|  |
| --- |
| **MEMORIA TÉCNICA ANUAL DEL CENTRO DE DÍA** **(ANTIGUO SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS - SED)** |
| **DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO** |
| 1. **DENOMINACIÓN DEL CENTRO**
 |   |
| 1. **N.º DE REGISTRO**

(autorización apertura) |   | **3. AÑO REGISTRO**(autorización apertura) |   |
| 1. **PROVINCIA**
 |   | 1. **LOCALIDAD**
 |   |
| 1. **DIRECCIÓN**
 |   | 1. **CÓDIGO POSTAL**
 |   |
| 1. **CORREOS ELECTRÓNICOS**
 |  | 1. **TELÉFONOS DEL CENTRO**
 |   |
| 1. **DIRECTOR/A DEL CENTRO**
 |   |
| 1. **ENTIDAD TITULAR**
 |   |
| 1. **TIPO DE ENTIDAD TITULAR**
 |   |
| 1. **SISTEMA DE GESTIÓN DEL CENTRO**

(*Marcar con una “X”*) |[ ]  1º Gestión del centro con medios propios de la entidad titular del mismo. |
|  |[ ]  2º Gestión integral del centro a cargo de una entidad externa |
|  |[ ]  3º Gestión de la totalidad del centro mediante la asignación a varias entidades externas de los diversos servicios requerido |
|  |[ ]  4º Gestión mixta combinando medios propios de la entidad titular del centro y servicios específicos a cargo de una o varias entidades externas |
| 1. **Si el sistema de gestión del centro corresponde con la gestión integral del centro a cargo de una entidad externa (13.2), señale la denominación de la misma.**
 |
|    |

|  |
| --- |
| 1. **Si el sistema de gestión del centro incluye la asignación de servicios específicos a cargo de una o varias entidades externas (13.3 Y 13.4), señale su denominación y el tipo de servicios gestionados**
 |
| **N.º** | **DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD GESTORA** | **TIPO DE SERVICIO GESTIONADOS** |
| **1** |   |   |
| **2** |   |   |
| **3** |   |   |
| **4** |   |   |
| **5** |   |   |
| **PERSONAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE DÍA LO LARGO DEL AÑO** |
| 1. **PERSONAS ATENDIDAS**
 | **NÚMERO** |
| **HOMBRE** | **MUJER** | **TOTAL** |
|   |   |   |
| 1. **INGRESOS Y BAJAS DE PERSONAS ATENDIDAS**
 | **NÚMERO** |
| **HOMBRE** | **MUJER** | **TOTAL** |
| Total, de ingresos producidos |   |   |   |
| Total, de bajas producidAs |   |   |   |
| 1. **ESTANCIAS REALIZADAS POR LAS PERSONAS ATENDIDAS**
 | **NÚMERO** (días al año) |
| **HOMBRE** | **MUJER** | **TOTAL** |
|   |   |   |
| 1. **CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS ATENDIDAS**
 |
| **EDAD** | **SEXO** | **RENTA MENSUAL** | **SEXO** |
| **HOMBRE** | **MUJER** | **HOMBRE** | **MUJER** |
| *<60 años* |   |   | *Hasta 350€* |   |   |
| *60 -64 años* |   |   | *De 350,01€ a 750€* |   |   |
| *65 – 69 años* |   |   | *De 750,01 € a 1.050 €* |   |   |
| *70 -74 años* |   |   | *Más de 1.050€* |   |   |
| *75 – 79 años* |   |   | **TOTAL** |   |   |
| *80 y más años* |   |   |
| **TOTAL** |   |   |
| 1. **EDAD MEDIA DE LAS PERSONAS ATENDIDAS**
 | **AÑOS (edad media)** |
| **HOMBRE** | **MUJER** | **TOTAL** |
|   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **21. PERSONAS ATENDIDAS: GRADO DE DEPENDENCIA RECONOCIDO POR EL SAAD** | **NÚMERO** |
|  | **HOMBRE** | **MUJER** | **TOTAL** |
| *Personas sin valoración de dependencia* |   |   |   |
| *Personas valoradas sin grado de dependencia* |   |   |   |
| *Grado de dependencia I* |   |   |   |
| *Grado de dependencia II* |   |   |   |
| *Grado de dependencia III* |   |   |   |
| 1. **Señale el número de personas atendidas en el CENTRO DE DÍA que se encontraba en cada una de las siguientes situaciones de convivencia, indicando su sexo**
 |
| *(\*) H: hombres**(\*) M: Mujeres* | **SITUACIÓN DE CONVIVENCIA** |
|  | **En el propio domicilio** | **En el domicilio de un/a hijo/a** | **Otras situaciones** | **Total** |
|  | Sola | Con Cónyuge | De forma continuada | En rotación Familiar |  |  |
| **Total / HyM (\*)** |  |  |  |  |  |  |
| **Total /H** |  |  |  |  |  |  |
| **Total /M** |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Señale el número de personas atendidas en el *CENTRO DE DIA* que, por la fragilidad de su estado de salud general o las características de sus patologías, requieren una supervisión más directa y continuada; según su sexo.**
 | **SEXO** | **NÚMERO** |
|  | *Total / H y M (\*)* |  |
|  | *Total /H* |  |
|  | *Total /M* |  |
| 1. **Indique el número de personas en las condiciones siguientes:**
 | **NÚMERO** |
|  | **HOMBRE** | **MUJER** | **TOTAL** |
| *Personas con deterioro cognitivo*  |  |  |  |
| *Personas con diagnóstico de demencias*  |  |  |  |
| *Personas con presencia de trastornos conductuales* |  |  |  |
| 1. **Señale el número de personas atendidas en el CENTRO DE DIA que, durante el tiempo de estancia en el mismo, precisan que se les administre algún tipo de sustancia inyectable. Indíquelo según su sexo y el tipo de sustancia requerida**
 |
| **SEXO** | **NÚMERO** |
|  | **INSULINA** | **HEPARINA** | **OTRAS SUSTANCIAS** | **TOTAL** |
| *1.Total / H y M (\*)* |  |  |  |  |
| *2.Total /H* |  |  |  |  |
| *3. Total /M* |  |  |  |  |
| *(\*) H: hombres, M: Mujeres* |
| 1. **Las personas mayores atendidas en el CENTRO DE DIA, ¿Recibían atenciones de fisioterapia en el sistema sanitario (SESCAM)?** *(Marcar: con “X”)*
 |[ ]  Sí, la totalidad |
|  |[ ]  Sí, algunas |
|  |[ ]  Sí, en pocos casos |
|  |[ ]  No |
|  |[ ]  Desconocido |
| 1. **¿El centro atendió a personas que se desplazaban en silla de ruedas?**

