

## ACTA DE INSPECCIÓN

inspector acreditado por el Consejo de Seguridad Nuclear (CSN) para la Comunidad Foral de Navarra,

**CERTIFICA:** Que se ha personado el día diecisiete de octubre de dos mil veinticuatro, en la **CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA**, sita en la Avenida \_\_\_\_\_, en PAMPLONA (Navarra). \_\_\_\_\_



La visita tuvo por objeto inspeccionar el Servicio de Protección Radiológica (SPR) de la CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA, ubicado en el emplazamiento referido y cuya última modificación fue autorizada por el Acuerdo del Consejo de Seguridad Nuclear de fecha 26 de noviembre del 2014, la cual dejaba sin efecto la anterior autorización. \_\_\_\_\_

La Inspección fue recibida el \_\_\_\_\_, Jefe del Servicio de Radiofísica y Protección Radiológica (SRPR) de la Clínica Universidad de Navarra y la \_\_\_\_\_, técnica del Servicio, en representación del titular, quienes aceptaron la finalidad de la inspección en cuanto se relaciona con la Protección Radiológica.

Los representantes del titular de la instalación fueron advertidos previamente al inicio de la inspección que el Acta que se levante de este acto, 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 notifica a los efectos de que el titular exprese qué información o documentación aportada durante la inspección podría no ser publicable por su carácter confidencial o restringido. \_\_\_\_\_

De las comprobaciones efectuadas por la Inspección, así como de la información requerida y suministrada por personal antes citado, resulta que:

## UNO. DEPENDENCIA FUNCIONAL Y ORGANIZACIÓN

- Según se manifestó, el SRPR depende directamente de la Dirección General de la Clínica Universidad de Navarra, tratando el SPR los temas de protección radiológica con la Subdirección Médica de la Clínica. \_\_\_\_\_

- El ámbito de actuación del SPR son las instalaciones radiactivas de  
( \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ y de \_\_\_\_\_  
de la Clínica Universidad de Navarra. \_\_\_\_\_

## DOS. MEDIOS HUMANOS

- Los medios humanos de que dispone el SPR son los siguientes:

- \_\_\_\_\_ , especialista en Radiofísica Hospitalaria y Jefe del Servicio.
- \_\_\_\_\_ , Ingeniera y Técnica Experta en PR (marzo de 2007). Realizó el Curso Superior de PR en el \_\_\_\_\_ en 2006.
- \_\_\_\_\_ , Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico (TSID) y Técnico Experto en PR (noviembre de 2018).
- \_\_\_\_\_ , Bioquímica y Técnica Experta en PR (marzo de 2021).
- \_\_\_\_\_ , Radiofísico Interno Residente (RFIR)-3.
- \_\_\_\_\_ , Radiofísico Interno Residente (RFIR)-2. \_\_\_\_\_

- Estaba disponible el Acuerdo del Consejo de Seguridad Nuclear, de fecha 18/02/98, por el cual se concede a \_\_\_\_\_ el Título de Jefe del Servicio de Protección Radiológica de la Clínica Universidad de Navarra. Que, sus ausencias son cubiertas por \_\_\_\_\_ o por los especialistas del SPR de la \_\_\_\_\_ ). \_\_\_\_\_

- El SPR comparte la administrativa con el Servicio de Medicina Nuclear, con las funciones ya descritas en Actas anteriores. \_\_\_\_\_



- Según se manifestó, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ dedican, aproximadamente, la mitad de sus jornadas a las tareas de Radiofísico en Medicina Nuclear e Ingeniería, respectivamente, y la otra mitad a los temas de Protección Radiológica y de Garantía de Calidad de las instalaciones de Radiodiagnóstico. Que, según se manifestó, tanto \_\_\_\_\_ como \_\_\_\_\_ dedican su jornada laboral completa (37,5 horas semanales) a las funciones de Protección Radiológica. \_\_\_\_\_

