

- b.2 Dirección:** Coincidente con el dato registrado.
- b.3 Teléfono:** Coincidente con el dato registrado.
- b.4 Correo electrónico:** Coincidente con el dato registrado.
- b.5 Titular:** Coincidente con el dato registrado.
- b.6 Teléfono titular:** Coincidente con el dato registrado.
- b.7 Entidad Gestora:** No hay entidad gestora. N.I.F.:
- c) Inmueble compartido con otros centros/servicios:** Sí: Con ORPEA SAN FERNANDO, CENTRO DE DÍA C3332. Los usuarios del centro de día disponen de dos salas específicas de Centro de día y aseos propios en planta baja, compartiendo con residencia la sala de podología, fisioterapia, terapia ocupacional, y una zona de comedor de planta 0.
- d) Otros datos de interés:** Sí:
- De acuerdo a la Orden SND/726/2023, de 4 de julio, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 4 de julio de 2023, por el que se declara la finalización de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19:
 - o Se toman precauciones adicionales en caso de aparición de síntomas en trabajadores, residentes o visitantes, para evitar brotes, cuidando en todo caso el bienestar de los mayores tanto a nivel físico como emocional. No procede.
- Informa la directora que no hay residentes ni trabajadores del centro con COVID19 ni gripe en el momento de la actuación inspectora. Asimismo, informa que tienen 5 residentes ingresados en hospital a fecha de la inspección.
- La entidad titular presentó Comunicación previa con fecha de 25/05/2023 de modificación superficies por la que se reducía una parte de la residencia que pasa a ser Centro de día (se ampliaron 20 plazas de centro de día) Según Informe de la Arquitecta de esta Dirección General la modificación comunicada es conforme a la normativa de servicios sociales (Expediente autorizaciones nº 08-AS-123.0/2006).
- e) Requerimientos de subsanación:** No.

2º.- PERSONAL DEL CENTRO

- a) Relación de trabajadores/as:** Se hace entrega, junto con el acta, de modelo de relación de trabajadores/as del centro para su cumplimentación y presentación en el plazo de 10 días.
- b) Personal de presencia física en el momento de la inspección:** 1 directora, 1 trabajadora social, 1 coordinadora de enfermería, 2 enfermeras, 1 médico, 1 terapeuta ocupacional, 2 fisioterapeutas, 1 referente de auxiliares, 13 auxiliares de los cuales 2 son auxiliares de refuerzo

que se han ido a las 11:30 horas y otra se va al as 12:45 horas, 3 personas de limpieza, 1 persona en lavandería, 1 cocinero, 1 pinche, 1 persona de mantenimiento, y 1 recepcionista.

c) **Director/a:** Doña [redacted] desde septiembre de 2022 con registro nº 5604 de fecha 16/11/2018.

c.1. **Dispone del reconocimiento de acciones formativas habilitantes:** Sí.

c.2. **Persona responsable en ausencia del/de la director/a:** Sí. La trabajadora social Doña Elena Hontoria Cledera, y en su defecto, la coordinadora de enfermería Doña [redacted].
[redacted] Expuestas en tablón la delegación de funciones, y las guardias de fin de semana de los responsables del centro.

c.3. **Datos inscritos en el Registro de directores de centros de servicios sociales:** El/la director/a está vinculado/a como tal a este centro.

d) **Personal de atención directa de primer nivel:** Se llevó a cabo una inspección asociada al Plan Especial "Cualificación de Personal de Atención Directa de Primer Nivel". La subsanación de los requerimientos correspondientes a dicha inspección se verificará en posteriores actuaciones.

e) **Otros datos de interés:** Sí.

- En anteriores inspecciones se comprobó la cualificación de los siguientes trabajadores que siguen trabajando en el centro:

MÉDICO: Doña [redacted]

FISIOTERAPEUTA: Doña [redacted]

DUE: Doña [redacted] Doña [redacted] Doña [redacted], y Doña [redacted]

TERAPEUTA OCUPACIONAL: Doña [redacted] y Doña [redacted]

TRABAJADORA SOCIAL: Doña [redacted]

TÉCNICO DE FARMACIA: Doña [redacted] Se comprueba título oficial de FP de Técnico de Farmacia y Parafarmacia.

En esta inspección se comprueba la cualificación de los siguientes trabajadores:

FISIOTERAPEUTA: Doña [redacted]. Se comprueba grado en fisioterapia.

DUE: Doña [redacted] (Se comprueba homologación del título de enfermería), y Doña Clara Mateos Nogal (coordinadora de DUE. Se comprueba grado en enfermería).

