

# GESMAN

INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.

## INFORME

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

NºEXPEDIENTE: P.A. SER-32/2016-AE

ENERO 2017

## HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA



## ÍNDICE

<b>1. OBJETO</b>	<b>1</b>
<b>2. ALCANCE</b>	<b>2</b>
<b>3. METODOLOGÍA SEGUIDA</b>	<b>2</b>
<b>4. HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA</b>	<b>13</b>
<b>4.1. SERVICIO DE LIMPIEZA</b>	<b>14</b>
4.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	14
4.1.2. DIAGNÓSTICO	16
4.1.3. PUNTOS FUERTES	25
4.1.4. ÁREAS DE MEJORA	26
4.1.5. SEGUIMIENTO DE LAS DESVIACIONES DE LA AUDITORÍA ANTERIOR	27
4.1.6. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA	27
4.1.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO	29
<b>4.2. SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA</b>	<b>31</b>
4.2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	31
4.2.2. DIAGNÓSTICO	32
4.2.3. PUNTOS FUERTES	41
4.2.4. ÁREAS DE MEJORA	41
4.2.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR	41
4.2.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN	41
4.2.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO	43
<b>4.3. SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS</b>	<b>48</b>
4.3.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	48
4.3.2. DIAGNÓSTICO	48
4.3.3. PUNTOS FUERTES	63
4.3.4. ÁREAS DE MEJORA	63
4.3.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR	64
4.3.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN	64
4.3.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO	66



<b>4.4. SERVICIO DE VIALES Y JARDINES</b>	<b>69</b>
4.4.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	69
4.4.2. DIAGNÓSTICO	70
4.4.3. PUNTOS FUERTES	75
4.4.4. ÁREAS DE MEJORA	75
4.4.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR	75
4.4.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN	76
4.4.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO	76
<b>4.5. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN</b>	<b>93</b>
4.5.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	93
4.5.2. DIAGNÓSTICO	93
4.5.3. PUNTOS FUERTES	96
4.5.4. ÁREAS DE MEJORA	96
4.5.5. SEGUIMIENTO DE LAS DESVIACIONES DE LA AUDITORÍA ANTERIOR	96
4.5.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN	96
4.5.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO	96
<b>4.6. SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA</b>	<b>98</b>
4.6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	98
4.6.2. DIAGNÓSTICO	98
4.6.3. PUNTOS FUERTES	111
4.6.4. ÁREAS DE MEJORA	111
4.6.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR	111
4.6.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN	111
4.6.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO	113
<b>4.7. SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO Y TRASLADO DE PACIENTES Y MATERIALES</b>	<b>115</b>
4.7.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	115
4.7.2. DIAGNÓSTICO	117
4.7.3. PUNTOS FUERTES	128
4.7.4. ÁREAS DE MEJORA	128
4.7.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR	128
4.7.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN	128
4.7.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO	129

<b>4.8. SERVICIO DE EXPLOTACIONES COMERCIALES</b>	<b>132</b>
4.8.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	132
4.8.2. DIAGNÓSTICO	132
4.8.3. PUNTOS FUERTES	134
4.8.4. ÁREAS DE MEJORA	134
4.8.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR	134
4.8.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN	134
4.8.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO	135
<b>5. ANEXOS</b>	<b>136</b>
ANEXO I	136
ANEXO II	146
ANEXO III	151

## 1. OBJETO

El presente informe responde al pliego PA SER-32/2016-AE(A/SER-007226/2016) relativo a las prescripciones técnicas de los servicios de auditoría de calidad de los Servicios de Mantenimiento, lencería y lavandería, esterilización y operativa de los Hospitales H. Infanta Elena (Valdemoro), H. Rey Juan Carlos(Móstoles), H. General de Villalba y H. de Torrejón-4 lotes", en particular al lote 3 AUDITORIA OPERATIVA DE CALIDAD EN EL HOSPITAL DE VILLALBA.

Con carácter general, la finalidad de la auditoría ha sido la revisión de todos los procesos de los servicios de la auditoría operativa, con el fin de detectar problemas que afecten a la calidad y disponibilidad del servicio e identificar sus causas, evaluando el cumplimiento por parte de las concesionarias de las obligaciones inherentes a la prestación de este servicio.

Para esta evaluación se han tomado como punto de partida, las indicaciones recogidas en los Pliegos de Prescripciones Técnicas de los hospitales Rey Juan Carlos (Móstoles) y Torrejón en el anexo VI "Especificaciones Técnicas Mínimas que **deberá** cumplir la Sociedad Concesionaria respecto a las diferentes prestaciones complementarias no sanitarias", las cuales son también técnicamente aplicables al hospital de Villalba.

Por lo que los objetivos de la auditoría han sido:

- La realización de un análisis exhaustivo de los servicios recogidos en el alcance de la auditoría operativa, precisando los subprocesos y las actividades críticas que puedan originar problemas que afecten la seguridad, calidad y disponibilidad del servicio.
- La comprobación del cumplimiento de las obligaciones técnicas y documentales de las concesionarias en relación a los servicios recogidos en el PPT.
- La verificación del cumplimiento de las especificaciones de la normativa vigente en relación a los servicios recogidos en el alcance.

Concretamente el objeto del presente informe es la “Auditoría operativa de calidad del Hospital de Villalba de la Comunidad de Madrid”.

## 2. ALCANCE

El alcance del presente informe son los siguientes servicios del Hospital de Villalba de la Comunidad de Madrid:

- Limpieza
- Servicio de Seguridad y Vigilancia
- Residuos Urbanos y sanitarios
- Conservación de viales y jardines
- Desinsectación y desratización
- Gestión de almacenes y distribución logística
- Apoyo administrativo
- Traslado de Pacientes y Materiales
- 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 elementos que componen el servicio en cuanto al establecimiento de las actuaciones a realizar al Servicio Madrileño de Salud, con objeto de su revisión y aprobación.
- Propuesta del cuadro de mando del servicio en cuanto a los parámetros estándar de desempeño 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.

Esta planificación se presentó en las instalaciones Servicio Madrileño de Salud el 25 de noviembre de 2016 a las 11:00 en una reunión a la que asistieron:

HOSPITAL DE VILLALBA:

- o Dolores Pita
- o Dolores Muñiz
- o Silvia Fernandez
- o Francisco Muñoz
- o Arantxa Tejero
- o Jorge Álvarez
- o Laura Alfaro
- o Jose Luis Diez

GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.:

- o Ainhoa Lloria
- o Camilo Blasco
- o Francisco Coll

Así mismo, se presentaron los objetivos de la auditoria y se consensuó la planificación:

- Ejecución de las verificaciones in situ documentales y a través de entrevistas y registros, estando acompañados por personal 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 del Hospital recogidos en el alcance.

- Presentación, revisión y aprobación del presente Informe de la Auditoría Operativa del Hospital de Villalba.

El Plan de Visitas in situ para los servicios recogidos en el alcance del presente informe del Hospital se ha realizado en las fechas comprendidas entre el 17 al 19 de enero de 2017.

Los Parámetros estándar de desempeño (Cuadro de Mando), son los siguientes:

- Limpieza:
  - N° de incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Por Áreas.
  - N° de incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área Médica.
  - N° de incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área Quirúrgica.
  - N° de incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área Materno-Infantil.
  - N° de incumplimientos que afectan directamente a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Área de Servicios Centrales.
  - N° de incumplimientos que podrían haber afectado a la operatividad y uso de áreas funcionales del Hospital o parte de las mismas. Por Áreas.
  - N° 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.
- 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.
- 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.
- Residuos Urbanos y Sanitarios:
  - Cumplimiento de la Normativa de Residuos. GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA. Según Área.

- Cumplimiento de la Normativa de Residuos. GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA.  
Según Concepto:
  - Mezcla.
  - Envase.
  - Transporte interno.
  - Almacén intermedio.
- Cumplimiento de la Normativa de Residuos. GESTIÓN EXTRAHOSPITALARIA.  
Punto de Evacuación Final:
  - Arquitectura y señalización.
  - Frecuencia.
- Cumplimiento de la Normativa de Residuos. GESTIÓN EXTRAHOSPITALARIA.  
Transporte, tratamiento y eliminación. Servicio de residuos.
- 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.
- Conservación de 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:
- Cumplimiento de otras obligaciones que pueden repercutir en el paciente/usuario:
  - Jardines.
  - Señalización.
- Desinsectación y desratización
  - 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.
- 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 ha sido la siguiente:

SERVICIO 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 Octubre de 2016.
- 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.

SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA:

- Planes de catástrofes internas o emergencias.
- Plan de catástrofes externas.
- Registro de incidencias del mes de Octubre de 2016.
- 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 2016.

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 2016.
- Características técnicas de los envases de residuos en función del grupo al que pertenecen.

SERVICIO DE VIALES Y JARDINES:

- Programa de mantenimiento del segundo trimestre de 2.016.
- 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.

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.

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.

EXPLOTACIONES 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.

*DESINSECTACIÓN, DESINFECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN:*

- Plano de localización de los dispositivos.
- Relación de productos aprobados

Los documentos recibidos a fecha de elaboración del presente informe se han considerado suficientes.

4. HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA. SERVICIOS NO SANITARIOS



## 4.1. SERVICIO DE LIMPIEZA

### 4.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Limpieza, en el Hospital General de Villalba, consisten en lo siguiente:

- La limpieza se realiza desde las zonas más limpias a las más sucias.
- 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.
- 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 mezclado con detergente (no amoniacal).
- No se debe barrer 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.
- 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.

- 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.
- Nunca debe utilizarse la misma agua para dos habitaciones distintas de enfermos.
- 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).
- Las bolsas de basura que nunca deberán exceder del 75% de su capacidad de llenado, se deben cerrar previamente antes de ser evacuadas.
- Vertederos. Igualmente, 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.
- 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. La empresa adjudicataria debe optar por gasas y bayetas de un solo uso.
- 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.

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.

#### 4.1.2. DIAGNÓSTICO

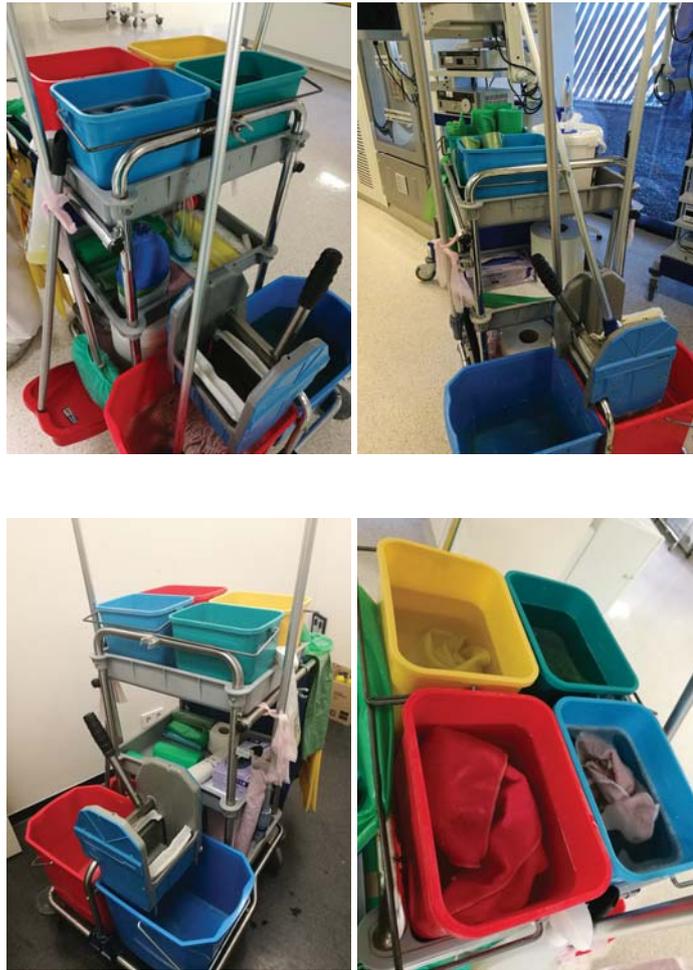
A continuación se detalla el cumplimiento de los requisitos definidos en el Pliego de Condiciones de la Concesión:

- Se ha evidenciado que la limpieza se realiza desde las zonas más limpias a las más sucias.
- Se ha comprobado que se coloca todo el material que se va a necesitar en el carro, incluidas bolsas de basura.
- Se ha verificado que los pomos de las puertas se limpian diariamente con desinfectante.
- En el análisis muestral de la auditoría operativa realizada, se ha evidenciado que el agua no se emplea sola, ya que puede convertirse en un cúmulo de gérmenes.
- No se ha evidenciado durante la auditoría operativa 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 empleado que se ha visualizado 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, uno para la solución jabonosa y desinfectante y otro para el aclarado, o mediante mopas de microfibra. En cualquiera de los casos, se deja seco.
- 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 deja seco.

- Se ha verificado que se emplea, material diferente para despachos, habitaciones, cuartos de baño, zonas sucias, vertederos, etc. Las bayetas son efectivamente de distinto color para su contraste y por ende distinta utilización. Se ha comprobado que se utiliza el 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 ha comprobado que se enjuagan y aclaran escrupulosamente al terminar cada Unidad y en especial cada habitación de enfermos, y antes de iniciar una nueva limpieza, a fin de evitar que el material de limpieza sea una fuente de contaminación.
- Se ha verificado que en cada limpieza se hace correr el agua acompañada de un detergente; una vez limpio se aplica lejía dejándolo actuar durante 20 minutos.
- Al final de la jornada, se ha visualizado que 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 están correctamente etiquetados de acuerdo con la normativa vigente, y no se tienen evidencias de que se transvase el contenido a recipientes diferentes que no lleven incorporada la etiqueta del producto que portan en su interior.
- Se ha comprobado que en la zona de Hospitalización se emplea la misma agua para dos habitaciones distintas.
- No se tienen evidencias de la aprobación de los productos de limpieza por parte de Medicina Preventiva

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, a excepción de las desviaciones contempladas en el presente informe.

En el momento de la auditoria operativa se ha podido evidenciar el correcto estado de los carros de limpieza, así como la organización de los mismos:



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:

En las zonas con suelos mojados se señalizan mediante letreros indicativos con objeto de evitar resbalones y caídas de los usuarios:



Se tienen evidencias del inventario de los productos de limpieza y se han podido evidenciar las fichas técnicas y de seguridad durante la auditoría. Si bien el listado de productos no se puede evidenciar que esté aprobado por Medicina Preventiva.



LISTADO PRODUCTOS LIMPIEZA		CD88P24-41-EM/PA24E1
PRODUCTO	MARCA	
Lejía-detergente	BUGA	
Lejía	BUGA	
Limpiador polvo, vim clorex	VIM CLOREX	
Lavavajillas manual	BUGA	
Imparmezabilizante H16	DIVERSEY	
Limpiacristales	SANIWASH	
Detergente desengrasante neutro	SANIWASH	
Ambientador limón	SANIWASH	
Detergente Jontec Combi	DIVERSEY	
Decapante Jontec Futur	DIVERSEY	
Jebón de manos QD-dermoquímica	DETER QUIMICA	
Limpiador amoniacal	SANIWASH	

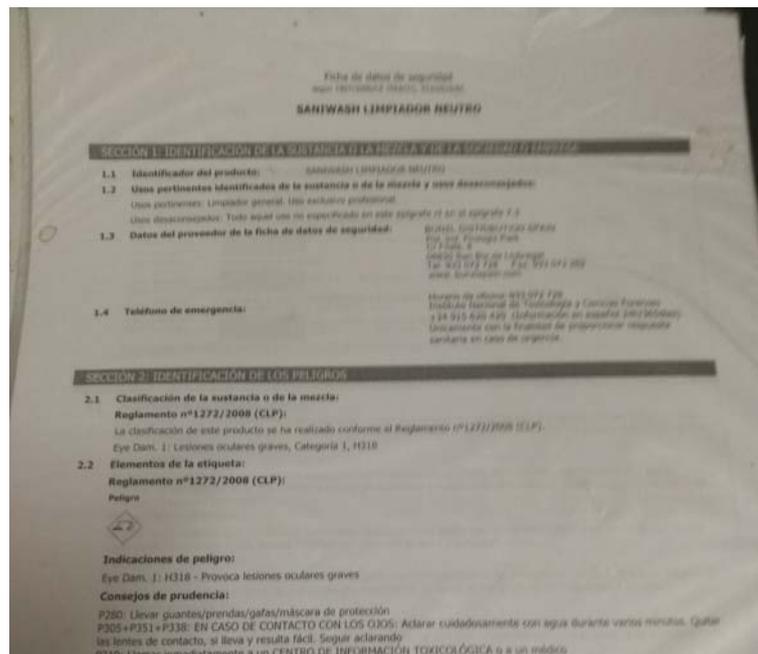
Fecha

Firma Med. Preventiva / Comisión

LISTADO PRODUCTOS LIMPIEZA		DORP24 TICMHP2 SE1 V3
PRODUCTO	MARCA	
Cristalizador rosa x3	CASELLI	
Cera Taski omnispray	DIVERSEY	
Cera Taski jointec resitol	DIVERSEY	
Instrunet Aniosurf citrón	INSTRUNET	
limpiador neutro	SANWASH	
Actival	DIVERSEY	

Fecha

Firma Med. Preventiva / Comisión



Se ha verificado la existencia de protocolos de limpieza, lo que evidencia la normalización de la metodología utilizada:

**PROTOSCOLOS DE LIMPIEZA ZONAS BAJO RIESGO**

Redactado por:	Aprobado por:
Nombre: Silvia Fernandez -  Cargo: Responsable de Servicios Generales Limpieza	Nombre: Dolores Pita Tenreiro Cargo: Directora Servicios Generales SPS
Nombre:  Tejero Zarco Cargo: Responsable de Calidad SPS	Nombre: Eduardo Moreno Cere Cargo: Director General SPS
Fecha: Abril 2016	Fecha: Abril 2016

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSION		
Versión	Fecha	Modificación
3	Abril 2016	ACTUALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se incluyen algunas muestras:







A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa de calidad del Servicio de Limpieza en el Hospital General de Villalba realizada en Noviembre de 2016, con indicación de los parámetros, evidencias, datos e ítems que han servido a GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L. para su cuantificación objetiva:

➤ **INCUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. POR ÁREAS:**

Indicador	Se evidencia la prestación del servicio en todas las áreas del hospital.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Reportaje fotográfico.

➤ **INCUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. ÁREA MÉDICA:**

Indicador	Se evidencia la prestación del servicio en las diferentes subdivisiones médicas.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Reportaje fotográfico.

➤ **INCUMPLIMIENTOS QUE PODRÍAN HABER AFECTADO A LA OPERATIVIDAD Y USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. POR ÁREAS:**

Indicador	No procede
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	N/A (No Aplica)
Evidencias	No procede.

➤ **INCUMPLIMIENTOS DE LOS MÍNIMOS REQUERIDOS EN EL PPT DE LIMPIEZA:**

Indicador	Se evidencian zonas con deficiente grado de limpieza
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	0% (No se cumple)
Evidencias	Incidencia detallada.

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

Indicador	Se evidencia el cumplimiento de normativa y protocolos establecidos.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Protocolos de limpieza.

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

Indicador	No se evidencia la aprobación de los productos empleados para la limpieza por Medicina Preventiva.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	0% (No se cumple)
Evidencias	Incidencia detallada.

### 4.1.3. PUNTOS FUERTES

No procede

#### 4.1.4. ÁREAS DE MEJORA

- Se han podido evidenciar bultos en el almacén de productos que dificultan el paso así como la posible limpieza en caso de derrame.



- Se ha podido evidenciar suciedad acumulada debido al riego de los maceteros, si bien se trata de un caso aislado.



- Las mopas empleadas están prehumedecidas, no obstante se colocan varios recambios uno encima de otro, por lo que puede haber contaminación de unos a otros. Se recomienda realizar el cambio tras su uso de forma individualizada.

#### 4.1.5. SEGUIMIENTO DE LAS DESVIACIONES DE LA AUDITORIA ANTERIOR

No procede.

#### 4.1.6. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA

INCIDENCIAS CRÍTICA

- Se tienen evidencias de suciedad en las duchas de la zona de hospitalización, si bien el tipo de rejillas empleadas como suelo de las mismas tiene un diseño que dificulta la limpieza. Así mismo, se ha podido evidenciar que tienen un peso elevado y que es complicado realizar una limpieza a fondo por parte de un único trabajador.

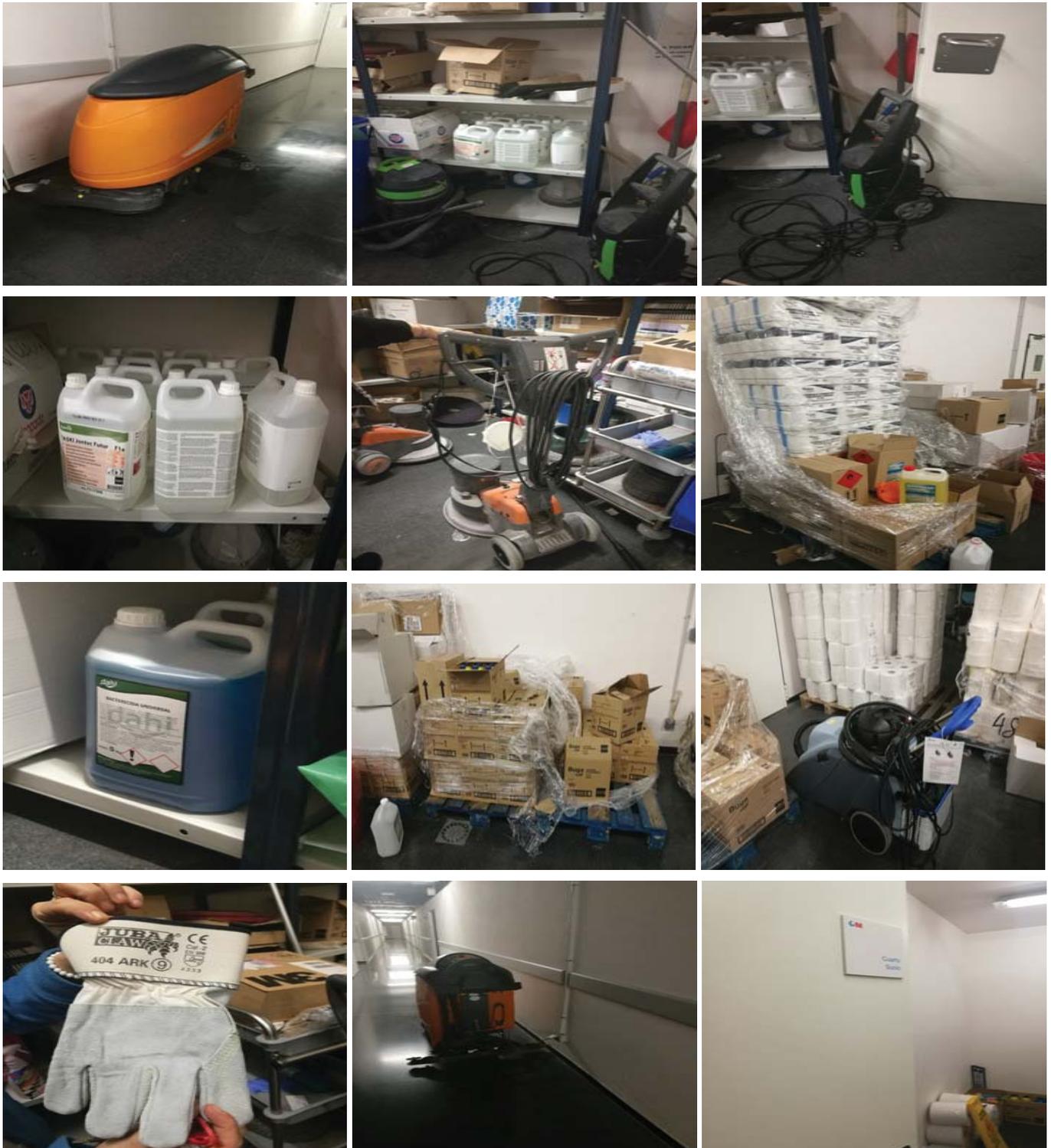


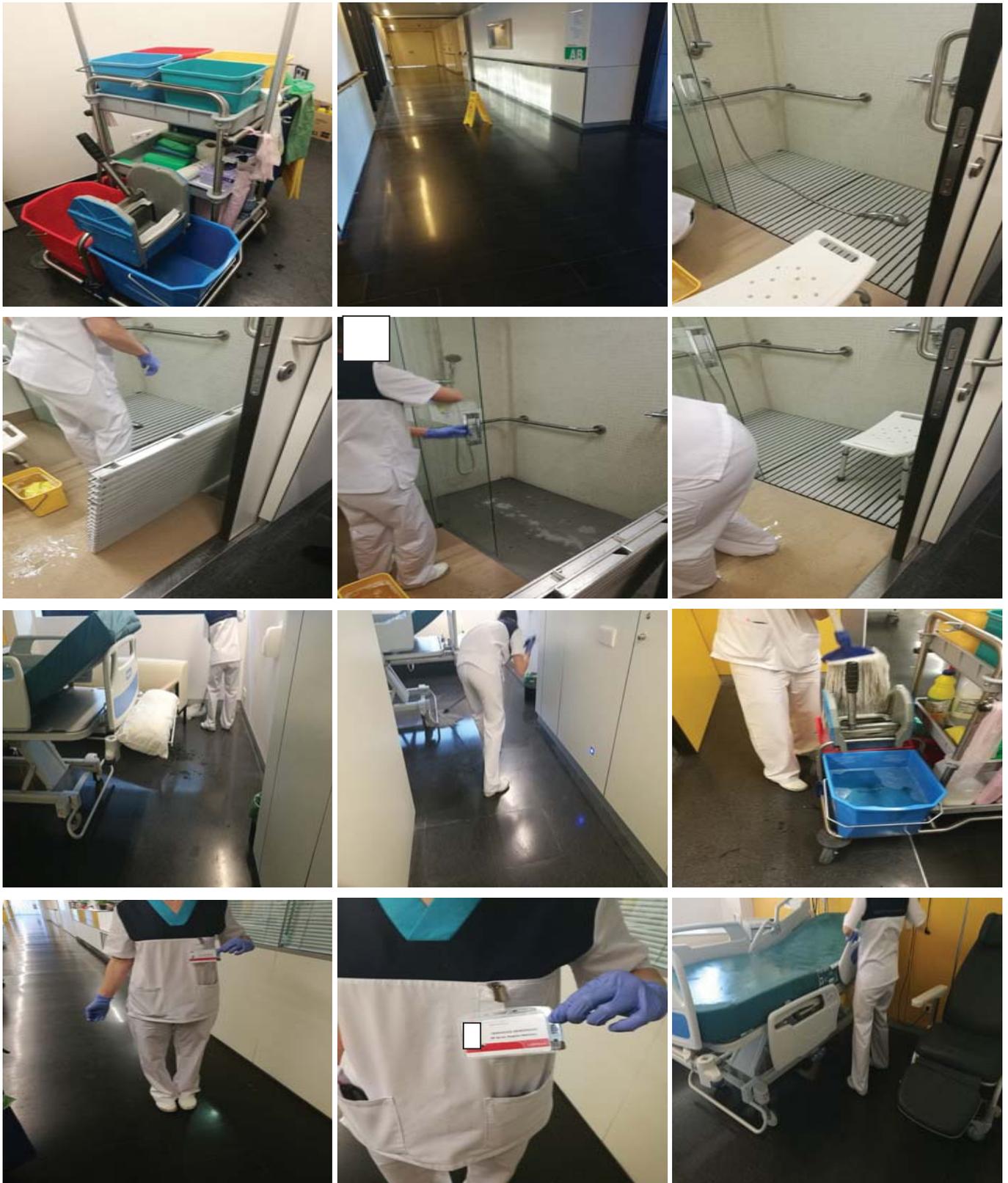


#### INCIDENCIAS CRÍTICA

- Se ha podido evidenciar durante las tareas de limpieza de las habitaciones de hospitalización, que el agua de los cubos de limpieza se empleó para limpiar dos habitaciones. Según requisitos de pliego, *“nunca debe utilizarse el mismo agua para dos habitaciones distintas de enfermos”*.