**TRES. MEDIOS TÉCNICOS**



- El SPR dispone de los siguientes locales:
  - El despacho del Jefe del Servicio ubicado en el Servicio de Medicina Nuclear. Que el Inspector manifestó que, con el fin de que cualquier persona pueda localizar fácilmente dicho despacho, éste debería estar adecuadamente identificado y señalizado.
  - Un despacho y una sala de reuniones ubicados en el Servicio de Radiofísica.
  - Un despacho ubicado en la planta 3ª de la Fase III (“habitación 338”), asignado a los técnicos del SPR y donde se guarda la documentación y parte del equipamiento de control de calidad.
  - Las dos casetas situadas en el exterior del edificio principal, dedicadas a almacén y gestión de residuos radiactivos sólidos y líquidos, que, aunque incluidas en la instalación de Medicina Nuclear, son gestionadas directamente por el SPR. \_\_\_\_\_

- El SPR dispone de un enlace específico en la intranet de la Clínica donde se detalla la forma de contactar con su personal y sus localizaciones. \_\_\_\_\_

- El SPR dispone de los siguientes equipos portátiles para la detección y medida de las radiaciones y fuentes radiactivas encapsuladas, de uso propio independiente de los existentes en las instalaciones radiactivas:

**DETECTORES DE RADIACIÓN / CONTAMINACIÓN**

Marca	Modelo	Nº Serie	Sonda	Nº Serie	Tipo	F. Calibración	F. Verif.
			-	-	Rad.	15/07/2021	jun-24
					Cont.	06/03/2023	jun-24

### FUENTES RADIATIVAS ENCAPSULADAS

Ref. fuente	Isótopo	Fecha act. original	Actividad (Bq)
		02/03/92	
		20/02/17	

- Según se manifestó, el SPR utiliza para sus labores las siguientes fuentes radiactivas encapsuladas pertenecientes a la instalación radiactiva de Medicina Nuclear (IRA/0720):

Modelo	N Serie	Isótopo	Act (MBq)	Servicio	Fecha act. original
				GMP	1-jun-09
	----			MN	1-abr-97
				MN	1-abr-00
				MN	1-dic-99
				MN	14-dic-90
				MN	1-mar-21
				MN	1-jul-08
				UNIMTRA	14-dic-90
				UNIMTRA	1-mar-21
				UNIMTRA	22-mar-04



- Las fuentes radiactivas propias del SPR se encuentran almacenadas en un armario de la "habitación 338". Que, según se manifestó, anualmente se realizan los controles de hermeticidad de todas las fuentes radiactivas encapsuladas, según el procedimiento *PR-ISO-02 "Verificación de la hermeticidad de fuentes encapsuladas"*. -----

- El SPR dispone del siguiente equipamiento de medida para controles de calidad de radiodiagnóstico:

Tipo	Marca	Modelo	Nº Serie	F. Calibr.
Multímetro				----
Detector				9/02/2021
Detector				9/02/2021
Test de Leeds				----
Coincidencia			----	----
Perpendicularidad				----
Contraste				----
Láminas PMMA				----
Filtro de 21 mm de Al				----
QC mamografía			----	----
QC dental				----
Cabeza-cuerpo PMMA				----
QC CT				----
Películas radiocrómicas		----	----	----
Luxómetro		----	----	----

- Se dispone de la documentación original de los equipos detectores de radiación, así como de los certificados de las calibraciones posteriores realizadas por Laboratorios Acreditados, de acuerdo con el procedimiento *GEN-10* “Programa de calibración y verificación de detectores”. Que estaba disponible el procedimiento *PR-PR-11* “Verificación de detectores de radiación”, archivándose los resultados de las verificaciones, las cuales son realizadas al menos anualmente. -----

#### **CUATRO. DOSIMETRÍA**

- El SPR controla la asignación de todos los dosímetros personales y de área, su intercambio mensual, y la distribución de resultados en las instalaciones. -----

- Existe un procedimiento escrito para las incorporaciones de nuevos trabajadores a las instalaciones radiactivas (*GEN-01: “Contratación y/o traslado de un trabajador expuesto a las radiaciones ionizantes”*). Que cuando se incorpora un nuevo trabajador, el SPR le asigna un dosímetro y en caso de estar clasificado en categoría “A” informa al Servicio Médico de dicha incorporación, solicitando que se le comunique su estado de aptitud médica. -----

- Según se manifestó, se realiza la comunicación y registro de las dosis en conjunto recibidas por todos aquellos trabajadores expuestos que a su vez disponen de control dosimétrico en otras instalaciones radiactivas, que han manifestado dicha situación al SPR. -

