

ACTA DE INSPECCIÓN Nº 057/MLDS/2024

CENTRO: ORPEA COLLADO VILLALBA, RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES

Nº REGISTRAL DEL CENTRO: C3286

TITULAR: SANYRES SUR, S.L.

Nº DE IDENTIFICACIÓN: B14601413

DIRECCIÓN: CTRA MORALZARZAL Nº 8

MUNICIPIO: 28400 COLLADO VILLALBA

TIPOLOGÍA: CENTROS RESIDENCIALES

SUBTIPOLOGÍA: RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

SECTOR SOCIAL: PERSONAS MAYORES

En Collado Villalba, el día **24 DE ABRIL DE 2024**, a las **10:25** horas, se persona en el servicio/centro de referencia el/la inspector/a **INSPECTOR CIRA NRP01**, de la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, y en presencia de D^a **[REDACTED]**, con D.N.I. número **[REDACTED]**, en calidad de Director/a del centro, se le requiere para que facilite e informe la presente inspección.

MANIFESTACIONES DEL/DE LA INSPECTOR/A

1º.- SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

a) Capacidad:

a.1. Total plazas registradas: 181

Aptas para personas autónomas: **0** Con movilidad reducida: **0**

Aptas para personas dependientes: **181** Con movilidad reducida: **181**

a.2. Total plazas concertadas con la Comunidad de Madrid: 130

a.3. Total plazas ocupadas: 177

Aptas para personas autónomas: **0** Con movilidad reducida: **0**

Aptas para personas dependientes: **177** Con movilidad reducida: **105**

b) Datos registrados del centro en el Registro de entidades, centros y servicios de acción social:

b.1 Denominación: Coincidente con el dato registrado.

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: No.

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:

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

En el momento de la inspección no tienen residentes ni trabajadores positivos por COVID19, según me informan.

- Con fecha de 29/07/2023 la entidad titular presentó Comunicación de modificación por cambio de uso de determinados espacios de la residencia (Expediente 08-AS-286.3/2002). En anterior actuación inspectora se comprueba que las estancias afectadas "están siendo usadas para el uso que fueron comunicadas."

e) Requerimientos de subsanación: No.

2º.- PERSONAL DEL CENTRO

a) Relación de trabajadores/as: Al tratarse de un centro con plazas financiadas con fondos de la Comunidad de Madrid, la información relativa a los trabajadores/as obra en poder de la Unidad responsable en la Consejería siendo los técnicos de control los responsables de su supervisión.

b) **Personal de presencia física en el momento de la inspección:** Durante el turno de mañana del día de la presente, se encuentran trabajando en el centro: la directora que facilita e informa la presente, 1 adjunta a dirección, 1 médico, 1 psicólogo, 4 enfermeras, 1 trabajadora social, 17 auxiliares, 2 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional, 1 Técnico auxiliar de farmacia, , 1 gobernanta, 2 personas de lavandería, 5 personas de limpieza, 2 personas de mantenimiento, 1 recepcionista, 1 cocinera, 1 pinche de cocina, 1 persona de office de cocina, 1 peluquera, 1 jardinero, y 1 persona de administración.

c) **Director/a:** Doña _____

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

c.2. **Persona responsable en ausencia del/de la director/a:** Sí. La Adjunta a dirección, D^a _____ y, en su defecto, el psicólogo Don _____ o la trabajadora social Doña _____

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) **Otros datos de interés:** Sí.

En anteriores inspecciones se comprobó la cualificación de los siguientes trabajadores, que siguen trabajando en el centro a fecha de esta actuación inspectora.

“**MÉDICO:** Disponen de dos médicos, Doña _____ (muestran título de licenciada en medicina y cirugía, y colegiación en Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid), y Don _____ muestran título de licenciado en medicina y cirugía, y colegiación en Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid).

- **DUE:** Disponen de 9 DUE en plantilla, y son los siguientes: Don _____ (muestran homologación del título de diplomado en enfermería y colegiación en Colegio Oficial de Enfermería de Madrid); Doña _____ (graduada en enfermería y colegiación en Colegio Oficial de Enfermería de Madrid); Doña _____ (título oficial de enfermera especialista en enfermería geriátrica y colegiación en Colegio Oficial de Enfermería de Madrid) en la actualidad de baja médica; Doña _____ (muestran homologación del título de diplomado en enfermería y colegiación en Colegio Oficial de Enfermería de Madrid); Doña _____ (muestran homologación del título de diplomado en enfermería y colegiación en Colegio Oficial de Enfermería de Madrid); Doña _____ (muestran homologación del título de diplomado en enfermería y colegiación en Colegio Oficial de Enfermería de Madrid); Doña _____ (diplomada en enfermería y colegiación en Colegio Oficial

de Enfermería de Madrid), _____ muestran homologación al título de diplomada en Enfermería de fecha 21 de febrero de 2008, contratada como enfermera desde 17/07/2007”

“D^a _____, muestran título de Graduada en enfermería por la Universidad Europea de Madrid y colegiada del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.”

