	PROCESO GESTIÒN DE BIENES Y SERVICIOS FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN AL TRANSPORTADOR DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	Código: FOR-BS-056 Versión: 1 Fecha: Memo Int 11473 – 26/02/2018 Página: 1 de 3

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Hogar San José Saramita.		
DIRECCIÒN: calle 22# 36 a 25 la venta	TELEFONO: 867-0796	CIUDAD: Fusagasugá
PERSONAL RESPONSABLE: Juan David Sánchez Martínez		
CARGO: Técnico Ambiental		
FECHA: 2021-09-02	EMPRESA TRANSPORTADORA: DESCONT S.A.S.	

INSTRUCCIÒN DE VERIFICACIÒN	CUMPLE		OBSERVACIONES
	SI	NO	
1. CHEQUEO AL PERSONAL			
1.1. El personal que realiza el transporte informa que está capacitado y entrenado en el manejo de los residuos hospitalarios.	X		
1.2. El personal cuenta con los elementos de protección personal adecuados al tipo de residuos que transporta.	X		
2. CHEQUEO DE SEÑALIZACIÓN AL VEHICULO			
2.1 Los vehículos utiliza señalización visible, indicando el tipo de residuos que transportan, especificando el nombre del municipio(s), el nombre de la empresa con dirección y teléfono.	X		
2.2. El vehículo posee rótulos de identificación.	X		
2.3. Se encuentran bien ubicados los rótulos de identificación del producto.	X		
2.4. Es reflectivo el rotulo del vehículo.	X		
2.5. El vehículo cuenta con la placa de las naciones unidas (UN) en colores y diseño establecido.	X		
2.6. La placa de naciones unidas está ubicada en todas las caras del vehículo, incluida la cabina.	X		UN 3291
3. CHEQUEO AL EQUIPO DE SEGURIDAD			
3.1. El vehículo cuenta con los siguientes elementos básicos de atención de emergencias:			
3.1.1. Ropa protectora para el personal.	X		
3.1.2. Linterna	X		
3.1.3. Botiquín de primeros auxilios	X		
3.1.4. Kit control de derrames u otro	X		
3.1.5. Cuenta con 2 extintores tipo multi-propósito, como mínimo.	X		
4. CHEQUEO A LA CARGA			
4.1. La carga transportada sobresale por alguno de los lados del vehículo		X	
4.2. La carga del vehículo se encuentra bien acomodada en las canastillas retornables donde se depositan las bolsas.	X		
4.3. La carga dentro del vehículo está debidamente sujeta	X		
5. CHEQUEO AL VEHICULO			
5.1. El vehículo posee dispositivo sonoro que se active en el momento en el cual el	X		

Escaneado con CamScanner

vehículo se encuentre en movimiento de reversa.			
5.2. El vehículo recolector de residuos tiene superficies internas lisas de bordes redondeados de forma que se facilite el aseo y estar provisto de ventilación adecuada.	X		
6. CHEQUEO DE DOCUMENTOS			
6.1. Tiene el vehículo vigente la tarjeta de registro nacional para transporte de mercancías peligrosas			NA
6.2. Se ha entregado al conductor Hojas o fichas de seguridad del o los residuos que va a transportar	X		
6.3. El conductor posee y suministra el documento original del manifiesto de transporte de residuos peligrosos, donde se relacionan: tipo y cantidad de residuos transportados, nombre del generador, destino, fecha del transporte, firma de quien entrega, nombre del conductor y placa del vehículo.	X		
OBSERVACIONES GENERALES Y COMPROMISOS			

Persona que realizó la verificación:	**Persona que realizó acompañamiento en la verificación por parte del Transportador:**
NOMBRE Juan David Sanchez Martinez Cédula N.° 1069748066	NOMBRE EDWIN MORENO Cédula N.° 800 935 15
Cargo Tecnico Ambiental Teléfono 7134527117	Cargo O.P. CONDUCTOR Teléfono 311 295 3068
Firma:	Firma:
Nota: Este Formato debe aplicarse una vez cada trimestre a la empresa que realiza la recolección y/o transporte de los residuos hospitalarios.	

Escaneado con CamScanner