**4.1.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO**





## 4.2. SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA

### 4.2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Seguridad y Vigilancia, en el Hospital de Villalba, consisten en lo siguiente:

#### 5.- SEGURIDAD Y VIGILANCIA

La Sociedad concesionaria prestará un 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, así como colaborar en su prevención.

El servicio se extenderá a todas las dependencias, edificios y recinto que forman parte del Hospital, incluyéndose los edificios anexos, aparcamientos y centrales.

Deberá garantizar 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, la Sociedad concesionaria deberá cumplir las siguientes obligaciones que no tienen carácter limitativo:

- La Sociedad Concesionaria deberá realizar 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.
- La Sociedad concesionaria llevará y pondrá a disposición de la Administración cuando sea requerida a tal efecto, un libro o documento equiparable que se establezca, de registro diario de las incidencias acontecidas.
- La empresa que preste el servicio deberá 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

#### 4.2.2. DIAGNÓSTICO

Para la realización de la Auditoría Operativa del Servicio de Seguridad y Vigilancia en el Hospital de Villalba, se ha contado con la colaboración de:

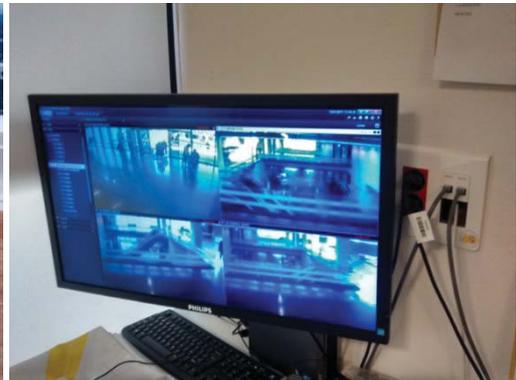
- Empresa de Seguridad y Vigilancia: SECURITAS.

HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA
2 VSSA 24h TDA
1 VSSA de 07 a 23h de L a J.
1 VSSA 24h V,S,D.

El Hospital dispone de un Manual de Emergencias y de un Plan de Autoprotección, 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. Si bien no se tienen las evidencias en formato digital.

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:





No se tienen evidencias de las planillas del servicio, ni de la documentación referente a las rondas realizadas o a los turnos del personal.

#### **ACCESOS Y SALIDAS:**

La instalación de seguridad y vigilancia en general se encuentra operativa y el estado de la misma es correcto. El sistema combina un control de accesos a ciertas salas por contactos magnéticos y un CCTV que controla una red de cámaras de seguridad.

Existe un sistema de control de accesos por huella digital que en la actualidad no se encuentra operativo por no considerarse necesario, salvo en farmacia y en el CPD, que sí está funcionando.





Están identificadas las zonas cuyo acceso está sólo permitido a personal autorizado.

Las Empresas Proveedoras que suministran productos o servicios al Hospital, para poder acceder deben ponerse en contacto con la Centralita de Vigilancia e identificarse para que se les permita el paso, indicando el motivo de la visita, abriéndose la barrera para la entrada del vehículo en caso de que el Personal de Vigilancia lo considere oportuno.

No se inspeccionan los objetos, carteras de mano, bolsos, paquetes, etc. que porten 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.

Parking exterior no vigilado aunque con las cámaras instaladas en el perímetro del centro se podría enfocar en los mismos pero es no vigilado.

### **RONDAS:**

Durante la auditoría, se comprueba como el vigilante que realiza las rondas está en contacto permanente con el vigilante que realiza el sala de control de cámaras y le comunica las incidencias que van ocurriendo, para su registro en los informes diarios. Si bien no se han podido evidenciar las evidencias documentales en formato digital.

RECURSOS HUMANOS Y ORGANIZACIÓN:

Los trabajadores que prestan el servicio lo hacen sin armas.

Según el documento de Operativa del Servicio, se organizan de la forma siguiente:



La actividad diaria de seguridad y vigilancia de las instalaciones queda registrada en los Partes Diarios, por cada turno y en cada zona vigilada, adjuntando las Hojas de Incidencias correspondientes. El servicio dispone de tres puestos por turno, que se distribuyen el trabajo del siguiente modo:

- Puesto 1: Control de cámaras
- Puesto 2: Realización de rondas
- Puesto 3: Puerta de urgencias

Estos tres puestos rotan cada dos horas, distribuyéndose las siguientes funciones:

- Rondas de Seguridad: Durante la auditoría, se comprueba como el vigilante que realiza las rondas está en contacto permanente con el vigilante que realiza el sala de control de cámaras y le comunica las incidencias que van ocurriendo, para su registro en los informes diarios.
- Permanencia en zonas de riesgo específico en determinadas horarios: Se lleva a cabo por el vigilante que se encuentre realizando rondas, a petición del Hospital.
- Control de Accesos: Durante la auditoría, se comprueba que el servicio dispone, en la sala de control de cámaras del Hospital, de un sistema informático para el control de accesos del Hospital, de modo que se detecta de inmediato cuando se produce la apertura de alguna puerta que deba permanecer cerrada. En caso de ocurrir esto, el vigilante de la central se lo comunica al que esté realizando las rondas, para su inspección y cierre.
- Control de personas sospechosas: Se lleva a cabo por el vigilante que se encuentre realizando rondas, a petición del Hospital.
- Operación desde la Sala de Control: El acceso a la central es restringido. En el interior se encuentran los monitores que muestran la actividad que van captando las cámaras distribuidas por el Hospital, que son visualizadas en todo momento por un vigilante. Aparte de lo descrito anteriormente, el vigilante que se encuentra en

la sala de control, realiza el control de megafonía y comunica con autoridades externas al Hospital (bomberos, policía, etc.) en caso necesario. Además, se realiza la custodia de los objetos depositados en la caja fuerte del Hospital.

No se han podido evidenciar los carnets del personal del servicio de seguridad y vigilancia ni el TIP asociado a cada profesional.

### **ALARMAS:**

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 en el Hospital.

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 a las alarmas producidas por los sistemas de seguridad instalados

En determinados puntos de atención a los usuarios del Hospital, se han instalado botones antipánico para que, en caso de que un usuario del Centro realice amenazas o se comporte de forma agresiva, el personal del Hospital pueda avisar al Personal del Servicio de Seguridad y Vigilancia y éste se presente en el menor plazo posible

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 de Villalba realizada en enero de 2017, 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:**

Indicador	Se evidencia la disponibilidad del Manual de Emergencias
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Manual de Emergencias

➤ **CUALIFICACIÓN O CAPACITACIÓN DEL PERSONAL EMPLEADO:**

Indicador	Se evidencia la capacitación del personal de seguridad.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Reportaje fotográfico

➤ **CUMPLIMIENTO DE LA LEGISLACIÓN VIGENTE EN MATERIA DE SEGURIDAD:**

Indicador	Se evidencia el cumplimiento de legislación y procedimientos establecidos.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	No procede

➤ **CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES QUE PUEDA REPERCUTIR EN EL PACIENTE O USUARIO:**

Indicador	No procede.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	N/A (No Aplica)
Evidencias	No procede

➤ **CUMPLIMIENTO DE AQUELLOS ASPECTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS:**

Indicador	Se evidencia la prestación del servicio en el hospital
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Reportaje fotográfico

➤ **CUMPLIMIENTO DE AQUELLOS ASPECTOS QUE PODRÍAN AFECTAR DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS:**

Indicador	No se evidencian rondas exteriores de forma diaria
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	0% (No se cumple)
Evidencias	Incidencia detallada.

#### 4.2.3. PUNTOS FUERTES

No procede

#### 4.2.4. ÁREAS DE MEJORA

No procede

#### 4.2.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORIA ANTERIOR

- En el momento de la Auditoría Operativa el control de accesos no funcionaba, existiendo un presupuesto para su renovación, por lo que se propone que se realice en el menor plazo posible para evitar robos e incidentes.

INCIDENCIA CERRADA

#### 4.2.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN

INCIDENCIAS MEDIAS

- Se propone la colocación de más medios de vigilancia en el túnel técnico del Hospital donde se ubican la mayor parte de las salas técnicas, ya que, tal como se ha evidenciado en el momento de la auditoría, al estacionar los camiones de los diversos proveedores, éstos dificultan la visión de lo que ocurre en el túnel, quedando zonas no vigiladas o puntos muertos, lo que puede suponer un riesgo por vandalismo:

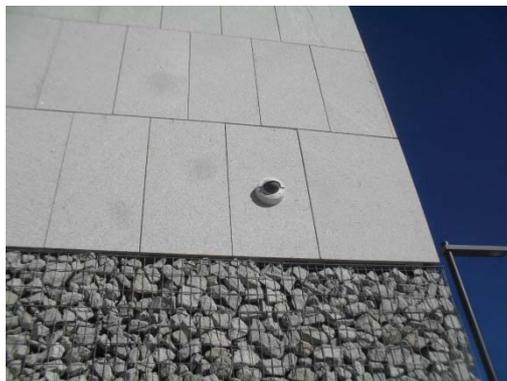


### INCIDENCIAS LEVES

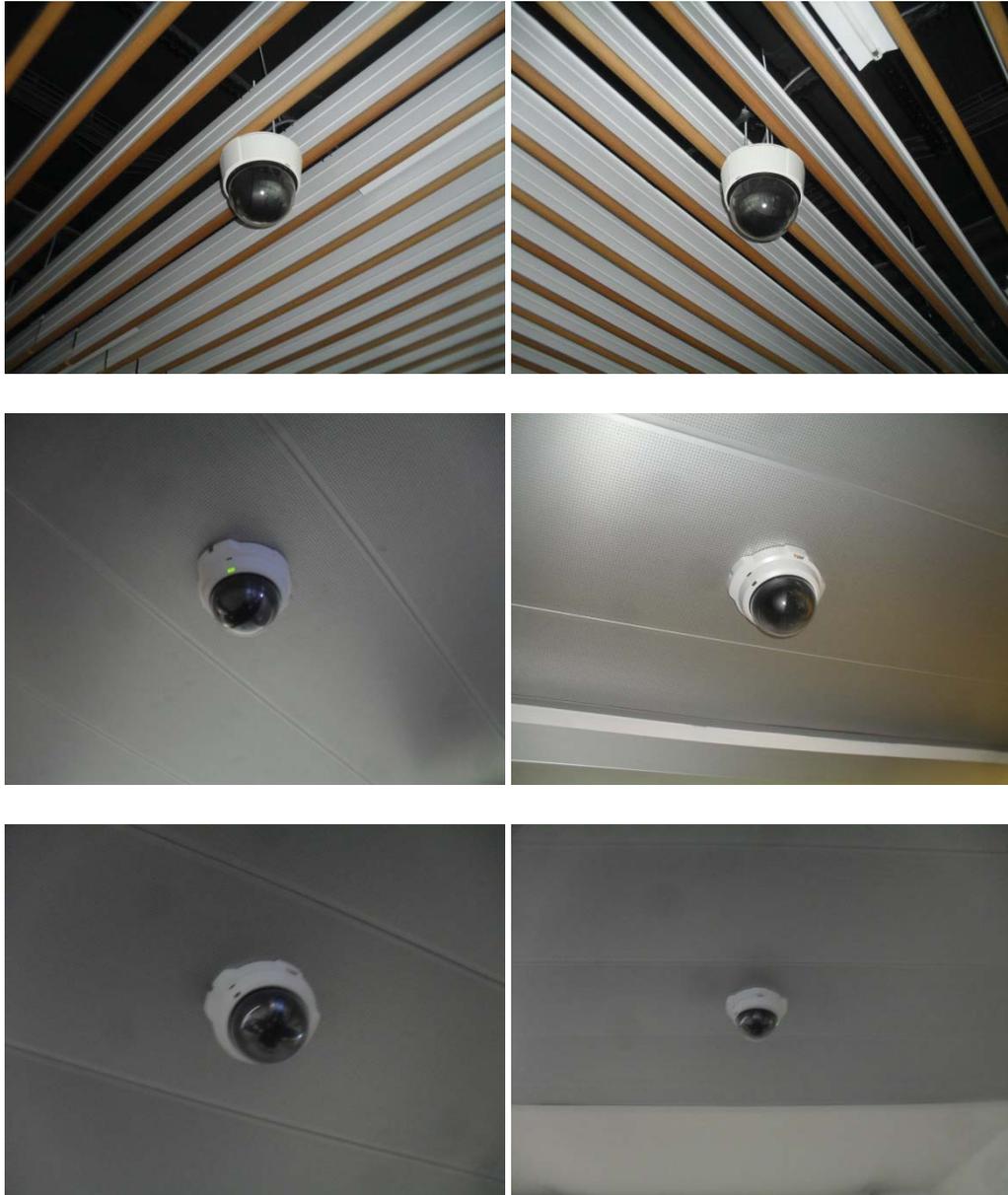
- El Parking de superficie es público y no vigilado aunque las cámaras de vigilancia perimetrales pueden obtener imágenes del mismo:

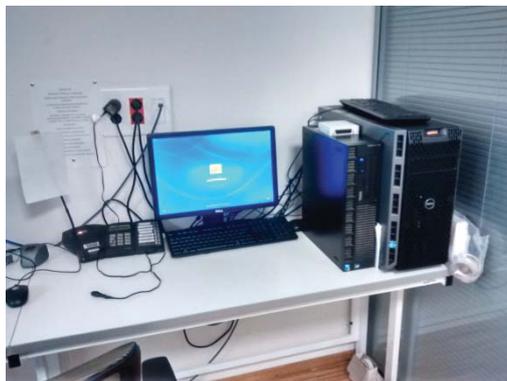


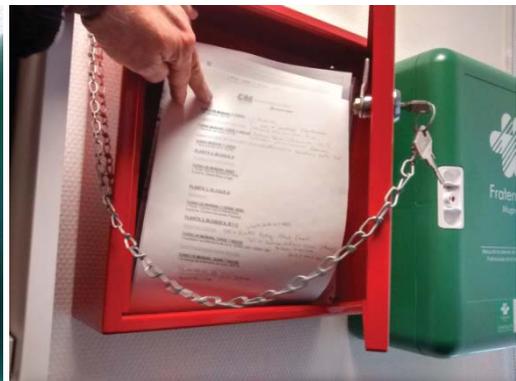
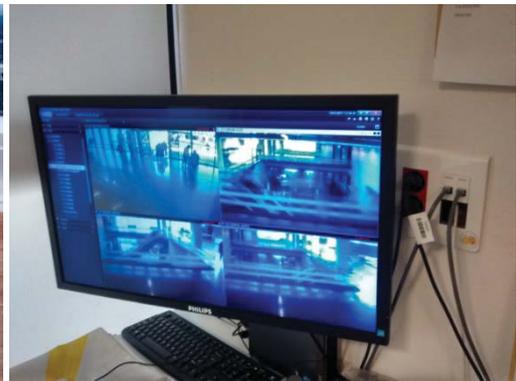
#### 4.2.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO











## 4.3. SERVICIO DE GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS

### 4.3.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Se ha evidenciado la correcta implantación de la Gestión Intrahospitalaria de los Residuos.

### 4.3.2. DIAGNÓSTICO

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

## 6.- GESTIÓN DE RESIDUOS URBANOS Y SANITARIOS

La Sociedad concesionaria ofrecerá un servicio seguro, higiénico y eficaz de gestión de los distintos tipos de residuos generados en los servicios del Hospital, que elimine cualquier riesgo para la salud y el medio ambiente que pudiera derivarse de la existencia de dichos residuos.

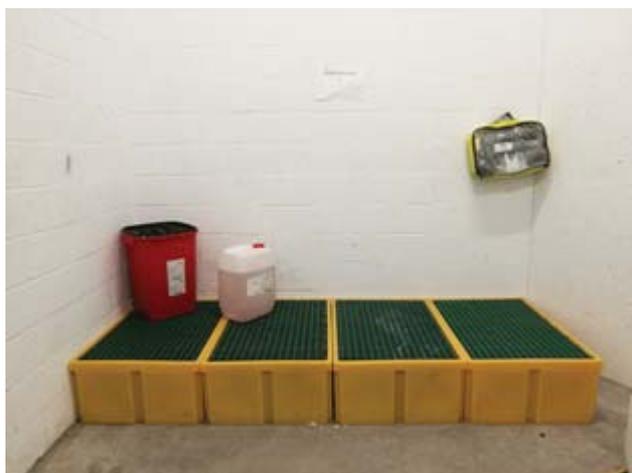
El prestador del servicio debe disponer de autorización vigente como gestor de residuos sanitarios y la segregación, recogida y tratamiento de los residuos generados en el ámbito hospitalario, se realizará conforme a la normativa vigente.

El prestador del servicio deberá disponer de un sistema implantado de gestión de prevención de riesgos laborales o estar en proceso de implantación, para lo cual dispondrá de un plazo máximo de 1 año desde la puesta en funcionamiento de su servicio.

El personal que desempeña este Servicio deberá tener la formación adecuada del servicio que esta desarrollando.

**PUNTO DE EVACUACIÓN FINAL. ALMACÉN DE RESIDUOS SANITARIOS:**

El almacén de residuos sanitarios está ubicado en la planta 0, en un edificio independiente al de los demás servicios del Hospital de Villalba 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 pendientes menor al 5%. El punto de evacuación final se compone de varios almacenes en función del tipo de residuo, una zona de lavada de cubos y carros así como de contenedores exteriores, uno para objetos más grandes como muebles, y otro para el vidrio.







### **PLAN DE GESTIÓN DE RESIDUOS DEL HOSPITAL:**

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 la Programación, si bien, se puede modificar en función de los residuos sanitarios generados que depende directamente del volumen de actividad asistencial en cada uno de los Servicios.

El Responsable de la Gestión de Residuos lleva a cabo el pesaje de todos los envases de residuos tóxicos retirados para comprobar que coincide con lo indicado por el Proveedor, empleando para ello una báscula correctamente calibrada.



pers		CONTROL DE PESO DE RESIDUOS	CS/PCLO8/FPCCCL/DS 64.2.1
AÑO	2017		
MES	ENERO		
DIA	UNIDAD DE PROCEDENCIA	CLASE	KILOS
17	LABORATORIO	III (S)	42,2
17	ENDOSCOPIAS	III (A)	10,2
18	LABORATORIO	III 1	14,2
18	LABORATORIO	Grupos 1	21,8
18	CSX	III 4	65,2
18	URROCICAS	III 1	6,6
18	Sº HOSP	III 1	10,8
18	DIAGNOS	FOLIORES	12,6
19	ENDOSCOPIAS	III 2	27,0

Los cuartos intermedios de residuos deben limpiarse y desinfectarse para cada turno de trabajo.

La retirada definitiva de los residuos sanitarios se lleva a cabo cada 48 horas por el Gestor Autorizado SISTEMAS INTEGRALES SANITARIOS, S.A.



**RESOLUCIÓN DEL DIRECTOR GENERAL DE MEDIO AMBIENTE, POR LA QUE SE CONCEDE A SRCL CONSENUR CEE, S.A., CON NIF A81098642, LA MODIFICACIÓN Y EL CAMBIO DE DENOMINACIÓN SOCIAL DE LA AUTORIZACIÓN PARA LLEVAR A CABO OPERACIONES DE GESTIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS CONCEDIDA A SISTEMAS INTEGRALES SANITARIOS, S.A., CON NIF A81098642, EN LA INSTALACIÓN UBICADA EN EL TÉRMINO MUNICIPAL DE FUENLABRADA.**

#### ANTECEDENTES DE HECHO

**Primero.** La empresa SISTEMAS INTEGRALES SANITARIOS, S.A., con NIF A81098642, cuenta con autorización para llevar a cabo operaciones de GESTIÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS, N° A81098642/MD/21/07114, concedida mediante Resolución de 9 de febrero de 2007, modificada posteriormente mediante Resolución de 19 de febrero de 2008 y prorrogada mediante Resolución de 6 de junio de 2012, el centro ubicado en C/ Batalla de Brunete n° 30, P.I. Codeim, en el término municipal de Fuenlabrada.

**Segundo.** Con fecha 11 de noviembre de 2014 y referencias de entrada 10/250730.9/14 y 10/250733.9/15, la empresa SRCL CONSENUR CEE, S.A., con NIF A81098642, y domicilio social en la Calle Río Ebro s/n, Polígono Industrial Finanzauto, en el término municipal Arganda del Rey, solicita la modificación y el cambio de denominación social de la autorización para la Gestión de Residuos Peligrosos y no Peligrosos, aportando escritura de cambio de denominación social de SISTEMAS INTEGRALES SANITARIOS, S.A., SRCL CONSENUR CEE, S.A.

**Tercero.** El expediente se ha tramitado conforme a las formalidades previstas en la legislación vigente en la materia, habiéndose sometido el centro a los procedimientos que le son de aplicación en virtud de la legislación en materia de evaluación ambiental, y contando con el preceptivo y vinculante informe favorable en relación a las medidas de seguridad, autoprotección y con los planes de emergencia.

#### FUNDAMENTOS DE DERECHO

**Primero.** Corresponde a esta Dirección General el ejercicio de las competencias en materia de residuos, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 194/2015, de 4 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid.

**Segundo.** La transmisión de las autorizaciones de instalaciones donde vayan a desarrollarse operaciones de tratamiento de residuos quedan sometidas al régimen de autorización por el órgano ambiental competente de la Comunidad Autónoma, conforme a lo establecido en el artículo 27 de la Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados.

Por otro lado, las personas físicas o jurídicas que vayan a realizar operaciones de tratamiento de residuos deberán obtener autorización, concedida por el órgano ambiental competente de la Comunidad Autónoma donde tenga su domicilio el solicitante y será válida para todo el territorio español.



