

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Tema: Capacitación, socialización acta GIRASA versión ponderada.

Dependencia (Dirección / Oficina)	Proceso
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública	Inspección, Vigilancia y Control

Objetivo	Fecha: 14 de mayo de 2026			
Realizar Capacitación en el diligenciamiento de los anexos GIRASA	Tipo de reunión	Asistencia Técnica:		
		Asesoría ()	Capacitación ()	
		Orientación (x)	Acompañamiento ()	
		Otro ()		
	Modalidad:	Presencial (x)	Virtual ()	Mixta ()
	Lugar: Auditorio Principal Secretaría Distrital de Salud			
	Hora Inicio: __ 8:00 a.m. __ Hora Fin: __ 4:30 p.m __			
	Notas por: Referentes línea Calidad de agua y saneamiento básico			
Próxima Reunión: NA				
Quien cita: NA				

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Agenda

La realización del proceso de capacitación y socialización del acta GIRASA versión pondera, se encuentra agendada, durante toda la jornada del día 14 de mayo, dividida por dos subredes cada jornada, de la siguiente manera:

- Jornada de la mañana Subredes: Sur Occidente y Centro Oriente.
- Jornada de la tarde Subredes: Norte y Sur.

Se realiza la bienvenida a los participantes de las Subredes Sur Occidente y Centro Oriente, para la capacitación de la versión de acta GIRASA pondera, de la jornada de la mañana; la cual dará inicio a su aplicación a partir del día 1 de junio 2026. Las ingenieras Sonia Corchuelo, encargada de la temática de residuos y como apoyo Marcela Portela, referentes de línea. Se agradece a los líderes operativos en relación con la entrega de formatos de acta Pequeño-Microgenerador sin tratamiento, a los profesionales de la respectiva Subred, cuyo objetivo de este instrumento es que puedan hacer sus anotaciones o notas frente a la socialización.



Posterior se da la claridad sobre la normatividad relacionada con el RUA, la Resolución 823 de 2023 y la Resolución 5262 de 2021. Se establece las claridades frente al diligenciamiento el ítem documental, soporte de inscripción, diligenciamiento y actualización del RUA, en donde se tiene:

Resolución 823 de 2023. Subsistema de Información sobre Uso de Recursos Naturales Renovables (SIUR) y el Registro Único Ambiental (RUA)

En donde se resalta el alcance y los obligados a diligenciamiento y actualización del RUA:

Artículo 3°. Alcance del SIUR. El Subsistema de Información sobre Uso de Recursos Naturales Renovables (SIUR) gestionará la información ambiental relacionada con: captaciones, vertimientos, consumo de energía,

<p>Soporte de inscripción, diligenciamiento y actualización del registro Único Ambiental – RUA ante la autoridad ambiental (en caso de no contar, notificar a la autoridad ambiental de la jurisdicción) (Res. 0839/2023, art., 10, 15 y 24).</p>	<p>Si el establecimiento presenta el registro de inscripción, marcar (x) SI y en observaciones escribir la información del radicado o de la inscripción.</p> <p>Si el establecimiento no presenta el registro, o está en proceso del registro y la autoridad ambiental no le ha dado respuesta, marcar (x) No y en observaciones dejar No tiene.</p> <p>Si el establecimiento presenta radicado, oficio de respuesta o un correo electrónico de la SDA específico para ese establecimiento como respuesta que no le aplica el registro y el reporte, marcar (x) en No Aplica, en observaciones dejar la información del radicado, correo electrónico o soporte oficial de la entidad SDA, que presenta.</p>
---	---

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Por parte de los asistentes indican que lo encontrado en campo, es que algunos establecimientos han realizado el proceso de inscripción, sin embargo, se les genera un radicado, en otros casos se demoran en responderle al usuario.

Una vez dado la información normativa relacionada con el tema del RUA, se continúa con el proceso de capacitación, donde la ingeniera Sonia da continuación al proceso. En donde la primer parte del acta es la información relaciona con número de acta, fecha de visita, el tipo de actividades o servicios prestados, identificación del establecimiento, criterios de evaluación y revisión documental.

- Escribir el numero del acta de IVC principal y la fecha de la visita.

N.º Acta establecimiento vigilado:	Fecha: DD/MM/AAAA
------------------------------------	-------------------

- **Tipo de actividades:** relacionar con una X el tipo de servicios pertados por el establecimeinto. En caso que el establecimiento presenten mas de un servicio o actividad relacionada en la tabla, deberá marcarse el que corresponda.

TIPO DE ACTIVIDADES O SERVICIOS PRESTADOS		
Servicios de atención en salud		Farmacias/Droguerías o Droguerías
Servicio de Tanatopraxia		Centros de docencia e investigación con organismos vivos o con cadáveres
Servicio de Necropsias		Servicio de Lavado de ropa hospitalaria o esterilización de material quirúrgico
Servicios veterinarios		Servicios de estética y cosmetología ornamental
Bancos de sangre, tejidos y semen		Bioterios y laboratorios de biotecnología
Servicio de Morgues		Establecimientos destinados al trabajo sexual y otras actividades ligadas
Servicio de Exhumaciones		Centros en los que se presten servicios de piercing, pigmentación o tatuajes


- Pregunta por parte del ingeniero David Páez, ¿Dentro de las actividades ligadas al trabajo sexual se encuentran los moteles y residencias?

Respuesta: SI.



