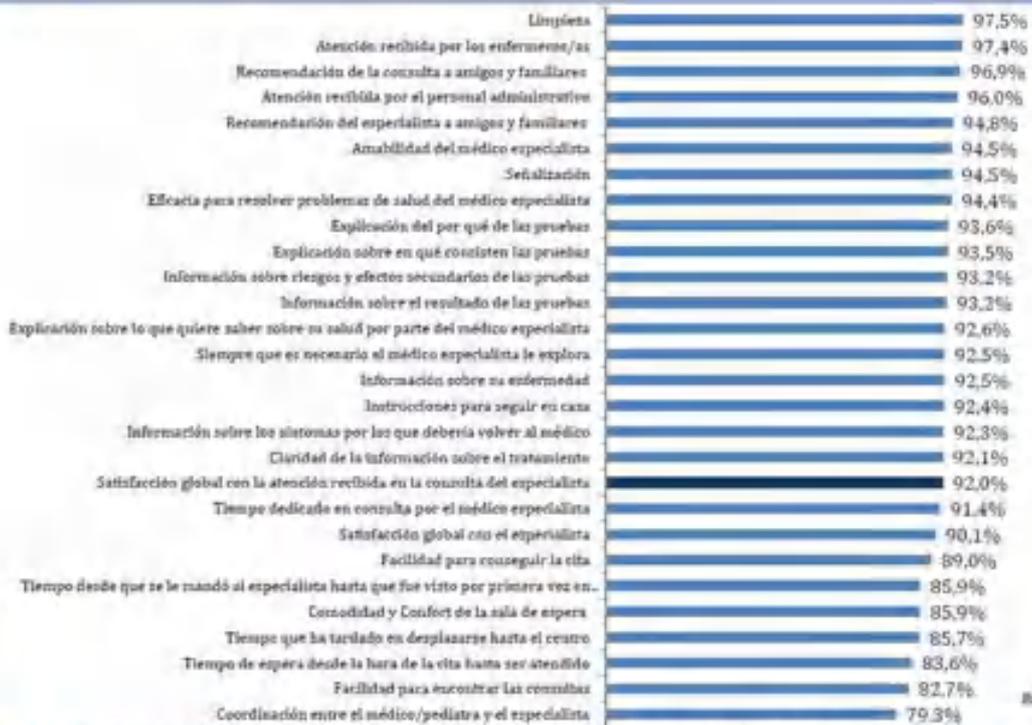
| HOSPITAL | GLOBAL 2013 | GLOBAL 2012 | GLOBAL 2011 | GLOBAL 2010 | GLOBAL 2009 | GLOBAL 2008 |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|
| H. Tajo | 88,45 | 93,53 | 93,26 | 90,73 | 88,3 | 89,5 |
| H. Infanta Cristina | 89,42 | 89,1 | 91,83 | 86,78 | 87,2 | 84,2 |
| H. Infanta Elena | 92,92 | 93,48 | 94,96 | 90,5 | 85,8 | 90,4 |
| H. Henares | 90,02 | 87,95 | 91,43 | 84,96 | 85,6 | 81,0 |
| H. El Escorial | 92,3 | 92,43 | 89,83 | 88,46 | 85,4 | 85,4 |
| H. Sureste | 90,1 | 92,33 | 90,23 | 86,18 | 80,2 | 77,3 |
| Comunidad de Madrid | 90,53 | 91,05 | 92,07 | 86 | 84,4 | 84,78 |

| HOSPITAL | CCEE 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | HOSP 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | CMA 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 | URG 2013 | 2012 |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|
| H. Tajo | 91,4 | 91,8 | 91,4 | 93,2 | 87,7 | 96,5 | 92,1 | 90,7 | 94,5 | 96,4 | 96,3 | 95 | 90,5 | 80,2 | 89,4 |
| H. Infanta Cristina | 84,7 | 85,3 | 95 | 93,7 | 96,3 | 93,5 | 89,8 | 91,9 | 96,3 | 95,9 | 90,7 | 90,7 | 87,7 | 80,4 | 81,7 |
| H. Infanta Elena | 92,0 | 91,6 | 91,5 | 90,8 | 92,0 | 97,6 | 95,8 | 93,2 | 96,1 | 94,7 | 97,6 | 93,8 | 88,3 | 92,8 | 90,0 |
| H. Henares | 91,4 | 91,8 | 86,6 | 82 | 96,3 | 92,9 | 93,2 | 90,64 | 90,2 | 91,8 | 94,5 | 91,3 | 88,6 | 79,5 | 75,3 |
| H. El Escorial | 93,2 | 93,9 | 87,1 | 90,7 | 96,3 | 92,9 | 88,5 | 87,53 | 96,3 | 96,5 | 93,9 | 95 | 88 | 83,4 | 86,4 |
| H. Sureste | 84,4 | 87,0 | 85,3 | 90,2 | 97,5 | 96,5 | 96,9 | 88,73 | 88,3 | 95,9 | 88,5 | 86,2 | 88 | 90,2 | 89,9 |
| Comunidad de Madrid | 89,1 | 89,7 | 89,7 | 84,3 | 94,8 | 94,8 | 93 | 89,1 | 95,1 | 94,8 | 93,5 | 92,6 | 91 | 84,7 | 84,4 |



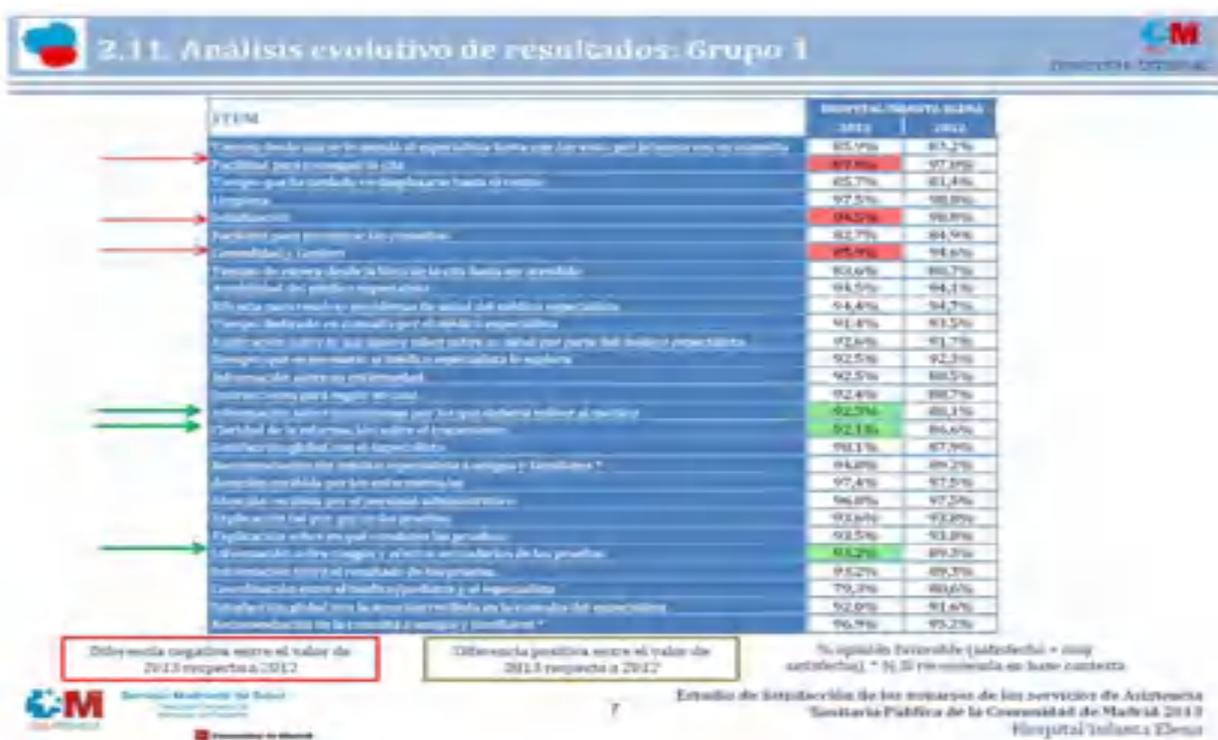
Consultas Externas Hospitalarias

2.9. Ranking (Hospital Infanta Elena) CM CONSULTAS EXTERNAS



Estudio de Satisfacción de los usuarios de los servicios de Asistencia Sanitaria Pública de la Comunidad de Madrid 2013
Hospital Infanta Elena





Urgencias Hospitalarias



2.11. Comparación de resultados: Grupo 1



| ITEMS | GRUPO 1 | HOSPITAL EL ESCORIAL | HOSPITAL PENALES | HOSPITAL INFANTA CRISTINA | HOSPITAL INFANTA ELENA | HOSPITAL SURESTE | HOSPITAL TAGO |
|--|---------|----------------------|------------------|---------------------------|------------------------|------------------|---------------|
| Tiempo de espera hasta que un profesional sanitario le hace una primera valoración | 72,5% | 78,6% | 70,4% | 61,3% | 84,0% | 68,7% | 68,1% |
| Limpieza de la sala de espera | 87,1% | 91,6% | 78,1% | 85,8% | 95,6% | 81,1% | 93,7% |
| Comodidad/confort de la sala de espera | 67,1% | 73,9% | 54,8% | 61,7% | 72,7% | 64,8% | 85,4% |
| Limpieza del lugar donde le atienden | 94,3% | 94,1% | 94,5% | 93,8% | 95,7% | 90,8% | 97,5% |
| Comodidad/comfort del lugar donde le atienden | 87,6% | 90,4% | 85,3% | 82,7% | 91,4% | 84,0% | 96,1% |
| Utilidad que tuvo después su permanencia en el servicio de urgencias | 82,9% | 80,1% | 74,1% | 77,3% | 85,2% | 87,7% | 98,8% |
| Trato y amabilidad de los médicos | 88,6% | 87,6% | 87,1% | 84,6% | 93,3% | 87,7% | 92,8% |
| Competencia como profesional y conocimientos de los médicos | 89,1% | 86,8% | 87,7% | 86,1% | 93,3% | 87,7% | 93,1% |
| Tiempo y dedicación de los médicos | 85,9% | 85,7% | 83,4% | 82,7% | 89,6% | 85,2% | 90,1% |
| Satisfacción global con los médicos que le atendieron en urgencias | 88,3% | 88,1% | 87,1% | 82,1% | 94,5% | 87,1% | 92,6% |
| Trato y amabilidad de los enfermeros/as | 93,2% | 95,0% | 91,1% | 88,1% | 96,3% | 94,2% | 96,9% |
| Competencia como profesional y conocimientos de los enfermeros/as | 92,7% | 96,2% | 91,7% | 88,7% | 93,8% | 94,2% | 95,0% |
| Tiempo y dedicación de los enfermeros/as | 91,5% | 93,5% | 90,3% | 85,4% | 93,2% | 94,9% | 94,9% |
| Satisfacción global con los enfermeros/as que le atendieron en urgencias | 92,7% | 94,2% | 93,1% | 88,1% | 94,4% | 94,9% | 96,2% |
| Satisfacción global con los celadores que le atendieron en urgencias | 96,6% | 91,2% | 93,3% | 97,7% | 100,0% | 96,8% | 97,9% |
| Comprensión de la información que le proporcionaron sobre su problema de salud | 88,5% | 91,7% | 85,3% | 82,2% | 94,5% | 85,2% | 96,3% |
| Modo en que se le dio la información recibida en el Servicio de Urgencias | 81,8% | 85,2% | 73,3% | 73,4% | 91,6% | 81,9% | 88,4% |
| Satisfacción global con la información facilitada durante su estancia en urgencias | 85,2% | 90,7% | 78,2% | 77,6% | 90,8% | 84,5% | 95,6% |
| Satisfacción con el tiempo total en Urgencias | 71,4% | 76,4% | 67,5% | 59,5% | 81,6% | 73,0% | 75,3% |
| Satisfacción con el tiempo de espera hasta ser llevado a planta | 84,9% | 100,0% | 83,3% | 100,0% | 85,7% | 66,7% | 76,9% |
| Satisfacción global con la atención recibida en el Servicio de Urgencias | 84,7% | 83,4% | 79,5% | 80,4% | 92,6% | 90,2% | 88,2% |
| Recomienda este Servicio de Urgencias de este hospital a sus amigos y familiares* | 89,1% | 89,8% | 86,8% | 82,8% | 96,9% | 91,4% | 87,8% |

Diferencia negativa entre el valor del hospital y el global del Grupo

Diferencia positiva entre el valor del hospital y el global del Grupo

% opinión favorable (satisfecho + muy satisfecho). *% Si recomienda en base objetiva



Servicio Madrileño de Salud
SISTEMA DE SALUD
Comunidad de Madrid





2.12. Análisis evolutivo de resultados: Grupo 1

| ÍTEM | HOSPITAL INFANTA ELENA | |
|---|------------------------|-------|
| | 2013 | 2012 |
| Tiempo de espera hasta que un profesional sanitario le hizo una primera valoración | 89,0% | 89,3% |
| Limpieza de la sala de espera | 95,6% | 95,8% |
| Comodidad/confort de la sala de espera | 72,7% | 88,0% |
| Limpieza del lugar donde le atendieron | 95,7% | 98,2% |
| Comodidad/confort del lugar donde le atendieron | 91,4% | 97,0% |
| Intensidad que tuvo durante su permanencia en el servicio de urgencias | 85,2% | 95,3% |
| Trato y amabilidad de los médicos | 93,3% | 94,1% |
| Competencia como profesional y conocimiento de los médicos | 93,3% | 91,8% |
| Tiempo y dedicación de los médicos | 89,6% | 91,8% |
| Satisfacción global con los médicos que le atendieron en urgencias | 94,5% | 92,9% |
| Trato y amabilidad de los enfermeros/as | 96,3% | 97,6% |
| Competencia como profesional y conocimiento de los enfermeros/as | 93,8% | 95,2% |
| Tiempo y dedicación de los enfermeros/as | 93,2% | 95,8% |
| Satisfacción global con las enfermeras/os que le atendieron en urgencias | 94,4% | 97,0% |
| Satisfacción global con los celadores que le atendieron en urgencias | 100,0% | 98,4% |
| Comprensión de la información que le proporcionaron sobre su problema de salud | 94,5% | 95,3% |
| Modo en que mantuvieron informados a sus familiares o acompañantes | 91,6% | 89,5% |
| Satisfacción global con la información facilitada durante su estancia en urgencias | 90,8% | |
| Satisfacción con el tiempo total en Urgencias | 81,6% | 79,3% |
| Satisfacción con el tiempo de espera hasta ser llevado a planta | 85,7% | 81,8% |
| Satisfacción global con la atención recibida en el Servicio de Urgencias | 92,6% | 90,0% |
| Recomendación del Servicio de Urgencias de este hospital a sus amigos y familiares* | 96,9% | 88,8% |

Diferencia negativa entre el valor de 2013 respecto a 2012

Diferencia positiva entre el valor de 2013 respecto a 2012

% opinión favorable (satisfecho + muy satisfecho), *% Si recomendaría en base a contestar



Servicio Ministerio de Salud
Dirección General de Evaluación y Calidad
Dirección de Calidad

Comunidad de Madrid

10

Estudio de Satisfacción de los usuarios de los servicios de Asistencia Sanitaria Pública de la Comunidad de Madrid 2013
Hospital Infanta Elena

Cirugía Ambulatoria



2.11. Comparación de resultados: Grupo 1 

| ÍTEM | TOTAL GRUPO 1 | HOSPITAL REY JUAN CARLOS | HOSPITAL INFANTA ELENA | HOSPITAL INFANTA ELENA | HOSPITAL INFANTA ELENA | HOSPITAL INFANTA ELENA |
|--|---------------|--------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Asociación con la que se comunicaría la fecha de intervención | 91,0% | 85,4% | 86,4% | 91,3% | 94,5% | 90,8% |
| Información previa correcta sobre la intervención que se iba a realizar | 91,2% | 92,6% | 88,3% | 90,5% | 93,9% | 90,8% |
| Explicaciones dadas sobre los riesgos que debía seguir antes de ser intervenido | 92,2% | 93,0% | 92,7% | 92,0% | 93,1% | 92,0% |
| Accesibilidad al hospital: Tránsito público | 61,4% | 11,8% | 87,0% | 57,5% | 75,4% | 17,0% |
| Accesibilidad al hospital para personas discapacitadas | 89,7% | 90,6% | 88,2% | 88,5% | 96,1% | 87,4% |
| Tiempo de espera desde que el paciente llegó al hospital hasta que fue intervenido | 73,2% | 77,3% | 90,2% | 88,5% | 90,0% | 84,1% |
| Courtesy y limpieza de los vestidores | 95,4% | 94,3% | 92,6% | 96,1% | 96,8% | 97,6% |
| Respuesta a la comodidad del paciente | 92,2% | 92,6% | 88,1% | 94,4% | 95,1% | 82,0% |
| Información dada correctamente en qué momento, tiempo y beneficio de la intervención quirúrgica | 85,5% | 79,1% | 79,1% | 89,6% | 88,8% | 84,6% |
| Información dada correctamente en qué momento la operación se va a hacer | 86,0% | 74,8% | 86,1% | 84,5% | 96,1% | 88,9% |
| Facilidad para hablar con los profesionales después de la operación y plantear dudas y preguntas | 89,3% | 87,7% | 77,3% | 88,1% | 87,1% | 81,4% |
| Trato y amabilidad de los médicos | 94,8% | 94,9% | 88,0% | 97,6% | 96,9% | 96,8% |
| Competencia y conocimientos de los médicos | 95,1% | 95,7% | 91,5% | 97,5% | 95,6% | 96,2% |
| Trato y amabilidad de los enfermeros | 92,9% | 90,2% | 88,9% | 96,9% | 96,7% | 91,2% |
| Trato y amabilidad de los enfermeros (II) | 93,0% | 94,5% | 89,8% | 98,2% | 95,1% | 93,7% |
| Trato y amabilidad de los enfermeros (III) | 97,0% | 98,2% | 95,2% | 97,4% | 96,9% | 94,5% |
| Competencia y conocimientos de los enfermeros (II) | 96,5% | 86,6% | 93,8% | 96,0% | 97,5% | 94,6% |
| Trato y amabilidad de los enfermeros (III) | 95,7% | 94,9% | 92,0% | 97,0% | 97,0% | 94,4% |
| Satisfacción global con los enfermeros | 94,0% | 94,1% | 93,7% | 97,6% | 96,1% | 95,6% |
| Satisfacción global con el resto del personal | 93,4% | 93,1% | 93,2% | 98,3% | 97,5% | 88,0% |
| Explicaciones sobre la que debe hacer en caso de urgencia para cualquier | 91,7% | 87,1% | 88,6% | 90,1% | 87,3% | 94,4% |
| Información de dónde acudir en caso de urgencia | 91,0% | 92,6% | 89,7% | 89,6% | 98,2% | 94,4% |
| Información sobre cuándo y dónde acudir para la revisión tras el estudio | 93,4% | 93,8% | 93,1% | 89,1% | 97,5% | 89,0% |
| Satisfacción con la información recibida a la salida del hospital | 91,8% | 93,1% | 90,1% | 95,5% | 96,1% | 94,1% |
| Satisfacción con el tiempo total de estancia en el Servicio de CA | 84,1% | 84,7% | 74,0% | 82,0% | 74,4% | 87,1% |
| Satisfacción global con la atención recibida en el Servicio de CA | 93,4% | 94,4% | 90,2% | 96,2% | 95,1% | 88,0% |
| Satisfacción del Servicio de CA* | 94,4% | 93,8% | 93,3% | 95,1% | 95,1% | 100,0% |

Diferencia negativa entre el valor del hospital y el global del Grupo Diferencia positiva entre el valor del hospital y el global del Grupo % opinión favorable (satisfecho + muy satisfecho) *% si recomienda su lugar (coherente)

2.12. Análisis evolutivo de resultados: Grupo 1 

| ÍTEM | HOSPITAL INFANTA ELENA | |
|--|------------------------|-------|
| | 2013 | 2012 |
| Asociación con la que se comunicaría la fecha de intervención | 94,5% | 95,3% |
| Información previa correcta sobre la intervención que se iba a realizar | 93,9% | 90,2% |
| Explicaciones dadas sobre los riesgos que debía seguir antes de ser intervenido | 93,1% | 90,8% |
| Accesibilidad al hospital: Tránsito público | 75,4% | 88,0% |
| Accesibilidad al hospital para personas discapacitadas | 90,5% | 94,7% |
| Tiempo de espera desde que el paciente llegó al hospital hasta que fue intervenido | 90,0% | 95,9% |
| Courtesy y limpieza de los vestidores | 96,8% | 95,9% |
| Respuesta a la comodidad del paciente | 95,1% | 92,6% |
| Información dada correctamente en qué momento, tiempo y beneficio de la intervención quirúrgica | 88,8% | 95,8% |
| Información dada correctamente en qué momento la operación se va a hacer | 96,1% | 82,4% |
| Facilidad para hablar con los profesionales después de la operación y plantear dudas y preguntas | 87,1% | 92,0% |
| Trato y amabilidad de los médicos | 96,9% | 97,6% |
| Competencia y conocimientos de los médicos | 95,6% | 95,8% |
| Trato y amabilidad de los enfermeros | 96,3% | 96,4% |
| Satisfacción global con los enfermeros | 95,1% | 95,2% |
| Trato y amabilidad de los enfermeros (II) | 96,9% | 92,5% |
| Competencia y conocimientos de los enfermeros (II) | 97,5% | 96,4% |
| Trato y amabilidad de los enfermeros (III) | 97,0% | 97,0% |
| Satisfacción global con los enfermeros (III) | 96,2% | 95,9% |
| Satisfacción global con el resto del personal | 97,5% | 98,3% |
| Explicaciones sobre la que debe hacer en caso de urgencia para cualquier | 97,5% | 98,8% |
| Información de dónde acudir en caso de urgencia | 98,2% | 96,5% |
| Información sobre cuándo y dónde acudir para la revisión tras el estudio | 97,5% | 97,6% |
| Satisfacción con la información recibida a la salida del hospital | 96,0% | 90,4% |
| Satisfacción con el tiempo total de estancia en el Servicio de CA | 94,4% | 92,0% |
| Satisfacción global con la atención recibida en el Servicio de CA | 95,1% | 94,7% |
| Satisfacción del Servicio de CA* | 96,3% | 97,6% |

Diferencia negativa entre el valor de 2013 respecto a 2012 Diferencia positiva entre el valor de 2013 respecto a 2012 % opinión favorable (satisfecho + muy satisfecho) *% si recomienda su lugar (coherente)



AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES "INFANTA ELENA" (VALDEMORO), TORREJÓN Y "REY JUAN CARLOS" (MÓSTOLES)" (EXP: P.A. SER-15/2014-AE)



Hospitalización

2.1.1. Comparación de resultados: Grupo 1  HOSPITALIZACIÓN

| ITEM | HOSPITAL EL | HOSPITAL REYES | HOSPITAL TORREJÓN | HOSPITAL VALDEMORO | HOSPITAL MÓSTOLES | HOSPITAL GRUPO |
|--|----------------|-------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|
| Caloger adecuada para realizar las pruebas diagnósticas al ingreso | 96,1% | 93,9% | 95,7% | 91,2% | 95,7% | 96,1% |
| Información detallada al ingreso | 97,0% | 100,0% | 94,4% | 92,1% | 100,0% | 96,5% |
| Trazo y forma de anejo/tejas al momento del ingreso en el domicilio | 96,7% | 99,4% | 92,6% | 96,6% | 99,4% | 98,1% |
| Trazo y amplitud de las celdas | 98,5% | 96,3% | 92,6% | 93,1% | 93,9% | 96,9% |
| Compartes o zonas preferenciales y reservaciones de las unidades | 94,5% | 93,7% | 95,1% | 93,2% | 92,6% | 96,8% |
| Temperatura dentro de las unidades | 92,0% | 96,0% | 93,7% | 91,2% | 90,0% | 97,3% |
| Información facilitada por los residentes sobre su enfermedad | 91,7% | 94,5% | 90,7% | 92,6% | 90,2% | 91,4% |
| Información sobre el tratamiento a seguir | 91,6% | 94,5% | 90,2% | 92,0% | 90,2% | 95,7% |
| Satisfacción global con los médicos que le atienden | 92,6% | 93,3% | 90,8% | 93,8% | 90,8% | 97,6% |
| Trazo y amplitud de las (en enfermería) | 92,3% | 96,3% | 92,6% | 92,0% | 97,0% | 97,3% |
| Compartes o zonas preferenciales y reservaciones de las (en enfermería) | 91,6% | 96,3% | 96,3% | 92,6% | 97,0% | 96,2% |
| Trazo y amplitud de las (en enfermería) | 91,0% | 96,3% | 94,4% | 92,0% | 97,0% | 96,2% |
| Satisfacción global con las enfermeras/as | 92,1% | 91,1% | 91,9% | 92,6% | 96,2% | 97,5% |
| Servicio global con las (en enfermería) | 93,5% | 96,9% | 93,7% | 93,8% | 93,7% | 96,8% |
| Satisfacción global con las (en enfermería) | 97,3% | 99,1% | 98,8% | 96,8% | 94,8% | 99,4% |
| Información proporcionada sobre la recuperación post-alta | 91,3% | 97,3% | 88,8% | 89,9% | 96,3% | 96,8% |
| Información facilitada a su salida del hospital | 98,5% | 96,9% | 92,6% | 93,1% | 92,0% | 96,3% |
| Ayuda recibida por el Área de Atención al Paciente | 94,5% | 100,0% | 92,6% | 81,8% | 100,0% | 98,7% |
| Atención para las personas discapacitadas | 92,9% | 96,7% | 91,5% | 94,8% | 90,8% | 96,6% |
| Comodidad de la habitación | 94,0% | 94,3% | 93,8% | 97,8% | 94,6% | 96,2% |
| Temperatura de la habitación | 93,5% | 91,7% | 96,1% | 93,8% | 91,9% | 97,0% |
| Ruido de la habitación | 93,4% | 88,1% | 96,1% | 93,1% | 94,6% | 96,7% |
| Estado de conservación del mobiliario (muebles, armarios, etc.) de la habitación | 94,7% | 91,3% | 93,0% | 96,9% | 96,3% | 96,3% |
| Comodidad y comodidad de la habitación para el paciente | 96,3% | 92,3% | 96,9% | 97,3% | 97,3% | 98,1% |
| Cercanía y accesibilidad de la habitación para los acompañantes | 94,3% | 96,7% | 93,7% | 96,9% | 94,4% | 96,9% |
| El silencio para los | 95,3% | 92,1% | 96,8% | 93,0% | 91,8% | 99,4% |
| Satisfacción global con la habitación | 97,6% | 99,6% | 96,8% | 98,2% | 96,9% | 99,4% |
| Previsión de la limpieza | 92,2% | 90,1% | 87,0% | 93,4% | 78,1% | 79,3% |
| Cambio de ropa | 78,3% | 89,7% | 88,2% | 77,7% | 72,0% | 86,7% |
| Cantidad de ropa | 80,0% | 87,4% | 87,0% | 90,6% | 78,3% | 86,3% |
| Temperatura de la ropa | 77,7% | 86,1% | 87,6% | 82,2% | 71,3% | 76,8% |
| Variedad de la ropa | 77,1% | 87,1% | 88,6% | 87,0% | 72,2% | 76,9% |
| Resistencia de la ropa | 83,0% | 89,6% | 89,0% | 95,2% | 87,4% | 86,2% |
| Satisfacción global con la ropa | 78,0% | 87,4% | 80,3% | 82,6% | 75,5% | 81,1% |
| Satisfacción global con la ropa (en enfermería) | 94,8% | 96,3% | 94,3% | 96,3% | 92,0% | 97,6% |
| Satisfacción global con la ropa (en enfermería) | 96,2% | 98,3% | 96,9% | 95,7% | 97,4% | 98,9% |

Diferencia negativa entre el valor del hospital y el global del grupo

Diferencia positiva entre el valor del hospital y el global del grupo

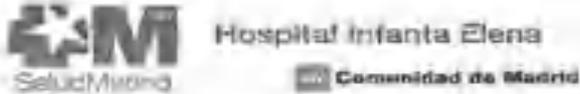
% opinión favorable (satisfecho + muy satisfecho). * % Si recomienda su base clínica



Servicio Madrileño de Salud
Hospital Infantil de Móstoles



- Se ha evidenciado que se llevan a cabo de un modo eficaz las tareas de información, acogimiento, acompañamiento o recepción a las personas usuarias de los servicios asistenciales del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro a cuyo efecto, se ha evidenciado que se dispone de profesionales con unos conocimientos extensos en habilidades de comunicación. Además, el registro en CAIOSEA mejora el proceso de comunicación entre el personal médico y el personal de atención al usuario:



En el caso de que sea necesario contactar con usted se le avisará al número

397

Permanezca atento a la llamada por las pantallas situadas en la sala de espera. Gracias

Si desea solicitar algún tipo de información general sobre pacientes de urgencias, diríjase al punto de información, próximo a la sala de espera de familiares.

