



INFORME DE LA AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN

HOSPITAL MAJADAHONDA

12998525

Bureau Veritas Iberia S.L.

*Certification Audit - AUDITORIAS PRESENCIALES / Otras
Certificaciones*

ÍNDICE

1 INFORMACIÓN GENERAL

- 1.1 INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN
- 1.2 INFORMACIÓN DE CONTACTO

2 INFORMACIÓN DE LA AUDITORÍA

- 2.1 NORMAS DE LA AUDITORÍA
- 2.2 ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN
- 2.3 INFORMACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR
- 2.4 ALCANCE DE LA AUDITORÍA
 - Objetivos de la Auditoría
 - Plan de auditoría
 - Criterios de auditoría

3 PROCESO DE AUDITORÍA

- 3.1 NOTAS DEL AUDITOR
- 3.2 INFORME RESUMEN DE LA AUDITORÍA POR NORMA
- 3.3 INFORME DE NO CONFORMIDAD

4 DESEMPEÑO HASTA LA FECHA

5 RESUMEN EJECUTIVO DE LA AUDITORÍA

- 5.1 CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA
- 5.2 RESUMEN DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA
- 5.3 Documentación mínima a revisar
- 5.4 OPORTUNIDADES DE MEJORA
- 5.5 OBSERVACIONES

6 RECOMENDACIONES DEL LÍDER DEL EQUIPO AUDITOR

7 PROGRAMA DE AUDITORÍAS DE SEGUIMIENTO

8 PROGRAMA DE AUDITORÍA

9 PLAN DE AUDITORÍA DE LA SIGUIENTE VISITA

10 Información del certificado

1 INFORMACIÓN GENERAL

1.1 INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------|--|
| Nombre de la Compañía | HOSPITAL MAJADAHONDA | | |
| Dirección | CALLE JOAQUIN RODRIGO, 2 | | |
| Ciudad | MAJADAHONDA | | |
| Código postal | 28222 | | |
| Provincia | Madrid | | |
| País | Spain | | |
| Nº Teléfono | 690013539 | Nº Fax | |
| Nº Contrato | 12998525 | | |

1.2 INFORMACIÓN DE CONTACTO

| | | | |
|---------------------|---|-------------|-----------|
| Persona de Contacto | PATRICIA ASENSIO | | |
| Dirección Email | patricia.asensio@hospitalmajadahondasa.es | Nº Teléfono | 690013539 |

2 INFORMACIÓN DE LA AUDITORÍA

2.1 NORMAS DE LA AUDITORÍA

| Norma(s) objeto de la Auditoría | Otras Certificaciones |
|---------------------------------|-----------------------|
|---------------------------------|-----------------------|

2.2 ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN

| Idioma | Norma | Nombre del Emplazamiento | Central | Alcance |
|---------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| Español | Otras Certificaciones | HOSPITAL MAJADAHONDA | <input type="checkbox"/> | <p>AUDITORIA OPERATIVA 12 SERVICIOS CONCESIONARIA HOSPITAL MAJADAHONDA: SERVICIOS:</p> <p>Servicio de Limpieza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio Integral de Seguridad • Servicio de Gestión de Restauración • Servicio de Residuos • Servicio de Mantenimiento • Servicio de Viales y Jardines • Servicio Integral de Lavandería • Servicio de Gestión del Archivo de Documentación Clínica y Administrativa • Servicio Integral de Esterilización • Servicio de Desinsectación y Desratización • Servicio de Transporte Interno-Externo y Gestión Auxiliar • Servicio de Gestión de Almacenes y Distribución • Servicio de Gestión de personal administrativo de Recepción/información y Centralita telefónica. |
| Inglés | Otras Certificaciones | HOSPITAL MAJADAHONDA | <input type="checkbox"/> | <p>OPERATIONAL AUDIT 12 SERVICES CONCESSIONAIRE HOSPITAL MAJADAHONDA: SERVICES:</p> <p>Service Cleaning</p> <p>Service Security patrol and Security Service</p> <p>Service Meal service</p> <p>Service Urban and Health waste materials management</p> <p>Service Maintenance</p> <p>Service Roads and Gardens conservation</p> <p>Service Lingerie & Laundry</p> <p>Service Archive management</p> <p>Service Esterilization</p> <p>Service Fumigation and rodent control</p> <p>Service Internal-External Transport and Aux. Manag.</p> <p>Service Store management and logistics distribution</p> <p>Service Administrative support</p> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| Nº de Emplazamientos | 1 |
| Nº de Empleados | 19 |
| Central | HOSPITAL MAJADAHONDA |

En caso de auditorías "multi-sites" se listará un Anexo con todos los emplazamientos que deben aparecer en el certificado

| | | | | | |
|------------------------------|---|---------------------------|------------|----------|---|
| Tipo de Auditoría | Certification Audit - AUDITORIAS PRESENCIALES | | | | |
| Fecha Inicio de la Auditoría | 17/01/2022 | Fecha Fin de la Auditoría | 19/01/2022 | Duración | 4 |

2.3 INFORMACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR

| Jefe de equipo | Iniciales | Miembro del equipo | Iniciales |
|------------------------------|-----------|------------------------|-----------|
| MARIA CHILLA MORENO GONZALEZ | CHI | ROCIO RODRIGUEZ GOMEZ, | RRG |

2.4 ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Objetivos de la Auditoría

1. confirmar que el sistema de gestión de la organización es conforme con todos los requisitos de la norma(s) de auditoría.
2. confirmar que la organización ha implantado de forma efectiva sus medidas previstas.
3. confirmar que el sistema de gestión es capaz de alcanzar las políticas y objetivos de la organización y evaluar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la organización cliente cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables.
4. cuando corresponda, la identificación de las áreas de mejora potencial del sistema de gestión.
5. el propósito de la auditoría de la etapa 2 es evaluar la implementación, incluida la eficacia, del sistema de gestión del cliente.

Debe incluir al menos lo siguiente:

- a) información y evidencia de la conformidad con todos los requisitos de la norma de sistemas de gestión y otro documento normativo aplicable;
- b) seguimiento, medición, informe y revisión con relación a los objetivos y metas de desempeño clave (coherentes con las expectativas de la norma de sistemas de gestión y otro documento normativo aplicable);
- c) el sistema de gestión del cliente y su desempeño en relación con el cumplimiento de la legislación;
- d) el control operacional de los procesos del cliente;
- e) las auditorías internas y la revisión por la dirección;
- f) la responsabilidad de la dirección en relación con las políticas del cliente;
- g) los vínculos entre los requisitos normativos, la política, los objetivos y metas de desempeño (coherentes con las expectativas de la norma de sistemas de gestión y otro documento normativo aplicable), cualquier requisito legal aplicable, la responsabilidad, la competencia del personal, las operaciones, los procedimientos, los datos del desempeño y los hallazgos y conclusiones de las auditorías internas.

Plan de auditoría

| Fecha - Horario Actividad | Nombre del Emplazamiento | Proceso | Auditor | Comentario |
|---------------------------------|--------------------------|--|---------|------------|
| 17/01/2022 - 09:00 Auditoría | HOSPITAL MAJADAHONDA | Reunion inicial | CHI | |
| 17/01/2022 - 09:45 Auditoría | HOSPITAL MAJADAHONDA | Gestión documental | CHI | |
| 17/01/2022 - 09:45 Auditoría | HOSPITAL MAJADAHONDA | Supervisión relacionada con área técnica: seguridad, mantenimiento de instalaciones (incluidas obras), viales y jardines | | |
| 17/01/2022 - 10:30 Auditoría | HOSPITAL MAJADAHONDA | Supervisión prestación de servicios: limpieza y DDD, restauración, residuos, esterilización, cafetería | CHI | |
| 17/01/2022 - 14:00 Comida | HOSPITAL MAJADAHONDA | | | |
| 17/01/2022 - 15:00 Auditoría | HOSPITAL MAJADAHONDA | Supervisión relacionada con área técnica: seguridad, mantenimiento de instalaciones (incluidas obras), viales y jardines | | |
| 17/01/2022 - 15:00 Auditoría | HOSPITAL MAJADAHONDA | Supervisión prestación de servicios: limpieza y DDD, restauración, residuos, esterilización, cafetería | CHI | |
| 17/01/2022 - 18:00 Auditoría | HOSPITAL MAJADAHONDA | Fin jornada de auditoria | CHI | |
| 18/01/2022 - 09:00 Auditoría | HOSPITAL MAJADAHONDA | Supervisión documentación relacionada con prestación de servicios: TIGA, lavandería, almacén, P.Administrativo y archivo | CHI | |
| 18/01/2022 - 14:00 Comida | HOSPITAL MAJADAHONDA | | | |

| Fecha - Horario Actividad | Nombre del Emplazamiento | Proceso | Auditor | Comentario |
|---|--------------------------|--|---------|------------|
| 18/01/2022 - 15:00 Auditoría | HOSPITAL MAJADAHONDA | Supervisión relacionada con área técnica: seguridad, mantenimiento de instalaciones (incluidas obras), viales y jardines | CHI | |
| 18/01/2022 - 18:00 Reunión de cierre | HOSPITAL MAJADAHONDA | Fin jornada de auditoria | | |
| 19/01/2022 - 09:00 Auditoría | HOSPITAL MAJADAHONDA | Recursos humanos: definición de perfiles, formación y adiestramiento, contratación. | CHI | |
| 19/01/2022 - 11:30 Auditoría | HOSPITAL MAJADAHONDA | Seguimiento buenas practicas ambientales: comunicación y seguimiento | CHI | |
| 19/01/2022 - 14:00 Comida | HOSPITAL MAJADAHONDA | | | |
| 19/01/2022 - 15:00 Auditoría | HOSPITAL MAJADAHONDA | Medición satisfacción clientes | CHI | |
| 19/01/2022 - 16:30 Reunión de cierre | HOSPITAL MAJADAHONDA | Reunión de cierre | CHI | |
| 19/01/2022 - 18:00 Reunión de cierre | HOSPITAL MAJADAHONDA | Fin jornada de auditoria | | |

| | |
|--|------------|
| Fecha de preparación del plan de auditoría | 03/01/2022 |
| Comentario | |

