

ACTA DE INSPECCIÓN

funcionaria del Consejo de Seguridad Nuclear (CSN),
acreditada como inspectora,

CERTIFICA: Que se personó el día veintitrés de septiembre de dos mil diecinueve en la de Santander, para realizar una inspección previa al licenciamiento de la Unidad Técnica de Protección Radiológica (en adelante, UTPR) «Ingeniería Radiológica, SL», en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 65 del Real Decreto 783/2001 por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes.

Que la inspección fue recibida y atendida en todo momento por D. en calidad de titular y candidato a jefe de protección radiológica (JPR) y Dña. Prieto, en calidad de responsable de calidad y técnico experto en protección radiológica (TEPR), quienes fueron advertidos previamente al inicio de la inspección de que el acta que se levanta, así como los comentarios recogidos en la tramitación de la misma, tendrán la consideración de documentos públicos y podrán ser publicados de oficio, o a instancia de cualquier persona física o jurídica, lo que se notificó a los efectos de que el titular expresase qué información o documentación aportada durante la inspección podría no ser publicable por su carácter confidencial o restringido.

Tanto de la información suministrada por el titular, como de las comprobaciones realizadas directamente por la Inspección, se obtienen los resultados siguientes:

1. Estructura

- La entidad es una empresa legalmente constituida, estando a disposición de la Inspección toda la documentación que así lo acredita (escritura de constitución de sociedad de responsabilidad limitada unipersonal, certificación de inscripción en el Registro Mercantil Central y acreditación del número de identificación fiscal B39851613).
- El domicilio social de la entidad estará ubicado en la de Santander.
- No se ha procedido aún a inscribir a la entidad en el Registro de Empresas Externas del CSN, por lo que tampoco los trabajadores disponen de carné radiológico. El titular de la entidad conoce la obligación de proceder a estos trámites antes del inicio de las actividades como UTPR.
- El ámbito en el que se pretende prestar servicio son las instalaciones de rayos X con fines de diagnóstico e intervencionismo, con el alcance descrito en el *Manual de Protección Radiológica* (Rev. 02, 01-01-18).



CSN

- El titular manifestó no tener previsto realizar otras actividades reguladas en el ámbito de la protección radiológica fuera de las instalaciones de rayos X con fines de diagnóstico e intervencionismo, indicando la Inspección que, en todo caso, cualquier ampliación del alcance de dichas actividades en el futuro deberá ser objeto de licenciamiento por parte del CSN.
- La entidad no dispone en la actualidad de página web sobre las actividades de la UTPR.

2. Organización y gestión

- La UTPR estará constituida por:
 - Jefe de protección radiológica (D. _____, Ingeniero Químico), encontrándose en trámite administrativo de obtención del Diploma de JPR por parte del Tribunal de Licencias del CSN.
 - Especialista en Radiofísica Hospitalaria (D. _____, con quien se suscribió un acuerdo de colaboración en fecha 13 de septiembre de 2018, y que se mantiene en vigor.
 - Técnico experto en protección radiológica (Dña. _____ Ingeniera Industrial), con quien se mantiene en vigor asimismo un acuerdo de colaboración (firmado en fecha 01-08-2017). Tras revisar la Inspección las funciones que desempeñará la técnico en virtud de dicho acuerdo, se observó que no son las que tiene asignadas en el *Manual de Garantía de Calidad* (Rev. 2, 01-06-2018), mostrando el titular disposición a revisar la redacción del acuerdo.
- La organización citada en el párrafo anterior consta en el organigrama incluido en el *Manual de Garantía de Calidad* (Rev. 2, 01-06-2018) (en adelante, MGC).
- Las funciones atribuidas a los perfiles de JPR, RFH y TEPR se encuentran documentadas (MGC, MPR y acuerdos de colaboración), son consistentes con lo establecido en la normativa de referencia (RD 783/2001, RD 1085/2009 y RD 1976/1999).
- Con respecto a las funciones atribuidas al RFH, la Inspección indicó que, si bien en el acuerdo de colaboración y en el MPR se recogen con el alcance establecido en el Art. 10 del RD 1976/1999, en el documento PR-15 (*Plan de calidad de la UTPR*) se recoge una sistemática sobre remisión de informes al cliente que no sería compatible con las funciones definidas en dicho acuerdo. El candidato a JPR indicó que esta sistemática no responde ya a la forma en que está previsto el funcionamiento de la entidad, comprometiéndose a revisar el documento en consecuencia.
- La técnico asumirá las funciones comerciales y administrativas en tanto la entidad no disponga de una carga de trabajo que justifique la necesidad de contratar más personal.