Para consultar la información relativa a su familiar en la columna dispuesta para ello inserte el siguiente número:

10397

NORMAS GENERALES

- Permanezca en la sala de espera de familiares.
- La atención en el Servicio de Urgencias se hace en función de la gravedad.
- Nuestra prioridad son los enfermos más graves.
- La atención en urgencias puede durar una o varias horas. Los tiempos se acortan o se alargan en función de la enfermedad del paciente.

SALAS DESDE DONDE PODRÁ SER INFORMADO

- Sala 1 (Pasillo central de Urgencias)
- Admó. : Admisión (Pasillo central de urgencias)
- Poli 1 (Frente a puerta principal de Urgencias)
- Poli 2 (Frente a puerta principal de Urgencias)
- Poli 3 (Frente a puerta principal de Urgencias)
- Poli 4 (Frente a puerta principal de Urgencias)
- Info. : Punto de Información (vestíbulo)

De: Gemma Sanchez Gomez
Enviado el: viernes, 16 de enero de 2015 12:03
Para: Información Urgencias HIE; Buzón Atención al Usuario del Hospital Infanta Elena
Asunto: RE: Casiopea en la urgencia

Informaros que la formación de Casiopea comenzará la semana que viene. He quedado que se pasarán por vuestros puestos en horario de mañana entre las 12:30 y 13:30 y en horario de tarde de 16:30 en adelante.

Irme informando de las personas que se van formando

De: Gemma Sanchez Gomez
Enviado el: miércoles, 14 de enero de 2015 17:21
Para: Información Urgencias HIE; Buzón Atención al Usuario del Hospital Infanta Elena
Asunto: Casiopea en la urgencia

Buenas tardes,
Aunque os daré un manual en condiciones, se os dará la formación etc, os remito este que me ha llegado de Casiopea 2.0 con las últimas modificaciones para que os vayáis familiarizando.
Se implantará Casiopea en la urgencia en la semana de 26 al 30 de enero, escritorio del informador incluido.

Se pasarán en vuestros horarios a formaros porque realmente es un ratito y he pensado que es mejor eso que juntaros, fastidiar a la que libra etc. Decime opciones de horario a media mañana y media tarde para que se pasen por vuestros puestos.

Se os va a cambiar en los próximos días el ordenador

Gemma Sánchez Gómez
Responsable Servicio de Admisión y
Servicio de Atención al Paciente e Información
gemma.sanchez@idcaabul.es
LOGO_HUIE_1linea_baja



Avenida Reyes Católicos, 21 – 20340 Valdemoro, Madrid
www.idcaabul.es/centro/hospital-infanta-elena

ESCRITORIO DEL INFORMADOR

Al acceder al escritorio del Informador, Casiopea muestra por defecto todos los pacientes en el ámbito de urgencias.

Parientes con Recurso

Pacientes pendientes de Tráje o sin Recurso

Al hacer clic sobre un paciente con o sin recurso o pulsando el botón **Detalle paciente** se abre el Detalle del Paciente.

Cambiar vista mesa / listado

Además de nombre y apellido del paciente, fecha y hora de ingreso, recurso que ocupa, médico responsable, etc., se muestran una serie de iconos cuyo significado se describe a continuación:

- 3: Clasificación o prioridad asignada en el Tráje.
- Traje de color que indica el Turno del Tráje (tratamiento) y la zona de información facilitada, indica que es necesario volver a informar a los acompañantes.
- Iconos que indican si el paciente sufre o necesita información a los acompañantes.
- Iconos que indican si el paciente sufre o necesita información a los acompañantes.
- Iconos controlados por el facultativo.
- El paciente tiene pruebas analíticas pendientes de resultado.
- El paciente tiene pruebas radiológicas pendientes de resultado.
- Paciente acompañado.

Información Médica: En la parte inferior izquierda del listado de pacientes figura el botón de impresión de tickets, documento que se facilita a los acompañantes con el fin de que puedan ser avisados en caso de necesidad y también para que puedan consultar información relativa a su familia.

La calificación de pacientes es la que cambia en función de si tienen o no Recurso.

Recurso Asignado
FORNISE



ESCRITORIO DEL INFORMADOR DETALLE DEL PACIENTE

Esta ventana se divide en dos partes:

- **ACOMPANANTES:** Figuran en la parte izquierda los acompañantes asociados al paciente con su correspondiente garantista. En la parte derecha, la ventana donde se añaden o anulan los acompañantes así como las opciones de autorización o su de información y justificantes.
- **INFORMACION FACILITADA:** En la parte izquierda queda registro de fecha, hora y persona que ha informado. Se mostrará la información facilitada tanto por el usuario informador como por el facultativo. En la parte derecha aparecen las opciones disponibles para modificar el tipo de información facilitada.

La impresión de justificantes del paciente se realiza desde el icono  que figura en la cabecera del paciente.

Busqueda en el historico de acompañantes que ha tenido el paciente en anteriores visitas al hospital.

Mediante este icono situado en la cabecera del paciente podemos consultar el estado de las pruebas pedidas para el paciente: descripción de la petición, fecha solicitud, estado, fecha resultado.

Da la posibilidad de indicar la gravedad.

La impresión de justificantes del acompañante se realiza pulsando el botón teniendo el acompañante seleccionado.



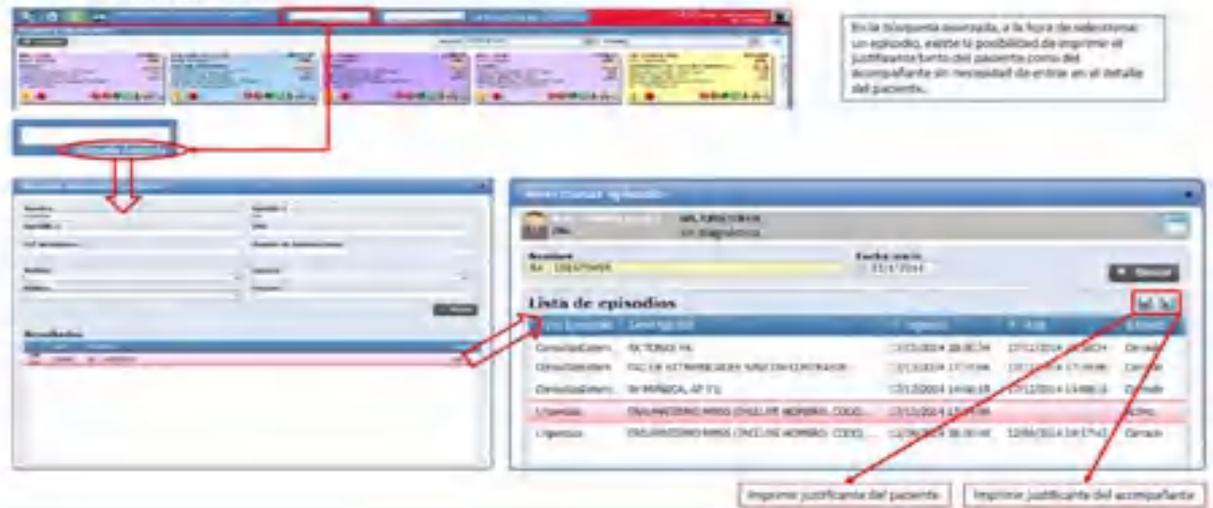


ESCRITORIO DEL INFORMADOR BUSQUEDA AVANZADA

En la búsqueda avanzada, a la hora de seleccionar un episodio, existe la posibilidad de imprimir el justificante tanto del paciente como del acompañante sin necesidad de entrar en el detalle del paciente.

Imprimir justificante del paciente

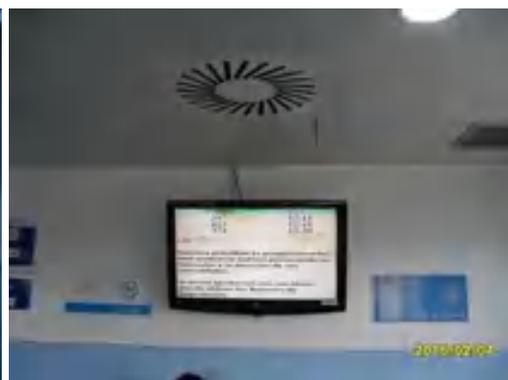
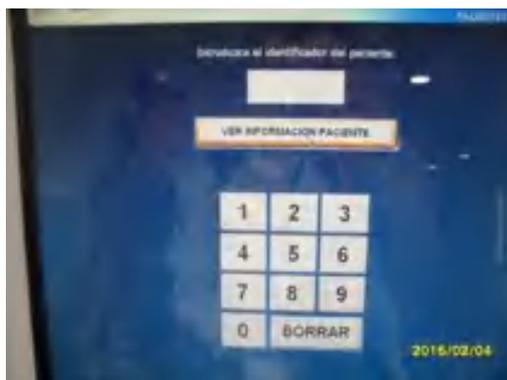
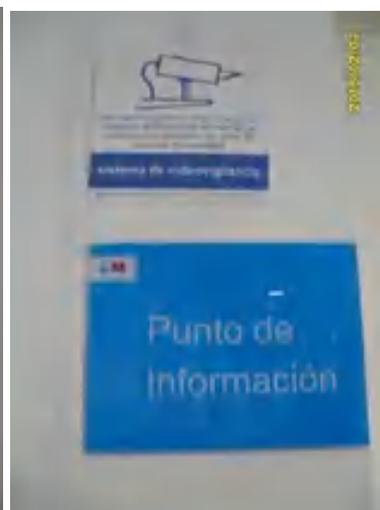
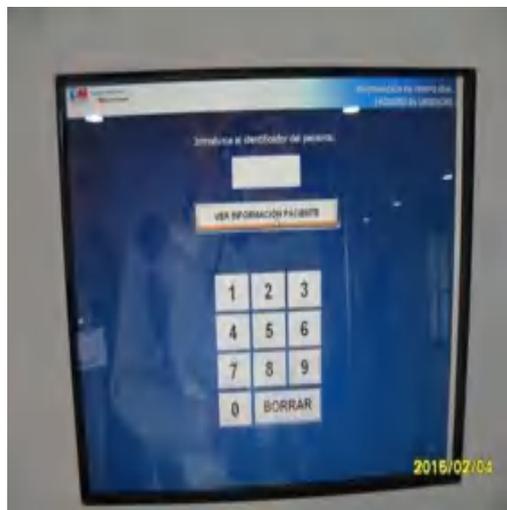
Imprimir justificante del acompañante



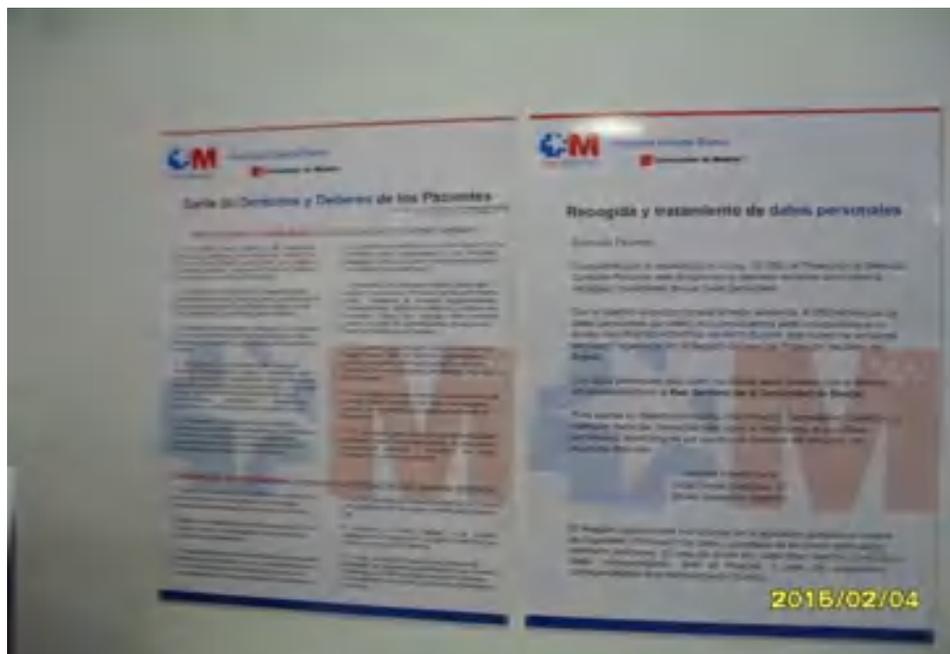
| Episodio | Fecha inicio | Fecha fin | Estado |
|-----------|--------------|------------|--------|
| Consultas | 14/03/2014 | 14/03/2014 | Deriva |
| Consultas | 14/03/2014 | 14/03/2014 | Deriva |
| Consultas | 14/03/2014 | 14/03/2014 | Deriva |
| Urgencias | 14/03/2014 | 14/03/2014 | Deriva |
| Urgencias | 14/03/2014 | 14/03/2014 | Deriva |

- Se ha evidenciado que se dispone de puntos de información dedicados a la atención a pacientes y usuarios así como servicios de información al paciente en Urgencias 24 horas. Se ha verificado que se atienden todos los requerimientos de información de las personas que lo soliciten, teniendo el personal del Servicio de Admisión y Atención al Paciente del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro conocimiento de la ubicación de todas las dependencias del Centro Sanitario.
- Se ha evidenciado que el personal del servicio de apoyo administrativo acompaña a enfermos, familiares o visitantes al lugar donde vayan, en las circunstancias que queden establecidas en el oportuno protocolo comprobándose que tienen conocimiento de los medios que dispone el Hospital para facilitar la comunicación a personas discapacitadas, entre las distintas áreas del mismo
- Se ha evidenciado que existe personal de recepción que tiene conocimientos básicos de las lenguas más habituales utilizadas en el área de influencia del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro.

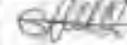
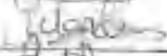








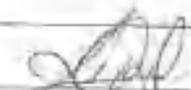
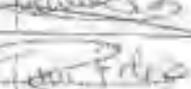
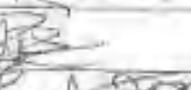
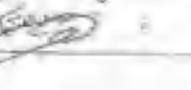
Se ha evidenciado que se ha llevado a cabo formación por parte del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro para potenciar la importancia del correcto trato a los Pacientes y Familiares:

| NOMBRE DEL CURSO: | | SOMOS TRATO (Humanidades y Habilidades de Comunicación en el Trato al Paciente) | | CENTRO | HUITE |
|-------------------|----------------------------|---|-------------------|---|--|
| GRUPO: | 4 | FECHA: | 23/04/2014 | | |
| HORARIO | DE: 15:30 | A: | 18:30 | | |
| NOMBRE DOCENTE | SUSANA RUIZ GARCIA | | | FIRMA |  |
| ASISTENTE N° | NOMBRE Y APELLIDOS | NIF | PUESTO DE TRABAJO | FIRMA | |
| 1 | ESTELA ORTIZ DE VIÑASPRE | 02266367-T | Urgencias |  | |
| 2 | DAYLLA DE MORAIS | 03127254-Y | Urgencias |  | |
| 3 | MINERVA MARTINEZ CAMACHO | 45484938-H | Urgencias |  | |
| 4 | GEMA JIMENEZ QUIVIRA | 112407111 | Urgencias |  | |
| 5 | ALBA ESCOBIO DOMENECH | 12325330-06 | CCEE |  | |
| 6 | BEATRIZ MARTIN CAMUÑAS | 02245539-A | CCEE |  | |
| 7 | SILVIA FAMILIAR CAMBRONERO | 02126399-3 | Rhb |  | |
| 8 | DAVID HERMANDEZ JIMENEZ | 33222222-2 | Rhb |  | |
| 9 | LAURA GARCIA GARCIA | 44952557-N | H2 |  | |
| 10 | PATRICIA CABALLERO MARIN | 50467403-D | Ox |  | |
| 11 | YOLANDA MORENO MARIN | 53035303-U | Ox |  | |
| 12 | ANDREA DURÁN LOMBANA | 43256209-5 | Ox |  | |

ATENCIÓN: Este documento forma parte del sistema de Control de la Calidad del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro. Toda modificación de este documento debe ser comunicada al responsable de la gestión de la calidad del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro.

VERSIÓN: 2.3

| | |
|--|---|
|  Hospital Universitario Infancia Elena SaludMadrid Comunidad de Madrid | |
| LISTADO DIARIO DE ASISTENCIAS FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES | Código: SC/PBS03B/EPC01/03.1 Edición: 2.3 |

| | | | | |
|----|--|-------------|----------------------|---|
| 13 | ELENA MARTÍN DÍEZ | | QA | |
| 14 | MIGUEL ÁNGEL LOZANO GARCÍA | | CEL | |
| 15 | ALFREDO GARCÍA GONZÁLEZ | | CEL | |
| 16 | LUIS ESCALONA | | CEL | |
| 17 | DANIEL CALVAJAL REVUELTA | 7249338-Z | Supervisor Rx |  |
| 18 | LEV MIKENBERG | 51985440-X | Supervisor Urgencias |  |
| 19 | YOLANDA FERNANDEZ PAZ | 50-041-2082 | TER |  |
| 20 | ARGENTINA FERNANDEZ | 10.041-778R | H2(2ª parte) |  |
| 21 | ROCÍO RODRIGUEZ SAN BONIFACIO | 70078214-W | HO |  |
| 22 | LAURA CORDERO | 28966408R | HO |  |
| 23 | M ^o SOLEDAD FERNANDEZ RODRIGO | 38831148-W | TER |  |
| 24 | EDUARDO DOMINGUEZ SÁNCHEZ | 67245652-Z | CEL |  |
| 25 | FRANCISCO SEVILLA DEL TORO | 51899443-W | CEL |  |
| 26 | NIKEL MARTIN GONZALEZ | | TER | |
| 27 | LUCIA SANCHEZ FRANGANILLO | | HO(2ª parte) | |
| 28 | ALVARO SANCHEZ GARCIA | 2273150-Z | TER |  |

29 Stefan Harff x5037493E SEL 

El presente informe es una copia impresa del sistema de Gestión de la Calidad y Planificación de Recursos Humanos de los Hospitales de Infancia Elena, perteneciente al Sistema de Información de Gestión de los Hospitales de Infancia Elena. El presente informe es una copia impresa del sistema de Gestión de la Calidad y Planificación de Recursos Humanos de los Hospitales de Infancia Elena. El presente informe es una copia impresa del sistema de Gestión de la Calidad y Planificación de Recursos Humanos de los Hospitales de Infancia Elena.



| | |
|---|---|
|  Hospital Universitario Infantil Elena Salud Madrid | Comunidad de Madrid |
| LISTADO RECEPCIÓN DE MATERIALES | Código: SC/PES03E/FPOC01/04 Edición: 2.3 |

| | | | |
|------------------------|---|---------------|------------|
| NOMBRE DEL CURSO: | SOMOS TRATO (Humanidades y Habilidades de Comunicación en el Trato al Paciente) | | |
| GRUPO: | 4 | FECHA INICIO: | 9/04/2014 |
| | | FECHA FIN: | 23/04/2014 |
| HORARIO DE: | 15:30 | A: | 18:30 |
| MATERIALES ENTREGADOS: | Carpeta dossier, método META, documentación formato digital en soporte CD, ficha resumen. | | |

| ASISTENTE Nº | NOMBRE Y APELLIDOS | NIF | PUESTO DE TRABAJO | FIRMA |
|--------------|----------------------------|-------------|-------------------|--------------------------------|
| 1 | ESTELA ÓRTIZ DE VIÑASPRE | 022668571 | Urgencias | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 2 | DAVYLLA DE MORAIS | 031472544 | Urgencias | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 3 | MINERVA MARTINEZ CAMACHO | 45484938-H | Urgencias | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 4 | GEMA JIMENEZ QUIVIRA | 412400576 | Urgencias | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 5 | ALBA ESCOBIO DOMENECH | 0532538260 | CCEE | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 6 | BEATRIZ MARTIN CAMUÑAS | 02245539-A | CCEE | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 7 | SILVIA FAMILIAR CAMBRONERO | 19726499-1 | Rhb | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 8 | DAVID HERNANDEZ JIMENEZ | 33529225-A | Rhb | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 9 | LAURA GARCIA GARCIA | 44992957-A | HZ | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 10 | PATRICIA CABALLERO MARIN | 50467115-D | Qx | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 11 | YOLANDA MORENO MARIN | 53035503-U | Qx | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 12 | ANDREA DURAN LOMBANA | 47532274-S | Qx | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 13 | ELENA MARTIN DIEZ | 533894782-C | Qx | <i>[Handwritten Signature]</i> |

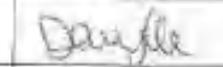
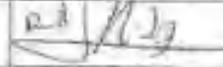
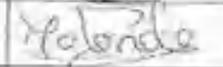
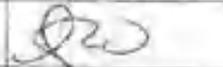
| | |
|---|---|
|  Hospital Universitario Infanta Elena SaludMadrid Comunidad de Madrid | |
| LISTADO RECEPCIÓN DE MATERIALES | Código: SC/PES03B/FPOC01/04 Edición: 2.3 |

| ASISTENTE N° | NOMBRE Y APELLIDOS | NIF | PUESTO DE TRABAJO | FIRMA |
|--------------|-------------------------------|-------------|----------------------|--------------------------------|
| 14 | MIGUEL ÁNGEL LOZANO GARCÍA | | CEL | |
| 15 | ALFREDO GARCÍA GONZÁLEZ | | CEL | |
| 16 | LUIS ESCALONA | | CEL | |
| 17 | DANIEL CALVAJAL REVUELTA | 7249338-Z | Supervisor Rx | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 18 | LEV MIKENBERG | 57985460-2 | Supervisor Urgencias | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 19 | YOLANDA FERNANDEZ PAZ | 50 091 2083 | TER | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 20 | ARGENTINA FERNANDEZ | | H2(2ª parte) | |
| 21 | ROCIO RODRIGUEZ SAN BONIFACIO | 70078278-10 | HO | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 22 | LAURA CORDERO | 28966408-72 | HO | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 23 | Mª SOLEDAD FERNANDEZ RODRIGO | 6725632-P | TER | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 24 | EDUARDO DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ | 6725632-P | CEL | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 25 | FRANCISCO SEVILLA DEL TORO | 51999443-W | CEL | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 26 | MIKEL MARTIN GONZALEZ | 50474794-3 | TER | <i>[Handwritten Signature]</i> |
| 27 | LUCIA SANCHEZ FRANGANILLO | | HO(2ª parte) | |
| 28 | ALVARO SANCHEZ GARCIA | 2273150-Z | TER | <i>[Handwritten Signature]</i> |

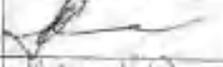
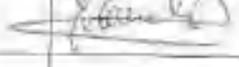
29 *Stefan Hanff* CEL *[Handwritten Signature]*

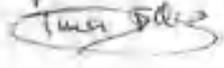
| | |
|---|---|
|  Hospital Universitario Infantil Elena SaludMadrid  Comunidad de Madrid | |
| LISTADO RECEPCIÓN DE CERTIFICADOS | Código: SC/PES03B/FPOC01/06 Edición: 2.3 |

| | | | | | |
|-------------------------|-----|---|-----------|------------|------------|
| DENOMINACIÓN DEL CURSO: | | SOMOS TRATO (Humanidades y Habilidades de Comunicación en el Trato al Paciente) | | | |
| GRUPO: | 4 | FECHA INICIO: | 9/04/2014 | FECHA FIN: | 23/04/2014 |
| HORARIO | DE: | 15:30 | A: | 18:30 | |

| ASISTENTE Nº | NOMBRE Y APELLIDOS | NIF | PUESTO DE TRABAJO | FIRMA |
|--------------|----------------------------|-------------|-------------------|---|
| 1 | ESTELA ORTIZ DE VIÑASPRES | 02266857-7 | Urgencias |  |
| 2 | DAVYLLA DE MORAIS | 031072844 | Urgencias |  |
| 3 | MINERVA MARTINEZ CAMACHO | 45434958-11 | Urgencias |  |
| 4 | GEMA JIMENEZ QUIVIRA | 11240057W | Urgencias |  |
| 5 | ALBA ESCOBIO DOMENECH | 05325330 W | CCEE |  |
| 6 | BEATRIZ MARTIN CAMUÑAS | 70295539-A | CCEE |  |
| 7 | SILVIA FAMILIAR CAMBRONERO | 05826499-3 | Rhb |  |
| 8 | DAVID HERNANDEZ JIMENEZ | 33324725-4 | Rhb |  |
| 9 | LAURA GARCIA GARCIA | 60792357W | H2 |  |
| 10 | PATRICIA CABALLERO MARÍN | 50467115-D | QX |  |
| 11 | YOLANDA MORENO MARÍN | 53035303-W | QX |  |
| 12 | ANDREA DURÁN LOMBANA | 475872745 | QX |  |
| 13 | ELENA MARTÍN DÍEZ | | QX | |

| | |
|---|---|
|  Hospital Universitario Infanta Elena SaludMadrid Comunidad de Madrid | |
| LISTADO RECEPCIÓN DE CERTIFICADOS | Código: SC/PES03B/FPOC01/06 Edición: 2.3 |

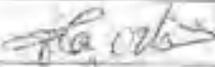
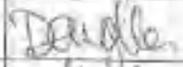
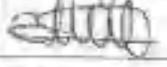
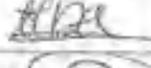
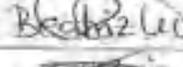
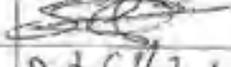
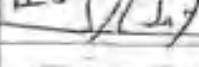
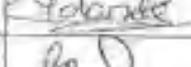
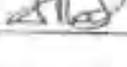
| ASISTENTE Nº | NOMBRE Y APELLIDOS | NIF | PUESTO DE TRABAJO | FIRMA |
|--------------|-------------------------------|-------------|----------------------|---|
| 14 | MIGUEL ANGEL LOZANO GARCIA | | CEL | |
| 15 | ALFREDO GARCIA GONZALEZ | | CEL | |
| 16 | LUIS ESCALONA | | CEL | |
| 17 | DANIEL CALVAJAL REVUELTA | 72493874 | Supervisor Rx |  |
| 18 | LEV MIKENBERG | 51378460-N | Supervisor Urgencias |  |
| 19 | YOLANDA FERNANDEZ PAZ | 56.041.2082 | TER |  |
| 20 | ARGENTINA FERNANDEZ | | H2(2ª parte) | |
| 21 | ROCIO RODRIGUEZ SAN BONIFACIO | 10073293-M | HO |  |
| 22 | LAURA CORDERO | 28966408-R | HO |  |
| 23 | Mª SOLEDAD FERNANDEZ RODRIGO | 50644469-W | TER |  |
| 24 | EDUARDO DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ | 07245-652-2 | CEL |  |
| 25 | FRANCISCO SEVILLA DEL TORO | | CEL |  |
| 26 | MIKEL MARTIN GONZALEZ | | TER | |
| 27 | LUCIA SANCHEZ FRANGANILLO | | HO(2ª parte) | |
| 28 | ALVARO SANCHEZ GARCIA | 2293110-2 | TER |  |

Argentina Fdez Amos 10.041.778-R H2 2ª planta


ATENCIÓN: Todo documento de recepción de Desplaz de la CRASD, y Modificaciones (Recepción de la Actividad) de un personal...