PSICÓLOGO: Don [redacted] (Se comprueba grado en psicología).

- En posteriores inspecciones se comprobará todo el personal auxiliar/gerocultor de atención directa de primer nivel.

- La entidad titular tiene contratado externamente el servicio de podología con la empresa ABEDUL, y la preparación de la medicación con la Farmacia La Imagen de Madrid.

f) **Requerimientos de subsanación:** No.

3º.- ÁREA RESIDENCIAL

I. **NÚMERO TOTAL DE HABITACIONES Y NÚMERO DE CAMAS EN CADA DORMITORIO:**

El centro dispone de setenta y cuatro dormitorios (treinta y dos dobles y cuarenta y dos individuales).

II. **DORMITORIOS OCUPADOS:** El centro tiene 2 plantas residenciales. Se visitan los siguientes dormitorios: planta 2ª habitaciones nº 202 doble, 210 doble, 228 doble, 232 doble, y 234; y en planta 1ª habitaciones nº 102 doble, 120 doble, y 136 doble en zona de UGA (Unidad de Grandes Asistidos), y habitaciones nº 128 doble, 131 doble, y 134 doble en zona de UPAD (Unidad Protegida de Alzheimer y Demencias).

a) **Limpieza:**

a.1 **Estancia:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

a.2 **Lencería:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) **Equipamiento/dotación:** El mobiliario y equipamiento se ajustan a las necesidades y tipología de las personas usuarias, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

c) **Sistema de llamadas de urgencia:** Disponen de sistema de llamadas de urgencia operativo y atendido o de un sistema alternativo, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales. Cuando se acciona un timbre de llamada se enciende un luminoso en pared a la entrada de la habitación, y queda reflejado el número de la habitación pulsada en un DEC que porta la persona responsable de cada planta. La auxiliar debe acudir a la habitación, y marcar la presencia para poder apagar el timbre. Se accionan los timbres de llamada en las habitaciones visitadas, observando que están operativos, y son atendidos en presencia por la auxiliar.

d) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.

e) **Requerimientos de subsanación:** No.

III. ASEOS / BAÑOS: Se inspeccionan los baños de las habitaciones visitadas y se realiza muestreo de los aseos comunes del centro.

a) Número de baños incorporados a dormitorios y/o de uso individual: 42 habitaciones con baño incorporado y 32 de uso doble en dormitorios dobles.

b) Número de baños comunes: 12 aseos comunes.

c) Limpieza:

a.1. Estancia: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

a.2. Lencería: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

d) Equipamiento/dotación: El mobiliario y equipamiento se ajustan a las necesidades y tipología de las personas usuarias, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa de servicios sociales.

e) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

f) Requerimientos de subsanación: No.

IV. COMEDORES.

a) Limpieza:

a.1. Estancia: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

a.2. Lencería: Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) Menú:

b.1 Supervisado y firmado por personal cualificado Sí.:

b.2 Garantizado el conocimiento público con antelación mínima de 24 horas: Sí.

b.3 Concordancia del menú expuesto y supervisado con el servido: Sí. Se comprueba que las dos opciones de menú basal, y menú túrmix, preparados en cocina coinciden con el menú supervisado para el día de la inspección.

b.4 Reflejan aporte dietético y calórico, y se ajustan a las necesidades específicas de las personas usuarias. Sí.

c) Equipamiento/dotación: El mobiliario y equipamiento se ajustan a las necesidades y tipología de las personas usuarias, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.

d) Otros datos de interés: Sí:

- Disponen de tres comedores en el centro: comedor principal en planta baja y dos en planta 1ª: uno en zona UGA, y otro en UPAD.
- Se comprueba que disponen de Comisión de Menús siendo la siguiente reunión el 24 de abril de 2024, a la que asistirán: presidente del Consejo de usuarios, residentes que quieran asistir (4 o 5), directora, doctora, trabajadora social, y cocinero.

e) Requerimientos de subsanación: No.