*(Marcar: con “X”)* |[ ]  Si  |
|  |[ ]  No |
| 1. **Si ha contestado afirmativamente a la pregunta anterior (nº27), indique el número de personas que se desplazaban en silla de ruedas.**

*(\*) H: hombres, M: Mujeres* | **SEXO** | **NÚMERO** |
|  | *Total / H y M (\*)* |  |
|  | *Total /H* |  |
|  | *Total /M* |  |
| 1. **Señalar el número de personas mayores atendidas en el centro de día lo largo del año, según el tipo de vinculación con su persona cuidadora principal y el sexo de la misma.**
 |
| **TIPO DE VINCULACIÓN** | **NÚMERO** |
|  | **SEXO\*\*\*** |
|  | **HOMBRE** | **MUJER** | **TOTAL** |
| *1.Cónyuge* |  |  |  |
| *2.Hijo/a* |  |  |  |
| *3.Nieto/a* |  |  |  |
| *4.Hermano/a* |  |  |  |
| *5.Yerno* |  |  |  |
| *6.Nuera* |  |  |  |
| *7.Otro parentesco* |  |  |  |
| *8.Amigo/a o Vecino/a* |  |  |  |
| *9.Voluntariado\** |  |  |  |
| *10.Profesional\*\** |  |  |  |
| *11. Sin personas cuidadoras* |  |  |  |
| ***12. TOTAL*** |  |  |  |
| \*Personas sin relación previa de parentesco, amistad o vecindad con la receptora de los cuidados.\*\*Personas que se encargan de las tareas de cuidado a cambio de cualquier tipo de retribución económica y/o en especie.\*\*\*H: Hombre y M: Mujer |