- Las lecturas de los dosímetros es realizada por la firma  
*de Madrid.* -----

- El SPR recibe en soporte papel por duplicado y en soporte digital el resultado de las lecturas dosimétricas de todos los trabajadores. Cuando una lectura es considerada “superior a las habituales” por el SPR, se contacta con el interesado para investigar la causa, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento *GEN-06 “Indicadores de calidad en la dosimetría personal”*. -----

- El SPR envía de forma personalizada a cada trabajador un informe anual de su dosimetría. -----



- El SPR lleva el archivo dosimétrico mediante soporte de papel y dispone del historial dosimétrico individualizado de cada trabajador. -----

- En el momento de la Inspección figuraban 424 personas como controladas dosimétricamente en la CUN. Que, además, había 6 personas más controladas mediante dosímetros asignados temporalmente. -----

- En el momento de la Inspección 61 personas utilizan dosímetros de anillo repartidas como sigue:

- \* 2 personas de Hemodinámica.
- \* 2 personas de Electrofisiología.
- \* 3 personas de Angiografía.
- \* 6 personas del Servicio de Radiodiagnóstico.
- \* 14 personas de Radioterapia/Braquiterapia.
- \* 11 personas de Medicina Nuclear y PET.
- \* 11 personas de Radiofarmacia.
- \* 10 personas de Radiofísica.
- \* 1 personas de UNIMTRA.
- \* 1 persona del Quirófano Experimental. -----

- En el momento de la Inspección el SPR realiza una estimación de dosis en cristalino, mediante el uso de dosimetría externa al delantal plomado, a 35 personas repartidas como sigue:

- \* 2 personas de Hemodinámica.
- \* 8 personas de Electrofisiología.
- \* 4 personas de Angiografía.
- \* 5 personas del Servicio de Radiodiagnóstico.
- \* 1 persona de Cirugía Cardíaca.
- \* 1 personas de Cirugía Vasculár.
- \* 3 personas de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- \* 8 personas de Intervencionismo.
- \* 3 personas de Quirófano. -----



- Según se manifestó, el número de trabajadoras expuestas gestantes declaradas y controladas, portando todas ellas el correspondiente dosímetro de abdomen, habían sido: 7 en 2021, 6 en 2022 y 9 en 2023. Que en el momento de la Inspección no había trabajadoras controladas con dosímetro de abdomen. -----

- Según se manifestó, durante el año 2023, aproximadamente al 0,5 % de los usuarios de dosímetros de "solapa" y al 0,5 % de los usuarios de dosímetros de "anillo" se les asignó al menos una "dosis administrativa". -----

- Un mes al año realizan dosimetría de área, mediante dosímetros TLD, en todas las dependencias con posibilidad de exposición de la Clínica. -----

#### CINCO. VIGILANCIA MÉDICA

- Los reconocimientos médicos de los trabajadores expuestos se llevan a cabo en el *Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Clínica Universidad de Navarra*. -----

- Según se manifestó, en radiodiagnóstico se clasifica como categoría "A" a aquellos trabajadores de los Servicios de Hemodinámica, Electrofisiología, Angiografía, Cirugía Vasculare e Intervencionismo que trabajan a pie de tubo. El resto del personal expuesto está clasificado como trabajadores expuestos de categoría "B", y todos ellos utilizan dosímetro personal. -----

- En el momento de la Inspección los trabajadores clasificados como categoría "A" (54 personas) estaban repartidos como sigue:

- 2 personas de Hemodinámica.
- 7 personas de Electrofisiología.
- 2 personas de Angiografía.
- 1 personas de Cirugía Vasculare.
- 6 personas de Intervencionismo.
- 9 personas de Radioterapia/Braquiterapia.
- 10 personas de Medicina Nuclear.
- 12 personas de Radiofarmacia.
- 4 personas de Radiofísica.
- 1 personas de UNIMTRA. -----

- El SPR es informado y colabora en el control de las revisiones médicas de los trabajadores expuestos clasificados en categoría "A".-----

- Según se manifestó, en el año 2024 habían sido reconocidos médicamente los 54 trabajadores clasificados como categoría "A".-----