Criterios de auditoría

| |
|--|
| |
|--|

3 PROCESO DE AUDITORÍA

3.1 NOTAS DEL AUDITOR

| Auditor | Fecha | Proceso | Norma | Contactos |
|--|------------|-----------------|------------------------------|---|
| MARIA CHILLA MORENO GONZALEZ | 17/01/2022 | Reunion inicial | Otras Certificacion es | Patricia Asensio: Resp. Calidad y medio ambiente Silvia Pérez |
| Notas | | | | |
| <p>Auditoria presencial en la que se tratan los siguientes puntos:</p> <p>Presentación del equipo auditor y funciones en la auditoría, incluida una breve descripción de sus roles</p> <ul style="list-style-type: none"> . Presentación de los participantes. ok . Confirmación del plan de auditoria (tipo, alcance, objetivos, criterios, cambios, fecha, hora de la reunión de cierre, reuniones intermedias, reunión dirección). ok . Confirmación de revisión de los siguientes datos: <p>Alcance, .Se trata de una auditoría operativa, para verificar grado de implantación y seguimiento de los procesos por parte de los subcontratistas. En anteriores jornadas de auditoría se ha revisado la documentación relacionada con los protocolos aprobados y la presente etapa pretende verificar in situ su grado de implantación y manejo por parte de las subcontratas, eficacia de los procesos e identificación de áreas de mejora.</p> . Confirmación de los temas relativos a la confidencialidad. ok . Confirmación de que no existe conflicto de intereses para el proceso de auditoría ok . Confirmación de los canales de comunicación formales entre el equipo auditor y el cliente. ok . Confirmación de que están disponibles los recursos y la logística necesaria para el equipo auditor. ok . Confirmación, de los procedimientos de protección, emergencia y seguridad en el trabajo pertinentes para el equipo auditor. ok . Confirmación de la disponibilidad, de las funciones y de la identidad de los guías y observadores (recordar pedir siempre evidencias de autorización y designación a interlocutores que no sean plantilla) ok . Información sobre las condiciones bajo las cuales la auditoria puede darse por terminada (no disponibilidad de interlocutores, excesivo tiempo en la presentación de evidencias que alteren los tiempos establecidos en el plan, evidencias que indiquen que los objetivos de la auditoria no son alcanzables o sugieran la presencia de un riesgo inmediato y significativo) ok . Método de presentación de la información, así como la categorización de los hallazgos de auditoria. ok . Métodos y procedimientos a utilizar para llevar a cabo la auditoria sobre la base de un muestreo: <p>Entrevistas, la observación de los procesos y actividades y la revisión de la documentación y los registros.</p> . Confirmación del idioma de la auditoria. ok . Confirmación que durante la auditoria se mantendrá informado al cliente sobre el progreso de la auditoria y de cualquier problema que se detecte durante la misma. ok . Confirmación del estado de los hallazgos de la auditoria anterior: Se trata de una fase I por lo que se les informa de que no se van a identificar no conformidades únicamente a verificar estado del sistema en el área operacional . Certificado vigente (fecha inicial, caducidad, alcance y emplazamientos). Certificado 9001+14001: renovado con la entidad de certificación SGS hasta 18/07/23. . Uso del logotipo. no aplicable . Preguntas por parte del cliente. . Asistentes: COMPLETAR <p>Patricia Asensio: Resp. Calidad y medio ambiente Silvia Pérez.</p> | | | | |

| Auditor | Fecha | Proceso | Norma | Contactos |
|---|------------|--|-----------------------|---|
| MARIA CHILLA MORENO GONZALEZ | 17/01/2022 | Supervisión prestación de servicios: limpieza y DDD, restauración, residuos, esterilización, cafetería | Otras Certificaciones | Silvia Pérez. Limpieza: Oscar Barrio (responsable) Y Cristina García (encargada) Esterilización: Carolina López Cocina: Rebeca Díaz/Pablo Moreno/Katherina Estupiñán |
| Notas | | | | |
| <p>Residuos: Se visitan las instalaciones de almacenamiento de residuos peligrosos y no peligrosos, así como un ejemplo de almacenamiento intermedio. gestionan: COSENUR S.A.U. (que pertenece al grupo Stericycle): gestionan todos los residuos peligrosos/no peligrosos, según contrato 28/06/21. Externalizan algunos residuos como Recuperaciones Perez que se llevan residuos no peligrosos (voluminosos) contrato 10/08/21. Tienen libro de residuos actualizado Verificado registros de retirada de residuos: NT y DI de residuos biosanitarios fechados en enero 21. NCm En relación a la gestión de residuos, se detecta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En contra de lo establecido en los protocolos internos del Hospital y en la normativa de residuos, en los contenedores no siempre se identifican las fechas de inicio de almacenamiento y cuando se hace esta fecha no se sabe si es la de cierre del contenedor o de inicio de almacenamiento. El protocolo interno del Hospital establece que se deben registrar ambas fechas y la legislación relacionada solicita se identifique la fecha de inicio de almacenamiento. No obstante lo anterior la frecuencia de recogida recogida en los registros relacionados es inferior a seis meses. - En la zona de almacenamiento de peligrosos se detectan envases y raees fuera de contenedor. También hay residuos no peligrosos como cartón que no están correctamente acopiados. - Los contenedores de RAEES, voluminosos y cartón no se encuentran identificados. - De forma puntual en uno de los almacenamientos intermedios se ha detectado un contenedor con residuos contaminados Covid sin identificar por parte del personal responsable del Hospital. <p>OBS: Si bien el libro de residuos ya no es obligatorio, puesto que se mantiene este registro para control interno, sería recomendable identificar el código LER del residuo y la fecha de inicio y finalización de su almacenamiento, para facilitar su seguimiento.</p> <p>Vista autorización al gestor para presentación de documentación relacionada con residuos fechada 14/07/21.</p> <p>DDD: Contrato con la empresa Serkonten. Firmado el contrato con fecha 03/08/20 DDD. ROESB 487-CM-ES. Visto informe parcial de tendencias hasta octubre pendiente actualización por todo el año. Visto partes de trabajo correspondiente a noviembre de 21. Visto firma de aplicador y responsable técnico. Visto certificado de profesionalidad del aplicador Ivan Sanchez.</p> <p>Limpieza: Vista planificación diaria de actividades de limpieza donde se registra zona y personal. Personal formado al inicio de su actividad. Visto control de producto de limpieza (H-100), se verifica ficha técnica y de seguridad. Se verifica inclusión en el registro de virucidas. Dosificación definida por Hospital. OM: se recomienda registrar resultados periódicos de seguimiento de actividades de limpieza por parte de encargados. Visto seguimiento realizado en diciembre</p> <p>Esterilización: Se tiene subcontratada a la empresa Albatec. Se verifica planificación mensual de la actividad y ajustes periodicos en</p> | | | | |

función de la demanda del servicio.

Se revisan registros en el programa y trazabilidad del proceso (lotes de limpieza).

Vistos controles físicos, químicos y biológicos de seguimiento del proceso de autoclavado y lavado.

Vista validación del proceso de autoclavado

Vistos registros de mantenimientos de equipos.

En referencia a las sondas de los autoclaves los equipos no cuentan con componentes externos de calibración. Las validaciones se realizan de manera anual, procediendo a validar todos los componentes de los equipos por parte de una empresa externa. Las últimas validaciones se realizaron a finales de diciembre por la empresa Matachana y están a la espera de los resultados

Restauración:

Vistos los siguientes registros relacionados con APPCC actualizada el 14/10/21 de la empresa Mediterránea certificada en calidad y medio ambiente.

Vistos controles de superficies que validan los planes de limpieza. Ej controles de material, manipuladores de alimentos,... por laboratorio externo.

Visto control anual de agua potable. Ultimo realizado noviembre 21 por SIC, acreditado por ENAC.

Visto control de alimento preparado de micro en octubre 21. ok

Visto control de limpieza de cámaras y registro de verificación de sonda y calibración de equipo utilizado. Vistos registros de control de limpieza.

Se verifica control de productos de limpieza: ej D10 se verifica ficha técnica y de seguridad. Registros derivados gestionados con AMBAR. Vista zona de almacenamiento de productos y residuos. OK

Se supervisan registros de tratamiento de Desratización y desinsectación, realizados por la empresa JRC. ROESB 0725-CV. Vistos ejemplos de parte de trabajo. NO han realizado todavía informe de tendencias . SOLICITAR.