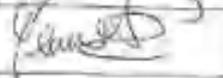
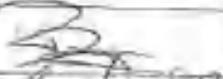
| | |
|--|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena Comunidad de Madrid | |
| LISTADO DIARIO DE ASISTENCIAS FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES | Código: SC/PES03B/FPOC01/03.1 Edición: 2.3 |

| NOMBRE DEL CURSO: | SOMOS TRATO (Humanidades y Habilidades de Comunicación en el Trato al Paciente) | | CENTRO | HUIE |
|-------------------|---|------------|-------------------|---|
| GRUPO: | 4 | FECHA: | 9/04/2014 | |
| HORARIO | DE: 15:30 | A: | 18:30 | |
| NOMBRE DOCENTE | SUSANA RUIZ GARCIA | | FIRMA |  |
| ASISTENTE N° | NOMBRE Y APELLIDOS | NIF | PUESTO DE TRABAJO | FIRMA |
| 1 | ESTELA ORTIZ DE VIÑASPRES | 022668577 | Urgencias |  |
| 2 | DAVYLLA DE MORAIS | 031892514 | Urgencias |  |
| 3 | MINERVA MARTINEZ CAMACHO | 6548493511 | Urgencias |  |
| 4 | GEMA JIMENEZ QUIVIRA | 44840.0574 | Urgencias |  |
| 5 | ALBA ESCOBIO DOMENECH | 0532533010 | CCEE |  |
| 6 | BEATRIZ MARTIN CAMUÑAS | 02245539-A | CCEE |  |
| 7 | SILVIA FAMILAR CAMBRONERO | 08926499-5 | Rhb |  |
| 8 | DAVID MERNANDEZ JIMENEZ | 33529725-A | Rhb |  |
| 9 | LAURA GARCIA GARCIA | 64992959-A | H2 |  |
| 10 | PATRICIA CABALLERO MARIN | 50467115-D | Qx |  |
| 11 | YOLANDA MORENO MARIN | 53035303-W | Qx |  |
| 12 | ANDREA DURAN LOMBANA | 49586729-5 | Qx |  |

ATENCIÓN: Toda documentación derivada de Gestión de la Calidad y/o directamente relacionada de la Titularidad Hospitalaria (HUIE) y/o de la Comunidad de Madrid, debe ser remitida al responsable de la gestión de la información de la Titularidad Hospitalaria (HUIE) y/o de la Comunidad de Madrid.

ESTABLEC

| | |
|--|--|
|  Hospital Universitario Infanta Elena SaludMadrid Comunidad de Madrid | |
| LISTADO DIARIO DE ASISTENCIAS FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES | Código: SC/PES03B/FPOC01/03.1 Edición: 2.3 |

| | | | | |
|-----|-------------------------------|-------------|----------------------|---|
| X13 | ELENA MARTÍN DÍEZ | 3359752 | Qx |  |
| X14 | MIGUEL ÁNGEL LOZANO GARCÍA | | CEL | |
| X15 | ALFREDO GARCÍA GONZÁLEZ | | CEL | |
| X16 | LUIS ESCALONA | | CEL | |
| 17 | DANIEL CALVAJAL REVUELTA | 7249338-2 | Supervisor Rx |  |
| 18 | LEV MIKENBERG | 57985440-N | Supervisor Urgencias |  |
| 19 | YOLANDA FERNANDEZ PAZ | 50.091.2082 | TER |  |
| 20 | ARGENTINA FERNANDEZ | | H2(2ª parte) | |
| 21 | ROCIO RODRIGUEZ SAN BONIFACIO | 70078278-N | HO |  |
| 22 | LAURA CORDERO | 28966408-R | HO |  |
| 23 | Mª SOLEDAD FERNANDEZ RODRIGO | | TER |  |
| 24 | EDUARDO DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ | 07245652-E | CEL |  |
| 25 | FRANCISCO SEVILLA DEL TORO | 51.899.4430 | CEL |  |
| X26 | MIKEL MARTIN GONZALEZ | 50474794-Y | TER |  |
| X27 | LUCIA SANCHEZ FRANGANILLO | | HO(2ª parte) | |
| 28 | ALVARO SANCHEZ GARCIA | 2273150-2 | TER |  |
| 29 | Stefan Hanf | | CEL |  |



Además, el Grupo IDC Salud está llevando a cabo una metodología para evaluar la confianza que genera en los Pacientes y ver si estos los recomendarían:



NPS global: 61.7



Hospital Universitario Infanta Elena
Comunidad de Madrid

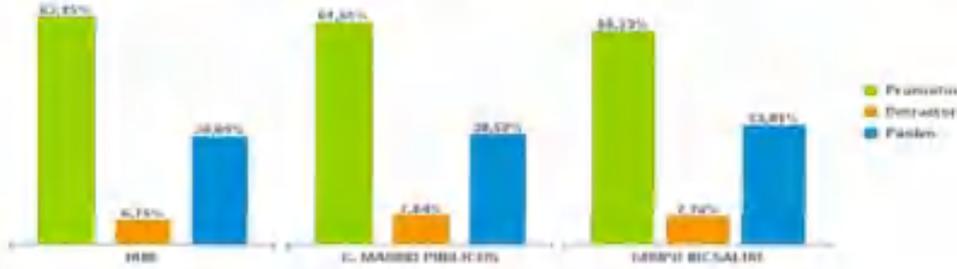


Net Promotor Score

HUIE - RESUMEN ANUAL 2014

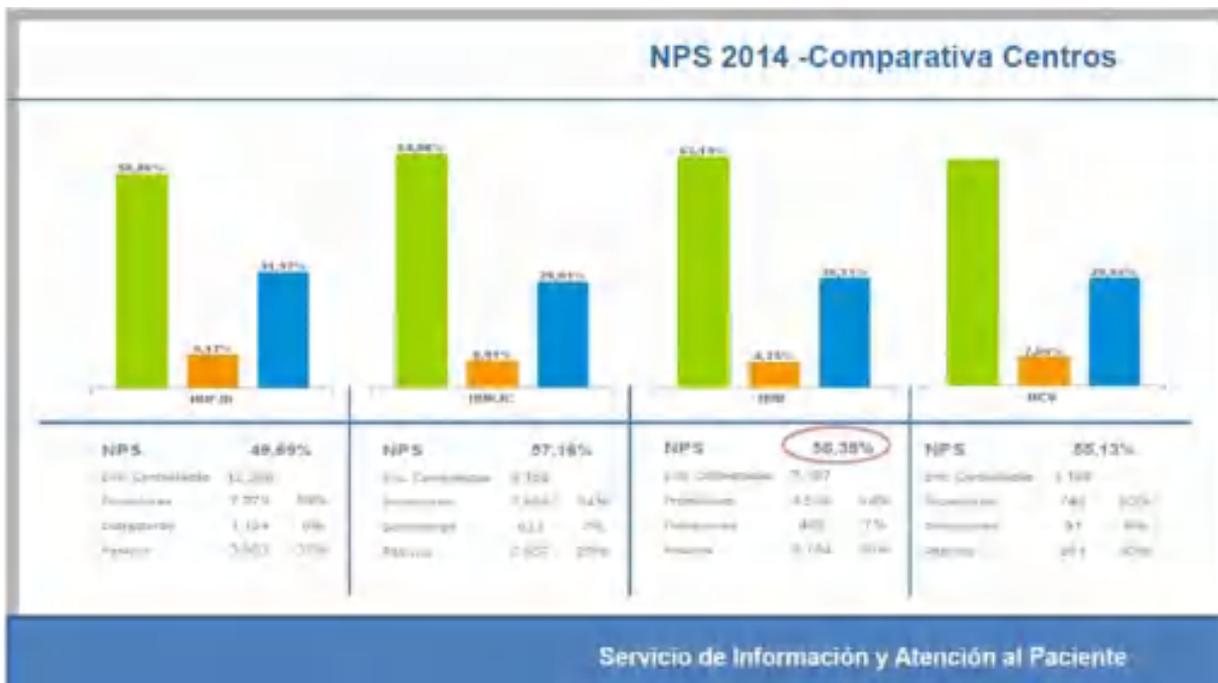
Servicio de Información y Atención al Paciente

NPS 2014- Comparativa Centro-Región-Grupo



| | HUIE | | I.C. MADRID PUBLICA | | IRRPU BICAJERE | |
|-----------------|---------------|-----|---------------------|-----|----------------|-----|
| NPS | 56,46% | | 55,81% | | 51,87% | |
| Ejec. Consultas | 7.139 | | 28.893 | | 16.888 | |
| Expediente | 8.507 | 65% | 18.400 | 67% | 14.847 | 65% |
| Atención | 485 | 7% | 2.062 | 8% | 8.905 | 38% |
| Pacientes | 2.160 | 38% | 3.119 | 11% | 19.421 | 51% |

Servicio de Información y Atención al Paciente

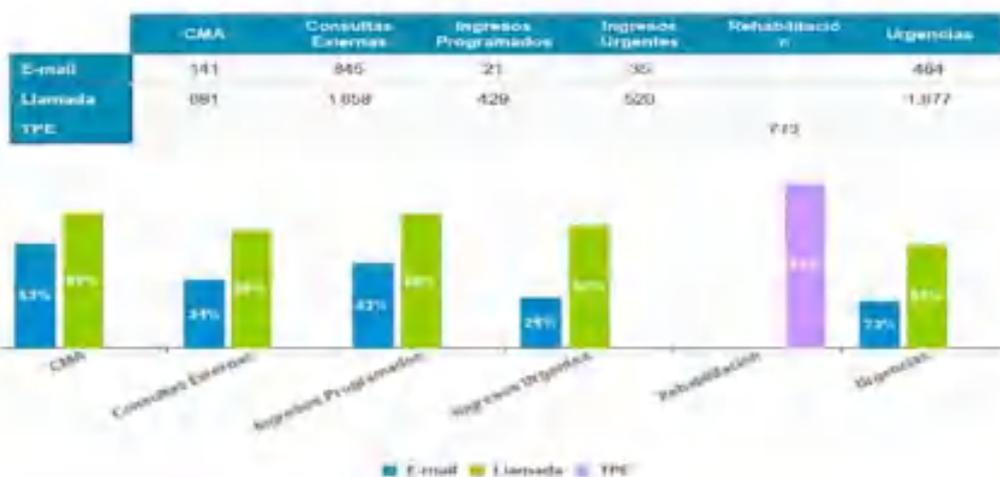


NPS 2014 – Distribución por Áreas Hospitalarias

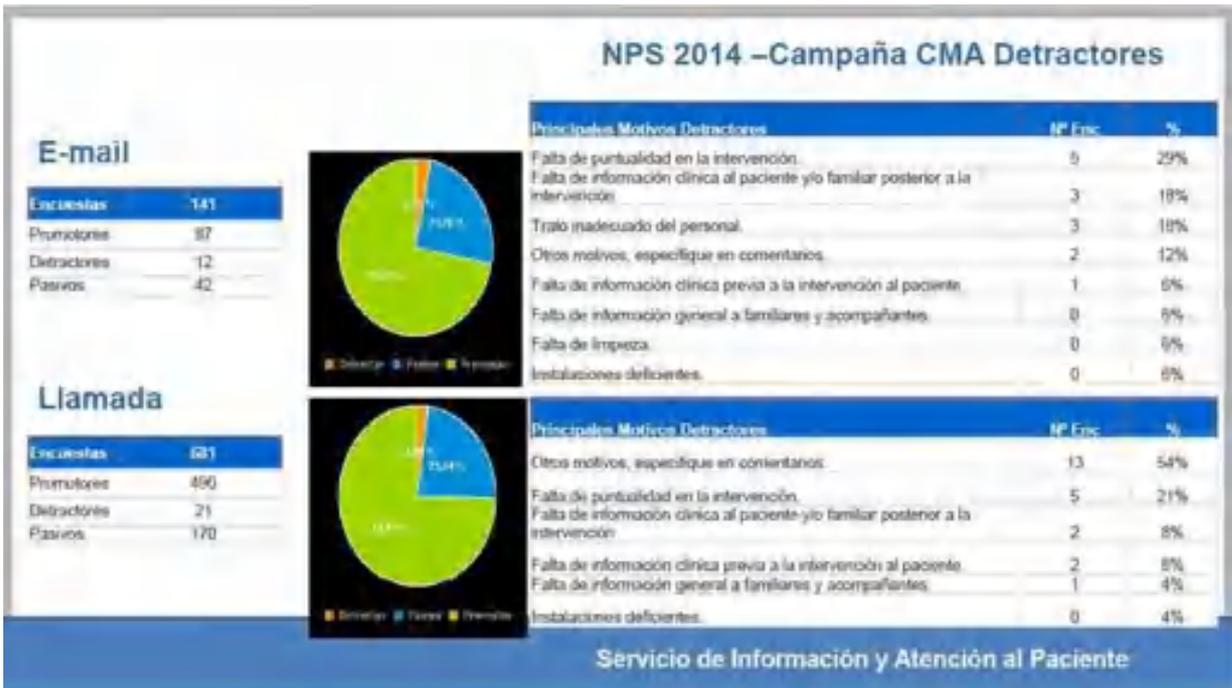
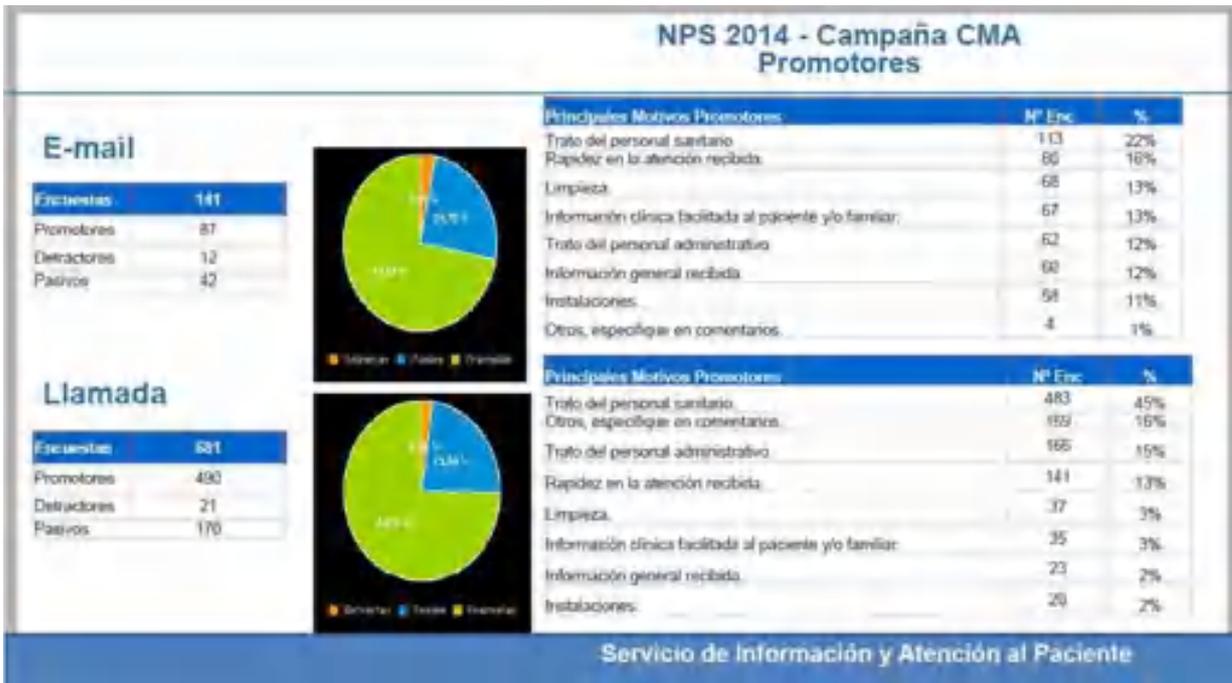
| Área hospitalaria NPS | NPS | Encuestas | Promotores | | Detractores | | Pasivos | |
|-----------------------|--------|-----------|------------|--------|-------------|--------|---------|--------|
| | | | Num | % | Num | % | Num | % |
| Consultas Externas | 51,50% | 2505 | 1473 | 58,80% | 183 | 7,31% | 849 | 33,89% |
| Urgencias | 46,15% | 2141 | 1208 | 56,42% | 220 | 10,28% | 713 | 33,30% |
| CMA | 66,18% | 822 | 577 | 70,19% | 33 | 4,01% | 212 | 25,79% |
| Rehabilitación | 83,45% | 713 | 600 | 84,15% | 5 | 0,70% | 108 | 15,15% |
| Ingresos Urgentes | 60,18% | 555 | 365 | 65,77% | 31 | 5,59% | 159 | 28,65% |
| Ingresos Programados | 66,89% | 450 | 314 | 69,78% | 13 | 2,89% | 123 | 27,33% |

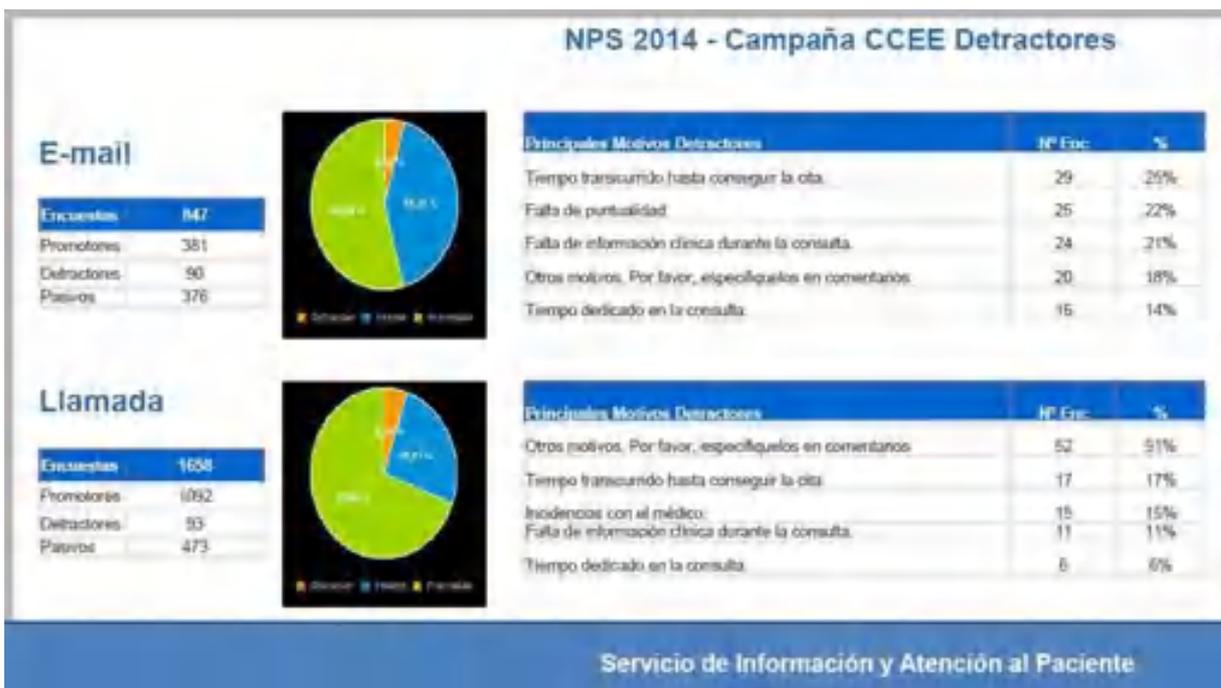
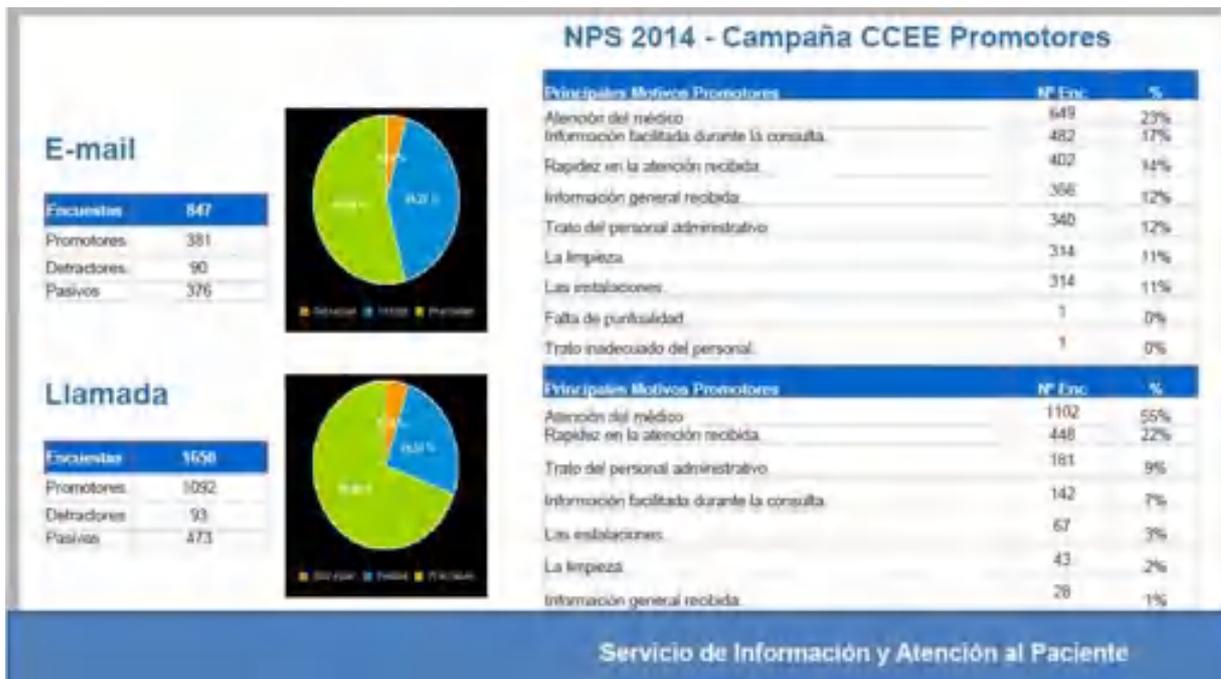
Servicio de Información y Atención al Paciente

NPS 2014 – Número de encuestas por área



Servicio de Información y Atención al Paciente

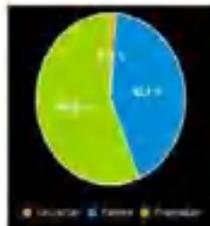




NPS 2014 - Campaña Ingresos Programados Promotores

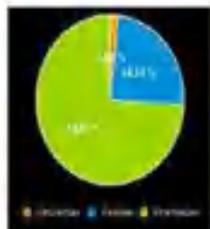
E-mail

| | |
|-------------|----|
| Encuestas | 21 |
| Promotores | 10 |
| Detractores | 1 |
| Pasivos | 10 |



Llamada

| | |
|-------------|-----|
| Encuestas | 429 |
| Promotores | 304 |
| Detractores | 12 |
| Pasivos | 113 |



| Principales Motivos Promotores | Nº Enc. | % |
|--|---------|-----|
| La atención del equipo médico | 19 | 22% |
| La atención del personal de enfermería | 17 | 19% |
| El trato del personal | 15 | 16% |
| Las instalaciones | 12 | 14% |
| La información facilitada durante el ingreso | 11 | 13% |
| La limpieza | 7 | 8% |
| La calidad de la comida | 6 | 7% |