FECH

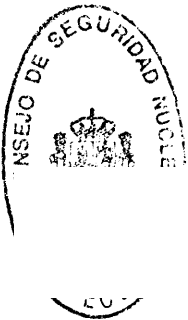
- El personal firmó un documento en el que manifiestan haber leído y aceptar el contenido del MPR en su versión en vigor. La Inspección indicó que la firma del RFH en este documento parecía diferente de la incluida por el mismo en el acuerdo de colaboración, manifestando el titular que ya habían detectado tal circunstancia, atribuible a que el RFH dispone de una firma abreviada y otra más extensa y que se le habían dado instrucciones sobre la necesidad de utilizar una única firma.
- El titular indicó que se encontraba prevista la implantación de la firma digital de todo el personal en todos los registros con interés desde el punto de vista de gestión que se generen en la entidad.
- La Inspección indicó que no había encontrado entre la documentación de licenciamiento la política de sustituciones entre el personal. El candidato a JPR manifestó que conocía que las funciones atribuidas a él no pueden ser asumidas por nadie que no disponga del correspondiente diploma extendido por el CSN y que la firma de los informes y certificaciones que extienda la UTPR no puede ser delegada, sin perjuicio de las firmas que se añadan por parte del RFH.
- Tanto el titular como la técnico manifestaron no participar en entidades que sean propietarias o realicen cualquier tipo de actividad industrial o comercial cuya finalidad pueda ser objeto de las certificaciones en materia de protección radiológica que les reconocerá el Consejo de Seguridad Nuclear. En relación a la impartición de cursos homologados para la obtención de acreditaciones para operar y dirigir instalaciones de rayos X, manifestaron no apreciar conflicto de interés por estar dicho proceso sometido a su propio control regulador del CSN.
- Se encuentran firmados por el personal registros sobre el compromiso con la independencia e imparcialidad en sus actividades.



3. Personal

- La dotación de recursos de personal al volumen de actividad previsto para la entidad es adecuado. La Inspección manifestó que variaciones significativas en la carga de trabajo respecto a la previsión actual deberán ir acompañadas de una reevaluación de dicha dotación.
- El proceso de cualificación de los técnicos y su certificación por parte de la jefatura de PR está previsto y documentado (*PR-13*), respondiendo el modelo de certificado al propuesto en la *Instrucción de Seguridad nº IS-03* del CSN. Dicho proceso comprende la formación supervisada por el Especialista en Radiofísica Hospitalaria, y se encuentran previstas las condiciones que habrán de darse para que se mantenga la vigencia de la cualificación de los técnicos.

- El candidato a JPR manifestó que una vez disponga del diploma que le reconozca como tal, y finalizado el proceso de cualificación de la técnico con la participación del RFH, emitirá el certificado sobre la cualificación de misma.
- Respecto a la formación en protección radiológica:
 - En los meses previos a la inspección se ha participado en un curso práctico sobre control de calidad del equipamiento médico-radiológico organizado por la Sociedad Andaluza de Radiofísica Hospitalaria (Dña. Ana Castro) y en congresos y jornadas organizados por las sociedades profesionales (Sociedad Española de Protección Radiológica, Sociedad Española de Física Médica, Sociedad Nuclear Española).
 - El candidato a JPR es miembro de la Sociedad Española de Protección Radiológica, manifestando tener acceso a todo el material formativo que ésta pone a disposición de los socios.
 - Está previsto (PR-13) que el personal participe de forma periódica en actividades de formación que le permita mantener un nivel de conocimientos adecuado a las funciones que tendrá encomendadas.
 - El titular indicó que está previsto que cuando a las actividades de formación sólo asista una persona, la formación adquirida sea puesta a disposición del resto.
- No se encuentra definida una sistemática de supervisión *in situ* por parte de la jefatura de PR y por el RFH sobre el desempeño del personal técnico en sus actividades. Sí lo está (ap. 9.1 del PR-15) la supervisión del desarrollo de los trabajos a nivel documental.
- El personal expuesto (JPR, FH y TEPR) estará sometido a vigilancia dosimétrica y médica, habiéndose iniciado gestiones para contratar dichos servicios con un servicio de dosimetría personal externa (SDPE) autorizado por el CSN y con un servicio de prevención de riesgos laborales, respectivamente. El titular adquirió el compromiso de no iniciar las actividades de la UTPR en tanto no se disponga de la dosimetría y aptitud médica preceptivas.