Se verifica control de dietas alimentarias realizada por temporadas. Sobre la dieta base se controlan las particularidades en función de las necesidades nutricionales y alergias del paciente. La asignación de menús es supervisada antes entrega paciente.

Visto control de aceites freidora (análisis y renovaciones semanales).

A la incorporación del personal reciben formación en buenas practicas, medio ambiente y prevención de riesgos laborales. Dicha formación se valida mediante cuestionario. ok. Elaboran planes de formación a tres años para los trabajadores.

| Auditor | Fecha | Proceso | Norma | Contactos |
|--|------------|--|-----------------------|---|
| MARIA CHILLA MORENO GONZALEZ | 17/01/2022 | Supervisión relacionada con área técnica: seguridad, mantenimiento de instalaciones (incluidas obras), viales y jardines | Otras Certificaciones | José Ignacio Gatell Resp. Subcontrata Ferrovial Lucia Sánchez López, resp de instalaciones y gestión energética |
| Notas | | | | |
| <p>Mantenimiento Servicio 5, ed, 4 26/10/21</p> <p>Visto cumplimiento de los planes de mantenimiento: técnico legal, preventivo programado, conductivo, correctivo Vistor registros de inspecciones periódicas obligatorias Vistor control de consumos Visto ejemplos de mantenimiento de activos a través de ordenes de trabajo.</p> <p>Gestión reclamaciones, en 2021 solo ha habido dos reclamaciones, una relacionada con la generacion de ruidos de los grupos electrógenos de los vecinos. Se han detectado dos relacionadas con camas viejas y no funcionaba la calefaccion en la habitacion. Se reciben en la concesionario a través de atencion al paciente</p> <p>Notas:</p> <p>Los mantenimientos se gestionan a través de Ferrovial quien coordina la subcontratación. Visto control de mantenimientos registros en la base de datos de la familia de equipos de climatización. Visto informes semanales y mensuales de mantenimientos realizados y OCA de inspeccion de instalación contraincendios, mantenimientos anuales y periódicos de equipos. Las periodicas son realizadas por Eurofesa y la oca por OCA Global. ultima anual realizada en agosto 21 y la OCA cerrada favorable el 2/12/20. Vistos ejemplos de control operaciones realizadas por parte encargado. En relación a los equipos refrigerantes tienen equipos con: R134, R407C, R410A y R1234ze (vista ficha técnica). Visto contrato con la empresa Carrier para la retirada de gas refrigerante R134 de los equipos sustituidos firmado 28.01.21ok Control de ascensores y escaleras que llevan directamente la concesionaria: Tienen 62 ascensores controlados por SGS coo OCA y Konw como mantenimiento periodico. Reciben mensualmente informes de los mantenimientos realizados. Visto informes de acumulados de mantenimiento noviembre y diciembre. Visto también ejemplo de acumulados de escaleras. visto OCA de ascensores. Vistos ejemplos de mantenimientos de escaleras y ascensores. Gestión de residuos: visto ejemplo de retirada de inertes gestionado por Ferrovial con la empresa Cespa Gestión de Residuos SA., el 20/08/21, 7 m3. Cespa gestiona también los peligrosos de envases plásticos, de 500 kg de 19/04/21, se evidencia documento de identificación. OBS: queda pendiente realizar los simulacros incluidos en el plan de autoprotección aprobado en octubre de 2021, e inscrito en Protección civil en noviembre 21.</p> | | | | |

| Auditor | Fecha | Proceso | Norma | Contactos |
|---|------------|--|-----------------------|--|
| MARIA CHILLA MORENO GONZALEZ | 19/01/2022 | Seguimiento buenas practicas ambientales: comunicación y seguimiento | Otras Certificaciones | Patricia Asensio: Resp. Calidad y medio ambiente |
| Notas | | | | |
| <p>Tienen definidas medidas de control operacional de consumos y gestion de residuos. Ok Documento sencillo y muy gráfico con lo que es fácilmente asimilable por los usuarios. A los colaboradores se les hace llegar la obligatoriedad de su seguimiento</p> <p>Vista comunicación a proveedores de requisitos ambientales con fecha 14 de enero de 22. También se remite a los trabajadores de La Concesionaria. Se ha elaborado un anexo a los contratos de proveedores de servicios auxiliares con los requisitos ambientales. ok A nivel interno se ha difundido al personal interno por email En situaciones de emergencia no se tienen identificadas situaciones del tipo derrames de productos. OM se recomienda solicitar información a los proveedores de servicios, todos certificados en medio ambiente, de las medidas establecidas al respecto y de la validación de las mismas Visto evaluación de aspectos ambientales asociados al ciclo de vida, se recomienda su revisión para identificar aspectos asociados a todo el ciclo como los relacionados con el final de la vida útil Disponen de un barrido legal que se actualiza con frecuencia anual.</p> <p>Las situaciones de emergencia se tienen identificadas de forma conjunta con prevención. OM sería recomendable realizar simulacros de incendios establecidos en el plan de autoprotección presentado por el Hospital en octubre del 21 Seguimiento: visto a través de informes mensuales y seguimiento de generación de residuos. Se realizan auditorias parciales del desarrollo de servicios entre calidad y la responsable de área. Visto planificación y registro así como control de tratamiento de incidencias relacionadas.</p> | | | | |

| Auditor | Fecha | Proceso | Norma | Contactos |
|---------------------------------|------------|--------------------------------|--------------------------|--|
| MARIA CHILLA MORENO GONZALEZ | 19/01/2022 | Medición satisfacción clientes | Otras Certificaciones | Patricia Asensio: Resp. Calidad y medio ambiente |

Notas

En estos momentos se están modificando las encuestas de satisfacción clientes.
 Visto borrador pendiente aprobación por parte del Hospital
 Se divide por pacientes ingresados y ambulantes y otra profesionales y cafetería y aparcamiento.
 En estos momentos están funcionando las encuestas más simplificadas recopiladas con frecuencia mensual. Se evidencia se cumple el ratio de muestreo acordado en protocolos.
 Todos los resultados son muy satisfactorios.
 Reclamaciones y SIGIS:
 Reclamaciones son de usuarios y pacientes
 SIGIS (sistema interno de penalización registrado por personal del hospital)
 Reclamaciones: vistos resultados en los que se detectan por parte de Administración y seguridad son más del 80% de las reclamaciones. Sociedad Concesionaria está elaborando propuestas como: que en la alocución se incluya el horario de atención al paciente, que de señal de comunicación, soporte informático de citas,....
 Visto ejemplos de SIGIS la mayoría relacionadas con Transporte Interno por incidencias en el área de Rayos, seguida de limpieza y personal Administrativo.
 Visto informe de análisis realizado en mayo 21, pendiente el correspondiente a 2022.

| Auditor | Fecha | Proceso | Norma | Contactos |
|---|------------|---|-----------------------|--|
| MARIA CHILLA MORENO GONZALEZ | 19/01/2022 | Recursos humanos: definición de perfiles, formación y adiestramiento, contratación. | Otras Certificaciones | Patricia Asensio: Resp. Calidad y medio ambiente |
| Notas | | | | |
| <p>Visto en cada proceso cumplimiento de perfiles y evaluación eficacia formación</p> <p>Visto organigrama de la empresa.</p> <p>Verificado uniformidad e identificación del personal entrevistado en cada uno de los procesos.</p> <p>Cuando hay cambios de personal o colaboradores hay intercambio de información. Verificado en el caso TIGAs y esterilización para las subcontratas.</p> <p>También hacen encuestas de clima laboral a los trabajadores de la empresa y a los de las empresas proveedoras de servicio. Se revisan resultados y se comprueba implantación de acciones de mejora derivadas como ampliación de margen de entrada a trabajar.</p> <p>Visto plan de formación definido en 2021 aún vigente.</p> | | | | |

| Auditor | Fecha | Proceso | Norma | Contactos |
|---|------------|--|-----------------------|--|
| MARIA CHILLA MORENO GONZALEZ | 18/01/2022 | Supervisión prestación de servicios: limpieza y DDD, restauración, residuos, esterilización, cafetería | Otras Certificaciones | Personal entrevistado: José Luis Pulgar, Eduardo Rodríguez y Raúl Quemada Silvia Pérez: Resp. Servicios Limpieza, DDD, Restauración, Residuos, Esterilización, Cafeterías y Vending |
| Notas | | | | |
| <p>Cafetería. subcontrata Sodexo.</p> <p>Personal entrevistado: José Luis Pulgar, Eduardo Rodríguez y Raúl Quemada</p> <p>Se entrevista al responsable de cocina acerca de la rotación de los menús indicando que estos son aprobados por el Hospital y comunicados a La Concesionaria.</p> <p>Visto documentación APPCC actualizada en agosto 21.</p> <p>Visto informe de inspección sanitaria realizada en noviembre y tratamiento de incidencias relacionadas de fecha 23/12/21. Nada relevante, relacionado con metodología de identificación PCC.</p> <p>Verificado planes de limpieza y registros autocontrol de agua.</p> <p>Visto control de cámaras y control de calibración de equipos.</p> <p>Vistos informes de tratamiento de plagas de la subcontrata Rentokil.</p> <p>Visto informe anual de tendencias</p> <p>Se evidencia retiradas de aceite con la empresa Discoil. Se renueva semanalmente en función de los usos y resultados de los controles.</p> <p>Vistos controles microbiológicos de los alimentos elaborados.</p> <p>No se han podido evidenciar controles de los manipuladores están planificadas para el mes de febrero</p> | | | | |