|  |
| --- |
| **ACTIVIDADES DEL SERVICIO** |
| **VALORACIÓN** |
| 1. **Habitualmente, antes de llevarse a cabo el ingreso en el CENTRO DE DIA, ¿el equipo técnico del CENTRO DE DIA efectúa una valoración previa para determinar si puede ofrecerse una atención adecuada, acorde con las características y necesidades de cada caso?** *(Marcar: con “X”)*
 |
|[ ]  No |
|[ ]  Sí, mediante una cita en el CENTRO DE DIA con la persona solicitante |
|[ ]  Sí, mediante una cita en el CENTRO DE DIA con la persona cuidadora principal y familiares |
|[ ]  Sí, a través del análisis del expediente de la persona solicitante |
|[ ]  Sí, mediante una cita en el CENTRO DE DIA con la persona solicitante, cuidadora principal y familiares |
|[ ]  Sí, mediante una cita en el CENTRO DE DIA con la persona solicitante y el análisis del expediente |
|[ ]  Si, mediante una cita en el CENTRO DE DIA con la persona cuidadora y familiares y el análisis del expediente |
|[ ]  Sí, mediante una cita en el CENTRO DE DIA con la persona solicitante, cuidadora y familiares y el análisis del expediente |
|[ ]  Sí, otro procedimiento |
| 1. **En la valoración realizada por el equipo técnico del CENTRO DE DIA, ¿Se incluyen los aspectos relacionados con las barreras existentes en el domicilio de las personas atendidas?**

*(Marcar: con “X”)* |
|[ ]  No |
|[ ]  Sí, a través de una visita al domicilio |
|[ ]  Sí, a través de un informe de los servicios sociales |
|[ ]  Sí, a través de una entrevista en el CENTRO DE DIA |
|[ ]  Sí, a través de una visita al domicilio y un informe de los servicios sociales |
|[ ]  Sí, a través de una visita al domicilio y una entrevista en el CENTRO DE DIA |
|[ ]  Sí, a través de un informe de los servicios sociales y una entrevista en el CENTRO DE DIA |
|[ ]  Sí, a través de una visita al domicilio, informe de los servicios sociales y entrevista en el CENTRO DE DIA |
|[ ]  Sí, a través de otro procedimiento |
| **ALIMENTACIÓN** |
| 1. **Señale el número de personas que consumen dietas especiales o menús de régimen según su sexo.**

*(\*) H: hombres, M: Mujeres* | **SEXO** | **NÚMERO** |
|  | *Total / H y M (\*)* |  |
|  | *Total /H* |  |
|  | *Total /M* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **33. Las personas atendidas en el centro, ¿Precisan contar con algún tipo de ayuda para alimentarse?** *(Marcar: con “X”)* | No |[ ]
|  | Sí, la totalidad |[ ]
|  | Sí, algunas |[ ]
| 1. **Si ha contestado afirmativamente a la pregunta anterior (nº 33), señale el número de personas que necesitan ayuda según su sexo**

*(\*) H: hombres, M: Mujeres* | **SEXO** | **NÚMERO** |
|  | *Total / H y M (\*)* |  |
|  | *Total /H* |  |
|  | *Total /M* |  |
| 1. **Señale el método utilizado para la elaboración y suministro de la restauración a las personas mayores atendidas en el CENTRO DE DIA (desayuno-tentempié, comida y merienda).**
 |
| ***Desayuno tentempié*** *(Marcar: con “X”)* |
| **MÉTODO** | **SI** | **NO** |
| 1.Elaboración en el propio CENTRO DE DIA o equipamiento donde se sitúa  |[ ] [ ]
| 2.Elaboración externa y suministro mediante “catering” |[ ] [ ]
| 3.Otro método (señalar) |[ ] [ ]
| ***Comida*** *(Marcar: con “X”)* |
| **MÉTODO** | **SI** | **NO** |
| 1.Elaboración en el propio CENTRO DE DIA o equipamiento donde se sitúa  |[ ] [ ]
| 2.Elaboración externa y suministro mediante “catering” |[ ] [ ]
| 3.Otro método (señalar) |[ ] [ ]
| ***Merienda*** *(Marcar: con “X”)* |
| **MÉTODO** | **SI** | **NO** |
| 1.Elaboración en el propio CENTRO DE DIA o equipamiento donde se sitúa  |[ ] [ ]
| 2.Elaboración externa y suministro mediante “catering” |[ ] [ ]
| 3.Otro método (señalar) |[ ] [ ]
| **TRANSPORTE ADAPTADO** |
| 1. **Señale el número de personas que utilizan el programa de transporte adaptado según su sexo y si presentan algún tipo de demencia y dificultades en su movilidad.**
 |
| **NÚMERO** |
| **SEXO** | **Personas sin demencia** | **Personas con demencia** | **TOTAL** |
|  | Sin dificultades de movilidad | Con dificultades de movilidad | Sin dificultades de movilidad | Con dificultades de movilidad |  |
| *Total / H y M*  |  |  |  |  |  |
| *Total /H* |  |  |  |  |  |
| *Total /M* |  |  |  |  |  |
| *(\*) H: hombres, M: Mujeres* |

