CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Popayán, 23 de febrero de 2026.

SEÑORES

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E

Yo Andres Felipe Peña Vanegas, identificada con la cedula de ciudadanía N° 71.336.513 de Medellín, actuando en nombre y representación legal del Banco de Sangre del Cauca S.A.S ,Nit 817007641-7 sociedad debidamente registrada en la Cámara de Comercio del Cauca el 25 de agosto del año 2004 con Matricula No 80509, domiciliada en la ciudad de Popayán dirección Calle 18ªn # 5 - 20, por medio de la presente me permito presentar propuesta para la invitación, cuyo objeto es prestar servicios de salud, de acuerdo con las condiciones establecidas en los términos de referencia y declaro:

1. Que bajo juramento, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad establecidas en la ley 80 de 1993 art. 8°. Y 9°, demás normas sobre la materia y que tampoco se encuentra incursa en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar, que en caso de sobrevenir alguna inhabilidad o incompatibilidad me haré responsable frente al Hospital y frente a terceros por los prejuicios que se ocasionen.

2. Que ninguna persona o entidad distinta de la aquí nombrada tiene intereses en esta propuesta, ni en el contrato que como consecuencia de ella se llegare a celebrar y que por consiguiente solo compromete a la persona jurídica o natural por mi representada.

Atentamente.

Andres Felipe Peña Vanegas
CC. 71.336.513 de Medellín
Representante legal

Powered by CamScanner

Steward Colombia

Banco de Sangre del Cauca

001_2026

Popayán, 23 de Febrero de 2026

Señores
HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA
Popayán, Cauca

REF.: PROPUESTA BANCO DE SANGRE DEL CAUCA S.A.S. AÑO 2026.

Estimada Natalia,

Reciba un cordial saludo del Banco de Sangre del Cauca S.A.S, una institución de la familia Steward.

A continuación, realizamos propuesta para servicios de suministro de hemocomponentes y pruebas de servicio pre transfusional.

Cordialmente;

Diana María Sepúlveda Flórez
Coordinadora de Mercadeo y ventas
BANCO DE SANGRE DEL CAUCA S.A.S

Steward Colombia **Banco de Sangre del Cauca**

Popayán, Febrero 23 de 2026

BANCO DE SANGRE DEL CAUCA S.A.S
NIT 817.007.641-7.
PROPUESTA SUMINISTRO DE HEMOCOMPONENTES

OBJETO

Suministro de componentes sanguíneos y procedimientos de servicio de Gestión Pretransfusional, por parte del BANCO DE SANGRE DEL CAUCA S.A.S en la medida en que cuente con la disponibilidad de existencias.

MODELO DE ATENCIÓN

- El Servicio de Gestión Pretransfusional podrá realizar las solicitudes de hemocomponentes para stock de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.; la solicitud debe realizarse inicialmente de forma telefónica (línea 6028323043) y confirmarse al correo electrónico despachosbancodesangrecauca@stewardcolombia.org, utilizando el formato "FORMATO DE SOLICITUD DE COMPONENTES".
- El Servicio transfusional del CONTRATANTE se compromete a garantizar la optimización del servicio de mensajería.
- Teniendo en cuenta el análisis del Cálculo de Stock, el servicio transfusional de el CONTRATANTE establecerá un día de la semana para realizar la solicitud del Stock Semanal Óptimo, realizando reposición cuando éste llegue a su nivel Mínimo, evitando reposición diaria.
- Designar al personal responsable de recibir el producto entregado por el Banco de Sangre.
- Confirmar el estado de recepción del producto, dejando evidencia de la verificación del mismo en la lista de chequeo incluida en los folios de entrega de los hemocomponentes e informar al Banco de Sangre en caso de presentarse alguna eventualidad. Los folios firmados y diligenciados deberán enviarse al correo electrónico despachosbancodesangrecauca@stewardcolombia.org.
- El Banco de Sangre realizará reposición de Plasmas Frescos Congelados teniendo en cuenta el análisis de cada caso.
- El Banco de Sangre realizará reposición de Glóbulos Rojos coombs directo positivo; para este caso la ESE deberá hacer el envío del Acta de Incineración del componente y este será repuesto de acuerdo a disponibilidad.
- La solución de discrepancias se atenderán por medio de intermediación y para todos los casos será necesario el envío de una muestra del paciente (1 tubo de sangre total con EDTA marcado con nombre, apellido y cédula del paciente) y velar porque su integridad no se vea afectada durante el transporte; adicionalmente deberá adjuntar orden médica y FORMATO SOLICITUD PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES.

  Nota Aclaratoria: No es posible establecer tiempos de entrega fijos para estos casos; sin embargo según las atenciones realizadas el tiempo de respuesta promedio es de 3 horas a 6 horas, dependerá de la particularidad de cada caso y de la clínica del paciente.

Las unidades compatibilizadas serán entregadas por el banco de sangre en los siguientes horarios:

- ✓ Lunes a Viernes 7:00am a 5:00pm;
- ✓ Sábados 7:00am a 12.00m;
- ✓ Sábados después de las 12.00m, Domingos y festivos. No hay disponibilidad de servicio de mensajería para entrega de componentes por tanto la ESE podrá recoger las unidades compatibilizadas en el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, Horario de entrega de componentes 7:00am a 5:00Pm.

- Horario de atención del Banco de Sangre para recepción de muestras para pruebas de compatibilidad: Las muestras serán recepcionadas en el banco de sangre en el siguiente horario:

- ✓ Lunes a Viernes 7:00am a 5:00pm;
- ✓ Sábados 7:00am a 12.00m;
- ✓ Sábados después de las 12.00m, Domingos y festivos: la ESE podrá entregar las muestras directamente en el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, (Horario de recepción de muestras de 7:00am a 5:00Pm.

- Cuando el Banco de Sangre informe que las muestras necesarias para realizar pruebas pre transfusionales se encuentran alteradas o no cumplen con los parámetros de calidad necesarios para su procesamiento, el Contratante garantizará envío de una nueva muestra.

  Nota Aclaratoria: El Contratista se abstendrá de procesar muestras con volumen insuficiente, mal marcadas, coaguladas o con más 24 horas de haber sido tomadas.

- Cumplir con todas las indicaciones operativas y/o de procedimiento que el Banco de Sangre realice de manera escrita sobre el producto entregado.
- Asumir la responsabilidad, una vez recibido el producto, por la tenencia, cuidado y manejo (almacenamiento, manipulación, cadena de frío, seguridad, conservación y disposición final), garantizando trazabilidad del componente desde su recepción hasta su incineración.
- Designar al personal para atender las visitas de verificación que el Banco de Sangre realice al Servicio de Gestión Pre transfusional, para evaluar las condiciones de manejo y almacenamiento de los hemocomponentes.
- El Banco de Sangre del Cauca solicitará a través de correo electrónico con mínimo 15 días de anticipación la visita de Verificación.
- Cumplir con todas las normas legales vigentes relacionadas con el objeto contratado.
- El Servicio Transfusional realizará la solicitud de Auditorias al Banco de Sangre con mínimo un mes de antelación a través del correo electrónico diana.sepulveda@stewardcolombia.org, incluyendo la información del personal que asistirá a realizar la auditoría, el alcance, objetivo y duración de la misma.
- El CONTRATANTE realizará la solicitud de capacitaciones mínimo un mes de antelación a través del correo electrónico diana.sepulveda@stewardcolombia.org, en la solicitud incluirá tema, objetivo de la capacitación, número de asistentes, fecha y hora, duración de la capacitación, especialidades de los asistentes.

Steward Colombia **Banco de Sangre del Cauca**

- El CONTRATANTE pagará al Contratista el valor de los suministros y servicios objeto del presente contrato, a los 45 días luego de la presentación de la factura por parte del Contratista y de acuerdo a las tarifas relacionadas en el Anexo Tarifario, a través Cuenta Correspondiente.
- El CONTRATANTE notificará los pagos realizados relacionando los números de facturas canceladas al correo electrónico diana.sepulveda@stewardcolombia.org. En caso de no recibirse información sobre las facturas afectadas, dentro de 15 días siguientes a la recepción del giro, los pagos serán aplicados priorizando las facturas más antiguas.

COTIZACIÓN

CUPS	NOMBRE DEL PRODUCTO	TARIFA 2026
911118	PROCESAMIENTO DE HEMOCOMPONENTE ALÍCUOTA PEDIÁTRICA	$ 294.900
911118	PROCESAMIENTO DE HEMOCOMPONENTE ALÍCUOTA PEDIÁTRICA (Grupo A o B)	$ 316.500
911107	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	$ 396.200
911116	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 284.000
911115	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 63.300
911201	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	$ 1.282.000
911111	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 60.800
911028	ADSORCIÓN (ABSORCIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS QUÍMICOS	$ 134.500
911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTÉCNICA	$ 70.100
911005	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION POR MICROTECNICA	$ 180.000
911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTÉCNICA	$ 32.400
911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTÉCNICA (IgM, IgG, IgA, C3c y C3b)	$ 30.800
911033	DETECCIÓN DE AUTOANTICUERPO [CONTROL AUTOLOGO] POR MICROTECNICA	$ 29.300
911023	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE POR MICROTÉCNICA	$ 47.200
911025	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] POR MICROTÉCNICA	$ 14.600
911013	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO POR MICROTÉCNICA (Incluye C, c, E, e)	$ 87.600
911017	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] POR MICROTÉCNICA	$ 23.000
911019	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] POR MICROTÉCNICA	$ 61.400
911015	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] POR MICROTÉCNICA	$ 44.200
911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR POR MICROTÉCNICA	$ 74.400

*La vigencia de la cotización será de un (1) mes a parir de la fecha de generación de la misma.

Steward Colombia

Banco de Sangre del Cauca

*** Producto nuevo ofertado
Estaremos atentos a complementar cualquier información adicional, para lo cual ponemos a su disposición el correo electrónico diana.sepulveda@stewardcolombia.org, celular 3232106736.

Cordialmente;



Diana María Sepúlveda Flórez
Coordinadora de Mercadeo y ventas
BANCO DE SANGRE DEL CAUCA S.A.S

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE INEXISTENCIA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Nombre o razón social del proponente **Banco de Sangre del Cauca S.A.S.**

DECLARACION.

Yo **Andres Felipe Peña Vanegas,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No. 71.336.513** expedida en Medellín, actuando en nombre y representación del Banco del Sangre del Cauca S.A.S, sociedad constituida por escritura pública No. 2395 De la Notaría segunda de Popayán, debidamente registrada en la Cámara de comercio del Cauca, (o en nombre propio, o en representación de una persona natural, según el caso), manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en ninguna causal de INHABILIDAD o de INCOMPATIBILIDAD previstas en la Constitución Nacional, en la Ley 80 de 1993 Estatuto General de Contratación Pública, en el Artículo 8º de la Ley 1150 de 2007, 1474 de 2011 Estatuto anticorrupción, Ley 1952 de 2019 Código General Disciplinario, y en las demás normas legales y en los Reglamentos Internos del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., para suscribir Contratos con Entidades Estatales.

Expedida a los veintitrés (23) días del mes de febrero de 2026.

Firma: _____

Powered by CamScanner

invima	INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL	INSPECCIÓN
	ACTA DE VISITA – DILIGENCIA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL PARA BANCOS DE SANGRE	
	Código: IVC-INS-FM115 / Versión: 03 / Fecha de Emisión: 2024-11-15	

Fecha de visita:	2025	agosto	11 a 15	**Oficio(s) Comisorio(s):**	7306-896-2025

Departamento:	CAUCA					**Ciudad o municipio**	POPAYAN
Nombre del establecimiento	BANCO DE SANGRE DEL CAUCA SAS					**NIT:**	817007641-7
Dirección:	CL 18 A NORTE No 5 - 20 PI 6					**Teléfonos:**	(602) 8323043
Naturaleza del Establecimiento:	**Privado:**	X	**Publico:**		**Mixto:**		**FFMM:**
Categoría:	**A:**	X	**B:**		**Código Nacional Sangre:**	19-001-2	
Email Notificación:	bscauca@stewardcolombia.org				**Pagina WEB:**	NA	
Representante Legal:	ANDRES FELIPE PEÑA VANEGAS						
Tipo identificación:	Cédula de Ciudadanía	**Numero de documento:**	71.336.513				
Persona que atiende la visita:	LUZ MARLY GOMEZ						
Tipo Identificación:	Cédula de Ciudadanía	**Numero de documento:**	1.064.836.659	**Cargo:**	Directora tecnica		

NORMATIVIDAD VIGENTE QUE APLICA EN LA VISTA
Verificar el Cumplimiento de la reglamentación sanitaria vigente en especial el Decreto 1571 de 1993, Decreto 4725 de 2005, Decreto 3770 de 2004, Resolución 901 de 1996 y demás normatividad vigente y concordante.

METODOLOGÍA
Con fundamento en las normas científicas, técnicas y administrativas establecidas en la normatividad sanitaria vigente para Bancos de Sangre e indicadores básicos de inspección, se procedió a verificar el Cumplimiento de cada uno de los componentes contemplados en el plan marco de inspección para bancos de sangre, referente a:

- Recurso humano
- Capacitación y entrenamiento del personal
- Planta física e instalaciones
- Higiene y bioseguridad
- Equipos
- Garantía y aseguramiento de la calidad
- Ensayos
- Documentación
- Control de calidad
- Registros
- Trazabilidad

OBJETO DE LA VISITA — **Gestión del riesgo - IVC**

HISTORICO DE VISITAS AL BANCO DE SANGRE

VISITA 1:	Gestión del riesgo - IVC	29	11	2024		X	Cumple
VISITA 2:	Gestión del riesgo - IVC	2	8	2023		X	Cumple
VISITA 3:	Visita de apertura	21	3	2019		X	Cumple
VISITA 4:							

ANTECEDENTES:
Radicado 20251104388 del 22/04/2025:Validación del INS a la hoja de vida de LUZ AIDA JIMENEZ para el perfil Coordinador del banco de sangre.
Radicado 20251116870 del 05/05/2025: Validación de tecnología Máquina de aféresis Trima Accel, serie 1T00571.
Radicado 20251153800 del 10/06/2025: Informe de validación de tecnología máquina de aféresis Trima Accel.

TALENTO HUMANO

Cargo	Nombre	Doc. de Identidad	Aval INS	Fecha
Director Banco de Sangre	LUZ MARY GOMEZ	1.064.836.659	2-2022-004454	2022-10-19
Coordinador Técnico	LUZ AYDA JIMENEZ MACA	34.323.884	INS-1-2025-00166	2025-09-04
Coordinador de Calidad				

Anexar soportes solo en caso de cambio con relación a la visita anterior (cámara de comercio, RUT, copia de cédula de representante legal, copia de cédula de director titular, aval de director y coordinador)

PROMEDIO MENSUAL DONANTES DE SANGRE TOTAL

No. unidades captadas en sede	250	No. Unidades captadas en campañas extramurales	300
No. Promedio mensual de donantes de Plaquetaféresis	0	No. Unidades Captadas en Puestos Fijos	0
No. Promedio mensual de donantes de Eritroféresis	0	TOTAL UNIDADES CAPTADAS	550

% TIPO DE DONANTES

invima	INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL	INSPECCIÓN
	ACTA DE VISITA – DILIGENCIA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL PARA BANCOS DE SANGRE	
	Código: IVC-INS-FM115 / Versión: 03	Fecha de Emisión: 2024-11-15

% Voluntario Primera Vez	41%	% Voluntario No Habitual	36%	% Dirigido	0
% Voluntario Habitual	18%	% Reposición	5%	% Autóloga	0

% FRACCIONAMIENTO

% GRE	0	% GRF	6%	% PQPL	41%	OTROS ¿CÚAL?	
% GRPL	94%	% PFC	100%	% CRIO	0		

PROMEDIO MENSUAL DE CAMPAÑAS EXTRAMURALES

Carpas	22	Unidad Móvil	0	Espacio Controlado	12

PUESTOS FIJOS DE RECOLECCIÓN DEPENDIENTES DEL BANCO DE SANGRE

Fecha Ultima Visita	*Nombre*	*Dirección*	*Departamento*	*Municipio o Ciudad*	*Procedimiento realizado (marque con una X)*	
					Sangre total	*Aféresis*

Criterios de Riesgo:
C: Crítico, el incumplimiento de este numeral tiene alto impacto en la calidad del producto y puede poner en peligro la seguridad del donante y/o receptor.
M: Mayor, el incumplimiento de este numeral tiene impacto medio en la calidad del producto y la seguridad del donante y/o receptor.
I: Informativo, No tiene impacto sobre la calidad del producto o la solicitud del donante y/o receptor

Evaluación: Cuando se cumple con el ítem la calificación será dos (2), Cumple con Requerimiento (CR) uno (1) y No Cumple cero (0). En caso de que la pregunta sea N.A se marcará X y en la casilla de Calificación se escribirá N.A. En las observaciones se describirán los incumplimientos y la información solicitada por algunos ítems.

1. INFORMACIÓN GENERAL: Decreto 1571/1993 capítulo V y X, Resol. 901 de 1996 cap. 4		Riesgo	Calificación	Cumple			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
1.1	¿El banco de sangre es autosuficiente? En caso de tener contrato con un tercero para el suministro de componentes sanguíneos, indique proveedor y tipo de hemocomponente.	I	N.A				X
1.2	¿El banco de sangre distribuye componentes sanguíneos a otros bancos de sangre o servicios pretransfusionales? *(indicar proporción).*	I	2	X			
1.3	¿El banco de sangre realiza flebotomías terapéuticas y cuenta con procedimiento escrito para el desarrollo de la actividad indicando el responsable y destino final del producto obtenido?	I	N.A				X
1.4	¿Se evidencia cargue de información al aplicativo SIHEVI del Instituto Nacional de Salud-INS, de manera automática a través de la plataforma Web Service o de forma manual los primeros 10 días de cada mes, además del envío de la canalización a la EPS y a la Secretaría Distrital o Departamental de Salud? *verificar soporte	C	2	X			
1.5	¿El banco de sangre cuenta con un procedimiento para el manejo de reacciones adversas a la donación con alcance a PFRS? *Si se han presentado reacciones adversas, solicitar la notificación	C	2	X			
1.6	¿El Banco de sangre cuenta con el programa de Farmacovigilancia y un responsable inscrito ante la Red Nacional de Farmacovigilancia?□	M	2	X			

Observaciones:
1.2 CLINICA SAN RAFAEL DE POPAYAN 50,98%; CLINICA LA ESTANCIA 21,19%; HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA 24,02%; CLINICA SANTA GRACIA 1%.
1.5 MANUAL DE MANEJO DE RECCIONES ADVERSAS A LA DONACION, CODIGO AS-DT-BS-MA-07, VERSION 3-2025.
1.6 QUIMICA FARMACEUTICA MARIA DEL MAR PERAFAN, INSCRITA BAJO CODIGO PNF55819 DE JULIO DE 2023.

2. RECURSO HUMANO: Decreto 1571/1993: capítulo II Resolución 901 de 1996: Capítulo 8.		Riesgo	Calificación	Cumple			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
2.1	¿Cuenta con perfiles de cargo y manual de funciones de acuerdo con el organigrama vigente?	I	2	X			
2.2	¿El Banco de Sangre cuenta con Director inscrito ante el Instituto Nacional de Salud , además de tener establecidas sus responsabilidades dentro del manual de funciones?	C	2	X			
2.3	¿Cuenta el Banco de Sangre con manual de funciones para cada cargo, el personal es suficiente y este cumple con la experiencia y los requisitos establecidos (Formación académica)?	M	2	X			
2.4	¿Se cuenta con un procedimiento para el reclutamiento del personal, selección y contratación donde se establezcan los lineamientos para ocupar cada uno de los cargos mediante el enfoque de competencias?	I	2	X			
2.5	¿Se dispone de hojas de vida de cada trabajador, debidamente archivadas, con sus soportes correspondientes y actualizados?	I	2	X			

Observaciones:
2.1 MANUAL DE SELECCION, INDUCCION Y REINDUCCION, CODIGO AS-DT-BS-MA-17, VERSION 3-2025
2.2 CUENTA CON DIRECTORA TECNICA CON AVAL DEL INS 2-2022-004454 DEL 19/10/2022 DEFINIDAS SUS FUNCIONES EN EL MANUAL DE SELECCION, INDUCCION Y REINDUCCION, CODIGO AS-DT-BS-MA-17, VERSION 3-2025

3. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL: Decreto 1571/1993: capítulo II; Resolución 901/1996: Capítulo 8.		Riesgo	Calificación	Cumple			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A

3.1	¿Existe Procedimiento, en el que se establezca la formación y capacitación del personal que labora en el banco de sangre, el cual incluya Inducción, entrenamiento, capacitación, procesos y tareas conforme al cargo?	M	2	X			
3.2	¿Se cuenta con procedimiento para el entrenamiento administrativo del personal a cargo de los profesionales especializados (coordinadores) o del Director?	I	2	X			
3.3	¿Se cuenta con los soportes, incluida inducción y evaluaciones realizadas una vez finalizado el entrenamiento, se definen los criterios de aceptación del proceso y las acciones a tomar frente a resultados insatisfactorios?	M	2	X			
3.4	¿Se cuenta con cronograma para la capacitación continuada, y este incluye temas tecnicocientíficos y se tienen los soportes correspondientes?	M	2	X			

Observaciones:
3.4 Se anexa cronograma de capacitaciones en (1) un folio.

4. PLANTA FÍSICA E INSTALACIONES: Decreto 1571/1993: capítulo II; Resolución 901/1996: capítulo 2.		*Riesgo*	Calificación	*Cumple*			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
4.1	¿La Planta física del Banco de Sangre dispone del espacio suficiente que permite la distribución y flujo continuo de las áreas, manteniendo su independencia con los accesos restringidos, identificadas conforme a la actividad desarrollada en estas y se mantienen en condiciones sanitarias óptimas?	C	2	X			
4.2	¿Cuenta el Banco de Sangre con las áreas Administrativas: Oficina de Dirección, Secretaría, Archivo, Depósito de elementos, ¿Servicios sanitarios independientes para donantes y para el personal de Banco de Sangre; dotados con los elementos básicos de higiene personal y caneca para el depósito de basuras y estos se encuentran fuera	M	2	X			
4.3	¿Los pisos, paredes y techos de todo el banco son lisos, de fácil limpieza y desinfección, y están en buenas condiciones de aseo y mantenimiento?	M	2	X			
4.4	¿Los mesones y superficies de trabajo están hechos en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección?	M	2	X			
4.5	¿Se controla, mantiene y registra una temperatura ambiental entre 15°C y 24°C en todas las áreas del banco de sangre?	M	2	X			
4.6	¿Se cuenta con una sala de espera y recepción para brindar información y asesoría pre-donación al donante?	M	2	X			
4.7	¿Se cuenta con un área para el auto diligenciamiento de la encuesta por parte del donante, que permita confidencialidad y privacidad?	M	2	X			
4.8	¿Se cuenta con un área para la selección y valoración del donante, que permita confidencialidad y privacidad?	C	2	X			
4.9	¿Se cuenta con un área de extracción de sangre (flebotomía de sangre total y/o Aféresis) debidamente dotada con los equipos e insumos necesarios para esta actividad?	C	2	X			
4.10	¿Se cuenta con un área para procesamiento con acceso restringido, con espacio suficiente y delimitado que además permita la distribución adecuada de las siguientes áreas: a. Separación de componentes b. Inmunohematología c. Inmunoserología d. Almacenamiento e. Etiquetado f. Distribución *Indicar dotación tecnológica de cada área	C	2	X			
4.11	¿En todas las áreas se cuenta con sistema de limpieza y desinfección de manos, además de su respectivo pictograma?	M	2	X			

Observaciones:
4.10 El banco de sangre cuenta con la siguiente dotación tecnológica de acuerdo a las siguientes áreas:

a. Separación de componentes: Cuenta con dos equipos separadores automáticos Compomat G5, conector estéril (1), centrifuga refrigerada (1), sellador (1), estriper (2), Balanza digital (1), computador y un agitador de plaquetas con control de temperatura con sello y sin sello de calidad. Este ultimo se encuentra en esta área por mantener a temperatura adecuada para las plaquetas, ya que en el área de almacenamiento se manejan temperaturas más bajas.
b. Inmunohematología: dotada de centrifuga e incubador de tarjetas, un equipo Techno en comodato, un banjo.
c. Inmunoserología: dotada de equipo Alinity para la realización de pruebas infecciosas, planta de Ósmosis, muebles plásticos para el almacenamiento de insumos propios para el desarrollo de esta actividad.
d. Almacenamiento: dotada de tres congeladores (seroteca, plasma sin sellos, plasma con sellos), tres refrigeradores (glóbulos rojos con sello y globulos rojos sin sello, almacenamiento de muestras, reactivos para inmunohematología e inmunoserología).
e. Etiquetado y Distribución: se utiliza un mesón de acero inoxidable ubicada en el área de almacenamiento, los sellos de calidad son impresos previamente en la oficina administrativa por la directora del banco de sangre.

5. HIGIENE Y BIOSEGURIDAD: Decreto 1571/1993: capítulo VII; Decreto 1072/2015; Decreto 351/2014; Resolución 901/1996: capítulo 9.		*Riesgo*	Calificación	*Cumple*			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
5.1	¿El personal del Banco de Sangre se encuentra afiliado a una Aseguradora de Riesgo Laboral (ARL)?	M	2	X			
5.2	¿El Banco de Sangre tiene desarrollado un Programa de Salud Ocupacional, basado en la normatividad vigente (Decreto 1072 de 2015) y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan? *Registrar el nombre del responsable*	M	2	X			
5.3	¿Se cuenta con un Programa implementado de Bioseguridad? Art. 60 Dec. 1571 de 1993	M	2	X			
5.4	¿Se dispone de procedimiento para el ingreso a las áreas del banco de sangre de personal propio, así como de visitantes, contratistas y demás, sin excepción alguna en cuanto al cumplimiento de las normas de higiene y comportamiento y no permitiéndose circular con ellos fuera de las áreas?	M	2	X			
5.5	¿Tiene diseñado el Banco de Sangre un Plan de Emergencia en caso de Calamidad Pública, que le permita atender sus propias necesidades y participar en el plan de emergencia nacional o regional?	M	2	X			
5.6	¿El personal que labora en el banco de sangre y sus dependencias utiliza ropa adecuada de trabajo y elementos de protección que garanticen condiciones higiénico-sanitarias y de bioseguridad?	M	2	X			

5.7	¿Se encuentra documentado el procedimiento para la gestión de residuos sanitarios de acuerdo con lo establecido en el Decreto 351 de 2014, y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan? Literal e Art. 14 Dec 1571 de 1993	M	2	X			
5.8	¿Se cuenta con procedimiento escrito para el manejo de accidentes de trabajo?	M	2	X			
5.9	¿Se tiene documentado el procedimiento de limpieza y desinfección de las instalaciones y superficies de trabajo y se evidencian registros de estas actividades?	M	2	X			
5.10	¿Se encuentra documentado el procedimiento para control de plagas, incluyendo: responsable, frecuencia, precauciones, manejo de fichas de seguridad, acciones a seguir en caso de eventualidades, ¿entre otros?	M	2	X			
5.11	¿En cada una de las áreas se evidencian recipientes para la segregación de desechos de acuerdo al riesgo y guardianes para el descarte de material cortopunzante; los guardianes se encuentran rotulados (ubicación y fecha de apertura)?	M	2	X			

Observaciones:

5.2 Manual de Seguridad y Salud en el Trabajo, codigo AC-PC-DG-FR-05, version 1-2025. Jessica Johana Orozco.
5.3 Manual de Bioseguridad, codigo AS-DT-BS-MA-04, version 3-2025.
5.5 Plan Hospitalario de Emergencia Empresarial, codigo TH-SS-EM-PL-01, version 1-2025.
5.7 Plan de Gestion Integral de Residuos Hospitalarios, codigo AS-DT-BS-MA-13, version 3-2023.

6. EQUIPOS: Decreto 4725/2005; Decreto 3770/2004; Decreto 1571/1993: Capítulo II, capítulo VII y capítulo IX; Decreto 1595/2015; Resolución 901/1996: capítulo 2, capítulo 3, capítulo 8, capítulo 9, capítulo 10, capítulo 11; Resolución 04816/2008; Resolución 2020007532/2020.

