NOMBRE DE LA EMPRESA GESTORA: Ecocapital Internacional

NIT: 830133755-4

DIRECCIÓN: Cl 14c #123-52

TELÉFONO: 3214877861

REPRESENTANTE DE LA EMPRESA (Quien atendió visita): Ruth Arévalo

FECHA DE LA VISITA: 23 de mayo de 2024

ASPECTOS POR INSPECCIONAR	CUMPLE		OBSERVACIONES
	SI	NO	
1. PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL			
1.1 Cuenta con plan de gestión de residuos hospitalarios y similares PGIRH según lo contemplando en el numeral 8 de la Resolución 1164 de 2002.	X		
1.2. Se socializa y divulgan las actividades del plan con el personal que interviene en la gestión de los residuos.	X		
2. INFRAESTRUCTURA FÍSICA			
2.1 Cuenta con Áreas físicas suficientes y separadas para garantizar el manejo integral de los residuos hospitalarios.	X		
3. RECURSO HUMANO			
3.1 El personal que manipula los residuos cuenta con los elementos de protección personal.	X		SS_MAT_001 Matriz entrega de EPP's
3.2 El recurso humano ha recibido entrenamiento y/o capacitación para el manejo de los residuos hospitalarios.	X		SGI_FOR_038 Cronograma anual de educación y capacitación
3.3 Cuenta con Programas de Seguridad y Salud en el Trabajo.	X		Certificación Bureau Veritas hasta septiembre de 2025 ARL AXA Colpatria.
4. **SEGURIDAD INDUSTRIAL**			
4.1 El personal cuenta con las hojas de seguridad de los residuos hospitalarios.	X		
4.2 Las áreas se encuentran señalizadas.	X		
4.3 Cuenta con extintores de acuerdo con el tipo de área en la empresa.	X		
4.4 Cuenta con un Plan de Emergencias.	X		
4.5 Existe un protocolo de manejo para el tratamiento de residuos.	X		
4.6 Se reportan los accidentes de trabajo y los reportes de salud y seguridad en el trabajo.	X		Se reportan a la ARL AXA Colpatria
5. SANEAMIENTO BÁSICO			
5.1 Cuenta con el Plan de Saneamiento Básico.	X		
5.2 Implementa el Plan de Saneamiento Básico contemplando los cuatro programas.	X		
6. PROCESO DE ACOPIO, TRATAMIENTOY/O DISPOSICIÓN FINAL DEL RESIDUO			
6.1 Cuenta con el área de recepción.	X		
6.2 Cuenta con el área para el acopio de	X		

ASPECTOS POR INSPECCIONAR	CUMPLE		OBSERVACIONES
	SI	NO	
residuos hospitalarios.			
6.3 Adelanta el proceso de pesaje de los residuos hospitalarios.	X		
6.4 Adelanta el proceso de pre tratamiento y/o tratamiento de los residuos.	X		
6.5 Realiza la disposición final del residuo, de conformidad a la normatividad ambiental vigente.	X		Cuenta con licencia ambiental
6.6 Cuenta con los Certificados de Disposición final de los residuos, verificando la generación entregada y dispuesta.	X		
7. MARCO LEGAL			
7.1 La empresa cuenta con Licencia ambiental vigente para la actividad que desempeña.	X		
7.2 La empresa cuenta con permiso de emisiones.	X		
7.3 La empresa cuenta con Permiso de vertimientos.	X		
8. TRANSPORTE DE RESIDUOS			
8.1 La empresa cuenta con permiso para el transporte de residuos hospitalarios.	X		Los transportadores cuenta con curso certificado para el transporte de los residuos.
8.2 Los vehículos están debidamente identificados con señalización visible, (indicando el tipo de residuos que transportan, nombre del Distrito y/o Municipio, nombre de la empresa con dirección y teléfono).	X		Plan Estratégico de Seguridad Vial.
8.3 Los vehículos son cerrados para evitar el derramamiento o esparcimiento de residuos en vías públicas y estacionamientos, las superficies internas son lisas y de bordes redondeados para facilitar el aseo y cuenta con ventilación adecuada.	X		
8.4 Los vehículos se lavan y se desinfectan en lugares designados para tal fin dentro de las instalaciones de la empresa.	X		Cronograma de mantenimiento e vehículos MTO_FOR_007
8.5 La empresa cuenta con formato para manifiesto de carga, el cual indican la clase, cantidad de residuos, nombre del generador, destino, fecha del transporte, firma de quien entrega, nombre del conductor y placa del vehículo.	X		
9. SEGUIMIENTO Y MONITOREO			
9.1 Se registran en formatos el flujo de materiales internos y externos.	X		

9.2 Se presentó el último informe de gestión por parte de la empresa ante la autoridad ambiental.	X		• Informe PGIRS Primer trimestre 2023 • Informe mensual de residuos gestionados • Registro de generador RESPEL • Informe de monitoreo de emisiones • Plan de gestión social
ASPECTOS POR INSPECCIONAR	**CUMPLE**		**OBSERVACIONES**
	SI	**NO**	
10. PLAN DE CONTINGENCIAS			
10.1 Se contempla un plan de contingencias para las medidas de emergencia.	X		
10.2 Se realizan sensibilizaciones y capacitaciones, sobre posibles riesgos en plan de contingencia	X		Cuentan con brigadistas integrales y se realizan procesos de capacitación.
11. VERIFICACIÓN INTERNA			
11.1 La empresa realiza las 2 verificaciones internas en el año para determinar el cumplimiento del funcionamiento de normas, protocolos, programas.	X		
11.2 Se realiza seguimiento y control a las observaciones de la verificación interna, verificar los soportes.	X		
OBSERVACIONES GENERALES Y COMPROMISOS			

Persona que atendió la visita:	**Persona que realizó la visita:**
NOMBRE Ruth Arevalo Cédula N.°	NOMBRE René Alejandro Pano Plata Cédula N.° 1015434561
Cargo Analista nuevos proyectos comercial Teléfono	Cargo Técnico ambiental Teléfono 3203780925
Firma:	Firma:

Nota: Este formato debe aplicarse una vez al año a la empresa autorizada para el tratamiento o disposición final de los residuos hospitalarios.

Powered by CamScanner

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 EXTERNA

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 empresa gestora:** Escriba el nombre completo de la empresa encargada de la disposición final de los residuos peligrosos.
b. **NIT.:** Relacionar el Número de Identificación Tributaria (NIT).
c. **Dirección:** Escriba la dirección en la que se ubica la empresa encargada de la disposición final de los residuos peligrosos.
d. **Teléfono:** Escriba el número de contacto de la empresa encargada de la disposición final de los residuos peligrosos
e. Representante de la empresa: Escriba el nombre completo de la persona que atendió la visita.
f. **Fecha:** Escriba en el formato DD/MM/AAAA, la fecha en la cual se realiza la visita de verificación.

Aspectos por inspeccionar: verificar desde el punto 1 hasta el 11 y cada uno de sus ítems

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

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

Persona que atendió la visita: relacione los datos del responsable o contacto de la empresa gestora.

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

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

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:

RENÉ ALEJANDRO PAMO PLATA

C.C. 1 ´015.434.561

AE-2024-00096

En representación de:

ASOCIACIÓN DE HOGARES SI A LA VIDA

Asistió a la **AUDITORIA EXTERNA VIRTUAL**

Con una duración de 3 horas

Fecha: 23 de mayo de 2024

Coordinadora
Gestión Social