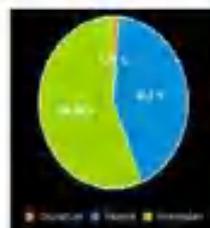
| Principales Motivos Promotores | Nº Enc. | % |
|--|---------|-----|
| La atención del equipo médico | 305 | 34% |
| La atención del personal de enfermería | 286 | 32% |
| El trato del personal | 216 | 24% |
| Las instalaciones | 48 | 5% |
| La limpieza | 25 | 3% |
| La información facilitada durante el ingreso | 16 | 2% |
| La calidad de la comida | 11 | 1% |

Servicio de Información y Atención al Paciente

NPS 2014 - Campaña Ingresos Programados Detractores

E-mail

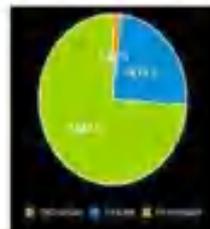
| | |
|-------------|----|
| Encuestas | 21 |
| Promotores | 10 |
| Detractores | 1 |
| Pasivos | 10 |



| Principales Motivos Detractores | Nº Enc. | % |
|---------------------------------|---------|------|
| Incidencias con el médico | 1 | 100% |

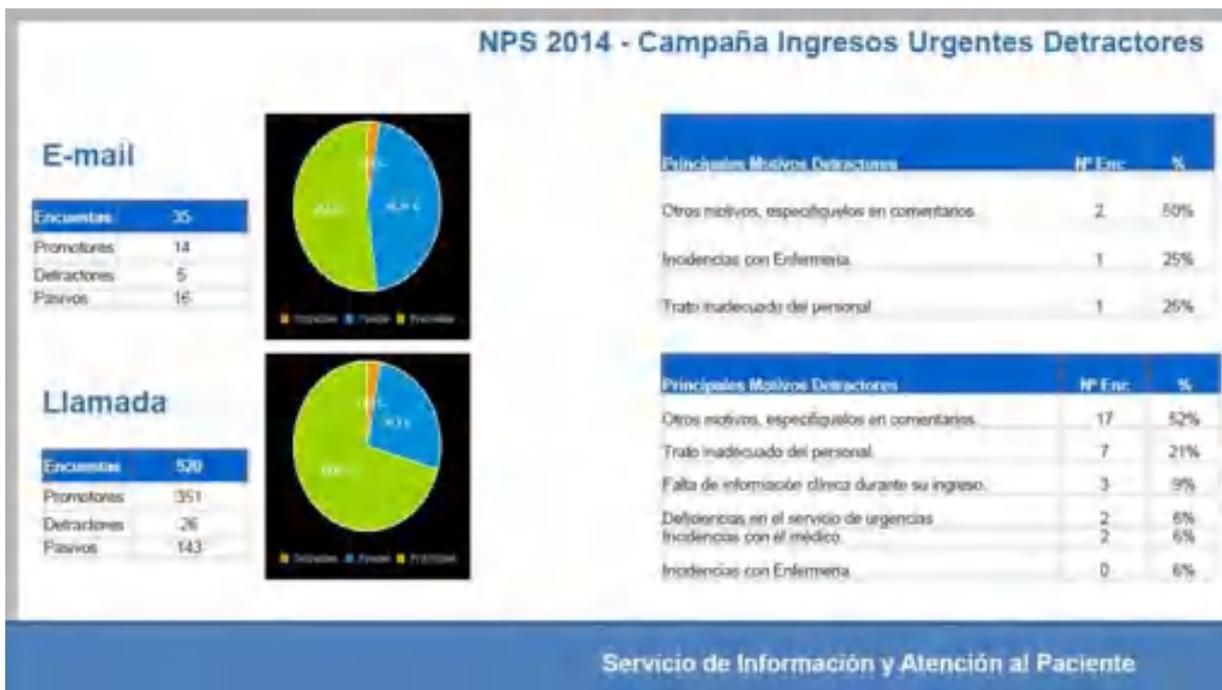
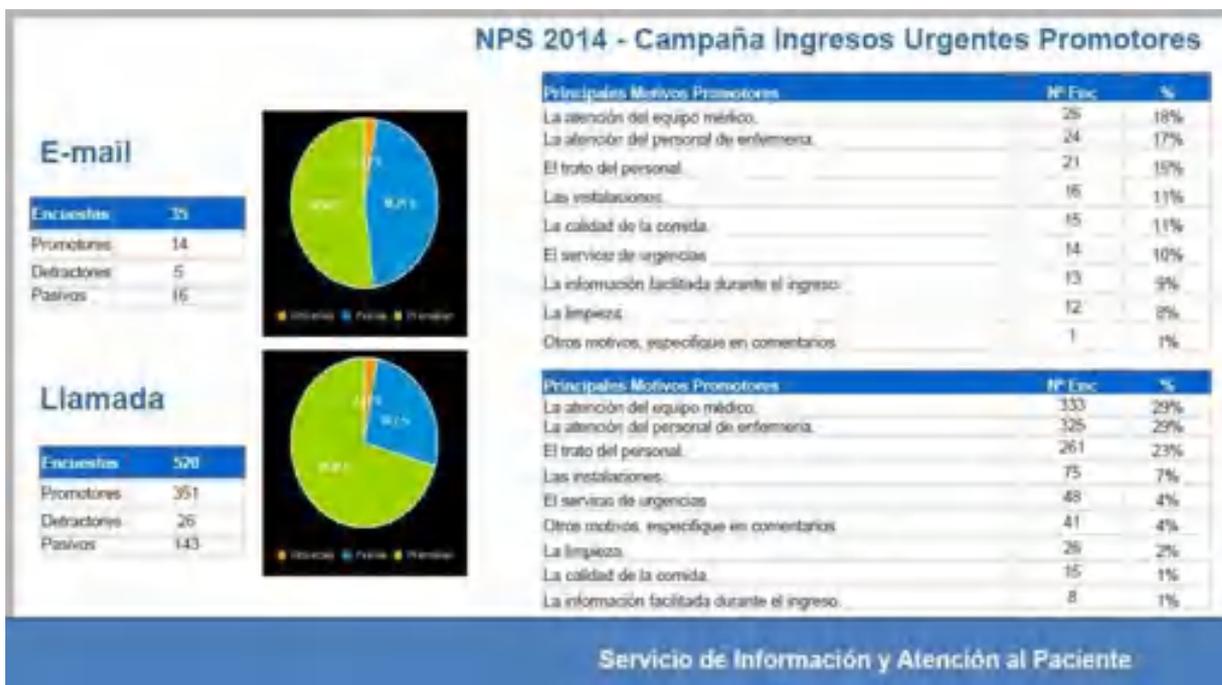
Llamada

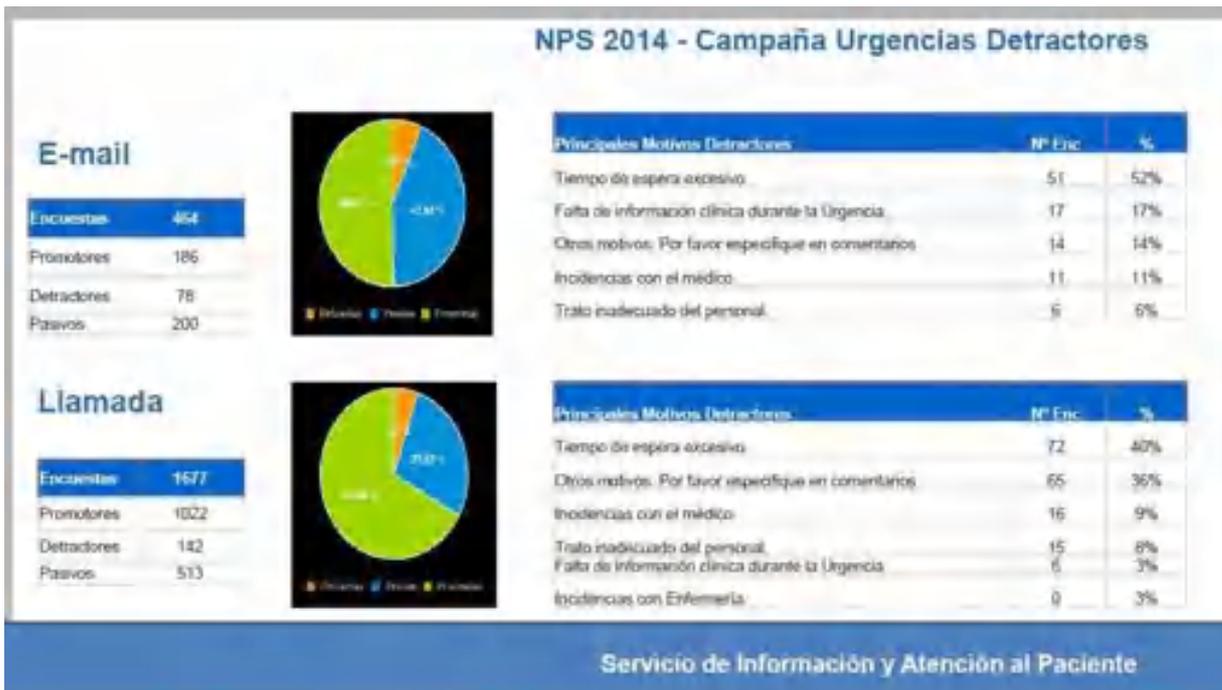
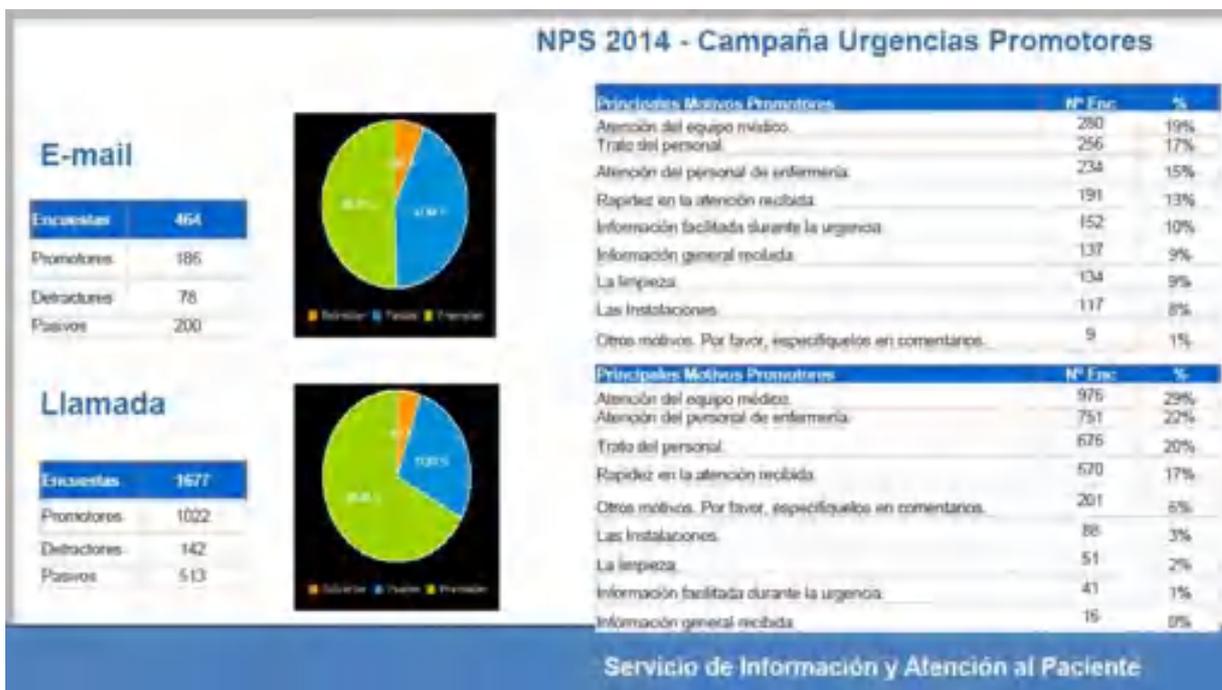
| | |
|-------------|-----|
| Encuestas | 429 |
| Promotores | 304 |
| Detractores | 12 |
| Pasivos | 113 |



| Principales Motivos Detractores | Nº Enc. | % |
|--|---------|-----|
| Otros motivos. Por favor, especifique en comentarios | 10 | 59% |
| Trato inadecuado del personal | 3 | 18% |
| Incidencias con el médico | 2 | 12% |
| Falta de información clínica durante su ingreso | 1 | 6% |
| Falta de limpieza | 1 | 6% |

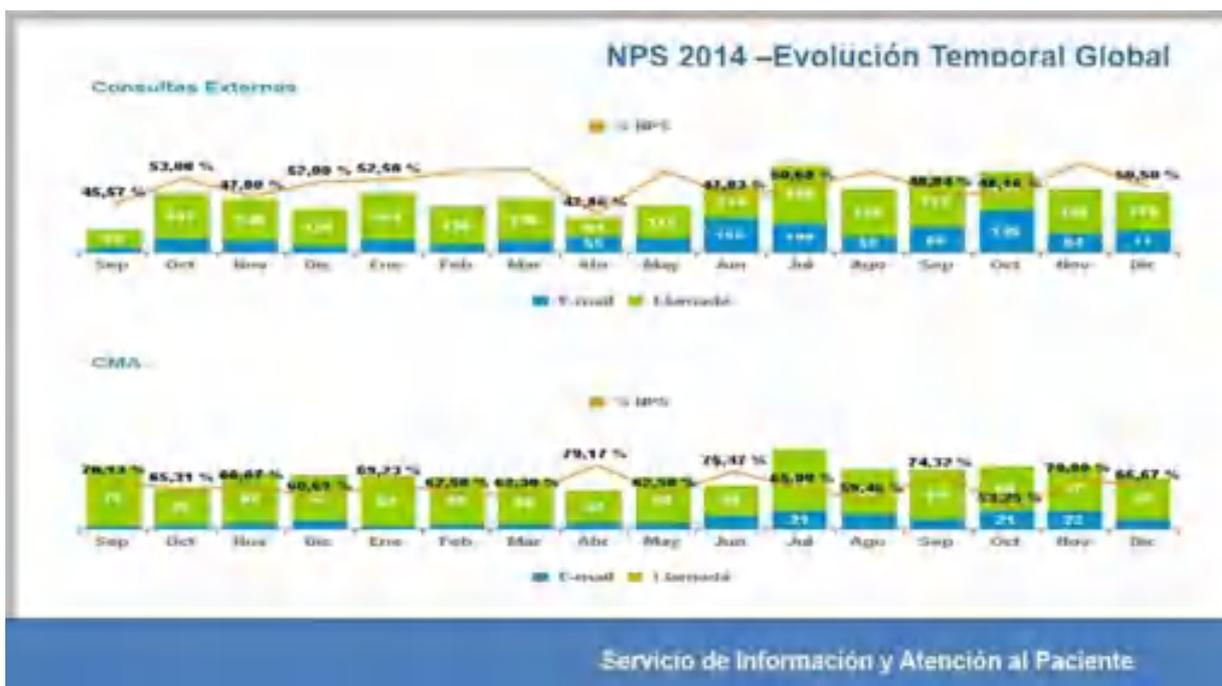
Servicio de Información y Atención al Paciente



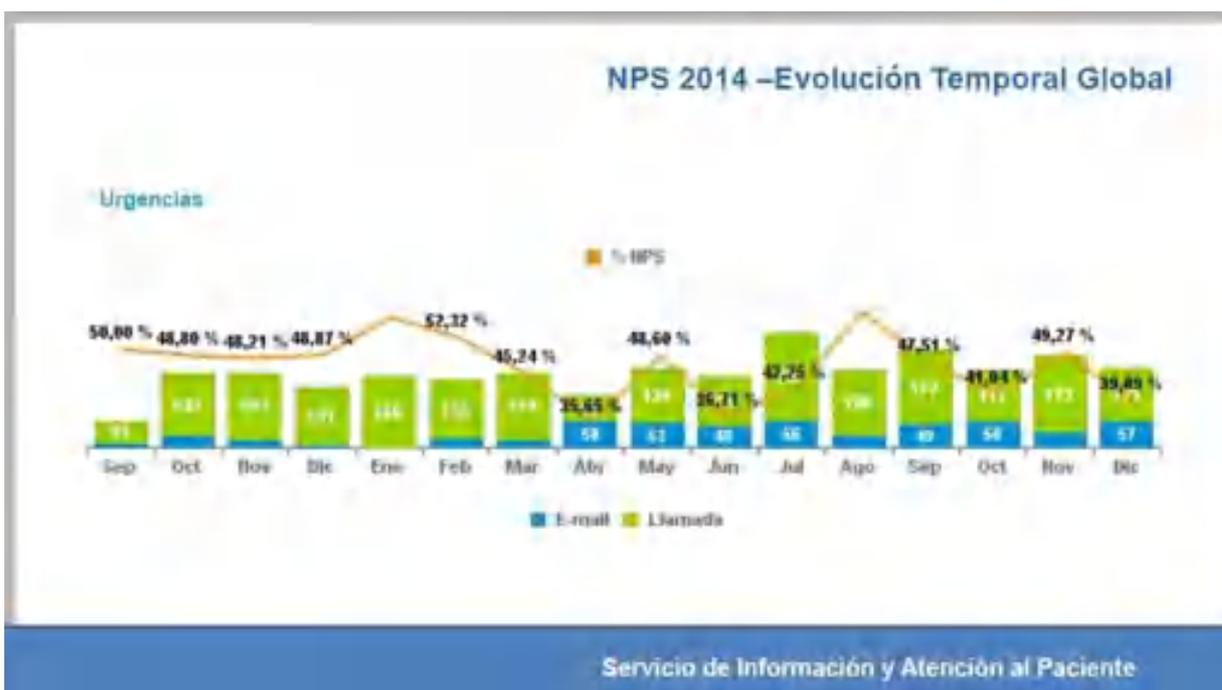
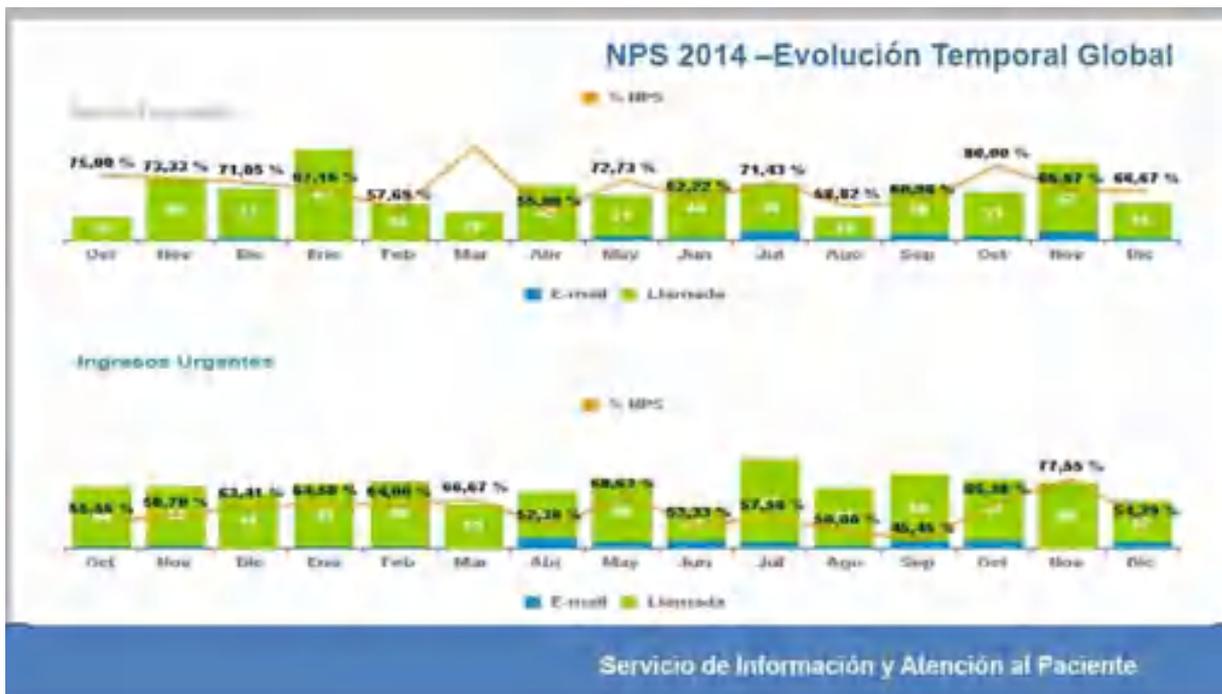


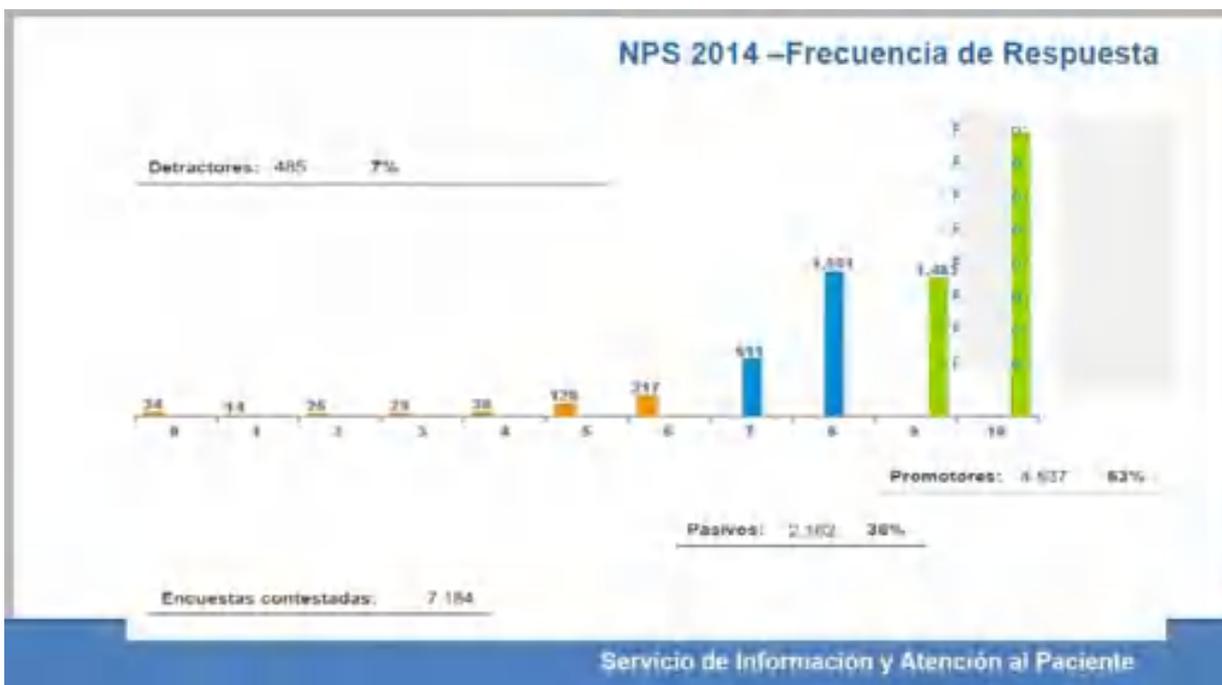


Servicio de Información y Atención al Paciente



Servicio de Información y Atención al Paciente





Servicio de Información y Atención al Paciente

NPS 2014 –Distribución por servicio

| AÑO 2014 | NPS Servicio 2014 | Numero Respuestas |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| REUMATOLOGIA | 86,54% | 52 |
| NEONATOLOGIA | 78,57% | 14 |
| ALERGIOLOGIA | 78,19% | 104 |
| PIEPMATOLOGIA CLINICA | 65,15% | 66 |
| OTORRINOLARINGOLOGIA | 64,91% | 285 |
| CIRUGIA PEDIATRICA | 64,29% | 78 |
| NEFROLOGIA | 64,29% | 74 |
| NEUMOLOGIA | 63,24% | 68 |
| DERMATOLOGIA | 63,16% | 304 |
| CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO | 62,27% | 387 |
| OFTALMOLOGIA | 62,06% | 427 |
| MEDICINA INTERNA | 61,54% | 143 |
| GERIATRIA | 60,00% | 30 |
| OBSTETRICIA | 58,33% | 168 |
| CARDIOLOGIA | 57,45% | 94 |
| PSQUIATRIA | 56,76% | 37 |
| GINECOLOGIA | 55,27% | 237 |
| PEDIATRIA | 55,00% | 200 |
| UROLOGIA | 53,54% | 254 |
| TRAUMATOLOGIA Y C. ORTOPEDICA | 50,99% | 506 |
| ANESTESIA / REANIMACION | 47,95% | 219 |

| AÑO 2014 | NPS Servicio 2014 | Numero Respuestas |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| REHABILITACION | 43,59% | 28 |
| DIGESTIVO | 43,26% | 113 |
| NEUROLOGIA | 42,58% | 114 |
| CIRUGIA MAXILOFACIAL | 42,86% | 84 |
| CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGIA | 42,22% | 45 |
| UNIDAD DE DOLOR | 40,80% | 30 |
| ENDOCRINOLOGIA | 33,93% | 56 |

| | | |
|--------------|---------------|----------------|
| URGENCIAS | 46,15% | 2.141 |
| ENFERMERIA | 68,26% | 1.643 |
| TOTAL | 56,40% | NPS HUE |

Servicio de Información y Atención al Paciente

- CARPETA DEL PACIENTE:

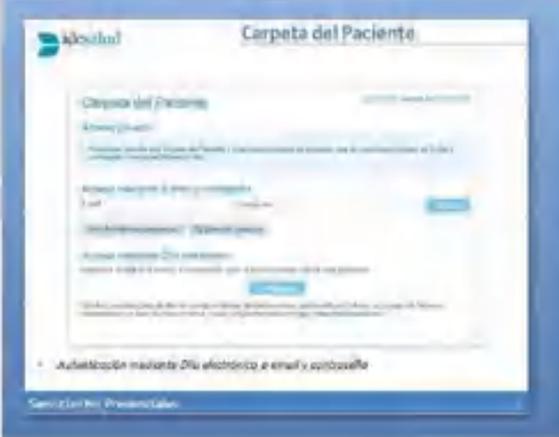
¿Qué es la Carpeta del Paciente?