6.1	Equipos Biomédicos	Riesgo	Calificación	Cumple			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
6.1.1	¿El banco de sangre cuenta con los equipos necesarios para la obtención, procesamiento y almacenamiento de sangre, componentes sanguíneos y seroteca, según la normatividad sanitaria vigente? (Solo ver inventario)	C	2	X			
6.1.2	¿Todos los equipos biomédicos se encuentran rotulados y/o etiquetados de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente?	M	2	X			
6.1.3	¿Los equipos instalados están ubicados, diseñados, construidos y adaptados de conformidad con las operaciones que se llevan a cabo? ¿Dichos equipos son de uso exclusivo del Banco de sangre para evitar su traslado entre áreas?	M	2	X			
6.1.4	¿El banco de sangre cuenta con contrato para la realización de mantenimientos preventivos y/o correctivos de los equipos biomédicos con empresas externas o es personal contratado directamente por la institución?	M	2	X			
6.1.5	¿Se evidencian las hojas de vida del personal que realiza mantenimiento y calibración de los equipos biomédicos e inscripción de recurso humano ante el Invima, en caso que se realice mantenimiento a equipos biomédicos de riesgo IIb y III?	M	2	X			
6.1.6	¿Los equipos cuentan con una hoja de vida que contenga toda la información a lo largo de su vida útil (adquisición, instalación, frecuencia de calificaciones instalación, operación y desempeño) y mantenimientos, ubicación, características técnicas y físicas, registro sanitario, información general del equipo, tipo de tecnología, clasificación según riesgo, accesorios, recomendaciones de fabricante, entre otros?	M	2	X			
6.1.7	¿Se cuenta con procedimiento escrito y protocolo para la realización de los mantenimientos preventivos y correctivos para equipos biomédicos y acciones a adelantar cuando se presentan averías o fallas?	M	2	X			
6.1.8	¿Se cuenta con cronograma para la realización del mantenimiento preventivo para equipos biomédicos de acuerdo con las indicaciones del fabricante y se evidencian soportes de su ejecución según lo programado?	M	2	X			
6.1.9	¿Los equipos cuentan con instrucciones de limpieza y desinfección basadas en las recomendaciones del fabricante y cuentan con soportes de ejecución?	M	2	X			
6.1.10	¿Se cuenta con procedimiento y registros para verificar la ejecución del control de calidad de equipos como: a. Balanzas mezcladoras de sangre b. Hemoglobinómetros c. Fraccionadores d. Equipos de inmunohematología e. Equipos de inmunoserología f. Equipos de almacenamiento de componentes sanguíneos (refrigeradores agitadores, congeladores entre otros)	C	2	X			

Observaciones:
El banco de sangre cuenta con los equipos necesarios para la obtención, procesamiento y almacenamiento de sangre y componentes sanguíneos evidenciando un total de 80 equipos entre los cuales 23 se encuentran en comodato y 57 equipos propios.
El banco de sangre cuenta con el Procedimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomedicos Versión 02 codigo GA-TB-PR-02, el procedimiento metrología y calificaciones con codigo GA-TB-GB-PR-01 versión 2 -2023
6.1.10 Se verifican algunos registros de control de calidad , sin embargo en el regisro del hemoglobinometro se evidencia que en la semana un dia se registran los tres controles y los demas dias se van rotando entre nivel 0 ,2 y 3 encontrando un solo lote registrado del control, el cual corresponde a la caja, no a los lotes de los controles utilizados, por lo cual se requiere ajustar y adicionar los lotes de los controles utilizados para la verificación.

6.2	Equipos de Apoyo	Riesgo	Calificación	Cumple			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
6.2.1	¿Se cuenta con suministro alterno de energía para permitir el mantenimiento del servicio eléctrico en caso,de una falla y se encuentra incluido dentro de un cronograma de mantenimientos preventivos? ¿los mantenimientos preventivos están ejecutados de acuerdo con el cronograma?	C	2	X			
6.2.2	¿Se cuenta con hoja de vida de la planta eléctrica que incluya todos los reportes de instalación, mantenimientos preventivos o por evento, verificaciones rutinarias del funcionamiento entre otros La planta eléctrica es de transferencia automática o manual? ¿Si es de transferencia manual se cuenta con protocolo de encendido?	M	2	X			
6.2.3	¿Se dispone de suministro continuo de agua potable suficiente para las necesidades del banco de sangre en los aspectos de localización y presión? *Indicar capacidad	C	2	X			

6.2.4	¿Existe procedimiento escrito para la limpieza y desinfección de los tanques de suministro de agua potable y cuenta con cronograma para la limpieza y desinfección de los mismos? De lo anterior se evidencian soportes de ejecución de acuerdo a lo programado?	M	2	X			
6.2.5	¿Se realiza control físico químico y/o microbiológico al agua, posterior a los procedimientos de limpieza y desinfección de los tanques de suministro de agua potable?	M	2	X			
6.2.6	¿Se cuenta con aire acondicionado para controlar y mantener una temperatura ambiental entre 15°C y 24°C en todas las áreas del banco de sangre?	C	2	X			
6.2.7	¿Se cuenta con hoja de vida del aire acondicionado que incluya todos los reportes de instalación, mantenimientos preventivos o por evento, entre otros y se encuentran ejecutados de acuerdo al cronograma?	M	2	X			

Observaciones:
6.2.1 El Banco de sangre cuenta con la planta electrica marca Doosan modelo DP158LD modelo del generador general J8G625D, ubicada en el sotano la cual cuenta con 625 KVA
Se evidencia planilla diaria de control de planta y los viernes se realizán prueba de encendido.
6.2.3 Cuenta con un tanque de agua potable ubicado en el sotano con una capacidad de 125.93 m3, al cual le realizan mantenimiento cada 4 meses por parte de una empresa externa denominada F&B Servicios Integrales Sas.
6.2.7 Se cuenta con 11 aires acondicionados los cuales son 10 tipo Cassete y 1 Fancoil los cuales en total cuentan con una capacidad de 198.000 BTU o 19.8 Toneladas

6.3	Equipos Red de Frío	*Riesgo*	Calificación	*Cumple*			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
6.3.1	¿Los equipos empleados para el almacenamiento de sangre, componentes sanguíneos y reactivos de diagnóstico in vitro cuentan con circuito de alarma audible y visible que alerte cambios próximos al límite (superior e inferior) en que se puede deteriorar su contenido?	C	2	X			
6.3.2	¿Se dispone de registros continuos de temperatura y verificación de encendido y alarmas (audibles y visibles) y se evidencia soportes de registro y su frecuencia?	C	2	X			
6.3.3	¿Se cuenta con plan de contingencia en caso de falla (mecánica o eléctrica) de los equipos de la red de frío en todas las etapas de la cadena transfusional)?	C	2	X			

Observaciones:
Se evidencia documento denominado protocolo plan de contigencia con código AS-DT-BS-PT-28 versión 08, en donde se desrcribe la gestión realizada ante fallas de los diferentes recursos empleados para la operación de los procesos, en dicho documento se indica la falla que se pueden presentar, la actividad o proceso afectado y el plan de acción con el que se cuenta, indicando que en el banco cuentan con plantas electricas, tanque de agua potable y equipos de red de Frio con su back up, de igual manera en caso extremo de falta de todos los equipos mencionan que enviaran los productos al laboratorio clinico.

6.4	Calibración, calificación y validaciones	*Riesgo*	Calificación	*Cumple*			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
6.4.1	¿Se encuentra establecido y documentado el plan de aseguramiento metrológico (PAME) o equivalente en el que esté definido todo lo que será objeto de control y/o validación en el establecimiento así como los criterios y periodicidad de revalidación?	C	2	X			
6.4.2	¿Se cuenta con cronograma de calibración para los equipos estableciendo criterios y periodicidad y se evidencia su ejecución de acuerdo a lo programado?	M	2	X			
6.4.3	Para los equipos que no hacen parte de un plan de calibraciones, ¿Se cuenta con registros de verificación con patrones trazables?	M	2	X			
6.4.4	¿Se cuenta con procedimiento escrito y/o protocolo para la realización de las calificaciones (instalación, operación y desempeño) de los equipos, y en este se definen los criterios y su periodicidad?	M	2	X			
6.4.5	¿Se evidencian informes de las calificaciones (instalación, operación y desempeño) de los equipos propios de la red de frío?	C	2	X			
6.4.6	¿Los cambios de plataforma, tecnología y/o técnicas, se encuentran validados de acuerdo a lo establecido por el banco de sangre y de acuerdo a las especificaciones dadas por el fabricante y se evidencian los respectivos soportes?	M	2	X			
6.4.7	¿Se encuentra documentado el informe de validación de la cadena de frío durante toda la cadena pre transfusional (proceso de recolección y transporte, desde el punto de extracción hasta el lugar de fraccionamiento y tamizaje; almacenamiento, distribución y transporte) teniendo en cuenta como mínimo los siguientes aspectos: a. ¿Calificación de equipos y contenedores isotérmicos (instalación, operación y desempeño)? b. ¿Sangre y/o componente sanguíneo? c. ¿Temperatura de almacenamiento y transporte (interna y externa) d. ¿Tipo de instrumento de medición? e. ¿Tiempo en que se garantiza la temperatura de almacenamiento y transporte de acuerdo con el componente f. ¿Vencimiento del componente? g. ¿Medio de transporte? h. ¿Embalaje empleado? i. ¿Tipo de equipo empleado para el almacenamiento o transporte ¿empaque, dimensiones, capacidad? j. ¿Material empleado para la refrigeración? k. ¿Cantidad de componentes sanguíneos? l. ¿Distancias? ¿Y demás indicaciones para el almacenamiento y transporte?	M	2	X			
6.4.8	¿Los resultados de la calificación y validación de la cadena de frío garantizan que el rango de temperatura especificado se mantiene durante todo el proceso de recolección y transporte?	C	2	X			
6.4.9	¿El transporte de las donaciones y muestras es realizado de conformidad con los resultados obtenidos de la calificación de equipos y el informe de validación de la cadena de frío?	M	2	X			

Observaciones:
6.4.6 Desde la última visita de inspección vigilancia y control y de acuerdo a los radicados 20251116870 DEL 05/05/2025, 20251153800 DEL 10/06/2025 se evidencia una maquina de Aferesis marca Terumo BCT, Modelo Trima ACCEL Serie: 1T00571 la cual ingreso al pais en el año 2000 de acuerdo a la declaración de importación entregada motivo por el cual no se evidencia acondicionamiento, sin embargo Terumo entrego registro sanitario 2020 EBC 0004625 R1 en donde el equipo en la actualidad cuenta con registro sanitario, de igual manera se evidencia acta de entrega, registro de instalación, guia de manejo rapido, carta de disposición final, CCAA, , ficha tecnica, hoja de vida, manual de usuario, poliza, Hoja de vida de ingeniera, entre otros.
De igual forma se evidencia que ingreso el agitador de extracción marca: Fresennius, modelo Compoguard, serie 24CHA0288, el cual ingreso en Diciembre del 2024, del anterior equipo se evidencia certificado de no obligatoriedad, hoja de vida, declaración de importación, manual de usuario, Guia rapida, ficha técnica entre otros.

6.5	Proveedores Dispositivos Médicos, Reactivos de Diagnóstico in vitro e Insumos:	*Riesgo*	Calificación	*Cumple*			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
6.5.1	¿Se cuenta con procedimientos y registros para la selección, evaluación y seguimiento de proveedores críticos que impacten en la calidad del producto?	M	2	X			
6.5.2	¿Se encuentran definidas las caracteristicas técnicas y de calidad requeridas para cada uno de los insumos y servicios del banco de sangre?	M	2	X			
6.5.3	¿Se realiza una verificación y evaluación de los resultados obtenidos y se adoptan medidas cuando los resultados no son favorables en las evaluaciones?	M	2	X			
6.5.4	¿Existe un registro de verificación al momento de su recepción con el fin de corroborar que cumplen con las especificaciones técnicas y de calidad previamente establecidas?	M	2	X			
6.5.5	¿Se cuenta con procedimiento para la adquisición de dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro e insumos?	M	2	X			
6.5.6	¿Los dispositivos médicos se encuentran cumpliendo con la normatividad sanitaria vigente y las condiciones de etiquetado dispuestas en los articulos 54, 55, 56 y 57 del Decreto 4725 del 2005?	M	2	X			
6.5.7	¿Los reactivos de diagnóstico in vitro se encuentran cumpliendo con la normatividad sanitaria vigente y las condiciones de rotulado dispuestas en el artículo 25 del Decreto 3770 del 2004, asi mismo cuentan con sus respectivos insertos en idioma castellano y certificados de calidad por lote?	M	2	X			
6.5.8	¿Se tiene establecido el método de almacenamiento y rotación de los dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico in vitro, a fin de evitar su vencimiento?	C	2	X			

Observaciones: Se evidencia cumplimiento con los requisitos establecidos por la normatividad vigente con respecto a la evaluación, adquisición, verificación, etiquetado y almacenamientos de los equipos biomédicos empleados en el establecimiento.
6.5.3 Se evidencian formatos de evaluación realizados anualmente, sin embargo se solicita a quien atiende la diligencia ajustar el procedimiento en donde se incluya la periodicidad en que se realiza la evaluación y las acciones a seguir en caso de que la calificación del proveedor se encuentre por debajo de 3,0 (Incumple - No cumple), lo cual ajustado durante la diligencia.

6.6	Tecnovigilancia	*Riesgo*	Calificación	*Cumple*			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
6.6.1	¿El Banco de Sangre ha designado como mínimo un profesional competente en el tema, responsable del Programa de Tecnovigilancia en el banco de sangre y ha comunicado al Invima la información de contacto para figurar como referente ante dicho instituto? ¿Cuenta con acceso para reporte en el aplicativo web?	M	2	X			
6.6.2	¿Los profesionales del banco de sangre envían sus reportes al responsable del Programa de Tecnovigilancia en la institución o en el banco de sangre?	M	2	X			
6.6.3	¿El responsable cuenta con conocimiento sobre de las obligaciones específicas del Programa y en la interpretación y aplicación adecuada de la normatividad relacionada Tecnovigilancia en el país (Decreto 4725 de 2005, Resolución 4816 de 2008) y cuenta con soportes?	M	2	X			
6.6.4	¿El banco de sangre ha documentado el manual o procedimiento de Tecnovigilancia, donde define el tipo de dispositivos médicos objeto de vigilancia, elementos conceptuales de los eventos e incidentes adversos, estrategia de vigilancia y recolección de reportes, análisis y valoración de los resultados, reporte al fabricante y autoridad sanitaria y están aprobados por el responsable de Tecnovigilancia y la Dirección de la institución?	M	2	X			
6.6.5	Se evidencia que la institución cuenta con el formato establecido por el Invima para reportes de eventos e incidentes adversos o cuenta con un formato de notificación institucional para el reporte de eventos e incidentes adversos que contenga como mínimo: a. Identificación de la muestra asociada a un paciente: b. Identificación del dispositivo médico: número de lote o serie, modelo, referencia, registro sanitario, marca. c. Gestión realizada, identificación de la causa probable, acciones correctivas realizadas. d. Identificación del reportante: profesión, área de trabajo y datos de contacto.	M	2	X			
6.6.6	¿Se cuenta con un sistema de administración y gestión de datos que permita el seguimiento en el tiempo del comportamiento de los problemas de seguridad relacionados con los dispositivos médicos?	M	2	X			
6.6.7	¿El Banco de sangre genera actividades de promoción y formación a los profesionales de la salud y personal asistencial, en relación con el desarrollo e implementación del Programa Nacional de Tecnovigilancia y la gestión de eventos o incidentes adversos y capacitación en el uso de dispositivos médicos?	M	2	X			
6.6.8	¿El responsable del Programa Institucional de Tecnovigilancia (PITV), realiza la identificación, análisis, toma de acciones preventivas o correctivas y comunicación de los eventos e incidentes adversos a nivel interno?	C	2	X			
6.6.9	¿La institución tiene establecidos indicadores que les permita evaluar de manera periódica la efectividad del programa y permiten su medición?	M	2	X			
6.6.10	¿El responsable Programa Nacional de Tecnovigilancia realiza la notificación de los eventos e incidentes adversos a las partes interesadas en los tiempos establecidos?	M	2	X			
6.6.11	¿El responsable del Programa Institucional de Tecnovigilancia verifica documenta y divulga las Alertas emitidas por el Invima?	M	2	X			

Observaciones: Cuentan como referente a la Ingeniera Biomédica Maria Alejandra Arevalo Martinez, evidenciando Inscripción ante el Invima con fecha 13 de febrero del 2024 en donde se actualizaron sus datos, presentan formato de reportes de incidentes y eventos interno con codigo LG-TB-TV-FR-04, de igual forma se presenta reporte trimestral con fecha 08 de Julio del 2025 en donde se realizo el registro de 7 incidentes por el uso de dispositivos médicos, presentan documento denominado MANUAL DE TECNOVIGILANCIA con codigo LG- TB-TV-MA-01

7.0	Reactivovigilancia	*Riesgo*	Calificación	*Cumple*			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
7.1	¿Se designa por quien ostente autoridad un responsable para dirigir el programa y se encuentra inscrito al Programa Institucional de Reactivovigilancia?¿Cuenta con acceso para el reporte en el aplicativo web?	M	2	X			
7.2	¿Existe una descripción de las funciones que debe realizar el responsable del Programa Institucional de Reactivovigilancia?	M	2	X			
7.3	¿El responsable del programa aplica la normatividad relacionada con Reactivos de Diagnostico In Vitro, en la institución: Resolución 2020007532 del 28 de febrero de 2020?	M	2	X			
7.4	¿Se cuenta con un Manual donde se establecen las políticas y los procesos, que incluya elementos conceptuales, operativos, administrativos, entre otros, para la identificación, análisis, gestión y comunicación de los riesgos de Reactivovigilancia y se encuentra aprobado por la Dirección?	M	2	X			
7.5	¿Los reportes inmediatos se realizan antes de los 5 días y los reportes periódicos son analizados por el comité y se envían trimestralmente y se evidencia la gestión realizada frente a cada reporte?	M	2	X			
7.6	¿Las acciones preventivas y/o correctivas tomadas son conocidas por los profesionales de la institución?	M	2	X			
7.7	¿Se registran los puntos críticos de control del ciclo de vida de los reactivos asociados con la ocurrencia de incidentes o eventos adversos?	M	2	X			
7.8	¿La institución tiene establecidos indicadores que les permita evaluar de manera periódica la efectividad del programa y permiten su medición?	M	2	X			
7.9	¿La institución garantiza que los temas de reactivovigilancia son abarcados en algún comité de la institución, articulado con los demás programas de vigilancia?	M	2	X			
7.10	¿Se realizan capacitaciones planeadas,relacionadas con el programa de reactivovigilancia y son evaluadas?	M	2	X			
7.11	¿Existe evidencia de la verificación de manera continua de las alertas e informes de seguridad y Retiros de producto, publicados en la página Web del Invima y su gestión en el caso de aplicar a su institución? ¿Esta actividad se encuentra establecida en el Programa Institucional?	M	2	X			
7.12	¿Se evidencian un documento que describa las especificaciones para el uso de los reactivos de diagnóstico in vitro de acuerdo con la complejidad de este?	M	2	X			
7.13	¿El banco de sangre cuenta con un documento donde se especifique la disposición final del reactivo de diagnóstico in vitro de acuerdo con las especificaciones establecidas por el fabricante?	M	2	X			

Observaciones:
7.1 Reponsable del Programa de reactivovigilancia Dra. Luz Marly Gómez - Directora del banco de sangre.
El Banco de sangre del Cauca SAS cumple con los requisitos establecidos por la normatividad sanitaria vigente con relación a la evaluación, adquisición, verificación, etiquetado y almacenamiento de los reactivos de diagnóstico In Vitro empleados en el banco de sangre.

8	GARANTÍA Y ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD: Decreto 1571/1993: capítulo VII; Resolución 901/1996: capítulo 11.	*Riesgo*	Calificación	*Cumple*			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
8.1	¿Tiene el Banco de Sangre desarrollado un Sistema de Garantía de la Calidad y se encuentra definida y asignada la responsabilidad para su implementación, mantenimiento y mejora?	C	2	X			
8.2	¿Se tiene documentado y divulgado un manual de calidad en el que se define: alcance del sistema de gestión de calidad, descripción, política de calidad, objetivos de calidad, mapa de procesos, procesos y procedimientos, teniendo en cuenta los PFRS y PMRS. ¿organigrama, funciones, responsabilidades y calificación de todo el	M	2	X			
8.3	¿Existe un procedimiento para realizar las auditorías internas que incluya: cronograma, contenido del informe, metodología de análisis, manejo de acciones que se generen, cierre y plan de auditoría?	M	2	X			
8.4	¿Se elabora un informe con los resultados de la auditoría interna realizada, generando acciones correctivas con responsables y plazos definidos?	M	2	X			
8.5	¿Existe un procedimiento escrito que defina las acciones correctivas, preventivas o de mejora en busca de eliminar la causa raíz, se mantiene registro de las acciones correctivas tomadas y resultados de las acciones realizadas, así como el seguimiento a su implementación?	M	2	X			
8.6	¿Las auditorías internas dan alcance a los puestos fijos y móviles de captación de sangre dependientes del banco de sangre, así como al sistema de información?	M	2	X			
8.7	¿Se encuentra establecido y documentado el procedimiento para el estudio de peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias que incluya la recepción, documentación, análisis, acciones, tiempos de análisis, respuesta y este relaciona el responsable de su tratamiento?	M	2	X			
8.8	¿El contrato de provisión de sangre y/o componentes sanguíneos contempla la devolución de estos y existe procedimiento con las especificaciones de calidad para la recepción y aceptación de devolución?	M	2	X			
8.9	¿Se realiza asistencia técnica a los servicios transfusionales sobre las condiciones de almacenamiento y uso adecuado de la sangre y de los componentes sanguíneos?	M	1			X	
8.10	¿Se cuenta con procedimientos documentados para la liberación de sangre y componentes sanguíneos para su distribución y uso?	C	2	X			
8.11	¿Se encuentra definida y asignada la responsabilidad al director del banco de sangre, para el visado del Sello Nacional de Calidad de sangre y componentes sanguíneos para su distribución y uso como responsable por los actos técnicos, científicos y administrativos que en el se ejecuten.	C	2	X			

8.12	¿Existe un procedimiento donde se describan las actividades para la identificación de las muestras (viales), volumen, conservación y almacenamiento, temperatura, tiempo, ubicación y disposición final; ajustado a los lineamientos nacionales emitidos por el INS? (Procedimiento de Seroteca)	M	2	X			

Observaciones:
8.1 MANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD, codigo AS-DT-BS-MA-01, version 2-2022
8.3 Se anexa cronograma en un folio.
8.9 Se enviaron comunicaciones a los servicios transfusionales a los cuales distribuyen hemocomponentes, para impartir asistencias tecnicas, pero estos no han respondido.

9	ENSAYOS: Decreto 1571/1993: capitulo II y V; Resolución 901/1996: capitulo 5, capitulo 6	Riesgo	Calificación	Cumple			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
9.1	¿A toda unidad de sangre o componente sanguíneo colectado se le realizan como mínimo las siguientes pruebas inmunohematológicas: a. ¿Grupo ABO (directa e inversa)? b. ¿Grupo Rh (D) y fenotipo Rh? c. ¿Rastreo e identificación de anticuerpos irregulares (RAI)? *Indicar las técnicas empleadas	C	2	X			
9.2	¿Se realiza determinación del fenotipo Rh (D, C, c, E, e) mediante prueba directa a todas las unidades D negativo? *Indicar las técnicas empleadas	C	2	X			
9.3	¿El banco de sangre realiza otras pruebas inmunohematológicas como: a. Lectinas (A1 y H) b. Fenotipo Kell c. Fenotipo Cw *Indicar las técnicas empleadas	M	2	X			
9.4	¿En caso de resultados (RAI) positivos se realiza la identificación de anticuerpos y se realiza el descarte de los componentes plasmáticos obtenidos? *Indicar las técnica empleada	M	2	X			
9.5	¿Se realiza prueba de Coombs directo a los glóbulos rojos con rastreo de anticuerpos positivos, previo a su liberación?	M	2	X			
9.6	¿Se tiene definido el protocolo para manejo de unidades con fenotipo Kell positivo?	C	2	X			
9.7	¿A toda unidad de sangre o componente sanguíneo colectado se le realizan obligatoriamente las siguientes pruebas para detección de agentes infecciosos: a. ¿Virus de la Hepatitis B (antígeno de superficie y anticuerpos totales contra el antígeno Core)? b. ¿Virus de la Hepatitis C? c. ¿Virus de inmunodeficiencia humana - VIH 1 y 2 (antígenos y anticuerpos)? d. ¿Sífilis? e. ¿Chagas? f. ¿Virus linfotrópico de células T humanas - HTLV I/II g. ¿Gota gruesa para Plasmodium (en zonas endémicas)? *Indicar las técnica empleada en las observaciones	C	2	X			
9.8	¿Se aplica algoritmo de detección vigente para el manejo de las unidades con resultados reactivos, dudosos o inconcluyentes, de acuerdo con lo establecido por el INS?	C	2	X			
9.9	¿El banco de sangre tiene definida una zona gris para todos los marcadores (zona de seguridad o zona de incertidumbre o zona indeterminada, entre otras)? *Indicar rango o porcentaje en las observaciones	M	2	X			
9.10	¿Los resultados de las pruebas infecciosas (iniciales y repeticiones) se encuentran ingresados al sistema de información automatizado y son idénticos a los arrojados por los equipos?	C	2	X			
9.11	¿El banco de sangre realiza o cuenta con contrato para la realización de pruebas confirmatorias o complementarias a los donantes con resultados doblemente reactivos o dudosos de acuerdo a los lineamientos del INS en el anexo técnico de la circular 082 de 2011? *Indicar porcentaje de reactividad y positividad en las observaciones	M	2	X			
9.12	Se dispone de procedimiento para la canalización y asesoría de donantes con pruebas confirmatorias positivas, se sigue el algoritmo establecido por el INS y se tiene definido un responsable? * Indicar porcentaje de canalización efectiva y asesoría efectiva	C	2	X			

Observaciones:

9.1 Se realiza Grupo ABO (directa e inversa), Grupo Rh (D), Confirmación de D débil, Fenotipo Rh (Prueba del antígeno Kell al 100% de unidades Rh negativas), Rastreo de anticuerpos irregulares (RAI); mediante técnica de Aglutinación en gel.
9.2 Determinación del fenotipo Rh (D, C, c, E, e), a todas las unidades D negativas; mediante técnica de Aglutinación en columna gel.
9.3 Determinación de fenotipo Kell a todas las unidades Rh negativas; mediante técnica de Aglutinación en columna gel.
9.4 Se realiza la identificación de anticuerpos a todas las unidades ante un resultado RAI positivo se realiza identificación y Coombs directo mediante la técnica aglutinación en gel.
9.7 Las unidades colectadas son sometidas a pruebas serológicas para la detección de agentes infecciosos HIV I/II, Hepatitis B, Hepatitis C, Anticuerpos contra el antígeno CORE de la Hepatitis B, Sífilis, HTLV y Chagas por la técnica de quimioluminiscencia, en el equipo Alinity i. No se realiza prueba de gota gruesa para los donantes provenientes de zonas endémicas para Plasmodium, estos se difieren.
9.9 Se tiene definido como zona gris para Chagas del 20% y para los demás marcadores el 10%.
9.11 El laboratorio Cofcan realiza las pruebas confirmatorias de los marcadores HIV, HBsAg, HVC, HTLV y CHAGAS con resultados reactivos, conforme lo establecido en los anexos técnicos emitidos por el INS. Actualmente presentan un 2.9% de Reactividad y un 0.2% de positividad.
9.12 En el "Manual de Ubicación, Asesoría y Canalización de Donantes código AS-DT-BS-MA-16 V2", describe el proceso para ubicación, notificación, y asesoría a los donantes con resultados positivos en las pruebas confirmatorias de enfermedades infecciosas, además del proceso de reporte al sistema de vigilancia epidemiológica y aseguradora de salud (EPS). El Banco de Sangre tiene un 80% de canalización efectiva y un 80% de Asesoría efectiva.