4. Recursos técnicos

- El listado de equipos aportado al CSN en la documentación de licenciamiento está desactualizado respecto a las previsiones actuales de la entidad. El titular se comprometió a adquirir los equipos necesarios para el desarrollo de sus actividades teniendo en cuenta el criterio del RFH en la toma de decisiones.
- Se encuentra prevista (PR-16) una sistemática de identificación de los equipos mediante etiquetas.

- Se ha fijado (*PR-16*) una periodicidad bienal para la calibración de los equipos de medición teniendo en cuenta las recomendaciones genéricas de los fabricantes y no está prevista la verificación de los equipos de medición mediante patrones propios de la entidad.
- Sobre el contenido del procedimiento *PR-16* en relación con la calibración de los equipos de medición, la Inspección indicó que:
 - No se ha establecido que las calibraciones tengan que ser efectuadas en laboratorios que aseguren la trazabilidad metrológica a patrones secundarios de las magnitudes correspondientes. El candidato a JPR indicó que se asegurará que así sea en el marco del proceso de evaluación de los certificados que llevará a cabo tras cada calibración.
 - No está establecido que en la selección de la calidad de radiación con que se calibrarán los equipos se deba tener en cuenta el ambiente radiológico de las instalaciones a las que se preste servicio.

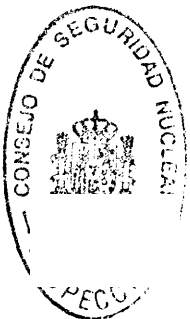


Se revisó muestralmente el certificado de calibración de un monitor de radiación (marca) de que disponían, observando que el procedimiento seguido no garantizaba el mantenimiento de la cadena de trazabilidad metrológica (había sido efectuada por el fabricante del equipo, no disponiendo éste de acreditación según la Norma ISO 17025 por ninguna entidad nacional o internacional de acreditación) y se había realizado utilizando una fuente de Cs-137 (cuando la vigilancia radiológica está previsto que se lleve a cabo en instalaciones de rayos X).

- Se dispone en la aplicación *Control de Trabajos* de herramientas para planificar la recalibración de los equipos con anterioridad al vencimiento de su periodicidad.
- Preguntado el titular por las actuaciones previstas por la entidad en caso de que alguno de los equipos de medición presentara un funcionamiento defectuoso, éste indicó que además de enviarlo a reparar si fuera necesario, llevaría a cabo un análisis del impacto de la incidencia sobre mediciones efectuadas anteriormente con el equipo.
- Se encuentra previsto el modo en que se registrarán las intervenciones de mantenimiento preventivo y correctivo a que se sometan los equipos de medición (campo «averías» de la aplicación *Control de Trabajos*).
- La entidad no dispone actualmente ni tiene previsto disponer de fuentes radiactivas propias.
- Se dispone de equipos informáticos para la gestión de la documentación asociada a las actividades que llevará a cabo la entidad (aplicación *Control de Trabajos*), así como de otros recursos informáticos como software de adquisición de datos para los controles de calidad del equipamiento médico-radiológico.