La carpeta del paciente es su espacio personal, desde el que podrá acceder a su información clínica y a los servicios de su hospital desde casa, sin necesidad de desplazamientos.

Este servicio está disponible para los centros hospitalarios gestionados por el grupo **Idcsalud**.

En este espacio personal, el paciente podrá consultar sus citas pendientes, pedir nuevas citas, consultar los resultados de pruebas diagnósticas o imprimir sus informes.

<https://www.idcsalud.es/carpeta/paciente>



¿Qué servicios ofrece la Carpeta del Paciente?

En estos momentos, desde la carpeta del paciente se ofrecen servicios de consulta de datos de historia clínica y de citaciones pendientes, así como servicios de solicitud de nuevas citas.

En concreto, los servicios disponibles son los siguientes:

- Servicio de Citaciones.
- Servicio de Consulta de Pruebas Diagnósticas.
- Servicio de Consulta de Informes Clínicos.



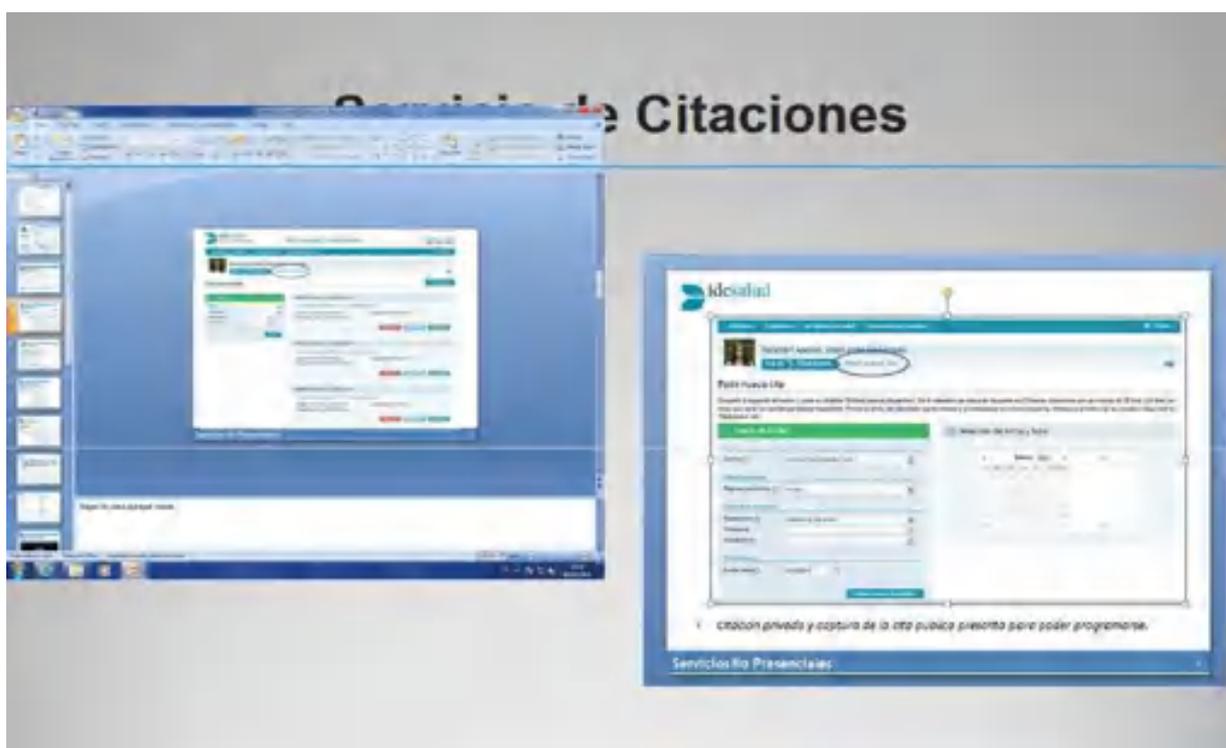

Servicio de Citaciones

Este servicio ofrece un sistema completo de gestión de citas para los hospitales y clínicas de **idcsalud**. En concreto, este servicio permite realizar las siguientes acciones:

Consulta de citas pendientes, con la posibilidad de anularlas o modificarlas. Así mismo, permite consultar la preparación recomendada para acudir a la cita o imprimir un justificante de la misma.

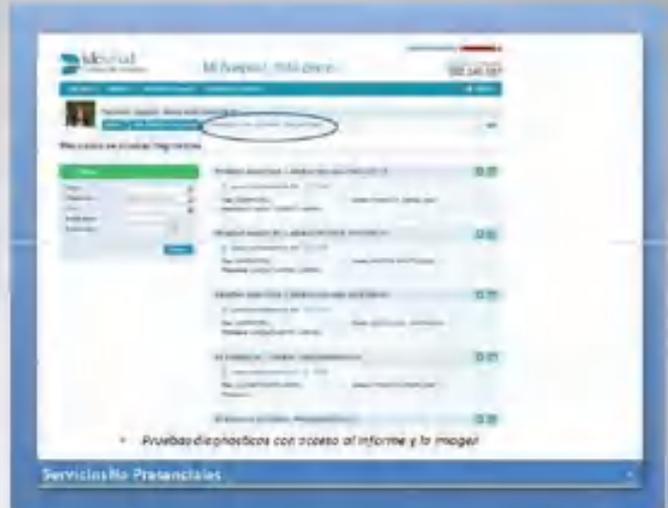
Consulta de peticiones de cita realizadas por parte de facultativos y que están pendientes de programar, con la posibilidad de realizar el alta de dichas citas el día y la hora que mejor le convenga.

Solicitud de nuevas citas (sólo en centros privados), permitiendo al paciente seleccionar el centro, la especialidad o el profesional que le atenderá.



Servicio de Consulta de Pruebas Diagnósticas

El servicio de consulta de pruebas diagnósticas permite al paciente consultar los resultados de aquellas pruebas que le hayan realizado en los centros gestionados por idcsalud.



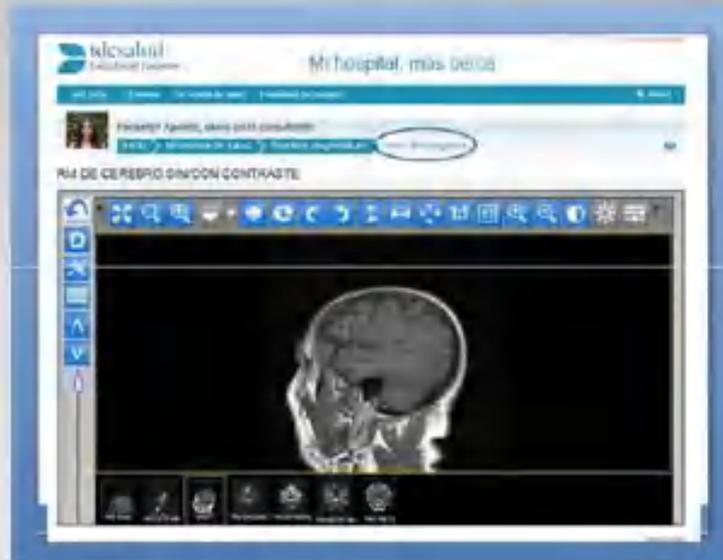
Servicio de Consulta de Pruebas Diagnósticas

En el caso de tratarse de pruebas de laboratorio, tendrá acceso al informe de resultados de dichas pruebas.

| Prueba | Resultado | Referencia |
|-----------------------------------|-----------|-------------|
| Hemoglobina | 15.4 | 13.5 - 16.5 |
| Hematócrito | 45.2 | 37 - 47 |
| Hemoglobina A1c | 5.7 | 4.0 - 5.6 |
| Glucosa en ayunas | 92 | 70 - 100 |
| Glucosa postprandial | 115 | 70 - 130 |
| Urea | 28 | 18 - 30 |
| Creatinina | 0.8 | 0.6 - 1.2 |
| Proteína total | 7.2 | 6.5 - 8.5 |
| Albúmina | 4.5 | 3.5 - 5.0 |
| Aspartato Aminotransferasa (ASAT) | 12 | 0 - 37 |
| Alanina Aminotransferasa (ALAT) | 25 | 0 - 35 |
| Fosfatasa alcalina | 35 | 27 - 100 |
| Gamma-GT | 18 | 0 - 40 |
| Urea | 28 | 18 - 30 |
| Creatinina | 0.8 | 0.6 - 1.2 |
| Proteína total | 7.2 | 6.5 - 8.5 |
| Albúmina | 4.5 | 3.5 - 5.0 |
| Aspartato Aminotransferasa (ASAT) | 12 | 0 - 37 |
| Alanina Aminotransferasa (ALAT) | 25 | 0 - 35 |
| Fosfatasa alcalina | 35 | 27 - 100 |
| Gamma-GT | 18 | 0 - 40 |

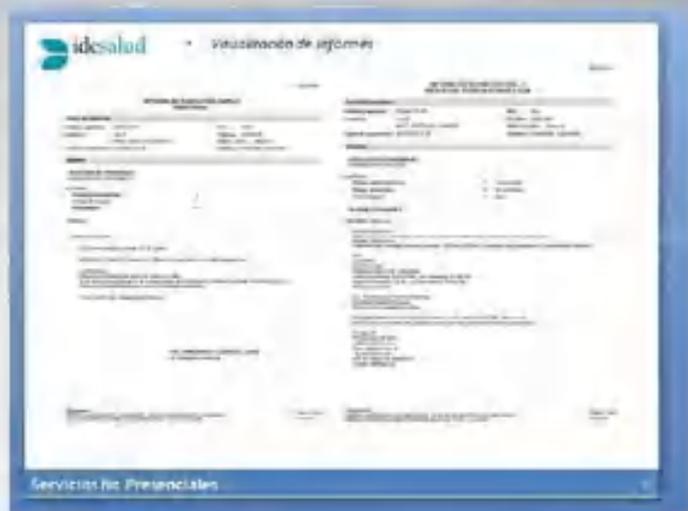
Servicio de Consulta de Pruebas Diagnósticas

En el caso de tratarse de pruebas de diagnóstico imagen (radiografías, ecografías, etc.), podrá acceder tanto al informe de resultados como a la visualización de la propia prueba, a través de un visor de imágenes.



Servicio de Consulta de Informes Clínicos

Este servicio permite al paciente consultar e imprimir sus informes médicos correspondientes a centros hospitalarios gestionados por el grupo **idcsalud**.



Protección de Datos: ¿El paciente puede consultar los datos de su historia clínica desde la Carpeta del Paciente?

Sí, siempre que durante el proceso de registro hayamos podido verificar correctamente sus datos de acceso y tenga abierta historia clínica con alguno de los hospitales o clínicas gestionados por el grupo **idcsalud**.

Si durante el proceso de registro se detecta que alguno de los datos que nos facilita no concuerda con los datos que hay registrados en los diferentes centros de idcsalud, deberá acudir a uno de dichos centros para que podamos verificar su identidad antes de permitirle el acceso a su historia clínica.

¿Cómo se accede a la Carpeta del Paciente?

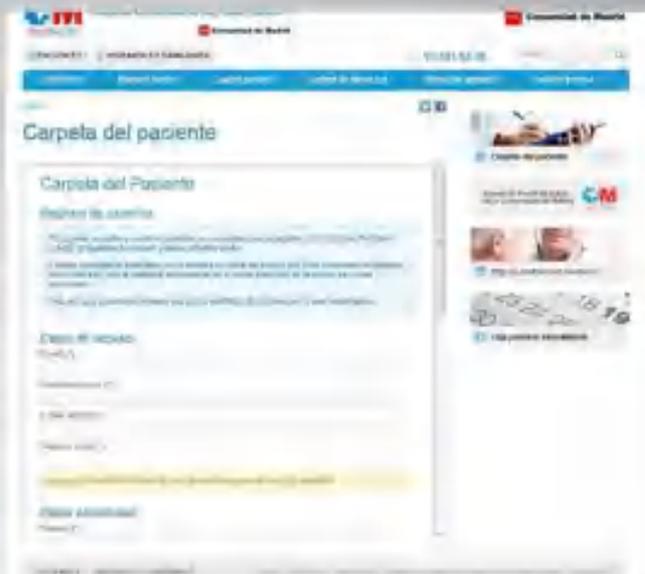
El banner de acceso a la Carpeta del Paciente está ubicado a la derecha de la página del HURJC.



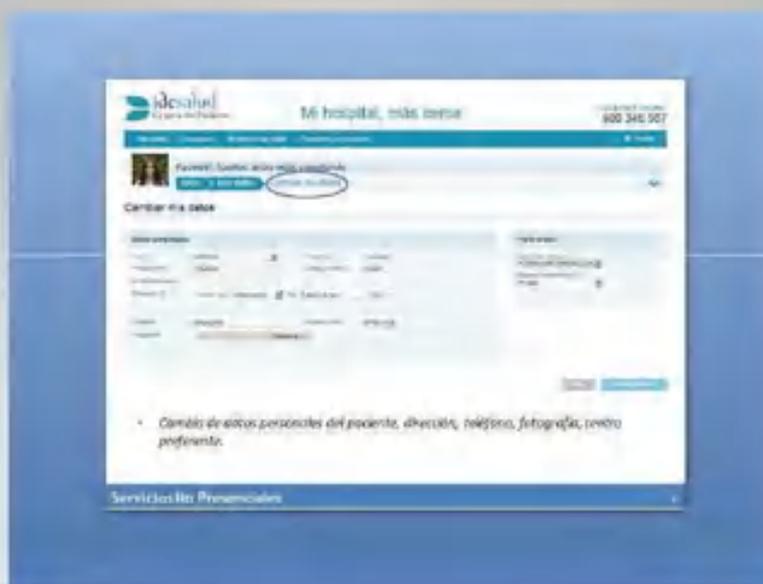
¿Cómo se accede a la Carpeta del Paciente?

Para poder acceder a la Carpeta del Paciente, es necesario registrarse previamente, indicando una serie de datos personales.

Una vez registrado, se podrá acceder a la carpeta del paciente mediante un usuario y contraseña o mediante el uso de DNI electrónico desde la dirección <http://www.idcsalud.es/carpetaapaciente/>



¿Cómo se accede a la Carpeta del Paciente?



¿Qué vamos a conseguir con el proyecto Carpeta del Paciente?

Carpeta del paciente es una apuesta de idcsalud por mejorar los servicios no presenciales ofertados a los pacientes.

Mejora la accesibilidad de dichos pacientes a todos sus informes médicos y pruebas diagnósticas, eliminando trámites previos y consultas innecesarias.

Añadir un valor más al Grupo idcsalud.

Se ha evidenciado la prestación del servicio de traslado de pacientes y materiales comprendiendo las siguientes funciones o tareas:

- Movilización de pacientes y cambios posturales
- Traslado de pacientes fallecidos, obligaciones mortuorias así como las auxiliares de autopsias
- Traslado y circulación de especímenes, muestras y productos relacionados con laboratorios y anatomía patológica
- Tareas de entrega, reparto, recogida y devolución a salas, servicios, unidades, instalaciones y áreas del Hospitalización, incluyendo:
 - Ropa.
 - Mobiliario general y equipamiento clínico.
 - Medicamentos.
 - Correo y mensajería.
 - Gases de uso medicinal.

| Lista Tarea | Tipo Tarea |
|----------------|--|
| PARITORIO 2078 | TRASLADAR PACIENTE |
| PARITORIO 2078 | TRASLADAR MOBILIARIO/EQUIPO |
| PARITORIO 2078 | TRASLADAR AL PACIENTE A BAYAS |
| QUIROFANO | TRAER PACIENTE - URGENTE |
| QUIROFANO | TRASLADAR AL PACIENTE A HOSPITALIZACIÓN |
| QUIROFANO | TRASLADAR MEDICACIÓN |
| QUIROFANO | TRASLADAR MEDICACIÓN - URGENTE |
| QUIROFANO | TRASLADAR MOBILIARIO/EQUIPO |
| QUIROFANO | TRASLADAR AL PACIENTE A BAYAS |
| QUIROFANO | TRASLADAR PACIENTE A RMN |
| QUIROFANO | TRASLADAR PACIENTE A DAC |
| QUIROFANO | TRASLADAR AL PACIENTE A BAYAS |
| DMA | TRAER PACIENTE - URGENTE |
| DMA | TRASLADAR AL PACIENTE A HOSPITALIZACIÓN |
| DMA | TRASLADAR MEDICACIÓN |
| DMA | TRASLADAR MEDICACIÓN - URGENTE |
| DMA | TRASLADAR PACIENTE |
| DMA | TRASLADAR MOBILIARIO/EQUIPO |
| DMA | TRASLADAR AL PACIENTE A BAYAS |
| DMA | TRAER PACIENTE - URGENTE |
| DMA | TRASLADAR AL PACIENTE A TAC/RMN |
| DMA | DEVOLVER PACIENTE A SU UBICACIÓN |
| DMA | TRASLADAR PACIENTE |
| DMA | TRASLADAR AL PACIENTE A BAYAS |
| DMA | TRASLADAR MOBILIARIO/EQUIPO |
| UCI 1366 | AYUDA A MOVILIZAR PACIENTE |
| UCI 1366 | TRAER PACIENTE - URGENTE |
| UCI 1366 | TRASLADAR AL PACIENTE A HOSPITALIZACIÓN |
| UCI 1366 | TRASLADAR PACIENTE |
| UCI 1366 | TRASLADAR MOBILIARIO/EQUIPO |
| UCI 1366 | TRASLADAR AL PACIENTE A TAC/RMN |
| UCI 1366 | TRASLADAR AL PACIENTE A BAYAS |
| UCI 1366 | TRASLADAR AL PACIENTE A BAYAS |
| NEONATOS 2078 | TRAER PACIENTE - URGENTE |
| NEONATOS 2078 | TRASLADAR AL PACIENTE A HOSPITALIZACIÓN |
| NEONATOS 2078 | TRASLADAR PACIENTE |
| NEONATOS 2078 | TRASLADAR MOBILIARIO/EQUIPO |
| NEONATOS 2078 | TRASLADAR AL PACIENTE A BAYAS |
| NEONATOS 2078 | TRASLADAR AL PACIENTE A EDO |
| URGENCIAS 2338 | RECIBIR AL PACIENTE |
| URGENCIAS 2338 | INGRESO PACIENTE |
| URGENCIAS 2338 | TRASLADAR AL PACIENTE A CONSULTAS EXTERNAS |
| URGENCIAS 2338 | TRASLADAR MEDICACIÓN |
| URGENCIAS 2338 | TRASLADAR AL PACIENTE A BAYAS |
| URGENCIAS 2338 | TRASLADAR MEDICACIÓN - URGENTE |

| Lista Tarea | Tipo Tarea |
|----------------|---|
| URGENCIAS 2336 | TRASLADAR AL PACIENTE A UCI |
| URGENCIAS 2338 | TRASLADAR PACIENTE A RUC |
| URGENCIAS 2388 | TRASLADAR PACIENTE A RRV |
| URGENCIAS 2338 | TRASLADAR PACIENTE A TAC |
| URGENCIAS 2338 | TRASLADAR PACIENTE A RMY-URGENTE |
| URGENCIAS 2336 | TRASLADAR PACIENTE A TAC-URGENTE |
| URGENCIAS 2336 | TRASLADAR AL PACIENTE A RUC-URGENTE |
| URGENCIAS 2336 | TRASLADAR MOBILIARIO/EQUIPO |
| URGENCIAS 2339 | TRASLADAR MOBILIARIO/EQUIPO |
| URGENCIAS 2339 | CAMBIO ENTRE BOXES |
| URGENCIAS 2335 | TRASLADAR AL PACIENTE A RAYOS |
| URGENCIAS 2335 | TRASLADAR AL PACIENTE A RAYOS - URGENTE |
| URGENCIAS 2339 | OTROS AL PACIENTE |

Los Servicios pueden realizar peticiones a los Celadores a través de una aplicación, y en tiempo real los Celadores pueden atenderlas a través del dispositivo móvil, en el que se indica el carácter de urgencia de la actuación. Una vez realizada se indica por parte del Celador y por tanto desaparece de las actuaciones pendientes de realizar, por lo que en tiempo real se conocen las necesidades de Celadores del Centro.



**PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE
MANUAL DE ACOGIDA ORGANIZATIVO**

Código:

Edición:

MANUAL DE ACOGIDA ORGANIZATIVO DEL EQUIPO DE CELADORES

INDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. ORGANIGRAMA: DEFINICIÓN DE RESPONSABLES DIRECTOS
4. DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO Y EVALUACIÓN DEL TRABAJADOR
5. ORGANIZACIÓN INTERNA PERSONAL:
 - PLANTELAS
 - CAMBIOS DE PLANILLAS
 - SOLICITUD DE FESTIVOS Y VACACIONES
 - CAMBIOS DE TURNO
6. DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO POR TURNOS
7. INTRODUCCIÓN AL SISTEMA INFORMÁTICO

DESARROLLO MANUAL DE ACOGIDA ORGANIZATIVO:

2. INTRODUCCIÓN

Estimada compañera

En primer lugar quiero darle la bienvenida al Hospital Universitario Infanta Elena, espero que el tiempo que pases con nosotros sea productivo tanto a nivel profesional como personal.

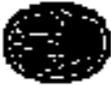
El equipo de Celadores y el personal de este Hospital desea que tu incorporación con nosotros sea lo más satisfactoria posible.

Siempre tendrás un compañero con la experiencia suficiente para resolver tus dudas. También cuentas con tu Responsable directo o Supervisora que te ayudará en lo que necesites.

El Manual de Organización del equipo de celadores forma parte de Pfin de acogida al nuevo trabajador, es un instrumento necesario para el funcionamiento del Hospital, en el que ha colaborado el grupo de celadores y que está abierto a futuras revisiones y modificaciones.

Asociación para la Promoción de la Calidad de Gestión de Celador. Hogar familiar y gestión integral de atención de salud. Asociación de personas con discapacidad de apoyo en el trabajo. Dirección de Gestión de Recursos Humanos. La información que se encuentra en este manual puede ser consultada en el Portal de Celador de Capió Valdemoro



| | |
|--|---------------------------------------|
|  Capio Valdemoro | |
| PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE MANUAL DE ACOGIDA ORGANIZATIVO | Código: Edición: |

2. OBJETIVOS

Nuestro objetivo principal es que te sientas cómodo trabajando con nosotros y estemos seguros de que por la experiencia que voy adquiriendo y tu motivación pronto serás uno más del equipo.

3. ORGANIGRAMA: DEFINICIÓN DE RESPONSABLES DIRECTOS

Gerencia—Dirección de Enfermería—Subdirección —Supervisión.

Dirección de Enfermería: Pilar De Gústiz Hernández.

Subdirección de Enfermería: Mercedes Adria Martínez.

Responsable de Colaciones: Isabel Adilh Montero.

Exención: 3025 (De lunes a Viernes de 8:00 H a 16:00 H)

E-mail: isabel.adilh@idussalud.es

Supervisor de Guardia. Excepción 2337 (De lunes a viernes en turno de tarde y fines de semana y festivos)

El teléfono del Hospital es 910943300.

4. DESCRIPCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO Y EVOLUCIÓN DE TRABAJADOR

Una vez contratado, el trabajador deberá pasar un periodo de prueba hasta su alta definitivo con la empresa. La duración de este periodo de prueba será de un mes. Durante este tiempo la Supervisora realizará una evaluación del desempeño al trabajador que nos permitirá evaluar diferentes factores relacionados con la actividad desempeñada por el trabajador en los son:

- Iniciativa.
- Formación.
- Organización.
- Desarrollo y responsabilidad profesional.
- Comunicación profesional.
- Relaciones con el equipo. Integración.
- Relaciones con el usuario y/o familia.
- Observación de normas.
- Puntualidad, horarios y planificación.
- Responsabilidad.

ATENCión: Toda documentación de carácter de Gestión de Calidad, Medio Ambiente y Seguridad debe ser almacenada en el sistema de gestión de documentación de Capio en su totalidad. Únicamente se podrá acceder a esta información a través del Portal de Calidad de Capio en línea.



Capio Valdemoro

**PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE
MANUAL DE ACOGIDA ORGANIZATIVO**

Código:

Edición:

La Evaluación del Desempeño habrá que realizarla al final del periodo de prueba, a la finalización del contrato en el personal eventual y de forma anual al personal indefinido.

El objetivo de la Evaluación del trabajador es comprobar el grado de adaptación del profesional a las actividades asignadas así como fomentar la cooperación y la comunicación tanto con el resto del equipo como con los usuarios y tener información sobre como es percibida su actividad profesional.

6. ORGANIZACIÓN INTERNA PERSONAL:

6.1. DOTACIÓN DE PERSONAL, SISTEMA Y DISTRIBUCIÓN POR TURNOS:

LUNES-VIERNES: TURNO DE MAÑANA

- HOSPITALIZACIÓN 0: 1876
- HOSPITALIZACIÓN 1 + HOSPITAL DE DÍA: 2078 (HE, Parto-to, CCEE)+ 2081 (HO, Resuscitación)
- HOSPITALIZACIÓN 2: 2082
- HOSPITALIZACIÓN LH: 2080
- UCI: 1866
- URGENCIAS: 2339
- LOCALIZADO URGENCIAS: 2338
- PUERTA URGENCIAS: 2340
- QUIRÓFANO: 2468

LUNES-VIERNES: TURNO DE TARDE

- HOSPITALIZACIÓN 0: 1869 (HO)
- HOSPITALIZACIÓN 1: 2078 (HI - Parto-to)
- HOSPITALIZACIÓN 2: 2082
- HOSPITALIZACIÓN JH: 2080
- UCI: 1866
- URGENCIAS: 2339
- LOCALIZADO URGENCIAS: 2338
- PUERTA URGENCIAS: 2340
- QUIRÓFANO: 2461

FIN DE SEMANA Y FESTIVOS: TURNO DE MAÑANA

- HOSPITALIZACIÓN 0: 1835 (HO, U.H.)
- HOSPITALIZACIÓN 1: 2078 (HI)
- HOSPITALIZACIÓN 2: 2082
- HOSPITALIZACIÓN UH: 2080
- UCI: 1866
- URGENCIAS: 2339
- LOCALIZADO URGENCIAS: 2338
- PUERTA URGENCIAS: 2340

ATENCIONES: Toda documentación generada por el Centro de Calidad, Sede Médica y Gestión Clínica quedará a la disposición de los usuarios para cualquier consulta o reclamación. Toda información generada por el Centro de Calidad quedará a disposición de los usuarios para cualquier consulta o reclamación.





**PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE
MANUAL DE ACOGIDA ORGANIZATIVO**

Código:

Edición:

Se realizará un cambio parcial entre los celadores ubicados en Hospitalización (HD, Ucl y H2) del nivel de H21 Torrejón.

FIN DE SEMANA Y FESTIVOS: TURNO DE TARDE

- HOSPITALIZACIÓN 2: 1335
- HOSPITALIZACIÓN 2: 2082
- HOSPITALIZACIÓN JH: 2089
- URGENCIAS: 2229
- LOCALIZADO: 2338
- PLANTA URGENCIAS: 2340

La distribución de Recursos Humanos se distribuye de la siguiente manera:

- 51 Celadores distribuidos en:
 - 4 relaciones con turno de noche. Ubicados en URG y que cubrirán cobertura a las distintas áreas del hospital que así lo requieran.
 - 17 relaciones con turno de mañana distribuidos en los servicios de UCL (2), HDSP (3), CCES-HD (1), CC (1), UAC (3),
 - 8 celadores con turno de tarde distribuidos en los servicios de UCL (1), HDSP (1), CC (1), URG (3).
 - 8 celadores con turnos de mañana y tarde que cubrirán los diferentes centros en función de las libranzas de los celadores de mañana y de tarde.

PRESENCIAS DE LUNES A VIERNES

- MAÑANA UCL: 1 CELADOR
- TARDE UCL: 1 CELADOR
- MAÑANA PLANTA: 3 CELADORES
- TARDE PLANTA: 3 CELADORES
- MAÑANA CCES-HD Y FARMACIA: 1 CELADOR
- MAÑANA MAÑANA QUIRÓFANO: 4 CELADORES
- TARDE QUIRÓFANO: 1 CELADOR
- NOCHE: 3 CELADORES

PRESENCIAS FINES DE SEMANA Y FESTIVOS

- MAÑANA UCL: 1 CELADOR
- TARDE UCL: 1 oferta por el celador que implique la separación de guardia
- MAÑANA PLANTA: 3 CELADORES
- TARDE PLANTA: 3 CELADOR
- MAÑANA URGENCIAS: 3 CELADORES
- TARDE URGENCIAS: 3 CELADORES

ADVERTIR: Todo documento que aparezca con el logotipo de Capio, Neolife, Amosca y Beaker, tiene carácter confidencial de la información contenida en el mismo. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta información. Queda permitida la impresión en su totalidad en su formato original.





**PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE
MANUAL DE ACOGIDA ORGANIZATIVO**

Código:

Edición:

4. INICIATIVA DE CAMBIOS

5.3 CAMBIOS DE PLANTAS

La petición de cambios de planta debe realizarse a través de la intranet del Hospital en el lugar destinado para ello "Solicitud de cambio de turno". Una vez rellenada dicha solicitud la superintendente realizará una notificación en su correo electrónico y esta será la encargada de ambular dicho cambio, salvo en situaciones excepcionales los cambios de planta se autorizarán por personal de otras unidades.

En el período vacacional debemos tener en cuenta a la hora de autorizar los cambios que siempre debe haber en cada turno personal antiguo de la unidad.

5.3 SOLICITUD DE PERIUDOS Y VACACIONES

La solicitud de períodos retribuidos debe realizarse por medio del formato oficial que se da en la intranet del Hospital en el portal de HEMPA, con suficiente antelación, procediendo para ser efectivos la autorización por la responsable directa y la misma en la pantalla oficial de la Unidad.

La elección de vacaciones y festivos se realiza mediante consenso entre el personal. La firma de estas debe consensuarse entre el equipo tras una reunión en el año 2013. El período de vacaciones está comprendido entre Junio y Septiembre.

5.4 CAMBIOS DE TURNO O PARTE DE TRABAJO

Los cambios de turno o el parte de trabajo se llevará a cabo de forma oral, por lo que será aconsejable que el comienzo del turno o jornada se realice unos minutos antes de la hora establecida con el fin de poder transmitir el turno frente todas las incidencias presentadas a lo largo del turno anterior.

5.5 IDENTIFICACIÓN

Todo profesional que esté en contacto con el paciente debe hacer una presentación verbal ante el informándole de su categoría, nombre y apellido y debe portar, de manera obligatoria la Tarjeta de Identificación personal que debe exhibirse prontida del uniforme y en un lugar visible por el paciente. Es responsabilidad del profesional la correcta utilización, conservación y custodia de la Tarjeta de la que es titular.

5.6 UNIFORMIDAD

Proyectar una buena imagen general, aumenta la confianza del paciente en el profesional que lo atiende. El trabajador deberá acudir al Hospital con un aspecto limpio y aseado, deberá vestir únicamente las prendas que componen la uniformidad y no otras. La diferenciación en los elementos distintivos del atuendo de cada profesional según su categoría, evita la confusión del paciente.

ALERTACIÓN: Este procedimiento de sistema de Gestión de Calidad, desde Auditoría y Gestión, tiene como objetivo la mejora de los procesos de trabajo en el Hospital, concretamente se considera de carácter interno y no debe ser publicado en el Portal de Gestión de Calidad.



| | |
|--|---------------------|
|  Capio Valdemoro | |
| PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE MANUAL DE ACOGIDA ORGANIZATIVO | Código: Edición: |

El trabajador podrá recibir su correspondiente uniforme en el Servicio de Bendecia, ubicado en la planta 1 de Hmofa, para recoger un uniforme limpio será indispensable la entrega del usado. El horario de recepción será de lunes a Viernes de 7:30h a 8:30h en turno de mañana y de 14:30h a 15:30h en turno de tarde. Además, dentro de la Unidad de Quirófano, UCI y Parto también habrá uniformes para poder ser utilizados por el personal que trabaje en estas unidades.

6. DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO POR TURNOS

➤ RELACIONES UCI DE LUNES-VIERNES

TURNO DE MAÑANA UCI: 1866

-A primera hora de la mañana se trasladará el personal de UCI desde este servicio a UCI.

-Al comenzar el turno se realizará el inventario del material necesario para realizar el trabajo durante la jornada laboral como batas de algodón (4), sillas de ruedas (1), y se anotará en el cuaderno de balances de la Unidad. De mismo modo se revisará el material de la Unidad y en el caso de que haya algo averiado, se avisará al supervisor correspondiente y se anotará en el citado cuaderno.

-De 10h a 12h colaborará con el resto de personal de UCI a realizar los técnicos necesarios e de necesidad de la presencia del operador.

-Al finalizar los turnos se avisa a supervisión de balances (3025) o Supervisión de UCI (1360) para poder reforzar o dar cobertura a otros servicios que lo precisen.

-Se pedirá al servicio de farmacia para recoger los pedidos correspondientes a cambios de turnos cuando sea avisado por este servicio.

-Se realizan los cambios puntuales oportunos y se realizan los trabajos de pacientes a planta.

-El traslado a UCI de los pacientes procedentes de quirófano se llevará a cabo por el operador ubicado en UCI.

-El cambio de turno se realizará en la puerta de UCI.

TURNO DE TARDE UCI: 1866

-Acudirá al servicio de Quirófano (15-16h) para reforzar el trabajo junto a su compañero de Quirófano si no hay nada pendiente de realizarse UCI y si no se le llama desde dicha unidad.

-Al comenzar el turno se realizará el inventario del material necesario para realizar el trabajo durante la jornada laboral como batas de algodón (4), sillas de ruedas (1), y se anotará en el cuaderno de balances de la Unidad. De mismo modo se revisará el material de la Unidad y en el caso de que haya algo averiado, se avisará al supervisor correspondiente y se anotará en el citado cuaderno.

Aunque el procedimiento del sistema de gestión de calidad, tiene carácter y finalidad preventiva cuando se refieren a los procedimientos de gestión de calidad, únicamente se aplicará cuando se trate de actividades que se realicen en el ámbito de calidad de los servicios de salud.

| | |
|--|---------------------|
|  Capio Valdemoro | |
| PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE MANUAL DE ACUGIDA ORGANIZATIVO | Código: Edición: |

-Desde las 16:30h hasta las 15h, se colaborará con el resto del personal de la unidad para realizar los cambios posturales necesarios a los pacientes y aplicar las cuidados pertinentes a los mismos que requieran de la presencia de un colador.

-Se avisará desde el servicio de Farmacia para recoger los cambios de tratamiento de los pacientes, así como los pedidos que sean necesarios subir a la unidad.

-Desde las 22:30 hasta el final del turno se ayudará al personal que comienza el turno de noche en UCI a realizar las maniobras necesarias en cada paciente.

-Si se precisa refuerzo, avisar al Supervisor de guardia (2337).

➤ **COLADORES UCITIVOS DE SEMANA Y FESTIVOS WIFE: 1366**

TURNO DE MAÑANA WIFE: 1366

Desarrollará las tareas como se indica en el apartado exterior (COLADORES UCITIVOS DE LUNES A VIERNES, TURNO DE MAÑANA), excepto que el cambio de turno no se lo tiene que dar a ningún colador puesto que en dicha unidad en turno de tarde no hay.

TURNO DE TARDE

Si a lo largo de turno de tarde el personal de Enfermería de UCI requiere colador, avisará al supervisor de guardia y éste indicará al colador que estime oportuno que acuda a UCI.

***HORARIO CAMBIOS POSTURALES EN UCI (TODOS LOS TURNOS) 17:00h, 20:00h, 24:00h, 4:00h, 7:00h.**

El colador ubicado en UCI y el colador ubicado en UL en turno de noche, acudirán a realizar los cambios posturales a UCI sin esperar a que el personal de Enfermería de la unidad lo llame.

➤ **COLADORES PLANTA DE LUNES-VIERNES**

TURNO DE MAÑANA

-Hay tres presencias en el turno de mañana con los siguientes teléfonos: 1335(H3)-2082(H2)-2080(U-1).

-Se revisará el material necesario para el traslado de los pacientes (baterías de ruedas (4), barras o balas de oxígeno (3)) de las diferentes unidades se revisará su capacidad. En el caso de detectar alguna falta, se avisará a la supervisión de la unidad y todo ello se anotará en el cuaderno de reladores de la unidad.

-Se revisará la planta de la Unidad correspondiente para verificar si se precisa de Rehabilitación de algún paciente ingresado, y la hora de la misma para poder trasladar al Gimnasio a los mismos.

***REVISIÓN** Toda documentación que genere el personal de H3, H2, U-1, H-1, H-2, H-3, H-4, H-5, H-6, H-7, H-8, H-9, H-10, H-11, H-12, H-13, H-14, H-15, H-16, H-17, H-18, H-19, H-20, H-21, H-22, H-23, H-24, H-25, H-26, H-27, H-28, H-29, H-30, H-31, H-32, H-33, H-34, H-35, H-36, H-37, H-38, H-39, H-40, H-41, H-42, H-43, H-44, H-45, H-46, H-47, H-48, H-49, H-50, H-51, H-52, H-53, H-54, H-55, H-56, H-57, H-58, H-59, H-60, H-61, H-62, H-63, H-64, H-65, H-66, H-67, H-68, H-69, H-70, H-71, H-72, H-73, H-74, H-75, H-76, H-77, H-78, H-79, H-80, H-81, H-82, H-83, H-84, H-85, H-86, H-87, H-88, H-89, H-90, H-91, H-92, H-93, H-94, H-95, H-96, H-97, H-98, H-99, H-100, H-101, H-102, H-103, H-104, H-105, H-106, H-107, H-108, H-109, H-110, H-111, H-112, H-113, H-114, H-115, H-116, H-117, H-118, H-119, H-120, H-121, H-122, H-123, H-124, H-125, H-126, H-127, H-128, H-129, H-130, H-131, H-132, H-133, H-134, H-135, H-136, H-137, H-138, H-139, H-140, H-141, H-142, H-143, H-144, H-145, H-146, H-147, H-148, H-149, H-150, H-151, H-152, H-153, H-154, H-155, H-156, H-157, H-158, H-159, H-160, H-161, H-162, H-163, H-164, H-165, H-166, H-167, H-168, H-169, H-170, H-171, H-172, H-173, H-174, H-175, H-176, H-177, H-178, H-179, H-180, H-181, H-182, H-183, H-184, H-185, H-186, H-187, H-188, H-189, H-190, H-191, H-192, H-193, H-194, H-195, H-196, H-197, H-198, H-199, H-200, H-201, H-202, H-203, H-204, H-205, H-206, H-207, H-208, H-209, H-210, H-211, H-212, H-213, H-214, H-215, H-216, H-217, H-218, H-219, H-220, H-221, H-222, H-223, H-224, H-225, H-226, H-227, H-228, H-229, H-230, H-231, H-232, H-233, H-234, H-235, H-236, H-237, H-238, H-239, H-240, H-241, H-242, H-243, H-244, H-245, H-246, H-247, H-248, H-249, H-250, H-251, H-252, H-253, H-254, H-255, H-256, H-257, H-258, H-259, H-260, H-261, H-262, H-263, H-264, H-265, H-266, H-267, H-268, H-269, H-270, H-271, H-272, H-273, H-274, H-275, H-276, H-277, H-278, H-279, H-280, H-281, H-282, H-283, H-284, H-285, H-286, H-287, H-288, H-289, H-290, H-291, H-292, H-293, H-294, H-295, H-296, H-297, H-298, H-299, H-300, H-301, H-302, H-303, H-304, H-305, H-306, H-307, H-308, H-309, H-310, H-311, H-312, H-313, H-314, H-315, H-316, H-317, H-318, H-319, H-320, H-321, H-322, H-323, H-324, H-325, H-326, H-327, H-328, H-329, H-330, H-331, H-332, H-333, H-334, H-335, H-336, H-337, H-338, H-339, H-340, H-341, H-342, H-343, H-344, H-345, H-346, H-347, H-348, H-349, H-350, H-351, H-352, H-353, H-354, H-355, H-356, H-357, H-358, H-359, H-360, H-361, H-362, H-363, H-364, H-365, H-366, H-367, H-368, H-369, H-370, H-371, H-372, H-373, H-374, H-375, H-376, H-377, H-378, H-379, H-380, H-381, H-382, H-383, H-384, H-385, H-386, H-387, H-388, H-389, H-390, H-391, H-392, H-393, H-394, H-395, H-396, H-397, H-398, H-399, H-400, H-401, H-402, H-403, H-404, H-405, H-406, H-407, H-408, H-409, H-410, H-411, H-412, H-413, H-414, H-415, H-416, H-417, H-418, H-419, H-420, H-421, H-422, H-423, H-424, H-425, H-426, H-427, H-428, H-429, H-430, H-431, H-432, H-433, H-434, H-435, H-436, H-437, H-438, H-439, H-440, H-441, H-442, H-443, H-444, H-445, H-446, H-447, H-448, H-449, H-450, H-451, H-452, H-453, H-454, H-455, H-456, H-457, H-458, H-459, H-460, H-461, H-462, H-463, H-464, H-465, H-466, H-467, H-468, H-469, H-470, H-471, H-472, H-473, H-474, H-475, H-476, H-477, H-478, H-479, H-480, H-481, H-482, H-483, H-484, H-485, H-486, H-487, H-488, H-489, H-490, H-491, H-492, H-493, H-494, H-495, H-496, H-497, H-498, H-499, H-500, H-501, H-502, H-503, H-504, H-505, H-506, H-507, H-508, H-509, H-510, H-511, H-512, H-513, H-514, H-515, H-516, H-517, H-518, H-519, H-520, H-521, H-522, H-523, H-524, H-525, H-526, H-527, H-528, H-529, H-530, H-531, H-532, H-533, H-534, H-535, H-536, H-537, H-538, H-539, H-540, H-541, H-542, H-543, H-544, H-545, H-546, H-547, H-548, H-549, H-550, H-551, H-552, H-553, H-554, H-555, H-556, H-557, H-558, H-559, H-560, H-561, H-562, H-563, H-564, H-565, H-566, H-567, H-568, H-569, H-570, H-571, H-572, H-573, H-574, H-575, H-576, H-577, H-578, H-579, H-580, H-581, H-582, H-583, H-584, H-585, H-586, H-587, H-588, H-589, H-590, H-591, H-592, H-593, H-594, H-595, H-596, H-597, H-598, H-599, H-600, H-601, H-602, H-603, H-604, H-605, H-606, H-607, H-608, H-609, H-610, H-611, H-612, H-613, H-614, H-615, H-616, H-617, H-618, H-619, H-620, H-621, H-622, H-623, H-624, H-625, H-626, H-627, H-628, H-629, H-630, H-631, H-632, H-633, H-634, H-635, H-636, H-637, H-638, H-639, H-640, H-641, H-642, H-643, H-644, H-645, H-646, H-647, H-648, H-649, H-650, H-651, H-652, H-653, H-654, H-655, H-656, H-657, H-658, H-659, H-660, H-661, H-662, H-663, H-664, H-665, H-666, H-667, H-668, H-669, H-670, H-671, H-672, H-673, H-674, H-675, H-676, H-677, H-678, H-679, H-680, H-681, H-682, H-683, H-684, H-685, H-686, H-687, H-688, H-689, H-690, H-691, H-692, H-693, H-694, H-695, H-696, H-697, H-698, H-699, H-700, H-701, H-702, H-703, H-704, H-705, H-706, H-707, H-708, H-709, H-710, H-711, H-712, H-713, H-714, H-715, H-716, H-717, H-718, H-719, H-720, H-721, H-722, H-723, H-724, H-725, H-726, H-727, H-728, H-729, H-730, H-731, H-732, H-733, H-734, H-735, H-736, H-737, H-738, H-739, H-740, H-741, H-742, H-743, H-744, H-745, H-746, H-747, H-748, H-749, H-750, H-751, H-752, H-753, H-754, H-755, H-756, H-757, H-758, H-759, H-760, H-761, H-762, H-763, H-764, H-765, H-766, H-767, H-768, H-769, H-770, H-771, H-772, H-773, H-774, H-775, H-776, H-777, H-778, H-779, H-780, H-781, H-782, H-783, H-784, H-785, H-786, H-787, H-788, H-789, H-790, H-791, H-792, H-793, H-794, H-795, H-796, H-797, H-798, H-799, H-800, H-801, H-802, H-803, H-804, H-805, H-806, H-807, H-808, H-809, H-810, H-811, H-812, H-813, H-814, H-815, H-816, H-817, H-818, H-819, H-820, H-821, H-822, H-823, H-824, H-825, H-826, H-827, H-828, H-829, H-830, H-831, H-832, H-833, H-834, H-835, H-836, H-837, H-838, H-839, H-840, H-841, H-842, H-843, H-844, H-845, H-846, H-847, H-848, H-849, H-850, H-851, H-852, H-853, H-854, H-855, H-856, H-857, H-858, H-859, H-860, H-861, H-862, H-863, H-864, H-865, H-866, H-867, H-868, H-869, H-870, H-871, H-872, H-873, H-874, H-875, H-876, H-877, H-878, H-879, H-880, H-881, H-882, H-883, H-884, H-885, H-886, H-887, H-888, H-889, H-890, H-891, H-892, H-893, H-894, H-895, H-896, H-897, H-898, H-899, H-900, H-901, H-902, H-903, H-904, H-905, H-906, H-907, H-908, H-909, H-910, H-911, H-912, H-913, H-914, H-915, H-916, H-917, H-918, H-919, H-920, H-921, H-922, H-923, H-924, H-925, H-926, H-927, H-928, H-929, H-930, H-931, H-932, H-933, H-934, H-935, H-936, H-937, H-938, H-939, H-940, H-941, H-942, H-943, H-944, H-945, H-946, H-947, H-948, H-949, H-950, H-951, H-952, H-953, H-954, H-955, H-956, H-957, H-958, H-959, H-960, H-961, H-962, H-963, H-964, H-965, H-966, H-967, H-968, H-969, H-970, H-971, H-972, H-973, H-974, H-975, H-976, H-977, H-978, H-979, H-980, H-981, H-982, H-983, H-984, H-985, H-986, H-987, H-988, H-989, H-990, H-991, H-992, H-993, H-994, H-995, H-996, H-997, H-998, H-999, H-1000.





**PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE
MANUAL DE ACOGIDA ORGANIZATIVO**

Código:

Edición:

- Colaborará con el personal de la planta en las movilizaciones o técnicas que requiera la Unidad a fin de realizar
- El selector de hospitalización se hará cargo del servicio de farmacia, tanto el traslado del paciente a este servicio como la recogida del mismo.
- *En el caso en el que solo haya una presencia de celador para los servicios de CC.EE y U. de Día, serán los celadores de planta los encargados de retornar a los pacientes a su unidad de origen.
- Se trasladará a los pacientes ingresados en la unidad de ID, HI, Neónidos y H2 a los cuadros de servicios solicitados tales como: RAU, YAC, RNM, Uraultra, Rehabilitación, etc., previo aviso del servicio emisor. Teniendo en cuenta el Check List de traslados intrahospitalarios.
- El servicio de Farmacia ayudará para recoger el pedido de la Unidad correspondiente y los cambios en el tratamiento médico de los pacientes, así como las labores que sea necesarios determinados fármacos en las unidades de hospitalización.
- Si es necesario, se ayudará al celador de Quiéropo a llevar a los pacientes a este servicio o a recogerlos desde CMA para trasladarlos a su unidad correspondiente.
- A partir de las 14h se colaborará con el personal de la planta a movilizar a los pacientes que lo requieran para realizar con fines previos a los traslados SIMON-coma, etc.

TURNO DE TARDE

- Se recibirá el parte de trabajo con el turno anterior.
- A las 15h habrá dos celadores de hospitalización, los que NO llevarán Parf or E, o Farmacia a recoger el parte que contiene los cambios de medicación.

CIRCUITO DE FARMACIA TURNO DE TARDE DE LUNES A SÁBADO:

- A las 15h (a las 17,30h. el es sábado) acudirán al servicio de Farmacia dos celadores de hospitalización, los que NO llevarán Parf or E.
- El personal de Farmacia entregará al celador:
 1. Caja que contiene cajetines de medicación graduable para las 24h siguientes de los pacientes ingresados en las distintas áreas.
 2. Caja que contiene medicación que no puede introducirse en los cajetines antes mencionados.
 3. Lajetin que contiene medicación que precisa REFRIGERACIÓN y debe transportarse siguiendo la cadena de frío.
- El celador repartirá toda esta medicación a los diferentes servicios de la siguiente manera:
 1. Mandará el cajetin de INFERRA en la propia de cada Unidad, recogiendo el parte anterior que se encuentre en la misma. En el caso en el que exista medicación en el cajetin a recibir, se avisará a la

ATENCIÓN: Toda entrega de fármacos de Farmacia de Salud Medio Ambiente o Gestión Especializada, de la Unidad que forma parte de seguir no enboxedo. Juntamente se entregará un control de entrega de medicamentos en el momento de recibir la Unidad de Cupo vacante.



**PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE
MANUAL DE ACOGIDA ORGANIZATIVO**

Código:
Edición:

enfermeras para que confirmen si se puede devolver dicha medicación a ser posible quedar en la Unidad para su posterior administración.

2. **IMPORTANTE:** Este circuito de MEDICINA solo se realizará de lunes a viernes, pues los sábados por la tarde y los domingos no existe personal en Farmacia por lo que la medicación no se verá que se consigue de este servicio. No poder seguir la cadena de vida durante el fin de semana.
3. Se retirará la caja de medicación (si existiera) de la Unidad correspondiente y se repondrá la nueva. En el caso en el que exista medicación en el cajetín o retror, se avisará a la enfermera para que confirme si se puede devolver dicha medicación o si se debe quedar en la Unidad para su posterior administración.
4. Se retirarán los cajetines de medicación de los enfermos de enfermería y se reemplazarán los nuevos.

-El celador acompañará al personal de Enfermería de la unidad de hospitalización durante la "onda", como se realiza durante el turno de mañana.

-Durante el transcurso de la tanda de irán trasladado a los pacientes a los proyectos organizados como RA, TAC, PNIY, Rehabilitación, etc., previo aviso del servicio solicitante. Teniendo en cuenta el Check List de trasladados intrahospitalarios.

-Farmacia avisará de los cambios de unidades al celador de la Unidad correspondiente.

Avisar al supervisor cuando se finalice la tarea en la unidad de ubicación para poder dar cobertura a otros servicios.

-A lo largo de la tanda se irán realizando las citas de los pacientes que lo precisen, trasladando a su momento a la muerte de Rehabilitación para montarlos en las ambulancias correspondientes.

• CELADORES PLANTA FIN DE SEMANA Y FESTIVOS

Se realizarán las mismas tareas mencionadas anteriormente y se colaborará con el celador que lo precise.

• CELADOR DE ODÉ, LABORATORIO, H.I., HOSPITAL DE DÍA Y REHABILITACIÓN:

TURNO MAÑANA:

-Este celador llevará el wit 2073 y el 2081.

-A primera hora se revisará el material disponible y estropeado para la posterior anotación en el cuaderno de evoluciones de la unidad correspondiente. Deberá existir 3 Bala de O2 en las siguientes consultas: Curas (C-36) 1 bala, Estudio del sueño (C-29) 1 bala, Cardiología (C-8 y C-9) 2 balas, Neumología (C-22) 1 Bala, Dfala: estudio - Optometría: 1 bala (C-28), Alergia (C-14) 1 polo. También revisará el material disponible (1 bala y 1 silla de ruedas) y estropeado en HD.

Navidad al día de ruedas: 1 en Extracciones y 1 en el Almacén.

6. **LEGISLACIÓN:** Expediente de la planta de Gestión de Calidad, Normas Anexas y Normas Internas en cumplimiento de lo establecido en el artículo 17 de la Ley 17/2003 de acceso a la información pública y en el artículo 17 de la Ley 39/2015 de Procedimiento Administrativo Común de los organismos de la Administración General del Estado y del resto de las Administraciones Públicas.





Capio Valdemoro

**PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE
MANUAL DE ACOGIDA ORGANIZATIVO**

Código:

Edición:

-> partir de esta hora se atenderá la demanda que se produzca en el servicio de UTPE, Parto, MD, Farmacia y Rehabilitación.

No se desviarán a los pacientes desde las consultas a sus unidades correspondientes, el retorno lo tendrá que realizar el cedente de la unidad de procedencia del paciente.

***LUNES:** A primera hora de la mañana se moverá el ecógrafo desde la consulta (C-15) de Pediatría a (C-7) de Cardiología.

***MARTES:** A primera hora de la mañana se moverá el ecógrafo desde la consulta de Digestivo (C-32) a la consulta de vascular (C-E).