|  |
| --- |
| 1. **Señale el número total de plazas, incluyendo conductor/a y acompañante, de cada uno de los vehículos utilizados en el centro especificando, a su vez, el número de personas en silla de ruedas que pueden transportarse y el cambio resultante en el número total de plazas disponibles.**
 |
| **NÚMERO DE PLAZAS** |
|  | **Total** | **Sillas de Ruedas** | **Total Resultante** |
| *Vehículo 1* |  |  |  |
| *Vehículo 2* |  |  |  |
| *Vehículo 3* |  |  |  |
| *Vehículo 4* |  |  |  |
| **OTROS ASPECTOS** |
| 1. **Las personas mayores atendidas en el CENTRO DE DIA, ¿Participan en actividades de animación sociocultural?** *(Marcar: con “X”)*
 |[ ]  No |
|  |[ ]  Sí, mediante actividades externas\*  |
|  |[ ]  Sí, mediante actividades internas\*\*  |
|  |[ ]  Sí, mediante actividades externas e internas |
| **\*Externas**: Se refiere a las actividades que suponen la salida del CENTRO DE DIA; **\*\*Internas**: Se refiere a las actividades que se llevan a cabo en el propio CENTRO DE DIA o en el recinto en el que se encuentra situado (centro de día, residencia u otro tipo de recursos). |
| 1. **¿El CENTRO DE DIA proporciona algún tipo de atención los fines de semana y/o festivos?** *(Marcar: con “X”)*
 |[ ]  No |
|  |[ ]  Sí, habitualmente |
|  |[ ]  Sí, esporádicamente |
| 1. **En caso de haber respondido afirmativamente a la pregunta anterior (nº 39), indique el número de personas atendidas los fines de semana y/o festivos**
 | **SEXO** | **NÚMERO** |
|  | *Total / H y M (\*)* |  |
|  | *Total /H* |  |
|  | *Total /M* |  |
|  | *(\*) H: hombres, M: Mujeres* |
| **DATOS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE DÍA** |
| 1. **Actividades de dirección, administración y gestión** *(Marcar: con “X”)*
 | **SI** | **NO** |
| Programa informatizado para la gestión asistencial y evaluación del CENTRO DE DIA |[ ] [ ]
| Pólizas de seguros | 1. Responsabilidad civil |[ ] [ ]
|  | 2.Siniestro del edificio |[ ] [ ]
| Registro de personas atendidas  |[ ] [ ]
| Tablón de información en lugar visible y de paso frecuente |[ ] [ ]
| Adhesión de la residencia al sistema arbitral de consumo de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha |[ ] [ ]

|  |
| --- |
| **SISTEMA DE CALIDAD DEL CENTRO DE DÍA** |
| 1. **Actividades de calidad** *(Marcar: con “X”)*
 | **SI** | **NO** |
| Sistema de gestión de calidad | *Sistema UNE- EN ISO 9001:2008* |[ ] [ ]
|  | *Sistema UNE 158101:2008* |[ ] [ ]
|  | *Sistema EFQM* |[ ] [ ]
|  | *Otro sistema* |[ ] [ ]
| Implantación del sistema de gestión de calidad | *Total* |[ ] [ ]
|  | *Parcial* |[ ] [ ]
| Carta de servicios |[ ] [ ]
| Sistemas para evaluar la calidad de los servicios y/o productos suministrados por subcontratistas o proveedores |[ ] [ ]
| Sistema para la presentación, análisis y seguimiento de las quejas y sugerencias de las personas atendidas y sus familiares |[ ] [ ]
| Sistema de valoración del grado de satisfacción percibido por las personas atendidas y sus familiares |[ ] [ ]
| Evaluación anual del grado de satisfacción de las personas atendidas y sus familiares |[ ] [ ]
| Realización de un Plan Interdisciplinar de Atención Personalizada (PIAP) a cada persona atendida |[ ] [ ]
| Mantenimiento actualizado del PIAP de cada persona atendida |[ ] [ ]
| Comunicación por escrito con las personas atendidas y/o sus familiares para informar sobre el proceso de atención y otros asuntos de interés común |[ ] [ ]
| Medios para la participación de las personas atendidas y sus familiares en el funcionamiento del CENTRO DE DIA |[ ] [ ]
| Órgano permanente de representación y participación de las personas atendidas en el CENTRO DE DIA |[ ] [ ]