| Auditor | Fecha | Proceso | Norma | Contactos |
|--|------------|--|-----------------------|--|
| MARIA CHILLA MORENO GONZALEZ | 18/01/2022 | Supervisión relacionada con área técnica: seguridad, mantenimiento de instalaciones (incluidas obras), viales y jardines | Otras Certificaciones | Viales y jardines: Responsable del Servicio de Eulen: Roberto Bermúdez Responsable de la Concesionaria del servicio de Viales y Jardines: José Luis Díaz |
| Notas | | | | |
| <p>Viales y Jardines; Viales y jardines Servicio 6, ed, 3 07/10/21 Personal entrevistado: Responsable del Servicio de Eulen: Roberto Bermúdez Responsable de la Concesionaria del servicio de Viales y Jardines: José Luis Díaz Visto: Gestion de árboles, arbustos y setos. Programas de podas: la selección de especies se hizo en el inicio de obra. Las variedades se repiten y las podas están programadas si bien no detectan grandes plagas. Están tendiendo a tratamientos compatibles con agricultura ecologica. Están valorando incluso lucha biologica. Utilizan por ejemplo jabones potásicos. Vista la planificación anual y visto registro mensual de actuaciones realizadas, Se hacen inspecciones periodicas y se generan listado de mantenimiento preventivos de rutas de circulacion y maquinaria.</p> <p>Programa de riego y abonos. Visto, disponen de un sistema de aljibes utilizado para el riesgo y visto plan de abono granular.</p> <p>Control mantenimiento de viales y de acceso a las instalaciones Gestion situaciones criticas, control de calidad y reclamaciones clientes. Indican que no tienen reclamaciones debido a que potencian mucho el preventivo.</p> <p>Indican no haber tenido problemas de personal por Covid.</p> <p>Vista planificación anual, mensual y semanal establecida procedimiento. ok Subcontrata Eulen, se considera que conocen el protocolo y se verifica un adecuado cumplimiento. Vistos mantenimiento de equipos y maquinarias.ok Visto estado de alrededores: se considera correcto el estado y por tanto la prestación del servicio. Residuos: En el caso de envases pintura se realiza a traves de Juno tal como se describe escrito de 18/01/22. OBS: se trata de residuos peligrosos por lo que se debería verificar la gestión de dichos residuos: alta como pequeño productor de Juno, cantidad retirada, gestor al que se entregan dichos residuos,...</p> <p>Con respecto a gestión de residuos de restos de podas, vista condiciones de almacenamiento, se considera correcta. Con relación al uso de productos fitosanitarios, la empresa indica que se utilizan como último recurso, (vistos partes de mantenimiento que los incluyen), en dichos casos se deben gestionar como residuos peligrosos y no peligrosos según su catalogación.</p> <p>Visto parte de control y seguimiento, las deficiencias detectadas se replanifican . Indican que cuando detectan incidencias valoran analisis e informan a La Concesionaria. ok</p> | | | | |

| Auditor | Fecha | Proceso | Norma | Contactos |
|---------------------------------|------------|--|-----------------------|---|
| MARIA CHILLA MORENO GONZALEZ | 18/01/2022 | Supervisión documentación relacionada con prestación de servicios: TIGA, lavandería, almacén, P.Administrativo y archivo | Otras Certificaciones | Patricia Asensio: Resp. Calidad y medio ambiente Concepción García: resp. TIGA, Lavandería, Almacén, P.Administrativo y Archivo TIGAS: Pedro García y Eduardo Alonso Archivo: Nahuel Prieto Personal Administrativo: Laura Gómez Almacén: Manuel Rosales |

Notas

Servicio de transporte interno y gestión auxiliar (TIGA) Servicio 10, ed, 5 05/10/21

Lavandería: Lavandería. Servicio 7, ed, 2 30/05/20

personal entrevistado: Pedro García y Eduardo Alonso

Se verifican los protocolos relacionados con movimientos de ropa y control de lavandería

Se verifica control en recepción, reparto y condiciones de almacenamiento

Vistos almacenes intermedios en planta de material. (Traslado de material)

Visto protocolos de retiradas de ropa.

Se verifican los registros relacionados: entrega y recogida de uniformidad y de ropa limpia, control de ropa limpia

Se revisa organización lencería y controles en recepción de ropa limpia

Se verifica control de horarios y entrega de ropa.

Visto control de pesadas en recepción. Se verifica calibración de la báscula relacionada. Calibrada el 03/12/21 por Kalinge empresa acreditada por ENAC.

Según contrato la cantidad que se toma como referencia para facturar es la de la bascula del Hospital independientemente de lo que indique el proveedor en su albarán

Visto planificación y asignación de TIGAS coordinados a través de puestos intermedios.

Se evidencia control de recepción de solicitudes a través de llamadas, asignación en función de urgencia y cierre.

En relación a reclamaciones e incidencias se trata de la segunda actividad en número de incidencias. Se consulta con la responsable de calidad y su origen están principalmente en el área de traslados de RX. Se revisan registros relacionados detectando problemas de organización del servicio. Se solicita información acerca de las propuestas en marcha relacionadas

Visto control de limpieza de carros y fichas técnicas de productos relacionados. Se ha evidenciado separación de carros de ropa limpia y ropa contaminada para minimizar riesgos de contaminación cruzada.

OBS: de forma puntual en uno de los almacenamientos intermedios se ha detectado un contenedor con residuos contaminados Covid sin identificar. La responsabilidad es del Hospital por lo que se debe insistir dada la peligrosidad de este residuo.

Archivo; Servicio 13, ed, 7 04/10/21

Personal entrevistado Archivo: Nahuel Prieto

Se supervisa una recepción de documentación. Se entrevista al responsable evidenciando adecuado manejo del protocolo.

Se solicita del responsable información acerca del seguimiento de devolución de historiales al lugar de archivo. Indica que tienen control de trazabilidad de la entrega y devolución de los mismos.

Se entrevista además al responsable de transporte acerca de las medidas adoptadas para la protección de la documentación en sus instalaciones y a lo largo del proceso de transporte.

Personal administrativo. Servicio 12, ed, 2 01/06/20

Personal entrevistado: Laura Gómez

Actividad cuyo objeto es el apoyo administrativo asistencial y gestión económica. Coordinan sustituciones de personal auxiliar administrativo, realizan el proceso de selección y entrevistas en función de los perfiles definidos por los responsables de servicio.

Realizan también labores asistenciales en la gestión de citas y cirugías.

La gestión económica está relacionada con el cobro de pacientes trasladados.

Se verifica la siguiente documentación:

Control de presencia mediante huella digital

Supervisar proceso de formación y control de perfiles puesto. ok

Control de altas y bajas

Seguimiento proceso de recepción pacientes. Programa SELENE

Atención telefónica y control de tiempos respuesta.

Control de puestos de trabajo y verificación de que el personal se encuentre en el puesto asignado.

A nivel interno se controlan los tiempos de respuesta mediante llamadas al azar a Fidelis. Tienen muchas incidencias relacionadas, de hecho es la actividad ligada al mayor volumen. Las causas son varias la mayoría centradas en control de citas.

No tienen cita webb.

Remiten informes mensuales a la Concesionaria y anual con el análisis de tendencias. ok.

Almacén Rev.3

Responsabilidades: Responsable servicio, Jefe de almacén, administrativo y operario.

Personal entrevistado almacén: Manuel Rosales

Se verifica el cumplimiento de la siguiente metodología establecida en el protocolo: Programación y recepción, almacenamiento y custodia y distribución.

Se supervisa recepción de mercancía y tratamiento de una incidencia relacionada con error en las cantidades solicitadas.

Se visitan almacenes, control de ubicación de mercancías y de cámaras de frío.

Control de stocks se supervisan desde compras. Se controlan periódicamente. En el informe mensual se controlan incidencias en el servicio y de los productos críticos que serían aquellos que su ausencia paralizaría área.