***MIÉRCOLES:** A primera hora se moverá el ecógrafo que parte desde la consulta de Cardiología (C-7) a la (C-12) de Pediatría. A la última hora de la mañana se moverá el ecógrafo desde la consulta de vascular a la consulta de Digestivo.

***JUEVES:** Revisión de ecógrafo del miércoles. A las 14.30h-15h se llevará el ecógrafo de la consulta de Urología (C-13) a la consulta de Digestivo (C-32).

***VIERNES:** A primera hora de la mañana se moverá el ecógrafo de la consulta de Digestivo (C-32) a la consulta de Urología (C-13), y el tensiómetro de torca desde la consulta de Cardiología (C-7) a la consulta de Pediatría (C-12).

TURNO TARDE:

DE LLINER A VIERNES EXISTEN CONSULTAS DE TARDE, POR LO QUE PUEDE SER REQUERIDA LA PRESENCIA DEL CEDENTE (2078).

El cedente de hospitalización que lleva el nº 2078 atenderá Parto y MD.

-> RELACION DE QUIRÓFANO DE LUNES A VIERNES:

TURNO DE MAÑANA:

-Se inicia la mañana iniciando el parto quirúrgico del día.

-Se organizan los quirófanos conociendo qué especialidad quirúrgica va a operar en cada quirófano y los procedimientos que se van a llevar a cabo. La necesidad del material dentro o fuera de los quirófanos para cada procedimiento a lo largo de la mañana a su personal de enfermería.

-Supervisan que todas las mesas quirúrgicas tengan su turno de firma, en especial lo hará el cedente del turno de tarde.

-Revisarán que todos los materiales de las mesas estén limpios y en uso (avisando al supervisor de quirófanos por incidencias en el momento).

ATENCIÓN: Toda consulta en el régimen de Atención de Urgencias, Nocturnas y Festivos siempre se atenderá de forma prioritaria con consideración de tener en cuenta el momento de llegada de la paciente a la planta de urgencias del Hospital de Capio, y de la Unidad de Cuidados Críticos.



**PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE
MANUAL DE ACOGIDA ORGANIZATIVO**

Código:
Edición:

Realizarán los traslados desde hospitalización a la CMA de aquellos pacientes programados e ingresados.

-El traslado del paciente al quirófano será siempre comunicado antes de salirle al personal de enfermería, y se registrará su traslado internéticamente en el ordenador correspondiente. Del mismo modo se procederá una vez se saque el paciente del quirófano a la CMA y desde ésta a la unidad de hospitalización o en su día.

-Los traslados de pacientes urgentes que no están incluidos en la programación quirúrgica del día, se realizarán por el conductor de la dotación donde se encuentre el paciente ingresado (urgencias, hospitalización y UCI).

-Realizarán los traslados de material que sea necesario en un momento concreto, desde a través farmacia, etc.

Montaje y desmontaje para cada procedimiento de la mesa quirúrgica, según las indicaciones del personal quirúrgico.

-Se atenderán las llamadas de sala quirúrgica y sala de endoscopias para colocación del paciente, colocación de material o mesa quirúrgica.

-La entrada de los pacientes al quirófano se realizará en cama, sillón o en algunos casos deambulatorio, según el procedimiento a realizar, por el pasillo intermedio (in-sudq al Amplo), siguiendo el protocolo.

-La cama o sillón de cada paciente se ubicará en el pasillo intermedio hasta la finalización de cada procedimiento.

-Al finalizar los procedimientos se movilizará al paciente a su cama o sillón y se le trasladará a la recuperación o CMA.

-Se ayudará a la preparación y movilización, para el traslado de los pacientes que se dirigen a UC. El traslado a UC se favorece a cargo del conductor ubicado en UCI.

-Colaborarán en la movilización de los pacientes del bloque quirúrgico.

-Realizarán los traslados a hospitalización de los pacientes de alta en la recuperación quirúrgica. Una vez trasladado el paciente, se registrará la cama a la recuperación.

-También llevarán a cabo cualquier traslado desde la recuperación hacia las otras unidades que requiera el paciente (de ambulancias, Urgencias).

-Finalizadas las cirugías programadas, se recogerá todo el material que se ha utilizado en ese día (toraxes de laparoscopia, ecógrafa, microscopios, etc.).

-Se dejará todo el material conocido en el sitio indicado en el almacén de aparataje.

-Cuando se haya finalizado cada quirófano se conectarán las mesas quirúrgicas para sujar las bacterias, en especial el colado del turno de tarde.

-Para aquellos pacientes que provienen de Partorión, se preparará una cama en el pasillo intermedio, para el traslado de la paciente a la recuperación al finalizar la cirugía.

NOTACIÓN: Todo el desarrollo del sistema de trabajo de CMA, tiene un tiempo y unos recursos asignados y el cumplimiento de cada una de las tareas de trabajo. Cualquier modificación debe ser comunicada al personal del Área de Calidad de Capió Valdemoro.





Capió Valdemoro

PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE MANUAL DE ACOGIDA ORGANIZATIVO

Edición:

Edición:

El tránsito que se use para la movilización de los pacientes, se mantendrá limpio y colgado en su sitio, en el pasillo limpio, mientras no se requiera.

En las salas de endoscopia se organizará de la siguiente forma los quirófanos. Aunque la demanda de material necesario para cada día es inferior a los quirófanos. El paciente procedente de otras unidades que requiera una prueba endoscópica, será trasladado por el coche de la unidad donde se encuentra el paciente. Los pacientes ingresados o de urgencias que hayan sido dados de alta en la unidad de quirófanos serán registrados en la unidad siendo trasladados por el celador de quirófano.

El celador cuya ubicación en la plantilla es (1) será el encargado de organizar a los tres celadores más ubicados en Quirófano, asignado al wif 2468 en quien estime oportuno.

El celador que salga de Quirófano para ir a Farmacia o realizar algún trámite deberá de llevar el wif (2456).

TURNO DE TARDE:

• Colocar los timbres desechables en el turno anterior.

• En el caso de haber una presencia menor en el turno de tarde, sólo dos celadores como Hospitalización, el celador de Quirófano trasladará a los pacientes absentes en Peritoth que precepto entrar en Quirófano.

➤ CELADOR DE QUIRÓFANO FINES DE SEMANA Y FESTIVOS:

Los trasladados de pacientes a Quirófano, se realizarán por el celador de la unidad donde se encuentra el paciente Ingresado (Urgencias, Hospitalización, UCI).

TAREAS COMPLEMENTARIAS:

- Llevar al registro de camas, sillas, silla de ruedas y bañador de UCI de la dotación de la unidad anotándolo en el cuaderno utilizado en el turno de celadores de la Unidad.
- Registrarán las incidencias de aparatos de diálisis quirúrgica y se comunicará a Supervisión de Quirófano (2482).
- Colocarán y limpiarán los accesorios quirúrgicos.
- En los quirófanos y pasillos no se podrá acumular material que no sea necesario para los procedimientos que se están realizando. Sólo se podrá dejar dentro de los quirófanos los aparatos y auto de anestesia de la noche quirúrgica.

➤ CELADOR DE URGENCIAS:

- Al Celador de Urgencia (turno día y noche)

Al iniciar su turno comprobará que el timbre de ALARMA se encuentra correctamente armado, que están todas las sillas de ruedas del servicio localizadas anotándolo en la hoja de registro y que la caja de medicación de urgencia se encuentra en su sitio. Así mismo comprobará que en el cuarto de celadores están las 3 buxobulnas de O2 con respóndemes y que estén llenas.

A MENCIÓN: Toda copia de este documento quedará en el archivo de Gestión de Calidad, Plan de Mejora Continua y Registro de Incidencias. El presente documento quedará en vigor desde la fecha de aprobación de este documento por el Comité de Gestión de Calidad del Hospital de Capió Valdemoro en la fecha de redacción de la Instrucción Manual de Capió Valdemoro.



**PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE
MANUAL DE ACOGIDA ORGANIZATIVO**

número:

fecha:

- Nunca abrirá la puerta de atención y si tuviera que hacerlo guiará de donde está a la enfermera de triaje, a personal de Admisión de Urgencias y al vigilante de seguridad.

- Vigilancia de las entradas al área de Urgencias, no permitiendo el acceso a sus dependencias mas que a las personas autorizadas para ello, para ello se hará caso a la comunicación y avisarán a seguridad si la situación así lo requiere. Indó el grupo de colaboradores adquirirá las mismas indicaciones en cuanto a la entrada de los familiares.

- Recepción y ayuda de los pacientes que vayan por valículos particulares.

- Recepción y ayuda de los pacientes ambulantes que presenten un traslado en silla de ruedas o camilla:

- En el caso de que el estado de salud del paciente no le permita esperar en el mismo lugar se le avisará por el personal de admisión, lo pasará rápidamente a la zona de triaje.

Avise al personal sanitario cuando sea precisa atención urgente de un paciente.

- Mantener el número suficiente de jilfacs de todas (10), batas de algodón (15) y camillas en la puerta de la urgencia para el uso de...servicio.

- Indicar a los familiares dónde se encuentra la sala de espera donde deben aguardar a los pacientes o información sobre los mismos.

- Indicar a los pacientes que esperan en la sala de espera para ser valorados.

- Acompañar a los pacientes que vienen en ambulancia hasta la zona de triaje y ayudar a colocar al mismo en su destino o si ya se encuentra en la zona de triaje de triaje.

- Pasar las Hojas de Ingreso a la zona correspondiente.

➔ **3- Escalón de Urgencias (2222) (turno día y noche)**

- A primera hora de la mañana y sin necesidad de que nadie lo avise recibirá los casos de los pacientes con los AE.

- Instalar a los pacientes en relación a ubicación de la urgencia y acudir en sus movilizaciones o emergencias.

Acompañar e interpretar al paciente si realiza las pruebas de radiografía médica convencional.

- Ayudar en todas aquellas pruebas que precisen de la movilización de los pacientes (pruebas lumbares, extracción sanguínea a niños y adultos, reducción de fracturas, etc)

- Atención en el box de críticos.

- Traslado del paciente hasta su medio de transporte cuando es dado de alta.

- Colaboración en la movilización y sujeción de los pacientes agitados.

4170296. Toda documentación que se genere en el Hospital de Calidad, desde emergencia y Centros Principales se desarrollará en Internet. Este manual de acogida se encuentra en Internet de la web de la Unidad de Control de Calidad de la Unidad del Hospital de Calidad del Hospital de Capin Valdemoro.



**PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE
MANUAL DE ACOGIDA ORGANIZATIVO**

Código:
Edición:

- Mantenimiento del box de contención preparado para la recepción de los pacientes.
- Dejar un camino marcado con superficies en el pasillo de la Observación.
- Revisar el buen funcionamiento de las cámaras. Si alguna presenta algún problema se colocará un cartel trasero de la urgencia con un cartel en el que se indicará el desperfecto y la fecha y se avisará a la supervisora para que sea notificado al servicio de mantenimiento.
- Atender a las peticiones de ayuda del personal sanitario en general.
- Transporte de mobiliario y aparatos dentro de la Unidad.
- Colocación de las sillas que no se estén utilizando en el pasillo trasero de la urgencia para el mantenimiento del orden de la unidad.
- avisará todas las camas de la Urgencia que están enchufadas y que tengan paños de suero.
- Realizará los portátiles dentro de la Urgencia, así como los cubos de TAC que surjan durante el turno de noche.

5. Cuidados Observación (2238)

*A pesar de que la ubicación del celador de noche será la Urgencia, se dará cobertura a todos los servicios de hospital que demanden la presencia de un celador; por ello a las 23h se avisará a las unidades de hospitalización y UCJ para asegurar la presencia de un celador para realizar alguna movilización.

- A la hora de comenzar las actividades de 02 y solicitud de reposición de las hojuelas anatómicas en la hoja de registro correspondiente. Atención de que todas las camas de la unidad tienen paños de suero y están enchufadas. Comprobar que el mobiliario de la urgencia está en su sitio y si no es así reubicarlo para mantener el orden.
- Atender a los pacientes y la atención al servicio de urgencias ginecológicas y consultas de cualquier especialidad.
- Recoger el pedido de farmacia cuando sea necesario.
- Traslado de exámenes. Colocarlo junto con su compañero de boxes.
- Realizar el ingreso de los pacientes en hospitalización y unidades especiales.
- Tratamiento de los pacientes para la realización de pruebas arquetípicas como ECG, PNM, electrofo, etc.
- Traslado de pacientes a quirófano; endoscopias. El retorno de los pacientes de estos servicios se realizará al celador del turno de mañana ubicada en la Unidad de Corte Estable; al la actividad de dicha unidad se lo permite.
- Responsabilizarse del material propio del servicio que se usó durante el trabajo de los pacientes a otras áreas de hospital (con los de perfusión, paños de suero, papeles, etc.).

El FOLIO es todo documento del sistema de Gestión de Calidad, escrito sistemático y formal. Incluye información de la empresa, pero no información de carácter confidencialmente se considera documentación controlada la que se genera en el interior de la Unidad de Calidad de Capio Salud.





**PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE
MANUAL DE ACOGIDA ORGANIZATIVO**

Código:

Edición:

-Revisar el correcto funcionamiento de las camas y cunillas. Si alguna presenta algún problema se colocará en el pasillo trasero de la urgencia con un cartel en el que se indicará el desperfecto y se tachará y se avisará a la servidora que quedará fijado al servicio de mantenimiento.

-Atender a las peticiones de ayuda del personal auxiliar o general.

-Se facilitará el traslado de aque las pacientes que deseen de ser atendidas en Urgencias y que procedan de cualquier parte del hospital.

-En el turno de noche se atenderá a los requerimientos de ayuda de cualquier servicio de hospital como pediatría, quirófano, UCI, etc., cuando sea requerido.

-Traslado de los pacientes de cualquier área del hospital a cualquier otro servicio o ambulancia para su traslado a otro centro. En caso de no concencia entre varias peticiones se solicitará ayuda a su compañía fuera de Urgencias y en caso de conflicto se avisará al superior de guardia.

4. FUNCIONES GENERALES PARA CUALQUIER CLASO DE LA URGENCIA.

Mantenerse unto de las normas de convivencia general (mantener limpio el cuerpo del cedador de fuerza, hacer uso buen uso de las instalaciones, no fumar en la guardia de urgencias, etc.).

-Cuidado de mantener al y mobiliario utilizado en el servicio.

-El personal no debe dar información sobre el estado de los pacientes ni sobre las pruebas que se le están realizando. Para el efecto se encuentra el personal en el servicio de Información.

-Realización de los objetivos del mismo para el apoyo a la supervisión de la entidad.

5. INTRODUCCIÓN AL SISTEMA INFORMÁTICO (ANEXO 3)

Cuando el trabajador se incorpore a la empresa deberá acudir al Servicio de Informática para que le proporcionen las claves de acceso a Windows y otros Recursos Informáticos como Internet y correo electrónico.

Las claves de acceso son de uso exclusivo personal e intransferible. Éstas le serán dadas al trabajador para acceder a aquella información que precisa para ejercer sus funciones, por lo que no debe compartirlas con nadie.

A través de la Intranet del hospital se podrá acceder tanto al correo electrónico como al Portal del Empleado desde el que el trabajador podrá obtener sus nóminas, desde el servicio de RRHH recibirá instrucciones de cómo acceder a ellas.

1.6. PLAN DE TRABAJO DEL PERSONAL:

1.6.1 CONSIDERACIONES GENERALES.

AFILIACIÓN: Tiene dotación al personal de Gestión de Calidad, Hacia Pacientes y Familiares y personal de la Unidad de Atención al Paciente en Urgencias de la Corporación Municipal de Salud de Torrejón de Ardoz y también en la Unidad del Hospital de Capiro Valdemoro.



| | |
|--|---------------------|
| Capitlo Valdemoro | |
| PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE MANUAL DE ACCION ORGANIZATIVO | Código: Edición: |

El objetivo de este manual es proporcionar, explicar y detallar todos los procedimientos de trabajo de la Unidad de la Universidad de la Limpieza que permitan controlar los estándares que sustentan las prácticas desarrolladas en la Unidad, basándose en la norma:

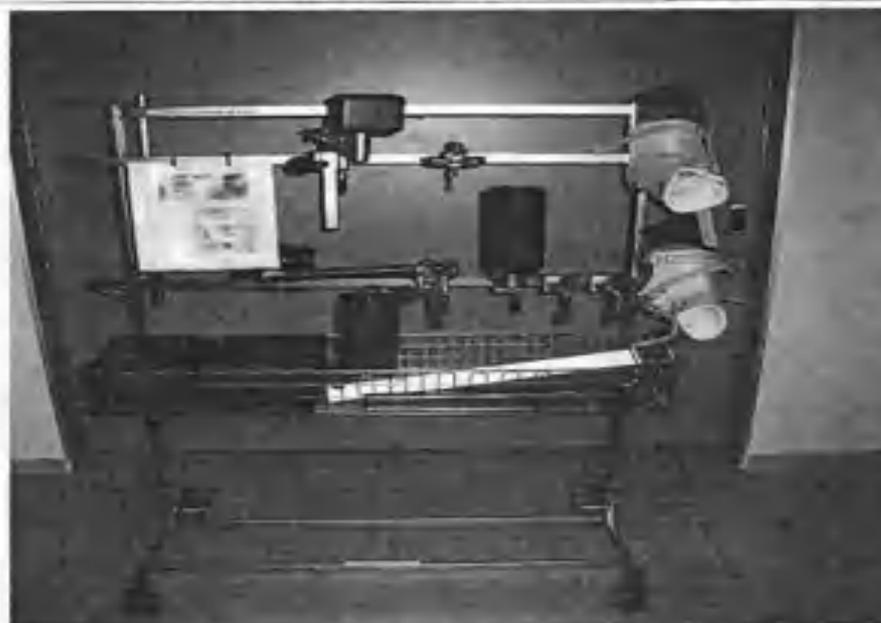
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ORGANIZATIVOS Y OPERATIVOS DE LA UNIDAD

El objetivo de este manual es proporcionar, explicar y detallar todos los procedimientos de trabajo de la Unidad de la Limpieza que permitan controlar los estándares que sustentan las prácticas desarrolladas en la Unidad, basándose en la norma:

El texto con el que se trabaja es el Manual de Organización y Procedimientos, Métodos, Cuentas y Normas.

Este manual tiene como propósito que el personal de la Unidad pueda tener un manual de procedimientos de trabajo que le permita controlar los estándares que sustentan las prácticas desarrolladas en la Unidad.

CARRO DE ACCESORIOS MAQUET



ACCESORIOS

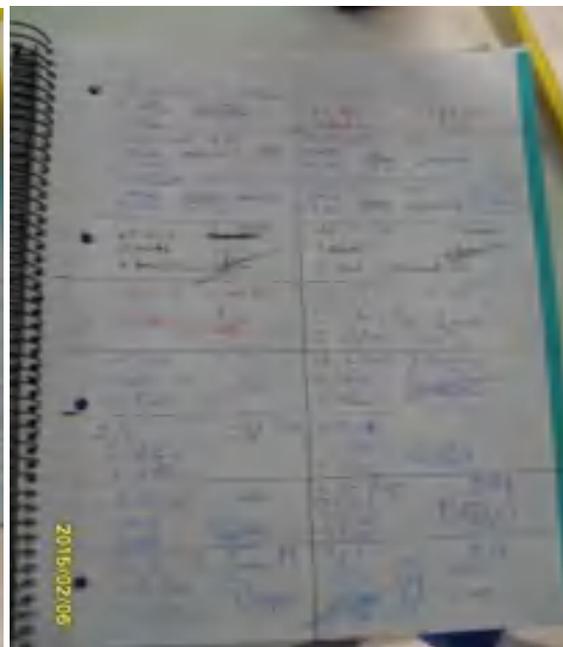
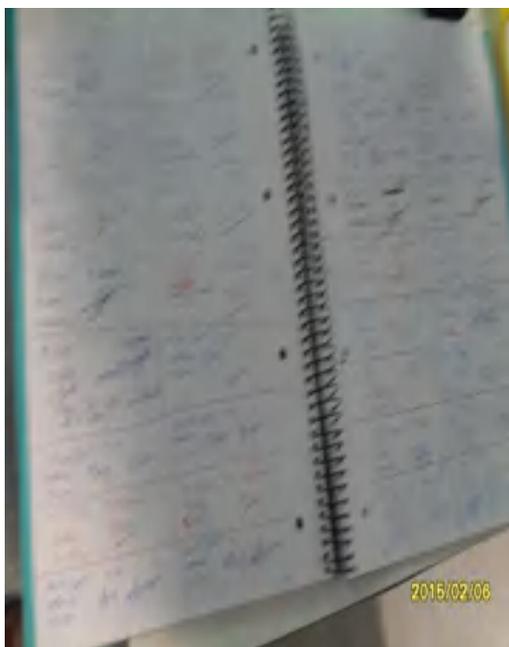
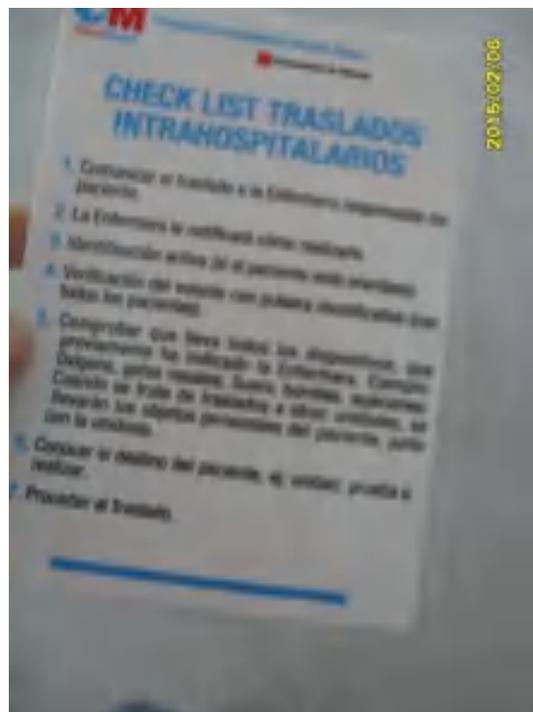
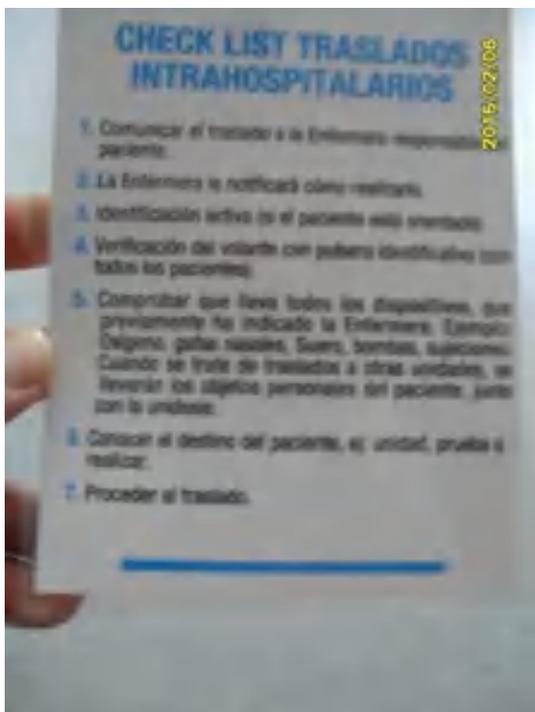
TRACCION DE TIBIA
(SE COMPONE DE 4
PIEZAS)

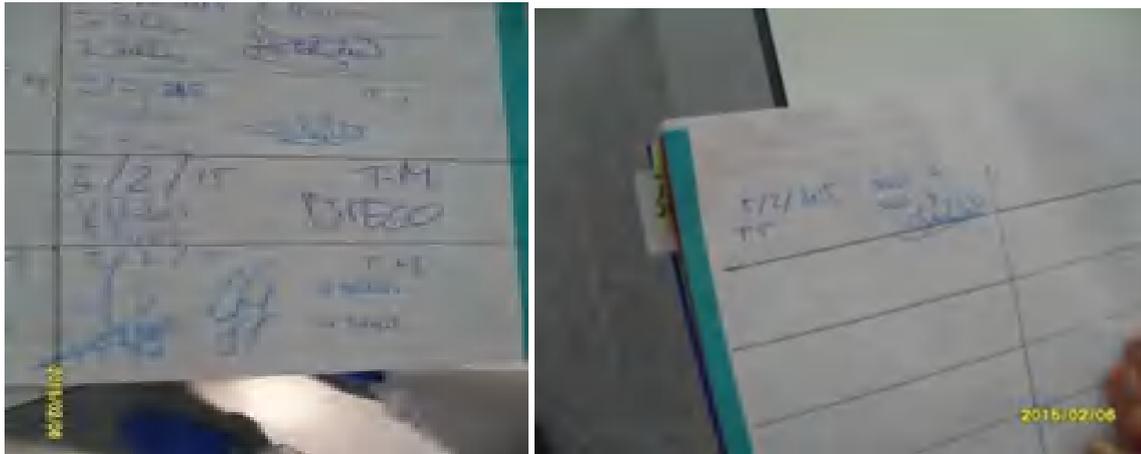


| | |
|--|--|
| <p>FIJADOR SACRO – LUMBAR + FIJADOR RADIAL (2 UNIDADES)</p> |  |
| <p>SOPORTE AXILAR (1 PIEZA)</p> |  |
| <p>FIJADOR PELVICO + FIJADOR RADIAL (2 UNIDADES)</p> |  |
| <p>FIJADOR RADIAL (1 UNIDAD)</p> |  |

| | |
|---|--|
| <p>BOTAS DE CUERO (2 UNIDADES)</p> |  |
| <p>ARCO DE ANESTESIA (1 UNIDAD)</p> |  |
| <p>CABEZERO DE LA MESA (1 UNIDAD)</p> |  |
| <p>ACCESORIOS PARA EL TRINEO DE MAQUET (1 UNIDAD)</p> |  |
| <p>FIJADOR SACRO LUMBAR DE ▲ FIJADOR RADIAL ▲ DESCHMITZ</p> |  |

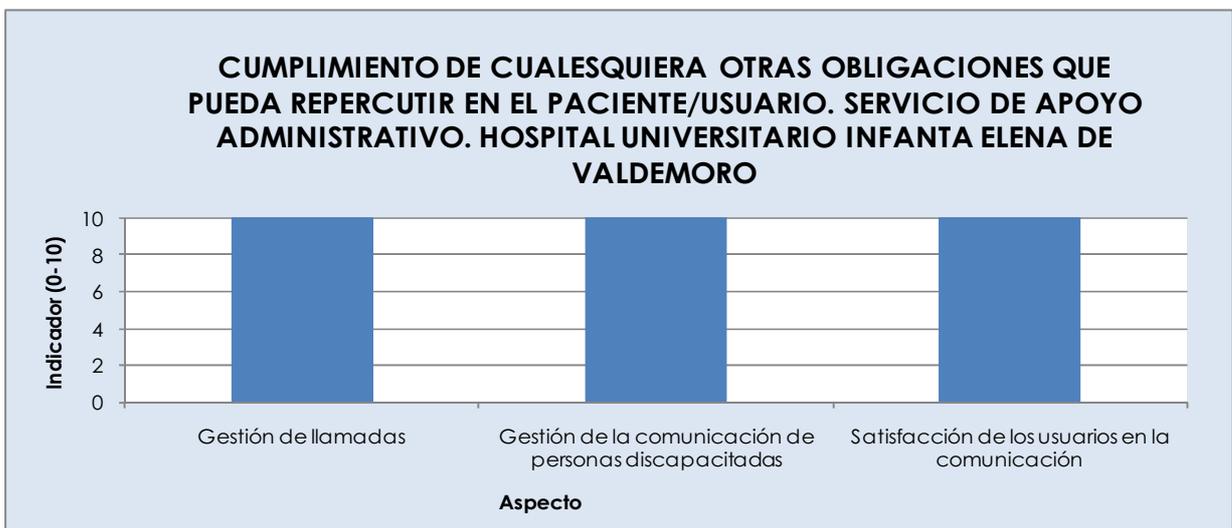
Fichas del material a transportar por parte de los Celadores para que lleven a cabo sus funciones de un modo más eficiente, revisando si falta algún componente del material.