5. Manuales y procedimientos de trabajo

- Los documentos que componen la documentación de licenciamiento se encuentran:
 - referenciados e identificados de manera que la trazabilidad documental entre los mismos está asegurada,
 - firmados por personal autorizado, disponiendo las firmas presentes en los documentos de garantías sobre la autenticación de cada uno de los firmantes y de la voluntad de éstos de firmar.
- Respecto al *Manual de Protección Radiológica* (Rev. 02, 01-01-18):
 - se confirmó que contiene una adecuada descripción de los criterios de protección radiológica aplicables al ámbito en que la entidad pretende prestar servicio con la excepción de la vigilancia de las dosis al cristalino y a las extremidades (que no se encuentran abordados en el mismo) y de la formación en protección radiológica (que debe ser desarrollado con mayor detalle, recogiendo entre otros, los requisitos establecidos al efecto en el RD1976/1999).
 - la Inspección señaló varios aspectos de relevancia menor que debían ser modificados en el manual (sobre modificaciones del manual, utilización de nuevas fuentes de radiación o riesgo de contaminación).
- Los procedimientos que describen actividades para las que se necesita emisión de juicio por parte del RFH disponen de validación del mismo.
- En general, los procedimientos de trabajo elaborados para cada una de las actividades que se pretende incluir dentro del alcance de la autorización:
 - Tienen en cuenta los requisitos normativos de aplicación a la actividad.
 - Contienen una descripción adecuada de las etapas en que se desarrollan,
 - No en todos los casos contienen información sobre los registros en que quedará documentada su implantación (faltan algunas hojas de campo o de toma de datos).
- Se dispone de un documento que recoge las «Normas básicas de protección radiológica», para los distintos ámbitos de la radiología. En concreto, para las específicas para el ámbito del intervencionismo, la Inspección señaló que no contenían recomendaciones actualizadas respecto a las publicaciones más recientes (p. ej.: ICRP 139, Proyecto ORAMED, entre otras).

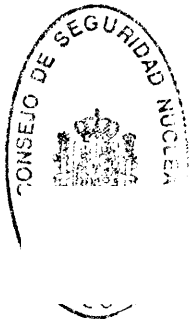


6. Actividades a incluir dentro del alcance de la autorización

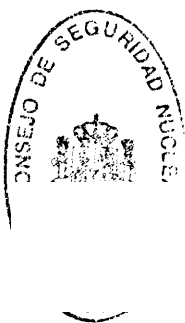
- La Inspección se interesó sobre cómo la entidad va a realizar el **seguimiento operacional de las dosis** de los trabajadores expuestos en las instalaciones a las que presten servicio, indicando el titular que, en el caso de que los clientes contraten el servicio de dosimetría a través de la UTPR, se hará haciendo uso de la plataforma *online* del SDPE con quien colaborarán, y que en caso contrario, recabarán esta información de los titulares.
- La Inspección manifestó que sin menoscabo de que el SDPE ponga herramientas a disposición de la UTPR para efectuar el seguimiento de las dosis de sus clientes, cuando éstos hubieran delegado sus funciones en la UTPR en virtud del Art. 23 del RD783/2001, será responsabilidad de la UTPR asegurarse de que el **historial dosimétrico de los trabajadores** esté actualizado, debiendo disponer de procedimientos para ello.
- La Inspección manifestó que no se había encontrado en la documentación ningún procedimiento sobre **vigilancia de dosis al cristalino** en el que se identifiquen, entre otros, los criterios de evaluación de riesgos para identificar a los trabajadores expuestos susceptibles de ser sometidos a vigilancia, los métodos de vigilancia propuestos, el proceso de validación de dichos métodos, la utilización de factores de corrección a las lecturas dosimétricas reportadas por servicios de dosimetría personal, el contenido de los informes de estimación de dosis al cristalino.

Por otro lado, tampoco se disponía de ningún procedimiento sobre la **vigilancia de las dosis a las extremidades** en el que se identifiquen, entre otros, los criterios de criterios de evaluación de riesgos para identificar a los trabajadores expuestos susceptibles de ser sometidos a vigilancia, los métodos de vigilancia propuestos, la validación de los métodos, los factores de corrección a las lecturas dosimétricas reportadas por servicios de dosimetría personal, el contenido de los informes de estimación de dosis a las extremidades.