10	DOCUMENTACION: Decreto 1571/1993: capítulo V, capítulo IX; Resolución 901/1996: capítulo 10.	Riesgo	Calificación	Cumple			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
10.1	¿Toda la documentación del banco de sangre se encuentra integrada al sistema de gestión de calidad?	M	2	X			
10.2	¿Se cuenta con listado maestro de documentos que permita verificar la versión y vigencia de los mismos? * anexar listado	M	2	X			
10.3	¿Se cuenta con un procedimiento escrito que define la estructura documental, codificación, contenido, cuadro de firmas (revisó, elaboró, aprobó), control de cambios de la documentación del banco de sangre, actualización, modificación, distribución, divulgación y manejo de documentos (copias controladas, copias no controladas, documentos externos, documentación vigente y obsoleta)?	M	2	X			
10.4	¿El procedimiento de gestión documental expresa claramente la prohibición de uso de corrector, tachones, enmendaduras y la manera adecuada de hacer las correcciones (encuestas, registros, resultados, identificación de muestras, entre otros), así como el registro de datos erróneos? Se aplica este protocolo para corrección de errores	M	2	X			
10.5	¿Se dispone de protocolo para el diligenciamiento de formatos empleados en el banco de sangre y sus dependencias?	M	2	X			
10.6	¿Se encuentra definido que los registros que arrojan los equipos y/o documentos deberán ser almacenados como mínimo cinco (05) años en archivo activo y diez (10) años en archivo inactivo?	M	2	X			
10.7	¿Se tienen establecidas las tablas de retención documental para el banco de sangre?	M	2	X			

Observaciones:
10.2 El banco de sangre cumple con la normatividad relacionada con el sistema documental, cuenta con listado maestro de documentos, código AS-DT-BS-FR-22, version 02-2022. Son aproximadamente 300 documentos por lo cual no se anexa listado.

11	CONTROL DE CALIDAD: Decreto 1571/1993: capítulo II, capítulo VII; Resolución 901/1996: capítulo 11.	Riesgo	Calificación	Cumple			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
11.1	¿Se tiene definido control de calidad para el proceso de selección de donantes?	C	2	X			
11.2	¿Existe procedimiento para el procesamiento del control de calidad (interno y externo) y sus especificaciones?	C	2	X			
11.3	¿Se realiza control interno diario en cada corrida para las pruebas de inmunohematología e inmunoserología y de acuerdo a las recomendaciones dadas por el fabricante? *Indicar el control empleado para cada una de las pruebas.	C	2	X			
11.4	Existe un procedimiento para el manejo del control independiente débil, se grafican y analizan los resultados con el fin de identificar desviaciones, se tienen definidas las acciones frente a las desviaciones identificadas?	C	2	X			
11.5	¿Participan en el programa de evaluación externa de desempeño para las actividades que se llevan a cabo en el banco de sangre?	C	2	X			
11.6	¿Se realiza seguimiento a los resultados de los programas de control de calidad (interno y/o externo) y se implementan las acciones correctivas cuando apliquen?	C	2	X			
11.7	¿Se realiza control de calidad a los componentes sanguíneos obtenidos en el banco de sangre de acuerdo a los lineamientos emitidos por el INS?	C	2	X			
11.8	¿Existe un control estricto de la sangre y componentes sanguíneos en cuanto a su fecha de vencimiento para su almacenamiento y distribución?	C	2	X			

Observaciones:
11.1 Cuentan con el Manual de Colecta, codigo AS-DT-BS-MA-21, version 3-2025, en el cual estan definidos los criterios de seleccion de acuerdo a los linamientos del INS; se realiza verificacion de los posibles donantes en sistemas SIHEVI, ADRES y HEXABANK; despues de ingresar las encuestas al sistema hexabank, se realiza revisión de encuestas por parte del mismo profesional que realizo la actividad de selección del donante, posteriormente auditoria al 100% de las encuestas a cargo de la coordinadora tecnica y auditoria al 100% de las encuestas por parte de la directora. Los hallazgos de las encuestas se registran en el Formato de auditoria y revision de errores, codigo AS-DT-BS-FR-224, version 1-2025. Se realiza control de calidad al hemoglobinómetro para los tres niveles cada lunes y el resto de dias uno diario por nivel del control MISSION PLUS de ANNAR. Realizan controles diarios a las balanzas mezcladoras tanto en campañas como en el banco de sangre y control de temperaturas para transporte de muestras y hemocomponentes.

11.3 Se realiza control de calidad diario de primera opinion con controles de la casa comercial ABBOTT, luego control independiente OPTITROL CHAGAS Y OPTITROL BLUE para las pruebas de HIV, HCV, Anticuerpos totales contra antigeno Core, HBsAg, HTLV, Sifilis.
Para el proceso de inmunohematologia usan el control IH-Q.C. Modular System de casa comercial Bio-Rad: hemoclasificacion directa e inversa, rastreo de anticuerpos irregulares, determinacion de fenotipo Rh, determinacion de D debil, determinacion de Coombs directo.

11.5 Realizan control de calidad externo para inmunoserologia con PROASECAL con periodicidad mensual con resultados satisfactorios hasta julio de 2025; PEED con INS con resultados concordantes al 100%.

Para inmunohematologia realizan control con PROASECAL dos veces al año, el ultimo resultado tuvo un desempeño del 83% debido a error de digitacion en el resultado reportado y PEED del INS una vez al año, con 100% de concordancia al mes de junio.

12	REGISTROS: Decreto 1571/1993: capítulo II, capítulo IV, capítulo V, capítulo IX, capítulo X; Resolución 901/1996: Capítulo 7, Capítulo 10, Capítulo 11	Riesgo	Calificación	Cumple			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
12.1	¿El banco de sangre cuenta con sistema de registro automatizado? *Indicar el sistema empleado	M	2	X			
12.2	¿El acceso al sistema de información automatizado permite niveles de seguridad por nivel jerárquico, las modificaciones, correcciones y/o eliminación de datos en el sistema de información automatizado está bajo la supervisión y autorización del la dirección del banco de sangre?	C	2	X			
12.3	¿Se evidencia correlación entre los registros escritos y el sistema de información automatizado?	C	2	X			
12.4	¿El registro impreso de las pruebas realizadas para detección de pruebas infecciosas incluye: los resultados, fecha número de la unidad de sangre, interpretación de los resultados de las pruebas, firma del profesional responsable de la ejecución de la prueba, nombre de la casa comercial, fecha de expiración de los reactivos, número del lote?	C	2	X			

12.5	¿Todas las unidades de sangre total y componentes sanguíneos están debidamente identificados de acuerdo a la normatividad vigente?	C	2	X			
12.6	¿Todos los registros de los procedimientos realizados contienen fechas de los procedimientos, firmas de responsables, firmas de revisión y se encuentran diligenciado de acuerdo al protocolo establecido por el banco de sangre?	C	2	X			
12.7	¿Existen los registros del control de calidad realizado a reactivos de diagnóstico in vitro, procedimientos y componentes sanguíneos?	C	2	X			
12.8	¿La encuesta de selección de donantes se encuentra ajustada a los lineamientos emitidos por el INS y contiene toda la información necesaria que soporte la aceptación o diferimiento del donante?	C	2	X			
12.9	¿Las encuestas de selección se evidencian debidamente diligenciadas, sin tachones y con el 100% de las preguntas respondidas?	C	2	X			
12.10	¿Existe un registro para la distribución, entrega y recepción de productos sanguíneos, inspección del estado del componente (temperatura, hemólisis e integridad)?	M	2	X			
12.11	¿El registro de las actas de incineración de sangre y componentes sanguíneos, contiene como mínimo: a. Fecha del descarte b. Número de unidad c. Componentes descartados d. Grupo sanguíneo e. Motivo del descarte f. Volumen descartado g. Sello de calidad h. Firma de quien realiza el descarte i. Firma de quien recibe el descarte j. Fecha en que servicios generales retira las unidades descartadas ** Indicar estadísticas de descarte por componente y principal motivo de descarte.*	M	2	X			

Observaciones:
12.1 Sistema de información automatizado HEXABANK V1.28.32.
12.11 Emiten actas de incineración generadas desde el sistema de información automatizado HEXABANK, ACTA DE INCINERACION DE COMPONENTES SANGUINEOS, código AS-DT-BS-FR-167. Los porcentajes de descarte para Glóbulos rojos 3.5% - Principal motivo: Reactividad; Plasma fresco congelado 40% - Principal motivo: Otras causas (Multiparas); Plaquetas 4.4% - Principal motivo: Aspecto físico.

13	TRAZABILIDAD: Decreto 1571/1196: capítulo II, capítulo X; Resolución 901/1996: capítulo 10, capítulo 11.	Riesgo	Calificación	Cumple			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
13.1	¿Los componentes sanguíneos, tubos de muestra y registros contienen la información necesaria para asegurar su trazabilidad y permitir su identificación y localización oportuna e inequívoca?	C	2	X			
13.2	¿Se evidencia trazabilidad entre los registros escritos y los datos almacenados en el sistema de información automatizado?	C	2	X			
13.3	¿Se evidencia segregación y descarte de la sangre y componentes sanguíneos que no cumplen con los criterios de calidad establecidos en la normatividad vigente?	M	2	X			
13.4	¿Se evidencia seguimiento al procedimiento de seroteca?	M	2	X			
13.5	Indicar los meses en que se realizó la trazabilidad (registrando el número de encuestas revisadas).	M	2	X			

Observaciones:
13.5 Se realizó seguimiento a 344 encuestas en físico y diferidos de los meses de enero, marzo y mayo de 2025, evidenciando conformidad con relación a datos del donante, firmas de donantes y responsables del proceso, se realizó trazabilidad al 100% de las unidades captadas de los mismos meses para las pruebas de inmunohematología e infecciosas en el sistema de información automatizado HEXABANK y en los registros físicos evidenciando conformidad.

14	Puestos Móviles de Recoleccion de Sangre - Campañas: Decreto 1571/1196: capítulo I, capítulo V, capítulo XII; Resolución 901/1996: Capítulo ,4 literal 4.1	Riesgo	Calificación	Cumple			
ÍTEM	ASPECTO PARA EVALUAR			SI	NO	CR	N.A
14.1	¿Las carpas y unidades móviles se encuentran en óptimas condiciones físicas, de limpieza y aseo?	M	2	X			
14.2	¿El personal que labora en el puesto móvil utiliza ropa adecuada de trabajo y elementos de protección personal que garanticen condiciones higiénico-sanitarias y de bioseguridad?	M	2	X			
14.3	¿Los puestos móviles cuentan con los equipos tecnológicos necesarios para el desarrollo de las actividades como: la consulta del donante en SIHEVI o a bases internas del Banco de sangre?	C	2	X			
14.4	¿El puesto móvil cuenta con una adecuada distribución de las áreas de diligenciamiento de encuestas, selección y valoración de donantes; las cuales permita confidencialidad y privacidad?	M	2	X			
14.5	¿El área de flebotomía esta dotada con los equipos e insumos necesarios para esta actividad?	C	2	X			
14.6	¿los puestos móviles cuentan con botiquín?	M	2	X			
14.7	¿El talento humano ubicado en la campaña tiene conocimiento acerca del manejo de reacciones adversa a la donación y estas están documentadas en el procedimiento?	M	2	X			
14.8	¿En cada una de las áreas se evidencian recipientes para la segregación de desechos de acuerdo al riesgo y guardianes para el descarte de material cortopunzante; los guardianes se encuentran rotulados (ubicación y fecha de apertura)?	C	2	X			
14.9	¿El Puesto móvil cuenta con dispositivos que regulen y garanticen que la temperatura ambiente se encuentre entre 15°C y 24°C, cuentan con soportes de registro, firmas de responsables de verificación y su frecuencia? ¿Cuentan con Termohigrómetro que permita llevar control sobre la temperatura?	M	2	X			
14.10	¿Se llevan registros de control de calidad de los diferentes equipos empleados en la campaña tales como: Hemoglobinómetro, pesa corporal, Balanza mezcladora y estos cuentan con firma de la persona responsable del proceso?	C	2	X			
14.11	¿El puesto móvil está equipado con neveras portátiles de almacenamiento y transporte que han sido debidamente validadas y documentadas, garantizando así la correcta conservación de las unidades de sangre. Además, se realiza un monitoreo y registro constante de la temperatura durante la campaña?	C	2	X			

14.12	¿Las encuestas para selección de donantes se encuentran debidamente diligenciadas, sin tachones y con el 100% de las preguntas respondidas?	C	2	X			
14.13	Revisar la correlación entre el numero de identificación del donante, el código de la unidad asignado por el banco de sangre y la marcación correspondiente en el tubo, la encuesta y la unidad de sangre.	C	2	X			

Observaciones:

14.4: Al realizar el recorrido por el puesto movil ubicado en la Carrera 8 con Calle 5- Plazoleta Iglesia San José, se evidencia que se encuentra en óptimas condiciones fisicas, limpieza y aseo, dispuesta en tres áreas principales: diligenciamiento de encuentas, toma de refrigerio, entrevista y toma de signos vitales y flebotomia debidamente identificadas y delimitadas, que garantizan que los procesos se realicen de manera privada, individual, y segura.
14.6 Cuentan con botiquin de primeros auxilios equipado para el manejo de reacciones adversas a la donación (RAD), con insumos de fecha vigente.
14.9 En el "Formato control de calidad temperatura campaña extramural código AS-DT-BS-FR-89" se registra la temperatura ambiente y humedad relativa de las jornadas de campaña, se evidencian termohigrómetro con temperaturas entre 17.4,°C y 21,9°C y humedad relativa 62% y 52%.
14.11 Cuentan con 2 neveras KLIMBER, capacidad: 52L – 10 unidades, tiempo de conservación: 5 hora Max a una temperatura de 20°C a 24°C para bolsas cuádruples y 1°C a 10°C para bolsas triples y composelect, número de pilas requeridas con bolsas triples 20 pilas de 500gr y bolsas cuádruples 10 pilas de 500gr. En el "Formato control diario de transporte de componentes código AS-DT-BS-FR-143" se registra la temperatura de las neveras, durante la verificación registraban una temperatura de 3.5°C y 22.5°C. Las validaciones de la red de frio se encuentran documentadas en el "Protocolo de validacion red de frio codigo AS-DT-BS-PR-21 V3"
14.13 Los componentes sanguineos, tubos de muestra y registros cuentan con una identificación inequívoca mediante stickers (códigos de barras), garantizando la trazabilidad de cada elemento, facilitando su identificación y localización en cualquier momento.

NOTA ACLARATORIA
Cualquier modificación que se haga en las condiciones evaluadas y verificadas durante la visita de inspección, vigilancia y control (IVC) respecto a equipos (implementación de nuevas tecnología), áreas (cambio de infraestructura), cambio de domicilio, cambio de personal técnico principal, así como suspensión voluntaria de actividades, deberán ser notificadas al Invima con antelación a fin de evaluar y verificar si se requiere una nueva visita de inspección para verificación de requerimientos técnicos de acuerdo al concepto técnico emitido y de acuerdo con las disposiciones de la Normatividad Sanitaria correspondiente, so pena de las acciones a que haya lugar.
*Registro obligatorio de la respuesta en el campo de observaciones

Observaciones de quien atiende la visita:

Observaciones del funcionario de la entidad (Invima):

Radicado 20251116870 del 05/05/2025: Validación de la plataforma Trima Accel - Terumo BCT, Serie 1T00571; fecha de validacion 24/04/25 al 25/04/25, estudio que permite validar criterios de calidad, verificación de funcionalidad y desempeño operacional de la plataforma para la obtención de plaquetas por aféresis, para lo cual se realizaron 4 procedimientos donde se verificaron los parámetros de control de calidad (peso, volumen, recuento de plaquetas, rendimiento, inspección visual para ausencia de agregados, recuento de globulos blancos, pH, y cultivo microbológico; los resultados obtenidos evidencian un buen funcionamiento y desempeño de la máquina Trima Accel serie 1T00571 para la obtención de plaquetas por aféresis.

Radicado 20251104386 del 22/04/2025: Validación del INS a la Hoja de Vida de LUZ AYDA JIMENEZ MACA para el perfil coordinadora de Banco de Sangre: Se verifico comunicacion emitida por el INS con radicado INS-1-2025-00186 del 09/04/2025, por el cual se inscribio a la Dra. LUZ AYDA JIMENEZ MACA con C.C. 34.323.884 como coordinadora del Banco del Cauca SAS.

Se informa que en el marco de la estrategia de la lucha contra la ilegalidad y contrabando de productos competencia del Invima, toda persona se puede comunicar a la linea (+57) (601) 242 50 00 Ext 2005 o denunciar en la página web www.invima.gov.co en el formulario de denuncias https://sesuite.invima.gov.co:444/Pqrsd/peticiones/solicitud . Para denunciar posibles hechos de corrupción de funcionarios y/o contratistas del Invima puede llamar a la línea anticorrupción (+57)(601) 242 50 00 ext 1500. *Los teléfonos se encuentran ubicados en la ciudad de Bogotá.

Nota: El Invima dentro de sus competencias sin previo aviso podrá adelantar acciones de inspección, vigilancia y control con el fin de verificar las condiciones sanitarias del establecimiento.

CONCEPTO TÉCNICO

Las suscritas profesionales del Invima conceptúan que el establecimiento denominado BANCO DE SANGRE DEL CAUCA S.A.S., ubicado en la CL 18 A NORTE No 5 - 20 PI 6, en la ciudad de Popayan, NIT. No. 817007641-7, Código Nacional de Sangre No. 19-001-2, CUMPLE para su funcionamiento como banco de sangre Categoría (A), con la obtención de componentes sanguíneos por procedimiento de aféresis (Plaquetaféresis).

CANTIDAD DE DOCUMENTOS ANEXOS A ESTA ACTA: 06 FOLIOS

APLICACIÓN DE MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD (ART. 576 LEY 9a DE 1979) SI [ ] NO [X]

	Clausura temporal total
	Clausura temporal parcial
	Suspensión parcial de trabajos o servicios
	Suspensión total de trabajos o servicios

	Decomiso
	Congelación
	Destrucción

MARQUE CON (X) SI ES EL CASO

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, desde la fecha 2025 | 8 | 11 hasta la fecha 2025 | 8 | 15. Copia integra de la presente acta se deja al interesado.

FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA (1)

Nombre:	Martha Yadira Fajardo Wilches		
Tipo de documento:	Cédula de Ciudadanía		
Número de documento:	51.559.642		
Cargo:	Profesional Especializado	**Firma:**	

FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA (2)

Nombre:	Mildred Margarita Asendra Fontalvo		
Tipo de documento:	Cédula de Ciudadanía		
Número de documento:	32.870.397		
Cargo:	Profesional Universitario	**Firma:**	

FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA (3)

Nombre:	Maria Fernanda Molina Ospina		
Tipo de documento:	Cédula de Ciudadanía		
Número de documento:	1.130.626.782		
Cargo:	Profesional Universitario	**Firma:**	

FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VISITA (4)

Nombre:			
Tipo de documento:			
Número de documento:			
Cargo:		**Firma:**	

PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombre:	Luz Mary Gomez		
Tipo de documento:	Cédula de Ciudadanía		
Número de documento:	1.064.836.659		
Cargo:	Directora tecnica	**Firma:**	

PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombre:	Luz Ayda Jimenez Maca		
Tipo de documento:	Cédula de Ciudadanía		
Número de documento:	34.323.884		
Cargo:	Coordinadora tecnica	**Firma:**	

PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombre:			
Tipo de documento:	Cédula de Ciudadanía		
Número de documento:			
Cargo:		**Firma:**	

PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA

Nombre:			
Tipo de documento:			
Número de documento:			
Cargo:		**Firma:**	

Banco de Sangre del Cauca

Popayán, 06 de marzo de 2026

Señores
HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.
Ciudad

Asunto: Carta de compromiso de adherencia al Sistema de Gestión Ambiental

Yo, Andrés Felipe Peña Vanegas, identificado con cédula de ciudadanía No. 71.336.503 expedida en Medellín, en calidad de representante legal del Banco de Sangre del Cauca, identificado con NIT 817007641-7, por medio de la presente me permito manifestar que nos comprometemos a adherirnos al Sistema de Gestión Ambiental con que cuenta el Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

Lo anterior, con el propósito de contribuir al suministro de servicios de manera adecuada, eficiente y acorde con los lineamientos de mejoramiento continúo establecidos en la certificación ISO 14001:2015, de la cual la institución es acreedora.

Cordialmente,

Andres Felipe Peña Vanegas
CC. 71336513

Andrés Felipe Peña Vanegas
C.C. No. 71.336.503 de Medellín
Cargo: Gerente General
Banco de Sangre del Cauca
Teléfono: 310 577 5091
Correo electrónico: andres.pena@stewardcolombia.org

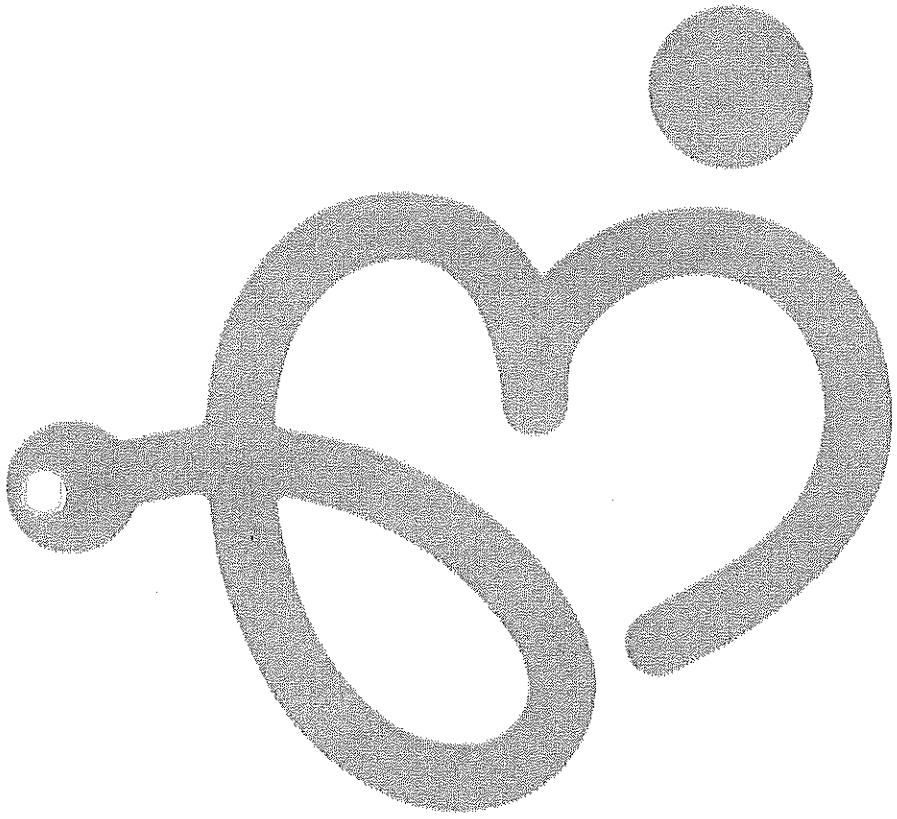
Steward Colombia

Banco de Sangre del Cauca

GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN AMBIENTAL

PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES (PGIRASA)



CÓDIGO
GA-GA-PL-01

PUBLICACIÓN
10/01/2026

VERSIÓN
5

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 3
2. OBJETIVO 3
3. ALCANCE 3
4. DEFINICIONES 3
5. NORMATIVIDAD Y/O LINEAMIENTOS GENERALES 7
5.1 Normatividad 7
6. RECURSOS 8
6.1. Talento Humano 8
6.2. Equipo Biomédico 8
6.3. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos 8
7. GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES 8
7.1 Gestión interna de residuos generada en la atención de salud y otras actividades 8
7.1.1 Etapa de Planeación. 9
7.1.2 Etapa de implementación 57
7.1.3 Etapa de seguimiento 57
7.2 Plan de mejoramiento continuo 62
7.2.1 Información disponible a la autoridad sanitaria 62
7.2.2 Informes ambientales a entidades 63
7.3 Gestión externa de residuos generados en la atención en salud y otras actividades 63
8. DOCUMENTOS ASOCIADOS 64
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 65
10. CONTROL DE CAMBIOS 65

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

INTRODUCCIÓN

La segregación en la fuente constituye el principal problema, pues se origina en el desconocimiento de las características de los residuos o en la falta de compromiso con la institución por parte de los trabajadores, visitantes y en general, toda la población generadora de este tipo de residuos en las I.P.S.

La NO segregación conlleva a encontrar elementos cortopunzantes, material de vidrio y residuos líquidos en bolsas no apropiadas para este fin, provocando riesgos para el personal que manipula el residuo durante la recolección interna y externa.

Esta etapa de la gestión integral es fundamental para el éxito del Plan de Gestión Integral de Residuos en atención en salud y otras actividades (PGIRASA). Es por ello por lo que el Banco de Sangre del Cauca ha venido trabajando fuertemente en temas de capacitación, señalización, diagramación de rutas, implementación del código de colores y adquisición de contenedores concordantes con las producciones.

El manejo adecuado de los desechos se hace necesario con el fin de evitar la propagación de enfermedades infecciosas, al aumento de los costos del servicio y el aumento de la cantidad de desechos.

La producción de los desechos es muy variable y su magnitud se relaciona directamente con el tamaño y complejidad de la institución de salud, además del volumen de material desechable empleado.

En este manual se describen los procesos, procedimientos, y actividades de la gestión integral de los residuos sólidos hospitalarios, para su manejo técnico y el cumplimiento de lo establecido en la normatividad vigente.

Este manual es específico para el Banco de Sangre y tiene en cuenta las directrices institucionales relacionadas.

OBJETIVO

Establecer los lineamientos de la gestión integral de los residuos peligrosos y no peligrosos, generados en las actividades realizadas en el Banco de Sangre del Cauca con el fin de prevenir y/o minimizar riesgos sobre la salud humana y los impactos ambientales asociados, cumpliendo la regulación ambiental y contribuyendo al desarrollo sostenible.

ALCANCE

Este documento abarca desde la generación de los residuos del Banco de Sangre del Cauca hasta su disposición final, incluyendo la verificación de la disposición realizada por el tercero contratado.

DEFINICIONES

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

AGENTE PATÓGENO: Es todo agente biológico capaz de producir infección o enfermedad infecciosa en un huésped.

ATENCIÓN EN SALUD: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

ATENCIÓN EXTRAMURAL: Es la atención en salud en espacios no destinados a salud o espacios de salud de áreas de difícil acceso que cuenta con la intervención de profesionales, técnicos y/o auxiliares del área de la salud y la participación de su familia, hacen parte de esta atención las brigadas, jornadas, unidades móviles en cualquiera de sus modalidades y la atención domiciliaria.

ALMACENAMIENTO: Acumulación o depósito temporal, en recipientes o lugares, de la basura y residuos sólidos de un generador o una comunidad, para su posterior recolección, aprovechamiento, transformación, comercialización o disposición final.

APROVECHAMIENTO: Es la utilización de residuos mediante actividades tales como separación en la fuente, recuperación, transformación y rehúso de los mismos, permitiendo la reincorporación en el ciclo económico y productivo con el fin de generar un beneficio económico y social y de reducir los impactos ambientales y los riesgos a la salud humana asociados con la producción, manejo y disposición final de los residuos.

BIOSEGURIDAD: Es el conjunto de medidas preventivas que tienen por objeto minimizar el factor de riesgo que pueda llegar a afectar la salud humana y el ambiente.

CARACTERIZACIÓN DE RESIDUOS: Determinación de las características cualitativas y cuantitativas de un residuo sólido, identificando contenidos y propiedades de interés con una finalidad específica.

CULTURA DE LA NO BASURA: Es el conjunto de costumbres y valores tendientes a la reducción de las cantidades de residuos generados por cada uno de los habitantes y por la comunidad en general, así como al aprovechamiento de los residuos potencialmente reutilizables.

DESACTIVACIÓN DE ALTA EFICIENCIA: Es el método, técnica o proceso utilizado para tratar los residuos infecciosos con el fin de volverlos inertes, todo ello con objeto de minimizar los impactos sobre la salud y el ambiente.