A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa de calidad del Servicio de Apoyo Administrativo y del Traslado de Pacientes y Materiales en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro realizada en Febrero de 2015, con indicación de los parámetros, evidencias, datos e ítems que han servido a GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. para su cuantificación objetiva:

➤ **CUMPLIMIENTO DE CUALESQUIERA OTRAS OBLIGACIONES QUE PUEDA REPERCUTIR EN EL PACIENTE/USUARIO :**



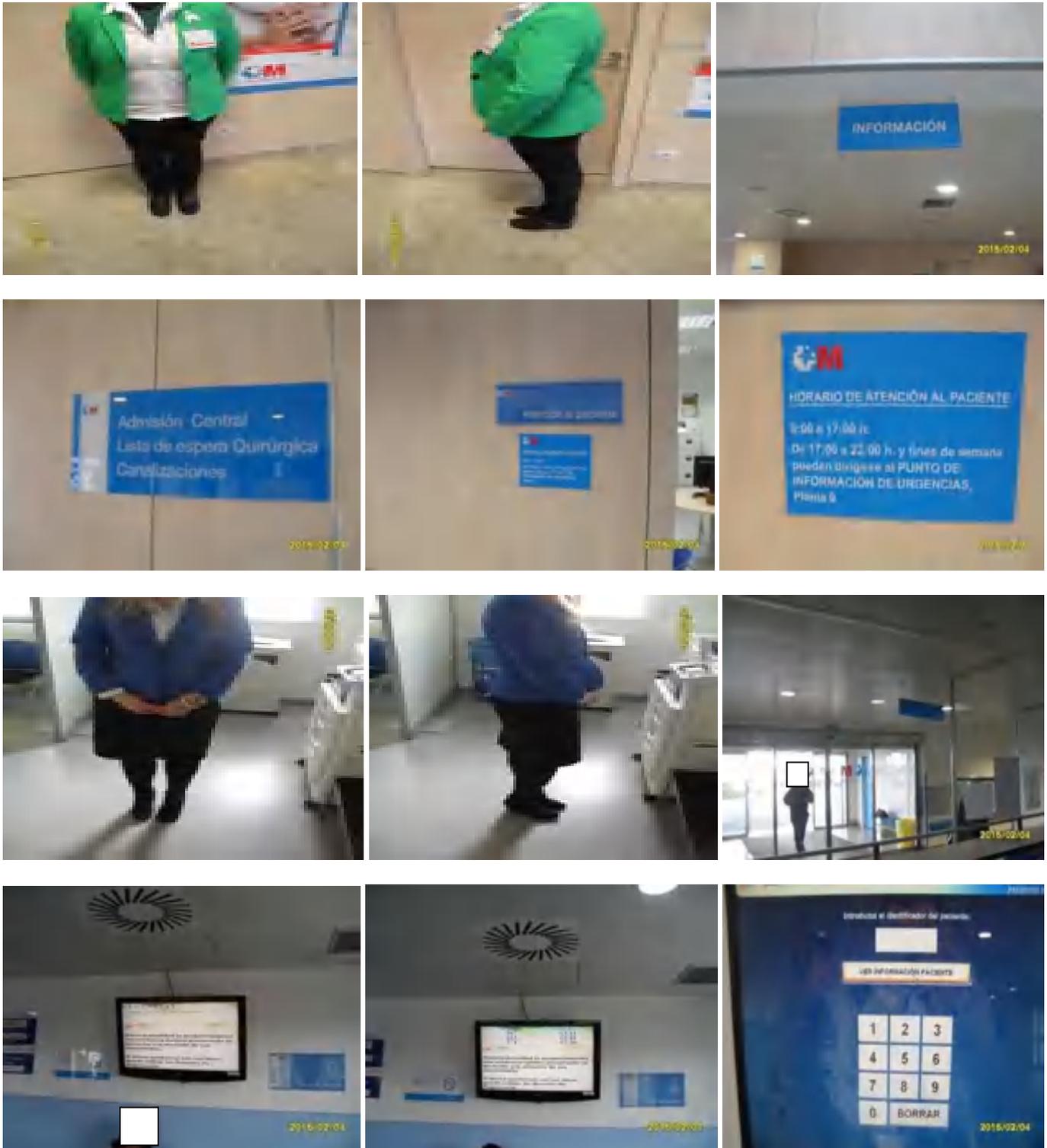
Se valora muy positivamente.

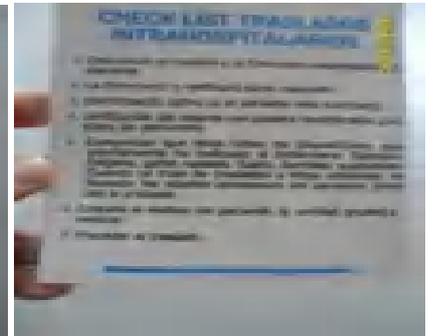
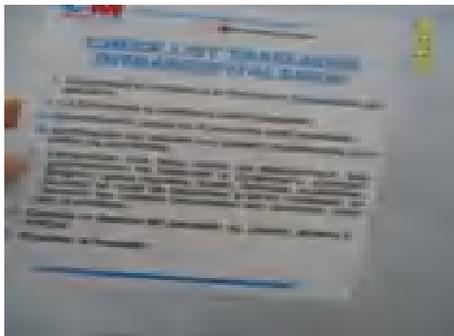
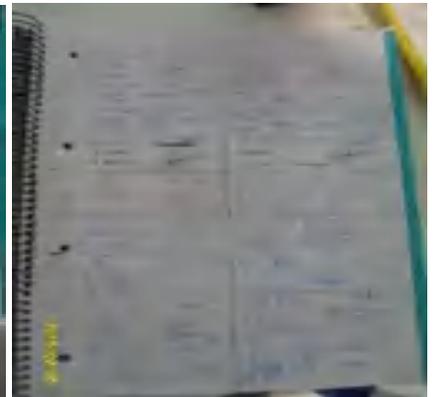
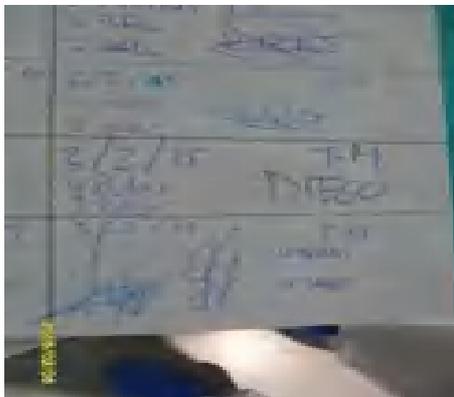
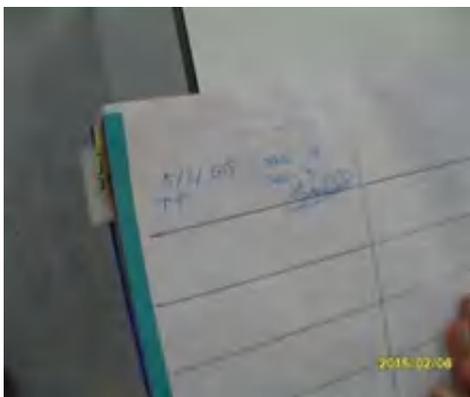
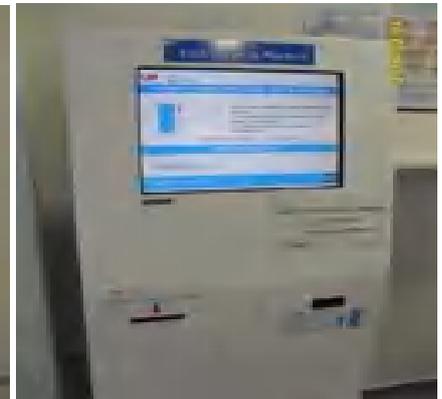
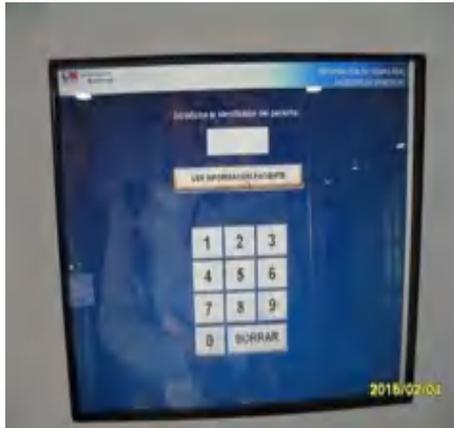
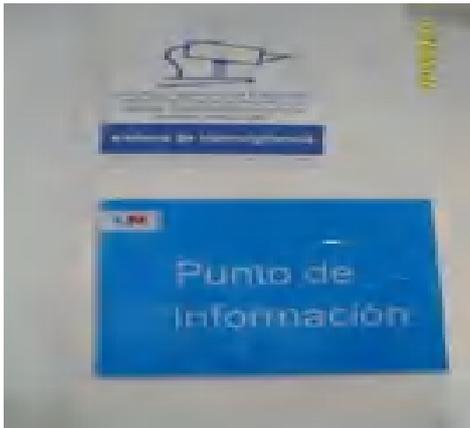
➤ **CUMPLIMIENTO DE CUALESQUIERA OTRAS OBLIGACIONES QUE PUEDA REPERCUTIR EN EL PACIENTE/USUARIO :**



Se valora muy positivamente.

4.8.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO





4.8.4. PUNTOS FUERTES

A continuación, se indican los puntos fuertes del Servicio de Apoyo Administrativo y del Traslado de Pacientes y Materiales del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, tras la realización de la Auditoría Operativa durante el mes de Febrero de 2015 por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. :

- En el Servicio de Admisión, Atención al Paciente e Información (Apoyo Administrativo) se llevan a cabo las siguientes tareas, verificándose que se cumple en todo momento con la operatividad y/o uso de las áreas funcionales del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro y de los Centros de Especialidades, relacionadas con este servicio:
 - Admisión
 - Agendas – Gestión de Citas (mostrador o diferidas) → Citaciones Sucesivas
 - Lista de Espera Quirúrgica → Programación Quirúrgica e Ingreso Programado
 - Derivaciones
 - Atención al Paciente → gestión de las Quejas, Reclamaciones, Sugerencias y Agradecimientos
 - Información
 - Urgencias
 - Hospital de Día
 - Rayos
 - Laboratorio
 - Traslados
 - Centralita → Atención telefónica de Pacientes
 - Fidelización del Paciente (Publicidad y Marketing)

- Se ha evidenciado que se ha llevado a cabo formación por parte del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro para potenciar la importancia del correcto trato a los Pacientes y Familiares.

- Se ha verificado por parte de GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. el cumplimiento de los Indicadores de disponibilidad y calidad por parte del Servicio de Admisión y Atención al Paciente en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro.
- Se ha evidenciado que se actualiza mensualmente, e incluso diariamente, el listado telefónico del Hospital Infanta Elena de Valdemoro.
- Se ha evidenciado que se analiza el porcentaje de llamadas perdidas en la Centralita, llevándose a cabo Informes en los que se detallan los motivos de las llamadas perdidas y se establecen Acciones Correctoras en su caso.
- No se ha evidenciado durante la Auditoría Operativa faltas de atención por parte del Personal del Servicio de Apoyo Administrativo que denotasen mala educación, falta de respeto, etc, hacia el paciente y sus familiares.
- Además, el Grupo IDC Salud está llevando a cabo una metodología para evaluar la confianza que genera en los Pacientes y ver si estos los recomendarían.
- Cabe destacar los Proyectos que se han iniciado para mejorar el Servicio de Atención al Paciente en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro.
- Se ha evidenciado la prestación del servicio de traslado de pacientes y materiales comprendiendo las siguientes funciones o tareas:
 - Movilización de pacientes y cambios posturales
 - Traslado de pacientes fallecidos, obligaciones mortuorias así como las auxiliares de autopsias
 - Traslado y circulación de especímenes, muestras y productos relacionados con laboratorios y anatomía patológica

- Tareas de entrega, reparto, recogida y devolución a salas, servicios, unidades, instalaciones y áreas del Hospitalización, incluyendo:
 - Ropa.
 - Mobiliario general y equipamiento clínico.
 - Medicamentos.
 - Correo y mensajería.
 - Gases de uso medicinal.
- Tareas de servicios generales, incluyendo:
 - Actuación en Incendios y en otros procedimientos acaecidos en situaciones de Emergencia y Catástrofes.
 - Centralita y otros sistemas de comunicaciones de alarmas internas.
 - Servicio de fotocopias, máquinas de encuadernación y fotografía.
 - Rasurado de pacientes pendientes de intervención quirúrgica.
 - Cuidado de las dependencias, así como de las personas y enseres.
 - Tareas complementarias que puedan ser solicitadas ocasionalmente.

4.8.5. ÁREAS DE MEJORA

No se han detectado áreas de mejora del Servicio de Apoyo Administrativo y del Servicio de Traslado de Pacientes y Materiales en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro.

4.9. SERVICIO DE EXPLOTACIONES COMERCIALES

4.9.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Explotaciones Comerciales, en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, consisten en lo siguiente:

- CAFETERÍA – BAR Y COMEDOR:
- SERVICIO DE APARCAMIENTO: No procede, ya que es gratuito
- SERVICIO DE TELÉFONO Y TELEVISIONES EN HABITACIONES Y ZONAS COMUNES:
No procede, ya que es gratuito.

4.9.2. DIAGNÓSTICO

A continuación se detalla el cumplimiento de los requisitos definidos en el Apéndice del Pliego de Condiciones de la Concesión:

- CAFETERÍA – BAR Y COMEDOR:

OBJETO:

- La gestión integral de la actividad de Cafetería-bar, comedor público y de personal.

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

- *Generales:*
 - Se ha comprobado que figura publicada en lugar visible la lista de precios con IVA incluido de todos los productos.

- Existen impresos de sugerencias y quejas a disposición de los usuarios, así como hojas oficiales de reclamaciones.

- *De calidad:*
 - Se realizan encuestas de satisfacción a los usuarios.
 - Se ha evidenciado que el personal está en posesión del correspondiente carnet de manipulador de los alimentos.
 - Se ha comprobado la uniformidad adecuada del personal y su aseo personal.

- SERVICIO DE APARCAMIENTO Y SERVICIO DE TELÉFONO Y TELEVISIONES EN HABITACIONES Y ZONAS COMUNES:

No aplica, ya que el aparcamiento subterráneo es gratuito y sólo puede ser utilizado por el personal del Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, así como el servicio de teléfono y televisiones en habitaciones y zonas comunes que también es gratuito.

A continuación, se adjunta el Certificado que evidencia que IDCSALUD en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, cumple con los requisitos de un Sistema de Gestión de la Calidad basados en la Norma ISO 9001:2008:

Certificado del Sistema de Gestión de la Calidad



ER-0995/2010

AENOR, Asociación Española de Normalización y Certificación, certifica que la organización

IDCSALUD VALDEMORO, S.A **Hospital Universitario Infanta Elena**

dispone de un sistema de gestión de la calidad conforme con la Norma UNE-EN ISO 9001:2008

para las actividades: La prestación de servicios asistenciales en las áreas de hospitalización, bloque quirúrgico, bloque obstétrico, urgencias, diagnóstico por imagen, UCI, diálisis, consultas externas, rehabilitación, hospital de día, banco de sangre, farmacia, laboratorio, anatomía patológica y los servicios de soporte asociados.

que se realizan en: AV REYES CATÓLICOS, 21. 28342 - VALDEMORO (MADRID)

Fecha de emisión: 2010-09-08
Fecha de renovación: 2013-09-08
Fecha de expiración: 2016-09-08

Avelino BRITO MARQUINA
Director General de AENOR

AENOR

Asociación Española de
Normalización y Certificación

Génova, 6. 28004 Madrid, España
Tel: 902 102 101 - www.aenor.es

Entidad de certificación de sistemas de gestión de la calidad acreditada por ENAC (en acreditación N° 021C-SE003)

— — AENOR es miembro de la RED IGNET (Red Internacional de Certificación)



THE INTERNATIONAL CERTIFICATION NETWORK

CERTIFICATE

IQNet and
AENOR
hereby certify that the organization

IDCSALUD VALDEMORO, S.A
(Hospital Universitario Infanta Elena)

AV REYES CATÓLICOS, 21
28342 - VALDEMORO(MADRID)
España

for the following field of activities

Medical and professional services provision in surgical and obstetric blocks, inpatient area, emergency department, X ray department, ICU, dialysis, rehabilitation service, day hospital, blood bank, pharmacy department laboratory, pathological anatomy and associate support services.

has implemented and maintains a

Quality Management System

which fulfills the requirements of the following standard

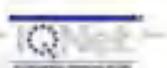
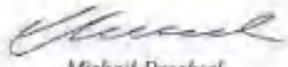
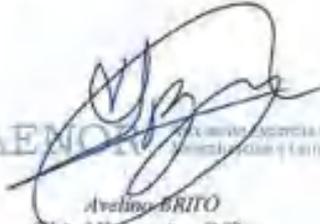
ISO 9001:2008

First issued on: 2010-09-08

Renewed on: 2013-09-08

Validity date: 2016-09-08

Registration Number: ES-0995/2010

   **AENOR** 
Michael Drechsel
President of IQNet
Avelino BRITO
Chief Executive Officer

IQNet Partners*

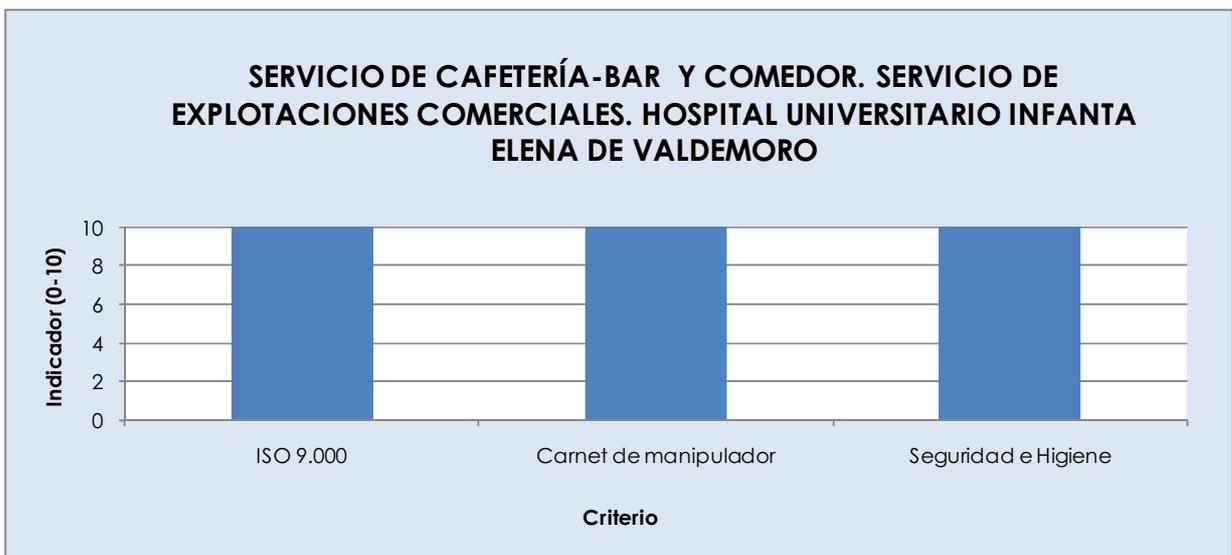
AENOR Spain AFNOR Certification France AIB-Vincotte International Belgium ANCE Mexico APCER Portugal CCC Cyprus
CISQ Italy CQC China CQM China CQH Czech Republic Cro Cert Croatia DQS Holding GmbH Germany DS Denmark
FCAV Brazil FONDONORMA Venezuela ICONTEC Colombia IMNC Mexico INNORPI Tunisia
Intertek Certification Finland IRAM Argentina JQA Japan KFTJ Korea MSZT Hungary Nemko AS Norway NSAI Ireland
PCBC Poland Quality Assesa Austria RE Russia SII Jarmel SIQ Slovenia SIEM QAS International Malaysia SQS Switzerland SRAC
Romania TEST St Petersburg Russia TSE Turkey YUQS Serbia
IQNet is represented in the USA by: AFNOR Certification, CISQ, DQS Holding GmbH and NSAI Inc.

* The list of IQNet partners is valid at the time of issue of this certificate. Updated information is available under www.iqnet-certification.com



A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa de calidad del Servicio de Explotaciones Comerciales en el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, con indicación de los parámetros, evidencias, datos e ítems que han servido a GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. para su cuantificación objetiva:

➤ **SERVICIO DE CAFETERÍA-BAR Y COMEDOR :**



Se valora muy positivamente.

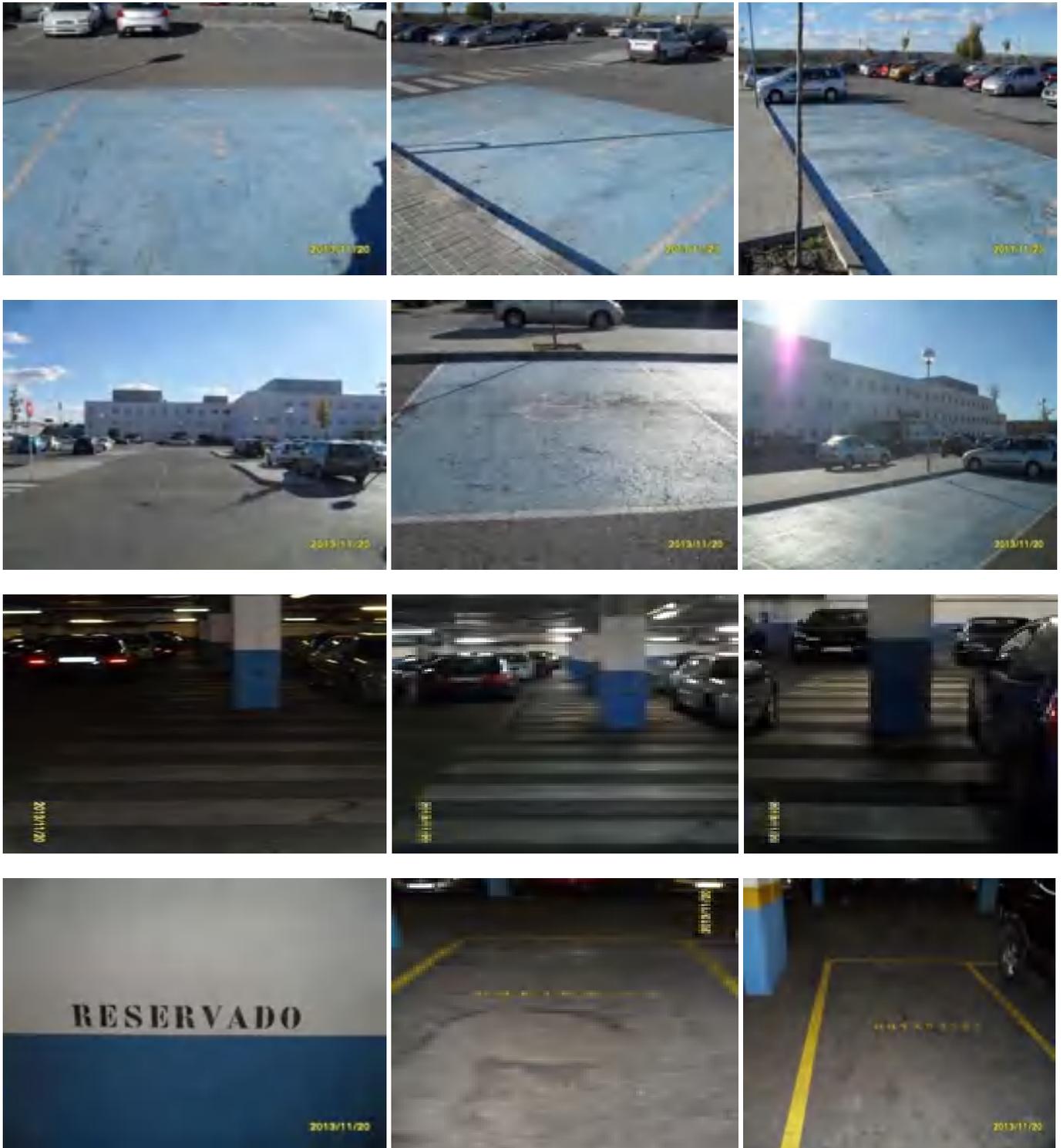
➤ **SERVICIO DE APARCAMIENTO :**

No procede. Servicio gratuito.

➤ **SERVICIO DE TELÉFONO Y TELEVISORES EN HABITACIONES Y ZONAS COMUNES :**

No procede. Servicio gratuito.

4.9.3. REPORTAJE FOTOGRÁFICO



4.9.4. PUNTOS FUERTES

No se han detectado puntos fuertes.

4.9.5. ÁREAS DE MEJORA

No se han detectado áreas de mejora.