- **Identificación del establecimiento:** Se deberá diligenciar la información del establecimiento de razón social y nombre comercial según corresponda al establecimiento vigilado. Posterior se tiene la información del tipo de generador, en donde se deberá tener presente la clasificación del generador:

Tipo de generador	Cantidad de residuos o desechos peligrosos generados (kg/mes)
Gran generador	≥ 1.000
Mediano generador	$100 < 1.000$
Pequeño generador	$10 \leq 100$
Micro generador	< 10

Posterior a la verificación del tipo de generador, deberá marcar con una X el espacio o cuadro que corresponda y en el valor de la media móvil escribir el dato. En la casilla de Kg no se debe escribir nada, dado que quedo un espacio es mejor pasar una línea o raya, o que indique el cierre de dicho espacio.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO									
* CAMPO OBLIGATORIO									
Razón social:									
Nombre comercial:									
Tipo de generador: Pequeño generador			Micro generador		Valor de la media Móvil de los últimos 6 meses			Kg	
Tratamiento externo: SI		NO							
Tipo de tratamiento realizado a los residuos: Químico				Térmico con combustión		Térmico sin combustión		Otros:	
Cuál:									
Nombre del gestor de residuos peligrosos de riesgo biológico:									
Nombre del gestor de residuos peligrosos con otras características de peligrosidad:									
Nombre del gestor de residuos peligrosos radioactivos:									
Se describen algunos casos por parte de los asistentes:									
- ¿En el caso que el establecimiento solo tenga 2 o 4 meses de funcionamiento?									
Respuesta: Se indica que para este caso no se tendría la información de la media móvil, dado que no se tiene el periodo de los 6 meses, por lo que se deberá indicar “No tiene”, se cierra el espacio y se deberá dejar en observaciones del acta que el establecimiento no tiene los 6 meses de funcionamiento o registro para establecer un valor de la media móvil. Así el establecimiento cuente con certificados de recolección entregados por el transportador, disposición final o cuente con el formato de consolidado anual, que para este ejemplo mencionado solo podría tener la información de 2 o 4 meses.									
Ahora bien, para el caso que el establecimiento no presente soportes de certificados de disposición, ni formato de registro anual, deberá escribir que “No tiene” y cerrar el espacio, ya que no se tendría el cómo poder indagar sobre este dato. Para este caso se deberá analizar de acuerdo a la experiencia del inspector cuanta cantidad de residuos puede llegar a generar y en que rango de generación se podría clasificar, según la actividad o servicio prestado y total de pacientes o usuarios atendidos; de igual manera se deberá dejar la observación en el acta, que no presenta información suficiente para realizar dicho calculo, sin embargo se clasifica como “el generador que se considere” y que puede cambiar en la próxima visita de acuerdo a la información presentada por el generador.									
Para el caso que el establecimiento cuente con los certificados de disposición y registro anual, pero no haya realizado el cálculo de la media móvil, se le deberá indicarle que debe contar con la información, para poder garantizar la aplicación del instrumento de acta anexa correcto. Así mismo, con dicha información se podrá hacer la verificación de la media móvil, indicando en el campo de observaciones como se realizó la validación de la media móvil y que podría cambiar de acuerdo a la información que actualice el usuario en una próxima inspección.									
- ¿Cuándo la intervención evaluada corresponde a un profesional independiente o IPS que no genera residuos de tipo infeccioso, como los psicólogos, como se calcula la media móvil?									

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					



Respuesta: Para este caso se deberá contemplar los residuos peligrosos diferentes a los infecciosos, ya que por lo general este tipo de servicio de atención en salud no genera este tipo de residuos, pero si pudiese llegar a generar RAEE.

Profesionales independientes cuando no le aplica los numerales 2.5.3; 2.5.4; 2.5.5; 2.5.6; 2.5.7; 2.5.8, se debe especificar marcar NA y dar las especificaciones del porque no le aplica.

- **Tratamiento externo, marcar Si o No, según la información presentada.**
Tipo de tratamiento realizado: Marcar según corresponda, en caso de no tener evidencia para esta información se deberán cerrar los espacios.
Nombre de los gestores de residuos, escribir el nombre de gestor de acuerdo con los soportes presentados. En caso de no tener soportes para verificación de esta información escribir No tiene.
- **Se menciona por parte del Ing. Oscar Cuartas el caso que lo que ha evidenciado en algunos de los establecimientos IPS 8H que algunos tienen residuos radioactivos, soportan que son residuos Biosanitarios, por parte del Ministerio de Minas,**

Respuesta: Si la entidad oficial que tiene a cargo este tipo de residuos radioactivos indica que ya no lo son, la información deberá ser captada de acuerdo con el soporte presentado por la entidad competente.
- **Criterios de evaluación:** Se hace lectura de la descripción de los criterios de evaluación descritos en el acta,

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Cumplimiento (C)	Cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
Cumplimiento parcial (CP)	Cuando el establecimiento no cumple con la totalidad de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar
No cumplimiento (NC)	Cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos para el aspecto o condición sanitaria a evaluar.
Crítico (CR)	La casilla "CR" corresponde cuando el incumplimiento del aspecto a verificar sea considerado un riesgo inminente para la salud pública y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe su funcionamiento en condiciones normales
No Aplica (NA)	Cuando el criterio a evaluar no corresponde a la actividad realizada por el objeto de IVC Nota: (para no afectar calificación de los bloques se diligenciara como Cumple (C) y se indicara en hallazgos las razones por que "no aplica" para el establecimiento vigilado y controlado)
- **Revisión Documental:** Para la revisión documental establecida en la primera hoja del acta anexa, es importante resaltar que dicha información no supedita el concepto sanitario, ya que es información que corresponde controlar a otras entidades, sin embargo, si deben ser verificadas.
En el caso que el establecimiento no genere si no residuos RAEE, se deberá validar los comprobantes que disponga el establecimiento. Es importante tener presente que estos soportes dependen de

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

acuerdo con el comportamiento del establecimiento para la generación de dicho residuo ya que no es generado de manera permanente

El soporte del RUA; Si el establecimiento presenta el registro de inscripción, marcar (x) SI y en observaciones escribir la información del radico o de la inscripción. Si el establecimiento no presenta el registro, o está en proceso del registro y la autoridad ambiental no le ha dado respuesta, marcar (x) No y en observaciones dejar No tiene.