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

3º.- ÁREA RESIDENCIAL

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

El centro se distribuye en 4 plantas, con un total de 134 habitaciones: 87 Individuales y 47 dobles.

II. **DORMITORIOS OCUPADOS:** El centro tiene cuatro plantas destinadas a dormitorios. Se comprueban las habitaciones con número 105, 113, 202 B (A y B), 208 A, 304 B (A y B), 310 B (A y B), 412 C Y 413 C,

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. Realizando la limpieza en el momento de la inspección.

a.2 **Lencería:** Adecuada higiene, confort y salubridad, no observándose deficiencias en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales. Se inspecciona el estado de la ropa de cuatro camas, ya hechas.

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. Todas las llamadas realizadas mediante los timbres de llamada de urgencia de los dormitorios visitados son atendidas mediante presencia de personal auxiliar en el dormitorio de origen de la llamada.

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

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

III. ASEOS / BAÑOS:

a) **Número de baños incorporados a dormitorios y/o de uso individual:** El centro se distribuye en 4 plantas, con un total de 134 habitaciones: 87 Individuales y 47 dobles. Todas las habitaciones dobles tienen baño, 13 individuales cuentan con baño propio, y el resto de individuales comparten el aseo, dos a dos.

b) **Número de baños comunes:** El centro dispone de 6 aseos geriátricos así como vestuario de trabajadores, y aseos para trabajadores en cada office de planta.

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 en la cocina del centro en el momento de la elaboración del menú.

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: El desayuno se realiza para todos los residentes en las habitaciones, y el resto de comidas se realizan en comedor UPAD de planta 3ª para los residentes ubicados en ella, y en comedor principal de planta 1ª con un único turno de comida para el resto de residentes. Asimismo han habilitado un comedor para invitados en planta 1ª para que los familiares puedan comer en el centro con el residente.

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, la medicación de los residentes, y los carros de medicación, se ubican en despacho de enfermería de planta 0. Realizado un muestreo de medicación almacenada, no se observa medicación caducada.

a.2. Preparación y administración de la medicación:

- a.2.1. **Personal que prepara la medicación:** La medicación crónica es preparada para toda la residencia por la Farmacia Galiana a través del Sistema robotizado de rollo, y la medicación aguda, de los nuevos ingresos, y medicación que no entra en el sistema de rollo, es preparada para toda la residencia por la Técnico Auxiliar de Farmacia, con la supervisión posterior de la Coordinadora de Enfermería.
- a.2.2. **Comprobación del tratamiento preparado:** Sí. Se comprueba la medicación preparada a 10 de los residentes para tomar junto con la comida del día de la inspección, estando ajustada a la pauta médica de los mismos.
- a.2.3. **Sistema de preparación:** Sí. Sistema de rollo robotizado para una semana en bolsitas precintadas individualizadas por residente y toma, especificados los medicamentos correspondientes a cada toma. Asimismo la medicación aguda, de los nuevos ingresos, y medicación que no entra en el sistema de rollo es preparada para toda la residencia por la Técnico Auxiliar de Farmacia, bajo la supervisión de la Coordinadora de Enfermería.
- a.2.4. **Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.
- a.3. **Prestación de la atención asistencial pautada:** La medicación es administrada por la DUE, y en su defecto, por las auxiliares.
En la actualidad hay una residente ingresada en el hospital, hay 11 residentes con úlcera por presión (una de grado III, el resto grados I y II), ninguna úlcera vascular, 2 residentes con sonda vesical, ninguna SNG ni PEG, 10 residentes insulino-dependientes.
Se comprueba administración de oxígeno mediante concentrador a dos residentes.
- 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. Se comprueba que disponen de una sala diáfana con 9 camas de enfermería ubicadas en planta 0, todas 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 las auxiliares se realizan en soporte informático RESIPLUS TÁCTIL. El seguimiento de DUE, médico, y resto de técnicos, se anota 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 de las auxiliares se anotan en soporte informático RESIPLUS TÁCTIL. Se realiza muestreo de registros de cuidados, y registro de curas que rellenan los DUE en soporte informático RESIPLUS, estando actualizados y completados.
- e) Expediente personal de atención especializada:** Sí.
- e.1. Programa de intervención individual actualizado:** Sí. Se realiza muestreo de los PAI de 4 residentes con participación de enfermería, fisioterapeuta, médico, psicólogo, terapeuta ocupacional y trabajador social. Se revisan al menos cada 6 meses.
- e.2. Constancia documental de la participación y conocimiento del usuario o su representante.** Sí. El PAI es firmado por el propio residente y/o familiares de apoyo, así como por los profesionales intervinientes en el Plan.
- f) Otros datos de interés:** Sin más datos relevantes.
- g) Requerimientos de subsanación:** No.

5º.- MEDIDAS DE SUJECIÓN

Solamente hay una residente con cinturón abdominal diurno, 15 con camas de Alzheimer, y 11 residentes con barandillas como medida de sujeción.

- a) Medidas alternativas concretas para cada una de las sujeciones:** Sí. En el documento de prescripción.
- 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. Se observan prescritas las camas de Alzheimer como el resto de sujeciones físicas.
- 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. En soporte informático pestaña de "Otros Cuidados y Observaciones" de Valoración de cuidados, seguimiento de enfermería.