Realizan controles de cámaras refrigeración, pero no de estanterías, lo cual sería recomendable. OM

| Auditor | Fecha | Proceso | Norma | Contactos |
|--|------------|--------------------|--------------------------|-----------|
| MARIA CHILLA MORENO GONZALEZ | 19/01/2022 | Gestión documental | Otras Certificaciones | |
| Notas | | | | |
| <p>Con respecto a las observaciones identificadas en la auditoría en remoto relacionadas con control documental cabe comentar:</p> <ul style="list-style-type: none">- En el listado de documentación en vigor, el procedimiento de gestión de reclamaciones no indica fecha de aprobación sino firma aprobación, aclarar. Este documento está todavía en borrador la nueva actualización- Queda pendiente revisar la metodología de archivo de la documentación y el control de documentación/información externa. Se archivan la documentación por procedimiento y se incluyen los registros relacionados. La documentación se encuentra disponible en el servidor. <p>También queda pendiente ver el estado de los documentos que se encuentran en revisión como el de compras. Pendiente de aprobación todavía</p> <p>Obs. En el listado no hay procedimientos ambientales: como control operacional, seguimiento de requisitos legales, emergencias ambientales... Pendiente aún</p> | | | | |

| Auditor | Fecha | Proceso | Norma | Contactos |
|------------------------|------------|--|-----------------------|--|
| ROCIO RODRIGUEZ GOMEZ, | 17/01/2022 | Supervisión relacionada con área técnica: seguridad, mantenimiento de instalaciones (incluidas obras), viales y jardines | Otras Certificaciones | PATRICIA ASENSIO: RESPONSABLE DEL SISTEMA DE GESTIÓN ISAAC ARIAS: RESPONSABLE SEGURIDAD, VIALES Y JARDINES. JOSE CROS: JEFE DE EQUIPO VIGILANCIA JOSE LUIS DIAZ ROBERTO VERMUDEZ |

Notas

Supervisión relacionada con área técnica: seguridad, mantenimiento de instalaciones (incluidas obras), viales y jardines

SEGURIDAD

- ILUNION SEGURIDAD

Jefe de Servicios:

- Personal servicio de vigilancia compuesto por 3 VS en H24, 365 (6) días al año y un Jefe de equipo en H12 de lunes a viernes con horario de 07 a 19.
- funciones definidas en el "ANEXO II"
- formación técnica y específica como Vigilantes por el Ministerio del Interior. Actualizaciones según Orden INT/318/2011, de 1 de febrero, sobre personal de seguridad privada.
- servicio de atención de Incidencias por medio de un Inspector asignado al servicio (HAM), con un Jefe de Servicios para la gestión administrativa y con un Jefe de Seguridad habilitado por la Dirección General de la Policía.
- materiales asignados conforme a ANEXO II
- tarjeta identificativa cada trabajador, control de accesos.
- simulacros
- cursos anuales de reciclaje obligatorios
- operativa de Patrullas de Vigilancia ("Rondas de Seguridad"), ANEXO III
- procedimiento de Control de Accesos en el "ANEXO IV"
- seguridad específica, informe diario y/o de incidencia
- Plan de Autoprotección Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda --> plan de contingencia.
- almacenamiento, custodia y devolución de pertenencias y objetos perdidos. ANEXO V
- comunicación de incidentes ANEXO VI
- control y custodia de llaves ANEXO VII
- actuaciones e casos sospechosos de enfermedades respiratorias de alerta internacional ANEXO VIII --> se muestra documento de información incluye medidas preventivas y en caso de ocurrencia actuaciones.
- Plan de Catástrofes Externas. Anexo X
- procedimiento para determinar la actuación del Servicio de Seguridad para la supervisión y comunicación de alarmas de neveras y congeladores. Anexo XII
- sistema avanzado de alarmas
- visos a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Anexo XV
- procedimiento para extracción de grabaciones de las cámaras del circuito cerrado de televisión. ANEXO XVI

Retirada pertenencias del paciente, custodia y posterior entrega a paciente o persona autorizada. Archivo de hojas firmadas.

Recepción de la información por parte del personal --> tabla de obligada firma como constancia del conocimiento de las normas de seguridad y procedimientos a seguir por parte del personal de seguridad.

Pertenencias recogidas Ej nº de consigna, rellenan hojas autocopiativas con fecha y punto de recogida, se registra detalla de cada pertenencia. En caso de covid no se abre la bolsa y se detalla "pertenencias sin revisar" y se identifica la hoja con "covid", se identifica quien lo entrega y esta persona firma. Se registra nº de placa del vigilante y firma.

Devolución de pertenencias, se registra la hoja apartado devolución, fecha, firma de quien recoge. Se destruye la hoja rosa (hoja de depósito).

Ej Nº de Consigna 171 recogida de pertenencia día 12/01/22 y devuelto 13/01/2022 (entra por Urgencias, la hija recoge las pertenencias día posterior).

Ej Nº Consigna 173 "exitus", se deposita 13/01/22 y se recoge 13/01/22 por familiar tras su fallecimiento.

Se evidencia habitación cerrada con llave para custodia de pertenencias. En caso de "covid" en habitación diferente planta baja.

A los 6 meses si las pertenencias no se han recogido se destruyen. La Concesionaria se encarga de realizar la destrucción:

Certificados de Destrucción

Ejs --> N° de Consigna 1172 deposito de fecha 24/09/20 (covid) ; N° Consigna 344 (no covid) depósito 8/02/21, entrega a la concesionaria 28/10/21. N° consigna 985 depósito 26/04/21. PTE VER

Almacenamiento, custodia y devolución de pertenencias y objetos perdidos. Se rellena un documento de recogido con n° de consigna y doc de entregados. Ej. N° Consigna 2162 entregado 27/12/21 y recogen 27/12/21.

Armario de custodia de objetos perdidos en habitación de custodia de pertenencias no covid.

Control y custodia de llaves.

Se evidencia armario de llaves custodiadas, identificadas. La identificación coincide con la que muestra el listado de llaves custodiadas donde se recoge además el lugar correspondiente.

Ej trabajador Grupo Eurofesa (contraincendios) solicita llave 150 "cuartos técnicos" y tarjeta de acceso, se registra retirada de llaves en "registro deposito de llaves". Al devolverla firma devolución.

Tarjeta identificativa cada trabajador, control de accesos.

Ej. Vicente Gomez (vigilante) se muestra su tarjeta con acceso a la totalidad del hospital.

La concesionaria reporta a seguridad el listado de personas para gestionarles los accesos y tiempo de accesibilidad. Ej correo de 14/01/2022 se especifican nombres, dni, matricula de vehículo y tipo de vehículo.

Operativa de Patrullas de Vigilancia ("Rondas de Seguridad")

Se establecen rondas. Se dispone de listado de rondas y donde fichar. En los partes de servicio se especifican las rondas. Ej informe diario de 14/01/2022 detallan las rondas realizadas, si son programadas se detalla, quien la realiza, hora, ... Rondas aleatorias por consideración del vigilante. Rondas a demanda. Todas se registran en el parte del servicio diario. Si se detecta incidencia se detalla Ej aviso a mantenimiento, existe un formato para registro de incidencias de mantenimiento, lo mismo para los avisos a autoridades ej policía,... en estos registros se detallan seguimiento de la incidencia

Control perimetral: vehiculos mal aparcados, personas que fuman,...

Control de vehículos autorizados, hora entrada, donde, hora de salida, matrícula, fecha.

Sistemas revisión de que el material funciona y están en estado conforme.

Apertura almacén central se registra el solicitante, vigilante, hora apertura, hora cierre, en observaciones se detalla lo que se lleva o la operación que ha realizado en el almacén.

Apertura de puertas, las id en rojo se abren siempre por protocolo. Otras se abren a demanda (en negro). ej supervisora de urgencias recoge mascarillas el 8 enero a las 15:17 y cierra a las 15:20.

Incidencias barrera de parking (lo gestionan los auxiliares de ILUNION, no es competencia de vigilancia salvo situación de urgencia que requiera de actuación)

Avisos a mantenimientos vistos

Avisos a autoridades vistos

Consignas de pertenencias y objetos perdidos visto

Informes de incidencias diarias de 8/01/2022

Si ocurre una gran incidencia se hace informe de servicio "Informe Especificación" Ej 4/08/2021 discusión psiquiatría por pertenencias, se detalla el vigilante iniciales y su TIP

Control de llaves, llave, solicitante, dni, telefono, empresa, espacio, entrega y recogida. Ej 15/01/22 Ferrovial (mantenimiento interno).

Accesos braquiterapia: quien es el autorizante (según listado se comprueba), trabajador autorizado, dni, donde va zona de acceso, hora de acceso, observaciones para detallar la actuación, materiales,...

Accesos autorizados: registro de puertas accesos automaticos registran los accesos ocurridos / alineado con las rondas.

Rondas programadas de seguridad, control de rondas programadas realizadas. Si no se hubiera realizado alguna ronda programada salta en rojo.

Cuadro de puestos cubiertos.

Procedimiento para determinar la actuación del Servicio de Seguridad para la supervisión y comunicación de alarmas de neveras y congeladores. Una vez seguridad recibe la alarma deriva a mantenimiento, se registra en hoja de incidencias para mantenimiento. Si es fuera de horario se avisa conforme al listado y se deja constancia en el parte del servicio. ej 25/06/21 alarma muy grave bio banco congelador nº 6 ALARMA BIOBANCO aviso

Procedimiento para extracción de grabaciones de las cámaras del circuito cerrado de televisión.

Ej. Reciben solicitud oficial de la Guardia Civil, transmitida por Directora Jurídico Laboral. Solicita facilitar las grabaciones solicitadas. Una vez se persona la autoridad se le entregan y firman el recibí. Por seguridad custodian las imágenes durante el tiempo que proceda.

Se muestra cuartos archivo electrónico con llave.

Control de alarmas, desde la pantalla de control se realiza seguimiento del estado y seguimiento. Cuando la empresa mantenedora está realizando una actuación se muestra en pantalla parpadeo en rojo. Previamente el operario de mantenimiento ha solicitado tarjeta de acceso conforme a sistemática vista.

Formación "hospitales" y "servicio contraincendio" de reciclaje. Impartidas por ILUNION.

Visto listado de formación octubre 2021 y se muestran los diplomas de "infraestructuras críticas".