***Nota importante**



Si el establecimiento presenta radicado, oficio de respuesta o un correo electrónico de la SDA específico para ese establecimiento como respuesta que no le aplica el registro y el reporte, marcar (x) en No Aplica, en observaciones dejar la información del radicado, correo electrónico o soporte oficial de la entidad SDA, que presenta.

REVISIÓN DOCUMENTAL				
DOCUMENTOS	DOCUMENTOS			OBSERVACIONES
	SI	NO	NO APLICA	
Comprobantes de recolección, certificados de recolección, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos y RAEE, por gestores autorizados. Custodia mínima: 5 años. (Res. 591/2024; D.1076/2015).				
Soporte de inscripción, diligenciamiento y actualización del Registro Único Ambiental – RUA ante la autoridad ambiental (en caso de no contar, notificar a la autoridad ambiental de la jurisdicción) (Res. 0839/2023, art., 10, 15 y 24).				
Si gestiona residuos radiactivos deberá contar con Autorización del Ministerio de Minas y Energía (MME) para residuos radiactivos o notificación correspondiente. (D.1076/2015; Res.180005/2010).				
Certificados de vacunación del personal manipulador de residuos. (Res.2346/2007; D.1072/2015).				
Hoja de datos de seguridad de residuos peligrosos generados. (Res.773/2021; D.1076/2015).				
Presentación Plan anual SG-SST con evidencia de manejo interno seguro de residuos. (D.1072/2015; Res.312/2019).				

Las vacunas para revisar establecidas por el Ministerio de Salud; serán: BCG, Hepatitis B, Hepatitis A, Td o Tdap, Fiebre Tifoidea, Influenza, COVID-19.

Las hojas de seguridad de los residuos peligrosos deberán ser presentadas por parte del generador, frente a los residuos de tipo deben ser elaboradas por establecimiento acorde a los residuos generados, para la elaboración deben consultar la Resolución 773 de 2021 y la Resolución 1076 de 2015.

Adicionalmente, se informa que en internet pueden consultarse ejemplos de estas hojas, los cuales pueden servir como guía.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

Se da paso a la calificación de los bloques de evaluación del documento PGIRASA y la implementación de la gestión interna dada para el establecimiento.

Como primera validación se realiza la socialización calificación del acta a nivel general:

Marcar con una X, la casilla según corresponda, en el cuadro ubicado en la casilla de hallazgos deberá indicar el número de valoración establecido (C, CP, NC, NA) y en la casilla de calificación del bloque indicar el Numero del resultado con el signo %, como se muestra en el siguiente ejemplo:



ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
1.1.1 El establecimiento cuenta con un documento de compromiso institucional, firmado por el representante legal o propietario, para cumplir el PGIRASA. (Res.591/2024, num.4.1.1.1).	X	2.5	0	5	5
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	5 %				La calificación del bloque corresponde al 5% del total del acta

Para el caso de los bloques que cuentan con mas de un aspecto a evaluar, se debrá dener presente la sumatoria de la calificación, y relacionar según corresponda. Ejemplo:

ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.1.1 El generador tiene PGIRASA formulado, actualizado y disponible ante autoridades. (D.780/2016, art.2.8.10.6; Res.591/2024).	8	X	0	8	4
2.1.2 El generador cuenta con PGIRASA con descripción de actividades que generan residuos. (Res.591/2024, num.4.1.1.3.1.1).	X	2	0	4	4
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE	8 %				La calificación del bloque corresponde al 12% del total del acta

Posterior se indica que el acta cuenta con información documental y de implementación, de la siguiente manera:

<p>Numerales tipo documental</p>	<p>1.1 SUSCRIPCIÓN DEL COMPROMISO INSTITUCIONAL</p> <p>1.2. CONFORMACIÓN DEL GRUPO ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN AMBIENTAL Y SANITARIA (GAGAS)</p> <p>2.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA ACTIVIDAD Y SERVICIOS PRESTADOS / DIAGNÓSTICO</p> <p>2.2 IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS ÁREAS O PROCESOS DE GENERACIÓN DE RESIDUOS O DESECHOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS. / DIAGNÓSTICO</p>
----------------------------------	---

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

		2.3 IDENTIFICACIÓN, CLASIFICACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS GENERADOS /DIAGNÓSTICO 2.4 ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MINIMIZACIÓN / DIAGNÓSTICO 5.CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PGIRASA 6.SEGUIMIENTO	
	Numerales tipo implementación	2.5 SEGREGACIÓN EN LA FUENTE DE RESIDUOS / DIAGNÓSTICO 2.7 ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS /DIAGNÓSTICO	
	Numerales tipo documentación e implementación	2.6. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS /DIAGNÓSTICO 2.8. PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN / DIAGNÓSTICO 3. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y SOCIALIZACIÓN	

1.1 SUSCRIPCIÓN DEL COMPROMISO INSTITUCIONAL

1.1.1 El establecimiento cuenta con un documento de compromiso institucional, firmado por el representante legal o propietario, para cumplir el PGIRASA. (Res.591/2024, num.4.1.1.1).

*Nota: que debe presentar el generador



El documento firmado por el representante legal del establecimiento, estar vigente y divulgado; en caso de faltar alguna de estas condiciones no podrá validarse como cumplimiento en su totalidad.

1.2 CONFORMACIÓN DEL GRUPO ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN AMBIENTAL Y SANITARIA (GAGAS) Pequeño generador Micro generador

1.2.1 El establecimiento dispone de un responsable o equipo de gestión ambiental y sanitaria encargado de liderar, ejecutar, evaluar y aplicar acciones correctivas para asegurar el cumplimiento de la normatividad vigente a través del PGIRASA. (Res.591 de 2024, núm. 4.1.1.2).