- 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. Muestra declaración actualizada.
- 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. Realizado por psicólogo, en soporte informático RESIPLUS en las reuniones de valoración de retirada de sujeción, y PAI del equipo multidisciplinar.
- 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.
- 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. El desayuno se realiza en los dormitorios a partir de las 07:30 horas, y después se levanta y asea a los residentes, las comidas se sirven en único turno a las 13:00 horas, merienda a las 16:30 horas, y la cena en único turno a las 19:30 horas. Asimismo se administra recena a partir de las 23:00/00:00 horas, se ofrece a todos los residentes, y se administra a aquellos usuarios que así lo tienen pautado y a aquellos que lo solicitan.
- 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. La primera hoja en blanco, a cumplimentar, es la nº 4.

b) Protocolo de actuación en quejas y reclamaciones: Sí. Protocolo del Grupo Orpea: Acuse de recibo de la reclamación, reunión con la dirección 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 mediante envío por correo electrónico o correo certificado. 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.

8º.- DOCUMENTACIÓN

a) Registro de personas usuarias: Conforme se establece en la normativa vigente en materia de servicios sociales.

b) Publicidad:

b.1. Derechos de los usuarios: Sí.

b.2. Precios comunicados: Sí.

b.3. Servicios que se prestan: Sí.

b.4. Certificado de evaluación de calidad: Sí.

b.5. Identificación de la persona responsable del Centro en ausencia del/de la Director/a:
Sí.

c) Programación anual de actividades: Sí.

d) Póliza de seguros y recibo en vigor: Sí.

Tipo: Cobertura de los daños que puedan causar a las personas y sus bienes los profesionales y personas dependientes del servicio o centro (R.C.) Número: 1-50-8459766 Compañía aseguradora Fecha vencimiento: 01/07/2024.

Tipo: Cobertura de los daños que puedan sufrir los inmuebles por cualquier causa. Número: 49874548 Compañía aseguradora Fecha vencimiento: 30/06/2024.

e) Reglamento de régimen interior: Sí.

f) Contrato/documento de admisión: Sí.

g) Certificado de desinsectación y desratización: Sí. Muestran certificado de tratamiento de fecha 07/03/2024.

h) Certificado de mantenimiento de aparatos, equipos y sistemas de protección contra incendios: Sí. Se comprueba certificado de fecha 01/01/2024 con validez anual, se adjunta como doc. 1.

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

j) 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.

b) Mantenimiento: Deficiencias observadas: fracturado rodapié en pasillo, junto a puerta de dormitorio nº 201 B y lo mismo junto a puerta de dormitorio nº 309 B; fracturados 6 azulejos en pared de inodoro, junto a zona de ducha, en baño del dormitorio nº 208 A.

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

d) Requerimientos de subsanación: b) Se requiere para que se garanticen 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.

10º.- CALIDAD.

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

Certificado expuesto con validez hasta el 26 de febrero de 2027.

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 Collado de Villalba nº 59-06 de fecha 6 de noviembre de 2006.
- b) **Autorización de servicios sanitarios en centro no sanitario:** Sí. SS00590 para unidades de U.1 Medicina general/de familia, U.2 Enfermería, U.4 Podología, U.59 Fisioterapia, U.60 Terapia Ocupacional, U.72 Obtención de muestras, U.900 Otras Unidades asistenciales (psicología sanitaria) con fecha de vencimiento 28 de marzo de 2024. Muestran acta de inspección de la Consejería.
- c) **Plan de Actuación ante Olas de Calor:** Sí.
- 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 155/MFQS/23, DE FECHA 29/11/2023

a) **Subsanados: Los siguientes:**

Se requiere para que se garanticen 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:

- Se han reparado rozaduras de las puertas PF de sectorización de planta primera y segunda.
- El radiador de habitación nº 412 no está descolgado.
- Se ha repuesto el esquinero de pared de pasillo junto a la habitación nº 404C.
- No se observan desperfectos en el suelo y rodapié de la habitación 304 B.B., se ha reformado la habitación.

b) No subsanados: Los siguientes:

Se requiere para que se garanticen 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:

- Se siguen observando rozaduras de las puertas de acceso RF de pasillos de planta tercera.
- Se siguen observando marcos de puertas deteriorados tanto puertas de baños de habitaciones como en las puertas de acceso a habitaciones en todas las plantas del centro residencial.
- Aunque se ha pintado, según me informan, continúa habiendo algún desconchón y necesidad de remozamiento de pintura en pared del salón de estar de la UPAD.

Se reitera para que den cumplimiento a los requerimientos no atendidos a la fecha de la presente inspección.

c) No se ha podido comprobar la subsanación de los siguientes requerimientos cuyo cumplimiento se verificará en la siguiente visita de inspección: Se han comprobado todos.

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 de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, **con expresa indicación del número de la presente acta:**

-Ninguna documentación a aportar.

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, a fecha y hora de firma de la presente.

El/La inspector/a