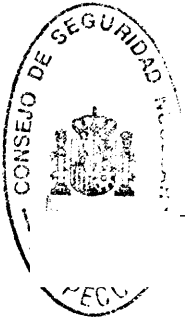
- La gestión de la **dosimetría de área para trabajadores expuestos de categoría B** está definida en el *PR-18 (Rev. 2, 10-07-2018)*. A la vista de este procedimiento, se concluyó que:
 - Está basado en el *Protocolo para la vigilancia dosimétrica mediante dosimetría de área de los trabajadores expuestos clasificados como categoría B en el ámbito sanitario (CSN-SEPR-SEFM, Marzo 2009)*.
 - Se ha previsto registrar las dosis estimadas a partir de dosimetría de área en un formato (*R40-ADA*) que contiene: datos de la clínica, datos de los trabajadores expuestos y resultados de la dosimetría mensual por año, pero no contiene un campo para la firma del JPR ni para incluir un juicio sobre la conformidad de los resultados. La responsable de calidad indicó que se revisaría para darle el formato adecuado al resto de informes de resultados de la entidad.



- La Inspección solicitó aclaraciones respecto a la redacción de algunos puntos sobre dosimetría de área incluidos en el procedimiento *PR-01 (Rev.1, 04-06-2018)*, sobre el hecho de que el cliente pueda elegir «si desea disponer de dosímetros de área o personales y cuántos serán de cada tipo». El candidato a JPR indicó que si bien la decisión última corresponde al titular, la recomendación de la entidad será efectuar dosimetría individual, no encontrándose aún previsto el modo en que se documentará tal recomendación.
- La Inspección se interesó sobre la sistemática de gestión de **dosímetros rotatorios**, manifestando el candidato a JPR que hasta la fecha no se había definido ninguna.
- El procedimiento *PR-19 (Rev. 2, 11-07-2018)* sobre asignación de **dosis administrativas** y actuación en caso de **superación de límites de dosis** no contiene todas las actuaciones que debería emprender la UTPR en ambos casos. Adicionalmente, algunas responsabilidades atribuidas al SDPE por el procedimiento (como es la modificación de una dosis administrativa con base en un informe justificado por el responsable de protección radiológica de la instalación) debieran ser asumidas por la UTPR, según la normativa en vigor.
- Sobre la actividad de **medición de niveles de radiación**, la Inspección indicó a la vista del procedimiento *PR-20 (Rev. 1, 11-07-2018)* que:
 - El método establecido permitirá estimar conservadoramente las dosis recibidas por los trabajadores y el público.
 - No está descrito el modo ni el formato donde se registrará la toma de datos de las mediciones.
 - El contenido del informe de resultados permitirá identificar los puntos de medición, así como la técnica y material utilizado en las mediciones. Sin embargo, no contiene información sobre los factores de corrección que serán considerados (carga de trabajo, factores de uso, factores de ocupación, etc.), criterios de aceptación sobre los que se efectúa la valoración y un juicio claro sobre la conformidad de los resultados.
- En relación con la actividad de **controles de calidad del equipamiento médico-radiológico**:
 - la Inspección revisó muestralmente el procedimiento *PR-04 (Rev. 1, 05-09-2018)* para equipos de tomografía computarizada, observando que no estaban incluidos algunos ensayos clasificados como esenciales en el *Protocolo Español de Control de Calidad en Radiodiagnóstico - Rev. 2011* (p.ej.: TC010), y que en la plantilla donde se encuentra previsto recoger los datos no aparecían contemplados algunos de los ensayos esenciales que sí están incluidos en el procedimiento (p. ej.: TC0008 y TC017).