La autenticidad de este documento puede comprobarse en el siguiente código QR: [https://www.madrid.es/verificar\\_codigo\\_qr](https://www.madrid.es/verificar_codigo_qr) o en el siguiente código seguro de verificación: 1201412003012006288

Se evidencia la realización de un control del pesaje de los residuos sanitarios por parte del Responsable de la Gestión de Residuos, para verificar de esta forma que los kg de residuos producidos por el hospital coinciden con los kg de la factura emitida a posteriori por el Gestor Autorizado. Se realiza también un conteo del número de contenedores para poder analizar la generación hospitalaria de residuos:



Se adjunta como **ANEXO I** el Documento de Control y Seguimiento y la Carta de Porte de los residuos sanitarios retirados el 30 de diciembre de 2016 por parte del Gestor Autorizado, así como el albarán emitido y el correspondiente control de matrículas realizado:

 pers	CONTROL DE PESO DE RESIDUOS	CS/PCL08/FPOC01/05 Ed.2.1
--	-----------------------------	------------------------------

AÑO	2016 / 2017
MES	Diciembre

DIA	UNIDAD DE PROCEDENCIA	CLASE	KILOS
27	UCI	III 1	13'2
27	QX	III 1	19'0
27	H. NUCLEAR	II 1	14'6
27	U. PEDI	III 1	15'0
27	DIÁLISIS	III 1	11'2
27	ENDOSCOPIAS	PODANTE	18'0
28	ENDOSCOPIAS	III 1	8'4
28	URGENCIAS	III 1	8'2
28	UCI	III 1	25'2
28	H. DÍA	IV	19'0
28	LABORATORIO	III 2	44'0
29	3º HOSP	III 1	13'0
29	3º HOSP	PODANTE	19'4
29	LABORATORIO	Química	23'0
29	UCI	III 3	35'4
29	QX	III 7	79'0
29	LABORATORIO	III 4	31'0
30	QX	III 6	52'6
30	FARMACIA	Clo 3	7'6
30	H. DÍA	Clo 3	11'6
30	URC	PODANTE	13'2
30	4º HOSP	PODANTE	19'4
30	UCI	III 6	21'4
30	ENDOSCOPIAS	III 6	19'8

También se evidencia la cumplimentación del libro de registro de los residuos peligrosos mediante el cual el hospital puede llevar el control de los mismos.

Libro de Registro							Página 1 de 4		
IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA							03-ene-17		
Desde 01/12/2016 hasta 31/12/2016							Codigos: Q-3-D-15-L-14-C-23/24-HP-6-A-861-B-0019 LER: 18 01 06 DA30280002100120151025228		
ALAB AGUAS DE LABORATORIO							Kilos C Fecha Almacen Fecha Entrega		
Fecha (DCS)	Nº DCS (Productor)	Procedencia	Nº DCS (Gestor)	Gestor de destino	Empresa Transporte ( NIF )	>>>	Matricula vehiculo		
23/12/2016	DCS30280002100120160923263	IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA			23.00	23/12/2016	27/12/2016		
	DCS30280000757520167502650	M.B.A. IBERICA, S.A			SRCL CONSENSUR CEE (MD)	(A81098642)	>>>	2993FFB	ALAB
Residuo	1 Lineas	113 D.C.S.			23.00				
CITO Citostaticos							Codigos: Q-16-D-15-S-1-C-33/HP-6/7/11-A-861-B-0019 LER: 18 01 06 DA30280002100120143447460		
Fecha (DCS)	Nº DCS (Productor)	Procedencia	Nº DCS (Gestor)	Gestor de destino	Empresa Transporte ( NIF )	>>>	Matricula vehiculo		
02/12/2016	DCS30280002100120160876629	IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA			34.00	02/12/2016	05/12/2016		
	DCS30280002100120167332716	SRCL CONSENSUR S.L.			SRCL CONSENSUR CEE (MD)	(A81098642)	>>>	2993FFB	
05/12/2016	DCS30280002100120160891754	IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA			19.00	05/12/2016	13/12/2016		
	DCS30280002100120167488730	SRCL CONSENSUR S.L.			SRCL CONSENSUR CEE (MD)	(A81098642)	>>>	3461GDL	
09/12/2016	DCS30280002100120160899724	IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA			16.00	09/12/2016	13/12/2016		
	DCS30280002100120167488730	SRCL CONSENSUR S.L.			SRCL CONSENSUR CEE (MD)	(A81098642)	>>>	2993FFB	
13/12/2016	DCS30280002100120160916556	IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA			9.00	13/12/2016	20/12/2016		
	DCS30280002100120167639884	SRCL CONSENSUR S.L.			SRCL CONSENSUR CEE (MD)	(A81098642)	>>>	2993FFB	
16/12/2016	DCS30280002100120160912989	IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA			50.00	16/12/2016	20/12/2016		
	DCS30280002100120167639884	SRCL CONSENSUR S.L.			SRCL CONSENSUR CEE (MD)	(A81098642)	>>>	2993FFB	
23/12/2016	DCS30280002100120160923267	IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA			44.00	23/12/2016			
					SRCL CONSENSUR CEE (MD)	(A81098642)	>>>	2993FFB	
27/12/2016	DCS30280002100120160927937	IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA			18.00	27/12/2016			
					SRCL CONSENSUR CEE (MD)	(A81098642)	>>>	2993FFB	
30/12/2016	DCS30280002100120160937606	IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA			28.00	30/12/2016			
					SRCL CONSENSUR CEE (MD)	(A81098642)	>>>	2993FFB	CITO
Residuo	8 Lineas	6.792 D.C.S.			218.00				
CONA Compuestos orgánicos no halogenados							Codigos: Q-7-D-15-L-20-C-41/HP-3B/5-A-861-B-0019 LER: 18 01 06 DA30280002100120143447460		
Fecha (DCS)	Nº DCS (Productor)	Procedencia	Nº DCS (Gestor)	Gestor de destino	Empresa Transporte ( NIF )	>>>	Matricula vehiculo		
02/12/2016	DCS30280002100120160876626	IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA			51.00	02/12/2016	19/12/2016		
	DCS30280002100120167635525	SRCL CONSENSUR CEE - ZARAGOZA			SRCL CONSENSUR CEE (MD)	(A81098642)	>>>	2993FFB	
05/12/2016	DCS30280002100120160891751	IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA			49.00	05/12/2016	19/12/2016		
	DCS30280002100120167635525	SRCL CONSENSUR CEE - ZARAGOZA			SRCL CONSENSUR CEE (MD)	(A81098642)	>>>	3461GDL	
20/12/2016	DCS30280002100120160916689	IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA			27.00	20/12/2016			
					SRCL CONSENSUR CEE (MD)	(A81098642)	>>>	2993FFB	

\*OBSERVACIONES

Todos estos datos sirven son empleados para la elaboración de indicadores con los que el Hospital realiza un seguimiento de la evolución de las cantidades de todos los residuos que se generan en el mismo:

DESCRIPCIÓN INDICADOR	UNIDADES	FÓRMULA	LIMITE ADMISI	ENERO	FEBRERO	MARZO	1er Trimeste	ABRIL	MAYO	JUNIO	2º Trimeste	JULIO	AGOSTO	PTIEMB	3er Trimeste
Generación de residuos no peligrosos	kg/fortancia	kg de residuos no peligrosos		31.535,5	42.016,8	32.357,8	106.510,2	34.315,3	36.826,7	29.282,4	100.424,4	30.768,8	34.665,6	32.027,6	97.461,9
		Nº de ortanciar		3.747,0	4.388,0	4.122,0	12.257,0	3.955,0	3.552,0	3.013,0	10.520,0	3.243,0	3.553,0	3.593,0	10.395,0
		Resultado		8,4	9,6	8,0	8,7	8,7	10,4	9,7	9,5	9,5	9,7	8,9	9,4
Generación de residuos peligrosos	kg/fortancia	kg de residuos peligrosos (netos)		4.195,3	4.032,4	4.011,4	12.239,1	4.895,0	4.048,0	3.527,1	12.470,1	4.050,4	3.580,1	4.074,5	11.705,0
		Nº de ortanciar		3.747,0	4.388,0	4.122,0	12.257,0	3.955,0	3.552,0	3.013,0	10.520,0	3.243,0	3.553,0	3.593,0	10.395,0
		Resultado		1,1	0,9	1,0	1,0	1,2	1,1	1,2	1,2	1,2	1,0	1,1	1,1
Generación de residuos bioanitarios clase III	kg/fortancia	kg de residuos bioanitarios especiales (clase III)		3.270,0	3.432,4	3.439,6	10.142,0	4.033,8	3.241,5	2.660,8	9.936,1	3.247,5	2.525,3	3.089,0	8.861,8
		Nº de ortanciar		3.747,0	4.388,0	4.122,0	12.257,0	3.955,0	3.552,0	3.013,0	10.520,0	3.243,0	3.553,0	3.593,0	10.395,0
		Resultado		0,9	0,8	0,8	0,8	1,0	0,9	0,9	0,9	1,0	0,7	0,9	0,9
Generación de residuos químicos clase V	kg/fortancia	kg de residuos químicos (clase V)		824,6	529,6	482,3	1.836,5	734,7	693,8	753,7	2.182,2	697,1	936,3	824,7	2.458,1
		Nº de ortanciar		3.747,0	4.388,0	4.122,0	12.257,0	3.955,0	3.552,0	3.013,0	10.520,0	3.243,0	3.553,0	3.593,0	10.395,0
		Resultado		0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
Generación de residuos citotóxicos clase VI	kg/fortancia	kg de residuos citotóxicos (clase VI)		101,3	130,4	83,5	321,2	126,5	112,7	112,6	351,8	105,8	110,5	160,8	385,1
		Nº de ortanciar		3.747,0	4.388,0	4.122,0	12.257,0	3.955,0	3.552,0	3.013,0	10.520,0	3.243,0	3.553,0	3.593,0	10.395,0
		Resultado		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Residuos reciclados	x	kg de residuos reciclados a valorizar		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		kg de residuos no peligrosos		31.535,5	42.016,8	32.357,8	106.510,2	34.315,3	36.826,7	29.282,4	100.424,4	30.768,8	34.665,6	32.027,6	97.461,9
		Resultado		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Generación de residuos bioanitarios especiales en Hospitalización	kg/falta	kg de residuos especiales en Hospitalización (clase III)		165,2	166,2	99,0	430,4	184,4	105,1	73,0	362,5	79,6	70,6	165,2	315,4
		Nº de Altas en Hospitalización		732,0	807,0	773,0	2.312,0	767,0	746,0	696,0	2.209,0	700,0	663,0	689,0	2.058,0
		Resultado		0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
Incidencias en la segregación de residuos	nº	Nº de incidencias en la segregación de residuos		1	3	3	7	0	1	2	3	7	1	5	6
		Resultado		1	3	3	7	0	1	2	3	7	1	5	6
		Nº de accidentes en la gestión de residuos		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Accidentes en la gestión de residuos	nº	Nº de accidentes en la gestión de residuos		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Resultado		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



En el Hospital de Villalba existe un circuito técnico por donde se lleva a cabo la retirada de los residuos sanitarios de cada uno de los Servicios del Hospital, disponiendo de un ascensor para uso exclusivo de retirada de residuos sanitarios.



Se evidencia sin embargo que los ascensores empleados como Montasucios no estan identificados como tal.



Con una periodicidad diaria, y según demanda, el Responsable de la Gestión de Residuos del Hospital retira los residuos sanitarios de cada uno de los Servicios y repone los contenedores correspondientes, mediante la utilización de carros (no cerrados), por la zona técnica del Hospital, empleando el ascensor para su transporte hasta el almacén definitivo de residuos sanitarios. Se valora como punto fuerte la utilización de guantes de seguridad durante todo el proceso de recogida de residuos por parte del personal del servicio.



Se ha podido evidenciar que se anota la fecha de cierre en los envases de residuos tóxicos en los almacenes intermedios por parte del personal sanitario, tal y como se requiere para controlar el plazo de retirada por parte del gestor autorizado.



Se ha verificado el correcto funcionamiento del software y el hardware necesario para llevar a cabo el control del pesaje de los residuos tóxicos retirados por el gestor autorizado.

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.





También se ha evidenciado la colocación en todos los depósitos intermedios de carteles informativos acerca de la correctasegregación de los diferentes tipos de residuos que se producen en el hospital.



Por último, cabe destacar la formación llevada a cabo en el Hospital de Villalba por parte de Medicina Preventiva y la Coordinadora de Formación, Calidad y Medioambiente en relación con la gestión de residuos sanitarios. Se adjuntan en el **ANEXO II** los listados de asistencia de formación de los trabajadores.

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 de Villalba realizada en Noviembre de 2016, 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:**

Indicador	Se evidencia traslado de residuos en carros sin cerrar.. Puertas abiertas.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	0 % (No se cumple)
Evidencias	Incidencias detalladas

➤ **CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE RESIDUOS. GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA. SEGÚN CONCEPTO:**

Indicador	No procede
Definición de los términos	No procede
Grado de cumplimiento	N/A (No Aplica)
Evidencias	No procede

➤ **CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE RESIDUOS. GESTIÓN EXTRAHOSPITALARIA. PUNTO DE EVACUACIÓN FINAL:**

Indicador	Se evidencia las condiciones correctas de los almacenes finales
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100 % (Se cumple)
Evidencias	Reportaje fotográfico.

➤ **CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA DE RESIDUOS. GESTIÓN EXTRAHOSPITALARIA. TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y ELIMINACIÓN:**

Indicador	Se evidencia contrato con gestor autorizado
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100 % (Se cumple)
Evidencias	Autorización gestor.

➤ **CUALQUIER OTRA OBLIGACIÓN QUE PUEDA REPERCUTIR SOBRE EL PACIENTE/USUARIO. POR ÁREA:**

Indicador	Montasucios sin señalar
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	0 % ( No se cumple)
Evidencias	Área de mejora.

- **CUALQUIER OTRA OBLIGACIÓN QUE PUEDA REPERCUTIR SOBRE EL PACIENTE/USUARIO. POR ASPECTO:**

Indicador	No procede
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	N/A (No Aplica)
Evidencias	No procede

### 4.3.3. PUNTOS FUERTES

No procede

### 4.3.4. ÁREAS DE MEJORA

- La fecha que figura en los envases de los contenedores de residuos peligrosos es la fecha de recogida del depósito intermedio y no la de cierre, por lo que no se refleja el tiempo que llevan los residuos en el Hospital.



#### 4.3.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORIA ANTERIOR

No procede.

#### 4.3.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN

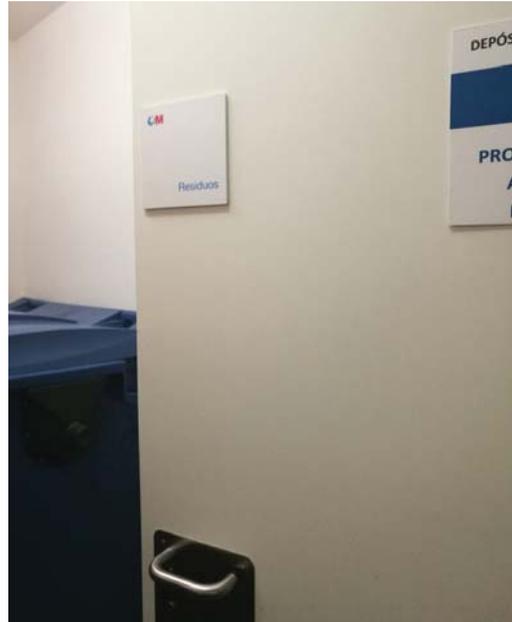
##### INCIDENCIAS LEVES

- Se han podido evidenciar envases contaminados fuera de las bolsas empleadas para su recogida, si bien se trata de un caso aislado. La bolsa destinada para tal uso superaba en este caso el 75 % del llenado recomendado.



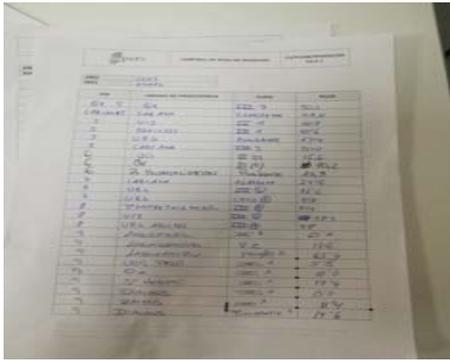
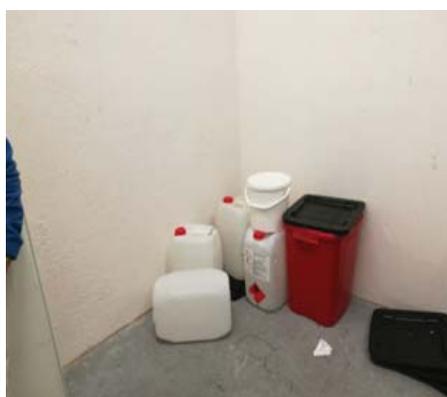
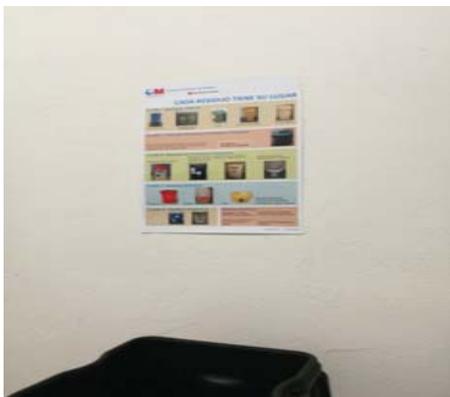
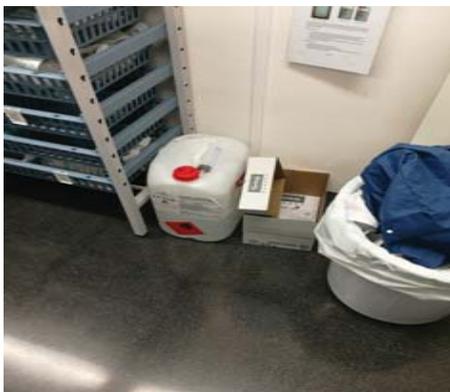
##### INCIDENCIAS LEVES

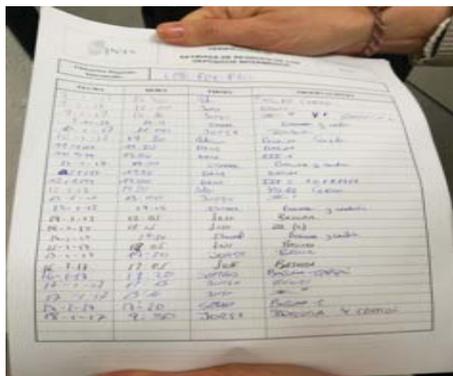
- Se han podido evidenciar dos puertas de seis almacenes intermedios visitados de residuos abiertas durante el desarrollo de la auditoría. Según el DECRETO 83/1999, de 3 de junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de los residuos biosanitarios y citotóxicos en la Comunidad de Madrid *“Todos los locales destinados al depósito intermedio de residuos deberán estar cerrados o bajo constante supervisión por parte del personal del centro productor”*.



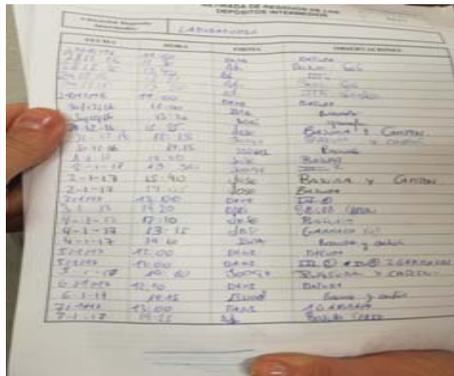
### 4.3.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO





CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
1-1-11	...	...	...
1-1-12	...	...	...
1-1-13	...	...	...
1-1-14	...	...	...
1-1-15	...	...	...
1-1-16	...	...	...
1-1-17	...	...	...
1-1-18	...	...	...
1-1-19	...	...	...
1-1-20	...	...	...
1-1-21	...	...	...
1-1-22	...	...	...
1-1-23	...	...	...
1-1-24	...	...	...
1-1-25	...	...	...
1-1-26	...	...	...
1-1-27	...	...	...
1-1-28	...	...	...
1-1-29	...	...	...
1-1-30	...	...	...



CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
1-1-31	...	...	...
1-1-32	...	...	...
1-1-33	...	...	...
1-1-34	...	...	...
1-1-35	...	...	...
1-1-36	...	...	...
1-1-37	...	...	...
1-1-38	...	...	...
1-1-39	...	...	...
1-1-40	...	...	...
1-1-41	...	...	...
1-1-42	...	...	...
1-1-43	...	...	...
1-1-44	...	...	...
1-1-45	...	...	...
1-1-46	...	...	...
1-1-47	...	...	...
1-1-48	...	...	...
1-1-49	...	...	...
1-1-50	...	...	...



## 4.4. SERVICIO DE VIALES Y JARDINES

### 4.4.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Viales y Jardines, en el Hospital de Villalba consisten en lo siguiente:

#### 7.- CONSERVACIÓN DE VIALES Y JARDINES

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 deberán 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 buscará en todo momento 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 deberá 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 deberá identificar y planificar todo el trabajo preventivo, la naturaleza del mismo y las zonas afectadas).

La Sociedad concesionaria garantizará:

- 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 garantizará 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.

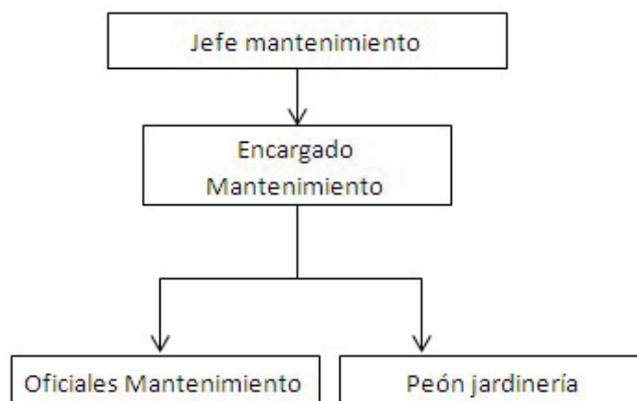
#### 4.4.2. DIAGNÓSTICO

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

##### **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.

El organigrama evidenciado es el siguiente:



ELEMENTOS	OPERACIONES	PERIODO	FRECUENCIA
Conservación de césped y praderas	Riegos	Invierno	Cada 20-25 días
		Primavera	Días alternos, si la lluvia no es suficiente
		Verano	3 riegos por semana
		Otoño	1-2 riegos por semana
	Siegas	Diciembre, Enero y Febrero	1 siega mes o sin siegas.
		Marzo y Noviembre	2 siegas por mes.
		Abril, Mayo y Octubre	3 siegas por mes.
		Junio, Julio, Agosto y Septiembre	1 siega semanal
	Recorte de bordes		cuando se estima oportuno
	Eliminación de malas hierbas		cuando se estima oportuno
	Aireación		1 vez al año
	Resembrado		1-2 veces al año.
	Tratamientos fitosanitarios		cuando se estima oportuno
Abonado		2 veces al año	
Conservación de plantaciones	Riegos	Mayo – septiembre	2 riegos por semana
		Abril y octubre	cada 15 días
		Noviembre – marzo	Dependiendo de periodos de sequia
	Poda de arboles	Noviembre-abril	1 vez al mes
	Poda de arbustos	final del invierno	1 vez al año
	Recorte de setos	mayo y agosto	2 veces al año

Durante la auditoría, se verifica el cumplimiento de dichas frecuencias mediante el uso de los partes recibidos y la observación de estos elementos. No se detectan incidencias relacionadas en la revisión de los partes de trabajo:

- Conservación de césped y praderas: Se conservan en buen estado. Se encuentran algunos residuos desperdigados en una de las zonas observadas, de forma puntual (no hay acumulaciones). No se observan incidencias por falta de poda o desbroce.
- Conservación de plantaciones: No se detectan incidencias de ningún tipo.

### **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 los siguientes planos, 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 de Villalba 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

ELEMENTOS	OPERACIONES	PERIODO	FRECUENCIA
	Reposición de mallas		cuando se estima oportuno
	Tratamientos fitosanitarios		cuando se estima oportuno
	Abonado		cuando se estima oportuno
Conservación de viales y aparcamiento			no se especifica frecuencia
Conservación sistema de riego y red de agua		mayo – septiembre	1 vez al mes
Conservación de mobiliario urbano			no se especifica frecuencia
Conservación de alumbrado y alcantarillado			no se especifica frecuencia

Durante la auditoria, se verifica el cumplimiento de dichas frecuencias mediante el uso de los partes recibidos y la observación de estos elementos. No se detectan incidencias relacionadas en la revisión de los partes de trabajo:

- Conservación de viales y aparcamiento: no hay parking de ambulancias en urgencias.
- Conservación de viales y aparcamiento: La señalización en las zonas de asfalto es perfectamente visible. Los sistemas de acceso al Hospital cumplen con la normativa de supresión de barreras arquitectónicas, permitiendo a los pacientes acceder al centro, un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas.

- Las plazas de aparcamiento de los vehículos de emergencia son las más próximas que hay a la fachada del Hospital y se encuentran libres de coches de otros usuarios en los distintos días en los que se ha realizado la auditoría.
- Las vías de evacuación están dispuestas para su uso en caso necesario.
- Conservación sistema de riego y red de agua: No se detectan incidencias relacionadas. No se ha visto en funcionamiento.
- Conservación de mobiliario urbano: No se detectan incidencias. La señalética está perfecto estado para su correcta visualización y uso. Los elementos de mobiliario urbano que son responsabilidad del servicio, como papeleras, bancos, etc. están en buen estado de mantenimiento y limpieza.
- Conservación de alumbrado y alcantarillado: No se detectan incidencias.