V. ESTANCIAS COMUNES.

- a) Limpieza:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales.
- b) Equipamiento/dotación:** Mobiliario y equipamiento conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.
- c) Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.
- d) Requerimientos de subsanación: No.**

4º.- ÁREA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

a) Atención especializada pautada:

- a.1. Conservación de la medicación:** Las condiciones de seguridad y conservación de los medicamentos son conformes a la normativa vigente en materia de servicios sociales.
- La medicación almacenada y en uso de los residentes, los rollos de medicación, y el material de curas, se custodian en botiquín de planta 0 en zona de enfermería. Realizado un muestreo de medicación almacenada y en uso de cada residente, no se observa medicación caducada.
- Se comprueba la medicación ubicada dentro de nevera dentro de botiquín/despacho de enfermería, observando que las plumas almacenadas, en uso y abiertas, están bien conservadas a fecha de la actuación inspectora, no se observa ninguna caducada. Se comprueba que las plumas que están usándose, están fuera de nevera en bandeja habilitada, están identificadas con el nombre y apellidos del residente, y con la fecha de apertura y la fecha de fin según periodo establecido por cada laboratorio.

a.2. Preparación y administración de la medicación:

a.2.1. Personal que prepara la medicación: La medicación crónica se prepara por la farmacia externa La Imagen de Madrid a través del Sistema de rollo por robot externo, y la medicación aguda, no emblistable, y de los nuevos ingresos, es preparada por la Técnico de Farmacia o DUE del turno correspondiente.

Se aportó al acta anterior 089/CZMS/23 de fecha 24/05/23 declaración responsable firmada por la DUE de turno de mañana indicando expresamente que supervisa la medicación aguda que prepara la Técnico de Farmacia.

a.2.2. Comprobación del tratamiento preparado: Sí. Se comprueba la medicación preparada de 15 residentes, (5 residentes de UPAD de planta 1ª, 5 residentes de UGA de planta 1ª, y 5 residentes de planta 2ª), con las bolsitas correspondiente a la comida, merienda, cena, y noche del día de la inspección, y el desayuno del día siguiente, en presencia de la directora, y la Coordinadora de enfermería del centro, estando ajustados a la pauta médica.

a.2.3. Sistema de preparación: Sí. La medicación crónica se prepara para una semana por la farmacia externa La Imagen de Madrid a través del Sistema de rollo por robot externo identificando en cada bolsita el nombre completo del residente, y la prescripción del residente, diferenciados por comedor de cada planta y tomas. y la medicación aguda, no emblistable, y de los nuevos ingresos es preparada por la Técnico de Farmacia o DUE del turno correspondiente en cajetines de medicación individualizados por residente y toma. Al día siguiente la Farmacia envía el rulo del residente actualizado.

a.2.4. Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

a.3. Prestación de la atención asistencial pautada: La medicación es administrada por DUE, y en su defecto por auxiliares. Me informa la Coordinadora de enfermería que tienen los siguientes residentes con cuidados especiales: 1 residente con sonda vesical, 8 residentes con oxígenos pautados, 4 residentes diabéticos insulino-dependientes, y 4 residentes con cura de UPP. Asimismo, me informa que tienen 5 residentes ingresados en hospital en el momento de la inspección.

a.4. Organización higiénico-sanitaria: La organización higiénico-sanitaria de los medicamentos es conforme a la normativa vigente en materia de servicios sociales, garantizando las condiciones de seguridad y control de los mismos.

b) Enfermería: El centro dispone de enfermería conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales. Disponen de unidad de enfermería en planta 0, junto a zona de

enfermería, con una sala diáfana con 7 camas, estando todas las camas libres en el momento de la inspección.

c) Sistema de información y de incidencias:

c.1. **Sistema de información y de incidencias utilizado:** Las anotaciones de incidencias de auxiliares se realizan en RESIPLUS TÁCTIL con tres tablets en cada office de las plantas residenciales 1ª y 2ª, y dos tablets en planta baja, y el seguimiento de médico, DUE, y resto de técnicos también en soporte informático RESIPLUS.

c.2. **Cumplimentación de la información y las incidencias:** El sistema garantiza la ejecución, continuidad, conocimiento, control de las tareas y atención que recibe la persona usuaria por parte del personal y su responsable.

d) Registros: Los registros utilizados están debidamente cumplimentados permitiendo la ejecución de las tareas, su conocimiento y control por parte del personal y su responsable. Se realiza un muestreo de registros de cuidados que rellenan los auxiliares en soporte informático RESIPLUS, estando cumplimentados y rellenos a fecha de la actuación inspectora. Disponen de tablets en cada habitación para que las auxiliares rellenen los cuidados del residente de la habitación, así como tres tablets en cada office de las plantas residenciales 1ª y 2ª, y dos tablets en planta baja.

e) Expediente personal de atención especializada: Sí.

e.1. **Programa de intervención individual actualizado:** Sí. Se realiza muestreo de los PVI (Proyecto de Vida individual) y PAI de 4 residentes.

e.2. **Constancia documental de la participación y conocimiento del usuario o su representante.** Sí. Se comprueba que se les cita a la familia a una reunión para explicarles PVI y PAI, y en caso de no poder asistir, se les entrega por correo electrónico, y se les llama por teléfono para explicarles ambos documentos.

f) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

g) Requerimientos de subsanación: No.