DESACTIVACIÓN DE BAJA EFICIENCIA: Es el procedimiento mediante el cual se tratan los residuos con el fin de bajar la carga que tengan de microorganismos patógenos, a fin de impedir su proliferación y controlar su crecimiento, mientras el residuo se somete a tratamiento o disposición final.

DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES: Actividad de incinerar en dispositivos especiales o depositar en rellenos de seguridad residuos peligrosos, de tal forma que no representen riesgo ni causen daño a la salud o al ambiente.

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

EMBALAJE: Contenedor o recipiente que contiene uno o varios empaques.

ETIQUETA: En la gestión interna de residuos corresponde a la información escrita, impresa o gráfica relativa a un residuo en particular, que se adhiere o se imprime en el recipiente, embalaje o envase que contienen los residuos.

FÁRMACOS PARCIALMENTE CONSUMIDOS, VENCIDOS, DETERIORADOS, ALTERADOS Y/O EXCEDENTES: Son aquellos medicamentos vencidos, deteriorados, alterados y/o excedentes de las sustancias que han sido empleadas en cualquier tipo de procedimiento. Dentro de estos se encuentran los residuos producidos en laboratorios farmacéuticos que no cumplen los estándares de calidad y sus empaques o por productores de insumos médicos.

FLUIDOS CORPORALES DE ALTO RIESGO: Se aplican siempre a la sangre y a todos los fluidos que contengan sangre visible. Se incluyen además el semen, las secreciones vaginales, el líquido cefalorraquídeo y la leche materna. Se consideran de alto riesgo por constituir fuente de infección cuando tienen contacto con piel no intacta, mucosas o exposición percutánea con elementos cortopunzantes contaminados con ellos.

FLUIDOS CORPORALES DE BAJO RIESGO: Se aplican a las deposiciones, secreciones nasales, transpiración, lágrimas, orina o vómito, a no ser que contengan sangre visible, caso en el cual serán considerados de alto riesgo.

GENERADOR: Es la persona natural o jurídica que produce residuos hospitalarios y similares en desarrollo de las actividades, manejo e instalaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud, incluidas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; la docencia e investigación con organismos vivos o con cadáveres; los laboratorios de biotecnología, los laboratorios farmacéuticos y productores de insumos médicos, consultorios, clínicas, farmacias, cementerios, morgues, funerarias y hornos crematorios, centros de pigmentación y/o tatuajes, laboratorios veterinarios, centros de zoonosis y zoológicos.

GESTIÓN EXTERNA: Es la acción desarrollada por el gestor de residuos peligrosos que implica la cobertura y planeación de todas las actividades relacionadas con la recolección, almacenamiento, transporte, tratamiento, aprovechamiento y/o disposición final de residuos fuera de las instalaciones del generador.

GESTIÓN INTEGRAL: Conjunto articulado e interrelacionado de acciones de política normativas, operativas, financieras, de planeación, administrativas, sociales, educativas, de evaluación, seguimiento y monitoreo desde la prevención de la generación hasta el aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final de los residuos, a fin de lograr beneficios sanitarios y ambientales y la optimización económica de su manejo respondiendo a las necesidades y circunstancias de cada región.

GESTIÓN INTERNA: Es la acción desarrollada por el generador, que implica la cobertura, planeación e implementación de todas las actividades relacionadas con la minimización, generación, segregación, movimiento interno, almacenamiento interno y/o tratamiento de residuos dentro de sus instalaciones.

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

GESTOR O RECEPTOR DE RESIDUOS PELIGROSOS: Persona natural o jurídica que presta los servicios de recolección, almacenamiento, transporte, tratamiento, aprovechamiento y/o disposición final de residuos peligrosos, dentro del marco de la gestión integral y cumpliendo con los requerimientos de la normatividad vigente.

INACTIVACIÓN MICROBIANA: de la habilidad de los microorganismos para crecer y multiplicarse.

INCINERACIÓN: Procesamiento térmico de los residuos sólidos mediante la oxidación química con cantidades estequiometrias o en exceso de oxígeno.

MICROORGANISMO: Es cualquier organismo vivo de tamaño microscópico, incluyendo bacterias, virus, levaduras, hongos, actinomicetos, algunas algas y protozoos.

MOVIMIENTO INTERNO: Acción de trasladar los residuos del lugar de generación a la unidad de almacenamiento intermedio o unidad de almacenamiento central; incluye también el traslado de los residuos de la unidad de almacenamiento intermedio al central, cuando aplique.

MODO DE TRANSPORTE: Subsistema de transporte que incluye: un medio físico, vías, instalaciones para terminales, vehículos (aeronave, embarcación, tren, vehículo automotor) y operaciones para el traslado de residuos.

PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS GENERADOS EN SALUD: Es el instrumento de gestión diseñado e implementado por los generadores que contiene de una manera organizada y coherente las actividades necesarias que garanticen la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.

PRESENTACIÓN: Es la actividad del usuario de empacar y envasar todo tipo de residuos sólidos para su almacenamiento y entrega a la entidad prestadora del servicio de aseo para aprovechamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final.

PRESTADORES DEL SERVICIO DE DESACTIVACIÓN: Son las personas naturales o jurídicas que prestan el servicio de desactivación dentro de las instalaciones del generador, mediante técnicas que aseguren los estándares de desinfección establecidos por los Ministerios del Medio Ambiente y de Protección Social, de conformidad con sus competencias.

PREVENCIÓN: Es el conjunto de acciones dirigidas a identificar, controlar y reducir los factores de riesgo biológicos, del ambiente y de la salud, que puedan producirse como consecuencia del manejo de los residuos, ya sea en la prestación de servicios de salud o cualquier otra actividad que implique la generación, manejo o disposición de esta clase de residuos, con el fin de evitar que aparezca el riesgo o la enfermedad y se propaguen u ocasionen daños mayores o generen secuelas evitables.

RECOLECCIÓN: Es la acción consistente en retirar los residuos del lugar de almacenamiento ubicado en las instalaciones del generador para su transporte.

RESIDUO PELIGROSOS: Es aquel residuo o desecho que, por sus características corrosivas, reactivas, explosivas, tóxicas, inflamables, infecciosas o radiactivas, puede causar riesgos o efectos no deseados, directos e indirectos, a la salud humana y el ambiente. Así mismo, se

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

consideran residuos peligrosos los empaques, envases y embalajes que estuvieron en contacto con ellos.

RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES: son las sustancias, materiales o subproductos sólidos, líquidos o gaseosos, generados por una tarea productiva resultante de la actividad ejercida por el generado

SEGREGACIÓN: Es la operación consistente en separar manual o mecánicamente los residuos hospitalarios y similares en el momento de su generación.

SEGREGACIÓN EN LA FUENTE: Separación selectiva inicial de los residuos procedentes de cada una de las actividades, servicios, procesos o procedimientos realizados en un establecimiento.

SISTEMA DE PESAJE: Es el conjunto ordenado y sistemático de equipos, elementos y maquinaria que se utilizan para la determinación certera del peso de los residuos objeto de gestión en una o varias de las actividades del servicio público de aseo y que proporciona información con datos medibles y verificables.

TRATAMIENTO DE RESIDUOS PELIGROSOS: Es el conjunto de operaciones, procesos o técnicas mediante el cual se modifican las características de los residuos o desechos peligrosos, teniendo en cuenta el riesgo y grado de peligrosidad de estos, para incrementar sus posibilidades de aprovechamiento y/o valorización o para minimizar los riesgos para la salud humana y el ambiente.

TRATAMIENTO: Conjunto de operaciones, procesos o técnicas encaminadas a la eliminación, la disminución de la concentración o el volumen de los residuos sólidos o basuras, o su conversión en formas más estables.

UNIDAD DE ALMACENAMIENTO CENTRAL: Área exclusiva y cerrada, en la que se ubican los contenedores o similares para que el generador almacene temporalmente los residuos mientras son presentados al transportador.

UNIDAD DE ALMACENAMIENTO INTERMEDIO: Área exclusiva y cerrada, en la que se ubican los contenedores o similares para que el generador almacene temporalmente los residuos previos a la entrega a la unidad de almacenamiento central

VECTORES: Organismos, generalmente insectos o roedores que transmiten enfermedades. Medio de transmisión de un patógeno de un organismo a otro.

NORMATIVIDAD Y/O LINEAMIENTOS GENERALES

5.1 Normatividad

NORMA	DESCRIPCIÓN
Ley 9 de 1979	Código Sanitario Nacional. Por la cual se dictan medidas sanitarias a edificaciones, instituciones públicas, fábricas de alimentos, entre otros.
Decreto 2811 de1974	Código Nacional de los Recursos Naturales Renovables y de Protección del Medio Ambiente.

Decreto 1076 de 2015	Decreto Único reglamentario del sector ambiente y desarrollo sostenible.
Ley 99 de 1993	Por la cual se crea el Ministerio de Ambiente, se reordena el sector público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables, se organiza el sistema nacional ambiental –SINA- y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1609 de 2002	Por el cual se reglamenta el manejo y transporte terrestre automotor de mercancías peligrosas por carretera.
Decreto 4741 de2005	Por el cual se reglamenta la prevención y manejo de los residuos y desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral.
Decreto 351 de 2014	Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.
Decreto 780 de 2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
Resolución 2184 de 2019	Por la cual se establece el nuevo código de colores en el territorio Nacional.
Resolución 591 de 2024	Por la cual se adopta el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades.

RECURSOS

6.1. Talento Humano

- Profesional Ambiental
- Personal Asistencial
- Personal Administrativo
- Personal de servicios generales

6.2. Equipo Biomédico

Para el desarrollo de este plan no se requiere equipos biomédicos.

6.3. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos

Insumo de limpieza y desinfección como:

- Cloro Orgánico
- Limpiador de vidrios
- Desincrustantes
- Desengrasantes
- Detergentes

GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES

7.1 Gestión interna de residuos generada en la atención de salud y otras actividades

La gestión integral comprende un sistema coordinado e interrelacionado de acciones en los ámbitos político, normativo, operativo, financiero, de planeación, administrativo, social, educativo, evaluativo y ambiental, orientadas a optimizar el manejo económico de los procesos. Esta gestión se adapta a las necesidades y condiciones específicas e incluye el seguimiento y monitoreo continuo desde la prevención en la generación de residuos hasta su aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final, con el objetivo de alcanzar beneficios sanitarios y ambientales.

La gestión interna comprende el conjunto de acciones ejecutadas por el generador, orientadas a la planificación, cobertura e implementación de todas las actividades relacionadas con la minimización, generación, segregación, transporte interno, almacenamiento y/o tratamiento de residuos dentro de sus instalaciones.
En el caso de las plantas de beneficio animal, y sin perjuicio de las disposiciones vigentes en materia de residuos peligrosos, los decomisos generados deben ser gestionados conforme a los lineamientos y procedimientos establecidos por el Invima para tal propósito. Este proceso de gestión se estructura en tres etapas clave: planeación, implementación y seguimiento.

7.1.1 Etapa de Planeación.

7.1.1.1 Suscripción del compromiso institucional

El Banco de Sangre del Cauca dentro de sus funciones y compromisos para brindar bienestar a los usuarios y la sociedad que a diario usan nuestro servicio, se compromete desde la organización a desarrollar planes, programas y actividades de gestión ambiental integral para minimizar los impactos ambientales generados bajo el mejoramiento continuo y así cumplir con la normativa ambiental de acuerdo con los siguientes lineamientos:

- Formular, Desarrollar e implementar el Plan de Gestión Integral de Residuos enfocado en la prevención de riesgos ambientales y sanitarios.
- Gestionar los residuos peligrosos bajo criterios técnicos, con empresas con los permisos, autorizaciones o licencias ambientales que correspondan.
- Participar en convenios y programas ambientales sectoriales.
- Desarrollar e implementar programas de minimización, recuperación, reutilización y reciclaje de residuos.
- Promover la implementación de alternativas y estrategias de producción más limpia enfocados al ahorro y uso eficiente de recursos naturales.
- Gestionar los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para la implementación de prácticas ambientales.
- Desarrollar programas de capacitación y entrenamiento en bioseguridad, gestión integral de residuos y producción más limpia.

De esta manera se garantiza que los procesos estén alineados acorde a la política de gestión ambiental GA-GA-PA-01

7.1.1.2 Conformación del Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria.

El Grupo Administrativo Ambiental y Sanitaria será la instancia coordinadora de todos los programas, proyectos y actividades que se propongan dentro de los procesos de formulación,

implementación, seguimiento y evaluación de la Gestión Integral de Residuos.

El Grupo Administrativo de gestión Ambiental y Sanitaría se conformará mediante acta, el comité se reunirá como mínimo una vez al mes según cronograma establecido.

- **Conformación del grupo de gestión ambiental**

– Dirección General
– Dirección Técnica
– Dirección Administrativa
– Coordinación Técnica
– Coordinador de Mantenimiento
– Profesional Ambiental
– Profesional SG- SST
– Representante de Servicios Generales

✓ **Funciones del Grupo**

– Realizar el diagnóstico situacional ambiental y sanitario.
– Formular el compromiso institucional sanitario y ambiental.
– Diseñar el PGIRASA - componente interno.
– Diseñar la estructura funcional (organigrama) y asignar responsabilidades específicas.
– Definir y establecer los mecanismos de coordinación para garantizar la ejecución del PGIRASA.
– Gestionar el presupuesto para la ejecución del Plan.
– Velar por la ejecución del PGIRASA
– Elaborar informes y reportes a las autoridades de vigilancia y control
– Apoyar y acompañar las capacitaciones y campañas ambientales.
– Promover el buen desempeño ambiental al interior de la entidad.
– Realizar seguimiento al Manual de limpieza y desinfección de instalaciones.
– Documentar e implementar el Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades
– Identificar el presupuesto necesario para la implementación del Plan y someterlo a consideración de la alta gerencia.
– Proponer a la alta gerencia las acciones preventivas y correctivas a que haya lugar, en el marco de la implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades.
– Revisar los informes de que trata el presente Plan.

✓ **Funciones de los Miembros**

- Dirección General

– Velar por el cumplimiento de las actividades a desarrollar en el Grupo de Gestión Ambiental y Sanitaria.
– Responder ante las autoridades ambientales y sanitarias sobre la ejecución y cumplimiento del Plan de Gestión Integral de Residuos.

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

- Presentar ante los entes de control el informe de gestión interna de residuos con sus correspondientes indicadores cada seis meses.
- Gestionar los recursos necesarios para el desarrollo del Plan de Gestión de Residuos.
- Dar a conocer al personal médico los comunicados que el grupo de gestión ambiental y sanitaria considere.
- Participar en el desarrollo del proceso de capacitación.
- Auditar el manejo de residuos.

• Directora Administrativa

- Velar por el cumplimiento de las actividades a desarrollar en el Grupo de Gestión Ambiental y Sanitaria.
- Garantizar los recursos necesarios para el desarrollo del Plan de Gestión de Residuos y las respectivas compras para el funcionamiento de este, insumos, infraestructura, servicios tercerizados.
- Dar a conocer a la personal los comunicados que el grupo de gestión ambiental y sanitaria considere.
- Participar en el desarrollo del proceso de capacitación.
- Auditar el manejo de residuos.

• Profesional Ambiental

- Velar por el cumplimiento de los procedimientos, actividades y programas de acuerdo con lo establecido en el Plan de Gestión Integral de Residuos.
- Convocar periódicamente a reuniones ordinarias del grupo de gestión ambiental y sanitaria (cada mes) y extraordinarias si se requieren.
- Elaborar las actas de las reuniones del Grupo.
- Elaborar y reportar el registro de accidentes e incidentes por gestión de residuos.
- Mantener el registro RH1 actualizado en el sistema con sus correspondientes indicadores.
- Solicitar periódicamente los reportes referentes a gestión de residuos que se listan a continuación:
- Generación y entrega de residuos. (formatos RH1, comprobantes de recolección).
- Accidentes o incidentes presentados.
- Estado y mantenimiento de los recursos físicos e infraestructura para la gestión de residuos: báscula, contenedores, elementos de protección personal, cuartos de almacenamiento de residuos y demás que se requieran).
- Auditar el manejo de residuos.

• Coordinador de Mantenimiento

- Velar por el cumplimiento de los procedimientos, actividades y programas de acuerdo con lo establecido en el Plan de Gestión Integral de Residuos.
- Mantenimiento de los recursos físicos e infraestructura para la gestión de residuos: báscula, contenedores, cuartos de almacenamiento de residuos y demás que se requieran).
- Mantenimiento de los recursos físicos e infraestructura para el Sistema de gestión Ambiental: Luminarias, tuberías, grifos, y otros que puedan generar consumo de recursos.
- Participar en el desarrollo del proceso de capacitación.
- Reportar incidentes o accidentes por gestión de residuos.
- Auditar el manejo de residuos.

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

- Profesional SG-SST

– Apoyar el cumplimento de la normatividad ambiental vigente.
– Apoyar las actividades de capacitación y formación.
– Garantizar que la empresa tercerizada realice la dotación de los elementos de protección personal para la manipulación de residuos peligrosos y realizar inspección de estos.
– Supervisar la gestión integral de los residuos en las áreas asistenciales.
– Minimizar y controlar los riesgos sobre la salud de todo el personal de la entidad.
– Proponer medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud en los lugares y ambiente.
– Auditar el manejo de residuos.

- Dirección Técnica

– Dar a conocer al personal médico los comunicados que el grupo de gestión ambiental y sanitaria considere.
– Participar en el desarrollo del proceso de capacitación.
– Reportar incidentes o accidentes por gestión de residuos.
– Auditar el manejo de residuos.

- Representante de Servicios Generales

– Velar por el cumplimiento de los procedimientos, actividades y programas de acuerdo con lo establecido en el Plan de Gestión Integral de Residuos.
– Reportar a la asistencia administrativa la generación de residuos (formato RH1) y entrega de estos a las empresas de gestión externa.
– Reportar los accidentes o incidentes por gestión de residuos.
– Reportar el estado y actividades de mantenimiento de la infraestructura y recursos para la gestión interna de residuos hospitalarios.
– Dar a conocer al personal a su cargo o compañeros los comunicados que el grupo de gestión ambiental y sanitaria considere.
– Participar en el desarrollo del proceso de capacitación.
– Auditar el manejo de residuos.

- Coordinador de Gestión Humana

– Dar a conocer a todos los trabajadores los comunicados que el comité de Gestión Ambiental y Sanitaria considere.
– Participar en el desarrollo del proceso de capacitación.
– Reportar al director administrativo incidentes o accidentes por gestión de residuos.
– Auditar el manejo de residuos.

- Coordinador Técnico

– Dar a conocer a todos los trabajadores los comunicados que el comité de Gestión Ambiental y Sanitaria considere.
– Participar en el desarrollo del proceso de capacitación.
– Reportar al director administrativo incidentes o accidentes por gestión de residuos.

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

- Auditar el manejo de residuos.

7.1.1.3 Elaboración del componente de gestión interna del Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en atención en la salud y otras Actividades (PGIRASA).

7.1.1.3.1 Diagnostico.

El diagnóstico ambiental y sanitario presenta la caracterización cualitativa y cuantitativa de los residuos generados en el Banco de Sangre. La información presentada a continuación parte del reconocimiento técnico de las diferentes áreas.

7.1.1.3.1.1 Descripción general de las actividades y servicios.

- Descripción del Banco de Sangre.

RAZÓN SOCIAL	BANCO DE SANGRE DEL CAUCA SAS
NIT	817007641-7
LOCALIDAD/BARRIO	CALLE 18AN # 5 -20 P6 BARRIO LA ESTANCIA – POPAYÁN
HORARIOS ATENCIÓN	08:00 AM – 4:00PM LUNES A VIERNES 08:00-12:30PM SABADOS

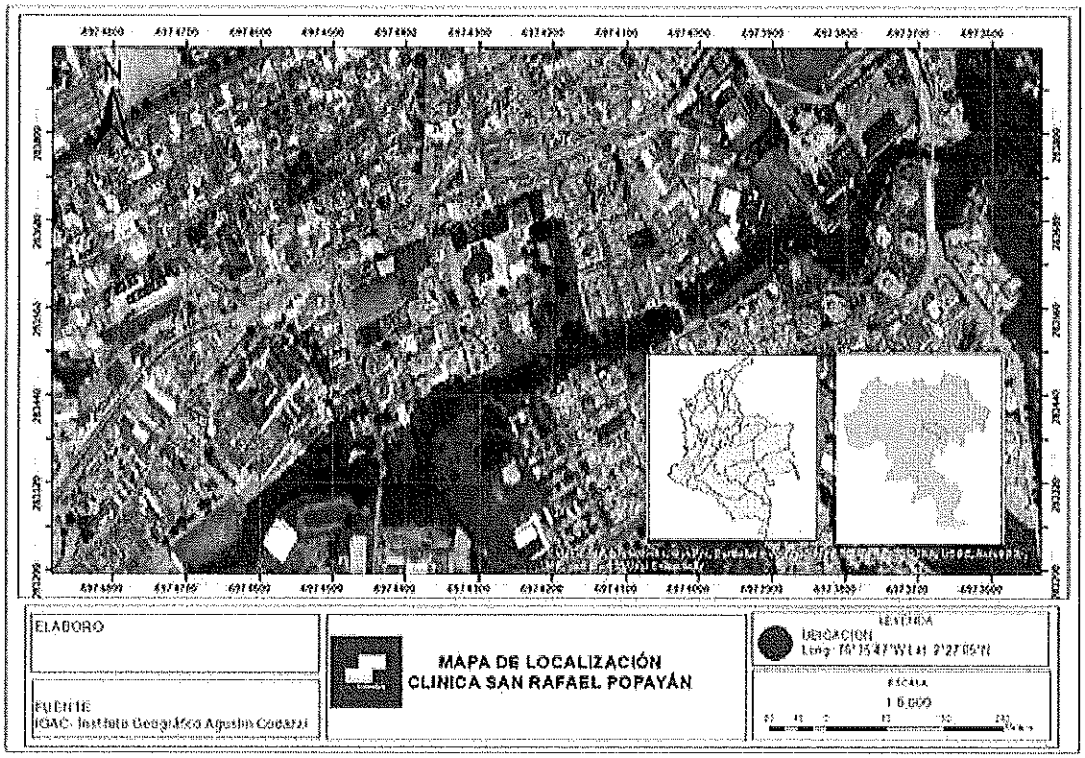
- Personal.

POBLACIÓN	CANTIDAD
ASISTENCIAL	8
ADMINISTRATIVO	4
TOTAL	12

- Ubicación

El Banco de Sangre con NIT 817007641-7 se encuentra ubicada en el perímetro urbano de la ciudad de Popayán del departamento del Cauca con la nomenclatura: Calle 18aN 5 – 20 piso 6.

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"



- Áreas

FLEBOTOMIA
FRACCIONAMIENTO
INFECCIOSAS C
HEMOCOMPONENTES
INMUNOHEMATOLOGIA
INMUNOCEROLOGIA
AFERESIS

- Infraestructura

El banco de sangre está ubicado en el 6to piso del edificio reina victoria, cuenta con un área de recepción, baños públicos, zonas de alimentación, área administrativa, flebotomía, aféresis, inmunohematología, fraccionamiento, infecciosas, valoración médica, cuartos de aseo, cuarto temporal de residuos, almacenamiento de componentes, insumos, archivo, entrega de componentes, área de encuesta, entrevista, inmunohematología, inmunocerologia y aféresis

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

7.1.1.3.1.2 Identificación y descripción de las áreas o procesos de generación de residuos peligrosos y no peligrosos.

7.1.1.3.1.3 Identificación, clasificación y cuantificación de los residuos generados.

Los residuos son productos, materiales o elementos en estado sólido, semisólido, líquido o gaseoso que, tras haber sido producidos, manipulados o utilizados, pierden valor para quien los posee y, por tanto, son objeto de reciclaje y/o disposición final.

En el Banco de Sangre, todos los residuos generados a partir de las diferentes actividades deben ser clasificados como residuos peligrosos o residuos no peligrosos.

Es fundamental tener en cuenta que los residuos peligrosos (RESPEL) son aquellos que, debido a sus características infecciosas, inflamables, explosivas, corrosivas, reactivas o tóxicas, pueden representar un riesgo para la salud humana o el medio ambiente. Así mismo, se consideran peligrosos los envases, empaques y embalajes que hayan estado en contacto con este tipo de residuos.

A continuación, se presenta un gráfico con la clasificación general de los residuos generados por el Banco de Sangre:

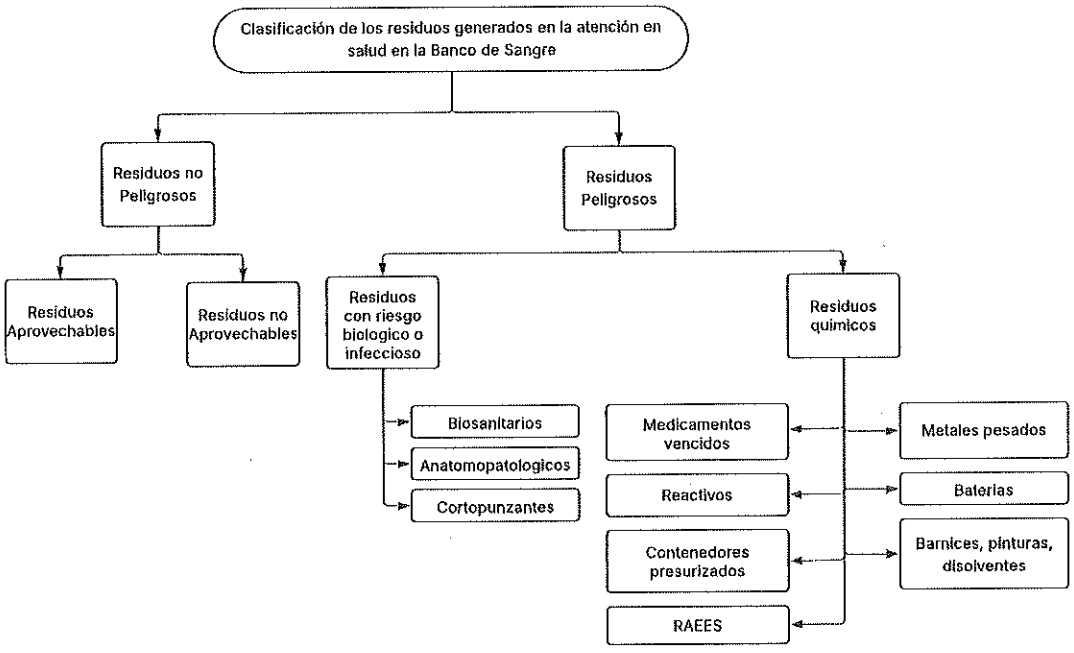


ILUSTRACIÓN 1 CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD

- **Residuos No Peligrosos.**

Los residuos no peligrosos son aquellos generados durante el desarrollo de las actividades en cualquier área de la institución y que no representan riesgo alguno para la salud humana ni para el medio ambiente.

Es importante tener en cuenta que cualquier residuo hospitalario no peligroso que se presuma ha sido mezclado con residuos peligrosos, deberá ser tratado y dispuesto como residuo peligroso, conforme a los principios de precaución y seguridad.

A continuación, se presenta la clasificación de los residuos generados en el Banco de Sangre:

- **Residuos sólidos aprovechables.**

Aquellos materiales sólidos que, aunque ya no tienen valor para quien los genera, pueden ser reincorporados a procesos productivos a través de actividades como el reciclaje, la reutilización o la recuperación de materiales, son residuos que tienen potencial para ser transformados en nuevos productos o materiales, evitando así que terminen en rellenos sanitarios o vertederos.

- **Residuos sólidos no aprovechables.**

Aquellos materiales o sustancias sólidas o semisólidas, tanto de origen orgánico como inorgánico, que no pueden ser reutilizados, reciclados o reincorporados en un proceso productivo, por lo que generalmente requieren tratamiento y disposición final en un relleno sanitario. Estos residuos carecen de valor comercial y su gestión implica costos.