*Nota: que debe presentar el generador

Se debe garantizar que se cuente claramente con el nombre del responsable con sus funciones y actas de seguimiento del GIRASA

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

2.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA ACTIVIDAD Y SERVICIOS PRESTADOS / DIAGNÓSTICO

2.1.1 El generador tiene PGIRASA formulado, actualizado y disponible ante autoridades. (D.780/2016, art.2.8.10.6; Res.591/2024)

***Nota: que debe presentar el generador**

Documento en físico o digital

2.1.2 El generador cuenta con PGIRASA con descripción de actividades que generan residuos. (Res.591/2024, num.4.1.1.3.1.1).

***Nota: que debe presentar el generador**

Mapa, listado de áreas y procesos que generan residuos, incluyendo los extramurales en caso de aplicar

2.2 IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS ÁREAS O PROCESOS DE GENERACIÓN DE RESIDUOS O DESECHOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS. / DIAGNÓSTICO

2.2.1 El generador tiene la Identificación de áreas y procesos generadores, incluyendo extramurales cuando aplique. (Res.591/2024, num.4.1.1.3.1.2; D.780/2016, art.2.8.10.6).

***Nota: que debe presentar el generador**

Mapa, listado de áreas y procesos que generan residuos, diagnóstico cuantitativo incluyendo los extramurales en caso de aplicar

2.3 IDENTIFICACIÓN, CLASIFICACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS GENERADOS /DIAGNÓSTICO

2.3.1 El generador realiza la identificación, clasificación y cuantificación de residuos, incluidos RAEE. (D.780/2016, art.2.8.10.5; Res.591/2024 núm. 4.1.1.3.1.3).

***Nota: que debe presentar el generador**

Clasificación por tipo de residuo (peligrosos/no peligroso, RAEE, RCD y otros residuos de manejo diferenciado

2.3.2 El generador cuenta con Formato de registro diario de residuos conforme al flujo interno. (Res.591/2024, num.4.1.1.3.1.3).

***Nota: que debe presentar el generador**

Formato de registro detallado por traslado a almacenamiento central (tipo, cantidad, fecha/frecuencia)



2.3.3 El generador cuenta con Formato Consolidado Anual por tipo de residuos, diligenciado mensualmente. (Res.591/2024, nums.4.1.1.3.1.3 y 5.1).

***Nota: que debe presentar el generador**

Consolidado anual por tipo de residuo diligenciado mensualmente.

2. 4 ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y MINIMIZACIÓN / DIAGNÓSTICO

2.4.1 El generador identifica y describe las actividades de prevención y minimización de residuos según sus condiciones particulares. (Núm. 4.1.1.3.1.4 PGIRASA, Res. 591/2024).

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

***Nota: que debe presentar el generador**

Acciones concretas (compras sostenibles, reducción en fuente, reutilización/recuperación donde aplique, metas/indicadores).

2.5 SEGREGACIÓN EN LA FUENTE DE RESIDUOS / DIAGNÓSTICO

2.5.1 El generador cuenta con recipientes, bolsas y contenedores con ayudas visuales que cumplen las condiciones para la separación selectiva inicial. (Art. 2.8.10.5 D.780/2016; Núm. 4.1.1.3.1.5, Anexo 5.3 Res.591/2024): Este ítem se encuentra establecido como crítico, y la criticidad será definida por parte del inspector sanitario. La casilla CP se encuentra invalidada, ya que este ítem, solo podrá ser evaluado como cumple (C) o no cumple (NC).
En caso de marcar CR, se deberá aplicar medida sanitaria y el establecimiento quedará con concepto sanitario desfavorable.
En caso de ser CR el aspecto evaluado el número calificado se registrará arriba de la casilla CR, ya sea C (5), NC (0) o NA (5), lo anterior para tener presente el resultado de la calificación en el sumatorio total del bloque.

ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.5.1 El generador cuenta con recipientes, bolsas y contenedores con ayudas visuales que cumplen las condiciones para la separación selectiva inicial. (Art. 2.8.10.5 D.780/2016; Núm. 4.1.1.3.1.5, Anexo 5.3 Res.591/2024).	5		0	5	CR

2.5.2 El generador realiza la separación de residuos no peligrosos conforme al código de colores y etiquetado establecido. Res.2184/2019; Num.4.1.1.3.1.5, Anexo 5.3 Res.591/2024).

2.5.3 Cumple con las condiciones establecidas para la segregación de residuos biosanitarios. (Num.4.1.1.3.1.5, Anexo II 5.3 GIRASA Res.591/2024).

2.5.4 Cumple con las condiciones para la segregación de residuos anatomopatológicos. (Num.4.1.1.3.1.5, Anexo III 5.3 GIRASA Res.591/2024).

2.5.5 Cumple con las condiciones para la segregación de residuos cortopunzantes. (Num.4.1.1.3.1.5, Anexo IV 5.3 GIRASA Res.591/2024).



2.5.6 Cumple con las condiciones para la segregación de residuos de animales con riesgo biológico o infeccioso. (Num.4.1.1.3.1.5, Anexo V 5.3 GIRASA Res.591/2024).

2.5.7 Cumple con las condiciones para la segregación y manejo de residuos de áreas de aislamiento o con riesgo infeccioso. (Num.4.1.1.3.1.5, Anexo VI 5.3 GIRASA Res.591/2024).

2.5.8 Cumple con las condiciones para la segregación y manejo de residuos generados en atención extramural. (Num.4.1.1.3.1.5, Anexo VII 5.3 GIRASA Res.591/2024).

2.5.9 Cumple con las condiciones para la segregación de residuos peligrosos no biológicos, con otras características de peligrosidad, según el Decreto 1076/2015. (Num.4.1.1.3.1.5, Anexo VIII 5.3 PGIRASA Res.591/2024).

***Nota: que debe presentar el generador**

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Recipientes/bolsas/contenedores con ayudas visuales e informativas según código de colores nacional y especificaciones de etiqueta. Segregación correcta, recipientes rotulados, sin mezclas.
Al momento de evaluar se debe consultar la Resolución 591 de 2024 Num.4.1.1.3.1.5, Anexo 5.3

2.6. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS /DIAGNÓSTICO

2.6.1 El generador cuenta con contenedores adecuados para el movimiento y recolección interna según tipo y cantidad de residuos. (Num.4.1.1.3.1.6 y Anexo 5.4-IV Res.591/2024).