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 de Villalba, 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 :**

Indicador	Se evidencia el cumplimiento de la normativa
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100 % (Se cumple)
Evidencias	Reportaje fotográfico

➤ **GARANTÍA DE QUE LOS VEHÍCULOS DE EMERGENCIA TIENEN ACCESO A LAS INSTALACIONES DEL CENTRO Y A LAS FACHADAS DE LOS EDIFICIOS :**

Indicador	Se evidencian los permisos de acceso ante emergencias
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100 % (Se cumple)
Evidencias	Reportaje fotográfico

➤ **CUMPLIMIENTO DE OTRAS OBLIGACIONES QUE PUEDEN REPERCUTIR EN EL PACIENTE/USUARIO :**

Indicador	Se evidencian baños sin doble barra de acceso al retrete.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	0% (No se cumple)
Evidencias	Incidencia detallada

#### 4.4.3. PUNTOS FUERTES

No procede

#### 4.4.4. ÁREAS DE MEJORA

No procede

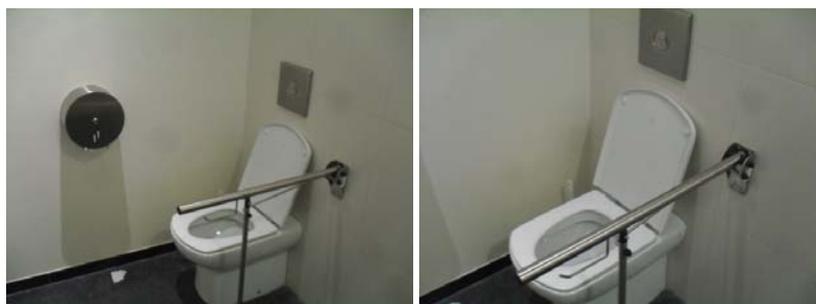
#### 4.4.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORIA ANTERIOR

No procede

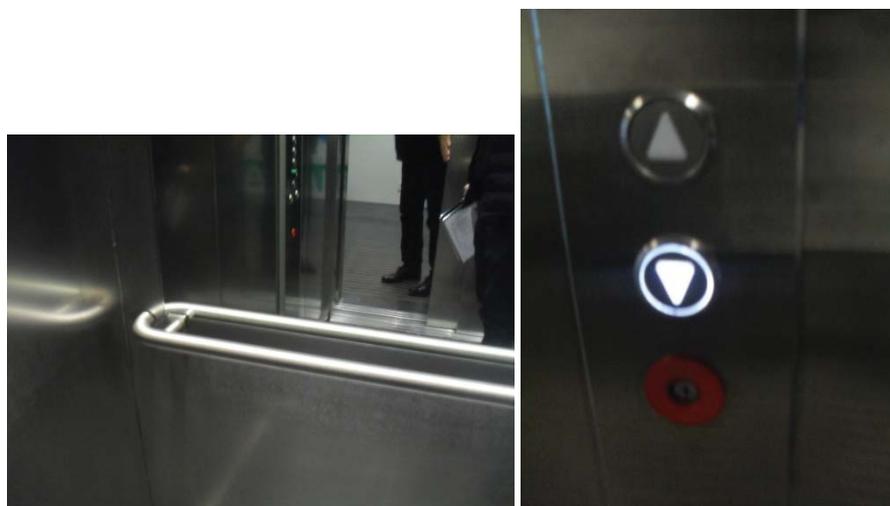
#### 4.4.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN

##### INCIDENCIAS LEVES

- En el momento de la auditoría, se ha detectado de forma puntual algún baño que no cumple la Normativa de Accesibilidad, ya que no disponían de doble barra de acceso al retrete:



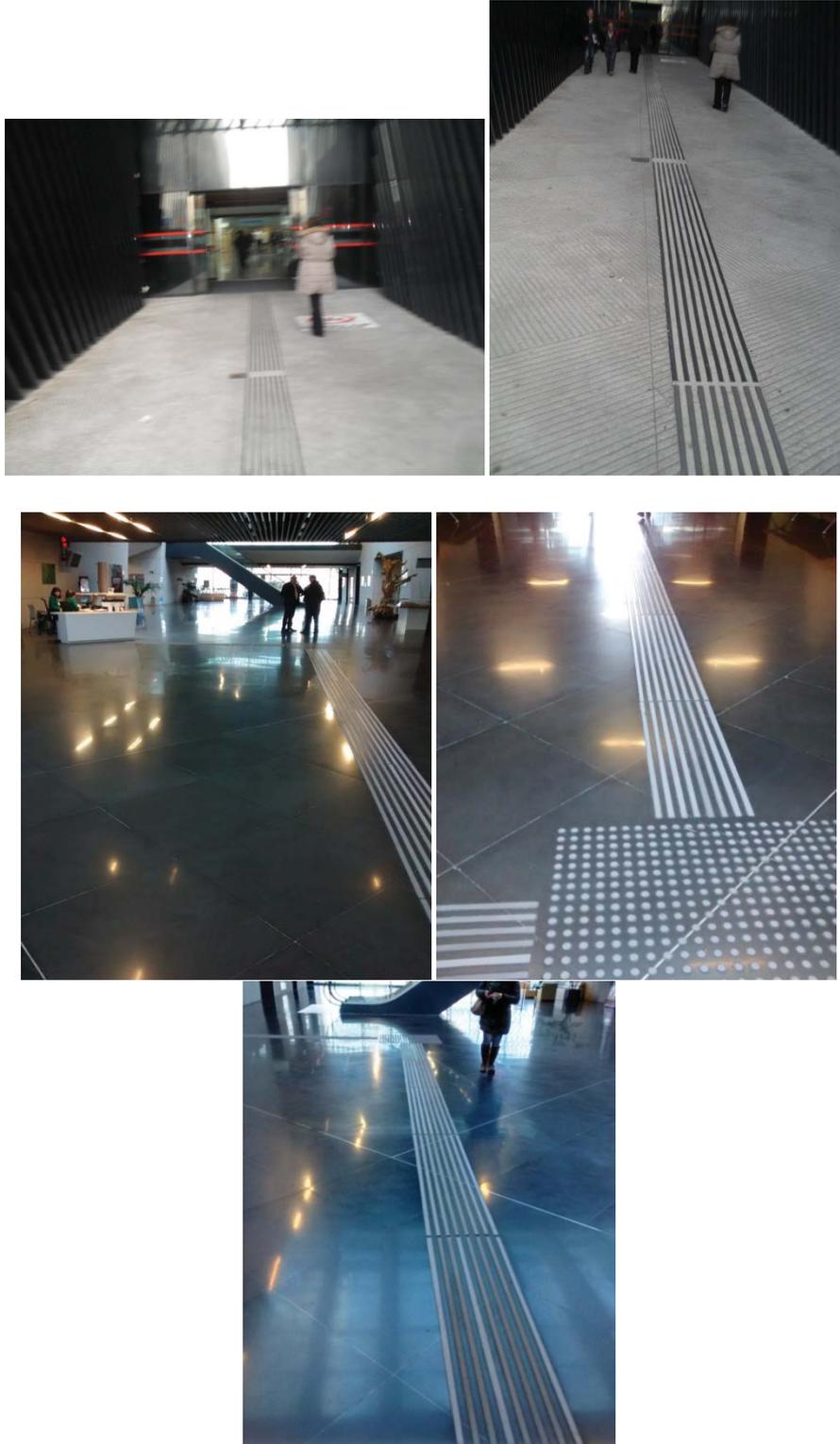
#### 4.4.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO



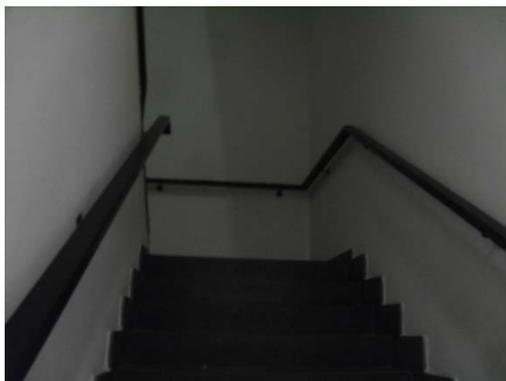


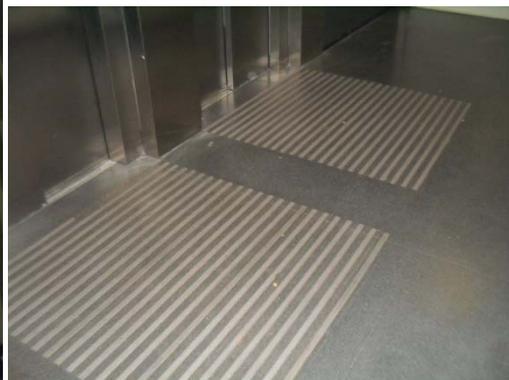
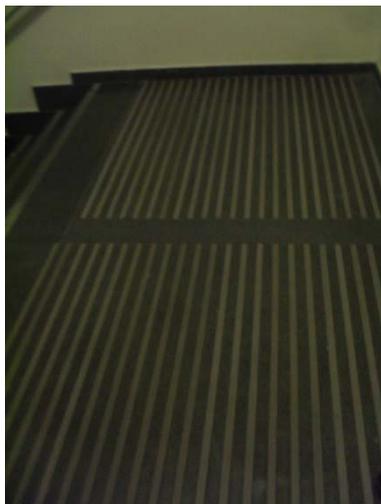


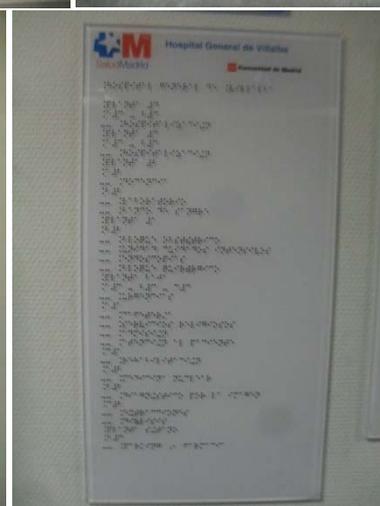
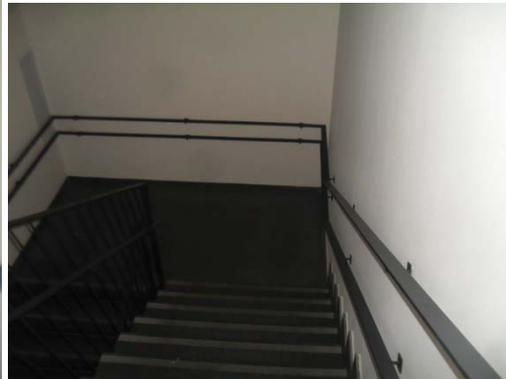
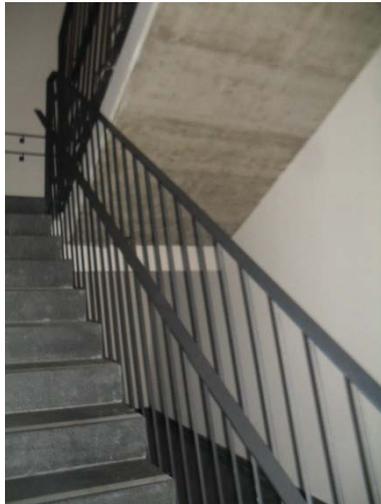


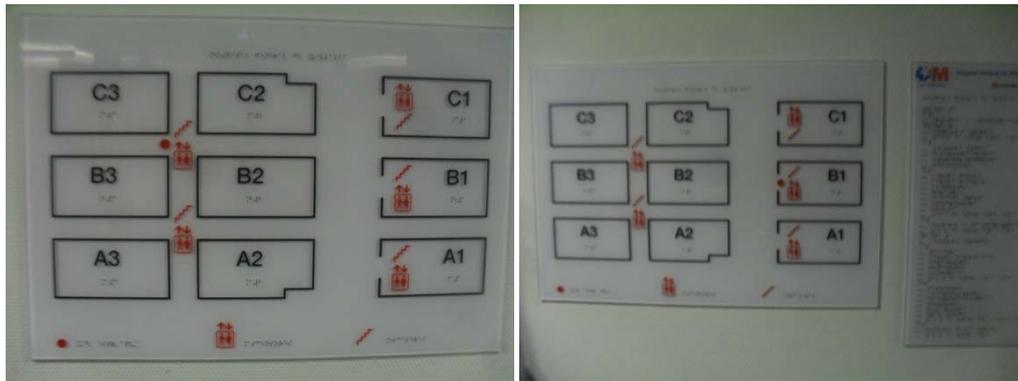




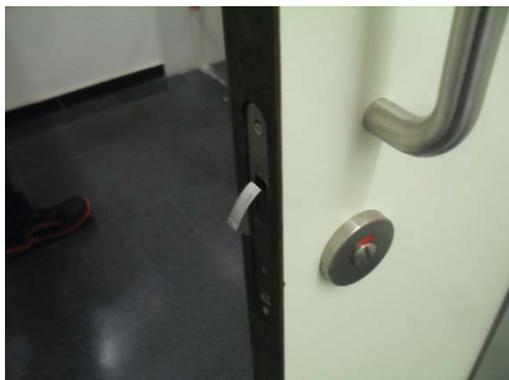








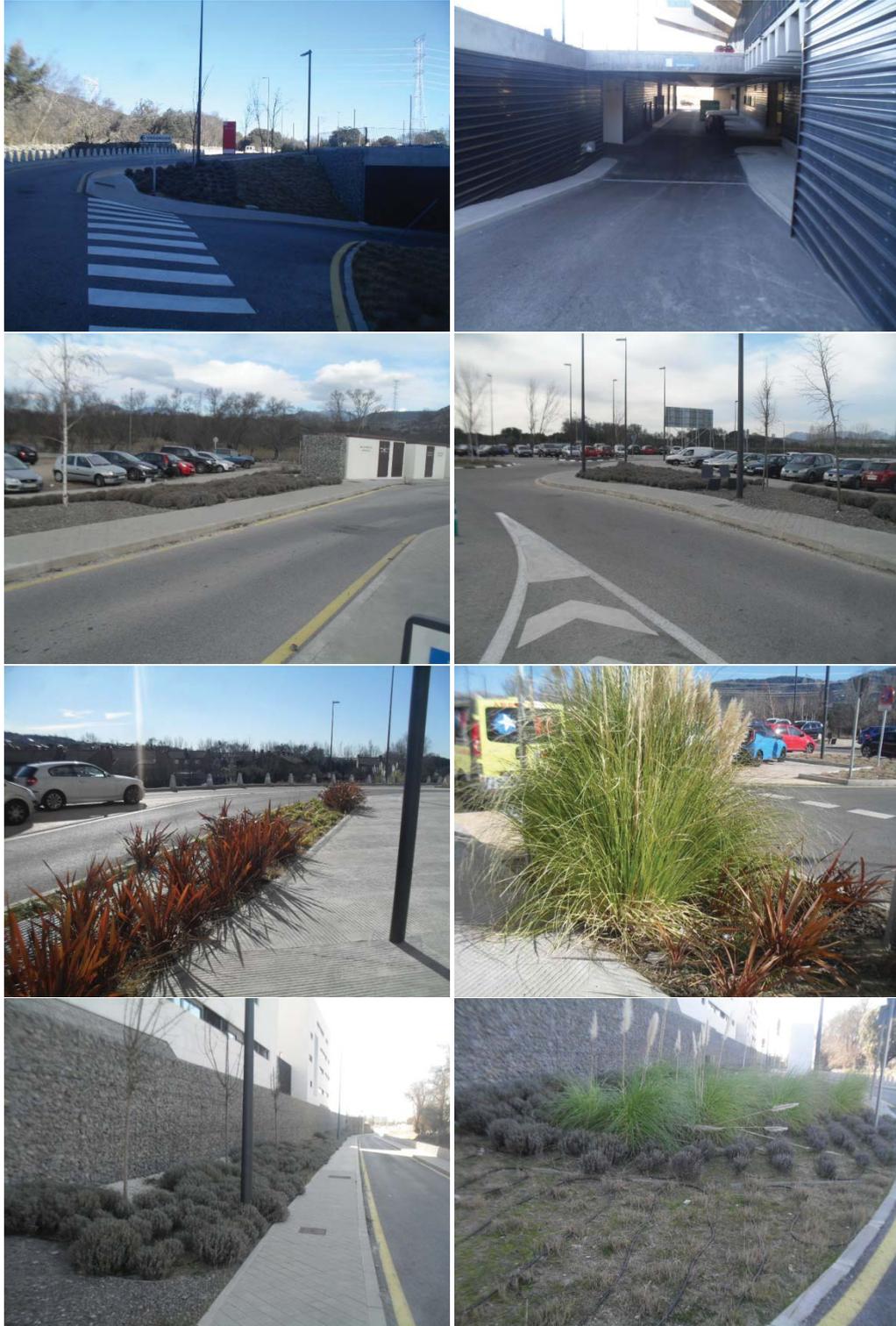














## 4.5. SERVICIO DE DESINSECTACIÓN Y DESRATIZACIÓN

### 4.5.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Desinsectación y desratización, en el Hospital General de Villalba, se han verificado durante la realización de la presente Auditoría Operativa del Hospital.

#### 9.- DESINSECTACIÓN Y DE DESRATIZACIÓN.

La concesionaria deberá ofrecer un amplio servicio de mantenimiento para el control de las plagas, manteniendo libres de infestación tanto las zonas en las que se realizan procesos a pacientes como en las que no y asegurar que el servicio se realiza con las debidas precauciones tanto para las personas que apliquen el tratamiento, como para pacientes, visitantes, empleados, etc., con la utilización de productos que no deterioren el medio ambiente.

### 4.5.2. DIAGNÓSTICO

En relación con los indicadores de desinsectación y de desratización se ha podido evidenciar que la Empresa subcontratada para prestar ese servicio, AMBISAN, está inscrita en el Registro de Establecimientos y Servicios Plaguicidas.

Se ha facilitado el listado de productos susceptibles de ser utilizados por AMBISAN en las instalaciones del Hospital de Villalba, si bien no se han podido evidenciar las fichas de seguridad de los productos empleados durante la prestación del Servicio ni la autorización por parte del Servicio de Medicina Preventiva.

Se ha evidenciado en la documentación remitida la Resolución de Inscripción en el Registro de Plaguicidas de los desinfectantes, insecticidas y rodenticidas empleados por AMBISAN en el Hospital de Villalba:



Oficinas: C/Mirueña, 9-11 local  
28024 MADRID  
91 518 78 43  
www.ambisan.es

**CERTIFICADO DE SERVICIO Nº 33911 -18**

RAZÓN SOCIAL: AMBISAN AMBIENTE SANO, S.L. C.I.F.: B-80215189 R.O.E.S.B: 1-CM-5 Tel.: 91 518 78 43 - DIRECCIÓN: C/ Adanero, 8 - local 28024 MADRID

**DATOS DEL CLIENTE**  
 NOMBRE: HOSPITAL DE COLLADO VILLALBA 6196 ACTIVIDAD: HOSPITALES  
 DIRECCIÓN: CTRA. ALPEDRETE A MORALZARZAL, KM. 41 M-608-- COLLADO VILLALBA C/I: B85662080  
 PERSONA CONTACTO: Srta SILVIA FERNANDEZ (GOBERNANTA) HORA CONFIRMADA: 09/12/2016 09:00  
 ZONAS A CONTROLAR: ZONAS DE RIESGO SEGUN PLAN DE ACTUACION  
 P. CONFIRMACIÓN: Srta SILVIA FERNANDEZ (GOBERNANTA) TFNO: 616-024808

**TIPO DE SERVICIO PROGRAMADO:**  
 DESRATIZACION  DESINSECTACION  DESINFECTACION  OTROS  
 INSECTOCAPTADORES  AMBIENTADORES  BACTERIOSTÁTICOS  CONTENEDORES HIGIENICOS  DDD PISCINA

Observaciones al servicio: D.D.D

**DIAGNOSTICO DE SITUACION**

**ESPECIES DETECTADAS**

- Ninguna
- Cucarachas ( )
- Hormigas
- Chinches
- Voladores ( )
- Rodedores (Ⓜ)
- Otros

**UBICACION**

En Campus medico ALTO PATICIDA A carretera de Zonal de Riesgo. Dentro de EXTENSION, TUNEL VERDEGAL Y AREA DE EXPANSION DE RESERVA CERDO, RESERVA CEBADONOS Y ATENDIDA ALAS GRASA NEGATIVAS 2ª PLANTA (SALA DE PISCINA) Y EN ESTAS OPERACIONES SE DETECTAN COLIPHORAS FUERTES EN PLANCHAS DE LAS LUPINILLAS.

**MEDIDAS A ADOPTAR**

Medidas sobre los elementos estructurales y constructivos Colocar BARRILES EN SALIDAS EXTERIORES A ZONA TECNICA Y HALLS // SEGUIR CON ESPINAS POLIURETANO HURCO EN INTERIORES COLUMNAS BAJANTES AREA NEGATIVAS

Medidas de optimización de las condiciones higienico-sanitarias y ambientales

Medidas sobre el desarrollo de comportamiento y hábitos saludables No hacer

Medidas de control directo sobre la especie nociva

**TIPO DE SERVICIO EFECTUADO:**

- Vigilancia/Monitorización Desrat.  Vigilancia/Monitorización Desin.  Insectocaptadores  Ambientadores  Contenedores Hig.
- Bacteriostáticos  Otros
- Tratamiento biocida: ( Desratización  Desinsectación  Desinfección)

**PRODUCTOS UTILIZADOS**

USUARIO	NOMBRE COMERCIAL	Tipo * Stock	Nº Registro	MATERIA ACTIVA Y %	MÉTODO APLICACIÓN	Dosis %	Riesgo Seguridad	ÁREA TRATADA
	Bardal 36	1 y 4	12-2010-02388 12-2010-02888 NL	Cloruro de dimetilmetilamoniato 47%	Pulverización dirigida	10%	N/A	
X	Bati-van Vision	1 y 4	12-2010-02352 12-2010-02343 NL	84 (que no manifiesta) de (actores) de amoniacos en el rango 49,7%	Pulverización	5%	N/A	AREAS SANITARIAS
	Quatern Alkon	18	14-10-00001	quaternario 0,1%	Localización mediante aplicador	N/A	N/A	
	Maxforce quantum	18	12-26-00001 12-26-00001 NL	Imidacloprid 0,021%	Localización mediante aplicador	N/A	N/A	
	Maxforce alkon green	18	12-26-00001 12-26-00001 NL	Permetrina 0,021%	Localización mediante aplicador	N/A	N/A	
X	Levato 360 Biogel	24	02-100-00001-02-022	Imidacloprid 0,021%	En puntos de concentración elevados	N/A	N/A	CEBADONOS / RED SANCAJUNTO
	Topan Block	14	12-12-01489 12-12-01490 NL	Imidacloprid 0,021% Terfenadina de sales: 0,021%	En puntos de concentración elevados	N/A	N/A	

Nombre, firma y sello del Cliente: Srta SILVIA FERNANDEZ  
 Nombre y firma del técnico aplicador: JAVIER SALVERO  
 Nombre y firma del Responsable Técnico: Pedro García Sáez  
 Fecha: 09/12/2016  
 Hora de Inicio: \_\_\_\_\_  
 Hora finalización: \_\_\_\_\_  
 Tiempo espera: \_\_\_\_\_

TFNO. INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA: 91 562 04 20



AUDITORÍA OPERATIVA DE CALIDAD DE LOS HOSPITALES "INFANTA ELENA" (VALDEMORO), "REY JUAN CARLOS" (MÓSTOLES), GENERAL DE VILLALBA Y TORREJÓN. (EXP: P.A. SER-32/2016-AE)



Oficinas: C/Mirueña, 9-11 local  
28024 MADRID  
☎ 91 518 78 43  
www.ambisan.es

**CERTIFICADO DE SERVICIO Nº 339111 -16**

RAZÓN SOCIAL: AMBISAN AMBIENTE SANO, S.L. C.I.F.: B-80215189 R.O.E.S.B: 1-CM-5 Tel.: 91 518 78 43 - DIRECCIÓN: C/ Adanero, 8 - local 28024 MADRID

**DATOS DEL CLIENTE**  
 NOMBRE: HOSPITAL DE COLLADO VILLALBA 6196 ACTIVIDAD: HOSPITALES  
 DIRECCIÓN: CTRA. ALPEDRETE A MORALZARZAL, KM. 41 M-908 -- COLLADO VILLALBA CIF: B85562060  
 PERSONA CONTACTO: Srta SILVIA FERNANDEZ (GOBERNANTA) HORA CONFIRMADA: 09/12/2016 09.00  
 ZONAS A CONTROLAR: ZONAS DE HOSTELERÍA (COCINA Y CAFETERÍA)  
 P. CONFIRMACIÓN: Srta SILVIA FERNANDEZ (GOBERNANTA) TFNO: 616-024608  
**TIPO DE SERVICIO PROGRAMADO:**  
 DESRATIZACIÓN  DESINSECTACIÓN  DESINFECCIÓN  OTROS  
 INSECTOCAPTORES  AMBIENTADORES  BACTERIOSTÁTICOS  CONTENEDORES HIGIENICOS  DDD PISCINA  
 Observaciones al servicio: D. D. D

**DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN**

**ESPECIES DETECTADAS**  
 Ninguna  
 Cucarachas ( )  
 Hormigas ( )  
 Chinches ( )  
 Voladores ( )  
 Roedores ( )  
 Otros ( )  
**UBICACIÓN**  
 SIN INCIDENCIAS  
**MEDIDAS A ADOPTAR**  
 Medidas sobre los elementos estructurales y constructivos *Colocar Buletes en salidas Colaborar*  
*Señalar Pasillos a Cocina*  
 Medidas de optimización de las condiciones higienico-sanitarias y ambientales  
 Medidas sobre el desarrollo de comportamiento y hábitos saludables *No procede*  
 Medidas de control directo sobre la especie nociva

**TIPO DE SERVICIO EFECTUADO:**

Vigilancia/Monitorización Desrat.  Vigilancia/Monitorización Desin.  Insectocaptores  Ambientadores  Contenedores Hig.  
 Bacteriostáticos  Otros  
 Tratamiento biocida: ( Desratización  Desinsectación  Desinfección)

**PRODUCTOS UTILIZADOS**

Usado	NOMBRE COMERCIAL	Tipo * Bandeja	Nº Registro	MATERIA ACTIVA Y %	MÉTODO APLICACIÓN	Dosis %	Plazo Seguridad	ÁREA TRATADA
	Garofal SG	2 y 4	13-20340-0288 HA 12-20340-0288 HA	Cloruro de dibutilmetilammonio 0.5%	Pulverización dirigida	10%	N/A	
	Rely von Virkon	2 y 4	13-204090-0282 12-204090-0282 HA	Dis. Iodocloroacético (dis. yodado de potasio) con 1.25% de NaOCl	<i>A</i>	1%	N/A	<i>MESES SANITARIAS</i>
	Dis. para Alifon gel cucarachas	18	02/PA-3311-18-0026	Indoxacarb 0.1%	Líquido de limpieza	N/A	N/A	
	Misaforce spot-on	18	13-20-0282 13-18-0282 HA	imidacoprid 0.1% Substancia de sabor amargo 0.1%	Líquido de limpieza aplicador	N/A	N/A	
	Hygipack hidro azox green	18	13-18-0042 13-18-0042 HA	Permetrina 0.7% Permetrina 1%	Líquido de limpieza aplicador	N/A	N/A	
	LEUCO-DM Biocida	18	02/PA-3034-14-0012	Tricloroacido 0.20%	In pulverización	N/A	N/A	
	Talon Block		02-18-0489 02-18-0489 HA	Brodifacoum 0.20% Substancia de sabor amargo 0.30%	In pulverización correctamente etiquetada	N/A	N/A	

Recibido pendiente de revisión  
 Nombre y sello del Cliente: *[Sello]*  
 Nombre y firma del técnico aplicador: *JAVIER SALGUERO*  
 Nombre y firma del Responsable Técnico: *Pedro Garcia Saez*  
 Fecha: *9/12/2016*  
 Hora de inicio: \_\_\_\_\_  
 Hora finalización: \_\_\_\_\_  
 Tiempo espera: \_\_\_\_\_

TFNO, INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA: 91 562 04 20



#### 4.5.3. PUNTOS FUERTES

No procede.