Simulacro de intrusión, se muestra cumplimentado el informe de simulacro de intrusión realizado el 9/11/2021, registran horas, actuaciones y quienes las realizan, seguimiento y control de tiempos, se registran los resultados. Informe firmado.

Plan de Autoprotección

visto con María Chilla (TL)

VIALES Y JARDINES

EULEN

- trabajos de limpieza, desbroce, poda, plantación, tratamientos fitosanitarios

Gestora del Servicio: María Cuesta

Encargado de mantenimiento:

Equipo de jardinería

Equipo de viales

- formación y cualificación necesaria

- Protocolo básico del Servicio de Viales y Jardines

Jardinería

- programa de trabajos de mto arboles, arbustos y setos; zonas de césped y parterres; tratamientos fitosanitarios; riego. (mensual)

- trabajos no programados

- Inspecciones periódicas

- incidencias o refuerzos (AC)

Viales

- programa de trabajos de mto de rutas de circulación; mobiliario estructuras externas; limpieza de viales y jardines

- trabajos no programados

- Inspecciones periódicas

- incidencias o refuerzos

Accesos

- programa mto de accesos, vías de emergencia y vías de circulación.

- trabajos no programados

- Inspecciones periódicas

- incidencias o refuerzos

Parte semanal de servicio de viales y jardinería ; firma de supervisión?

Listado de mantenimiento preventivo de maquinaria

Mantenimiento preventivo rutas circulación viales y jardines

Informes mensuales.

Programa de poda

abonado

Desbroce y limpieza

Calendario escarda manual o mecanica

Programa escarda quimica

Control de plagas -->

- tratamientos fitosanitarios sólo utilizazn productos de probada eficacia, autorizados por la normativa vigente, cuyos componentes no presenten toxicidad para las personas o animales y minimicen el daño al medio ambiente.

- personal operativo responsable de la ejecución de los tratamientos fitosanitarios está inscrito en el Registro de Aplicador de Productos Fitosanitarios y la empresa prestadora del servicio estará dada de alta en el Registro de Empresa Aplicadora del ROPO.

- requiere de autorización para aquellos procedimientos que se deban realizar en el interior del edificio.

Programa de riego

Programa de mantenimiento de viales rutas de circulación de las instalaciones, mobiliario y estructuras externas e instalaciones, limpieza de viales y jardines. En acceso a instalaciones, se incluye el mantenimiento de accesos, las vías de acceso de emergencia y las vías de evacuación.

Gestión de residuos**Mantenimiento y obras**

FERROVIAL

GMAO (GIM).

Para cada equipo el programa da las gamas de los mantenimientos.

ej Mantenimientos realizados, diciembre 2021.

Informe mensual Diciembre 2021. Correctivo, Preventivo y Conductor. Se muestran OT planificadas, reales y tiempo empleado. Control de consumos mensual de agua y de gas natural de calderas y gas de laboratorio.

ej de emisión de ordenes de trabajo y asignación El operario la cumplimenta en la pda. El operario registra la orden de trabajo. El encargado general, Angel, mensualmente realiza inspección. Ej listado de verificación agosto

Alertas para los mantenimientos reglamentarios, se emite orden de trabajo

Se dispone de excel de seguimiento de las OCAs

Ej PCI pasada por OCA Global, fecha 29/05/2020, emisión de favorable dic 2020. Valida mayo 2030 (10 años).

Eurofesa realiza las revisiones periódicas, anual agosto 2021 para extintores y bies, el resto se reparte en las revisiones trimestrales.

Ej ascensores

Obras y pequeñas reparaciones, se detectan en las rondas y se emite orden de trabajo.

| Auditor | Fecha | Proceso | Norma | Contactos |
|--|------------|-------------------|--------------------------|-----------|
| MARIA CHILLA MORENO GONZALEZ | 19/01/2022 | Reunión de cierre | Otras Certificaciones | |
| Notas | | | | |
| <p>La presente reunión de cierre se lleva a cabo en remoto con fecha 24/01/22, con ayuda de herramienta Teams. A lo largo de la misma se ha proporcionado una corta explicación sobre:</p> <p>SE REALIZA REUNIÓN FORMAL DE CIERRE CON LA DIRECCIÓN DEL CLIENTE, PROPORCIONANDO UNA CORTA EXPLICACIÓN SOBRE:</p> <p>A)Presentación de las conclusiones de la auditoría, incluyendo las recomendaciones relativas a la certificación; •REALIZADO.</p> <p>B)Presentación de no conformidades y determinación de tiempo de respuesta; •REALIZADO</p> <p>C)Informar al cliente de que las evidencias de auditoría reunidas se basan en un muestreo de información, lo que introduce, de hecho, un elemento de incertidumbre; •INFORMADO.</p> <p>D)El método y el plazo para presentar la información, incluyendo la categorización de los hallazgos de auditoría; •REALIZADO.</p> <p>E)El proceso del organismo de certificación para el tratamiento de las no conformidades, incluyendo cualquier consecuencia relativa al estado de certificación del cliente; •CONFIRMADO.</p> <p>F)El plazo para que el cliente presente un plan de corrección y acciones correctiva para cualquier no conformidad identificada en la auditoría; •CONFIRMADO</p> <p>G)Las actividades del organismo de certificación posteriores a la auditoría; •CONFIRMADO</p> <p>H)La información acerca de los procesos de tratamiento de las quejas y de apelaciones. •INFORMADO.</p> | | | | |

3.2 INFORME RESUMEN DE LA AUDITORÍA POR NORMA

Otras Certificaciones

| Cláusulas | Departamento / Actividad / Proceso | | | | | | | | | | | | | Total | | | |
|--------------|--------------------------------------|--------------------|--|---|--|--------------------------------|-------------------|--------------------------|---|---|--|--|--|-------|--|--|----------|
| | Reunion inicial | Gestión documental | Supervisión prestación de servicios: limpieza y DD | Recursos humanos: definición de perfiles, formaci | Seguimiento buenas practicas ambientales: comu | Medición satisfacción clientes | Reunión de cierre | Fin jornada de auditoria | Supervisión documentación relacionada con prest | Supervisión relacionada con área técnica: segurid | | | | | | | |
| | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Total | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Exclusiones | Justificación de la(s) Exclusion(es) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | No hay exclusiones | | | | | | | | | | | | | | | | |

3.3 INFORME DE NO CONFORMIDAD

Las no conformidades aquí detalladas se deben tratar a través del proceso de acciones correctivas de la organización, de acuerdo a los requisitos aplicables de la norma objeto de la auditoría relativos a las acciones correctivas, mediante acciones para prevenir su repetición y mantener los registros correspondientes.

Más abajo se definen los requerimientos de Bureau Veritas Certification para:

- Plazos previstos en la resolución de las no conformidades (a)
- Contenido de la respuesta (b)

Plazos previstos en la resolución de las No conformidades (a)

Las acciones correctivas para tratar las no conformidades mayores identificadas deben ejecutarse inmediatamente y ser notificadas a BV Certification en el plazo de 90 días, después del último día de auditoría, a menos que Bureau Veritas Certification y el cliente acuerden un periodo de tiempo mayor o en los seguimientos de ISO 22000 que deben ser notificadas en el plazo de 30 días.

La revisión de las no conformidades se realiza a través de una revisión documental. No obstante, en función de la magnitud de los hallazgos, nuestro auditor puede planificar una auditoría de seguimiento con el objeto de realizar una revisión de las acciones tomadas sobre las no conformidades identificadas, evaluar su eficacia, y recomendar el mantenimiento o no de la certificación.

Para tratar las no conformidades menores, el auditor jefe, deberá aprobar un plan de acciones correctivas, que contenga un análisis de la causa raíz así como las acciones correctoras necesarias. En la siguiente visita planificada, se verificará la implantación y eficacia de dichas acciones correctivas.

Se recomienda que la organización responda de forma rápida, con el objeto de disponer de tiempo adicional en caso de ser necesario en una revisión posterior.

El plazo de respuesta de las no conformidades, en una auditoría de renovación, será definido por el auditor jefe, de cara a que la implementación de correcciones y de acciones correctivas se realice antes del vencimiento de la certificación.

Las respuestas a las no conformidades pueden presentarse en soporte electrónico, mediante el Informe de No Conformidad facilitado en la presente herramienta (preferible) y a remitir a BV Certification.

Contenido de la respuesta del cliente (b)

La respuesta del cliente a las No conformidades debería ser revisada por el auditor jefe y debería contener tres partes; corrección, análisis causa raíz y acciones correctivas asociadas.

El auditor revisa las tres partes del plan y busca la evidencia de que está siendo implantado.

Corrección

1. La no conformidad ha sido corregida (y el cliente ha revisado el sistema por si fuera necesario corregir otros ejemplos relacionados) Se debe asegurar que la corrección responde a la pregunta "¿Es el único caso o no? en otras palabras, ¿Existe riesgo de que vuelva a ocurrir en otro centro o departamento?"
2. Si la corrección no puede ser inmediata; se debe elaborar un plan de acciones asociado a las no conformidades apropiado (responsables y fechas asociadas a las acciones).
3. Se debe disponer de evidencia de que la corrección y o el plan han sido implantados.