|  |
| --- |
| **ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DE ATENCIÓN A LA SALUD** |
| 1. **Actividades asistenciales**

*(Marcar: con “X”)* | **SI** | **NO** |
| Contrato de ingreso de cada persona atendida en el CENTRO DE DIA |[ ] [ ]
| Expediente individual de cada persona atendida en el CENTRO DE DIA |[ ] [ ]
| Valoración geriátrica integral de las personas atendidas en el momento del ingreso |[ ] [ ]
| Asignación de un/a profesional de referencia para la coordinación del Plan Interdisciplinar de Atención Personalizada (PIAP) de cada persona atendida |[ ] [ ]
| Horario de visitas suficiente y flexible para facilitar las relaciones de las personas atendidas con sus familiares y entorno |[ ] [ ]
| Programa específico de atención a las personas afectadas de Alzheimer u otras demencias |[ ] [ ]
| Programa de atención psicológica |[ ] [ ]
| Programa de detección y prevención de maltrato |[ ] [ ]
| Menús adaptados a las necesidades de las personas atendidas y visados por personal médico colegiado |[ ] [ ]
| Supervisión de menús y dietas especiales |[ ] [ ]
| Plan de acogida de las personas que se incorporan al CENTRO DE DIA |[ ] [ ]
| Plan de baja y despedida de las personas atendidas en el CENTRO DE DIA |[ ] [ ]
| 1. **Otras actividades específicas de atención a la salud**

(Marcar: con “X”) | **SI** | **NO** |
| Prevención y atención del deterioro cognitivo |[ ] [ ]
| Atención de personas con problemas de conducta |[ ] [ ]
| Apoyo para las actividades básicas de la vida diaria |[ ] [ ]
| Prevención y promoción de la salud |[ ] [ ]
| Prevención y tratamiento de los síndromes geriátricos |[ ] [ ]