5º.- MEDIDAS DE SUJECIÓN

No se observan sujeciones diurnas colocadas a los residentes. Solo tienen medias barandillas y camas Alzheimer como sujeciones físicas. Se solicita la prescripción de medias barandillas de 4 residentes.

a) Medidas alternativas concretas para cada una de las sujeciones: Sí.

- b) **Motivos del fracaso de las medidas alternativas previas a la prescripción de la sujeción** Sí.
- c) **Cada sujeción está prescrita por profesional médico y aplicada conforme a lo pautado:** Sí.
- d) **La prescripción médica de la sujeción refleja el motivo, el tipo de sujeción, las situaciones en las que debe utilizarse, su duración y la periodicidad de la reevaluación de la medida adoptada, que no podrá ser superior a un mes:** Sí.
- e) **La medida de sujeción dispone del consentimiento informado del usuario/a o su representante** Sí.
- f) **El consentimiento informado refleja adecuadamente los efectos negativos y positivos que ocasiona su aplicación:** Sí.
- g) **Revisión diaria de la medida de sujeción:** Sí.
- h) **Las personas usuarias con sujeciones prescritas, disponen de un Plan de Cuidados Complementarios:** Sí.
- i) **El centro dispone de un protocolo de sujeciones físicas:** Sí.
- j) **Declaración responsable firmada por el Director, donde consta la relación de personas que utilizan sujeciones, el tipo de sujeción, fecha de prescripción, fecha de última reevaluación y fecha del consentimiento informado.** Sí.
- k) **El centro tiene un compromiso formal respecto a la reducción de sujeciones, que se acredita mediante la existencia de un Plan de reducción de sujeciones.** Sí.
- l) **Información complementaria:**
- m) **Requerimientos de subsanación** No.

6º.- CUIDADOS BÁSICOS A LA PERSONA USUARIA

- a) **Aseo personal:** Se observa una correcta higiene personal de las personas usuarias.
Se comprueba durante la visita a comedores, salas de estar, y estancias comunes, que los residentes están en buen estado de aseo en el momento de la actuación inspectora.
- b) **Muda de ropa, complementos, órtesis y otras ayudas técnicas:** Se observa una adecuada limpieza de la ropa, de los complementos, órtesis y otras ayudas técnicas que llevan y/o utilizan las personas usuarias, siendo aquella ajustada a la temperatura y estación del año.
- c) **Supervisión de personas usuarias dependientes:** El centro dispone de medidas específicas de prevención, supervisión e intervención para las personas usuarias dependientes.

- d) **Intimidad personal:** En las atenciones prestadas a las personas usuarias se garantiza su intimidad.
- e) **Horarios y organización del centro:** Los horarios de alimentación, higiene, descanso y aseo personal de las/los usuarias/os son adecuados conforme a los estándares de vida socialmente admitidos. Me informa la directora que se comienza a dar desayuno a los residentes en cama con mesa móvil o sentados en su dormitorio a las 7:30 horas, y después 8:15-8:20 horas se les comienza a duchar, a media mañana se realiza ingesta hídrica, a las 13:00 horas en un único turno se suministran los menús del mediodía, meriendan sobre las 16:30 horas, y cenan a las 19:00 horas. Asimismo, informa la directora que se ofrece recena a las 00:00 horas a las personas que así lo tengan pautado y a aquellos residentes que lo soliciten.
- f) **Relaciones interpersonales:** Se garantiza el derecho a mantener relaciones interpersonales incluido el derecho a recibir visitas
- g) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.
- h) **Requerimientos de subsanación:** No.

7º.- SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES

- a) **Sistema de reclamaciones:**
- a.1. **Las hojas de reclamaciones están a disposición de las personas usuarias y se ajustan en su contenido a la normativa vigente en materia de servicios sociales.:** Sí.
- a.2. **Quejas y/o reclamaciones interpuestas en el centro:** No se ha interpuesto ninguna reclamación desde la última inspección efectuada al centro. Acta 089/CZMS/23 de fecha 24 de mayo de 2023. La siguiente hoja a rellenar es la nº 29.
- b) **Protocolo de actuación en quejas y reclamaciones:** Sí. Protocolo de la entidad ORPEA. Se tiene una reunión con el/a director/a, la familia afectada y el área implicada por la reclamación, se levanta acta de la reunión que firman todos los participantes, y se da una copia del acta a la familia. El plazo máximo para resolver la reclamación es de 10 días desde su interposición.
- c) **Sistema de sugerencias:** Sí. Buzón de sugerencias.
- d) **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.
- e) **Requerimientos de subsanación:** No.