Análisis Causa Raíz

1. La causa raíz no consiste en describir de nuevo el hallazgo, tampoco en describir la causa directa que lo originó.
2. El análisis debe realizarse de forma adecuada para determinar la causa raíz real: Ej. Si alguien no siguió un determinado proceso podría ser la causa directa; determinar por qué alguien no siguió un determinado proceso conduciría a determinar la causa real.
3. La definición de la causa raíz debe focalizarse dirigiéndose a determinar un sólo origen y respondiendo a sucesivos por qué. El análisis causa raíz debe ser suficientemente profundo para llegar al origen de la causa.

4. Se debe asegurar que la causa raíz responde a la pregunta, "¿Que pudo fallar en el sistema de gestión? "
5. Culpar al empleado no se aceptará como única causa raíz de la desviación.
6. Se debe conocer qué es lo que falló en el sistema de gestión y asociar la desviación al proceso adecuado.

Acción Correctiva

1. La acción correctiva o plan de acciones correctivas definido deberá incluir un adecuado análisis de la(s) causa(s) raíz. Si no se determina la causa raíz real, no se evitará que la desviación vuelva a producirse.
2. Para que el plan de acciones se aceptado, deberá incluir:
 - Las acciones que determinan el análisis de la(s) causa(s) raíz
 - Identificación de los responsables de implantar las acciones y
 - una planificación (fechas) para su implantación.
 - un "cambio" del sistema del sistema de gestión. La Formación o información generalmente no constituyen cambios en el sistema de gestión.
3. Para aceptar la implantación de las acciones:
 - a. se debe disponer de suficiente evidencia que demuestre que el plan está siendo implantado y en curso.
 - b. Nota: no se requiere el envío de evidencias completas para cerrar las No conformidades; algunas evidencias serán revisadas en las visitas de seguimiento en las que se verifica la eficacia de las acciones correctivas. A excepción de ISO 22000, certificación para la cual es indispensable enviar evidencias de todas las no conformidades en todas las visitas.

La auditoría está basada en un proceso de muestreo de la información disponible y las técnicas de auditoría usadas fueron: entrevistas, observación, muestreo de actividades y revisión de documentos y registros.

A completar por BV

| Fecha | Organización | Contrato nº | Número de NC | |
|---|---------------------------------|--|--------------|-------------------------|
| 17/01/2022 | HOSPITAL MAJADAHONDA | 12998525 | OTHSMCHI01 | |
| No conformidad observada durante | | Auditoría de Certificación | | |
| Proceso | | Supervisión prestación de servicios: limpieza y DDD, restauración, residuos, esterilización, cafetería | | |
| Norma | | Otras Certificaciones | | |
| Cláusula | | | | |
| Nombre del Emplazamiento | | HOSPITAL MAJADAHONDA | | |
| Descripción de la evidencia objetiva de la no conformidad | | | | |
| <p>En relación a la gestión de residuos, se detecta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En contra de lo establecido en los protocolos internos del Hospital y en la normativa de residuos, en los contenedores no siempre se identifican las fechas de inicio de almacenamiento y cuando se hace esta fecha no se sabe si es la de cierre del contenedor o de inicio de almacenamiento. El protocolo interno del Hospital establece que se deben registrar ambas fechas y la legislación relacionada solicita se identifique la fecha de inicio de almacenamiento. No obstante lo anterior la frecuencia de recogida recogida en los registros relacionados es inferior a seis meses. - En la zona de almacenamiento de peligrosos se detectan envases y raees fuera de contenedor. También hay residuos no peligrosos como cartón que no están correctamente acopiados. - Los contenedores de RAEES, voluminosos y cartón no se encuentran identificados. - De forma puntual en uno de los almacenamientos intermedios se ha detectado un contenedor con residuos contaminados Covid sin identificar por parte del personal responsable del Hospital. | | | | |
| Grado | Auditor Jefe | Auditor | | Rep. de la Organización |
| Menor | MARIA CHILLA MORENO GONZALEZ | MARIA CHILLA MORENO GONZALEZ | | PATRICIA ASENSIO |
| A completar antes de | | | | |
| 19/04/2022 | CHI | 1-MRCSI9 | CHI | 1-MRCSI9 |

A completar por la organización

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (¿Qué ha fallado en el sistema para que esta NC ocurra?)

* Según la legislación vigente, el productor, en este caso el personal sanitario, es el responsable de consignar la fecha de apertura. Además existe un protocolo interno del centro en el que se establece que es el propio personal sanitario el que debe consignar tanto la fecha de apertura como la de cierre.

Hay parte del personal sanitario que no cumple con este protocolo.

* Respecto a los residuos localizados fuera de su ubicación, esto se debe a que todo el personal del hospital tiene acceso a esta zona y en ocasiones depositan los residuos sin segregar correctamente.

Existía cartelería informativa sobre el uso de cada contenedor la cual ha sido retirada sin conocer las causas.

Corrección (Qué se hace para resolver este problema)

* Formación al personal sanitario. Se ha trasladado propuesta a la Dirección del Hospital llevarla a cabo la última semana de febrero siendo impartida esta en cada una de las unidades productoras.

Se ha solicitado a la Dirección que recuerde a su personal la necesidad de cumplir estrictamente los protocolos, fechando la apertura y cierre de los contenedores.

* Se está estudiando la posibilidad de instalar cámaras en la zona de depósito final de residuos para controlar el acceso

a la misma y la correcta segregación.

Se han restituido los carteles informativos

Acción Correctiva (Qué se hace para prevenir la repetición)

Se incluirá la revisión del fechado en los puntos intermedios en la revisión periódica que realiza la S. Concesionaria para detectar las unidades más conflictivas.

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------|------------------|
| Implantación de Acciones Correctivas | Fecha de finalización | 25/01/2022 |
| | Rep. de la Organización | PATRICIA ASENSIO |

A completar por BV

| Verificación de las Acciones Correctivas | Fecha | Estado | Auditor |
|--|------------|-----------|------------------------------|
| | 25/01/2022 | Acceptado | MARIA CHILLA MORENO GONZALEZ |
| Comentario | | | |

4 DESEMPEÑO HASTA LA FECHA

| Número de NC | Hallazgos (No Conformidad) | Proceso | Norma | Cláusula | Grado | Fecha Emisión | Fecha de Cumplimentación | Verificación de Acciones Correctivas |
|--------------|---|--|-----------------------|----------|-------|---------------|--------------------------|--------------------------------------|
| OTHSMCHI01 | <p>En relación a la gestión de residuos, se detecta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En contra de lo establecido en los protocolos internos del Hospital y en la normativa de residuos, en los contenedores no siempre se identifican las fechas de inicio de almacenamiento y cuando se hace esta fecha no se sabe si es la de cierre del contenedor o de inicio de almacenamiento. El protocolo interno del Hospital establece que se deben registrar ambas fechas y la legislación relacionada solicita se identifique la fecha de inicio de almacenamiento. No obstante lo anterior la frecuencia de recogida recogida en los registros relacionados es inferior a seis meses. - En la zona de almacenamiento de peligrosos se detectan envases y raees fuera de contenedor. También hay residuos no peligrosos como cartón que no están correctamente acopiados. - Los contenedores de RAEES, voluminosos y cartón no se encuentran identificados. - De forma puntual en uno de los almacenamientos intermedios se ha detectado un contenedor con residuos contaminados Covid sin identificar por parte del personal responsable del Hospital. | Supervisión prestación de servicios: limpieza y DDD, restauración, residuos, esterilización, cafetería | Otras Certificaciones | | Menor | 17/01/2022 | 25/01/2022 | 25/01/2022 |

5 RESUMEN EJECUTIVO DE LA AUDITORÍA

5.1 CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

La auditoría está basada en un proceso de muestreo de la información disponible y las técnicas de auditoría usadas fueron: entrevistas, observación, muestreo de actividades y revisión de documentos y registros.

La auditoría está basada en un proceso de muestreo de la información disponible y las técnicas de auditoría usadas fueron: entrevistas, observación, muestreo de actividades y revisión de documentos y registros.

Conclusiones de auditoría:

1.El plan de auditoría comunicado al cliente ha sido cubierto, y se han cumplido los objetivos, criterios y alcance expuestos en dicho plan. No se han producido modificaciones respecto a lo planificado.

2.Revisados los hallazgos de auditoría y la información pertinente reunida durante la auditoría, con respecto a los objetivos de la misma y teniendo en consideración que la técnica de auditoría se realiza por muestreo, se indican las siguientes conclusiones:

- Se ha verificado la coherencia del alcance definido en la presente auditoria con las actividades de la organización.
- En relación con la verificación del cumplimiento de la conformidad de la documentación establecida en los protocolos de la organización, se indica que se manifiesta un alto grado de cumplimiento.
- En relación con la verificación de la capacidad de dicha documentación para cumplir con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales que aplican a la organización, se indica que la organización dispone de la sistemática para identificar los requisitos que ha de cumplir y se evidencia un alto grado de cumplimiento.
- Se ha verificado la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la empresa cumple con los objetivos establecidos.
- La organización ha identificado áreas de mejora potencial del sistema de gestión, y ha tomado medidas para dicha mejora.

3. La estructura documental es adecuada, y se considera suficiente para demostrar el seguimiento de los requisitos definidos en la Contrata

4.El sistema implantado dispone de las herramientas necesarias para garantizar que se promueve la mejora continua de la eficacia del mismo.