***Nota: que debe presentar el generador**

Contenedores de recolección interna adecuados por tipo y cantidad de residuos.

2.6.2 El generador implementa un procedimiento para el movimiento interno de residuos con frecuencias, rutas y esquema del establecimiento. (Num.4.1.1.3.1.6 y Anexo 5.4-IV Res.591/2024). El esquema debe indicar las áreas de generación, almacenamiento y rutas de movimiento interno por tipo de residuo; debe ser claro, legible y estar ubicado en sitios estratégicos, conforme al tipo y particularidad del generador. (Frecuencia mínima Pequeño generador (10≤100 kg/mes): 10 < 45 - 1 vez/mes; 45< 100 1 vez/semana; Frecuencia mínima Micro generador (<10 kg/mes): 1 vez/mes)

***Nota: que debe presentar el generador**



Procedimiento con: frecuencias mínimas y horarios, tipos a movilizar, plano/esquema con áreas generadoras, almacenamiento intermedio/central y rutas por tipo.
Ubicar el esquema en sitios estratégicos y legibles.
Frecuencias mínimas (según el formato del numeral 2.3.2)

2.7. ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS /DIAGNÓSTICO

Los aspectos a evaluar en los numerales 2.7.1 y 2.7.2, cuentan con CR establecidos, LI casilla CP se encuentra invalidada, ya que este ítem, solo podrá ser evaluado como cumple (C) o no cumple (NC).
En caso de marcar CR, se deberá aplicar medida sanitaria y el establecimiento quedará con concepto sanitario desfavorable.

ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
2.7.1 El generador debe contar con un área de almacenamiento central que, esté aislada de zonas críticas, disponga de equipo de pesaje, kit de derrames, sistema de refrigeración para residuos anatomopatológicos y de animales, y acceso directo a los vehículos de recolección externa. En inmuebles sometidos a propiedad horizontal, esta área debe ubicarse dentro del inmueble. (Lit. b, Núm.. 4.1.1.3.1.7, Res. 591/2024).	5		0	5	CR
2.7.2 El generador cuenta con las condiciones adicionales para el almacenamiento central de residuos peligrosos, según su característica de riesgo (corrosivos, explosivos, reactivos, tóxicos e inflamables), los cuales deben mantenerse aislados del piso, debidamente señalizados y con matriz de compatibilidad visible. (Lit. c, Núm.. 4.1.1.3.1.7, Res. 591/2025).	5		0	5	CR

2.7.1 El generador debe contar con un área de almacenamiento central que, esté aislada de zonas críticas, disponga de equipo de pesaje, kit de derrames, sistema de refrigeración para residuos anatomopatológicos y de animales, y acceso directo a los vehículos de recolección externa. En inmuebles sometidos a propiedad horizontal, esta área debe ubicarse dentro del inmueble. (Lit. b, Núm... 4.1.1.3.1.7, Res.591/2024).

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

***Nota: que debe presentar el generador**

Para el caso de los establecimientos que están en PH y no se permite la adecuación del área de almacenamiento en el cuarto de almacenamiento central de PH, se puede adecuar el área al interior del establecimiento siempre y cuando cumpla con las condiciones de almacenamiento central, garantizando el movimiento del residuo para entrega al gestor en horas de bajo flujo de personas preferible en la mañana así mismo se debe garantizar la limpieza y desinfección de las zonas donde se realzar el traslado del residuos.

Es importante contar con esta ruta de movimiento y desinfección en el manual GIRASA

2.7.2 El generador cuenta con las condiciones adicionales para el almacenamiento central de residuos peligrosos, según su característica de riesgo (corrosivos, explosivos, reactivos, tóxicos e inflamables), los cuales deben mantenerse aislados del piso, debidamente señalizados y con matriz de compatibilidad visible. (Lit. c, Núm. 4.1.1.3.1.7, Res. 591/2025).

***Nota: que debe presentar el generador**

Las condiciones adicionales Según el numeral x y xii del literal a del numeral 4.1.1.3.1.7 del Manual adoptado por la Resolución 591 de 2024, se establece que la unidad de almacenamiento debe: “x. Contar con canastillas o recipientes rígidos con tapa impermeables y de fácil limpieza para almacenar los residuos. (...) xii. Contar con medidas que garanticen el almacenamiento seguro teniendo en cuenta la clasificación por tipo de residuos, compatibilidad química y características de peligrosidad. “

2.7.3 Los pequeños y micro generadores no ubicados en propiedad horizontal cuentan con unidad de almacenamiento aislada, segura, con superficies lavables y contenedores etiquetados, acorde con la peligrosidad de los residuos. (Lit. d), Núm. 4.1.1.3.1.7, Res. 591/2024).

La evaluación de este numeral corresponde a los usuarios **que se no se encuentran** en propiedad horizontal y que según el cálculo de la media móvil se clasifiquen en pequeños y microgeneradores. El área podrá ser un espacio definido, en material de fácil limpieza y desinfección, que este señalizado.

- Pregunta, el ing. Oscar, ¿pregunta el área de residuos debe estar en el centro comercial o se pueden validar las áreas internas de almacenamiento de residuos que han realizado los usuarios y si han adecuado estas áreas, como se evaluaría?

Respuesta: Si hace sus áreas y el establecimiento está ubicado al interior de una PH, se debe evaluar el ítem 2.7.1., si cumple o no y el numeral 2.7.3 es no aplica. Siendo este el caso que el PH, no le ubico un espacio al interior de la copropiedad para el almacenamiento de sus residuos. Y dentro del refuerzo que deberá contemplarse en la IVC:


- Procedimientos de limpieza y desinfección definido para la ruta posterior a la entrega de los residuos al gestor externo, registros de la tarea.
- Definición de horarios de menor afluencia de personas.