#### 4.5.4. ÁREAS DE MEJORA

No procede.

#### 4.5.5. SEGUIMIENTO DE LAS DESVIACIONES DE LA AUDITORIA ANTERIOR

No procede.

#### 4.5.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN

No procede.

#### 4.5.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO





## 4.6. SERVICIO DE GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA

### 4.6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Gestión de Almacenes y distribución Logística, en el Hospital de Villalba, consisten en lo siguiente:

- o Proporcionar un Servicio eficiente, eficaz y de alta calidad para la recepción, almacenamiento y distribución de materiales destinados al uso hospitalario.
- o Tanto el almacenamiento, como la distribución se debe llevar a cabo garantizando la trazabilidad de los productos cuando estos así lo requieran.

### 4.6.2. DIAGNÓSTICO

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

#### **10.-GESTIÓN DE ALMACENES Y DISTRIBUCIÓN-LOGÍSTICA.**

La concesionaria proporcionará 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 llevará a cabo garantizado la trazabilidad de los productos cuando estos así lo requieran.

- 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.
- Anota las anomalías en el albarán del transportista y del proveedor.
- Informa a compras de la llegada del pedido una vez subsanadas las incidencias.
- Control de calidad.
- Si el control de calidad es correcto da entrada definitiva al material y lo registra en la aplicación informática y le da un número de registro.
- Envío de datos de identificación, recuento y verificación a compras y contabilidad.
- Da de alta el producto en el inventario de existencias.

Una vez chequeado el albarán con lo recibido y coincide todo, imprime el pedido y lo grapa todo junto y le da el VºBº con el cuño del Hospital tras verificar que coincide.

**EMSOR**

**ALBARÁN DE ENTREGA**

Número ALV13269	Fecha 17/01/2017	Cliente CL2291
No. Pedido PS17-0086	No. Doc. Extern 17VIT00196	

Ud. Tramitadora  
Organismo Gestor  
Oficina Contable

Nombre	SERVICIOS PERSONAS Y SALUD, S.L.U. - CENTRAL DE COMPRAS
Dirección	AVDA. REYES CATÓLICOS, 2
C.P. + Pobl.	28040 MADRID
Provincia	Madrid
N.I.F.	B85562980

CANT.	CONCEPTO	PRECIO UNIDAD	IMPORTE
4	EVIVA 0813-20 - KIT DE AGUJA EVIVA ESTÉRIL DE 9G X 13CM X 26MM	256,93	1.028,72
6	ATEC 001 - CANISTER / RECIPENTE PARA VACIO CON TAPA.	3,50	21,00

TOTAL	DESCUENTO	BASE IMPONIBLE	% IVA	IMPORTE IVA	IMPORTE
856,72	0,00	856,72	21,00	179,91	1.036,63

**TOTAL EN EUR**  
1.036,63

CONFORME CLIENTE

DEVOLVER ALBARAN FIRMADO

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos, le informamos que sus datos personales forman parte de un fichero titularidad de EMSOR S.A., cuya titularidad corresponde a la dirección contable y fiscal de la relación contractual. Asimismo que sus datos serán comunicados a las Administraciones Públicas correspondientes en cumplimiento de lo exigido por la legislación tributaria y de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección siguiente: EMSOR S.A., At. Responsable LOPD C/Isabel Colbrand 10-12, Esq. Alameda de San Juan, 10-12, Madrid 28014, España. Teléfono: 913588701

C/ Isabel Colbrand, 10-12 Local 138 28050 Madrid  
Tlx: 913588701

17VIT00129	MS00080515	CANULA, NASAL, CPAP, C	1	NEONATOLOGIA - H	M11200-21	HELIANTHUS MEDICA
17VIT00130	MS02031615	TEST EPICUTANEO P/DIA	3	DERMATOLOGIA - C	NTT36	MARTI TOR ALERGIA
17VIT00132	IN01030484	MANGUITO, PNI, ADULT	5	ALMACEN HOSPITALIZACION PLANT	REUSE-11-1HP-21-34	HELIANTHUS MEDICA
17VIT00133	IN01030256	SENSOR, MONITORIZAEN	1	ENDOCRINOLOGIA - C	MMT-7008A	MEDTRONIC IBERICA
17VIT00134	MS07031559	REACTIVO PARA LA DETE	4	ENDOCRINOLOGIA - C	1008915	SIEMENS HEALTHCAR
17VIT00140	MS07031007	HBAIC CONTROL	1	ENDOCRINOLOGIA - C	03714363	SIEMENS HEALTHCAR
17VIT00142	IN01030504	HOJA, SIERRA, SAGITAL,	5	ALMACEN QUIROFANOS	00502314300	KARL STORZ ENDOSC
17VIT00143	MS02033461	CABLE LUZ FRIA P/FOTOF	1	ALMACEN QUIROFANOS	495NA	CODE ESPANA, S.A.
17VIT00144	MS09040241	CATETER, DILATACION ES	4	GABINETES DE ENDOSCOPIAS	HB0-W-8-9-10	MOVACO S.A.
17VIT00145	MS09040346	SONDA, SUSTITUCION, P	4	GABINETES DE ENDOSCOPIAS	0100-20	BOSTON SCIENTIFIC I
17VIT00146	MS09020143	AGUIJA, ESCLEROSIS, 23G	10	GABINETES DE ENDOSCOPIAS	M00518351	SISTEMAS INTEGRALE
17VIT00147	MS09031654	TIRA, CONTROL, QUIMIC	3	GABINETES DE ENDOSCOPIAS	PCC029	ALBYN MEDICAL, S.L.
17VIT00148	MS09080226	MASCARILLA, BRONCOSQ	2	GABINETES DE ENDOSCOPIAS	94000000	INTERSURGICAL ESPA
17VIT00149	MS09080227	MASCARILLA, BRONCOSQ	1	GABINETES DE ENDOSCOPIAS	U593	INTERSURGICAL ESPA
17VIT00149	MS09080227	MASCARILLA, BRONCOSQ	1	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - C	U594	INTERSURGICAL ESPA
17VIT00149	MS09080227	MASCARILLA, BRONCOSQ	1	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - C	PE560/25	SUMINISTROS MEDIC
17VIT00149	MS09080227	MASCARILLA, BRONCOSQ	1	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - C	PE565/26	SUMINISTROS MEDIC
17VIT00149	MS09080227	MASCARILLA, BRONCOSQ	1	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - C	PE570/27	SUMINISTROS MEDIC
17VIT00149	MS09080227	MASCARILLA, BRONCOSQ	1	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - C	PE570/27	SUMINISTROS MEDIC
17VIT00150	MS02010278	APOSITO, HIDROCELULAR	3	HOSPITALIZACION PLANTA 3C	66800249	SMITH & NEPHEW, S.
17VIT00150	MS02010281	APOSITO, HIDROCELULAR	6	HOSPITALIZACION PLANTA 3C	66000700	SMITH & NEPHEW, S.
17VIT00150	MS02010282	APOSITO, HIDROCELULAR	6	HOSPITALIZACION PLANTA 3C	66000044	SMITH & NEPHEW, S.
17VIT00151	MS02010289	APOSITO, HIDRODOLUME	5	HOSPITALIZACION PLANTA 3C	642MTP506	IZASA HOSPITAL, S.LI
17VIT00152	MS01021017	CATETER PERIFERICO 22x	20	NEONATOLOGIA - H	1212.04	VYGON, S.A.
17VIT00153	MS03990132	TRAPONES PARA PUNTOS	19	OPTALMOLOGIA - C	52-3522	EQUIPAMIENTOS SAF
17VIT00154	MS03020149	PAPEL, MENTONERA	4	OPTALMOLOGIA - C	4031040820	TOPCON ESPAÑA, S.P
17VIT00155	MS03040165	AGUIJA PUNCIÓN 14G,KT	2	RADIOLOGIA DIAGNOSTICO	ACE-140751	DISTRIBUCIONES CLH
17VIT00156	MS03040249	KIT DE AGUIJA EVIVA EST.	4	RADIOLOGIA DIAGNOSTICO	EVIVA-0913-20	EMSOR S.A.
17VIT00156	MS03040320	CANISTER / RECIPIENTE	6	RADIOLOGIA DIAGNOSTICO	ATEC-001	EMSOR S.A.
17VIT00157	MS03040485	SET, MICROPUNCIÓN, AG	1	RADIOLOGIA VASCULAR INTERVEN	06597015	CARDIVA CENTRO S.L
17VIT00158	PR06079472	AGUIJA GUIA FLEXIBLE TL	1	ALMACEN QUIROFANOS	234-108-200	STRYKER IBERICA S.L
17VIT00160	MS05080408	GAFIA, NASAL, NEONATA	1	NEONATOLOGIA - H	BC2435-20	HELIANTHUS MEDICA
17VIT00161	IN01990052	FLEBOEXTRACTOR DE VA	1	ALMACEN QUIROFANOS	FLVINV	PRIM, S.A.
17VIT00161	IN01990063	PROTECTOR P/CLAMPS 2	1	ALMACEN QUIROFANOS	00540	PRIM, S.A.
17VIT00161	IN01990087	PROTECTOR P/CLAMPS 3	1	ALMACEN QUIROFANOS	00542	PRIM, S.A.
17VIT00162	IN01023138	PINZA, SELLADOR, VASO	1	ALMACEN QUIROFANOS	LF1723	MEDTRONIC IBERICA
17VIT00163	MS02010234	SET, TRATAMIENTO, INC	10	ALMACEN QUIROFANOS	KCIPRE1001	IZASA HOSPITAL, S.LI
17VIT00164	IN01990312	SET, VALVULOTOMO, AU	5	ALMACEN QUIROFANOS	1009-00	LEMAITRE VASCULAR
17VIT00165	MS01020361	CATETER, EMBOLECTOM	3	ALMACEN QUIROFANOS	12TLW803F	EDWARDS LIFESCIEN
17VIT00165	MS01021514	CATETER, EMBOLECTOM	3	ALMACEN QUIROFANOS	12TLW804F	EDWARDS LIFESCIEN
17VIT00165	MS01021515	CATETER, EMBOLECTOM	3	ALMACEN QUIROFANOS	12TLW805F35	EDWARDS LIFESCIEN



**EMSOR**

**ALBARÁN DE ENTREGA**

Número: ALV13200	Fecha: 17/01/2017	Cliente: CL2291	Nombre: SERVICIOS PERSONAS Y SALUD, S.L.U. - CENTRAL DE COMPRAS
Nº. Pedido: PS17-0090	Nº. Doc. Externo: 17/01/00196	Dirección: AVDA REYES CATÓLICOS, 2	
Ud. Tramitadora: Organismo Gestor Oficina Contable		C.P. + Pobl.: 28043 MADRID	
		Provincia: Madrid	
		N.I.F.: B8562080	

CANT.	CONCEPTO	PRECIO UNIDAD	IMPORTE
4	EVVA 0813-20 - KIT DE AGUA EVIVA ESTÉRIL DE 90 X 13CM X 20MM	206,93	836,72
4	ATEC 001 - CANISTER / RECIPIENTE PARA VACIO CON TAPA	3,50	21,00



TOTAL	DESCUENTO	BASE IMPONIBLE	% IVA	IMPORTE IVA	IMPORTE
856,72	0,00	856,72	21,00	179,91	1.036,63

**TOTAL EN EUROS**  
1.036,63

CONFORME CLIENTE

DEVOLVER ALBARAN FIRMADO

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos, le informamos que sus datos personales forman parte de un fichero titularidad de EMSOR S.A., cuya finalidad es la gestión administrativa, contable y fiscal de la relación contractual.  
Le informamos asimismo que sus datos serán comunicados a las Administraciones Públicas correspondientes en cumplimiento de lo exigido por la legislación tributaria vigente.  
Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección siguiente: EMSOR S.A., At. Responsable LOPD C/Isabel Colbrand 10-12 Edificio EMSOR, 138. 28050 Madrid

Edificio EMSOR C/ Isabel Colbrand, 10-12 Local 138 28050 Madrid  
tel. 913446990 Fax. 913588701

NIF ESA78923034

- 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 y el estante en los que se encuentran en cada uno de los Almacenes Generales del Hospital de Villalba, verificándose que es así en la Auditoría Operativa:

Artículo	Descripcion Artículo	Stock Min.	2º P.Pedido	Stock Max.	Estante	¿Compra?	Stock	Tipo Art.
A5000253	ETIQUETA LASER APLI	62	125	250	A3P01E03	S	0	A
A5000406	ETIQUETA LASER 37X105 SALIDA DE 2	500	1000	2000	A3P01E03	S	0	A
A5000433	TALONARIO RECETAS	12	25	50	A3P01E05	S	0	A
A5000467	BOLSA 26X36 C/MEMBRETE EN COLOR	250	500	1000	A3P01E05	S	0	A
A5004807	CARPETA, DESPEDIDA, PACIENTE	250	500	1000	A3P01E01	S	0	A
A5004843	CARPETA, SEGUIMIENTO, EMBARAZO	25	50	100	A3P01E05	S	0	A
A5004846	GUIA, MANUAL, ACOGIDA, PACIENTE	500	1000	2000	A3P01E03	S	0	A
A5004980	CARPETA COMPLETA DUELO	250	500	1000	A3P01E02	S	0	A
IN01010949	SET, LIMPIEZA, BUCAL, C/ASPIRACION	50	100	200	A1P07E04	S	0	A
IN01011040	CONTENEDOR, PROTESIS, DENTAL, POLIPROPILENO, 180CC	75	150	300	A2P03E02	S	0	A
IN01020010	BISTURI, C/MANGO, Nº11	50	100	200	A1P08E04	S	0	A
IN01020011	BISTURI, C/MANGO, Nº15	50	100	200	A1P08E04	S	0	A
IN01020012	BISTURI, C/MANGO, Nº21	50	100	200	A1P08E04	S	0	A
IN01020047	CURETA, DERMATOLOGIA, STIEFEL, 7MM	5	10	20	A1P02E07	S	0	A
IN01020048	CURETA, DERMATOLOGIA, STIEFEL, 4MM	10	20	40	A1P02E07	S	0	A
IN01020081	ESPECULO, VAGINAL, MULTIPARA, 2.75MM	125	250	500	A2P04E01	S	0	A
IN01020082	ESPECULO, VAGINAL, NULIPARA	50	100	200	A2P04E01	S	0	A
IN01020123	HOJA, BISTURI, Nº10	125	250	500	A1P08E04	S	0	A
IN01020124	HOJA, BISTURI, Nº11	250	500	1000	A1P08E04	S	0	A
IN01020125	HOJA, BISTURI, Nº12	100	200	400	A1P08E04	S	0	A
IN01020126	HOJA, BISTURI, Nº15	250	500	1000	A1P08E04	S	0	A
IN01020127	HOJA, BISTURI, Nº21	250	500	1000	A1P08E04	S	0	A
IN01020130	HOJA, BISTURI, Nº24	100	200	400	A1P08E04	S	0	A
IN01020195	MANGO, ELECTROBISTURI, MANUAL, 4.5M	85	175	350	A1P06E03	S	0	A
IN01020201	MANGO, I/A, ANGULADO, 45º	12	24	48	A1P08E06	S	0	A
IN01020246	PINZA, BIOPSIA, FENESTRADA, C/PINCHO, DES, 2.4X230MM	20	40	80	A1P07E01	S	0	A
IN01020499	CUCHILLETE, CRESCENT, ANGULADO ARRIBA, 2.3MM	1	3	6	A1P06E05	S	0	A
IN01020763	BISTURI, C/MANGO, Nº10	15	30	60	A1P08E04	S	0	A
IN01022095	BISTURI, C/MANGO, Nº12	10	20	40	A1P08E04	S	0	A
IN01022385	TIJERA, CLAMPATUBOS, KROCHER	12	25	50	A1P08E05	S	0	A
IN01030237	FONENDOSCOPIO, D/CAMPANA, ALUMINIO, NEGRO	1	1	2	A1P08E05	S	0	A
IN01030338	TENSIOMETRO, MANUAL, ANEROIDE, 1 TUBO	1	1	2	A1P08E05	S	0	A
IN01990012	BATEA, FORMA, RIÑON, CELULOSA, 600ML, DES	1000	2000	4000	A2P01E05	S	0	A
IN01990036	CUCHILLETE, FACOEMULSIFICADOR, MATE, 2.2MM	10	20	40	A1P08E06	S	0	A
IN01990037	CUCHILLETE, FACOEMULSIFICADOR, MATE, 2.75MM	2	5	10	A1P08E06	S	0	A
IN01990040	CUCHILLETE. OFTALMICO. INCISION. LATERAL. 15º	10	20	40	A1P08E06	S	0	A

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.

La Supervisora de cada Servicio del Hospital realiza el pedido interno de artículos, de acuerdo al listado de artículos que suele consumir. Se muestra a continuación el pacto del almacén con paritorio:

Artículo	Descripción Artículo	Cantidad	Cantidad Maxima	Estanteria
MS07990001	ACETONA	1	2	A1P03E06
MS07040545	ADAPTADOR PARA AGUJA EXTRACCION EN VACIO	100	200	A1P10E03
MS05080240	AGUJA ESTERIL 500 CC. PARA HUMIDIFICAR	24	48	A2P02E04
MS03040023	AGUJA DE PUNCION LUMBAR 20GX3,5	3	6	A1P02E06
MS03040008	AGUJA ESPINAL 18GX3 REF.405247	3	6	A1P02E07
MS03040012	AGUJA ESPINAL 22G -405254	3	6	A1P02E06
MS03040016	AGUJA ESPINAL 22G x 5 - REF-405148	3	6	A1P02E06
MS03040089	AGUJA ESTERIL 0,6X25MM (23GX1") BIOSEGURIDAD (30GX7)	100	200	A1P02E08
MS03040299	AGUJA ESTERIL 0,8X25MM (21GX1) BIOSEGURIDAD	100	200	A1P02E08
MS03040087	AGUJA ESTERIL 0,9X25MM (20GX1) BIOSEGURIDAD	100	200	A1P02E08
MS03040125	AGUJA ESTERIL 16X5 (25GX5/8) BIOSEGURIDAD	100	200	A1P02E07
MS03040139	AGUJA GRIPPER PLUS 0,9MM (20G) -21-2965-24	5	10	A1P06E07
MS03040547	AGUJA SUBCUTANEA,INSULINA,C/SEGURIDAD,30G,0.3X8MM-329608	100	200	A1P02E05
OA01010204	ANTISEPTICO, MANOS, GEL, 975ML, C/DOSIFICADOR	5	10	A1P09E06
MS02010002	APOSITO ACTISORB 10X10	10	20	A1P06E06
MS02010059	APOSITO CELULOSA PRECORTADA 4X5 -80218	2	4	A2P01E05
MS02010032	APOSITO HIDROCOLOIDE FINO	10	20	A1P08E02
MS02010027	APOSITO HIDROFIBRA ABSORC. VERTICAL C/PLATA IONICA(BIATAIN)	10	20	A1P08E02
MS02010028	APOSITO HIDROFIBRA DE ABSORCION VERTICAL	10	20	A1P08E02
MS02010011	APOSITO QUIRURGICO ESTERIL 10X15	25	50	A1P08E01
MS02010012	APOSITO QUIRURGICO ESTERIL 10X25	25	50	A1P08E01
MS02010013	APOSITO QUIRURGICO ESTERIL 5X7,2	50	100	A1P08E01
MS02010135	APOSITO RELLENO NU GEL 15G	10	20	A1P03E07
MS02010016	APOSITO TRANSPARENTE ALTA SEGURIDAD DE 7X9,5CM	100	200	A1P08E02
MS02010017	APOSITO TRANSPARENTE ALTA SEGURIDAD DE 8,5X11,5CM	25	50	A1P08E03
MS02010124	APOSITO TRANSPARENTE DE 10X12	25	50	A1P08E03
MS02010015	APOSITO TRANSPARENTE DE 6,5X7,5	50	100	A1P08E02
MS02010018	APOSITO TRAQUEOMED DE 12X20CM REF- AP01	30	60	A1P08E03
MS03990001	BABERO CON RECEPTACULO	125	250	A1P06E02
MS03020009	BATAS CELULOSA SIN MANGAS	100	200	A2P01E05
MS03020008	BATAS VERDE CELULOSA CON MANGAS	100	200	A2P02E04
IN01990012	BATEA F/RIÑON UN SOLO USO REF. CU08069	250	500	A2P01E05
IN01020010	BISTURI MANGO DESECHABLE N.11 -BA211	10	20	A1P08E04
IN01020012	BISTURI MANGO DESECHABLE N.21 -BA221	10	20	A1P08E04
MS03030026	BOLSA DE DRENAJE DE 300 ML NO ESTERIL	10	20	A1P04E05
MS03030068	BOLSA DE ORINA	25	50	A1P06E05
MS03030061	BOLSA DE ORINA C/ V ANT GRIPO SALIDA R	15	30	A2P01E01

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 Villalba S.A.  
IDCSalud Villalba, S.A.  
CL ZURBARAN, 28  
MADRID  
28010 MADRID  
C.I.F. A86012424

CL ZURBARAN, 28  
MADRID  
28010 MADRID

**PEDIDO INTERNO DE ALMACEN A DISPENSAR**

DATOS SOLICITANTE		DATOS SOLICITADO	
Fecha Pedido	17/01/2017 07:00	Centro Coste	ALMACEN GENERAL
Nº Pedido	PDPL0 / 015707	Almacén	ALMACEN GENERAL
Centro Coste	ALMACEN QUIROFANOS	Prioridad	NORMAL
Almacén	ALMACEN QUIROFANOS	Para	320211
Contacto	Monica Perez Fernandez		

ESTANTERIA	CODIGO	DESCRIPCION	FANTASIA	UNIDAD MEDIDA	UNIDADES
A1P02E05	MS059902 95	PRESURIZADOR 500CC -FN-803FGA	MC5048	UNIDAD	5.00
A1P03E03	MS030200 53	GUANTE, CIRUGIA, SINTETICO, S/POLVO, ESTERIL, N°7	MC4748	UNIDAD	-30.00
A1P03E07	MS070405 65	LANCETAS	MC1483	UNIDAD	-08.00
A1P03E08	MS030100 91	FUNDA ECO LATEX	MC7886	UNIDAD	-60.00
A1P08E05	MS010102 75	CANULA, ASPIRACION, YANKAUEK, S/CONTROL, 4X250MM		UNIDAD	-1.00
A1P06E02	MS020301 39	POLYSORB CL-817 (GS-11 37MM)		UNIDAD	-18.00
A1P08E02	MS020300 48	SUT. AB. A POLIGLICOLICO, 2, 90CM, AGUJA, TRIANG. 1/2, 40MM		UNIDAD	-18.00
ADP03E01	MS019901 17	DRENAJE TORACICO CON CIERRE AGUA SIMPLE	MC54	UNIDAD	1.00

 IDCSalud Villalba S.A.  
IDCSalud Villalba, S.A.  
CL ZURBARAN, 28  
MADRID  
28010 MADRID  
C.I.F. A86012424