- **Residuos Peligrosos**

Son aquellos residuos producidos por el generador con alguna de las siguientes características: infecciosos, combustibles, inflamables, explosivos, reactivos, radiactivos, volátiles, corrosivos y/o tóxicos, que pueden causar daño a la salud humana y/o al medio ambiente. Así mismo se consideran peligrosos los envases, empaques y embalajes que hayan estado en contacto con ellos.

- **Infecciosos o de riesgo biológico.**

Son aquellos que contienen microorganismos patógenos tales como bacterias, parásitos, virus, hongos, virus oncogénicos y recombinantes como sus toxinas, con el suficiente grado de virulencia y concentración que pueda producir una enfermedad infecciosa en huéspedes susceptibles.

Todo residuo hospitalario y similar que se sospeche haya sido mezclado con residuos infecciosos (incluyendo restos de alimentos parcialmente consumidos o sin consumir que han tenido contacto con pacientes considerados de alto riesgo) o genere dudas en su clasificación, debe ser tratado como tal.

Los residuos infecciosos o de riesgo biológico se clasifican en:

✓ ***Biosanitarios.*** Son todos aquellos elementos o instrumentos utilizados durante la ejecución de los procedimientos asistenciales que tienen contacto con materia orgánica, sangre o fluidos corporales del paciente humano o animal tales como: gasas, apósitos,

aplicadores, algodones, drenes, vendajes, mechas, guantes, bolsas para transfusiones sanguíneas, catéteres, sondas, material de laboratorio como tubos capilares y de ensayo, medios de cultivo, láminas porta objetos y cubre objetos, laminillas, sistemas cerrados y sellados de drenajes, ropas desechables, toallas higiénicas, pañales o cualquier otro elemento desechable que la tecnología médica introduzca para los fines previstos en el presente numeral.

- ✓ ***Anatomopatológicos.*** Son los provenientes de restos humanos, muestras para análisis, incluyendo biopsias, tejidos orgánicos amputados, partes y fluidos corporales, que se remueven durante necropsias, cirugías u otros procedimientos, tales como placentas, restos de exhumaciones entre otros.
- ✓ ***Cortopunzantes.*** Son aquellos que por sus características punzantes o cortantes pueden dar o rigen a un accidente percutáneo infeccioso. Dentro de estos se encuentran: limas, lancetas, cuchillas, agujas, restos de ampolletas, pipetas, láminas de bisturí o vidrio, y cualquier otro elemento que por sus características cortopunzantes pueda lesionar y ocasionar un riesgo infeccioso.
- ✓ ***De animales.*** Son aquellos provenientes de animales de experimentación, inoculados con microorganismos patógenos y/o los provenientes de animales portadores de enfermedades infectocontagiosas.

- **Residuos Químicos**

Son los restos de sustancias químicas y sus empaques o cualquier otro residuo contaminado con estos, los cuales, dependiendo de su concentración y tiempo de exposición tienen el potencial para causar la muerte, lesiones graves o efectos adversos a la salud y el medio ambiente. Se pueden clasificar en:

- ✓ ***Fármacos parcialmente consumidos, vencidos y/o deteriorados.*** Son aquellos medicamentos vencidos, deteriorados y/o excedentes de sustancias que han sido empleadas en cualquier tipo de procedimiento, dentro de los cuales se incluyen los residuos producidos en laboratorios farmacéuticos y dispositivos médicos que no cumplen los estándares de calidad, incluyendo sus empaques.
- ✓ ***Residuos citotóxicos.*** Son los excedentes de fármacos provenientes de tratamientos oncológicos y elementos utilizados en su aplicación tales como: jeringas, guantes, frascos, batas, bolsas de papel absorbente y demás material usado en la aplicación del fármaco.
- ✓ ***Metales pesados.*** Son objetos, elementos o restos de estos en desuso, contaminados o que contengan metales pesados como: Plomo, Cromo, Cadmio, Antimonio, Bario, Níquel, Estaño, Vanadio, Zinc, Mercurio. Este último procedente del servicio de odontología en procesos de retiro o preparación de amalgamas, por rompimiento de termómetros y demás accidentes de trabajo en los que esté presente el mercurio.
- ✓ ***Reactivos.*** Son aquellos que por sí solos y en condiciones normales, al mezclarse o al entrar en contacto con otros elementos, compuestos, sustancias o residuos, generan gases, vapores, humos tóxicos, explosión o reaccionan térmicamente colocando en riesgo la salud humana o el medio ambiente. Incluyen líquidos de revelado y fijado, de laboratorios, medios de contraste, reactivos de diagnóstico in vitro y de bancos de sangre.
- ✓ ***Contenedores presurizados.*** Son los empaques presurizados de gases anestésicos, medicamentos, óxidos de etileno y otros que tengan esta presentación, llenos o vacíos.
- ✓ ***Aceites usados.*** Son aquellos aceites con base mineral o sintética que se han convertido o tornado inadecuadamente para el uso asignado o previsto inicialmente, tales como:

lubricantes de motores y de transformadores, usados en vehículos, grasas, aceites de equipos, residuos de trampas de grasas.

- **Residuos radiactivos.**

Son sustancias emisoras de energía predecible y continua en forma alfa, beta o de fotones, cuya interacción con materia puede dar lugar a rayos X y neutrones.

Debe entenderse que estos residuos contienen o están contaminados por radionúclidos en concentraciones o actividades superiores a los niveles de exención establecidos por la autoridad competente para el control del material radiactivo, y para los cuales no se prevé ningún uso.

Esos materiales se originan en el uso de fuentes radiactivas adscritas a una práctica y se retienen con la intención de restringir las tasas de emisión a la biosfera, independientemente de su estado físico.

- **Clasificación y cuantificación de residuos**

La información sobre la generación de residuos o desechos peligrosos permitirá clasificar al generador de acuerdo con las siguientes categorías en concordancia con lo establecido en el artículo 2.2.6.1.6.2 del Decreto 1076 de 2015.

TIPO DE GENERADOR	CANTIDAD DE RESIDUOS PELIGROSOS (Kg/mes)
GRAN GENERADOR	≥ 1.000
MEDIANO GENERADOR	100 < 1.000
PEQUEÑO GENERADOR	10 ≤ 100
MICRO GENERADOR	< 10

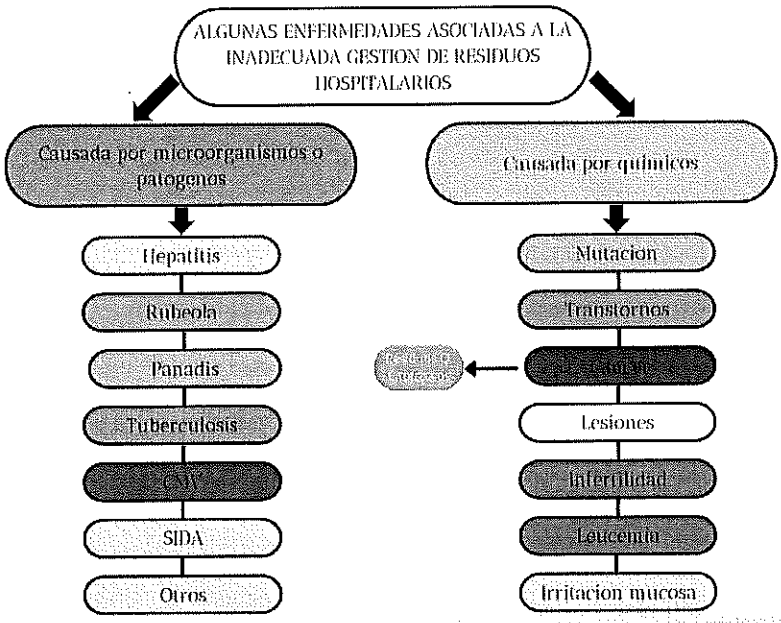
El cálculo de la cantidad de residuos generados debe establecerse con base en los promedios ponderados y media móvil de los últimos seis (6) meses de las cantidades pesadas, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.2.6.1.6.2 del Decreto 1076 de 2015.

PERIODO	CANTIDAD DE RESPEL	MEDIA MÓVIL ULTIMOS 6 MESES (Kg)
1	499,785	
2	622,614	
3	478,54	
4	525,31	
5	460,365	
6	401,67	
7	492,699	496,8
8	446,335	467,4

9	511,616	473,0
10	618,75	488,6
11	538,35	501,6
12	455,928	510,6
TOTAL	6051,962	489,7

- **Enfermedades asociadas a la inadecuada gestión de residuos.**

A continuación, se presentan algunas de las enfermedades asociadas a la gestión inadecuada de los residuos hospitalarios y similares, de forma simplificada y esquemática.



7.1.1.3.1.4 Identificación y descripción de actividades de prevención y minimización de la generación de residuos.

En el marco de una gestión ambiental eficiente, la identificación y descripción de actividades de prevención y minimización de la generación de residuos es un pilar estratégico y esencial para nuestra institución la cual está comprometida con la sostenibilidad orientada a optimizar los procesos productivos y operativos, reduciendo de manera significativa el impacto ambiental derivado de la producción de residuos.

Este análisis detallado proporcionará una visión clara de cómo implementar prácticas que fomenten la circularidad en la cadena de valor, promoviendo la reutilización, la reducción en el origen y la elección de materiales con menor impacto.

- **Área de urgencias y consulta externa.**

ACTIVIDAD	DESCRIPCCIÓN

Uso de termómetros digitales.	Sustituyen los de mercurio o los de un solo uso, reduciendo los residuos peligrosos y metales pesados.
Uso de guantes solo para cuando sean necesarios	Evita el uso excesivo de guantes descartables.
Instalación de dispensadores desinfectantes.	Evita la acumulación de envases plásticos individuales.
Clasificación en origen de residuos por tipo (Aprovechables, No Aprovechables)	Mejora la separación y reduce errores de clasificación
Uso de dispensadores dosificadores para soluciones antisépticas.	Evita el desperdicio de jabón y En relación con el asunto, me permito informar de manera formal que, debido a temas de cartera vencida, ASERHI no podrá realizar el envío de las certificaciones de disposición final correspondientes a los meses de abril, mayo y junio. Estos certificados son fundamentales para cumplir con los requisitos mínimos del informe de residuos generados en la atención en salud, el cual, según lo establecido en la Resolución 591 de 2024 y la Circular 017 de 2025, debe presentarse a más tardar el día sábado 27 de septiembre de 2025.
Clasificación en origen de residuos por tipo (Aprovechables, No Aprovechables)	Mejora la separación y reduce errores de clasificación
Uso de dispensadores dosificadores para soluciones antisépticas.	Evita el desperdicio de jabón y alcohol en gel
Uso de batas reutilizables de tela para procedimientos.	Reduce el volumen de residuos solidos
Uso de termómetros de digitales	Sustituye los de mercurio o los de un solo uso, reduciendo residuos peligros y metales pesados
Uso de guantes solo para cuando sean necesarios	Evita el uso excesivo de guantes descartables.
Reutilización de papel impreso por una cara para borrador o reimpresión	Minimiza consumo de hojas nuevas
Establecer criterios ambientales en la compra de materiales médicos y de oficina	Fomenta la minimización desde la adquisición
Firma de contratos con cláusulas de responsabilidad ambiental compartida.	Obliga a proveedores a reducir embalajes o empaques innecesarios.
Implementación comité de GAGAS	Coordina acciones transversales y capacita personal continuamente
Auditorías ambientales internas	Permite detectar y corregir practicas generadoras de residuos
Indicadores de residuos	Ayudan a hacer seguimiento y toma de decisiones informadas
Puntos ecológicos en las instalaciones	Optimiza el aprovechamiento de los residuos
Uso de productos concentrados y biodegradables para la limpieza y desinfección	Menos residuos de envases y menor impacto ambiental
Dosificación de productos	Evita el desperdicio y reduce la generación de envases residuales

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

7.1.1.3.1.5 Identificación de condiciones para a segregación en la fuente.

La segregación es el proceso mediante el cual se separan manual o mecánicamente los residuos hospitalarios y similares en el momento mismo de su generación. Para llevar a cabo una correcta segregación, el Banco de Sangre dispone de recipientes adecuados en cada una de sus áreas, según el tipo y la cantidad de residuos generados.
Este proceso implica la separación selectiva de los residuos hospitalarios desde su fuente de origen, considerando las medidas de bioseguridad correspondientes y cumpliendo con la normativa ambiental vigente.

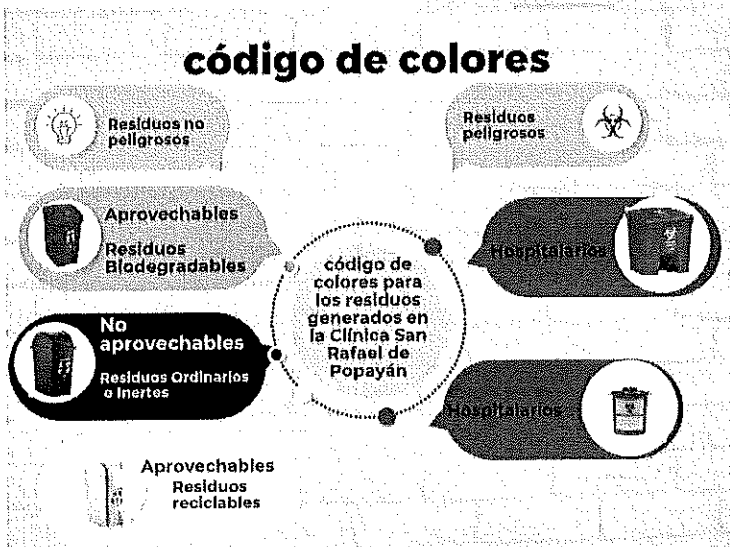
La segregación se inicia en cada punto de generación de residuos, marcando el comienzo de la cadena de actividades y procesos que conforman la gestión integral de residuos. La eficiencia de este sistema depende directamente de una clasificación inicial adecuada. Para que el personal del Banco de Sangre realice esta labor de forma efectiva, es fundamental conocer previamente ciertos aspectos clave, que se detallan a continuación.

- ***Uso de colores para la clasificación.***

Para garantizar una adecuada segregación de los residuos, el Banco de Sangre cuenta con recipientes distribuidos en cada uno de sus servicios, según el tipo y la cantidad de residuos generados.

Se ha implementado un sistema estandarizado de código de colores para los recipientes, con base en las características de los residuos. Esta estandarización tiene como propósito unificar los procesos de segregación y presentación de los distintos tipos de residuos, facilitando así su correcta gestión.

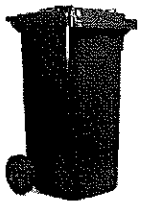
A continuación, se presenta el código de colores establecido para los residuos hospitalarios, conforme a la normatividad ambiental vigente:



El Banco de Sangre ha adoptado el código de colores de la siguiente manera:

✓ Color Negro: Para Residuos No Aprovechables.

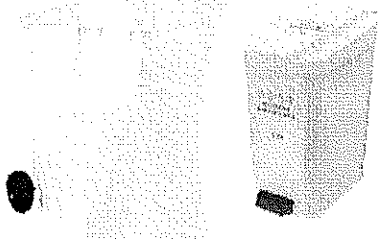
El almacenamiento de estos residuos se realizará en canecas de color negro con tapa de pedal, con capacidades de 12 y 22 litros, debidamente rotuladas con el tipo de residuo que contienen. Para áreas comunes o zonas con mayor volumen de generación, se utilizarán canecas de 40 litros. En los cuartos de almacenamiento intermedio se dispondrá de canecas de 120 litros, también rotuladas según la clase de residuo que contienen.





✓ Color Blanco: Para Residuos Aprovechables.

El almacenamiento de estos residuos se realizará en canecas de color blanco con tapa de pedal, con capacidades de 12 y 22 litros, debidamente rotuladas con el tipo de residuo que contienen. Para áreas comunes o zonas con mayor volumen de generación, se utilizarán canecas de 40 litros. En los cuartos de almacenamiento intermedio se dispondrá de canecas de 120 litros, también rotuladas según la clase de residuo que contienen.



✓ Color Rojo: Para Residuos Peligrosos.

El almacenamiento de estos residuos se realizará en canecas de color rojo con tapa de pedal, con capacidades de 12 y 22 litros, debidamente rotuladas con el tipo de residuo que contienen.

Para áreas comunes o zonas con mayor volumen de generación, se utilizarán canecas de 40 litros. En los cuartos de almacenamiento intermedio se dispondrá de canecas de 120 litros, también rotuladas según la clase de residuo que contienen.





- Los Escombros son clasificados como Residuos Especiales, son dispuestos en lonas y entregados a una escombrera autorizada por la autoridad ambiental, cada contratista debe realizar este procedimiento y hacer entrega al banco el certificado de disposición de los escombros generados.

Para la clasificación de los residuos peligrosos en cada una de las fuentes de generación, se deberán tener en cuenta las siguientes características para el uso de bolsas y/o contenedores:

- **Características de las bolsas desechables**

Características	Imagen
– Las bolsas deben garantizar la resistencia a la tensión ejercida por el peso de los residuos embalados y además su calibre deberá ser mínimo de 1.4 milésimas de pulgada para bolsas pequeñas (menores a dimensiones de 46 cm x 50 cm) y mínimo 1.6 milésimas de pulgada para bolsas grandes (mayores a dimensiones de 46 cm x 50 cm). El material plástico de las bolsas para residuos biosanitarios, debe ser polietileno de alta densidad. – El peso individual de la bolsa con los residuos no debe exceder los 15 kg. – Debe asegurarse el cierre adecuado e inmediato de las bolsas desechables una vez se hayan llenado hasta un máximo de tres cuartas partes con el fin de facilitar el anudado, marcarlas desde la fuente de generación. No se debe utilizar cintas o papeles rotulados para posteriormente ser pegados a las bolsas.	GENERACION DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS FECHA: PISO: SERVICIO: JORNADA: RESPONSABLE:

Las bolsas deben ser rotuladas en cada uno de los pisos por las auxiliares de limpieza y desinfección con los siguientes datos:

- Nombre de la institución
- Área de generación
- Fecha de instalación
- Turno
- Tipo de residuo

En ningún caso las bolsas podrán ser reutilizadas.

El personal asistencial debe de rotular la bolsa de cortopunzantes y debe ser dispuesto en el cuarto de residuos peligrosos.

- **Características y condiciones para recipientes reutilizables.**

- Construidos en material rígido impermeable, livianos, que garanticen la estanqueidad, de fácil limpieza, desinfección y resistentes a la corrosión.
- Dotados de tapa con buen ajuste, bordes redondeados y boca ancha para facilitar su vaciado. Todos los recipientes deben contar con bolsa ajustada al tamaño del contenedor y cumplir con el código de colores establecido en el presente Manual.
- Construidos en forma tal que estando cerrados o tapados no permitan la entrada de agua, insectos o roedores, ni el escape de líquidos por sus paredes o por el fondo.
- Contar con capacidad de almacenamiento suficiente de acuerdo con lo que identifique en el diagnóstico realizado por cada generador.
- Etiquetados para facilitar la segregación de los residuos de acuerdo con lo establecido en el presente Manual.
- Reemplazados o reparados cuando muestren deterioro o daño en su estructura o problemas en su capacidad de manipulación y contención.
- Los recipientes deben ser lavados y desinfectados rutinariamente de acuerdo con las frecuencias y procedimientos definidos por el generador.
- En caso de derrames accidentales o contaminación de los recipientes, estos deben lavarse y desinfectarse siguiendo el procedimiento de limpieza y desinfección definido por el generador.
- Los recipientes para residuos con riesgo biológico o infeccioso deben contar con un sistema de apertura sin contacto manual (Ejemplo: tipo pedal) salvo los recipientes para los residuos anatomopatológicos ubicados en quirófanos y salas de parto, que no requerirán tapa de cierre.
- Cuando se requiera, los recipientes para residuos con características de peligrosidad diferentes a las del literal anterior como: corrosividad, reactividad, explosividad, toxicidad e inflamabilidad, deben estar fabricados teniendo en cuenta las características fisicoquímicas de los residuos que contendrán y la matriz de compatibilidad.
- Los recipientes reutilizables que al finalizar su vida útil contuvieron residuos con riesgo biológico o infeccioso deben ser lavados y desinfectados de acuerdo con los procedimientos definidos por el generador en concordancia con lo establecido en el PGIRASA para su posterior aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final.

- **Características y condiciones para recipientes cortopunzantes.**

- Deben ser desechables y no reutilizables.
- Construidos en material rígido y resistente a la corrosión.
- Cuando se utilice un polipropileno de alta densidad u otro polímero debe garantizar que no contenga PVC, ni metales pesados, estas especificaciones serán soportadas en la ficha técnica del contenedor elaborada por el fabricante o comercializador del mismo.
- Resistentes a ruptura y perforación por elementos cortopunzantes, con un calibre mínimo de paredes de 1.2 mm, garantizado por el fabricante o importador.
- Deben ser livianos, tener un volumen, tamaño y forma adecuada de acuerdo con el tipo de material cortopunzante que se deposite en los mismos. (Ejemplo: agujas para infiltración u objetos cortopunzantes de mayor tamaño) y según el diagnóstico elaborado por el generador.
- Los recipientes destinados para el almacenamiento de material cortopunzante deben tener la capacidad suficiente según lo identificado por el generador en el diagnóstico del PGIRASA.
- Con tapa sellable de tal forma que al cerrarse quede completamente hermético sin posibilidad de reabrirse.
- Garantizar el fácil descarte de los residuos cortopunzantes.
- Etiquetado de acuerdo con lo establecido en el presente Manual.
- Deberá manipularse de acuerdo con las instrucciones sobre el descarte y segregación de los residuos cortopunzantes establecidas por el fabricante o comercializador.
- Deben ubicarse en las respectivas áreas y servicios asistenciales del generador, se podrán ubicar también en unidades móviles, en ambos casos ubicados de forma vertical, bien sujeto y fijo.
- Debe contar con una marca legible que indique el nivel cuando el recipiente está lleno hasta las 3/4 partes de su capacidad.

Todos los recipientes que contengan residuos cortopunzantes deben rotularse de la siguiente forma:

- Tipo de residuo.
- Nombre de la Institución.
- Área de Generación.
- Fecha inicial o de apertura.
- Fecha final o de cierre.

- **Reglas de oro para el uso de contenedores para cortopunzantes**

- Debe ser marcado con los datos anteriormente mencionados, Área, fecha de inicio y fecha de retiro y nombre del responsable de dicha actividad
- Fecha de vencimiento del contenedor: Cuando se cumpla el requisito y llegue a ¾ partes de la capacidad del contenedor se debe reemplazar el guardián.
- Debe ser colocado en la base correspondiente a su capacidad.
- Una vez se confirme que su capacidad máxima ha sido utilizada debe ser cerrado y retirado para ser almacenado en el cuarto de residuos peligroso temporal y posteriormente traslado al cuarto de residuos central.
- Se clasifica como residuo Cortopunzante y es entregado a la empresa para su incineración.
- En el banco de sangre garantizamos la incineración de los residuos Cortopunzantes y por lo tanto no inactivamos.

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

- Su manejo interno está a cargo del personal de servicios generales, y la reposición segregación y limpieza está a cargo del personal asistencial.

Se cuenta con un sistema de contenedores rígidos y de color rojo, rotulados y de conformidad a como lo exige la normatividad.

Estos contenedores están ubicados en las diferentes áreas según la necesidad de cada una de ellas; actualmente contamos con contenedores situados según la necesidad del servicio.

Clasificación	Tipo	Residuos	Descripción	Disposición en el Servicio	Tiempo Máximo de Disposición	Anexo I Dec. 1076/Titulo 6	Anexo III Dec. 1076/Titulo 6
Infecciosos o de Riesgo Biológico	Corto Punzantes	Lancetas, agujas, limas, cuchillas, restos de tubos de ensayo contaminados con sangre, pipetas, láminas de bisturí o vidrio, copos (aplicadores),	Residuos generados por los laboratorio y banco de sangre.	Disponer en el contenedor de seguridad respectivo con el que cuenta cada una de las áreas para este tipo de elementos. Para más información Remitirse a la sección de manejo de cortopunzantes.	Se debe disponer inmediatamente en el contenedor respectivo con el que cuenta el servicio. Este contenedor debe almacenarse hasta que su llenado complete las 3/4 partes (75%) de su capacidad). Posteriormente se trasladan al cuarto intermedio de residuos respectivo y luego se envían al cuarto final según lo indica la ruta sanitaria.	Y1	Infeccioso

- **Condiciones particulares para la segregación de residuos biosanitarios o de riego infeccioso.**

- La segregación de los residuos de dispositivos médicos usados, vencidos o equipos biomédicos en desuso susceptibles de tales como: material de osteosíntesis (Ej. placas,

clavos, tornillos, endoprótesis, catéteres, retirados o usados), estetoscopios, espátulas entre otros; se deberá desinfectar de acuerdo con los procedimientos establecidos por la institución y las recomendaciones dadas por el gestor o proveedor.

- Se deberá llevar un registro permanente de los dispositivos entregados para aprovechamiento que contenga cómo mínimo la siguiente información: tipo, referencia, cantidad (en número y peso), fecha de generación, fecha de entrega al gestor; tipo de aprovechamiento y razón social, dirección y datos de contacto del gestor.

Clasificación	Tipo	Residuos	Color	Anexo I Dec. 1076/Titulo 6	Anexo III Dec. 1076/Titulo 6
Químicos	Fármacos, metales pesados, reactivos, contenedores presurizados	Restos de sustancias química, líquidos residuales de equipos de laboratorio y banco de sangre, alcoholes y sus empaques, restos de medicamentos y sus empaques como viales.	Rotulado con Residuo de Riesgo Químico; ROJO para Canecas y Bolsas Plásticas.	Y3	Tóxico
Infeccioso o de Riesgo Biológico	Biosanitarios	Gasas, apósitos, aplicadores, algodón, drenes, vendajes, mechas, guantes, catéteres, sondas, ropa desechable, elementos de protección personal, toallas higiénicas, pañales, contaminados con sangre o fluidos corporales, residuos de alimentos consumidos parcialmente	Rotulado con Residuo Riesgo Biológico Color ROJO para Canecas y Bolsas Plásticas.	Y1	Infeccioso

	Anatomopatológicos	Muestras para análisis, tubos con sangre, paneles de microbiología, hemocultivos y fluidos corporales.	Rotulado con Residuo de Riesgo Biológico, ROJO para Canecas y Bolsas Plásticas.	Y1	Infeccioso

- ***Condiciones particulares para la segregación de residuos anatomopatológicos.***

- Una vez segregados los residuos anatomopatológicos, estos deben ser conducidos y ubicados en el equipo de refrigeración manteniéndolos a una temperatura inferior a 4°C.
- En caso de fallo con la nevera se podrá utilizar sustancias gelificantes en remplazo de la refrigeración, con el fin de retrasar su proceso de descomposición.
- Los residuos anatomopatológicos en estado líquido (como fluidos corporales de alto riesgo) deben ser segregados y depositados en contenedores rígidos o bolsas a pruebas de goteo que garanticen las condiciones de estanqueidad impidiendo la fuga de este tipo de residuos.

Tipo	Residuos	Descripción	Disposición	Anexo I Dec. 1076/Titulo 6	Anexo III Dec. 1076/Titulo 6

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

Anatomopatológicos	Muestras para análisis tubos con sangre, panëles de microbiología, hemocultivos.	Residuos generados de laboratorios.	Identificar el residuo y almacenarlo en doble bolsa roja, proceder a enviar a congelación y disponer para incineración. Se debe identificar el residuo y rotular como 'Material Anatomopatológico'	Y1	Infeccioso

- ***Condiciones particulares para la segregación de residuos Químicos***

Clasificación	Tipo	Residuos	Descripción	Disposición en el Servicio	Anexo I Dec. 1076/Titulo 6	Anexo III Dec. 1076/Titulo 6
Químicos	Fármacos, Metales Pesados, Reactivos, Contenedores Presurizados	Restos de sustancias químicas, líquidos residuales de equipos de laboratorio y banco de sangre, alcoholes y sus empaques, restos de medicamentos y sus empaques como viales.	Residuos generados por los laboratorios	Los medicamentos deben ser entregados a la farmacia institucional quien se encarga de realizar la clasificación de estos según el riesgo. Para los envases generados en las diferentes áreas, son depositados en canecas rojas identificadas como 'Residuo Químico'.	Y3	Tóxico

Los medicamentos vencidos, deteriorados o mal conservados son considerados residuos peligrosos químicos; Dichos residuos son entregados a la Farmacia institucional y

posteriormente a Logística, quien realiza la custodia en el cuarto de Medicamentos, para ser reportado a GESTION AMBIENTAL con posterior entrega a la empresa ASERHI.
Los envases de medicamentos generados en las áreas son depositados en contenedores rígidos, los cuales deben ser descartados cuando se llenen las ¾. Los residuos son transportados al cuarto central de residuos peligrosos para luego ser entregados a la empresa ASERHI para su tratamiento y disposición final de lo cual se recepcionará el acta de destrucción de estos residuos.