### **SEIS. PROCEDIMIENTOS**

- Disponen de un *Manual de Protección Radiológica (versión 5/2024)* y, según se manifestó, es revisado anualmente. Que además del Manual general existen una serie de procedimientos escritos, comunicados al CSN, cuyas revisiones periódicas son enviadas a dicho Organismo en el informe anual del SPR. Que en la intranet de la Clínica está accesible toda la documentación considerada por el SPR de interés para los trabajadores de las tres instalaciones radiactivas y la de radiodiagnóstico.-----

- Estaban disponibles los 89 procedimientos actualizados y vigentes de PR, clasificados en los temas de Generales, Isótopos, Medicina Nuclear, Quirófano Experimental, PET, Rayos X, Radioterapia y Protección Radiológica (incluyendo la Garantía de Calidad de Radiodiagnóstico). Que, la relación de dichos procedimientos se incorpora a este Acta en el *Anexo 1*.-----

### **SIETE. ACTUACIONES**

- Según se manifestó, a cada nuevo trabajador de las instalaciones radiactivas, incluidas las de radiodiagnóstico, se le informa sobre las medidas y obligaciones de protección radiológica, archivándose el documento donde se declara conocerlas y aceptarlas por parte del trabajador.-----

- La solicitud de material radiactivo la efectúa cada instalación, sin previa notificación al SPR (a excepción de la correspondiente a la Braquiterapia de Alta Tasa), estando estipulado en el procedimiento *ISO-02 ("Adquisición y recepción de material radiactivo")* que la recepción se lleve a cabo en la instalación correspondiente por un Operador de la misma, quien deberá cotejar lo recibido con lo solicitado y anotarlo en el correspondiente Diario de Operaciones. Los albaranes junto con las solicitudes se archivan en la instalación.-----



- Se lleva un control y registro de las adquisiciones de material radiactivo en Medicina Nuclear. Que el SPR es informado trimestralmente de las adquisiciones del Laboratorio de Bioquímica. Que tienen acceso a la base de datos de adquisiciones de material radiactivo para los tratamientos de Braquiterapia del Servicio de Radioterapia, todo ello, según lo establecido en el procedimiento *ISO-02*. -----

- Según se manifestó, el SPR tiene acceso a los registros del material radiactivo producido del área PET de Medicina Nuclear. Que, según se manifestó, próximamente se actualizará el procedimiento *PET-03* ("*Control de la producción de material radiactivo en el PET*"). -----

- El SPR realiza los controles de calidad de los equipos de radiodiagnóstico de la Clínica, así como la medida de la radiación en su entorno y la estimación de dosis a pacientes, expidiendo los correspondientes certificados anuales de conformidad de la instalación . Que, según se manifestó, tanto en el año 2022 como en el 2033 no se realizó el control de calidad a 4 de los 34 equipos de radiodiagnóstico de que consta la instalación.

- El SPR participa en las fases de diseño, construcción, modificación o clausura de los locales y equipamiento de las instalaciones radiactivas, incluidas las de radiodiagnóstico, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento *GEN-08* ("*Proyecto y aceptación de instalaciones y equipos con riesgo radiológico*"). -----

- Según se manifestó, el SPR realiza cada año las comprobaciones del estado del material de protección radiológica tales como delantales, chalecos, protectores tiroideos, etc., mediante RX e inspección visual, registrando los resultados y retirando los no conformes. El resultado de estas verificaciones es comunicado al Servicio correspondiente. -----

- El SPR realiza los controles de calidad del equipamiento del Servicio de MN (los activímetros de Medicina Nuclear, de UNIMTRA y de la Unidad de Radiofarmacia; la sonda de captación de MN y la sonda quirúrgica; el contador de pozo y los equipos SPECT Y PET. -----

- Se lleva un inventario actualizado de las fuentes encapsuladas de que dispone la Clínica y un registro de los controles anuales de hermeticidad que se les realizan. -----