CL ZURBARAN, 28  
MADRID  
28010 MADRID

T- 3270

**CONSUMO INTERNO DE MATERIAL**

DATOS SOLICITANTE		DATOS SOLICITADO	
Fecha Pedido		Centro Coste	ALMACEN GENERAL
Nº Pedido	PDPRB / 018825	Almacén	ALMACEN DE TRANSITO
Centro Coste	ALMACEN QUIROFANOS - ALMO	Fecha Salida	16/01/2017
PEDIDO ALB. 850746 Servicios Personales y		Nº Salida	ALC017038181

CODIGO	DESCRIPCION	UNIDAD MEDIDA	UNIDADES
MS0695076	SUBSTITUCION, REPARACION, OPTICA, ARTRORSCOPIA, 30", 20CM. RAT	UNIDAD	1,00

*[Handwritten signature]*

OBSERVACIONES	FIRMA SOLICITANTE	FIRMA DISPENSO	FIRMA REVISO	FIRMA DE SALIDA

Fecha Salida:

T-146



IDCSalud Villaiba S.A.  
IDCSalud Villaiba, S.A.  
CL ZURBARÁN, 28  
MADRID  
28010 MADRID  
C.I.F. A86012424

CL ZURBARAN, 28  
MADRID  
28010 MADRID

**CONSUMO INTERNO DE MATERIAL**

DATOS SOLICITANTE		DATOS SOLICITADO	
Fecha Pedido		Centro Coste	ALMACEN GENERAL
Nº Pedido	P DPRJ / 003064	Almacén	ALMACEN DE TRANSITO
Centro Coste	GABINETES DE ENDOSCOPIAS - GABI1	Fecha Salida	19/01/2017
PEDIDO ALB. 1300106640 Servicios Personas y		Nº Salida	ALCO1 / 038376

DATOS DEL PEDIDO			
CODIGO	DESCRIPCION	UNIDAD MEDIDA	UNIDADES
MS05020143	TIRA, CONTROL, QUIMICO, PROCESADOR, ENDOSCOPIO	UNIDAD	360,00

T-146



IDCSalud Villaiba S.A.  
IDCSalud Villaiba, S.A.  
CL ZURBARÁN, 28  
MADRID  
28010 MADRID  
C.I.F. A86012424

CL ZURBARAN, 28  
MADRID  
28010 MADRID

**CONSUMO INTERNO DE MATERIAL**

DATOS SOLICITANTE		DATOS SOLICITADO	
Fecha Pedido		Centro Coste	ALMACEN GENERAL
Nº Pedido	P DPRJ / 003064	Almacén	ALMACEN DE TRANSITO
Centro Coste	GABINETES DE ENDOSCOPIAS - GABI1	Fecha Salida	19/01/2017
PEDIDO ALB. 1300106640 Servicios Personas y		Nº Salida	ALCO1 / 038376

DATOS DEL PEDIDO			
CODIGO	DESCRIPCION	UNIDAD MEDIDA	UNIDADES
MS05020143	TIRA, CONTROL, QUIMICO, PROCESADOR, ENDOSCOPIO	UNIDAD	360,00

OBSERVACIONES	FIRMA SOLICITANTE	FIRMA INTERNO	FIRMA REVISO	FIRMA DE SALIDA
Fecha Salida:				

El Calendario de Dispensaciones a cada uno de los Servicios del Hospital se adjunta a continuación:

## REPARTO HOSPITAL VILLALBA

<u>LUNES</u>	<u>MARTES</u>	<u>MIÉRCOLES</u>	<u>JUEVES</u>	<u>VIERNES</u>
QUIROFANO	QUIROFANO	QUIROFANO	QUIROFANO	QUIROFANO
URGENCIAS		URGENCIAS		URGENCIAS
	UCI		CONSULTA CURAS-HERIDAS	UCI
PARITORIOS			NEFROLOGIA-C	PARITORIOS
EXTRACCIONES	URGENCIAS PEDIATRICAS		EXTRACCIONES	URGENCIAS PEDIATRICAS
CONSULTAS-EXT 1-A	CONSULTAS-EXT 1-B	CONSULTAS-EXT 2-A	CONSULTAS-EXT 2-B	ANATOMIA
MAXILOFACIAL-C 1-A	CARDIO-C 1-B	OFTALMOLOGIA-C 2-A	ALERGOLOGIA-C 2-B	BANCO DE SANGRE
DERMATOLOGIA-C 1-A	NEUROLOGIA-C 1-B	OTORRINO-C 2A	UROLOGIA-C 2-B	ESTERILIZACION
GINECOLOGIA-C 1-A	TRAUMATOLOGIA-C 1-B	GABINETES ENDOSCOPIA	PSIQUIATRIA-C 2-C	LABORATORIO
PEDIATRIA-C 1 A	RAYOS - A	HOSPITAL DE DIA	RAYOS - B	FARMACIA
	MEDICINA NUCLEAR	REHABILITACION		DIALISIS
HOSPT - 4-A	HOSPT - 3-A	HOSPT - 3-B	HOSPT - 3-C	
HOSPT - 3EXTERIOR	NEONATOS	HOSPT - 4 EXTERIOR	HOSPT - 3EXTERIOR	HOSPT - 4-B

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.

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.



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 de Villalba** realizada en enero de 2017, 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:**

Indicador	Se evidencia el correcto desarrollo del servicio.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Registro fotográfico

➤ **CUMPLIMIENTOS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS. ÁREA MÉDICA :**

Indicador	Se evidencia el correcto desarrollo del servicio
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Registro fotográfico

➤ **CUMPLIMIENTOS QUE PODRÍAN HABER AFECTADO A LA OPERATIVIDAD Y/O USO DE ÁREAS FUNCIONALES DEL HOSPITAL O PARTE DE LAS MISMAS:**

Indicador	Se evidencian pedidos quedando productos por agota en el doble cajón
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	0% (No se cumple)
Evidencias	Incidencia detallada

➤ **GARANTÍA DE LA TRAZABILIDAD DE LOS PRODUCTOS QUE LO REQUIERAN :**

Indicador	Se evidencia registro de los pedidos puntuales realizados.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Solicitud de pedidos puntuales.

➤ **CUMPLIMIENTO DE CUALESQUIERA OTRAS OBLIGACIONES QUE PUEDA REPERCUTIR EN EL PACIENTE / USUARIO :**

Indicador	Producto en el suelo
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	0% (No se cumple)
Evidencias	Incidencia detallada

#### 4.6.3. PUNTOS FUERTES

No procede.

#### 4.6.4. ÁREAS DE MEJORA

No procede.

#### 4.6.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR

No procede.

#### 4.6.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN

##### INCIDENCIAS LEVES

- Se ha podido evidenciar la petición de kit desinfectante en el sistema de doble cajón cuando todavía queda en el almacén, lo que puede descuadrar el stock real de producto. No obstante, se están realizando auditorías internas para controlar y ajustar los stocks de los almacenillos.



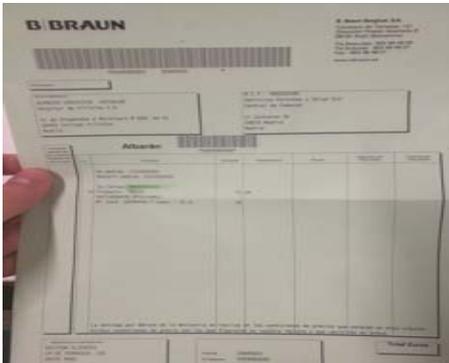
Artículo	Descripcion Artículo	Cantidad	Cantidad Maxima	U.Medida
IN01011040	CONTENEDOR, POLIPROPILENO, ORTOD	10		20 UNIDAD
IN01020010	BISTURI MANGO DESECHABLE N.11 -842	10		20 UNIDAD
IN01020012	BISTURI MANGO DESECHABLE N.21 -842	10		20 UNIDAD
IN01020124	HOJA DE BISTURI N.11	100		300 UNIDAD
IN01990012	BATEA F/RINON UN SOLO USO REF. CUG	250		500 UNIDAD
MS01010096	CANULA TRAQUEOTOMIA S/BALON N.16	1		2 UNIDAD
MS01010098	CANULA TRAQUEOTOMIA S/BALON N.6	1		2 UNIDAD
MS01010099	CANULA TRAQUEOTOMIA S/BALON N.8	1		2 UNIDAD
MS01010129	REGULADOR DE FLUIDO	50		100 UNIDAD
MS01010136	CANULA TRAQUEOTOMIA S/BALON FEN	1		2 UNIDAD
MS01010137	CANULA TRAQUEOTOMIA S/BALON FEN	1		2 UNIDAD
MS01010148	CANULA PARA PREPARACION MEDICACH	1000		2000 UNIDAD
MS01020466	CAT. INTRAVENOSO RADIOPACO 14GXS	5		10 UNIDAD
MS01020467	CAT. INTRAVENOSO RADIOPACO 16GXS	5		10 UNIDAD
MS01020908	CATETER PERIFERICO CORTO CON ALETA	50		100 UNIDAD
MS01020910	CATETER PERIFERICO CORTO CON ALETA	50		100 UNIDAD
MS01020911	CATETER PERIFERICO CORTO CON ALETA	50		100 UNIDAD
MS01040007	SONDA SILK SIN LASTRE 12 F REF. 474-61	3		6 UNIDAD
MS01040047	SONDA GASTRICA CH-12	5		10 UNIDAD
MS01040048	SONDA GASTRICA T/LEVIN CH-18	5		10 UNIDAD
MS01040068	SONDA NUTRICION CH6-50CM REF.3165	3		6 UNIDAD
MS01040080	SONDA RECTAL N.28	2		4 UNIDAD
MS01040081	SONDA RECTAL N.30 768300430-CH30/2	2		4 UNIDAD
MS01040096	SONDA NELATON N.14	5		10 UNIDAD
MS01040097	SONDA NELATON N.16	5		10 UNIDAD
MS01040099	SONDA NELATON N.12	5		10 UNIDAD
MS01040101	SONDA URETRAL FOLEY N.12	5		10 UNIDAD
MS01040102	SONDA URETRAL FOLEY N.14	10		20 UNIDAD
MS01040103	SONDA URETRAL FOLEY N.16	10		20 UNIDAD
MS01040104	SONDA URETRAL FOLEY N.18	5		10 UNIDAD
MS01040106	SONDA URETRAL FOLEY N.22	5		10 UNIDAD
MS01040107	SONDA URETRAL FOLEY N.24	5		10 UNIDAD
MS01040122	SONDA URETRAL SIL.ZV. P/CILIND.CH.12	5		10 UNIDAD
MS01040124	SONDA URETRAL FOLEY SILICONA B/S-	10		20 UNIDAD
MS01040125	SONDA URETRAL FOLEY SILICONA B/S-	10		20 UNIDAD
MS01040152	SONDA URETRAL SILICONA ESTRIADA 3V	5		10 UNIDAD
MS01040153	SONDA VESICAL FOLEY SILICONA 3 VIAS	5		10 UNIDAD
MS01040154	SONDA URETRAL FOLEY SILICONA ESTRIADA 3 V	5		10 UNIDAD
MS01040264	SONDA URETRAL FOLEY SILICONA B/S-	10		20 UNIDAD
MS01040269	SONDA FEMENINA CH.14	3		6 UNIDAD
MS01040277	SONDA VESICAL 3V CON BALON GRAND	5		10 UNIDAD
MS01040300	SONDA VESICAL, FOLEY, 2 VIAS, SILICON	5		10 UNIDAD
MS01040484	SONDA NASOGASTRICA 'NE' PUR. C/FIA	3		6 UNIDAD
MS01040485	SONDA NASOGASTRICA 'NE' PUR. C/FIA	3		6 UNIDAD
MS01050001	RESERVOIRIO P/DRENAJE ACTIVO 100CC	2	9	4 UNIDAD
MS01050002	RESERVOIRIO P/DRENAJE ACTIVO 400/45	2	6	4 UNIDAD
MS01050018	SIST.DE DRENAJE CON ASPIRACION	3		6 UNIDAD
MS01050056	TUBO DRENAJE CAPILAR PENROSE DE 12	1		2 UNIDAD
MS01050160	TUBO DE GOMA VIRGEN 6X12	10		20 METROS

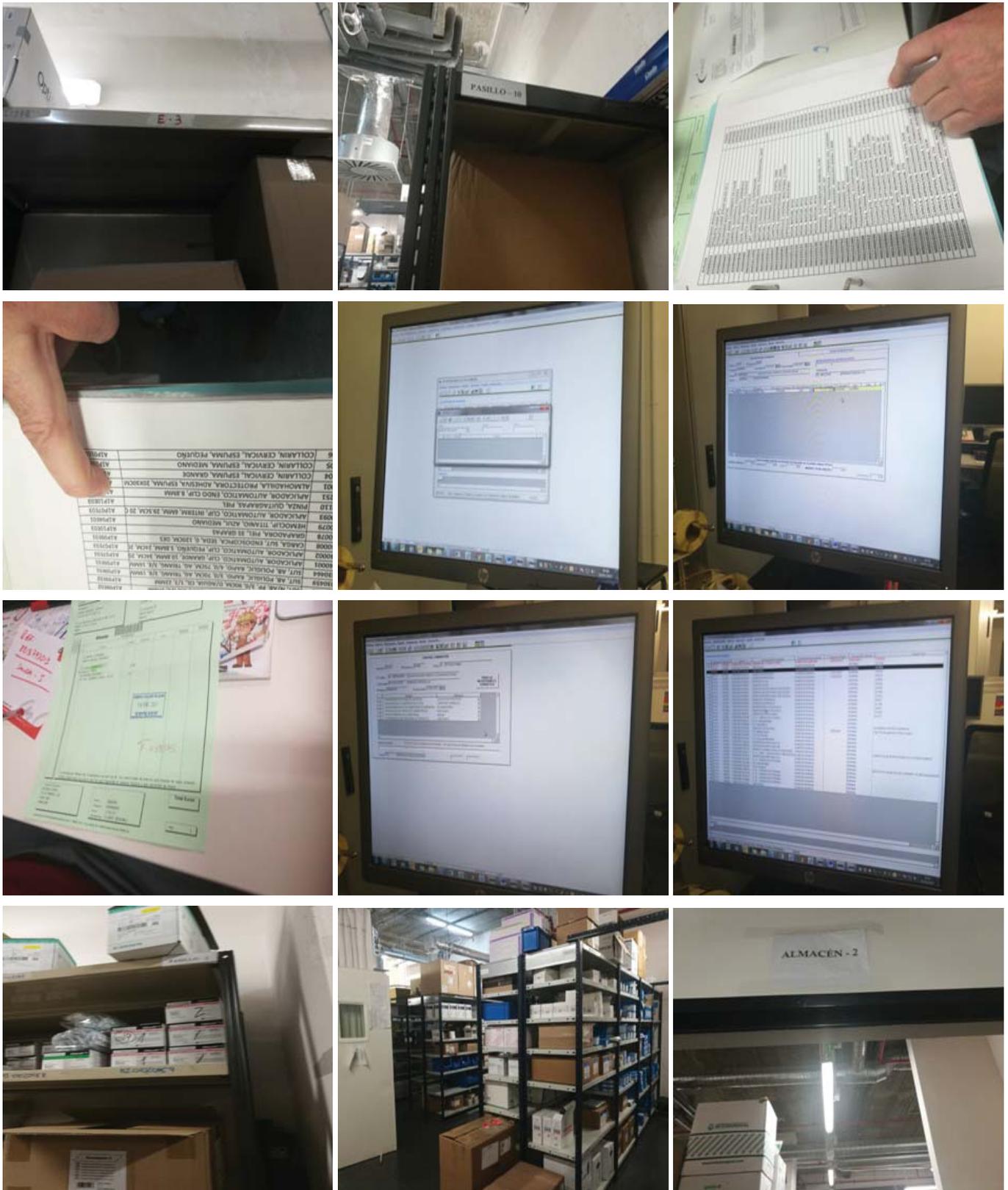
INCIDENCIAS LEVES

- Se han podido evidenciar cajas con productos fungibles en el suelo del almacén de paritorio.



**4.6.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO**





## 4.7. SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO Y TRASLADO DE PACIENTES Y MATERIALES

### 4.7.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Apoyo Administrativo Y Traslado de Pacientes y Materiales, en el Hospital de Villalba, 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. 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, es deseable que el personal de recepción tenga 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 utilicen en 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.

## 4.7.2. DIAGNÓSTICO

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

### **11.- APOYO ADMINISTRATIVO: SERVICIO ATENCIÓN AL PACIENTE, RECEPCIÓN Y CENTRALITA TELEFÓNICA.**

Este Servicio proveerá al sostenimiento de las necesidades de apoyo que sean demandadas por el conjunto de la organización del Hospital para su correcto funcionamiento y que sin carácter limitativo, se enuncian a modo de ejemplo a continuación:

- Tareas de información, acogimiento, acompañamiento o recepción a las personas usuarias de los servicios asistenciales a cuyo efecto se deberá contar

con profesionales con unos conocimientos extensos en habilidades de comunicación.

Se dispondrá de puntos de información dedicados a la atención a pacientes y usuarios así como servicios de información al paciente en Urgencias 24 horas. Deberán 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 deberá 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 pudiera utilizar 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.

En el Servicio de Admisión y Atención al Paciente (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 de Villalba y de los Centros de Especialidades, relacionadas con este servicio:

- Admisión
- Agendas – Gestión de Citas (mostrador o diferidas)
- Lista de Espera Quirúrgica
- Derivaciones
- Atención al Paciente → gestión de las Quejas, Reclamaciones, Sugerencias y Agradecimientos
- Urgencias
- Traslados
- Call Center → 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 de Villalba.

- 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 controla la evolución en tiempo real del servicio prestado en el Call Center.



- Se ha evidenciado que se analiza el porcentaje de llamadas perdidas en el Call Center, llevándose a cabo Informes en los que se detallan los motivos de las llamadas perdidas y se establecen Acciones Correctoras en su caso. Se adjunta muestra de los mismos como **ANEXO III**.
- 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.
- 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.
- 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 de Villalba a cuyo efecto, se ha evidenciado que se dispone de profesionales con unos conocimientos extensos en habilidades de comunicación.
- 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 de Villalba conocimiento exhaustivo de la ubicación de todas las dependencias del Centro Sanitario.
- Se realizan Proyectos relacionados con ofrecer una mejor Atención de los Pacientes del Centro.

**Portal del PACIENTE**

Tu salud on-line



Carretera de Alpedrete a Moralarzal M-608, km. 41  
28400 Collado Villalba (Madrid)  
Tel. 91 090 81 02 - Fax. 91 090 81 22  
Email: [informacion@hgvillalba.es](mailto:informacion@hgvillalba.es)  
[www.madrid.org](http://www.madrid.org)  
[www.hgvillalba.es](http://www.hgvillalba.es)

**Portal del PACIENTE**

Tu salud on-line

*"Me comunico con mi médico de una manera ágil y segura, consulto mi historia clínica y gestiono mis citas, sin necesidad de desplazarme al hospital"*



**Portal del PACIENTE** Tu salud on-line



**Portal del paciente**

Para acceder al Portal del Paciente es preciso registrarse.

Entre en nuestra página web

<http://www.hgvillalba.es/es/portal-paciente>

Cumplimente el formulario y recibirá mediante sms su clave de acceso.

**¿Qué me aporta como paciente?**



Acceso rápido, confidencial y seguro



Consulta de informes clínicos, pruebas diagnósticas e informes de resultados

Mi información clínica



Seguimiento de los principales indicadores y datos de salud

Mis indicadores de salud



Consulta y gestión de citas desde casa, mi móvil o mi tablet

Mi calendario de citas



Una nueva manera de comunicarme con mi médico y mi enfermera

Consulta On-line

Se ha evidenciado la prestación del servicio de traslado de pacientes y materiales comprendiendo las siguientes funciones o tareas:

## 12.- TRASLADO DE PACIENTES Y MATERIALES. OTROS.

La prestación de este Servicio comprenderá 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.

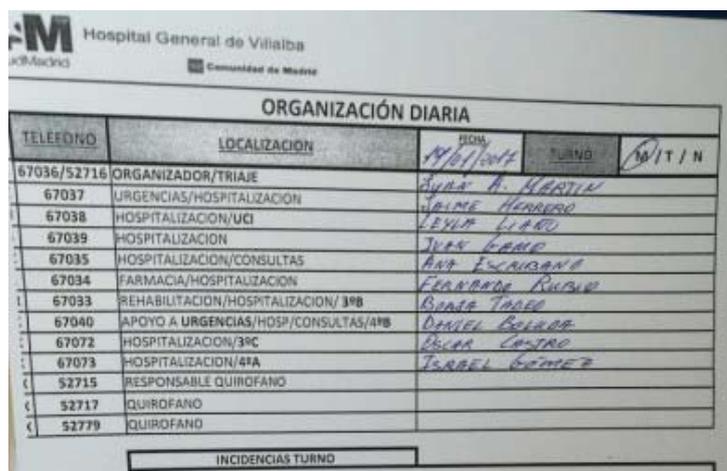
La Sociedad concesionaria dispondrá de todos los materiales, uniformes, artículos de consumo y equipamiento requerido para prestar el Servicio y cumplir con los requisitos fijados en este apartado. Esto incluirá, pero no se limitará a las sillas de ruedas, camillas, remolcadores, equipo de movilización y de carga, material y equipos de reprografía, máquinas de franqueo, equipos de comunicaciones etc.

Se valora positivamente el empleo de un código de colores para gestionar la relevancia de las actividades:



Lista	NHC	Paciente/Descrip.	Ubicación	Fecha	Inf Adicional	Observaciones	Tarea Actual	Estado
RAYOS ECO/TAC/RM/TELEMANIO	138817	PELLEO PEREZ, MARIA CAMERON	05017	19/01/2017 12:14:42	Tras a eco		TRASLADAR AL PACIENTE A ECO	EN PROGRESO (ivan.gomez)
RAYOS VASCULAR	20085	LIBRERA ALONSO, PABLO	06398	18/01/2017 12:02:48	Señalar al paciente de urgencia y trasladar a la sala de eco. (ivan.gomez)		TRASLADAR AL PACIENTE A UCI	EN PROGRESO (ivan.gomez)
RAYOS ECO/TAC/RM/TELEMANIO	26668	POVEDANO SAN NICOLAS, ISABEL MARIA		19/01/2017 12:22:46	recoger de eco y trasladar a BIA. traer silla de ruedas. Anular en PIA.		RECIBIR AL PACIENTE DE ECO	EN PROGRESO (ivan.gomez)
RAYOS ECO/TAC/RM/TELEMANIO	19083	AL VAREZ ANGULO, JOSE MARCELO	05018	19/01/2017 12:22:52	Tras a las urgencias		TRASLADAR PACIENTE	EN PROGRESO (ivan.gomez)
RAYOS ECO/TAC/RM/TELEMANIO	19103	AL VAREZ ANGULO, MARIA ISABEL		19/01/2017 12:22:51	El paciente a trasladar en cama 4	1111	TRASLADAR PACIENTE	EN PROGRESO (ivan.gomez)
RADIOLOGIA DIAGNOSTICADA	68802	AL VAREZ ANGULO, JOSE CARLOS		19/01/2017 12:22:53	Tras a las urgencias		DE VALORAR PACIENTE A SU UBICACION	EN PROGRESO (ivan.gomez)
RADIOLOGIA DIAGNOSTICADA	20086	LIBRERA ALONSO, PABLO		19/01/2017 12:02:48	Tras a las urgencias		DE VALORAR PACIENTE A SU UBICACION	PENDIENTE

Se ha podido evidenciar la organización diaria de los celadores así como la hoja de control de dispositivos.



TELEFONO	LOCALIZACION	SEMA	TURNO	MITIN
67036/52716	ORGANIZADOR/TRIAJE	MAYORCA		
67037	URGENCIAS/HOSPITALIZACION	IVAN MARTIN		
67038	HOSPITALIZACION/UCI	IVAN MARTIN		
67039	HOSPITALIZACION	IVAN MARTIN		
67035	HOSPITALIZACION/CONSULTAS	IVAN MARTIN		
67034	FARMACIA/HOSPITALIZACION	IVAN MARTIN		
67033	REHABILITACION/HOSPITALIZACION/ 3ºB	IVAN MARTIN		
67040	APOYO A URGENCIAS/HOSP/CONSULTAS/4ºB	IVAN MARTIN		
67072	HOSPITALIZACION/3ºC	IVAN MARTIN		
67073	HOSPITALIZACION/4ºA	IVAN MARTIN		
52715	RESPONSABLE QUIROFANO	IVAN MARTIN		
52717	QUIROFANO	IVAN MARTIN		
52779	QUIROFANO	IVAN MARTIN		



Por otro lado, se lleva a cabo un control diario tanto de las sillas de ruedas como de las balas de gases en stock:

HOJA REVISIÓN CELADOR NOCHE			
UBICACION	BALAS O2	SILLAS	
CUARTO CELADORES	8	CONTROL CELADORES	8
BOX VITAL ADULTOS	2	CUARTO CELADORES	8+2
BOX VITAL PEDIATRIA	1	URG PEDIATRIA	2
BOX URG PEDIATRIA	3	TRIAJE	4
TRIAJES 1,2	1+1	DIALISIS	3
SALA PROCEDIMIENTOS 1	2	REHABILITACION	2+2
SALA PROCEDIMIENTOS 2	3	ATENCION AL PACIENTE	9+3
SALA DE YESOS	1	CMA/REA	2
SALA DE CURAS	1	3FA	3
BOXES URG ADULTO	4	3FB	4+1
RX	1	3FC	7+3
TAC	1	4FA	5+1
RESONANCIA	1	4FB	4+2
DIALISIS	1	H. DE DIA	1
PASILLO QUIROFANO	5	PARITORIO	1
QUIROFANOS	8	UCI	1
CMA/REA	3	<b>PSIQUI</b>	1
UCI	4	CAMILLA NEGRA REHAB	1
3FA	3	CAMILLA NEGRA CELADORES	1
3FB	3		
3FC	3		
4FA	3		
4FB	3		
REHABILITACION	2		
HEMODINAMICA	1		
GABINETES	3		
ATENCION AL PACIENTE	3		
H. DE DIA	2		

INCIDENCIAS:

El traslado de pacientes se controla a través de los dispositivos móviles. En el acompañamiento de pacientes de la UCI a rayos se observa también un control de los pacientes adicional:

The image shows a handwritten control sheet on lined paper. It contains a list of patient information organized in columns. The first column lists patient IDs (e.g., 31004, 31007, 31009). The second column lists room numbers (e.g., URE, URG, UCI). The third column lists dates (e.g., 19/01/2017, 19/01/2017). The fourth column lists additional notes or patient names (e.g., 31005, 31006, 31007). The handwriting is in black ink on a white background. At the bottom of the page, the date '19/01/2017' is written twice.