✓ ***Bioseguridad para Manejo de Residuos Farmacéuticos Especiales***

- ***Aerosoles***

Se incluyen: spray's e inhaladores. Este tipo de medicamentos solo deben ser incinerados si se conoce y se evita el riesgo de explosión durante la destrucción. También se pueden desechar llevando a la celda de seguridad del relleno sanitario siempre que se realice seguimiento a todo el proceso de disposición final. El BSC ha establecido la incineración de estos desechos como medida de norma.

- ***Medicamentos Anti-Infecciosos***

Estos son medicamentos muy inestables que deben ser incinerados. En el caso de medicamentos antiinfecciosos líquidos, estos pueden dejarse en agua durante un periodo superior a dos semanas con el fin de inactivarlos y luego desecharlos se ha establecido la incineración como norma para desecharlos.

- ***Sustancias Controladas***

Las sustancias controladas son incineradas por la empresa ASERHI, en presencia de la autoridad sanitaria o de las autoridades nacionales que ejercen control sobre estas, dicha autoridad se hace presente donde se levanta el acta de dado de baja. Se entrega a el área ambiental y se procede a entregarse al gestor de residuos peligros, quien firma las actas emitidas por la autoridad sanitaria, se procede a incineración y generación de certificado.

- ***Antineoplásicos***

Es importante resaltar, que el método de destrucción adoptado es la incineración, para dar trámite a dicho proceso se deben centralizar los medicamentos en la Farmacia, quien es el ente interno que realiza su clasificación y entrega el acta de dado de baja al Departamento de Insumos y Suministros, departamento encargado de realizar el trámite con la empresa incineradora previa asesoría de Farmacia y Seguridad y Salud en el Trabajo y auditoria de Control Interno. La empresa incineradora entrega a el BSC el acta correspondiente de termo destrucción.

- ***Condiciones particulares para la segregación y manejo de residuos no peligrosos.***

Clasificación	Residuos	Descripción	Disposición en el Servicio Banco de Sangre

No Aprovechable	Icopor, papel carbón, plásticos no reciclables, escombros, empaques de papel plastificado. Servilletas, vasos desechables impregnados de residuos alimenticios, otros no peligrosos.	Residuos generados en el Banco de Sangre	Disponer en caneca negra y bolsas plásticas negra. Rotulado como 'Residuos no aprovechables"
Aprovechable	Cartón, papel, plástico, vidrio, bolsa de suero, recipientes de líquidos endovenosos no contaminados, canecas plásticas, chatarra, PET, estibas de madera, cajas de cartón, plegadiza, archivo, latas.	Residuos generados en el Banco de Sangre	Depositar en canecas y bolsas plásticas blancas rotulado como 'residuos aprovechables reciclaje'.

- ***Condiciones particulares para la segregación de residuos de laboratorio clínico.***

ÁREA	DESECHO	CLASIFICACIÓN	ELIMINAR EN
MUESTRAS	Agujas Laminas Laminillas Escobillones	Cortopunzantes	Guardián
	Torundas Pañin Bajalenguas Guantes Tapabocas Curitas Espéculos Sondas	Biosanitarios	Caneca roja
	Capuchas blancas de agujas Capuchas verdes de agujas Papel Cintas	Aprovechables	Caneca blanca
	Recipientes desocupados de desinfectantes	Químico	Desecho químico ubicado en el área de inmunoquímica
	Papel Cintas Etiquetas Bolsas plásticas	No Aprovechables	Caneca Negra
	Papel Bolsas de SS y H_2O destilada	Aprovechables	Caneca Blanca
	Guantes Tapabocas	Biosanitario	Caneca Roja

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

	Batas antifluido Gorros Tubo de muestras		
	Láminas Laminillas Tubos de Wintrobe Escobillones Palillos	Cortopunzantes	Guardián- Biológicos
HEMATOLOGÍA	Contenedores de reactivos	Químico	Caneca roja ubicada en el área de inmunoquímica
	Caja externa de reactivos	Sin contaminar, Común	Caneca negra si está protegida con plástico o blanca si es solo cartón
		Contaminada, Químico	Caneca roja ubicada en el área de inmunoquímica
	Muestras	Anatomopatológicos	Contenedores plásticos ubicados en el área de lavado del Laboratorio Clínico.
	Colorantes	Químico	Eliminar en contenedor ubicado en área de coloraciones
	Desechos del Celldyn (Líquidos)	Mezcla de desecho Químico y Anatomopatológicos liquido	Contenedor rojo ubicado en el área
	Papel Cintas Etiquetas Bolsas plásticas	No Aprovechable	Caneca negra
	Papel	Aprovechable	Caneca blanca
	Bolsas de SS y H2O destilada	Aprovechable	Caneca blanca
INMUNOQUIMICA	Copillas Guantes Tapabocas Batas antifluido Gorros	Biosanitario	Caneca Roja
	Puntas Escobillones	Cortopunzantes	Guardián- Biológicos
	Orinas de 24 horas	Anatomopatológicos	Directamente al desagüe
	Contenedores de reactivos	Químico	Caneca roja ubicada en el área de inmunoquímica
	Caja externa de reactivos	Sin contaminar, Común	Caneca negra si está protegida con plástico o blanca si es solo cartón
		Contaminada, Químico	Caneca roja ubicada en el área de inmunoquímica
	Muestras	Anatomopatológicos	Contenedores plásticos ubicados en el área de

			lavado del Laboratorio Clínico.
INMUNOQUIMICA	Desecho Líquido Architect	Mezcla de desecho Químico y Anatomopatológico líquido	– Alta concentración contenedor ubicado en el área – Baja concentración por desagüe directamente
INMUNOLOGÍA ESPECIAL	Papel Cintas Etiquetas Bolsas plásticas	No Aprovechable	Caneca Negra
	Papel Bolsas de SS y H2O destilada	Aprovechable	Caneca Blanca
	Tarjetas plásticas de serología Pozo de microelisa Guantes Tapabocas Batas anti fluido Gorros Tubo de muestras	Biosanitarios	Caneca Roja
	Laminas Laminillas Escobillones Puntas	Cortopunzantes	Guardián- Biológicos
	Contenedores de reactivos	Químico	Caneca roja ubicada en el área de inmunoquímica
	Caja externa de reactivos	Sin contaminar, Común	Caneca negra si está protegida con plástico o blanca si es solo cartón
		Contaminada, Químico	Caneca roja ubicada en el área de inmunoquímica
	Muestras	Anatomopatológicos	Se almacenan en la nevera para posterior esterilización y eliminación en bolsas rojas
	Desechos I-PRO	Mezcla de desecho Químico y Anatomopatológicos liquido	Recolector área de Inmunoquímica
	Colorante –Negro Amido	Químico	Recolector área de coloraciones
	Papel Cintas Etiquetas Bolsas plásticas	No Aprovechables	Caneca Negra
	Papel Bolsas de SS y H2O destilada	Aprovechables	Caneca Blanca
	Guantes		Caneca Roja

MICROBIOLOGÍA	Tapabocas Batas antifluido Gorros	Biosanitarios	
	Asas desechables Jeringas sin aguja Palillos Escobillones Tubos plásticos Pipetas Pasteur Compresas		Recolector de paredes rígidas ubicado en el área
	Agujas Laminas Laminillas Escobillones Puntas	Cortopunzantes	Guardián
	Hemocultivos Medios de cultivó con crecimiento Paneles Viales equipo HB&L Inoculadores	Anatomopatológicos	Se colocan en guardián posterior a esto en bolsa roja
MICROBIOLOGÍA	Muestras	Anatomopatológico	Las liquidas Se descontaminan con hipoclorito a 10000 ppm y se eliminan por el desagüe La solida eliminación en bolsas rojas
	Contenedores de reactivos Desechos equipo	Químico	Caneca roja
	Caja externa de reactivos	Sin contaminar, Común	Caneca negra si está protegida con plástico o blanca si es solo cartón
		Contaminada, Químico	Caneca roja ubicada en el área
ÁREAS ADMINISTRATIVAS	Papel Empaques Cintas Etiquetas Bolsas plásticas	Desecho no peligros	Caneca negra / Blanca
ÁREA DE ALMACÉN	Papel Cintas Etiquetas Bolsas plásticas	Desecho no peligros o	Caneca negra /blanca
	Reactivos vencidos	Químico	Caneca roja ubicada en el área de Inmunoquímica
	Caja externa de reactivos	Sin contaminar, Común	Caneca negra si está protegida con plástico o blanca si es solo cartón
		Contaminada, Químico	Caneca roja ubicada en el área

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

ÁREA DE RECEPCIÓN	Papel Cintas Etiquetas Bolsas plásticas	No peligrosos	Caneca negra
	Papel limpio	Reciclaje	Caneca Gris
	Muestras	Anatomopatológicos	Contenedores plásticos ubicados en el área de lavado del Laboratorio Clínico.
ATENCION EXTRAMURAL	Agujas	Cortopunzantes	Guardian
	Papel Cinta Etiquetas Bolsas	No peligroso	Caneca blanca o negra según corresponda
	Muestras Dañadas o descartes	Anatomopatológico	Caneca roja rotulada
	Tapabocas Guantes Batas Gorros Gasas Elementos impregnados con fluidos	Biosanitarios	Caneca roja rotulada

7.1.1.3.1.6 Identificación y descripción de las condiciones para el movimiento interno de residuos.

Se establece un sistema de traslado interno de residuos ágil y seguro, que cubre todas las áreas generadoras y cumple con los horarios establecidos. La recolección en los diferentes pisos se realiza de manera diferenciada para residuos peligrosos y no peligrosos, a cargo del personal auxiliar de limpieza y desinfección. Esta actividad se lleva a cabo desde cada punto de generación hasta los cuartos de almacenamiento intermedio.

Los recorridos correspondientes a la ruta sanitaria se efectúan en horarios de baja circulación de pacientes y considerando las necesidades específicas de cada servicio. El personal encargado de estos recorridos utiliza en todo momento los elementos de protección personal exigidos.

El traslado desde los cuartos de almacenamiento intermedio hacia el almacenamiento central, ubicado en el sótano, también está a cargo del personal auxiliar de limpieza. Este proceso se realiza de forma diferenciada para residuos peligrosos y no peligrosos, utilizando contenedores rígidos y el ascensor asignado para este fin. Al finalizar cada ruta sanitaria, se lleva a cabo un proceso de limpieza y desinfección tanto del ascensor como de los cuartos de almacenamiento intermedio.

El Banco de Sangre cuenta con rutas y frecuencias de recolección de residuos claramente definidas y publicadas, lo que permite a todo el personal conocer los horarios y procedimientos establecidos para la gestión adecuada de los residuos. Esta información está disponible en puntos visibles y de fácil acceso, con el objetivo de garantizar su cumplimiento y fomentar una cultura de manejo responsable de residuos.

Se dispone de vehículos de transporte de residuos exclusivos para cada tipo de residuo: uno para residuos peligrosos, otro para residuos no aprovechables y otro para residuos aprovechables. Estos vehículos están ubicados estratégicamente en las unidades de almacenamiento intermedio de residuos, lo que facilita una recolección oportuna, segura y diferenciada según el tipo de residuo.

Los vehículos utilizados cumplen con las condiciones sanitarias exigidas por la normativa vigente, son de fácil limpieza y están diseñados para evitar el derrame o dispersión de residuos durante el traslado. Su uso exclusivo por tipo de residuo garantiza la prevención de contaminación cruzada y contribuye al cumplimiento de los lineamientos del programa de gestión integral de residuos. Para los recipientes cuentan con:

- Con bordes redondeados, rígidos, con tapa, lavables e impermeables, que faciliten y garanticen la seguridad para la carga y descarga sin generar derrames.
- Estar identificados de acuerdo con el tipo de residuo a trasladar.
- No se podrá utilizar el mismo contenedor para el movimiento interno de residuos o desechos peligrosos y de residuos no peligrosos.
- Deben ser manipulados por personal debidamente capacitado y que cuente con los elementos de protección personal según lo defina el programa de seguridad y salud del trabajador.
- Deben mantenerse en buen estado con el fin de evitar accidentes en el desarrollo de la actividad.
- Deben ser lavados y desinfectados conforme a los procedimientos establecidos en el protocolo de limpieza y desinfección.
- Para el transporte de residuos no peligrosos, se usan contenedores de movimiento interno de color negro.

- **Características de la ruta**

El Banco de Sangre establece la ruta sanitaria, con el fin de realizar el movimiento interno de los residuos de manera ágil y segura. A continuación, se indican sus características:

- Cubre la totalidad de las áreas de generación de residuos
- Indica los horarios de transporte interno para las diferentes clases de residuos.
- Indica sobre un esquema en planta los recorridos a seguir para la recolección de los residuos peligrosos y para los residuos no peligrosos (Aprovechables y No Aprovechables).
- Indica los puntos de inicio y final de recorrido en cada uno de los pisos.

Adicionalmente la ruta sanitaria ha sido diseñada para realizar los recorridos más cortos evitando obstáculos y procurando no interferir con los servicios de consulta a pacientes.

La recolección y traslado de los residuos debe realizarse por el personal de limpieza y desinfección en cada una de las áreas, siguiendo las recomendaciones:

- La recolección y el traslado deben iniciar teniendo en cuenta los residuos no peligrosos y posteriormente de forma independiente los residuos de características infecciosas, siguiendo la ruta sanitaria establecida.

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

- Deben ser realizados en el menor tiempo posible a fin de evitar riesgos y contaminación; para ello el personal realizará la recolección de residuos y posteriormente procederá a realizar las actividades de limpieza y desinfección rutinarias.
- La recolección y traslado se debe realizar utilizando los elementos de protección personal (guantes y protector respiratorio, peto, según corresponda).
- El personal recogerá las bolsas cuando se encuentren llenas a dos terceras partes de su capacidad como mínimo, de lo contrario dejará la bolsa para que sea recolectada en el siguiente turno. Lo anterior exceptuando evidencia de contaminación, malos olores o procedimientos de limpieza y desinfección terminal.
- En ningún caso se deberá transvasar los residuos, ni arrastrar los recipientes y bolsas.
- Al realizar la recolección se debe colocar una bolsa de las mismas características en el contenedor correspondiente.
- Las bolsas se deben marcar de forma previa a su instalación en los contenedores.
- El carro organizador es exclusivo para los elementos de limpieza y desinfección, no se debe usar para el transporte de residuos hospitalarios.
- Deberán usarse recipientes rígidos para el transporte de residuos independientes para residuos peligrosos y no peligrosos.
- La persona que realice la recolección deberá asegurarse que las bolsas y recipientes recolectados se encuentren completamente cerrados.
- El personal que realiza la recolección de los residuos deberá marcar las bolsas indicando área de generación, residuo que contiene, fecha, turno.
- En caso de que se presente clasificación incorrecta de residuos, derrames o cualquier otro incidente durante esta actividad deberá reportarse en el formato de registro de incidentes.
- El personal de limpieza y desinfección deberá mantener los cuartos de almacenamiento de residuos, ordenados y realizar los procesos de limpieza y desinfección establecidos.
- El operario que realiza la ruta sanitaria deberá registrar el peso de cada uno de los residuos y el número de bolsas recolectadas en el formato de registro diario de generación de residuos RH1 GA-GA-FR-01.

- **Personal de limpieza y desinfección.**

- Alistar carro de residuos de acuerdo con los residuos a recolectar y bolsas previamente rotuladas (rojo para peligrosos, negros para no aprovechables y blanco para aprovechables).
- Use los elementos de protección personal.
- Iniciar la ruta en el horario establecido en la ruta sanitaria, independiente para residuos peligrosos y no peligrosos.
- Dirigirse al punto de inicio de la recolección y siga el recorrido de acuerdo con lo establecido en el plano de la ruta sanitaria.
- Coloque bolsa del mismo color del contenedor en cada uno, verifique que ajuste la base en el contenedor y cierre la tapa.
- Para recipientes de residuos peligrosos Cortopunzantes y anatomopatológicos manipule con precaución y deposite en bolsa roja rotulada.
- Diríjase al almacenamiento de residuos.
- Deposite los residuos en los contenedores del cuarto de almacenamiento de acuerdo con el tipo de residuo.
- Realice el pesaje de los residuos recolectados y diligencie el formato RH1 GA-GA-FR-01.

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

Notas:

- El recorrido de material Aprovechable se evacuará dentro de la ruta de residuos no peligrosos en bolsas blancas. Las cajas se recolectarán plegadas.
- Los recipientes para utilizar por tipo de residuos serán los siguientes:

- Contenedor rojo: Residuos biosanitarios
- Contenedor rojo: Residuos Cortopunzantes
- Contenedor rojo: Residuos anatomopatológicos
- Contenedor Negro: Residuos no aprovechables
- Contenedor Blanco: Residuos aprovechables
- Contenedor Verde: Material proveniente del área de dietas

Existen dos rutas de transporte de residuos, la primera se denomina ruta intermedia que describe el recorrido de los residuos desde los puntos de generación hasta los cuartos intermedios. Esta ruta de recolección es realizada por las auxiliares de limpieza y desinfección de cada una de las áreas, "desde los de menor riesgo (residuos Aprovechables y no aprovechables), hasta los de mayor riesgo (residuos biosanitarios, anatomopatológicos, cortopunzantes y químicos)", utilizando elementos de protección personal y realizando higiene de manos.

- **Horarios ruta de residuos.**

Los horarios establecidos para la recolección de residuos están cuidadosamente programados para garantizar una gestión eficiente, segura y sin interferencias con las actividades. Estas recolecciones se realizan en franjas horarias específicas, previamente definidas según las necesidades operativas de cada servicio y el flujo de pacientes en cada área.

La programación busca minimizar riesgos de exposición y cruce. De esta manera, se asegura que el movimiento interno de residuos no afecte la calidad del servicio ni comprometa las condiciones de bioseguridad del entorno.

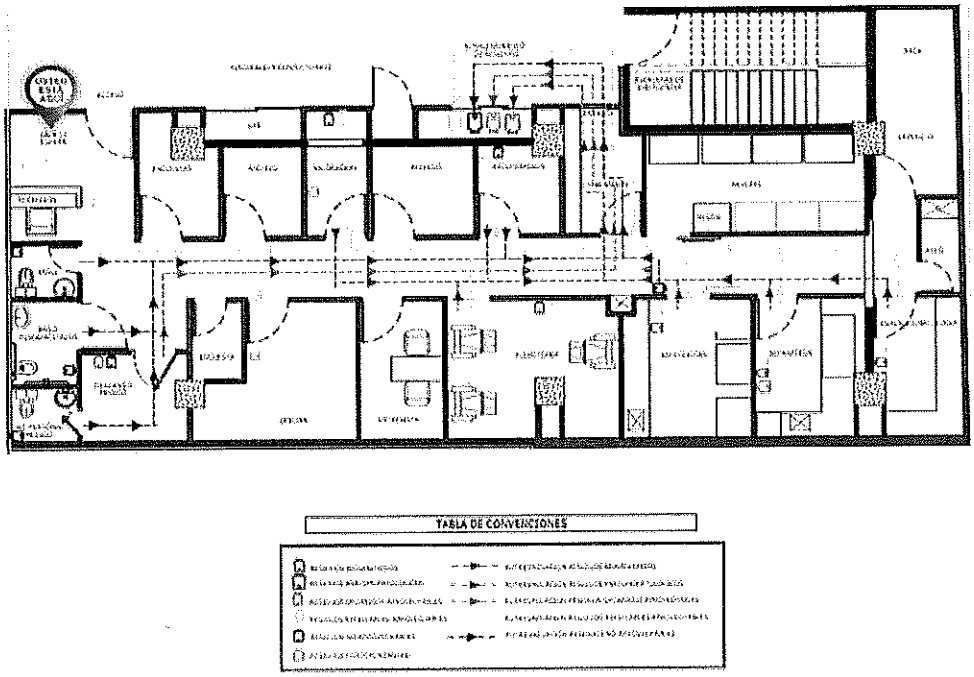
.

RUTA INTERMEDIA			
Inicia	***Finaliza***	***No peligrosos***	***Peligrosos***
5:00	6:00	5:00 - 5:30	5:30 - 6:00
9:00	9:30	-	9:00 – 9:30

RUTA CENTRAL			
Inicia	***Finaliza***	***No peligrosos***	***Peligrosos***
9:30	10:30	-	9:30 - 10:30
13:00	13:30	13:00-13:30	-

De acuerdo con los protocolos de reina victoria, se realiza un proceso de limpieza y desinfección riguroso después del transporte de residuos. Esta medida garantiza el cumplimiento de las condiciones de bioseguridad, protegiendo tanto al personal como a los pacientes y contribuyendo a una gestión segura y eficiente de los recursos dentro de la copropiedad.

RUTA SANITARIA PARA RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS



- ***Movimiento interno de residuos***

El personal auxiliar de limpieza y desinfección debe realizar la recolección de residuos siguiendo el principio de recorrido de las áreas menos contaminadas hacia las más contaminadas, utilizando para ello el carro de transporte asignado. Esta medida garantiza una adecuada secuencia operativa y reduce el riesgo de contaminación cruzada durante el proceso. Una vez recolectados, los residuos son trasladados al cuarto temporal de almacenamiento, desde donde posteriormente serán llevados al almacenamiento central de residuos y serán entregados a la empresa autorizada para su disposición final, cumpliendo con la normativa vigente en materia de gestión de residuos.

7.1.1.3.1.7 Condiciones para el almacenamiento interno de residuos generados en la atención en salud y otras actividades.

Estas instalaciones se diseñaron y ubicaron conforme al diagnóstico de gestión interna de residuos teniendo en cuenta información como cantidad y clases de residuos generados, frecuencias de recolección, entre otros aspectos.

El almacenamiento de los residuos debe hacerse de forma segura, previniendo derrames, accidentes y posible contaminación de materias primas, insumos o residuos. Las unidades de almacenamiento deberán cumplir las siguientes condiciones:

a) Unidad de almacenamiento intermedio.

I. Contar con, piso, paredes, techos y elementos impermeables, de fácil limpieza y desinfección, con uniones redondeadas entre pisos y paredes.
II. Contar con un aviso de identificación de la unidad de almacenamiento.
III. Contar con punto de agua y drenaje para las labores de limpieza y desinfección.
IV. Permitir el fácil acceso para el personal encargado de la manipulación de los residuos.
V. Contar con medidas de seguridad para evitar el acceso a personal no autorizado.
VI. Contar con iluminación y ventilación natural o artificial permanentes, esta última sin generar riesgos a la salud del personal y visitantes.
VII. Contar con señalización indicativa por clase de residuo almacenado.
VIII. Contar con señales de riesgo y de obligación a cumplir con determinados comportamientos, tales como no fumar, uso de elementos de protección personal, entre otros.
IX. Garantizar suficiente capacidad de almacenamiento acorde con la cantidad de residuos generados, la frecuencia de movimiento interno y lo definido en el plan de contingencia.
X. Contar con canastillas o recipientes rígidos con tapa impermeables y de fácil limpieza para almacenar los residuos. Accesibilidad a equipos para el control y prevención de incendios.
XI. Accesibilidad a equipos para el control y prevención de incendios.
XII. Contar con medidas que garanticen el almacenamiento seguro teniendo en cuenta la clasificación por tipo de residuos, compatibilidad química y características de peligrosidad.
XIII. Contar con barreras físicas o elementos que impidan el acceso de vectores.

b) Unidad de almacenamiento central.

Adicional a las condiciones establecidas para la unidad de almacenamiento intermedio, las unidades de almacenamiento central deben cumplir con las siguientes condiciones:

I. Se dispone de un equipo de medición como lo es la báscula lo cual garantiza que los residuos sean pesados previo a la entrega al transportador.
II. Se cuenta con kit antiderrames de acuerdo con el tipo de residuos y lo previsto en el plan de contingencia, que contenga como mínimo con: elementos de protección personal, material absorbente, toallas de papel desechables, bolsa para el depósito del desecho. La ubicación del kit será determinada por el generador garantizando su disponibilidad inmediata y sus condiciones de uso y reposición.

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

III. Para el caso de los residuos anatomopatológicos se contempla un área para la ubicación del sistema de refrigeración que garantice una temperatura no mayor a 4°C.y que cuente con un sistema indicador de temperatura, para verificar periódicamente su correcto funcionamiento.
IV. Permitir la evacuación de los residuos o el fácil acceso a los vehículos de recolección externa y sus operarios.

Los cuartos del almacenamiento central se encuentran debidamente identificados con el tipo de residuo almacenado y su simbología internacional (residuos aprovechables, no aprovechables y peligrosos).

El cuarto central de almacenamiento de residuos no aprovechables cuenta con 2 contenedores de color negro y uno verde exclusivo para el área de. Para el almacenamiento de los residuos aprovechables contamos con tres estibas plásticas sobre las cuales se apila el cartón y dos contenedores blancos.

El cuarto de almacenamiento central de residuos peligrosos contamos con la señalización entre residuos biosanitarios, anatomopatológicos, cortopunzantes, químicos y RAEES en caso de presentarse.

7.1.1.3.1.8 Descripción de los procedimientos para la limpieza y desinfección de equipos en desuso, contenedores o recipientes, contenedores de recolección para el movimiento interno, unidades de almacenamiento y otros.

- ***Limpieza y desinfección para contendores de residuos y de movimiento interno de residuos.***

Dentro del protocolo de limpieza y desinfección de contenedores rígidos se tiene estipulado desinfección rutinaria la cual se realiza diariamente, y terminal, cuando se requiere desinfección por egreso del paciente o al finaliza el día, la cual se realizará al finalizar la actividad del área

La Limpieza y desinfección se realiza en la poceta ubicada en cada una de las áreas, de la siguiente manera:

- Colóquese los elementos de protección personal.
- Inicie el lavado por los recipientes menos contaminados (blancos, negros), luego los contaminados (rojos).
- Verifique que en el recipiente no exista ningún tipo de residuo que pueda ocasionar alguna lesión.
- Agregue una solución, desinfectante cloro orgánico y realice limpieza, si el recipiente está muy sucio o percudido necesitará utilizar algún elemento como paños o esponjillas. (ponga especial atención a las manijas y demás sitios en donde se pueda ocultarse la suciedad).
- Realice desinfección repitiendo el proceso anterior
- Deje actuar el desinfectante.
- Deje secar al ambiente.
- Coloque los recipientes en su lugar.

- ***Limpieza y desinfección de unidad de almacenamiento intermedio.***

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

La Limpieza y desinfección, del cuarto de almacenamiento intermedio de residuos peligrosos y no peligrosos se realiza diariamente. Para la central se realiza según cronograma y especificaciones la copropiedad.

Para el cuarto de almacenamiento intermedio se realiza una vez al día y está a cargo de la auxiliar de limpieza y desinfección según el protocolo establecido anteriormente descrito.

Se debe realizar de acuerdo con el protocolo de limpieza y desinfección de áreas GA-HH-LD-21.

- **Limpieza y desinfección de ascensores para movimiento de residuos**

La Limpieza y desinfección se realiza una vez termine la ruta de residuos, para ello:

- Colóquese los elementos de protección personal.
- Inicie la limpieza usando una mopa impregnada con cloro orgánico de arriba hacia abajo iniciando por techo, paredes, botones, barandas y piso
- Realice desinfección repitiendo el proceso anterior
- Deje actuar el desinfectante.
- Deje secar al ambiente.
- Libere el ascensor para su funcionamiento rutinario

Nota: La limpieza y desinfección de ascensores esta a cargo del personal de limpieza y desinfección de la copropiedad

- **Diluciones**

Las diluciones para la limpieza y desinfección se realizarán según las características del áreas y se llevaran a cabo las siguientes diluciones:

Desinfectante	Áreas	Cantidad de producto mL	Cantidad de Agua en mL
Dyilop al 0.005%	No critica, SemiCritica, Critica	170	830

7.1.1.3.2 Programa de capacitación y socialización

Este programa está dirigido a todo el personal que labora en el banco de sangre y tiene como objetivo capacitar sobre los aspectos clave de la gestión integral de residuos hospitalarios. Se enfoca especialmente en los procedimientos específicos, funciones, responsabilidades, mecanismos de coordinación, trámites internos y medidas de bioseguridad, con el propósito de prevenir la contaminación ambiental y reducir los riesgos para la salud.