- El SPR realiza el control de la contaminación de las instalaciones de Medicina Nuclear, incluida la zona PET, y de la instalación de Bioquímica, registrándose dichas actuaciones. Que, según se manifestó, en el año 2024 habían sido 88 los controles de contaminación realizados hasta la fecha de esta Inspección. Que cuando se detecta una contaminación, las labores de descontaminación las realiza personal de la instalación afectada en presencia de un técnico del SPR, quien posteriormente verifica la ausencia de contaminación. Que, además, según se manifestó, en el año 2024 habían realizado 15 controles de contaminación, hasta la fecha de esta Inspección, en las habitaciones de terapia metabólica, sin realizar labores posteriores de descontaminación. -----



- El SPR realiza en todas las instalaciones lo siguiente:

- \* Control mensual de los niveles de radiación.
- \* Verificación de los sistemas de seguridad.
- \* Verificación de los detectores de radiación.
- \* Verificación de la hermeticidad de las fuentes radiactivas
- \* Verificación de los blindajes estructurales. -----

- En la Clínica existe un Servicio de Mantenimiento que se encarga de la gestión de las averías de todos los equipos generadores de radiaciones ionizantes. Que las averías del ciclotrón son gestionadas por personal de la *Unidad de Radiofarmacia*. Que está establecido que todos los certificados de restitución de los equipos de rayos X sean enviados al SPR. ----

- Se dispone de contratos de mantenimiento para todos los equipos en uso. -----

- El SPR realiza la clasificación de áreas y la señalización de zonas de toda la Clínica.

- El SPR se encarga de la elaboración de todas las documentaciones relativas a solicitudes de autorización de las instalaciones radiactivas y a solicitudes de inscripción en el *"Registro de instalaciones de rayos X con fines de diagnóstico médico"* de la Clínica. -----

- El SPR realiza su correspondiente informe anual, el de Medicina Nuclear y el de la instalación de radiodiagnóstico médico, mientras que en las restantes instalaciones radiactivas ( ) los elaboran supervisores pertenecientes a dichas instalaciones. -----

---

- El SPR registra la disponibilidad de licencias, acreditaciones y certificados de formación en protección radiológica de 2º nivel de todo el personal de la Clínica. -----

- El SPR había enviado al CSN sus informes anuales. -----

- Según se manifestó, se habían realizado simulacros anuales de emergencias en los años 2022, 2023 y 2024, tanto en Braquiterapia de Alta Tasa como en el Servicio de Medicina Nuclear. -----

#### **OCHO. RESIDUOS RADIATIVOS**

- El control de la eliminación de residuos radiactivos líquidos procedentes de los inodoros de las habitaciones preparadas para tratamientos con \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, lo gestiona el SPR. -----

- Los residuos sólidos formados por bolsas y contenedores de material contaminado de Medicina Nuclear y de Bioquímica, generadores agotados de Medicina Nuclear, fuentes encapsuladas fuera de uso y bolsas de ropa contaminada, los gestiona el personal del SPR. Que, según se manifestó, la gestión de los residuos de las semillas de material radiactivo utilizadas en Braquiterapia es realizada por el Servicio de Radioterapia. -----

- El SPR dispone de cuatro libros donde se registra la gestión de los residuos radiactivos (uno para los residuos provenientes del uso de fuentes no encapsuladas, uno para los residuos orgánicos, uno para los generadores de \_\_\_\_\_ agotados, y el último para la gestión de la ropa usada por los pacientes tratados con \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_). Que en soporte informático se registra tanto el control semanal de los depósitos de residuos líquidos procedentes de las habitaciones de los pacientes antes mencionados como la gestión de las fuentes radiactivas encapsuladas fuera de uso. -----

- El control de la emisión de residuos radiactivos gaseosos procedentes del *Área de Producción de Radionucleidos (ciclotrón)* y de la *Unidad de Radiofarmacia*, se realizan en tiempo real y de forma continua, almacenándose en soporte informático los datos registrados.