Todas las tareas realizadas diariamente, así como los tiempos de demora de cada una, se recogen en el cuaderno de mando:

Por tipo de Lista	Demora Media Minutos	Cantidad Tareas Realizadas
UCI	40	8.654
DIALISIS	620	483
RAYOS VASCULAR	16	921
URGENCIAS GENERALES	9	52.929
RADIOLOGIA CONVENCIONAL	6	53.513
RAYOS ECO/TAC/RM/TELEMANDO	11	16.463
URGENCIAS PEDIATRICAS	8	5.841
CONSULTAS EXTERNAS	16	4.864
FARMACIA	29	87
UCI NEONATOS	13	207
QUIROFANO	11	2.471
REHABILITACION	16	97
GABINETES	15	1.329
PARITORIO	14	2.119
HOSPITALIZACION	34	19.288
MEDICINA NUCLEAR PET-SPECT	15	314
REANIMACION	17	4.050
Total	15	173.630

Por Empleado y tipo de lista				
Ver/Ocultar Listas de Trabajo	CONSULTAS EXTERNAS		DIALISIS	
	Demora Media Minutos	Cantidad Tareas Realizadas	Demora Media Minutos	Cantidad Tareas Realizadas
	5	6		
	6	5	7	1
adriana.lobato	12	188	9	19
alberto.rico	17	180	17	12
alejandra.leo	14	15		
alexandra.torresh	18	19	16	2
ana.escribano	19	133	10	5
angel.ochoa	20	79	18	14
angel.ochoa				
antonio.colaco	12	126	9	12
antonio.lobato			14	1
ara.najares	16	183	16	19
borja.tadeo	18	141	19	26
carlos.gmoraes	14	89	11	14
Celestino.casas	17	264	16.264	18
daniel.boluda	17	205	15	18
daniel.gil	13	206	10	25
david.ipatino	13	83	11	9
fernando.rubio	13	213	16	22
francisco.diazp	16	116	13	5
francisco.torres	17	63	18	11
israel.gomezr	17	137	9	10
ivan.gamo	20	294	15	28
jaime.herrero	15	384	23	24
jmaria.moral				
jonathan.cortez	21	31		
josebravo	21	63	27	11
jose.cruzr	13	159	17	9
jose.rubio	17	204	13	21
juan.amarilla	7	114	6	33
juan.rojas	19	23	1	1
julian.enghel	15	312	13	25
leyla.liano	16	162	17	19
leyla.liano			18	1
Lolita.enghel				
lurdes.pimpao	19	80		
miguel.lopez	9	17		
monica.torresh	13	2		
oscar.alvarez	28	137	9	12

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa de calidad del Servicio de Apoyo Administrativo y Traslado de Pacientes y Materiales en el Hospital General de Villalba realizada en enero de 2017, 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 :**

Indicador	Se evidencia el correcto desarrollo del servicio.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Registro fotográfico

➤ **CUMPLIMIENTO DE CUALESQUIERA OTRAS OBLIGACIONES QUE PODRÍA REPERCUTIR EN EL PACIENTE/USUARIO :**

Indicador	Se evidencia un correcto tratamiento de la información de los servicios
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Registro fotográfico

#### 4.7.3. PUNTOS FUERTES

No procede.

#### 4.7.4. ÁREAS DE MEJORA

No procede.

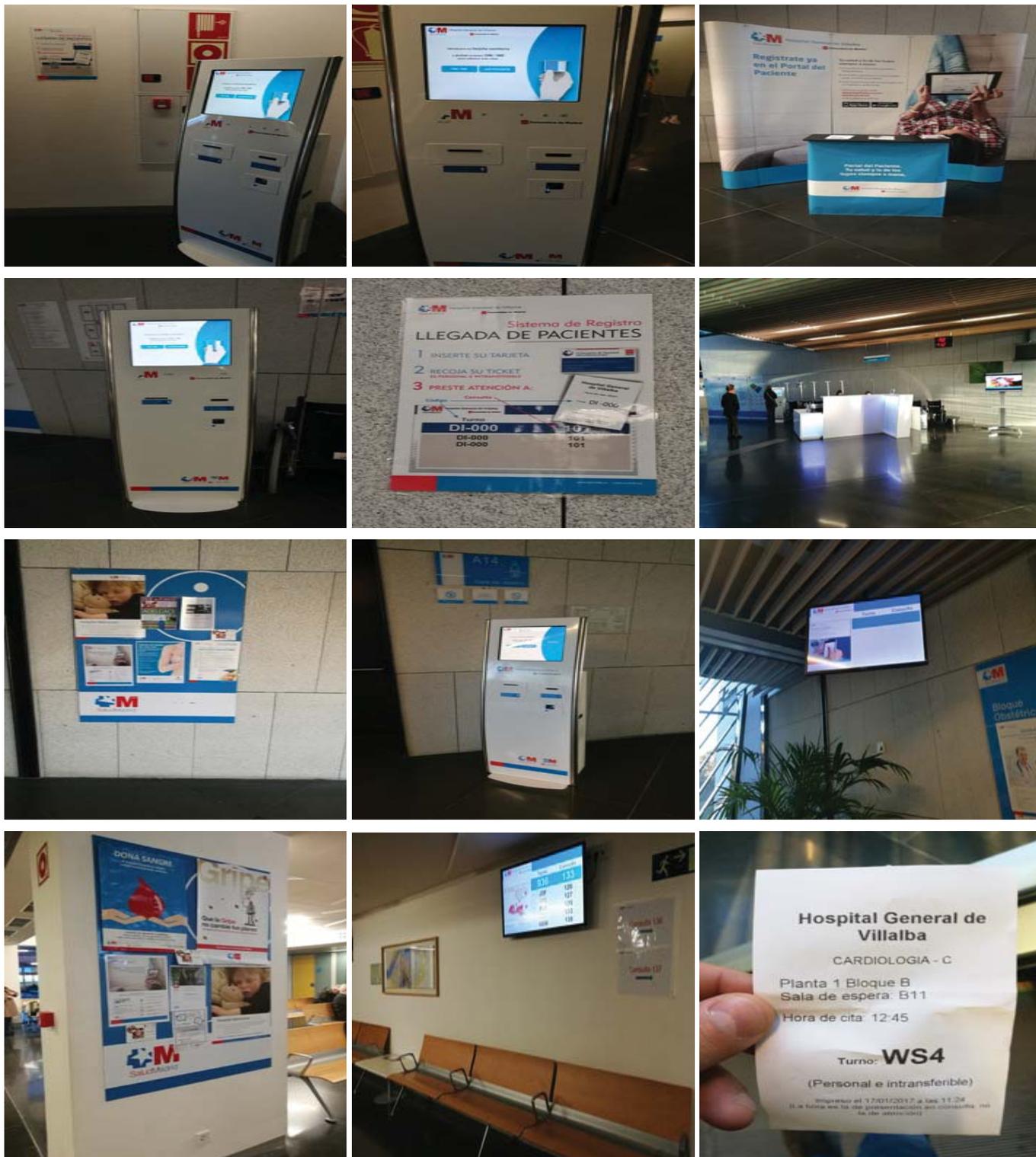
#### 4.7.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR

No procede.

#### 4.7.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN

No procede.

**4.7.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO**







## 4.8. SERVICIO DE EXPLOTACIONES COMERCIALES

### 4.8.1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los procesos del Servicio de Explotaciones Comerciales, en el Hospital General de Villalba, consisten en lo siguiente:

- CAFETERÍA – BAR Y COMEDOR.
- SERVICIO DE APARCAMIENTO.
- SERVICIO DE TELÉFONO Y TELEVISIONES EN HABITACIONES Y ZONAS COMUNES.

### 4.8.2. DIAGNÓSTICO

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

#### 1. CAFETERÍA – BAR Y COMEDOR:

##### 1.- CAFETERIA – BAR Y COMEDOR

###### OBJETO

La gestión integral de la actividad de Cafetería-bar, comedor público y de personal.

###### ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LA ACTIVIDAD

###### - Generales

- Deberá figurar publicada en lugar visible la lista de precios con IVA incluido de todos los productos.
- Existirán impresos de sugerencias y quejas a disposición de los usuarios, así como hojas oficiales de reclamaciones.

###### - De calidad

- Se debe establecer un compromiso de certificación en la norma ISO-9000, o equivalente, al finalizar el primer año de funcionamiento del servicio, debiendo mantenerla a lo largo de la duración del contrato.
- Se realizarán encuestas de satisfacción a los usuarios.
- Todo el personal estará en posesión del correspondiente carnet de manipulador de los alimentos.
- Desarrollo en un plazo máximo de 6 meses, a partir del inicio de actividad de un proyecto sobre seguridad e higiene o la justificación de haberlo contratado con una empresa especialista externa.
- Mantenimiento de uniformidad adecuada del personal y su aseo personal.

2. SERVICIO DE APARCAMIENTO:

No procede ya que es un servicio gratuito.

3. SERVICIO DE TELÉFONO Y TELEVISIONES EN HABITACIONES Y ZONAS COMUNES:

No procede ya que es un servicio gratuito.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en los indicadores de la Auditoría operativa de calidad del Servicio de Explotaciones Comerciales en el Hospital de Villalba realizada en enero de 2017, 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 :**

Indicador	Se evidencian cuadros de precios y certificados.
Definición de los términos	No procede.
Grado de cumplimiento	100% (Se cumple)
Evidencias	Reportaje fotográfico

➤ **SERVICIO DE APARCAMIENTO :**

Indicador	No procede
Definición de los términos	Servicio gratuito
Grado de cumplimiento	N/A (No Aplica)
Evidencias	No procede

➤ **SERVICIO DE TELÉFONO Y TELEVISORES EN HABITACIONES Y ZONAS COMUNES :**

Indicador	No procede
Definición de los términos	Servicio gratuito
Grado de cumplimiento	N/A (No Aplica)
Evidencias	No procede

#### 4.8.3. PUNTOS FUERTES

No procede.

#### 4.8.4. ÁREAS DE MEJORA

No procede.

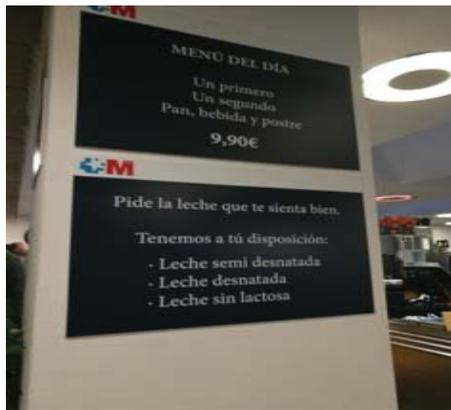
#### 4.8.5. INCIDENCIAS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR

No procede.

#### 4.8.6. INCIDENCIAS. CLASIFICACIÓN

No procede.

**4.8.7. REPORTAJE FOTOGRÁFICO**







SRCL Consenur  
CEE  
Calle RIO EBRO S/N Poligono FINANZAUTO  
28500-Arganda del rey  
28-Madrid  
A81098642  
**CONDUCTOR: FRANCISCO JOSÉ SÁNCHEZ SÁNCHEZ**

ALBARÁN Nº: MDFS0006AN  
EXPEDIDOR: 293 SRCL Consenur CEE-Fuenlab  
FECHA: 30/12/2016  
MATRÍCULA: 2993FFB

COD. CLIENTE: 0078421-001  
CLIENTE: IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA  
DIRECCIÓN: CTRA M-608 KM 41  
28400-COLLADO VILLALBA  
TELEFONO

DESTINO: SRCL Consenur CEE-Fuenlabrada  
DIRECCIÓN: Calle Batalla de Brunete, 30 Poligono II  
28946-Fuenlabrada  
TELÉFONO: 914889215  
Nº PEDIDO SVC:  
Nº PEDIDO SUM:

RESIDUO/PRODUCTO	UDS	KG BRUTO	KG NETO	Nº DOC. TRASLADO						
Restos anatómicos en formal				DCS30280002100120160937605						
SUMINISTRO				RECOGIDA						
Envase y Color	UDS	P/ud	Total	IVA	Envase y Color	UDS	Peso	P/ud	Total	IVA
					360L	1	20	10		
SUBTOTAL:					SUBTOTAL: 33 345					

RESIDUO/PRODUCTO	UDS	KG BRUTO	KG NETO	Nº DOC. TRASLADO						
Residuos citotóxicos y citostáticos				DCS30280002100120160937606						
SUMINISTRO				RECOGIDA						
Envase y Color	UDS	P/ud	Total	IVA	Envase y Color	UDS	Peso	P/ud	Total	IVA
					360L	4	40	10		
SUBTOTAL:					SUBTOTAL: 33 345					

RECIBIDO:	BASE IMPONIBLE:	IVA:	TOTAL:
D.N.I.:  Carolina J-V	Firma y sello		
OBSERVACIONES:			

*Auditoría J.V.*

**DOCUMENTO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS**

(Art.36 - R.D.833/88 - "B.O.E." del 30/7/88, modificado por el RD.952/97 - "B.O.E." de 5/7/97 y Orden MAM/304/2002, B.O.E. nº43 de 19/2/02)

**DOCUMENTO B DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACEITES USADOS (RD 678/06 B.O.E de 20/06)**

Firma del responsable del envío: \_\_\_\_\_ Documento n.º DCS30280002100120160937605

**A. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL REMITENTE**

0078421

A.1. DATOS DEL CENTRO PRODUCTOR		Tipo de Productor: Pequeño productor RP	
Razón Social: SERVICIOS PERSONAS Y SALUD SLU		N.I.F.: B85562080	
Centro: 2800086093 - IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA			
Dirección: CTRA M-608 KM 41		Provincia: 28 - Madrid	
Municipio: 280474 - COLLADO VILLALBA		Nº Tel.: _____	
Nº de Autorización: _____		Nº Fax: _____	
Persona Responsable: _____			
A.2. DATOS DEL RESIDUO QUE SE TRANSFIERE			
Nº de aceptación: DA3028000210012015740624		Nº de orden de envío: _____	
Código NT: NT3028000210012016093930			
Características remarcables para su transporte y manejo			
Código según Lista Europea de Residuos (L.E.R.) Anexo 2 Orden MAM/304/2002		18 01 06 (seis dígitos)	
Codificación del proceso - Residuo en el Productor: 99 - 999 Restos anatómicos en formal			
Cantidad Kgs. Netos: _____		Kgs. Brutos, incluso recipientes: /	
Código según tablas del Anexo 1 del R.D. 952/97:			
Tabla 1 Q7	Tabla 2 D15	Tabla 3 S01	Tabla 4 C35 C41
			Tabla 5 HP5 HP9
			Tabla 6 A881
			Tabla 7 B00019
Estado de aceite usado: <input type="checkbox"/> Pastoso <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Emulsión Instalación aceite usado: <input type="checkbox"/> Incineración <input type="checkbox"/> Recuperación <input type="checkbox"/> Almacenamiento			

**A.3. DATOS DEL GESTOR AL QUE SE ENVÍAN**

Razón social/Nombre: SRCL Consenur CEE		N.I.F.: A81098942	
Centro: 2800021001 - SRCL Consenur CEE-Fuenlabrada		Provincia: 28 - Madrid	
Dirección: Calle Batalla de Brunete, 30 Polígono Industrial Codain		Nº Tel.: 914889215	
Localidad: 280587 - Fuenlabrada		Nº Fax: 914889216	
Nº de Autorización: 13G01A1300015939A			

**A.4. DATOS DEL TRANSPORTE COMPLETO PREVISTO**

Primer Traslado:	Fecha de inicio: 30/12/2016	Fecha de entrega: 30/12/2016	Matrícula del vehículo: 2883FFB
Razón social/Nombre:	SRCL Consenur CEE	N.I.F.: A81098942	Nº Tel.: 914889215
Centro:	2800084156 - SRCL CONSENSUR CEE, S.A.		Nº Fax: 914889216
Tipo de envase:	Tipo de transporte: Por terrestre	Nº de Autorización: 13T01A1900004693Q	
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"/>
Fecha: 30/12/16	Firma del responsable: _____
	Firmado (Nombre y apellidos): D _____

Codificación de Steriworks

Cliente: 0078421 Sitio: 001 Albarán: MDFS0005AN  
Facilidad: 283 Ruta: 700



*Carolina J. y*

**DOCUMENTO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS**

(Art.36 - R.D.833/88 - "B.O.E." del 30/7/88, modificado por el R.D.952/97 - "B.O.E." de 5/7/97 y Orden MAM/304/2002, B.O.E. nº43 de 19/2/02)

**DOCUMENTO B DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACEITES USADOS (RD 678/06 B.O.E de 3/8/06)**

Firma del responsable del envío:

Documento n.º DCS30280002100120160937803

**A. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL REMITENTE**

0078421

A.1. DATOS DEL CENTRO PRODUCTOR		Tipo de Productor: Pequeño productor RP	
Razón Social: SERVICIOS PERSONAS Y SALUD SLU		N.I.F.: B85562080	
Centro: 2800086099 - IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA			
Dirección: CTRA M-508 KM 41		Provincia: 28 - Madrid	
Municipio: 280474 - COLLADO VILLALBA		Nº Tel.: _____	
Nº de Autorización: _____		Nº Fax: _____	
Persona Responsable: _____			
A.2. DATOS DEL RESIDUO QUE SE TRANSFIERE			
Nº de aceptación: DA30280002100120143447462		Nº de orden de envío: _____	
Código NT: NT30280002100120160883928			
Características remarcables para su transporte y manejo			
Código según Lista Europea de Residuos (L.E.R.) Anexo 2 Orden MAM/304/2002		18 01 05 (seis dígitos)	
Codificación del proceso - Residuo en el Productor: 99 - 999 Disolvente no halogenado			
Cantidad Kgs. Netos: _____		Kgs. Brutos, incluso recipientes: 1	
Código según tablas del Anexo 1 del R.D. 952/97:			
Tabla 1 Q7	Tabla 2 D15	Tabla 3 L20	Tabla 4 C41
Tabla 5 HP3	Tabla 6 A051	Tabla 7 B00019	
Estado de aceite usado: <input type="checkbox"/> Pastoso <input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Emulsión Instalación aceite usado: <input type="checkbox"/> Incineración <input type="checkbox"/> Recuperación <input type="checkbox"/> Almacenamiento			
A.3. DATOS DEL GESTOR AL QUE SE ENVÍAN			
Razón social/Nombre: SRCL Consenur CEE		N.I.F.: A81088542	
Centro: 2800021001 - SRCL Consenur CEE-Fuenlabrada		Provincia: 28 - Madrid	
Dirección: Calle Batalla de Brunete, 30 Polígono Industrial Codain		Nº Tel.: 914989216	
Localidad: 280587 - Fuenlabrada		Nº Fax: 914989216	
Nº de Autorización: 13G01A1900015938A			
A.4. DATOS DEL TRANSPORTE COMPLETO PREVISTO			
Primer traslado:	Fecha de inicio: 30/12/2016	Fecha de entrega: 30/12/2016	Matrícula del vehículo: 2993FFB
Razón social/Nombre: SRCL Consenur CEE	N.I.F.: A81088542	Nº Tel.: 914989216	
Centro: 2800081169 - SRCL CONSENSUR CEE, S.A.	Nº Fax: 914989216		
Tipo de envase: _____	Tipo de transporte: Por terrestre	Nº de Autorización: 13T01A1900004693Q	
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"/>
Fecha: 30/12/16	Firma del responsable: 
	Firmado (Nombre y apellidos): D _____

Codificación de Sterisworks

Cliente: 0078421 Sitio: 001 Albarán: MDFS0006AN  
Facilidad: 283 Ruta: 700



*Normal*

**DOCUMENTO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS**  
(Art.36 - R.D.833/88 - "B.O.E." del 30/7/88, modificado por el RD.952/97 - "B.O.E." de 5/7/97 y Orden MAM/304/2002, B.O.E. nº43 de 19/2/02)  
**DOCUMENTO B DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACEITES USADOS (RD 679/06 B.O.E de 3/6/06)**

Firma del responsable del envío: \_\_\_\_\_ Documento n.º DCS30280002100120160937606

**A. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL REMITENTE**

0078421

<b>A.1. DATOS DEL CENTRO PRODUCTOR</b>		Tipo de Productor: <u>Pequeño productor RP</u>
Razón Social: <u>SERVICIOS PERSONAS Y SALUD SLU</u>	N.I.F.: <u>B8562080</u>	
Centro: <u>2800086093 - IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA</u>		
Dirección: <u>CTRA M-608 KM 41</u>	Provincia: <u>28 - Madrid</u>	
Municipio: <u>280474 - COLLADO VILLALBA</u>	Nº Tel.: _____	
Nº de Autorización: _____	Persona Responsable: _____	Nº Fax: _____
<b>A.2. DATOS DEL RESIDUO QUE SE TRANSFIERE</b>		
Nº de aceptación: <u>DA30280002100120143447480</u>	Nº de orden de envío: _____	
Código NT: <u>NT3028000210012016093931</u>	_____	
Características remarcables para su transporte y manejo: _____		
Código según Lista Europea de Residuos (L.E.R.) Anexo 2 Orden MAM/304/2002	<u>18 01 08</u>	(seis dígitos)
Codificación del proceso - Residuo en el Productor: <u>99 - 999 Residuos químicos y citostáticos</u>	_____	
Cantidad Kgs. Netos: _____	Kgs. Brutos, incluso recipientes: <u>4</u>	
Código según tablas del Anexo 1 del R.D. 952/97:		
<b>Tabla 1</b> Q16	<b>Tabla 2</b> D15	<b>Tabla 3</b> S01
<b>Tabla 4</b> C33	<b>Tabla 5</b> HP6 HP7	<b>Tabla 6</b> A861
<b>Tabla 7</b> B00019	_____	
Estado de aceite usado: <input type="checkbox"/> Pastoso <input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Emulsión Instalación aceite usado: <input type="checkbox"/> Incineración <input type="checkbox"/> Recuperación <input type="checkbox"/> Almacenamiento		
<b>A.3. DATOS DEL GESTOR AL QUE SE ENVIAN</b>		
Razón social/Nombre: <u>SRCL Consenur CEE</u>	N.I.F.: <u>A81098542</u>	
Centro: <u>2800021001 - SRCL Consenur CEE-Fuenlabrada</u>	Provincia: <u>28 - Madrid</u>	
Dirección: <u>Calle Batalla de Brunete, 30 Polígono Industrial Codéin</u>	Nº Tel.: <u>914989215</u>	
Localidad: <u>280587 - Fuenlabrada</u>	Nº Fax: <u>914989216</u>	
Nº de Autorización: <u>13G01A1300015939A</u>	_____	
<b>A.4. DATOS DEL TRANSPORTE COMPLETO PREVISTO</b>		
Primer Traslado: Fecha de inicio <u>30/12/2016</u>	Fecha de entrega <u>30/12/2016</u>	Matrícula del vehículo: <u>2993FFB</u>
Razón social/Nombre: <u>SRCL Consenur CEE</u>	N.I.F.: <u>A81098542</u>	Nº Tel.: <u>914989215</u>
Centro: <u>2800086196 - SRCL CONSENUR CEE, S.A.</u>	Nº Fax: <u>914989216</u>	
Tipo de envase: _____	Tipo de transporte: <u>Por terrestre</u>	Nº de Autorización: <u>13T01A1800004693Q</u>
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 <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ Firma del responsable: _____
Fecha <u>30/12/16</u>
Firmado (Nombre y apellidos): D _____

Codificación de Steriworks

Cliente: <u>0078421</u>	Silo: <u>001</u>	Albarán: <u>MDFS0006AN</u>
Facilidad: <u>283</u>	Ruta: <u>700</u>	



*007/16/1-0*

**DOCUMENTO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS**  
(Art.36 - R.D.833/88 - "B.O.E." del 30/7/88, modificado por el RD.952/97 - "B.O.E." de 5/7/97 y Orden MAM/304/2002, B.O.E. nº43 de 19/2/02)  
**DOCUMENTO B DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACEITES USADOS (RD 679/06 B.O.E de 3/6/06)**  
Firma del responsable del envío: \_\_\_\_\_ Documento n.º DCS30280002100120160937801

**A. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL REMITENTE**

0078421

A.1. DATOS DEL CENTRO PRODUCTOR		Tipo de Productor:	Pequeño productor RP
Razón Social: SERVICIOS PERSONAS Y SALUD SLU		N.I.F.: B85562080	
Centro: 2800086093 - IDC HOSPITAL COLLADO-VILLALBA			
Dirección: CTRA M-608 KM 41		Provincia: 28 - Madrid	
Municipio: 280474 - COLLADO VILLALBA		Nº Tel.: _____	
Nº de Autorización: _____		Persona Responsable: _____	
Nº de Autorización: _____		Nº Fax: _____	
A.2. DATOS DEL RESIDUO QUE SE TRANSFIERE			
Nº de aceptación: DA30280002100120143447458		Nº de orden de envío: _____	
Código NT: NT30280002100120160883928		_____	
Características remarcables para su transporte y manejo			
Código según Lista Europea de Residuos (L.E.R.), Anexo 2 Orden MAM/204/2002		18 01 03 (seis dígitos)	
Codificación del proceso - Residuo en el Productor: 99 - 999 Residuos (usados) de aceites			
Cantidad Kgs. Netos: _____		Kgs. Brutos, incluso recipientes: <i>254258</i>	
Código según tablas del Anexo 1 del R.D. 952/97:			
Tabla 1 Q16	Tabla 2 D15	Tabla 3 S01	Tabla 4 C35
			Tabla 5 HP9 HP5
			Tabla 6 A861
			Tabla 7 B00019
Estado de aceite usado: <input type="checkbox"/> Pastoso <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Emulsión Instalación aceite usado: <input type="checkbox"/> Incineración <input type="checkbox"/> Recuperación <input type="checkbox"/> Almacenamiento			
A.3. DATOS DEL GESTOR AL QUE SE ENVÍAN			
Razón social/Nombre: SRCL Consenur CEE		N.I.F.: A81098842	
Centro: 2800021001 - SRCL Consenur CEE-Fuenlabrada			
Dirección: Calle Batalla de Bruneta, 30 Polígono Industrial Codein		Provincia: 28 - Madrid	
Localidad: 280587 - Fuenlabrada		Nº Tel.: 914989215	
Nº de Autorización: 13G01A1300015939A		Nº Fax: 914989216	
A.4. DATOS DEL TRANSPORTE COMPLETO PREVISTO			
Primer Traslado:	Fecha de inicio: 30/12/2016	Fecha de entrega: 30/12/2016	Matrícula del vehículo: 29R3FFB
Razón social/Nombre:	SRCL Consenur CEE	N.I.F.: A81098842	Nº Tel.: 914989215
Centro:	2800084156 - SRCL CONSENSUR CEE, S.A.		Nº Fax: 914989216
Tipo de envase:		Tipo de transporte: Por trimestre	Nº de Autorización: 13T01A1900004693Q
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"/>
Fecha: <i>30/12/16</i>	Firma del responsable: _____
Firmado (Nombre y apellidos): D _____	

Codificación de Starworks

Cliente: 0078421	Sitio: 001	Albaran: MDFS0006AN
Facilidad: 283	Ruta: 700	



**MATRÍCULA: 2993-FFB**

FECHA DE EXPEDICIÓN

14/11/2014

RAZÓN SOCIAL :

SRCL CONSENUR CEE, S.A.