2.8. PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN / DIAGNÓSTICO

2.8.1 El generador cuenta con un área destinada a limpieza y desinfección de contenedores, equipos y demás implementos utilizados para aseo y limpieza de las instalaciones (Num.4.1.1.3.1.8 Res.591/2024).

***Nota: que debe presentar el generador**

Área destinada a limpieza y desinfección de contenedores de residuos y útiles de aseo. Dicho aspecto se vuelve critico cuando no se tiene el área.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

2.8.2 El PGIRASA consigna los procedimientos de limpieza y desinfección por tipo de residuo, incluyendo actividades, frecuencias, insumos, agentes activos, EPP, formatos de control e identificación del personal responsable. (Núm.4.1.1.3.1.8, Res. 591/2024)

***Nota: que debe presentar el generado**

Procedimiento documentado, formatos de control de la limpieza y desinfección de los recipientes, responsable de la actividad, hojas de seguridad de los insumos y agentes activos. Deben contar con EPP

3. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y SOCIALIZACIÓN

3.1 El generador cuenta con soportes de implementación, seguimiento e indicadores del programa de capacitación y socialización, ajustado a sus condiciones particulares. (Núm.4.1.1.3.2, Res. 591/2024).

***Nota: que debe presentar el generador**

Programación anual: cronograma, temas (segregación, riesgos, rutas internas, emergencias), responsables; actas/listados de asistencia; evidencias de evaluación/retroalimentación.

Programa de capacitación puede estar armonizado con el programa sst.

4. PLAN DE CONTIGENCIA

4.1 El generador cuenta con plan de contingencias con registros, simulacros y seguimiento de eventos asociados a residuos. (Num.4.1.1.3.3 Res.591/2024).

***Nota: que debe presentar el generador**

Plan para eventos de riesgo asociados al manejo de residuos (derrames, exposición, incendios, fallas de recolección, cortes de energía para refrigeración, etc.).

Soportes: capacitaciones, simulacros, registro y seguimiento de contingencias ocurridas.

5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PGIRASA

5.1 El generador cuenta con el cronograma anual del PGIRASA con actividades, responsables, plazos e indicadores. (Num.4.1.1.3.5 Res.591/2024).

***Nota: que debe presentar el generador**

Cronograma anual con actividades con avance evidenciado, plazos, recursos, responsables e indicadores de seguimiento

6. SEGUIMIENTO PEQUEÑO Y MICRO GENERADOR SIN TRATAMIENTO

6.1 El establecimiento cuenta con informe anual de seguimiento a la gestión interna con resultados, acciones correctivas y mejoras continuas. (Res.591/2024, num.4.1.3.2; Anexo 5.6).



***Nota: que debe presentar el generador**

Frecuencias, responsables, metodologías, formatos e indicadores; verificación de cumplimiento del Manual por transportadores y gestores de peligrosos.

Verificar que gestores de RAEE/otros especiales cuenten con licencias, permisos y autorizaciones ambientales vigentes.

El generador debe hacer seguimiento a la relacionado con las capacitaciones, accidentes laborales asociados al manejo de residuos, contingencias y auditoría interna, empleando el formato del Anexo 5.6

6.2 El establecimiento presentó el Informe anual de seguimiento a la Secretaría de Salud competente. (Res.591/2024, num.4.1.3.2).

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

***Nota: que debe presentar el generador**

Presentar a la Secretaría de Salud Departamental/Municipal/Distrital el informe del seguimiento de la gestión interna del año inmediatamente anterior (con acuse o radicado).

Se deberá verificar que los establecimientos generadores, a excepción de plantas de beneficio animal, cuente con el informe del seguimiento de la gestión interna de residuos del año inmediatamente anterior, relacionado con capacitaciones, accidentes laborales asociados al manejo de residuos, contingencias y auditoría interna, empleando el formato del Anexo 5.6

Aclaración para el reporte de los residuos del periodo de enero a diciembre de 2025, reportado a en 2026 se debe presentar:

Prestadores de servicios de salud: Para el informe del año 2025, que se reporta en el año 2026, se tendrá en cuenta la información que establecimiento presente bajo la Resolución 1164 de 2002. “Reporte SIRHO”

Otras Actividades (GIRASA): soporte de pantallazo realizado en formulario Google, Otras Actividades (GIRASA), para el reporte del año 2025; en relación con la información de este reporte se hizo el ajuste respectivo en la fecha que no correspondía.

- Para el seguimiento del anexo 5.6., se tendrá el diseño del reporte a la autoridad sanitaria, donde se tiene planteado el reporte de la información 5.6. y 5.1. el de cuantificación de los residuos; por parte de los establecimientos. Por lo que ya se está trabajando en el nuevo canal del reporte de residuos desde la Subdirección, el cual una vez se cuente con este, se realizará la respectiva socialización.

Seguimiento Anexo SA_17. Grande o mediano generador. Boque 8

8. SEGUIMIENTO					
ASPECTO A VERIFICAR	C	CP	NC	NA	HALLAZGOS
8.1 El establecimiento cuenta con documento de auditoría interna con frecuencias, responsables y metodologías, conservado 2 años y disponible a la autoridad. (Res.591/2024, num.4.1.3.1).	1	0.5	0	1	
8.2 El establecimiento cuenta con Registro y estadística de accidentabilidad en gestión de residuos y acciones correctivas correspondientes. (Res.591/2024, num.4.1.3.1).	1	0.5	0	1	
8.3 El establecimiento cuenta con informe anual de seguimiento a la gestión interna con resultados, acciones correctivas y mejoras continuas. (Res.591/2024, num.4.1.3.2; Anexo 5.6).	1	0.5	0	1	
8.4 El establecimiento presentó el Informe anual de seguimiento a la Secretaría de Salud competente. (Res.591/2024, num.4.1.3.2).	1	0.5	0	1	
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE					La calificación del bloque corresponde al 4% del total del acta

8.1 Auditoría interna de gestión de residuos (4.1.3.1 Res. 591/2024): Documento con frecuencias, responsables, metodologías, formatos, jornadas de socialización; evidencias de resultados, acciones correctivas y de mejora. Conservar 2 años.