Está orientado al personal asistencial, administrativo y operativo y se implementará de manera continua. Será parte del proceso de inducción para el personal de nuevo ingreso y se desarrollará mediante módulos de bioseguridad, saneamiento y producción más limpia, programados a lo largo del año.

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

Capacitación	Metodología	Frecuencia	Responsable	Recurso	Población
Segregación en la fuente	Presencial/ Virtual	Bimensual	Profesional ambiental	Plataforma/videobeam	Todos los colaboradores
PGIRASA	Presencial/ Virtual	Bimensual	Profesional ambiental	Plataforma/videobeam	Todos los colaboradores
Conductas básicas de bioseguridad	Presencial/ Virtual	Semestral	Profesional seguridad y salud en el trabajo	Plataforma/videobeam	Todos los colaboradores
Plan de emergencias ambientales	Presencial/ Virtual	4 veces al año	Profesional ambiental	Plataforma/videobeam	Todos los colaboradores
Kit de derrames biológicos, químicos citotóxicos y químicos no citotóxicos	Presencial/ Virtual	Bimensual	Profesional ambiental	Plataforma/videobeam	Todos los colaboradores
Protocolo limpieza y desinfección de áreas hospitalarias	Presencial/ Virtual	Bimensual	Profesional ambiental	Plataforma/videobeam	Personal de limpieza y desinfección

7.1.1.3.2.1 Seguimiento continuo y mejoramiento constante de los programas y actividades

El GAGAS llevará un análisis de cumplimiento de todos y cada uno de los compromisos en los periodos a evaluar por medio de las reuniones bimensuales en donde se identificará oportunidades y amenazas y así poder tomar las medidas y acciones correctivas pertinentes

7.1.1.3.2.2 Capacitación al paciente.

Sin duda alguna los pacientes y familiares de ellos generan residuos hospitalarios, en la mayoría de casos no tienen en cuenta la correcta clasificación dificultando las actividades de, por lo anterior siempre que se pueda se capacitara al usuario con ayuda del personal de aseo y personal auxiliar de enfermería y/o integrantes del GAGAS sobre la correcta disposición de los residuos de acuerdo al código de colores: rojo para residuos infecciosos o de riesgo biológico, blanco (residuos aprovechables) y negro (residuos no aprovechables)., medidas de Higiene, aseo personal, entre otros, por medio de diversas estrategias como entrega de folletos, charlas y/o piezas graficas en áreas comunes.
Para el cumplimiento del programa de capacitación y socialización, se ha establecido una serie de indicadores que estarán disponibles en la plataforma Almera. Entre ellos, se encuentra el

Indicador de Capacitación (ICC MRP), el cual permitirá verificar mensualmente el cumplimiento del número de personas programadas para las capacitaciones.

$$ICC\ MRP = \frac{Numero\ total\ de\ personas\ capacitadas}{numero\ total\ de\ trabajadores} x100$$

Para identificar el cumplimiento a la cantidad de capacitaciones programas de debe establecer el siguiente indicador:

$$ICPC\ MRP = \frac{numero\ capacitaciones\ realizadas}{numero\ capacitaciones\ programadas\ en\ el\ programa\ \ de\ capacitaciones} x100$$

7.1.1.3.3 Plan de contingencia para el manejo de residuos.

El plan de contingencia tiene como objetivo establecer de forma clara las medidas a seguir ante emergencias relacionadas con el manejo interno de los residuos generados en el banco de sangre, así como en situaciones imprevistas tales como fallas en la recolección, cortes de agua, derrames, entre otros.

En caso de emergencia, se dispone de un plan de emergencia formalmente establecido y documentado, el cual está articulado con los planes de las entidades externas de apoyo.

Los responsables de la implementación y respuesta ante emergencias son el jefe de área, la brigada de emergencia, el profesional de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), y la oficina de Gestión Ambiental.

A continuación, se detallan los recursos físicos disponibles para atender cualquier eventualidad no deseada.

a) Incendios

Toda vez que el conato no sea atendido oportunamente este pasará a convertirse en un incendio, para atenderlo se activará el plan de emergencias en su totalidad, llamando a las entidades de apoyo, ordenando la evacuación de las instalaciones hacia las zonas de seguridad – punto de encuentro FRENTE A LA EMPRESA

Se debe tener en cuenta que la infraestructura actual con una red contra incendios que permite dar una espera al personal de apoyo profesional.

Previo a la evacuación, el personal auxiliar de turno en Internación deberá cerrar las llaves de seguridad de la red de oxígeno.

El personal de mantenimiento deberá interrumpir el fluido eléctrico en todas las áreas. Los procedimientos actuales apuntan a salvaguardar la vida de las personas si una emergencia se sale de control.

- ***Responsabilidades***

– Garantizar la seguridad del personal de la institución, pacientes y visitantes
– Proteger los bienes y las instalaciones
– Disponer de equipos de lucha contra incendios y entrenamiento en su uso para el personal

- Evaluar la necesidad de evacuación
- Evaluar la situación periódicamente.

- ***Acciones inmediatas***

- Realizar el control del fuego mediante el sistema contra incendios (Ej. Extintores)
- Notificar a los Bomberos
- Activar la alarma según corresponda
- Notificar al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres
- Alistar el personal de los servicios para una posible evacuación
- Verificar condiciones de las rutas y salidas de evacuación
- Registrar las personas evacuadas y verificar condición de los pacientes
- Acondicionar y preparar espacios para la atención de pacientes y posibles víctimas en los puntos de encuentro
- Iniciar con los procesos de referencia y contra referencia de pacientes según sea el caso.

- ***Organización para la Respuesta***

- Notificar al Coordinador de emergencias de la IPS
- Activar la Brigada Hospitalaria para Emergencias
- Coordinar el ingreso de apoyo externo y facilitar el trabajo de los Bomberos
- Designar y activar los responsables de las acciones logísticas y de apoyo administrativo, tales como, seguridad, mantenimiento, servicios generales, entre otros.

- ***Prioridades***

- Garantizar la seguridad del personal de la IPS, pacientes y visitantes
- No afectar la continuidad en la prestación de los servicios
- Evitar pérdidas mayores en los bienes y las instalaciones.

- ***Si hay Incendio***

- Por temas de seguridad se recomienda en las áreas donde se evidencia presencia de residuos peligrosos bajar breques eléctricos.
- Si se observa presencia de fuego y no se puede controlar en áreas donde hay residuos peligrosos u otro lugar se debe informar de inmediatamente a la línea de emergencias, los bomberos y a las instituciones competentes.
- Una vez lleguen la brigada de emergencias y/o los Bomberos, retirarse y permitir que puedan realizar su trabajo.
- Dado el caso de que el personal o visitantes accidentados se tendrán que retirar de las zonas donde se evidencie presencia de residuos peligrosos.
- Una vez el sitio haya sido evacuado y se encuentre libre de presencia de humo, el personal de servicios generales o aquel que se halla entrenado en gestión integral de residuos infecciosos, ingresará con los elementos de protección personal, a las áreas para realizar la recolección inicial de los residuos peligrosos. (overol, guantes, gafas, tapaboca, gorro, botas).
- Los residuos peligrosos serán recolectados en doble bolsa roja calibre 1.6, de alta densidad, marcadas con el símbolo internacional para residuos infecciosos.

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

- Una vez estos residuos han sido recolectados, se procederá a almacenarlos en el cuarto de residuos biológicos, en caso de que este haya sido afectado por la emergencia, se deberá adecuar un sitio temporal, en un área donde no impida el tráfico de personal y alejado de los servicios asistenciales.
- Estos residuos deberán ser almacenados en recipientes de plásticos color rojo, los cuales deberán estar provistos con tapa. El área donde se presentó derrame con residuos peligrosos deberá ser limpiada y desinfectada, para lo cual se debe aplicar solución de Amonios Cuaternarios o cloro orgánico, según lo estipulado en el Plan de Gestión de Residuos.
- Para la recolección de los residuos Peligrosos se deberá contactar la empresa gestora.
- Una vez el área se encuentre libre de residuos peligrosos, se procede a realizar la recolección de los residuos no peligrosos, se recolectarán en bolsas de color verde y se almacenaran en recipientes del mismo color. Para la recolección de los residuos no peligrosos es necesario que el personal de servicios generales cambie de guantes, con el fin de evitar contaminación cruzada.
- Para la recolección de los residuos NO peligrosos se deberá llamar al grupo de gestión ambiental quienes coordinan la recolección interna y posterior entrega a la empresa encargada.
- Una vez se normalice la situación y empiece a funcionar la institución se deberá realizar evaluación de las actividades desarrolladas en la emergencia en el comité de gestión ambiental y sanitaria, tomando acciones correctivas en caso de requerirse
- Dado el caso de que el almacenamiento central de los residuos hospitalarios y similares resulta afectado en el incendio, los elementos incinerados se deben aislar puesto que puede haber presencia de residuos peligrosos infecciosos que no se terminaron de consumir durante el incendio. Ocurrido esto, se debe avisar a la empresa especial de aseo para la recolección y disposición final de las cenizas y otros residuos generados.
- Las cenizas o residuos resultantes de áreas distintas al almacenamiento central se dispondrán adecuadamente realizando las recomendaciones hechas por el cuerpo de Bomberos, al finalizar los procedimientos de extinción de este.

b) Inundaciones

Para tal fin evacuar en el menor tiempo posible la oficina si así lo requiere. Posteriormente hacer la respectiva evacuación del agua y las reparaciones pertinentes. Ante estos eventos trate de proteger equipos en partes altas

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Sacar inmediatamente los residuos, y situarlos en lugares secos, seguros, con acceso restringido, con sistema de drenaje y que cuente con pisos y paredes lavables.
- Señalizar área donde se situaron los residuos
- Informar a la Empresa de Servicio Público Especial de aseo, autoridad ambiental y secretaria de salud Departamental, Distrital o Municipal.
- Una vez sea posible (superada la Emergencia o que se puedan llevar los residuos a tratamiento correspondiente), retirar los residuos hospitalarios y desinfectar el área.
- Si la inundación puede llegar a afectar el almacenamiento central que se encuentra en el sótano, se tendrán que retirar los residuos hospitalarios y similares utilizando los elementos de protección personal, situándolos en un lugar seguro, seco, con acceso restringido, con pisos y paredes lavables, demarcando el sitio temporal donde se dispusieron dando aviso a la empresa de servicio especial de aseo, autoridades ambientales y sanitarias. Una vez

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

superada la emergencia o que sea posible llevar los residuos al almacenamiento central o su disposición final, se desinfectara el lugar donde se encontraban.

c) Interrupción suministro de agua

La Copropiedad cuenta con un tanque de almacenamiento de agua potable, el cual se activa una vez se presenta un corte de agua y distribuye el agua priorizando los procesos principales de acuerdo con el plan de emergencias.

El tanque de almacenamiento cumple con el estándar de habilitación de la resolución 3100 Las edificaciones donde se presten servicios de salud de urgencias y del grupo de internación, cuentan con tanque de almacenamiento de agua para el consumo humano que garantice como mínimo una reserva de 24 horas de servicio continuo, calculado con base en el consumo de 600 lt por cama/camilla día.

d) Interrupción suministro de energía

La copropiedad cuenta con planta de energía alterna, las cuales se activan una vez se presenta un corte de energía.

e) Derrames

- ***Derrame de productos químicos***

– Notifíquese inmediatamente.
– Tomar Medidas de protección.
– Separar el lugar con barreras de aislamiento.
– Evacue el área si se trata de un producto tóxico y no tiene los equipos de protección personal adecuados, solo ingrese a la zona de emergencia cuando esté protegido.
– En caso de requerirse solicite ayuda a los organismos de socorro.
– No permita el ingreso de ninguna persona sin los equipos de protección al área de emergencia, hasta que no se haya descontaminado totalmente la zona.
– Si el derrame es de magnitud o se ha vertido a los alcantarillados avise a las empresas de servicios públicos y autoridad ambiental competente.
– Si se presentan organismos de socorro gubernamentales como los bomberos, cruz roja, defensa civil, etc. oriéntelos e infórmeles lo que está ocurriendo, de los productos involucrados y de cómo se inició la emergencia, así como también que se ha hecho para tratar de controlarla.
– Retire ropas contaminadas y lávelas con abundante agua y jabón; Hacer informe de lo ocurrido y su evaluación.

- ***Derrames de residuos infecciosos.***

– Usar los elementos de protección personal. (Guantes, tapabocas, delantal)
– Aplicar solución desinfectante de acuerdo con dilución del dosificador delimitando el área del derrame.
– Cubrir el derrame con toallas de papel o cualquier otro material absorbente desechable.
– Recoger el derrame usando el material absorbente y deposítelo en bolsa roja.
– Lavar con detergente el área del derrame y seguidamente aplicar solución desinfectante de acuerdo con dilución del dosificador.
– Lavar y desinfectar los elementos de aseo empleados.
– Reportar el incidente al coordinador del servicio.

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

f) Interrupción en el servicio de recolección

- Notificación inmediata a: Dirección administrativa, Profesional de SST, Empresa prestadora del servicio para conocer la causa y el tiempo estimado de restablecimiento.
- Revisión de capacidad de almacenamiento temporal disponible para residuos y habilitar contenedores adicionales en las zonas de almacenamiento intermedio o final.
- Separar estrictamente residuos infecciosos y peligrosos en áreas con condiciones seguras (ventilación, señalización, acceso restringido).
- Ajuste en la frecuencia de recolección interna, para evitar desbordes en los puntos de generación.
- Implementación de medidas sanitarias reforzadas: Inactivación de residuos peligrosos con D'yilop al 0.005% y anudar las bolsas para ser almacenadas en los cuartos intermedio y central, uso obligatorio de EPP por parte del personal encargado, limpieza y desinfección frecuente de áreas de almacenamiento.

g) Alteraciones de las condiciones operativas

Causas posibles:

- Incremento inesperado en la atención de pacientes (emergencias, epidemias, brotes infecciosos).
- Fallas en equipos biomédicos o procesos que generen más residuos de lo habitual.
- Aumento de procedimientos quirúrgicos o intervenciones.
- Actividades especiales o campañas de salud masivas.

Medidas preventivas:

- Monitoreo constante de los volúmenes de residuos generados por servicio.
- Capacitación al personal sobre buenas prácticas de minimización de residuos.
- Mantenimiento preventivo de equipos para evitar ineficiencias que aumenten la generación.
- Revisión periódica de protocolos de uso de insumos y descartables.

Medidas de acción:

- Activación del plan de contingencia por parte del coordinador ambiental.
- Notificación inmediata a la Oficina de Gestión Ambiental y al Profesional de SST.
- Refuerzo en la recolección interna y almacenamiento temporal, garantizando el uso adecuado de los contenedores disponibles.
- Solicitud de recolección extraordinaria a la empresa prestadora del servicio de residuos, si se supera la capacidad de almacenamiento.
- Registro de la contingencia, incluyendo causas, acciones tomadas y responsables.
- Evaluación posterior para determinar medidas de mejora y prevenir recurrencia.

h) Inundaciones

Para tal fin evacuar en el menor tiempo posible la oficina si así lo requiere. Posteriormente hacer la respectiva evacuación del agua y las reparaciones pertinentes. Ante estos eventos trate de proteger equipos en partes altas.

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

- Sacar inmediatamente los residuos, y situarlos en lugares secos, seguros, con acceso restringido, con sistema de drenaje y que cuente con pisos y paredes lavables.
- Señalizar área donde se situaron los residuos
- Informar a la Empresa de Servicio Público Especial de aseo, autoridad ambiental y secretaria de salud Departamental, Distrital o Municipal.
- Una vez sea posible (superada la Emergencia o que se puedan llevar los residuos a tratamiento correspondiente), retirar los residuos hospitalarios y desinfectar el área.
- Si la inundación puede llegar a afectar el almacenamiento central que se encuentra en el sótano, se tendrán que retirar los residuos hospitalarios y similares utilizando los elementos de protección personal, situándolos en un lugar seguro, seco, con acceso restringido, con pisos y paredes lavables, demarcando el sitio temporal donde se dispusieron dando aviso a la empresa de servicio especial de aseo, autoridades ambientales y sanitarias. Una vez superada la emergencia o que sea posible llevar los residuos al almacenamiento central o su disposición final, se desinfectara el lugar donde se encontraban.

i) Sismos

- ***Después del sismo como manejar los residuos***

- Aislar las áreas o servicios de la entidad que colapsaron o sufrieron alteraciones en su estructura en donde se evidencie la presencia de residuos.
- En caso de estar contaminado con material biológico, mantener la calma y avisar al personal médico y equipo de rescate.
- Solo se podrá ingresar para la atención de la victimas con los elementos de protección personal adecuados (gafas y/o careta, botas, guantes, uniforme antifluido, etc.).
- Aislar residuos en caso de que estén cerca de suministros de agua y áreas de atención a víctimas (utilizar los EPP).
- Dar aviso a la empresa de Servicio Público de Aseo, Autoridad Ambiental y secretaria De Salud Municipal.
- En relación al manejo de los residuos hospitalarios y similares luego de ocurrido un sismo, el área de mantenimiento de la entidad, el grupo de aseo y el grupo de gestión ambiental y sanitaria, realizarán el análisis de los impactos causados en los cuartos intermedios y el cuarto almacenamiento central de residuos; si este sufrió daños considerables se procederá a demarcar el área con cinta de seguridad y se instalara un aviso sobre la presencia de residuo peligrosos, para informar a las personas encargadas de la recolección de escombros. Sin embargo, si los residuos quedan a la intemperie después del sismo, se les deberá aplicar cal para cubrirlos, usando los elementos de protección personal afines con la actividad. De igual forma inmediatamente se debe avisar a la empresa especial de aseo para la recolección y a la autoridad ambiental y sanitaria para las directrices en el manejo de los residuos peligrosos involucrados en el evento

En caso de sismo el banco de sangre asegura la recolección de residuos hospitalarios y su adecuada disposición final con empresas autorizadas y apoyo de las entidades de emergencia del municipio.

j) Atentados Terroristas

- ***Internos***

Este evento se puede presentar como amenaza de bomba (explosión), intrusión y amenaza con armas de fuego, Ante la sospecha o notificación de una amenaza de un atentado terrorista siga las instrucciones del personal de seguridad física o autoridades competentes.

En ninguna circunstancia trate de ser un héroe o tomarse atribuciones que no le corresponden.
Siga las instrucciones o peticiones hechas por los actores de la amenaza.
No haga llamadas telefónicas a comentar lo que está pasando o se sospecha que pasa. Se debe sospechar de cualquier paquete que se encuentre al interior de la compañía, nunca toque paquetes sospechosos, acuda al personal de seguridad física.
Ante la posible amenaza de explosión absténgase de usar cualquier sistema de comunicación electrónico o inalámbrico.
No enfrente a los actores de la amenaza. Ante estas situaciones trate de conservar la calma, no haga comentarios, no de información a otras personas, a no ser que sea usted asignado para tal fin.
En caso de que se materialice la amenaza se iniciará de inmediato la evacuación del personal y la atención de las víctimas, según se ha establecido en este plan.

- ***Externos***

Este tipo de evento se puede presentar contra los vecinos, a particulares o empleados en vía pública, a las instalaciones propias desde el exterior.
Este evento se puede presentar como amenaza de bomba (explosión), y amenaza o acción con armas de fuego, Ante la sospecha o notificación de una amenaza de un atentado terrorista siga las instrucciones del personal de seguridad física o autoridades competentes.
En ninguna circunstancia trate de ser un héroe o tomarse atribuciones que no le corresponden.
No haga llamadas telefónicas a comentar lo que está pasando o se sospecha que pasa. Se debe sospechar de cualquier paquete que se encuentre a los alrededores de las instalaciones de la compañía, nunca toque paquetes sospechosos, acuda al personal de seguridad física.
Ante la posible amenaza de explosión absténgase de usar cualquier sistema de comunicación electrónico o inalámbrico.
Ante estas situaciones trate de conservar la calma, no haga comentarios, no de información a otras personas, a no ser que sea usted asignado para tal fin. En caso de que se materialice la amenaza se iniciará de inmediato la evacuación del personal si es aconsejable o solicitada por la autoridad competente.
Si se presentan víctimas donde estén involucradas personas externas y empleados, el personal brigadista puede apoyar la atención de las mismas. Si se va a realizar desplazamientos de acompañante de pacientes hasta los centros asistenciales, se debe contar con la aprobación del coordinador del Comité de Emergencias.
Evitar actuar como curioso. Ante un enfrentamiento armado (tiroteo) en el exterior el personal se debe ubicar en el piso de las oficinas, alejarse de puertas y ventanas, otro sitio seguro pueden ser los servicios sanitarios, de ser oportuno tratar de ingresar a estos sitios.

k) Líneas de emergencia

Entidad	Numero
Asistencia de Emergencias:	146

Tránsito Municipal:	3200807
Bomberos:	119 / 8231313
Defensa Civil:	144 / 8231577
Comité Emergencias Prevención Atención de Desastres:	111
Cruz Roja:	132 / 8232335
Toxicología:	136 / 8232151
Acueducto – Daños:	115
Gas – Daños:	164
Serviaseo Popayán S.A E.S.P:	8206233
Alumbrado Público:	8385217
Fuerzas Militares – Ejercito Nacional:	8204316

7.1.1.3.4 Seguridad y Salud en el trabajo

En el marco de los Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, las actividades sujetas al ámbito de aplicación del presente Manual deberán dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo y la Resolución 312 de 2019 "Por la cual se definen los estándares mínimos del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST' o las normas que las modifiquen o sustituyan. Lo anterior, con el fin de garantizar la promoción, prevención y disminución de los peligros y accidentes se rige y adopta el documento codificado y publicado TH-SS-EM-PL-01 "Plan Empresarial de Emergencias del Banco de Sangre del Cauca".

Este tiene como objetivo mejorar las condiciones y el ambiente de trabajo, así como la salud de los trabajadores de la gestión de residuos, principalmente mediante el reconocimiento y el control eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo. Además, este programa responde a los requerimientos exigidos por el Decreto 1072 de 2015

La entrega de elementos de protección personal, las condiciones de higiene personal y el cumplimento de normas de bioseguridad deben estar documentadas, al igual que las capacitaciones a los trabajadores sobre riesgos laborales. Además, la empresa contratista debe garantizar enviar personal capacitado, debe contar con esquema de vacunación y realizarse valoraciones medicas regulares.

Los riesgos laborales y factores de riesgo identificados en la gestión de residuos son:

- **Riesgos laborales**

Se identifica que los principales riesgos a los que se encuentran expuestos los contratistas involucrados en la gestión de los residuos son:

- **Riesgos biológicos:**

Contacto con:

– Fluidos Corporales

- Material Punzante y Agujas Contaminadas
- Instrumentos y Equipos
- Parásitos macroscópicos
- Microorganismos

- **Riesgos químicos**

Exposición a sustancias o compuestos:

- Anestésicos
- Esterilizantes y Desinfectantes
- **Riesgos Biomecánico:**

Exposición a:

- Manipulación de carga
- Posturas

- **Psicosociales:**

- Contenido de la tarea
- Monotonía

- **Naturales**

- Sismos
- Inundaciones

- **Factores de riesgo laborales:**

Teniendo en cuenta los riesgos anteriormente mencionados, se identifican como los principales factores de riesgo los siguientes:

- Desconocimiento de las características de peligrosidad de las sustancias.
- Empleo de métodos y procedimientos de trabajo inadecuados.
- Malos hábitos de trabajo.
- Uso deficiente de elementos de protección personal.

Las medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo que permiten en la BSC la prevención de los accidentes y las enfermedades laborales de los contratistas del servicio de aseo son:

- **Precauciones universales:** A partir de los factores de riesgo identificados, es importante dar a conocer al personal encargado de la gestión y manipulación de los residuos las Precauciones Universales, que son un conjunto de técnicas y procedimientos destinados a evitar la posible infección con ciertos agentes, principalmente Virus de la Inmunodeficiencia Humana,

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

- Virus de la Hepatitis B,
- Virus de la Hepatitis C, entre otros.

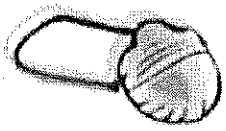
Estas, parten del principio que establece que "Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cual se encuentren recibiendo atención en el banco de sangre, deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra transmisión." A continuación, se presentan algunas las de las técnicas y procedimientos de precaución que se deben tener en cuenta.

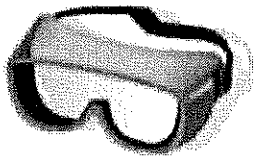
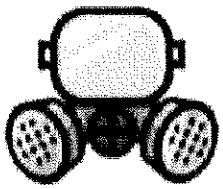
Es fundamental evitar el contacto de la piel o mucosas con la sangre y otros líquidos de precaución universal durante el transporte, la recolección de residuos y la limpieza de derrames. Por lo tanto, se debe implementar el uso de elementos de protección personal (EPP), que consiste en el empleo de precauciones de barrera con el objeto de prevenir la exposición de la piel y mucosas a sangre o líquidos corporales de cualquier paciente o material potencialmente infeccioso.
El principio de precaución universal establece que el trabajador debe asumir que cualquier paciente y, por ende, todos los residuos que este genere pueden estar infectado por algún agente transmisible por sangre y que, por tanto, debe protegerse con los medios adecuados.

Se hace referencia a la sangre puesto que esta, se clasifica en la categoría de líquidos de precaución universal como el líquido con mayor potencial infectante, requiriendo el mayor cuidado con los derrames de este líquido, otros líquidos contaminados con este y todos los insumos o materiales que han tenido contacto con este. Asimismo, se afirma que el semen, la secreción vaginal, la leche materna, entre otros, son líquidos de precaución universal.

- **Conductas Básicas en Bioseguridad:** Los contratistas encargados de las actividades de aseo deben usar los siguientes EPP cuando realicen procedimientos de limpieza y desinfección, cuando lleven a cabo las rutas sanitarias, y/o cuando atiendan un derrame de residuos peligrosos:

  - Uniforme completo, compuesto de pantalón largo y camiseta de lona resistente.
  - Botas industriales de plástico o caucho, de caña ancha y con suela antideslizante.
  - Guantes plásticos o de caucho, de caña 3/4 y antideslizante.
  - Delantal plástico o de caucho, impermeable, de longitud por debajo de las rodillas y cerrado a lo largo de toda su longitud.
  - Máscara facial (o máscara de carbón activado para la recolección de residuos especiales químicos peligrosos).
  - Lentes de acrílico resistente, lente panorámico, incoloro, con protección lateral y válvulas para ventilación, que permita el uso simultáneo de lentes de medida (de ser necesario).
  - El uso de gorra no es obligatorio, pero mejora el aspecto estético del personal encargado de la recolección.
  - Por su parte, el personal que realiza operaciones de aseo en oficinas y zonas comunes debe usar los EPP mencionados anteriormente, a excepción del delantal, y los guantes pueden ser de menor longitud (más cortos) que los utilizados en procedimientos con residuos peligrosos.

Elemento		Característica
GUANTES		Reducen el riesgo de contaminación por fluidos en las manos, pero no evitan el corte o el pinchazo. Es importante anotar que el empleo de guantes tiene por objeto suplementar y no sustituir las prácticas apropiadas de control de infecciones, en Particular el lavado correcto de manos. Los guantes para ruta sanitaria y lavado de cuartos de almacenamiento de residuos deben ser de tipo mosquetero que proteja totalmente el brazo y el antebrazo.
TAPA BOCAS		Con esta medida se previene exposición de Mucosas de boca, nariz, evitando que se reciban inóculos infectados, material particulado y vapores irritantes. Uso rutinario para los procesos de limpieza y desinfección.
GORRO DE TELA		Se usa con el fin de evitar en el trabajador salpicaduras con material contaminado y además evita la infección en el paciente. Uso permanente por parte del personal de limpieza y desinfección.
BOTAS DE CAUCHO		Protegen los ples del trabajador del contacto con líquidos. Deben usarse para los trabajos de lavado de contenedores y cuartos de residuos.
PETO		Es un protector para el cuerpo, evita la posibilidad de contaminación por fluidos y agua de lavado. Se debe usar en los procedimientos de lavado de cuartos de almacenamiento de residuos y al realizar la ruta sanitaria.

