NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro de Comunidad de Cuidado Gratitud			
DIRECCIÓN: Cll 121 #52-65	**TELÉFONO: 6179426**		**CIUDAD: Bogotá**
PERSONAL RESPONSABLE: Rene Alejandro Pamo Plata			
CARGO: Técnico ambiental			
FECHA: 12/05/2022		**EMPRESA TRANSPORTADORA: Ecocapital**	
ASPECTOS POR INSPECCIONAR	**CUMPLE**		**OBSERVACIONES**
	SI	**NO**	
1. **CHEQUEO AL PERSONAL**			
1.1. El personal que realiza el transporte se encuentra capacitado y entrenado en el manejo de los residuos hospitalarios.	**X**		Salud Vida certifican por medio de curso de manipulación de residuos.
1.2. El personal cuenta con los elementos de protección personal adecuados al tipo de residuos que transporta.	**X**		
2. **CHEQUEO DE SEÑALIZACIÓN AL VEHÍCULO**			
2.1 Los vehículos utiliza señalización visible, indicando el tipo de residuos que transportan, especificando el nombre del municipio(s), el nombre de la empresa con dirección y teléfono.	**X**		
2.2. El vehículo posee rótulos de identificación.			
2.3. Se encuentran bien ubicados los rótulos de identificación del producto.	**X**		
2.4. Es reflectivo el rotulo del vehículo.			
2.5. El vehículo cuenta con la placa de las naciones unidas (UN) en colores y diseño establecido.	**X**		**Decreto 1609 de 2002**
2.6. La placa de naciones unidas está ubicada en todas las caras del vehículo, incluida la cabina.	**X**		
3. **CHEQUEO AL EQUIPO DE SEGURIDAD**			
3.1. El vehículo cuenta con los siguientes elementos básicos de atención de emergencias:			
3.1.1. Ropa protectora para el personal.	**X**		
3.1.2. Linterna	**X**		
3.1.3. Botiquín de primeros auxilios	**X**		
3.1.4. Kit control de derrames u otro	X		
3.1.5. Cuenta con 2 extintores tipo multi-propósito, como mínimo.	X		Tiene de 20 y 10 libras
4. **CHEQUEO A LA CARGA**			
4.1. La carga transportada sobresale por alguno de los lados del vehículo.		X	
4.2. La carga del vehículo se encuentra bien acomodada en las canastillas retornables donde se depositan las bolsas.	X		
4.3. La carga dentro del vehículo está debidamente sujeta.	X		
5. **CHEQUEO AL VEHICULO**			

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

OBSERVACIONES GENERALES Y COMPROMISOS

Persona que realizó la verificación:	**Persona por parte del Transportador:**
NOMBRE: Rene Alejandro Pamo Plata Cédula N.º: 1015434561	NOMBRE: Juan Cruz Cédula N.º: 1015434561
Cargo: Técnico Ambiental Teléfono: 3203780925	Cargo: Coordinador Logistico Teléfono: 3203780925
Firma: _____	Firma: _____
Nota: Este Formato debe aplicarse una vez cada trimestre a la empresa que realiza la recolección y/o transporte de los residuos hospitalarios.	

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

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN AL TRANSPORTADOR DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES

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

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

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

Aspectos por inspeccionar: verificar desde el punto 1 hasta el 6 y cada uno de sus ítems

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

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

Persona que realizó la verificación: relacione los datos del responsable o contacto de la persona de la unidad operativa que realizo la verificación al transportador.

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

Personal por parte del Transportador: relacione los datos de la persona de la empresa transportadora de estos residuos, ya sea conductor, auxiliar, entre otros
a. **Nombre:** diligencie con nombre claro y legible de la persona de la empresa transportadora

b. **Cedula:** diligencie de forma clara la cedula
c. **Cargo:** escriba el cargo de la persona de la empresa transportadora
d. **Teléfono:** relacione el número telefónico de la persona de la empresa transportadora
e. **Firma:** firma de la persona por parte del transportador

EMPRESA ESPECIALIZADA EN LA GESTIÓN EXTERNA DE LOS RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES
NIT: 830.133.755-4

Certifica que:

RENE ALEJANDRO PAMO PLATA

En representación de:

ASOCIACIÓN DE HOGARES SI A LA VIDA

Asistió a la **AUDITORIA EXTERNA VIRTUAL**

Fecha: 12 de mayo de 2022
Con una duración de 3 Horas

Auudon Moscoso R

AUUDON MOSCOSO REINA
COORDINADOR DE NUEVOS PROYECTOS Y COMERCIAL
KRA 19 A # 61- 11 TEUSAQUILLO - CL 14 C # 123 – 52 FONTIBON
PBX: 7462686

ecoCAPITAL

Profesionales apoyo Auditoria

Profesional	Cargo
Ruth Arévalo	Asistente de Nuevos Proyectos y Comercial
Carolina Pinilla	Coordinadora de Tratamiento
Juan Cruz	Coordinador Logística
Daniela Lozano	Analista Ambiental – (SIG)
Alejandra Martínez	Analista Calidad – (SIG)
Ricardo Cortés	Jefe de Mantenimiento