- Según indicaron, las hojas de cálculo que permiten obtener los resultados sobre el control de calidad efectuado al equipamiento médico-radiológico cuentan con la validación del RFH, pero no están protegidas frente a manipulaciones inadvertidas.
 - En el informe de resultados la información incluida resultará adecuada para identificar el material y la técnica utilizados, los criterios de aceptación, el juicio sobre la conformidad de los resultados y la necesidad de acometer acciones correctivas por parte de la instalación.
- El modelo de **programa de protección radiológica (PPR)** que se encuentra previsto para ser suministrado a los titulares de las instalaciones contiene información sobre las medidas concretas (preventivas, de control, vigilancia y administrativas) aplicables a cada instalación a la que aplican, de acuerdo con el RD1085/2009. Sin embargo, no contiene firma ni identificación de la jefatura de PR responsable de su edición.
- El modelo de **programa de garantía de calidad (PGC)** previsto para ser suministrado a los titulares de las instalaciones tiene el contenido mínimo establecido en el RD1976/1999, y contiene campos para la firma del RFH, así como identificación de la UTPR responsable de su elaboración. La Inspección señaló que, en función de la revisión de los procedimientos de control de calidad del equipamiento médico-radiológico que llevaran a cabo el candidato a JPR y el RFH tras la inspección, sería necesario evaluar el impacto de dichos cambios en el modelo de PGC.
- En el modelo genérico de informe de resultados a remitir a las instalaciones (que incluye el resultado de la medición de niveles de radiación, control de calidad del equipamiento y evaluación de indicadores de dosis a los pacientes) se incluye por defecto en el «apartado 6. Conclusiones» un recordatorio sobre la (...) *obligatoriedad de colocar el delantal de plomo al paciente cada vez que se realice una exploración radiológica*, cuando en función de la exploración, la utilización de blindajes pudiera originar artefactos en la imagen.
- En el procedimiento *PR-02* (Rev. 2, 12-06-2018) se incluye un cuestionario a cumplimentar por los técnicos en sus visitas a las instalaciones que permitirá a la entidad documentar las verificaciones en base a las que se certificará su conformidad respecto al cumplimiento del RD1085/2009.
- El cuestionario indicado en el guión anterior incluye, asimismo, verificaciones que permitirán a la UTPR evaluar el grado de cumplimiento de lo establecido en el RD 1976/1999 por parte de las instalaciones.
- El modelo de certificado de conformidad elaborado tiene en cuenta las recomendaciones efectuadas por el CSN sobre el contenido mínimo de estos certificados (*Circular CSN/CIRCULAR-4/DPR-91/SRO/2017*).



- El procedimiento *PR-17 (Rev. 1, 05-09-2018)*, sobre dosis de entrada a pacientes ha sido validado por el RFH, y contiene para cada tipo de equipo la descripción de las etapas para obtener los indicadores de dosis. En el anexo del procedimiento se incluye un modelo de informe de resultados en el que además de información sobre el ensayo, se incluye un campo para la inclusión de observaciones por parte del RFH.
- La Inspección se interesó sobre si en la evaluación de los indicadores de dosis a los pacientes se tendrán en consideración los niveles de referencia recogidos en las recomendaciones europeas (p. ej.: *Radiation Protection nº 185, RP nº 178*), indicando el candidato a JPR que hasta la fecha no habían sido considerados, si bien analizaría junto con el RFH la conveniencia de hacerlo.
- La sistemática prevista para gestionar las desviaciones apreciadas por la UTPR en las instalaciones está definida en el procedimiento *PR-02 (Rev. 2, 12-06-2018)*. Está previsto no sólo documentar las desviaciones sino hacer un seguimiento sobre el cumplimiento por parte de los clientes de las acciones propuestas por la UTPR para subsanarlas.
- Las actuaciones de la UTPR ante desviaciones en las instalaciones está previsto que se gestionen como no conformidades. Comprenden no sólo su identificación y notificación al titular, sino también un seguimiento sobre la adopción por parte del titular de las acciones correctivas que la UTPR le hubiera podido recomendar.
- La Inspección se interesó sobre la sistemática prevista por la UTPR (a través de la figura del RFH) para participar en la optimización de los procedimientos médico-radiológicos en las instalaciones, indicando el candidato a JPR que si bien los servicios de protección radiológica pueden desarrollar esta participación por encontrarse presentes en la misma instalación a la que asesoran, en el caso de la UTPR resulta complicado, toda vez que se personan puntualmente en las instalaciones para servicios concretos.
- Se encuentra definido el modelo de informe anual para el CSN que elaborarán para aquellas instalaciones que así lo soliciten y éste es coherente con lo establecido al efecto en el RD1085/2009.