GAFAS DE SEGURIDAD		Previene la exposición por salpicaduras a las cavidades oculares. Debe usarse al preparar y aplicar productos desinfectantes.
MASCARRILLA RESPIRATORIA		Mascarilla con filtros en carbón activado que ofrecen protección por exposición a vapores, material particulado e inóculos infectados. Es recomendable usar este elemento en procesos de alto riesgo como ruta sanitaria, limpieza de contenedores, limpieza de cuartos de residuos y preparación de diluciones desinfectantes

En cuanto **al lavado de manos, es la forma más eficaz de prevenir la infección** cruzada entre paciente, personal hospitalario, y visitantes. Se realiza con el fin de reducir la flora normal y remover la flora transitoria para disminuir la diseminación de microorganismos infecciosos. El lavado de manos se debe realizar primero con jabón corriente o detergente (barra, gránulos o líquidos), que permiten dejar los microorganismos en suspensión permitiendo así removerlos y luego con soluciones antisépticas, logrando destruir o inhibir el crecimiento de microorganismos.

- **Se debe realizar en los siguientes casos:**

– Antes de iniciar labores, antes de ingresar a un área asistencial,
– Después de manipular objetos contaminados con residuos (bolsas, contenedores),
– Después de atender un derrame con secreciones y líquidos de precaución universal,
– Antes y después de entrar a cuartos de aislamiento.
– Antes de colocarse guantes e inmediatamente después de retirarlos y al finalizar labores.

Es importante anotar que **los guantes nunca son un sustituto del lavado de manos,** dado que el látex no está fabricado para ser lavado y reutilizado, púes tiende a formar microporos cuando es expuesto a actividades tales como, stress físico, líquidos utilizados en la práctica diaria, desinfectantes líquidos e inclusive el jabón de manos, por lo tanto, estos microporos permiten la diseminación cruzada de gérmenes.

- **Manejo de elementos cortopunzantes.**

Considerando que se puede ocasionar una inadecuada segregación de los residuos provocando accidentes por la presencia de agujas en las bolsas de residuos, es importante tener en cuenta que:

- Las bolsas que contienen residuos, tanto peligrosos como no peligrosos, no deben ser tomadas por su parte inferior ni por sus costados, únicamente por su parte superior sobre la cual se realiza el amarre o nudo, que permitirá el retiro y transporte de la bolsa.
- Los guardianes de las diferentes áreas deben ser tapados y sellados cuando se superen las 3⁄4 partes de su capacidad, previo a ser entregados al personal de aseo.
- **En caso de accidente por punción** o herida accidental se debe dejar sangrar, exprimirse la herida, lavar inmediatamente con agua y una solución aséptica e informar a Prof. SST de inmediato a su supervisor para reporte a la ARL.

7.1.1.3.5 Cronograma de actividades para la implementación del plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades.

TAREA	RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	D I
REUNIONES COMITÉ GESTIÓN AMBIENTAL	COMITÉ GAGAS												
SEGUIMIENTO FORMATO RH1	INGENIERO AMBIENTAL												
SEGUIMIENTO INDICADORES PGIRASA	INGENIERO AMBIENTAL												
FORMACIONES Y SOCIALIZACIONES	INGENIERO AMBIENTAL												
AUDITORIA PGIRASA INTERNA	INGENIERO AMBIENTAL												
AUDITORIA EXTERNA EMPRESA DE RESIDUOS PELIGROSOS	INGENIERO AMBIENTAL												
REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL ANTE LA PROBABILIDAD DE ACURRENCIAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO	SST												
SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL HOSPITALARARIA (DIFUCIÓN MANUAL DE BIOSEGURIDAD)	SST												
ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN DE INFORMES Y REPORTES A LAS AUTORIDADES COMPETENTES	INGENIERO AMBIENTAL												

7.1.1.3.6 Estrategia para la recepción de residuos cortopunzantes generados por pacientes que requieran en la atención de patologías crónicas, cuidados paliativos o atención ambulatoria el uso de elementos cortopunzantes.

El Banco de Sangre del Cauca en el marco de su atención ambulatoria, cuidado paliativo y tratamiento de pacientes con patologías crónicas, ha establecido que la administración rutinaria de medicamentos y el uso de elementos cortopunzantes se llevará a cabo exclusivamente dentro de sus instalaciones. Esta medida tiene como objetivo garantizar un control adecuado de los procesos terapéuticos y de seguridad para los pacientes, así como para el personal médico y asistencial.

Es importante destacar que la población que presenta una mayor demanda de estos elementos cortopunzantes corresponde principalmente a los pacientes oncológicos. Debido a la naturaleza de su diagnóstico, estos pacientes requieren ser tratados de manera personalizada y, por lo tanto, la aplicación de la medicación y el uso de dichos elementos se realiza de manera in situ, dentro de la misma. Esta práctica está debidamente respaldada y formalizada en el contrato número 557-2025, el cual regula los procedimientos y las condiciones bajo las cuales se realiza la atención a estos pacientes.
En cuanto a la medicación administrada desde la consulta externa, se encuentra relacionada principalmente con la tabletearía, cuyos productos están debidamente autorizados según la Resolución 12751-12-2024. Esta normativa establece los lineamientos y las regulaciones necesarias para la correcta dispensación de medicamentos orales, lo que permite ofrecer una atención integral y segura a sus pacientes sin necesidad de realizar procedimientos invasivos o de alta complejidad.

7.1.2 Etapa de implementación

El Banco de Sangre del Cauca, es la responsable de la implementación del componente de gestión interna del actual Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades – PGIRASA. Para ello se conformó el Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria – GAGAS, conforme a normatividad vigente.

El Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria – GAGAS se reunirá bimestralmente en la fecha y hora que se determine, y para sesiones extraordinarias en cualquier tiempo, con el fin de tratar exclusivamente los temas para los cuales se convoca la sesión.

7.1.3 Etapa de seguimiento

Monitorear y evaluar la implementación del PGIRASA para garantizar su cumplimiento, identificar oportunidades de mejora y asegurar la sostenibilidad de las acciones de gestión ambiental y sanitaria en la institución.

Establecimiento del Sistema de Seguimiento y Evaluación

- Definición de indicadores de gestión y resultado
- Elaboración de un plan de seguimiento con periodicidad, responsables y metodologías.
- Diseño de formatos de recolección de datos cualitativos de residuos e informes a entidades.

Monitoreo Continuo de las Actividades del PGIRASA

- Recolección de datos en campo (inspecciones, encuestas, registros operativos).
- Seguimiento al cumplimiento de protocolos de segregación, almacenamiento y disposición.

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

- Evaluación de la participación del personal y su nivel de conocimiento sobre el PGIRASA.
- Verificación del cumplimiento normativo ambiental y sanitario.

Generación de Informes y Retroalimentación

- Elaboración de informes técnicos con análisis de resultados.
- Presentación de resultados al Comité Institucional o a la alta dirección.
- Recomendaciones para mejora o ajustes en las estrategias implementadas.

- **Manejo de los Vertimientos.**

De acuerdo con la ley 1955 del 2019 "Artículo 13. Requerimiento de permiso de vertimiento. Solo requiere permiso de vertimiento la descarga de aguas residuales a las aguas superficiales, a las aguas marinas o al suelo".
Sin embargo, en caso de requerirse por parte de la Corporación autónoma Regional del Cauca se realizarán los respectivos estudios de vertimientos en laboratorios acreditados por el IDEAM dentro de la normativa vigente.

En cuanto al manejo de aguas lluvias de cubierta, los desagües sanitarios y aguas negras del edificio, se recogen en forma separada por bajantes independientes hasta el primer piso. Ya en el primer piso, las aguas se entregan en las cajas de inspección respectivas, para luego entregarse en las cajas domiciliares proyectadas y de allí entregar al alcantarillado separado existente sobre la calle 15 Norte.

- **Emisiones.**

El Banco de Sangre no realiza proceso de incineración de residuos hospitalarios.

En lo referente a emisiones atmosféricas se tendrán en cuenta las normas de salud ocupacional en los ambientes de trabajo y por las normas ambientales en lo relacionado con emisiones atmosféricas para lo cual se debe dar cumplimiento al Decreto 948 de 1995 como las normas que le reglamenten, modifiquen o sustituyen.

La copropiedad cuenta con una planta eléctrica, con las siguientes características:

> Marca: Cummis; Modelo: 60 Hz; Motor: Diesel Generador Set; Capacidad: Standby: 375 Kva - Prime: 375 Kva; Combustible: ACPM; Consumo de combustible: Full; Ubicación: sotano

- **Ruido**

La planta eléctrica está ubicada dentro de un cuarto aislado, lo que evita la generación de ruido al exterior.

La planta eléctrica única y exclusivamente se enciende en caso de emergencia de ausencia de voltaje, según normatividad emitida por la CARDER la planta eléctrica está exenta de permiso para emisión de gases atmosféricos ya que están consideradas de baja emisión.

- **Mantenimiento de Tanques Agua Potable**

La copropiedad cuenta con un tanque para almacenamiento de agua potable:

Ubicación	Dimensiones	Capacidad
TANQUE SUBTERRANEO	7.30 x 7.50 x 2.30	125.925 m^3

Cada seis (6) meses se realiza el mantenimiento de los tanques, haciendo análisis físico - químico y biológico del agua potable, proceso que se encuentra a cargo del área de Ingeniería e Infraestructura.

- **Presupuesto**

Descripción		Blanco		Negro		Rojo		Frecuencia de recolección diaria	Valor unitario	Valor Total = (suma de Paquetes x 100 unidades Negro, Rojo y Blanco) * precio
Contenedor de residuos	12 litros	240	$ 75.600,00	192	$ 60.480,00	432	$ 136.080,00	2	315	$ 272.160,00
Contenedor de residuos	22 litros	96	$ 34.080,00	144	$ 51.120,00	48	$ 17.040,00	2	355	$ 102.240,00
Contenedor de residuos	55 litros	48	$ 5.520,00			96	$ 11.040,00	2	115	$ 16.560,00
Contenedor de residuos	100 L					48	$ 5.520,00	2	115	$ 5.520,00
Contenedor de residuos	120 litros					48	$ 5.520,00	2	115	$ 5.520,00
Total, Mensual										$ 402.000,00

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

Total, Anual	$ 4.824.000,00

La Dirección General asigna el presupuesto para este programa, apoyando el despliegue del Sistema de Gestión Ambiental. El profesional Ambiental, establece el cronograma de actividades, el cual cuenta con indicador para medir la oportunidad en la implementación.

7.1.3.1 Etapa de seguimiento componente gestión interna del Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades

Con el fin de garantizar el cumplimiento de lo establecido en el Plan de Gestión Integral de Residuos en Atención Salud y otras Actividades se presentan listas de chequeo que se aplicarán mensualmente como mecanismo de control interno. Estas son diligenciadas bajo la coordinación de la asistencia administrativa.

Se realizará auditoría interna de residuos para verificar los aspectos de gestión interna de residuos.
Las profesionales de enfermería también realizan monitoreo permanente de la adecuada disposición de residuos en cada uno de los servicios.

ASPECTO A EVALUAR O MEDIR	INDICADOR	DESCRIPCIÓN
Generación de Residuos		
Destinación de residuos para relleno sanitario	$IDRS = \frac{Cantidad\ de\ residuos\ enviados\ a\ relleno\ sanitario(kg)}{Cantidad\ de\ residuos\ generados(Kg)} *$	Se determina con mediciones de los residuos comunes generados. Formato RH1
Destinación de residuos para incineración.	$IDI = \frac{Cantidad\ de\ residuos\ incinerados\ (kg)}{Cantidad\ de\ residuos\ generados\ (Kg)} * 100$	Se determina con mediciones de los residuos Cortopunzantes y anatomopatológicos enviados a incineración. Formato RH1
Destinación para reciclaje	$IDR = \frac{Cantidad\ de\ residuos\ reciclasdos(kg)}{Cantidad\ de\ residuos\ generados(Kg)} * 100$	Se determina con mediciones de los residuos reciclados. Formato RH1

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

Destinación para recuperación y tratamiento	$IDRT = \frac{Cantidad\ de\ residuos\ enviados\ a\ recuperación\ (kg)}{Cantidad\ de\ residuos\ generados (Kg)}$	Se determina con mediciones de los aceites usados generados. Formato RH1
Accidentalidad		
Número de accidentes	$IF = \frac{Numero\ de\ accidentes\ mes\ por\ residuos\ hospitalarios}{Numero\ total\ de\ personas\ Expuestas} *$	Se calcula de acuerdo a número de accidentes por gestión de residuos hospitalarios reportados.
Gravedad del accidente	$IG = \frac{Numero\ total\ dias\ de\ incapacidad\ mes * 2400}{Numero\ total\ de\ horas\ trabajadas\ \text{hom}\ bre\ mes}$	Se calcula de acuerdo al registro de días de incapacitación dados a las personas que tuvieron accidente por la gestión de residuos hospitalarios.
Incidentes		
Número de incidentes	$IDIN = \frac{Numero\ de\ incidentes}{mes}$	Se calcula de acuerdo al registro de incidentes reportados en el mes. Formato de registro de incidentes
Capacitaciones		
Personas capacitadas	$IDC\ 1 = \frac{Personas\ capacitadas}{Total\ personas} * 100$	Se calcula de acuerdo a los registros de asistencia de capacitaciones sobre el total de personas convocadas.
Evaluación Capacitaciones	$IDC\ 2 = \frac{Personas\ aprobaron\ la\ evaluación}{Personas\ evaluadas} * 100$	Se calcula de acuerdo a los registros de

		evaluaciones aplicadas.
Jornadas de capacitación	$IDC\ 3 = \frac{Jornadas\ de\ capacitación\ realizadas}{Jornadas\ de\ capacitación\ programadas} * 100$	Se calcula comparando el cronograma de capacitación con las jornadas realizadas

7.2 Plan de mejoramiento continuo

Dentro del Plan de mejoramiento continuo se tiene establecido un procedimiento de auditorías con el fin de identificar las oportunidades de mejora, en complemento también se desarrollan inspecciones planeadas en las diferentes áreas según priorización.

Si se detectan oportunidades de mejora, se realiza seguimiento implementando el procedimiento de manejo de no conformidades.

- **Auditorías Internas**

Se realizarán una auditoria anual, con el fin de evidenciar condiciones de segregación en la fuente, dicha auditoria se realizará con el formato GA-GA-FR-08, las observaciones se realizan en el mismo momento que se presente la no conformidad.

Se consolidará en un acta con los datos recolectados en ronda.

✓ ***Empresa transportadora de residuos peligrosos.***

Se realiza auditoria de la entrega de residuos peligrosos a las empresas que realizan transporte, tratamiento y disposición final de los residuos (ASERHI) con el siguiente procedimiento:

- Pesaje en báscula de Banco de Sangre del Cauca, de los residuos entregados a la empresa transportadora, en el día realiza por parte de los auxiliares de limpieza y desinfección, del turno.
- Solicitud y archivo de Certificados de disposición final de Residuos.
- Verificación del pesaje registrado en la factura comparándolo con los manifiestos.

También se realizará auditoria anual a las plantas de tratamiento para verificar las condiciones de operación para la correcta disposición final de los residuos generados, de dicha visita se documenta un acta.

Se aplicará la lista de chequeo para auditoría externa residuos peligrosos GA-GA-FR-13

7.2.1 Información disponible a la autoridad sanitaria

Con el fin de realizar las actividades de inspección, vigilancia y control, se tiene a disposición de la autoridad sanitaria competente la siguiente información:

Descripción	Información disponible
Suscripción del compromiso institucional	Documento que refleje la adopción del compromiso institucional
Conformación GAGAS	Acta de conformación del grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria. Actas de reuniones
Elaboración gestión interna PGIRASA	Componentes de gestión interna PGIRASA
Etapa de seguimiento	Documento consolidado y soportes de acuerdo con especificación de la resolución 591/2024 numeral 4.1.3

7.2.2 Informes ambientales a entidades

Cumpliendo con la normatividad vigente, se presentará informes ambientales tanto a la secretaria de ambiente, como a la secretaria de Salud. A continuación, se presenta la relación de informes de obligatorio cumplimiento y su frecuencia.

INFORME	ENTIDAD	FRECUENCIA
Indicadores de Gestión de residuos	Secretaría de Salud, secretaria de ambiente municipal	Semestral
Caracterización de Aguas residuales	Secretaría de Salud, secretaria Ambiente	Anual
Lavado de Tanques	Secretaría Ambiente	Semestral

7.3 Gestión externa de residuos generados en la atención en salud y otras actividades

La gestión externa implica la cobertura y planeación de todas las actividades relacionadas con la recolección, almacenamiento, transporte, tratamiento, aprovechamiento y/o disposición final de los residuos fuera de las instalaciones.

- **Componente de gestión externa del PGIRASA.**

El componente de gestión externa del plan de gestión Integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades, debe ser elaborado por el generador en donde documente el cumplimiento de las disposiciones establecida.

- **Requisitos generales para la gestión externa de residuos.**

✓ **Residuos no peligrosos**

En cuanto a los residuos no peligrosos generados en BSC, la empresa de servicios públicos domiciliarios URBASER S.A.S E.S.P. del municipio de Colombia, se encarga de la prestación del servicio de recolección y disposición final de los residuos no aprovechables, con frecuencias de recolección de lunes a sábado.

Los residuos clasificados como no peligrosos, con características aprovechables, tales como cartón, papel y plásticos, serán entregados cada 15 días o de acuerdo con la cantidad de

residuos generados, estos residuos serán dispuestos y aprovechados por los recicladores de oficio de Popayán.

✓ **Residuos peligrosos**

Para la gestión de los residuos o desechos peligrosos, actualmente el Banco de Sangre del Cauca cuenta con contrato vigente No. 311 con la empresa ASEO ESPECIALIZADO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS E INDUSTRIALES S.A.S E.S.P. (ASERHI), para la prestación de los servicios de recolección, transporte, tratamiento e incineración y disposición final de los residuos peligrosos generados en la atención en la salud. De igual manera dicho contrato también contempla la recolección y gestión de los Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos – RAEE que se lleguen a generar. Lo anterior, cumpliendo con la Normatividad Colombiana Vigente e igualmente avalado mediante licencia ambiental emitida por la corporación autónoma regional del cauca en su resolución 0474 del 21 de dic de 2009 para la incineración, manejo integral de residuos peligrosos en el parque industrial de Popayán.

En materia de recolección y transporte como generador de residuos peligrosos está obligado a: - Realizar la entrega de los residuos peligrosos a través de personal capacitado y entrenado en el manejo de estos residuos y de igual manera lo hará haciendo el uso de los elementos de protección personal adecuados para tal fin. - Suministrar al transportista de los residuos o desechos peligrosos las hojas de seguridad de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica Colombiana NTC 4435 o en la norma que lo modifique o sustituya. - Verificar la entrega del comprobante de recolección de residuos o desechos peligrosos emitido por el transportador que incluya como mínimo:

- Tipo y peso (Kg) de residuos transportados
- Nombre y/o razón social del generador
- Número de identificación del generador
- Dirección del generador
- Fecha de entrega de los residuos por parte del generador
- NIT y razón social de la empresa transportadora
- Placas o identificación del vehículo en el que se efectúa la recolección
- Nombre y número de identificación del conductor
- Nombre, razón social y número de identificación del gestor de residuos peligrosos
- Campo para observaciones en la entrega de los residuos por parte del generador
- Campo para los nombres, identificación y firmas de quien entrega y transporta los residuos

La frecuencia de recolección de los residuos con riesgo biológico o infeccioso por parte de ASERHI S.A.S. E.S.P. se hace de domingo a domingo, inmediatamente realizan la recolección de los residuos peligrosos, deberá entregar copia en físico o magnético del comprobante de recolección.

DOCUMENTOS ASOCIADOS

- Formato Rh1 GA-GA-FR-01
- Rh1 indicadores PGIRASA
- Registro de Temperatura anatomopatológicos GA-GA-FR-04
- Formato Lista de Chequeo para Auditoría Externa GA-GA-FR-13

- Acta de comité Gestión ambiental (GAGAS)
- Política Ambiental GA-GA-PA-01

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Decreto 351 de 2014, por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.
- Ley 99 de 1993. "Por la cual se crea el Ministerio del Medio Ambiente, se reordena el sector público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables, se organiza el Sistema Nacional Ambiental, SINA y se dictan otras disposiciones". Congreso de la República de Colombia Bogotá, D. C., 1993.
- Resolución 1164 de 2002, por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares.
- Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares, adoptado por Resolución 01164 de 2002 de Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y Ministerio de Protección Social.
- Resolución 1631 de 2011. Procedimiento para manejo de embriones, fetos y óbitos fetales, y de más productos de la gestación.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	MODIFICACIONES REALIZADAS
1	19-09-2021	Redacción y elaboración del manual
2	01-08-2022	Se adapta documento con los siguientes cambios: Se coloca logo del Banco de Sangre del Cauca Se modifica pie de página
3	24-08-2023	Se revisa contenido: se cambia el nombre de la Dirección técnica del Banco de Sangre se incluye el pesaje de bolsas de residuos, formato de registro de pesos, código del formato
4	26-09-2025	Actualización a resolución 591 de 2024
5	10-01-2026	Se actualiza costo y presupuesto 7.1.3

ELABORADO POR: Ing. Johan Alexander Bonilla Bernal Profesional Ambiental	REVISADO POR Angelica María Díaz Directora Administrativa	APROBADO POR: Angelica María Díaz Directora Administrativa
FECHA DE REDACCIÓN 02/01/2023	FECHA DE REVISIÓN 15/09/2025	
MODIFICADO POR Profesional Ambiental	REVISADO POR: Lina Arciniegas Profesional de Calidad	FECHA DE APROBACIÓN 16/09/2025
FECHA DE MODIFICACIÓN 10/01/2026	FECHA DE REVISIÓN 16/09/2025	

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo del Banco de Sangre"
"Documento una vez impreso se considera no controlado"

ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO ELECTRÓNICO No. 67 DEL 18 DE MARZO 2024.
SUSCRITA ENTRE EL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E. Y BANCO DE SANGRE DEL CAUCA S.A.S

Entre los suscritos a saber: La Doctora **LUCY XIMENA IBARRA HERNANDEZ**, vecina de Popayán, identificada con la cédula de ciudadanía número 66.858.564 de Cali, nombrada según Decreto N° 0254 del 01 de abril del 2024 y acta de posesión N°040 del 01 de abril del 2024, en calidad de representante legal y gerente del Hospital Susana López de Valencia, Empresa Social del Estado, creada por Ordenanza 001 de 1995, quien en la presente acta de liquidación se denominará **EL CONTRATANTE**, y la doctora JOSEFA NAYIBE GUZMÁN VELASCO con cédula de ciudadanía número 34565078 de Popayán, en calidad de **SUPERVISORA** del **CONTRATO ELECTRÓNICO No. 67 DEL 18 DE MARZO DEL 2024.** y el señor **ANDRÉS FELIPE PEÑA VANEGAS** identificado con la cédula de ciudadanía No. 71.336.513 expedida en Medellín, quien obra como representante legal de **BANCO DE SANGRE DEL CAUCA S.A.S** con NIT 817007641-7 quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATISTA,** hemos acordado celebrar la presente acta de liquidación de mutuo acuerdo la cual se elabora dentro de los términos establecidos en el artículo 35.1 del acuerdo 013 del 2021 del estatuto de contratación, dejando establecido el balance técnico y económico, cuyo fin es establecer el cierre total y su respectivo paz y salvo de las partes o las discrepancias a que haya lugar.

1. **INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO**

CONTRATANTE:	HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E
CONTRATISTA:	**BANCO DE SANGRE DEL CAUCA S.A.S**
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NIT: 817007641-7
OBJETO:	SUMINISTRO DE SANGRE Y HEMOCOMPONENTES AL LABORATORIO CLÍNICO Y SERVICIO TRANSFUSIONAL QUE SE ENCUENTRA DENTRO DEL PROCESO DE APOYO DIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E
FECHA INICIO:	18 DE MARZO DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	23 DE DICIEMBRE DE 2024
VALOR INICIAL	$ 500.000.000.00
PLAZO INICIAL	Será hasta el 31 de diciembre de 2024 a partir de la suscripción del acta de la inicio y/o hasta agotar su monto.
OTRO SI	

2. **INFORMACIÓN EJECUCIÓN**

MES	VALOR INICIAL	OTROSI	N° INFORME DE SUPERVISION	N° FACTURA	VALOR FACTURADO	SALDO
ABRIL	500.000.000		01	BSC635	$119.314.446	$380.685.554
MAYO	$380.685.554		02	FBSC647, con Nota a crédito No. 2-19, por valor de $272.160 FBSC654	$27.070.286 $3.331.800	$350.283.468
JUNIO JULIO	$350.283.468		03	FBSC675 FBSC676	$26.290.094 $37.057.057	$286.936.317
AGOST	$286.936.317		04	FBSC688	$33.707.772	$253.228.545
SEPT	$253.228.545		05	FBSC700	$36.985.788	$216.242.757
OCT	$216.242.757		06	FBSC713	$43.119.432	$173.123.325

NOV	$173.123.325		07	FBSC725	$60.233.976	$112.889.349
DIC	$112.889.349		08	FBSC737	$46.654.596	$ 66.234.753
DIC	$ 66.234.753		09	FBSC744	$22.461.278	$ 43.773.475
DIC	$ 43.773.475		10	FBSC747	$ 1.586.952	$ 42.186.523

3. BALANCE FINAL

Valor del contrato:	$500.000.000.00
Valor otro sí	$0
Valor Total del Contrato	$500.000.000.00
Valor ejecutado	$457.813.477.00
Valor pagado	$457.813.477.00
Valor pendiente de Pago al contratista	$0
Saldo a Liberar	$42.186.523.00

El supervisor del contrato, en cumplimiento de las funciones asignadas, deja constancia de haber verificado, durante la ejecución contractual y para efectos de esta liquidación, el cumplimiento por parte del contratista del objeto contractual, sus obligaciones específicas, y el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral cuando a ello hubo lugar.

Las partes manifiestan que se encuentran a paz y salvo por concepto de la celebración, ejecución y liquidación del **CONTRATO ELECTRÓNICO No. 67 DEL 18 DE MARZO DEL 2024,** en todas sus partes con sus correspondientes modificaciones; en consecuencia, el CONTRATISTA renuncia a cualquier reclamación por vía administrativa judicial y extrajudicial por eventuales perjuicios, pues declara no haberlos sufrido y por consiguiente suscribe sin salvedades la presente liquidación.

Mediante la presente acta de liquidación, el supervisor asume plena responsabilidad por la veracidad de la información en ella contenida y en esa medida deben garantizar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones contractuales de las partes.
Hacen parte integral de esta acta, el estado de cuenta y certificado de cumplimiento a satisfacción expedido por el supervisor del contrato, todos los documentos que reposan en el contrato y los allegados para realizar el trámite de liquidación del mismo.
Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que, en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado.

Para constancia, se firma en Popayán a los nueve (09) días del mes de septiembre del 2025.

POR EL HOSPITAL

Dra. LUCY XIMENA IBARRA HERNÁNDEZ
Gerente HSLV

POR EL CONTRATISTA

ANDRÉS FELIPE PEÑA VANEGAS
Representante legal Banco de Sangre del Cauca S.A.S

SUPERVISOR DEL CONTRATO

Nayibe Guzmán Velasco

JOSEFA NAYIBE GUZMÁN VELASCO
Profesional Universitario AS

Proyectó: Luz Mary Agredo Medina / Auxiliar de Laboratorio
Revisó: Sully Tatiana Moreno Illera / Jefe Oficina Asesora Jurídica