9º.- REQUISITOS COMUNES A LAS DISTINTAS ÁREAS DEL CENTRO

a) Temperatura: Conforme establece la normativa en materia de servicios sociales y en todo caso adecuada al actual periodo estacional.

El centro se encuentra ubicado en San Fernando de Henares, la residencia tiene una temperatura confortable de 22/23 ° C en pasillos, habitaciones y estancias comunes.

b) Mantenimiento: Adecuado conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.

c) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

d) Requerimientos de subsanación: No.

10º.- CALIDAD.

a) Sistema de evaluación de calidad: Evaluación externa del sistema de calidad.

Se comprueba Certificado nº1377/2001 emitido por AENOR conforme a Norma ISO 9001:2015 para la gestión de residencias con validez hasta el 26/02/2027. En documento anexo consta el centro residencial inspeccionado, y Certificado nº CDN-2024/0001 emitido por AENOR conforme a UNE 158201:2015 para la gestión de Centros de día con validez hasta el 08/02/2027. En documento anexo consta el centro de día inspeccionado.

b) Otros datos de interés: Sin más datos relevantes.

11º.- OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS

a) Licencia municipal que autorice el ejercicio de la actividad/funcionamiento: Tipo y fecha:
Licencia del Ayuntamiento de San Fernando de Henares de fecha 10 de octubre de 2006.

b) Autorización de servicios sanitarios en centro no sanitario: Si. SS00628 para las Unidades U.1. Medicina General/familia, U.2. Enfermería, U.4 Podología, U.59 Fisioterapia, U.60. Terapia Ocupacional, U.72 Obtención de muestras, y U.900 Otras Unidades asistenciales (psicología sanitaria) de 24/07/2019 con validez por 5 años hasta 24/07/2024.

c) Plan de Actuación ante Olas de Calor: La inspección se centra en la comprobación de aspectos distintos al presente. Su evaluación se efectuará en próximas actuaciones inspectoras.

d) Otros datos de interés: Sí: **Se recuerda a la persona que facilita e informa la inspección que en el siguiente enlace puede consultar la información relacionada con la vigilancia,**

prevención y control de infecciones respiratorias en el ámbito de los centros y servicios sociales: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/coronavirus#area-profesionales>: Estrategia para la integración de COVID-19 en la vigilancia y control de las infecciones respiratorias agudas en la comunidad de Madrid y Guía de Actuación para la prevención y el control de brotes de infecciones respiratorias agudas en centros residenciales en la Comunidad de Madrid.

12º.- REQUERIMIENTOS DEL ACTA ANTERIOR: ACTA 152/ASRS/23 DE FECHA 1 DE DICIEMBRE DE 2023 (PLAN ESPECIAL TITULACIONES), ACTA 015/AGFS/23 DE FECHA 5 DE OCTUBRE DE 2023 (NOCTURNA), Y ACTA 089/CZMS/23 DE FECHA 24 DE MAYO DE 2023:

a) Subsanados: Los siguientes:

- Se requiere para que se preste la atención especializada pautaada, asegurando la continuidad y efectos del tratamiento.
- Se requiere para que se garanticen adecuadamente las condiciones de seguridad y conservación de los medicamentos.
- Se requiere para que todas las personas usuarias tengan una correcta higiene y aseo personal, que se efectuará tantas veces como lo exijan las circunstancias y en todo caso diariamente.
- Se requiere para que se lleven a cabo en el centro la desinsectación y desratización anuales, o cuantas veces lo exijan las circunstancias.
- Se requiere para que se garantice el mantenimiento, conservación y reparación de las instalaciones del centro, con el fin de evitar su deterioro y garantizar, tanto la seguridad de las personas usuarias como la calidad en la atención prestada.

b) No subsanados: Ver apartado c).

c) No se ha podido comprobar la subsanación de los siguientes requerimientos cuyo cumplimiento se verificará en la siguiente visita de inspección: Los siguientes:

- En la última inspección de comprobación de títulos de atención directa de primer nivel (Acta 152/ASRS/23 de fecha 01/12/2023) se realizaron los siguientes requerimientos:
 - “Se requiere para que en el centro haya personal suficiente, con la titulación necesaria de acuerdo con el tipo de actividad y el número de personas usuarias atendidas en el centro.
 - Se informa de que los centros y servicios deberán disponer de copias fidedignas de las titulaciones y certificados de profesionalidad a disposición de los servicios de inspección y de los técnicos de control de la Consejería.”