8.2 Estadística de accidentabilidad asociada a la gestión de residuos y acciones preventivas/correctivas (4.1.3.1).

8.3 Informe de seguimiento de la gestión interna del año anterior: Incluye resultados, soportes, acciones correctivas y de mejora sobre capacitación, accidentes laborales, contingencias y auditorías internas (Anexo 5.6; 4.1.3.2).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

8.4 Presentación del informe a la Secretaría de Salud territorial (4.1.3.2).

***Nota: que debe presentar el generador**

- ♦ Evidencia: plan anual de auditoría, informes firmados, matrices de hallazgos/acciones, indicadores, radicados de envío a autoridad. (Anexo 5.6; 4.1.3.2).

II. CUMPLIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN PGIRASA

Una vez terminada la evaluación del acta anexa de GIRASA, deberá hacer la sumatoria de la calificación de los bloques (dado en %) y de acuerdo con ello será el resultado de cumplimiento. Así mismo la manera de uso de las casillas, es:

% de cumplimiento: Escribir resultado en número con el signo de %

Cumple/Cumple parcia/No cumple: Marcar con X

Cuadro vacío: Escribir en letra Cumple/Cumple parcia/No cumple, según corresponda.

Ejemplo:



II. CUMPLIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN PGIRASA			
% DE CUMPLIMIENTO	Seleccione con una equis (X)	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	Cumple parcial
50 %	CUMPLE	95%-100%	
	CUMPLE PARCIAL X	50%-94%	
	NO CUMPLE	< 49,9%	

Requerimientos sanitarios:

En el espacio de requerimientos sanitarios, se deberá indicar al usuario que el acta anexa de residuos o GIRASA, hace parte del acta principal y se deberá dar cumplimiento a los hallazgos relacionados.

Nota 1. Esta frase es acorde a la redacción del inspector sanitario, por lo tanto, puede ser ajustada de acuerdo con la redacción, lo importante es que el usuario que atiende la visita le quede la claridad que debe dar cumplimiento a lo allí consignado.

Nota 2. En el caso de la aplicación de una medida sanitaria de seguridad se puede de igual manera dejar la información de la causal de la medida aplicada en el anexo; sin embargo, se deberá tener presente que la relación de la medida debe ser consignada en el acta principal.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

<table border="1"> <tr> <th>REQUERIMIENTOS SANITARIOS</th> </tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	REQUERIMIENTOS SANITARIOS										
REQUERIMIENTOS SANITARIOS											

Observaciones: En esta parte del anexo se cuenta con observaciones par la autoridad sanitaria y para el generador. En donde se para las observaciones por parte de la autoridad sanitaria, se pueden consignar todas aquellas claridades necesarias de la visita.

OBSERVACIONES
Por parte de la autoridad sanitaria:

En las observaciones por parte del generador: Este espacio es para consignación de las observaciones que el generador o usuario que atiende la visita considere, en caso de no tener observaciones consignar ninguna por parte del usuario.

Por parte del Generador:

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Es importante que el generador diligencie este espacio en caso de presentar o no presentar observaciones, no debe ser diligenciado por el funcionario que realiza la visita

Preguntas:

- **¿Algunos profesionales hacen capacitación con los gestores, es válido?**

Respuesta: sí. En manejo de residuos si es válido y deb contar con el soporte de la capacitación. Se aclara que por parte de los que se hace de fortalecimiento por parte de la SDS y subredes, no sería valida las capacitaciones.

- **Uno es que los profesionales en salud/IPS, visitado no pudo realizar el reporte SIRHO, ya que no está habilitado, ¿en este caso como sería la evaluación?**

Respuesta. Para este caso reporte anual del año 2025, es NC; ya que debió haber tenido su correspondiente No. De habilitación para hacer su registro. Sin embargo, para el caso del SIRHO, se indica que este aplicativo se cerró el 31 de maro 2026 y ya no funcionara más. Dado que el nuevo aplicativo en construcción estará a cargo de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, y el desarrollo se espera esté terminado a finales del 2026, con el fin que los establecimientos puedan realizar el reporte 2026 en el próximo año 2027.

En dado caso que el prestador de servicios haya presentado fallas en el reporte al SIRHO, debe solicitar la información a la Subdirección de Servicios de Salud ya que esta plataforma estuvo a cargo de esta Subdirección.

-Puede darse un CR del acta y quedar CP: Solo se podrá identificar en el momento de la sumatoria de los bloques.

- **Para los sitios de encuentro sexual, en la localidad de los Mártires, se están haciendo los seguimientos a los establecimientos desfavorables, que no tienen la información de estos reportes; para lo cual el reporte dice que es extemporáneo, ¿se puede validar con la información que se presenta?**


Respuesta: Para el caso del reporte extemporáneo y presenta el formulario, la calificación sería cumple parcialmente (CP).

- Se informa que para el reporte nuevo se realizara con el numero de la inscripción de la estrategia de autorregulación del establecimiento y esta información se llame de manera automática, se diligenciara el formato 5.6, de manera adicional la información del formato 5.1 consolidado de pesaje de residuos en kg.
- Por parte del profesional Oscar, menciona que en algunas visitas han quedado desfavorable solo por el no reporte del informe a la SDS, como sería, ¿entonces la calificación?

Respuesta: para este caso en la próxima visita le cambiaría el concepto ya que, por el acta ponderada, el total sería un 95 %, el cual corresponde a cumple.

- **¿Todas las actas principales vienen ponderadas?**

Respuesta: no solo los anexos GIRASA

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

- Para el caso de los establecimientos que son pequeñas, pero que tienen estrategias de corto punzante extramural, se califica en el numeral 2.5.8.