|  |
| --- |
| **DOTACIÓN PERSONAL** |
| 1. **Plantilla de trabajadores/as y otro personal colaborador del CENTRO DE DIA para todo tipo de plazas**
2. **N.º trabajadores/as:** Hacer constar el número de “personas”.
3. **N.º trabajadores según porcentaje:** Hacer constar el número resultante según el total de horas de jornada del total de trabajadores/as de cada categoría profesional (Ejem: ¼ de jornada=0,25; ½ jornada=0,50; ¾ jornada=0,75; jornada completa=1, etc.)
 |
| **CATEGORÍA PROFESIONAL** | **PERSONAL** | *N.º total de horas semanales* | *N.º personas de la JCCM* |
|  | *N.º trabajadores/as según porcentaje de jornada* | *N.º de trabajadores/as* |  |  |
| **Terapia ocupacional** |   |   |   |   |
| **Fisioterapia** |   |   |   |   |
| **Enfermería (ATS/ DUE)** |   |   |   |   |
| **Trabajo social** |   |   |   |   |
| **Psicología** |   |   |   |   |
| **Medicina** |   |   |   |   |
| **Personal Auxiliar y Gerocultor**(Auxiliar sanitario, de enfermería, de atención sociosanitaria o afines) |   |   |   |   |
| **Personal Conductor** |   |   |   |   |
| **Otras especialidades profesionales** *(Señalar)* |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |
| **TOTAL DE PERSONAL TRABAJADOR**  |   |   |   |   |
| **PERSONAL COLABORADOR****(voluntario, en prácticas o afines)** |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |
| **TOTAL DE PERSONAL COLABORADOR** |   |   |   |   |
| **TOTAL DE PERSONAL TRABAJADOR Y COLABORADOR** |   |   |   |   |
| 1. **En la organización y funcionamiento del centro, ¿Se cuenta con la participación de personal voluntario o en prácticas relacionadas con el desarrollo de sus estudios?**
 | **PERSONAL**(Marcar: con “X”) |
|  |  | **Voluntario** | **En Prácticas** |
|  | **Sí** |[ ] [ ]
|  | **No** |[ ] [ ]
| **47. En el caso de que el centro cuente con personal voluntario, la presencia de personas mayores alcanza un nivel** *(Marcar: con “X”)* |[ ]  *Muy elevado* |
|  |[ ]  *Elevado* |
|  |[ ]  *Moderado* |
|  |[ ]  *Bajo* |
|  |[ ]  *Muy bajo* |
|  |[ ]  *Inexistente* |
| **ASPECTOS ECONÓMICOS** |
| **APORTACIONES DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS** |
| **TIPO DE ADMINISTRACION QUE CONTRIBUYE A LA FINANCIACION DEL MANTENIMIENTO Y/O FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO***(Marcar con una “X”, puede señalarse más de una opción)* |[ ]  Organismos de la Unión Europea |
|  |[ ]  Administración General del Estado |
|  |[ ]  Administración Autonómica |
|  |[ ]  Corporación Local titular del centro |
|  |[ ]  Otra Corporación Local (Diputación Provincial) |
|  |[ ]  Otra Corporación Local (Mancomunidad o similares) |
|  |[ ]  Otro organismo público |
| **INDICADORES** |
| **INDICADORES RELATIVOS A LA MEJORA DE LAS CONDICIONES LABORALES DEL PERSONAL** |
| Indicadores relativos al a **mejora de las condiciones laborales del personal** en el marco del plan de igualdad efectiva de mujeres y hombres | Acciones formativas llevadas a cabo en el centro. \*Se considera objetivo diana realizar 2 acciones anuales\* Se incumple el objetivo si no se realiza ninguna | **Número anual** |
|  |  |   |
|  | Actuaciones de flexibilización horaria para el personal gerocultor que tenga a su cargo personas dependientes o con discapacidad\*Se considera objetivo diana realizar 2 acciones anuales\* Se incumple el objetivo si no se realiza ninguna | **Número anual de solicitudes** |
|  |  |   |
|  |  | **Número anual de solicitudes atendidas** |
|  |  |   |
| ***Resumen de acciones:***   |

|  |
| --- |
| **INDICADORES RELATIVOS A LA MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CENTRO** |
| Indicadores relativos a la **sensibilización del personal gerocultor sobre los perfiles de las personas usuarias** de los distintos tipos de plazas | Acciones formativas realizadas totales.  | **Número de acciones** |
|   |
| Acciones formativas realizadas sobre el mantenimiento de capacidades para realizar las actividades de vida diaria de personas con trastornos neurodegenerativos (Ej. Alzheimer, Parkinson…)\*Se considera objetivo diana realizar 2 acciones anuales\* Se incumple el objetivo si no se realiza ninguna | **Número de acciones** |
|   |
| Acciones de sensibilización sobre la atención a las personas sin entorno familiar adecuado y/o patologías previas diversas incapacitantes (Ej. Alzheimer, drogadicción, síndrome de Diógenes…)\*Se considera objetivo diana realizar 2 acciones anuales\* Se incumple el objetivo si no se realiza ninguna | **Número de acciones** |
|   |
| ***Resumen de acciones:***    |
| Indicadores relativos a la **puesta en marcha de los plantes de gestión de residuos de eficiencia energética** | Campañas de información y sensibilización a todo el personal sobre la importancia de la correcta separación y reciclado de residuos\*Se considera objetivo diana realizar 2 acciones anuales\* Se incumple el objetivo si no se realiza ninguna | **Número de medidas** |
|   |
| Medidas relativas al ahorro de agua y electricidad puestas en marcha en las residencias\*Se considera objetivo diana realizar 2 acciones anuales\* Se incumple el objetivo si no se realiza ninguna | **Número de acciones** |
|   |
| *\*En 2022 el Concierto Social se aplica al 50% ya que abarca 6 meses, por tanto, el objetivo diana corresponde a 1 acción.*  |
| ***Resumen de acciones:***    |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES** |
|       |