ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE VERIFICACIÓN INTERNA DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	Código: FOR-GA-022 Versión: 0 Fecha: Memorando I2021031818 - 21/10/2021 Página: 1 de 4

NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Hogar San José Saramita		
DIRECCIÓN: Calle 22 # 36ª 25	**TELÉFONO: 3164912422**	**CIUDAD: Fusagasugá**
PERSONAL RESPONSABLE: Fernando Salcedo		
CARGO: Coordinador Comunidad de Cuidado		**FECHA:** 26-12-2023

ASPECTOS A INSPECCIONAR	CUMPLE SI	CUMPLE NO	OBSERVACIONES
1. INFRAESTRUCTURA FISICA			
1.1 Se cuenta con un espacio para el almacenamiento central de los residuos hospitalarios, según lo estipulado en la Resolución 1164 de 2002.	X		
1.2 El área de almacenamiento central temporal cuenta con las condiciones físicas y sanitarias para el almacenamiento de los residuos generados.	X		
1.3 Se cuenta con Áreas separadas para el almacenamiento de los residuos hospitalarios peligrosos y los no peligrosos.	X		
1.4 Existen espacios separados física y sanitariamente dentro del almacenamiento central para cada clase de residuos hospitalarios.	X		
1.5 Las áreas de almacenamiento central se encuentran debidamente señalizadas y existe equipo contra incendio cerca.	X		
2. RECURSO HUMANO			
2.1 El servicio cuenta con personal responsable de las funciones administrativas, asistenciales, de aseo y de mantenimiento.	X		
2.2 El recurso humano ha recibido entrenamiento y capacitación para el manejo de los residuos, verificar los certificados de asistencia y soportes de actas.	X		
2.3 El personal que manipula los residuos cuenta con programas de Capacitación, exámenes clínicos, esquema de vacunación de los trabajadores, el monitoreo biológico y ambiental.	X		
2.4 El personal está capacitado y realiza la clasificación y segregación de los residuos peligrosos y no peligrosos.	X		
2.5 El personal conoce y está capacitado en las normas estipuladas en el PGIRH, esta actividad se encuentra documentada con los soportes de asistencia del personal a las capacitaciones	X		
3. DOTACIÓN			
3.1 El personal cuenta con los elementos de protección personal apropiados para la labor.	X		
3.2 El establecimiento dispone de la siguiente dotación.			
3.2.1 Los contenedores para el almacenamiento de los residuos se encuentran de acuerdo con el código de colores y cumpliendo con las especificaciones de las hojas de seguridad y/o fichas técnicas.	X		
3.2.2 Los carros para el transporte interno, cumplen con especificaciones y en caso de no contar con estos, cuenta con un recipiente hermético.	X		

3.2.3 Cuentan con recipientes seguros para almacenar los residuos según tipo de peligrosidad.	X		
3.2.4 Las bolsas se encuentran identificadas con el rotulado específico.	X		
3.2.5. Cuentan con un sistema para pesaje exclusivo de los residuos hospitalarios peligrosos.	X		
4. ACTIVIDADES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS			
4.1 Cuenta con el gestor autorizado por los entes de control para la recolección, transporte, tratamiento y disposición final, cumpliendo requisitos del Decreto 351 de 2014, Decreto 780 de 2016, Decreto 4741 de 2005, Decreto 1609 de 2002 y el PGIRH.	X		
4.2 Se implementan correctamente el código de colores establecido en el PGIRH, para el manejo interno de los residuos hospitalarios y similares	X		
4.3 El personal realiza la Manipulación, recolección y el transporte interno, de acuerdo a lo establecido en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares	X		
4.4 Existe la ruta de recolección interna de residuos hospitalarios y similares con los horarios fijados y esta se encuentra publicada.	X		
4.5 Se cumplen los horarios de recolección interna establecidos en la ruta de recolección y los horarios establecidos por la empresa gestora, para la recolección externa.	X		
4.6 Se realiza el pesaje de los residuos todos los días y con balanzas separadas para los residuos peligrosos y no peligrosos.	X		
4.7 El tiempo de almacenamiento de los residuos hospitalarios no debe superar los tiempos de norma.	X		
4.8 El personal conoce el tratamiento y disposición final de los residuos generados en el predio.	X		
4.9 El Personal de servicios generales utiliza en su trabajo las medidas de bioseguridad en limpieza y desinfección, teniendo en cuenta los procedimientos.	X		
4.10 Existe Panorama de riesgos.	X		
4.11 Cuenta con documento-protocolo para informar accidentes de trabajo ocasionados por el manejo de residuos hospitalarios y notificación a ARL	X		
4.12 Se han presentado y reportado incidentes y accidentes de trabajo por el manejo de residuos hospitalarios.	X		
4.13 Se cuenta con el grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria – GAGAS, según lo establecido en el Formato Declaración de compromiso para el PGIRH (FOR-GA-019)	X		
4.14 Tiene documentado y articulado el plan de emergencias y contingencias.	X		
4.15 Se cuenta con el Plan de contingencia implícito en el PGIRH	X		