7. Sistema de gestión de la calidad

- La descripción del sistema de gestión que se implantará en la UTPR está incluida en el *Manual de Garantía de Calidad (Rev. 2, 01-06-2018)*, en el que se ha tenido en cuenta la Norma UNE-EN ISO/IEC 17020:2012 para su redacción.
- Las versiones en vigor de los documentos (manuales y procedimientos) se encuentran a disposición del personal en la aplicación *Control de Trabajos*. Adicionalmente, disponen de una carpeta con la normativa de aplicación en el ordenador personal del titular.



- Los documentos son sometidos a revisión periódica y las modificaciones incluidas en los mismos son reconocibles.
- Se encuentra prevista la remisión del informe anual sobre las actividades de la UTPR al CSN (PR-21) con un formato cuyo contenido responde a las últimas indicaciones efectuadas por el CSN (CSN/CIRCULAR-7/DPR-219/SRO/17).
- El formato de los contratos de prestación de servicios que la entidad suscribirá con sus clientes está definido, los requisitos normativos a que hacen referencia las actividades de la UTPR están identificados y recabará la aceptación expresa del titular a que la UTPR informe al CSN de las condiciones adversas para la seguridad de que tenga conocimiento en el desarrollo de sus actividades.
- La sistemática para la planificación de los trabajos y para realizar el seguimiento sobre su desarrollo está definida (PR-15, tabla «Clientes UTPR año XXX»).
- Están definidas (MGC) las sistemáticas de gestión de no conformidades relativas a las actividades de la UTPR, recepción y gestión de quejas por parte de los clientes, auditorías internas y revisión por la dirección.
- No se ha definido la sistemática que implantará la entidad para proteger la integridad y seguridad de los datos que alberguen los equipos informáticos (realización de copias de seguridad, protección contra virus informáticos, etc.). En principio, según la responsable de calidad, está previsto trabajar en entorno Google Drive, por lo que la información archivada se actualizará de manera permanente.

Antes de abandonar las instalaciones, la Inspección mantuvo una reunión con el titular y la responsable de calidad en la que se repasaron las observaciones más significativas encontradas durante la inspección. Por parte del titular se dieron las necesarias facilidades para la actuación de la Inspección.

Con el fin de que quede constancia de cuanto antecede y a los efectos que señalan la Ley 15/1980 de creación del Consejo de Seguridad Nuclear, la Ley 25/1964 sobre Energía Nuclear, el Reglamento de Instalaciones Nucleares y Radiactivas y el Reglamento de Protección Sanitaria contra las Radiaciones Ionizantes, así como la autorización referida, se levanta y suscribe la presente acta por duplicado en Madrid y en la sede del Consejo de Seguridad Nuclear a uno de octubre de 2019.

TRÁMITE.- Se invita a un representante autorizado de la entidad para que con su firma, lugar y fecha, manifieste su conformidad o reparos al contenido del acta.

Se adjuntan comentarios al acta en Anexo
En Santander a 17 de Octubre de 2019

Radiológica S.L.

DILIGENCIA

En relación con los comentarios formulados en el TRÁMITE (Registro de Entrada Nº 15406, de 23-10-2019) del acta de inspección de referencia CSN/AIN-01/UTPR/S-0002/19 correspondiente a la inspección realizada a la entidad «Ingeniería Radiológica, SL», en el marco del proceso de licenciamiento como Unidad Técnica de Protección Radiológica (UTPR) el día veintitrés de septiembre de dos mil diecinueve, la inspectora que la suscribe declara,

Que la información aportada se considera favorablemente y será tenida en cuenta en la evaluación de los resultados de la inspección, quedando a la espera de la recepción en el CSN de la documentación que acredite la implantación de las medidas correctivas a las que se compromete el titular en el TRÁMITE. Los comentarios no modifican el contenido del acta.

Madrid, a 24 de octubre de 2019

M^a Luisa Tormo
INSPECTORA