5. Se ha demostrado la capacidad de la organización para recopilar y analizar los datos en relación a los resultados de la implantación de los distintos protocolos, contemplando los datos de desempeño, reclamaciones, evaluación de todas las acciones correctivas, planificación de controles y chequeos y evaluación de los resultados.

No obstante lo anterior se deben adoptar medidas para el tratamiento de la no conformidad menor detectada, corrección de las observaciones puntuales y valoración de las mejoras descritas.

5.2 RESUMEN DE HALLAZGOS DE AUDITORÍA

| | Mayor | Menor |
|-------------------------------------|-------|-------|
| Número de No conformidades grabadas | 0 | 1 |

5.3 Documentación mínima a revisar

ES OBLIGATORIO REVISAR :

1. Documentación del Sistema de gestión
2. Implementación y mantenimiento eficaz del Sistema
3. Mejoras
4. Objetivos clave del Sistema y su monitorización
5. Programa de Auditorías Internas
6. Revisión por la Dirección
7. Acciones Correctivas y Preventivas

5.4 OPORTUNIDADES DE MEJORA

| Número | Proceso | Oportunidad(es) de Mejora |
|--------|--|---|
| 1 | Supervisión prestación de servicios: limpieza y DDD, restauración, residuos, esterilización, cafetería | Se recomienda mejorar el registro del seguimiento por parte de los responsables de la eficacia de las limpiezas. |
| 2 | Supervisión prestación de servicios: limpieza y DDD, restauración, residuos, esterilización, cafetería | Si bien el libro de residuos ya no es obligatorio, puesto que se mantiene este registro para control interno, sería recomendable identificar el código LER del residuo y la fecha de inicio y finalización de su almacenamiento, para facilitar su seguimiento. |
| 3 | Seguimiento buenas practicas ambientales: comunicación y seguimiento | En relación al seguimiento de buenas practicas ambientales en condiciones de emergencia, se recomienda solicitar información a los proveedores de servicios, todos certificados en medio ambiente, de las medidas establecidas al respecto y de la validación de las mismas, En relación a la empresa Concesionaria se recomienda identificar posibles situaciones y definir control operacional de las situaciones de emergencia derivadas de su actividad de gestión. |
| 4 | Supervisión relacionada con área técnica: seguridad, mantenimiento de instalaciones (incluidas obras), viales y jardines | En relación al mantenimiento, no se han podido evidenciar registros de mantenimiento de instalaciones de almacenamiento como estanterías |

5.5 OBSERVACIONES

| Número | Proceso | Cláusula |
|--|--|----------|
| Observaciones | | |
| 1 | Supervisión prestación de servicios: limpieza y DDD, restauración, residuos, esterilización, cafetería | |
| Quedan pendientes los registros de calibración de los autoclaves utilizados en el proceso de esterilización | | |
| 2 | Supervisión relacionada con área técnica: seguridad, mantenimiento de instalaciones (incluidas obras), viales y jardines | |
| En relación a mantenimiento de instalaciones, queda pendiente realizar los simulacros incluidos en el plan de autoprotección aprobado en octubre de 2021, e inscrito en Protección civil en noviembre 21. En estos momentos ya se están planificando jornadas formativas relacionadas. | | |
| 3 | Seguimiento buenas practicas ambientales: comunicación y seguimiento | |
| Visto evaluación de aspectos ambientales asociados al ciclo de vida, queda pendiente su revisión para identificar aspectos asociados a todo el ciclo como los relacionados con el final de la vida útil | | |
| 4 | Supervisión prestación de servicios: limpieza y DDD, restauración, residuos, esterilización, cafetería | |
| En el servicio de cafetería de la subcontrata Sodexo queda pendiente verificar el control de los manipuladores. | | |
| 5 | Supervisión relacionada con área técnica: seguridad, mantenimiento de instalaciones (incluidas obras), viales y jardines | |
| Si bien se ha evidenciado una gestión correcta de los residuos no peligrosos derivados de la actividad de viales y jardines, en el caso de la generación puntual de residuos de pintura y señalización, estos se están entregando al proveedor Juno. Puesto que se trata de residuos peligrosos, se debe competir la información acerca de dicha gestión solicitando información como: alta como pequeño productor de Juno, cantidad retirada, gestor al que se entregan dichos residuos,...Según se ha verificado en contrato el subcontratista es el responsable de esta gestión y por tanto de garantizar que esta sea correcta. Por otro lado en el caso de uso de residuos fitosanitarios, los envases generados deben ser gestionados tal como se establece en la legislación aplicable. | | |

6 RECOMENDACIONES DEL LÍDER DEL EQUIPO AUDITOR

| Norma | Acreditación | Copias Cert. | Idioma |
|-----------------------|--------------|--------------|---------|
| Otras Certificaciones | NON-ACCRED | 0 | Español |

| | |
|---|----------------------------|
| Norma | Otras Certificaciones |
| Recomendación | Conceder Certificación |
| Razón para la emisión o cambio del certificado | Auditoría de Certificación |
| ¿ se requiere auditoría extraordinaria | N |
| Fecha Inicio de la auditoría extraordinaria | |
| duración (días) : | |

7 PROGRAMA DE AUDITORÍAS DE SEGUIMIENTO

| Nombre del Emplazamiento | Proceso | Cláusula | Seguimiento | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|----------|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | |
| HOSPITAL MAJADAHONDA | Reunion inicial | | | | | | | | | | | X |
| HOSPITAL MAJADAHONDA | Gestión documental | | | | | | | | | | | X |
| HOSPITAL MAJADAHONDA | Supervisión prestación de servicios: limpieza y DDD, restauración, residuos, esterilización, cafetería | | | | | | | | | | | X |
| HOSPITAL MAJADAHONDA | Recursos humanos: definición de perfiles, formación y adiestramiento, contratación. | | | | | | | | | | | X |
| HOSPITAL MAJADAHONDA | Seguimiento buenas practicas ambientales: comunicación y seguimiento | | | | | | | | | | | X |
| HOSPITAL MAJADAHONDA | Medición satisfacción clientes | | | | | | | | | | | X |
| HOSPITAL MAJADAHONDA | Supervisión documentación relacionada con prestación de servicios: TIGA, lavandería, almacén, P.Administrativo y archivo | | | | | | | | | | | X |
| HOSPITAL MAJADAHONDA | Supervisión relacionada con área técnica: seguridad, mantenimiento de instalaciones (incluidas obras), viales y jardines | | | | | | | | | | | X |
| HOSPITAL MAJADAHONDA | Reunión de cierre | | | | | | | | | | | X |
| Jornadas de auditoría | | | | | | | | | | | | |

Todos los procesos deben ser auditados durante la auditoría de recertificación. El funcionamiento del Sistema de Gestión durante el periodo de la certificación deber ser considerado, incluyendo una revisión de los informes de auditorías de seguimiento anteriores.

| | | | |
|--|------------------------------|-------|------------|
| Plan de seguimiento preparado / modificado por | MARIA CHILLA MORENO GONZALEZ | Fecha | 19/01/2022 |
| Comentario | | | |

8 PROGRAMA DE AUDITORÍA Otras Certificaciones

| Emplazamientos | Auditorías | |
|--------------------------------|------------|------|
| | Initial | Main |
| HOSPITAL MAJADAHONDA - Central | 1,5 | 4 |
| Jornadas de auditoría | 1,5 | 4 |

Jornadas de recertificación previstas

| | | | |
|------------|------------|--------------------------|------------------------------|
| Fecha | 19/01/2022 | Realizado / Revisado por | MARIA CHILLA MORENO GONZALEZ |
| Comentario | | | |

9 PLAN DE AUDITORÍA DE LA SIGUIENTE VISITA

| Fecha - Horario Actividad | Nombre del Emplazamiento | Proceso | Auditor | Comentario |
|------------------------------|--------------------------|---------|---------|------------|
| - | | | | |

| | |
|--|------------|
| Fecha de preparación del plan de auditoría | 19/01/2023 |
| Comentario | |

10 Información del certificado

10.1 Otras Certificaciones - NON-ACCRED - Español

Información del certificado

| | |
|--------------------------|---|
| Nombre del Emplazamiento | HOSPITAL MAJADAHONDA |
| Dirección | CALLE JOAQUIN RODRIGO, 2 |
| Ciudad | MAJADAHONDA |
| Código postal | 28222 |
| Provincia | Madrid |
| País | Spain |
| Alcance | AUDITORIA OPERATIVA 12 SERVICIOS CONCESIONARIA HOSPITAL MAJADAHONDA: SERVICIOS: Servicio de Limpieza • Servicio Integral de Seguridad • Servicio de Gestión de Restauración • Servicio de Residuos • Servicio de Mantenimiento • Servicio de Viales y Jardines • Servicio Integral de Lavandería • Servicio de Gestión del Archivo de Documentación Clínica y Administrativa • Servicio Integral de Esterilización • Servicio de Desinsectación y Desratización • Servicio de Transporte Interno-Externo y Gestión Auxiliar • Servicio de Gestión de Almacenes y Distribución • Servicio de Gestión de personal administrativo de Recepción/información y Centralita telefónica. |
| Número de certificados | 0 |