Respuesta: En dado caso que llegue a presentarse si, se resalta que solo aplica para prestadores de servicios de salud.

- ¿Caso de los profesionales independientes ubicados en un solo espacio?

Respuesta: Se aplica un solo anexo, dado que se está haciendo la visita a “un establecimiento” donde se ubica un prestador de servicios de salud.

- En el caso que haya dos actividades diferentes en salud, un profesional y un laboratorio, como se califica.

Respuesta: Igual que el ejemplo de los profesionales

- Para el caso de la cárcel, que cuenta con servicios veterinario y servicios de peluquería y servicios de salud tercerizados, se aplica el acta anexa, ¿ya que las cárceles no son sujetos de aplicación del Decreto 780 de 2016? Esta pregunta la realiza la Subred Centro Oriente, ya que en la carcel la Picota, la directriz fue no hacer acta anexa, sin embargo, la línea de ETOZ hizo el acta, solo por el servicio de veterinaria.

Respuesta: Se deberá revisar el tema con la referente encargada, antes de realizar la intervención Ya que pueden presentar varios escenarios.

Tratamiento interno de residuos con riesgo biológico o infeccioso (si aplica) (4.1.1.3.6 Res. 591/2024)

***Nota: que debe presentar el generador.**

Informe a autoridad sanitaria con copia a autoridad ambiental la intención de tratar internamente.

Documento cumplimiento de estándares para reclasificar a no peligrosos.


Concepto favorable de las instalaciones

Procedimientos operativos, control de parámetros, mantenimiento, control de emisiones/efluentes según tecnología.

Verificar que no se mezclen los residuos tratados con no tratados

Gestión del residuo tratado

No mezclar con peligrosos; disponer en bolsa blanca o negra según aprovechamiento; marcado obligatorio en la bolsa: texto, símbolo, nombre del establecimiento, tipo de tratamiento y fecha

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	
Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo					

Estrategia para recepción de residuos cortopunzantes de pacientes (4.1.1.3.7 Res. 591/2024)

Las entidades promotoras de salud, entidades que administran planes voluntarios de salud, entidades adaptadas, entidades que administran los regímenes Especial y de Excepción y las instituciones prestadoras de salud, que atiendan pacientes con patologías crónicas, cuidados paliativos o atención ambulatorias, como farmacias o farmacias-droguerías, deberán generar una estrategia para el manejo, recibo y gestión de los residuos cortopunzantes generados por los pacientes, como parte de su responsabilidad social y buenas prácticas en el marco de su atención. Se debe de verificar si el establecimiento cuenta con la identificación de los pacientes, conforme a lo establecido en literal a) numeral 4.1.1.3.7 de la Resolución 591 de 2024.

*Nota: que debe presentar el generador

- Identificación de pacientes y patologías: Listado de usuarios que usan jeringas, lancetas u otros cortopunzantes (p. ej., insulino-dependientes, anticoagulados).
- Suministro de recipientes: Entrega/venta de contenedores rígidos rotulados para segregación en el hogar.
- Recepción en el establecimiento: Procedimiento y puntos de recepción; registro de cantidades.
- Información a pacientes: Condiciones de recepción (recipiente cerrado, sin rebosar, sin líquidos, etc.); medios de información (carteles, folletos, educación en consulta).
- Gestión posterior: Asegure manejo como residuo peligroso conforme al PGIRASA.
- Registro de recibidos: Mantenga base de datos/formatos con fechas, usuario, cantidad/unidades.
- IEC a pacientes: Soportes de información, educación y comunicación sobre manejo y disposición segura.

Recomendaciones

- Tener la normatividad como herramienta de apoyo en el diligenciamiento del formato.
- Tener cuidado en el momento de la suma de los aspectos evaluados
- En caso de presentar dudas al momento de la inspección, comunicarse con los líderes operativos o referentes de línea, según sea la intervención de la consulta.
- Hacer uso de las observaciones que crea pertinentes para dar claridad en algún aspecto evaluado o en la claridad del usuario para una nueva inspección.



REPORTE AUTORIDAD AMBIENTAL AÑO 2027. Se informa que, para el año 2027, la Secretaría Distrital de Salud dispondrá de un canal destinado al reporte del Anexo 5.6. A través de este mismo canal también se realizará el reporte del pesaje de residuos Anexo 5.1.

Asimismo, se resalta la importancia de este reporte, ya que permite contar con información consolidada en caso de que alguna entidad requiera datos sobre la totalidad de los residuos generados.

Notas en observaciones:

- Se resalta que el anexo GIRASA, es tan solo un aspecto del acta principal, por lo cual en dado caso que la sumatoria de todos los bloques arroje cumplimiento no indica que el establecimiento se deba emitir un concepto Favorable.
- Por otra parte, en dado caso que en el anexo un aspecto se califique como critico se debe tomar medida sanitaria, afectando el concepto principal en este caso el concepto debe ser desfavorable.
- En dado caso que de un incumpliendo en la sumatoria de los bloques sin un crítico, posiblemente podría generarse un concepto favorable con requerimientos o desfavorable contemplando los demás aspectos del acta principal.

COMPROMISOS*

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	ACTA DE REUNIÓN				
	Código:	SDS-DFO-FT-001	Versión:	1	

Elaborado por: Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Se adjunta listado	*****	*****	*****	*****
2	*****	*****	*****	*****	*****
3	*****	*****	*****	*****	*****
4	*****	*****	*****	*****	*****
5	*****	*****	*****	*****	*****
6	*****	*****	*****	*****	*****
7	*****	*****	*****	*****	*****
8	*****	*****	*****	*****	*****
9	*****	*****	*****	*****	*****

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-DFO-FT-004.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-DFO-FT-004, según lo establecido en el lineamiento de Actas de Reunión.

Evaluación y cierre de la reunión
--

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si (x) No ()	

* Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.