## **NUEVE. FORMACIÓN DEL PERSONAL**

- La formación inicial en Protección Radiológica del nuevo personal expuesto a radiaciones ionizantes la realizan en conjunto los responsables de cada instalación y el SPR, tal como lo determina el procedimiento *GEN-01 "Contratación y/o traslado de personal profesionalmente expuesto"*. -----

- Según se manifestó, se había implementado la *IS-38* del CSN sobre la formación de las personas que intervienen en el transporte de material radiactivo. -----

- Estaba documentado que el SPR había realizado, durante los años 2021, 2022, 2023 y 2024, las siguientes actividades formativas:

- 4 Cursos Básicos de Protección Radiológica (Residentes).
- 2 Cursos Avanzados de Protección Radiológica (Residentes de Radiodiagnóstico).
- 32 Seminarios de actualización de Protección Radiológica (Trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes). -----

- No consta que siete de los catorce médicos que realizan procedimientos intervencionistas dispongan de la formación en protección radiológica de 2º nivel (Cirugía Cardíaca (disponen 2 de 2), Cirugía Vascul ar (dispone 0 de 1), Hemodinámica (dispone 1 de 2), Electrofisiología (disponen 2 de 3) y Angiografía (disponen 2 de 6)). -----

## **DIEZ. DESVIACIONES**

- En los años 2022 y 2023 no se realizó el control de calidad a 4 de los 34 equipos de radiodiagnóstico que están en el ámbito de actuación del SPR. -----

- Ni en los Certificados de Conformidad ni en los Informe Anuales de los años 2022 y 2023 constaba lo detallado en el párrafo anterior. -----



Con el fin de quede constancia de cuanto antecede y a los efectos que señala la Ley 15/1980 de creación del Consejo de Seguridad Nuclear, la Ley 25/1964 sobre Energía Nuclear, el RD 1836/1999 por el que se aprueba el Reglamento sobre Instalaciones Nucleares y Radiactivas, el RD 1029/2022 por el que se aprueba el Reglamento sobre protección de la salud contra los riesgos derivados de la exposición a las radiaciones ionizantes, y la referida autorización, se levanta y suscribe la presente acta en Pamplona y en la sede del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, a veinticuatro de octubre de dos mil veinticuatro.



**TRÁMITE.** En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 45.1 del RD 1836/1999, se invita a un representante autorizado de la **CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA**, para que, con su firma, identificación, lugar y fecha, manifieste su conformidad o reparos al contenido del Acta.

Firmado por  
- DNI \*\*\*9758\*\* el día  
24/10/2024

ANEXO 1.- RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE PR









Clínica  
Universidad  
de Navarra

Gobierno de Navarra

Asunto: TRÁMITE del Acta de Inspección  
Referencia CSN-GN/AIN/16/SPR/NA-0002/2024

, Director General de la Clínica  
Universidad de Navarra, ubicada en Pamplona, Avda. , CP 31008,  
actuando en nombre y representación de esta entidad, en cuyas instalaciones  
radiactivas y de radiodiagnóstico está autorizado el Servicio de Protección  
Radiológica de la Clínica (SPR/NA-0002)

TRAMITA:

El Acta de Inspección con referencia CSN-GN/AIN/16/SPR/NA-0002/21,  
aceptando el contenido de la misma con la siguiente información adicional,  
alguna ya comunicada durante la inspección:

No se realizó el control de calidad a 4 de los 34 equipos de radiodiagnóstico de  
que consta la instalación en los años 2022 y 2023 por falta de programación.

En adelante, se hará constar en el Certificado de Conformidad y en el Informe  
Anual si no se realiza el control de calidad en algún equipo de radiodiagnóstico.

Errores tipográficos: Consta 2033 en lugar de 2023 en las páginas 9/16 (párrafo  
3) y 12/16 (párrafo 5).

2024



Pamplona, 5 de noviembre de

Clínica  
Universidad

### DILIGENCIA

En relación con los comentarios formulados en el TRÁMITE del acta de inspección de referencia **CSN-GN/AIN/16/SPR/NA-0002/2024** de fecha 24 de octubre de 2024, el Inspector que la suscribe declara:

- Hoja anexada, comentario 1º:  
Se acepta el comentario, que no modifica el contenido del Acta.
- Hoja anexada, comentario 2º:  
Se acepta el compromiso del titular (que será comprobado en la próxima inspección), que no modifica el contenido del Acta.
- Hoja anexada, comentario 3º:  
Se acepta la corrección, que modifica el contenido del Acta.



En Pamplona, a 12 de noviembre de 2024

EL INSPECTOR

Firmado por

- DNI

\*\*\*9758\*\* el día 12/11/2024