La subsanación de estos dos requerimientos se realizará en las siguientes actuaciones inspectoras.

13º REQUERIMIENTO DE DOCUMENTACIÓN

Al objeto de comprobar el cumplimiento de los requisitos exigidos en la normativa vigente en materia de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, deberá aportar en el plazo de **10 días hábiles** a partir del siguiente al de la fecha de la presente acta, por cualquiera de los **medios telemáticos** establecidos en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas, o por correo electrónico a la cuenta de correo inspeccionssociales@madrid.org, la documentación que a continuación se relaciona, dirigida al Área de Inspección de la Subdirección General de Inspección de Centros y Servicios Sociales de la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, **con expresa indicación del número de la presente acta:**

- **RELACIÓN DE TRABAJADORES ACTUALIZADA Y CUMPLIMENTADA SEGÚN MODELO APORTADO POR INSPECCIÓN FIRMADA POR LA DIRECTORA DEL CENTRO.**
- **DECLARACIÓN RESPONSABLE FIRMADA POR LA DIRECTORA, DONDE CONSTE UN DOCUMENTO EN EL QUE SE DETALLE LA RELACIÓN DE RESIDENTES QUE UTILIZAN SUJECCIONES, EL TIPO DE SUJECCIÓN, FECHA DE PRESCRIPCIÓN, FECHA DE ÚLTIMA REEVALUACIÓN, Y FECHA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.**
- **CERTIFICADO DE MANTENIMIENTO DE APARATOS, EQUIPOS Y SISTEMAS DE PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS EN VIGOR EXPEDIDO POR EMPRESA MANTENEDORA EN MODELO OFICIAL Y ORIGINAL.**

El artículo 14.2 de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre, establece quienes son los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones Públicas, entre los que se encuentran las personas jurídicas.

La no aportación de la documentación solicitada en el plazo señalado, se encuentra tipificada como infracción grave en el artículo 97.o) de la Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, al “obstruir o dificultar la acción del personal inspector en el desempeño de sus funciones”.

Si precisara alguna consulta con carácter previo a la entrega de los documentos requeridos en esta acta, podrá hacerlo telefónicamente ante el/la inspector/a actuante en el número 91 392 52 69, o bien mediante consulta dirigida al buzón de correo reseñado anteriormente inspeccionssociales@madrid.org

En caso de disconformidad podrán remitir sus manifestaciones a través de la [sede electrónica de la Comunidad de Madrid](#), indicando el número de acta y la fecha de la inspección.

INFORMACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD, LECTURA Y FIRMA DEL ACTA

Lo manifestado en la presente acta se entiende sin perjuicio de otros incumplimientos que pudieran existir y que no se hubiesen recogido en la misma.

El inspector guardará secreto y sigilo profesional respecto de los asuntos objeto de la actuación de conformidad con el artículo 83 de la Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

El contenido del presente documento es absolutamente reservado. Los datos personales contenidos en el mismo serán tratados de conformidad con la normativa vigente de protección de datos de carácter personal, entre otras, el Reglamento europeo del Parlamento y del Consejo 2016/679, de 27 de abril, y la L.O. 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Queda prohibido cualquier uso (acceso, difusión, cesión...) para una finalidad distinta a la que justifica esta entrega. Las medidas de seguridad a aplicar serán las que correspondan a la naturaleza de los datos personales que contienen, garantizando en todo caso su autenticidad, integridad y confidencialidad, impidiendo cualquier uso no autorizado. Quedan sujetos a dicho régimen tanto el destinatario de este documento como cualquier otra persona que tenga acceso al mismo.

De acuerdo con el artículo 84 de la Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, en testimonio de lo actuado se levanta la presente acta y tras la lectura de la misma ante la persona que ha atendido esta inspección, se le hace entrega de un ejemplar firmado por el inspector/a actuante.

Es todo cuanto manifiesto siendo las 13:45 horas.

El/La inspector/a

Firmado digitalmente por: SEUDONIMO - INSPECTOR CIRA
Fecha: 2024.05.09 12:48

- COMUNIDAD DE MADRID