4.16 Cuenta con el Plan de Saneamiento Básico.	X		
4.17 Implementa el Plan de Saneamiento Básico contemplando los cuatro programas.	X		
4.18 Cuenta con las hojas de seguridad de cada uno de los residuos hospitalarios peligrosos	X		
5 VERIFICACIÒN DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS			
5.1. Cuenta con las Actas de Comités administrativo de gestión ambiental y sanitaria – GAGAS (mínimo una por mes).	X		
5.2. Se cuenta con los soportes originales de los manifiestos que suministra el gestor autorizado al realizar la recolección de los residuos.	X		
5.3. Cuenta con el diagnóstico ambiental.	X		
5.4 Se diligencia oportuna y adecuadamente la documentación de los residuos hospitalarios	X		
5.5. Realiza el reporte por medio del Formato RH1 Registro Diario De Generación De Los Residuos Hospitalarios (FOR-GA-021)	X		
5.6. Cuenta con los soportes de las visitas efectuadas al gestor autorizado. En el Formato Lista De Chequeo De Verificación Externa De Residuos Hospitalarios Y Similares – PGIRHS (FOR-GA-023)	X		
5.7. Cuenta con los soportes de verificación trimestral al transportador por medio del Formato Lista de verificación al transportador de residuos hospitalarios y similares. FOR-GA-024	X		
5.8. El cronograma de actividades se está ejecutando de acuerdo con lo programado en el PGIRH para el lapso de año.	X		
5.9 Existen análisis de los indicadores de residuos hospitalarios.	X		
OBSERVACIONES GENERALES Y COMPROMISOS			

Persona que atendió la visita:	**Persona que realizó la visita (referente técnico ambiental o integrante del equipo ambiental):**
Nombre: Fernando Salcedo Cédula N. ª: 79595023 Cargo: Coordinador Teléfono: 3164912422	Nombre: Juan David Sánchez Cédula N. ª: 1069748066 Cargo: Tec. Ambiental Teléfono: 3134527117
Firma:	Firma:

Nota: este Formato debe aplicarse dos veces al año, es decir la verificación interna No. 1 debe realizarse entre los meses de enero y junio, y la verificación interna No. 2 entre los meses de julio a diciembre.

Nota: "Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la Secretaría Distrital de Integración Social no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013."

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN INTERNA

Para diligenciar correctamente el formato, por favor tenga en cuenta las instrucciones que se relacionan a continuación.

Diligencie todos los espacios en blanco solicitados por el formato de la siguiente manera:

a. **Nombre de la unidad operativa:** escriba el nombre del predio donde se realiza la verificación.
b. **Dirección:** escriba la dirección en la que se ubica el predio donde se realiza la verificación.
c. **Teléfono:** escriba el número de contacto del predio donde se realiza la verificación.
d. **Ciudad:** escriba la ciudad en la que se ubica el predio donde se realiza la verificación.
e. **Personal responsable:** escriba el nombre completo de la persona responsable o contacto del predio donde se realiza la verificación.
f. **Cargo:** escriba el cargo de la persona responsable o contacto del predio donde se realiza la verificación
g. **Fecha:** escriba en el formato DD/MM/AAAA, la fecha en la cual se realiza la verificación.

Aspectos a inspeccionar: verificar desde el punto 1 hasta el 5 y cada uno de sus ítems

En la casilla de **CUMPLE** marque con una X **SI** o **NO,** en el que caso que no aplique el Ítem, relacionar **NA** en la casilla SI y en la casilla de **OBSERVACIONES** especifique lo necesario para dar claridad a lo solicitado en cada uno de los ítems.

Observaciones generales y compromisos: diligencie en caso de ser necesario y se describen las principales acciones que se proponen para la mejora continua.

Persona que atendió la visita: relacione los datos del responsable o contacto del predio.

a. **Nombre:** diligencie con nombre claro y legible de la persona que atendió la visita
b. **Cedula:** diligencie de forma clara la cedula
c. **Cargo:** escriba el cargo de la persona responsable o contacto del predio donde se realiza la verificación
d. **Teléfono:** relacione el número telefónico de la persona que atendió la visita
e. **Firma:** firma de la persona que atendió la visita.

Persona que realizó la visita: relacione los datos de la persona realizo la visita

a. **Nombre:** diligencie con nombre claro y legible de la persona que realizo la visita
b. **Cedula:** diligencie de forma clara la cedula
c. **Cargo:** escriba el cargo de la persona responsable de realizar la visita
d. **Teléfono:** relacione el número telefónico de quien realizo la visita
e. **Firma:** firma de quien realiza la inspección