NIF :

A81098642

MUNICIPIO :

ARGANDA DEL REY

DIRECCIÓN :

CALLE RIO EBRO, S/N POLIGONO FINANZAUTO

C.P. :

28500

PROVINCIA :

MADRID

Nº DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE TRANSPORTISTAS DE RESIDUOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

13T01A1900004693Q

**RELACIÓN DE RESIDUOS A TRANSPORTAR**

CODIGO	DESCRIPCIÓN DEL RESIDUO
020108	Residuos agroquímicos que contienen sustancias peligrosas.
030104	Serrín, virutas, recortes, maderas, tableros de partículas y chapas que contienen sustancias peligrosas.
030200	Residuos de los tratamientos de conservación de la madera.
060100	Residuos de la fabricación, formulación, distribución y utilización (ffdu) de ácidos.
060200	Residuos de la ffdu de bases.
060300	Residuos de la ffdu de sales y sus soluciones y de óxidos metálicos.
060400	Residuos que contienen metales distintos de los mencionados en el subcapítulo 06 03.
060502	Lodos del tratamiento in situ de efluentes que contienen sustancias peligrosas.
060602	Residuos que contienen sulfuros peligrosos.
060700	Residuos de la ffdu de halógenos y de procesos químicos de los halógenos.
060802	Residuos que contienen clorosilanos peligrosos.
060903	Residuos cálcicos de reacción que contienen o están contaminados con sustancias peligrosas.
061002	Residuos que contienen sustancias peligrosas.
061300	Residuos de procesos químicos inorgánicos no especificados en otra categoría.
070100	Residuos de la fabricación, formulación, distribución y utilización (ffdu) de productos químicos orgánicos de base.
070200	Residuos de la ffdu de plásticos, caucho sintético y fibras artificiales.
070300	Residuos de la ffdu de tintes y pigmentos orgánicos (excepto la categoría 061100).
070400	Residuos de la ffdu de productos fitosanitarios orgánicos (excepto los de los códigos 02 01 08 y 02 01 09), de conservantes de la madera (excepto los del subcapítulo 03 02) y de otros biocidas.
070500	Residuos de la ffdu de productos farmacéuticos.
070600	Residuos del ffdu de grasas, jabones, detergentes, desinfectantes y cosméticos.
070700	Residuos de la ffdu de productos químicos resultantes de la química fina y productos químicos no especificados en otra categoría.
080111	Residuos de pintura y barniz que contienen disolventes orgánicos u otras sustancias peligrosas.
080113	Lodos de pintura y barniz que contienen disolventes orgánicos u otras sustancias peligrosas.
080312	Residuos de tintas que contienen sustancias peligrosas.
080317	Residuos de tóner de impresión que contienen sustancias peligrosas.
080409	Residuos de adhesivos y sellantes que contienen disolventes orgánicos u otras sustancias peligrosas.
090100	Residuos de la industria fotográfica.
110107	Bases de decapado.
110108	Lodos de fosfatación.
110302	Otros residuos.
120107	Aceites minerales de mecanizado sin halógenos (excepto las no emulsiones o disoluciones).
120109	Emulsiones y disoluciones de mecanizado sin halógenos.
120112	Ceras y grasas usadas.
120301	Líquidos acuosos de limpieza.
130100	Residuos de aceites hidráulicos.
130200	Residuos de aceites de motor, transmisión mecánica y lubricantes.
130300	Aceites y otros líquidos de aislamiento y transmisión de calor usados.
130400	Aceites de sentinas.
130500	Restos de separadores agua/sustancias aceitosas.
130700	Residuos de combustibles líquidos.
130800	Residuos de aceites no especificados en otra categoría.

**Comunidad de Madrid**

CÓDIGO LER	DESCRIPCIÓN DEL RESIDUO
140600	Residuos de disolventes, refrigerantes y propelentes de espuma y aerosoles orgánicos.
150100	Envases (incluidos los residuos de envases de la recogida selectiva municipal).
150202	Absorbentes, materiales de filtración (incluidos los filtros de aceite no especificados en otra categoría), trapos de limpieza y ropas protectoras contaminados por sustancias peligrosas.
160100	Vehículos de diferentes medio de transporte (incluidas las máquinas no de carretera) al final de su vida útil y residuos de desguace de vehículos al final de su vida útil y del mantenimiento de vehículos (excepto los de los capítulos 13 y 14 y los subcap.
160200	Residuos de equipos eléctricos y electrónicos.
160300	Lotas de productos fuera de especificación y productos no utilizados.
160400	Residuos de explosivos.
160500	Gases en recipientes a presión y productos químicos desechados.
160600	Pilas y acumuladores.
160700	Residuos de la limpieza de cisternas de transporte y almacenamiento y de la limpieza de cubas (excepto los de los capítulos 02 y 13).
160800	Catalizadores usados.
160900	Sustancias oxidantes.
161000	Residuos líquidos acuosos destinados a plantas de tratamiento externas.
161100	Residuos de revestimientos de hornos y de refracterios.
190100	Residuos de maternidades, del diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades humanas.
190200	Residuos de la investigación, diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades de animales.
190100	Residuos de la incineración o pirólisis de residuos.
190200	Residuos de tratamientos físico-químicos de residuos (incluidas la escormentación, desclorurización y neutralización).
190300	Residuos estabilizados/solidificados.
190400	Residuos vitrificados y residuos de la vitrificación.
190702	Lixiviados de vertedero que contienen sustancias peligrosas.
190800	Residuos de plantas de tratamiento de aguas residuales no especificados en otra categoría.
191000	Residuos procedentes del fragmentado de residuos que contienen metales.
191100	Residuos de la regeneración de aceites.
191200	Residuos del tratamiento mecánico de residuos (por ejemplo, clasificación, trituración, compactación, peletización) no especificados en otra categoría.
191300	Residuos de la recuperación de suelos y de aguas subterráneas.
200100	Fraciones recogidas selectivamente (excepto las especificadas en el subcapítulo 15 01)

**CONDICIONES**

Esta tarjeta ampara, única y exclusivamente, el transporte de los residuos peligrosos enumerados en la misma.

Las operaciones de transporte de residuos se llevarán a cabo de conformidad con lo establecido en la normativa vigente sobre ordenación de los transportes terrestres, así como la normativa reguladora de la gestión de residuos.

Esta tarjeta deberá permanecer en todo momento a disposición de la Administración en el vehículo de referencia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 43.2 de la Ley 5/2003, de 20 de marzo, de Residuos de la Comunidad de

Madrid, acompañada de los documentos que se especifican a continuación:

La Tarjeta de Transporte del vehículo vigente, expedida en favor del mismo titular, cuando la misma sea preceptiva, en virtud de la normativa sobre Ordenación de los Transportes Terrestres.

Cuando la citada Tarjeta de Transporte no sea preceptiva, el permiso de circulación, el nombre del mismo titular o, en el caso de arrendamientos financieros, el permiso de circulación del vehículo y copia del correspondiente contrato de arrendamiento, cuya vigencia determinará la de la presente tarjeta.



**ANEXO II**

 Hospital General de Villalba <small>SaludMadrid Comunidad de Madrid</small>	
<b>LISTADO DIARIO DE ASISTENCIAS FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES</b>	<b>Código:</b> SC/PES03B/FPOC01/03.1  <b>Edición:</b> 2.3

<b>NOMBRE DEL CURSO:</b>	Residuos	<b>CENTRO</b>	HGV
<b>GRUPO:</b>	VARIAS CATEGORIAS	<b>FECHA:</b>	01/12/2016
<b>HORARIO</b>	<b>DE:</b> 14:00	<b>A:</b>	16:00
<b>NOMBRE DEL DOCENTE:</b>	LAURA RUBIO MARINA SALAZAR	<b>FIRMA DEL DOCENTE:</b>	

ASISTENTE Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	PUESTO DE TRABAJO	FIRMA
1	Estefanía Vizoso Ruiz	41203496V	DUE	
2	Lara Navarro Laita	30989748F	AUX	
3	Antonio Rizo Escibedo	71229374F	Auxiliar	
4	Maria Teresa Benítez Pardo	76439520-D	DUE	
5	YOLANDA RIEPA HERANDEZ	77389853-C	TCAE	
6	Sandra Peregudin Infante	455061211	DUE	
7	NIÉVES SINCÓN DEZ	975937-A	TCAE	
8	ALEJANDRO DAVID PEDRAZA CANTERO	50614799-X	D.U.E	
9	Carla Vidal Bolufer	53627151-Y	DUE	
10	TingTing Yang	X2208771-N	TEL	

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



Hospital General de Villalba

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	NIF	PUESTO DE TRABAJO	FIRMA
11	CARMEN FOLIES BARBERA	50618226-X	TEL	
12	ROSA MARTINEZ PARRAGA	70570456Q	TCAE	
13	JENNIFER OBRESON MUÑOZ	X9990543X	DUE	
14	Nestor Federico	05441743N	Tcae	
15	MARTA TRIGUEROS JIMENEZ	53622104-L	DUE	
16	Natalia Martin Mata	05303600F	DUE	
17	ANA SANCHEZ GRAN	70055852-Z	TCAE	
18	ROCIO CABALLA MARILLO	9204497N	TCAE	
19	GENNA ROSARIO MARTIN	53367859D	DUE	
20	Mª JOSE SANCHEZ COSTOYA	09455784R	TCAE	
21	Margarita Pardo Gomez	07229010H	TCAE	
22	Marta Castro Valzquez	34281877D	DUE	
23	Begoña de Futos de Aulo	53385500-Q	natona	
24	MARTA PASEDO	91456301-B	DUE	
25	Lara Rodriguez	05701921	DUE	

ATENCIÓN: Todo documento del sistema de Gestión de la Calidad y Medioambiente obtenido de la Intranet tiene consideración de copia no controlada. Únicamente se considera documentación controlada la residente en la Intranet del Portal de Calidad y Medioambiente de ic3salud



 Hospital General de Villalba <small>SaludMadrid Comunidad de Madrid</small>	
<b>LISTADO DIARIO DE ASISTENCIAS FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES</b>	<b>Código:</b> SC/PES03B/FPOC01/03.1  <b>Edición:</b> 2.3

ASISTENTE Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	PUESTO DE TRABAJO	FIRMA
26	Albe Ruiz Ortega	00011761E	TCAE	<i>Albe</i>
27	Irene Diamores	47283622S	DUE	<i>Irene</i>
28	ALBERTO CIAUGA	05713126A	TCAE	<i>Albe</i>
29	ESTHER PERIANEZ GRADES	14303642-B	T.C.A.E.	<i>Esther</i>
30	PIJAR LAQUERO	9316828B	TCAE	<i>Pijar</i>
31	MONTALE Echeverri	72404472	DUE	<i>Montale</i>
32	EMMA RODRIGUEZ ABAD	50957671K	TCAE	<i>Emma</i>
33	RODRICA PABO	5279374E	TDCAE	<i>Rodrica</i>
34	LARA HERNANDEZ	02537467S	DUE	<i>Lara</i>
35	RAYO FERNANDEZ	50893013	DUE	<i>Rayo</i>
36	Cristina Bardise	537642857	DUE 3B	<i>Cristina</i>
37	Diana Macias	76265502-N	DUE	<i>Diana</i>
38	ARACELIO RUIZ	0887838A	TCAE	<i>Aracelio</i>
39	Rocio Aranda Lopez	50734023A	TCAE	<i>Rocio</i>
40	MARTA ALONSO ALBA	02277408V	DUE	<i>Marta</i>

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



01/12/2016				
NIF	Apellidos y nombre	Puesto	Servicio	Impartido por
	VIZOSO RUIZ, ESTEFANIA	DUE	4A HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	NAVARRO CANTOS, SARA	TCAE	4A HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	POZO ESCRIBANO, ANTONIO	TCAE	4A HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	BENITEZ PAREJO, MARIA TERESA	DUE	MEDICINA NUCLEAR	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	RUEDA HERMOSO, YOLANDA	TCAE	3B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	REGUILON IGLESIAS, SANDRA	DUE	3C HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	SIMON FERNANDEZ, MARIA DE LAS NIEVES	TCAE	4B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	PEDRAZA CANTERO, ALEJANDRO DAVID	DUE	3C HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	VIDAL BOLUFER, CARLA	DUE	4B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	YANG, TING TING	TEL	LAB. ANALISIS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	FRIES BARRERA, CARMEN	TEL	LAB. ANALISIS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	MARTINEZ PARRAGA, ROSA	TCAE	4B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	OBREGON MINAYA, JENNIFER	DUE	4B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	FERNANDEZ VAL, NESTOR	TCAE	4B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	TRIGUEROS JIMENEZ, MARTA	DUE	4B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	MARTIN MATA, NATALIA	DUE	3C HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	SAEZ GALAN, ANA	TCAE	4A HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	CARVAJAL MORCILLO, ROCIO	TCAE	4B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	DORADO MARTIN, GEMMA	DUE	UCI	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	SANCHEZ COSTOYA, MARIA DE LA LUZ	TCAE	URGENCIAS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	PAINO GOMEZ, MARGARITA	TCAE	3A HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	CASTRO VAZQUEZ, MARIA	DUE	CONSULTAS EXTERNAS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	DE FRUTOS DE ANDAS , BEGOÑA	MATRONA	PARITORIOS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	MASEDO ESCRIBANO, MARTA	DUE	4B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	SANCHEZ RODRIGUEZ , LARA	DUE	3A HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	BAJO BARREIRO, PATRICIA	TCAE	3B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	RUIZ ORTIGOSO, ALBA	TCAE	4A HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	RIOMOROS BALDOMERO, IRENE	DUE	UCI	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	CALVERO GARRIDO, ALBERTO	TCAE	3B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	PERIANEZ GRADOS, ESTHER	TCAE	3C HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	VAQUERO POZO, PILAR	TCAE	3C HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	ECHAVARRIA CARRERA, MAITANE	DUE	3C HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	RODRIGUEZ ABAD, EVA MARIA	TCAE	4B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	HERNANDEZ MARTINEZ, LAURA	DUE	3C HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR

01/12/2016				
NIF	Apellidos y nombre	Puesto	Servicio	Impartido por
	FERNANDEZ DE LA PEÑA GARCIA, PELAYO	DUE	3B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	BARDISA MARTINEZ, CRISTINA	DUE	3B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	MACIAS SANCHEZ, DIANA	DUE	3B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	DIAZ MORA, ARTURO ENRIQUE	TCAE	URGENCIAS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	ARANDA GAMO, ROCIO	TCAE	URGENCIAS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	ALONSO ALBA, MARTA	DUE	URGENCIAS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	REPISO VELEZ, SION	TCAE	3B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	MURILLO CAMARASA, CATERINA	DUE	URGENCIAS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	PEREZ GARCIA, SILVIA	DUE	URGENCIAS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	CID IPIÑA, CRISTINA	DUE	URGENCIAS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	GONZALEZ IBARGUREN, MARIA DEL MAR	DUE	URGENCIAS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	GARCIA PEREZ, MONICA	DUE	3C HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	DE LUCAS LOPEZ, MARIA	DUE	4B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	LLORENTE BLAZQUEZ, CECILIA	TCAE	3C HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	FERNANDEZ GUI SANTES, LAURA	DUE	4A HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	LOPEZ FERNANDEZ, OSCAR	TCAE	4B HOSPITALIZACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	GARCIA BETANCOR, LUIS ALBERTO	TCAE	REHABILITACION	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	GIL MUÑOZ, TAMARA	TEL	LAB. ANALISIS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	MANCERA CARRASCOSA, PILAR	TEL	LAB. ANALISIS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	PAHISA GARCIA, IRENE	TEL	LAB. ANALISIS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	MONTES LANCHEROS, YULIANA	TEL	LAB. ANALISIS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	ESCORIAL DE PEDRO, MANUELA	TEL	LAB. ANALISIS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR
	PULIDO PASCUAL, GEMA	MATRONA	PARITORIOS	LAURA RUBIO Y MARINA SALAZAR

**ANEXO III**



Informe mensual-Administrativos  
Informe mensual Hospital General de Villalba  
Fecha: Octubre 2016

**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 (contestadas)	14.320
Número de llamadas entrantes	15.398
*Número de llamadas perdidas	889 (total abandonadas) – 564(abandonadas – 60s) = 325 (abandonadas + 60s )
**Porcentaje de llamadas perdidas (número de llamadas perdidas sobre el total de llamadas entrantes)	$(325 / 15.398) * 100\% = 2,11 \%$

\*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**

Se informará de cualquier modificación/cambio que afecte a la prestación del servicio

PERSONAL ADMINISTRATIVO	
Áreas Evaluadas:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrador de Citaciones</li> <li>• Atención Telefónica</li> </ul>

Inspección del Mostrador de Citaciones
<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p>Para realizar la inspección se ha escogido el mostrador situado en el Hall principal, bajo la premisa de ser aquel que tuviera mayor actividad. Todas las mediciones se han realizado siempre sobre este mismo mostrador.</p> <p>Durante el periodo evaluado se han realizado 2 inspecciones <b>independientes y puntuales</b>, en las que se valoran los siguientes parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de personas en la fila del mostrador esperando a ser atendidas por el personal administrativo</li> <li>• Tiempo en ser atendido por el personal administrativo el último usuario que llega a la fila del mostrador</li> <li>• Disponibilidad de asientos libres</li> </ul> <p><b>1. NÚMERO DE PERSONAS EN LA FILA DEL MOSTRADOR</b></p> <p>Se realizan 2 mediciones en el mostrador seleccionado.</p> <p>Se ha registrado el número de personas que se encontraban a la espera para ser atendidas en la fila del mostrador. En este Hospital hay disponibilidad de obtención de número mediante los tótems instalados, tal variable se considera a priori un elemento positivo dentro del servicio. Para obtener el número de personas que se encuentran en espera, se procede a restar los números existentes previo al obtenido del dispensador en el momento de la inspección.</p> <p><b>2. TIEMPO EN SER ATENDIDO EL ÚLTIMO USUARIO</b></p> <p>Se registra en <b>tiempo en minutos</b> de espera realizada desde que se recoge el turno hasta que es atendida. Este es el parámetro clave de la inspección que se realiza.</p> <p>El tiempo considerado como <b>"óptimo"</b> en atención en mostradores es de 10 minutos, y se considera <b>"admisible"</b> en la franja de 10 a 15 minutos de espera. Más de 15 minutos de espera, se considera por debajo de los estándares de calidad recomendados.</p>

#### INSPECCIÓN Y RESULTADOS

El Mostrador de Citación Principal se encuentra situado en el Hall principal.

Los puestos son de atención integral, teniendo acceso desde cada área a todo el espacio de citaciones, aunque por lo general se dedican a la gestión específica de sus citas.

Se han configurado 6 puestos de atención en el mostrador principal. La gestión de atención se realiza mediante un tótem con diferentes opciones:

- Incidencias ticket
- Radiología Urgente
- Información
- Citas

Los números obtenidos a través de éstos derivan a cada usuario al primer puesto de atención que queda libre.

Se realiza la inspección en el mostrador de citaciones del hall principal. Se realizan mediciones en dos momentos diferentes del día 14 de Octubre de 2016. Las inspecciones se realizan en momentos de máxima afluencia del mostrador.

Los resultados son los siguientes:

- En la primera inspección seleccionamos la opción citas a primera hora, habiendo 10 personas por delante para ser atendidas, y el tiempo de espera fue de **10 minutos**. En este momento 5 administrativos atienden el mostrador.
- En la segunda inspección seleccionamos la opción información, había 11 personas esperando a ser atendidas, y el tiempo de espera fue de **11 minutos**. Atendían el mostrador 5 administrativos.

#### CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos indican que **en ambas ocasiones se ha conseguido un tiempo admisible con respecto a los estándares de calidad recomendados.**

Atención Telefónica
<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p>Se realizan <b>4 inspecciones puntuales</b> mediante la realización de llamadas a la Centralita, siendo el objetivo la posibilidad de la obtención de cita telefónica en una de las agendas.</p> <p>En cada una de las 4 inspecciones se puede conseguir el objetivo (la posibilidad de obtención de cita) con una sola llamada o mediante la realización de llamadas consecutivas. El resultado óptimo es la consecución del objetivo con la primera llamada, en el supuesto de que fuera necesario repetir llamadas consecutivas, se registran los datos obtenidos en lo denominado "llamada fallida". (Ver Anexo).</p> <p>Los parámetros evaluados con la primera llamada son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación con el hospital en el primer intento</li> <li>• Nº de derivaciones realizadas</li> <li>• Cumplimiento del objetivo inicial de la llamada telefónica (posibilidad de obtener la cita)</li> <li>• Duración en minutos de la llamada hasta la consecución del objetivo (tiempo invertido hasta la obtención de la cita en la primera llamada)</li> </ul> <p>Solo en el supuesto de no lograr el objetivo con la primera llamada telefónica, se realizan nuevas llamadas de forma consecutiva y se registran dentro del parámetro "atención telefónica fallida" (Ver Anexo), las siguientes variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de llamadas realizadas (la suma de todas las llamadas)</li> <li>• Tiempo en minutos invertido en el total de llamadas</li> <li>• Obtención de la cita (consecución del objetivo después de todas las llamadas realizadas)</li> </ul> <p><b>INSPECCIÓN DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y RESULTADOS</b></p> <p>Los resultados obtenidos indican que en las 4 inspecciones se ha contactado con el operador en la primera llamada para solicitar una modificación de citas. La espera para ser atendidos ha sido de entre 1 y 2 minutos.</p> <p><b>CONCLUSIONES</b></p> <p>Los resultados indican que en todas las llamadas realizadas se ha conseguido el objetivo inicial (contactar con citaciones) en la primera llamada, tras una espera menor de 1 minuto.</p>

INDICADORES ASOCIADOS CON FALLO	DESCRIPCIÓN
No se detectan	

Madrid, 23 de Enero de 2.017



Fdo. Camilo Blasco Perales  
Ingeniero Industrial  
GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.



Fdo. Mariluz Narváez López  
Ingeniero Industrial  
GESMAN, INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.



Fdo. Ainhoa Lloria Palmer  
Directora de Proyecto  
Ingeniero Industrial  
GESMAN INGENIERÍA DE GESTIÓN, S.L.