310.215.165

AUTO No. 2026-062 del 9 de abril de 2026

"Por medio del cual se inicia un Proceso Administrativo Sancionatorio y se formulan cargos"

Proceso No. 2026-016

La Directora Operativa de la Dirección de Salud Pública de la Secretaría de Salud de Yopal, en ejercicio de sus facultades legales y especialmente las delegadas en el Decreto 030 de 25 de febrero de 2025, numeral 13 del empleo 2, que modificó parcialmente el manual específico de funciones y de competencias laborales número 1000.97.122 de 2019 procede a iniciar Proceso Administrativo Sancionatorio sanitario en contra de la sociedad CASA CLUB LOS CERROS S.A.S, identificada con Nit. 900884446-9 (hogar geriátrico); representada legalmente por ANGELA TOBO SAAVEDRA con cedula de ciudadanía No. 1.032.389.364, o quien haga sus veces, teniendo en cuenta los siguientes:

ANTECEDENTES

1. Obra a folio 1, 2 y 3 Acta de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario, establecimientos de hogares geriátricos o de larga estancia, el calendada 5 de abril de 2024 aplicada a la sociedad CASA CLUB LOS CERROS S.A.S, identificada con Nit. 900884446-9 (hogar geriátrico); representada legalmente por ANGELA TOBO SAAVEDRA con cedula de ciudadanía No. 1.032.389.364, ubicado en el kilómetro 3 vía Sirivana, vereda Sirivana, corregimiento Tacarimena del Municipio de Yopal departamento de Casanare, en la cual los funcionarios de la Secretaría de Salud realizan inspección y vigilancia dentro de las instalaciones del establecimiento de comercio se dedica al servicio de hogar geriátrico, cuyo resultado de dicha visita arroja una calificación del 65% y CONCEPTO SANITARIO DESFAVORABLE.
2. Obra a folio 4 a 8 Acta de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario, establecimientos generadores de residuos – prestadores independientes, del 5 de abril de 2024 aplicada al establecimiento de comercio dedicado al servicio de hogar geriátrico de propiedad de la sociedad CASA CLUB LOS CERROS S.A.S, identificada con Nit. 900884446-9 (hogar geriátrico); representada legalmente por ANGELA TOBO SAAVEDRA con cedula de ciudadanía No. 1.032.389.364, ubicado en el kilómetro 3 vía Sirivana, vereda Sirivana, corregimiento Tacarimena del Municipio de Yopal departamento de Casanare, en la cual los funcionarios de la Secretaría de Salud realizan inspección y vigilancia y cuyo resultado de dicha visita arroja una calificación del 51% y CONCEPTO SANITARIO DESFAVORABLE
3. Obra a folio 9 APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD A ESTABLECIMIENTO DE BAJO RIESGO de fecha 5 de abril de 2024.
4. Obra a folio 10, Acta de Imposición de Sellos a Establecimiento de fecha 5 de abril de 2024.
5. Obra a folio 11 a 13 Acta de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario, establecimientos de hogares geriátricos o de larga estancia de 24 de mayo de 2024 aplicada al establecimiento de comercio CASA CLUB LOS CERROS S.A.S, identificada con Nit. 900884446-9 (hogar geriátrico), con la dirección de domicilio mencionada en numerales anteriores, en la cual los funcionarios de la Secretaría de Salud realizan inspección y vigilancia dentro de las instalaciones del establecimiento de comercio, cuyo resultado de dicha visita arroja una calificación del 81% y CONCEPTO FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS.
6. Obra a folio 14 a 16 Acta de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario, establecimientos generadores de residuos – prestadores independientes, del 24 de mayo de 2024 aplicada al establecimiento de comercio dedicado al servicio de hogar geriátrico de propiedad de la sociedad CASA CLUB LOS CERROS S.A.S, identificada con Nit. 900884446-9 (hogar geriátrico); representada legalmente por ANGELA TOBO SAAVEDRA con cedula de ciudadanía No. 1.032.389.364, ubicado en el kilómetro 3 vía Sirivana, vereda Sirivana, corregimiento Tacarimena del Municipio de Yopal departamento de Casanare, en la cual los funcionarios de la Secretaría de Salud realizan inspección y vigilancia y cuyo resultado de dicha visita arroja una calificación del 80 % y CONCEPTO SANITARIO DESFAVORABLE
7. Obra a folio 17, Levantamiento de Medida Sanitaria de Seguridad a Establecimiento de Bajo Riesgo calendada 24 de mayo de 2024.

DESCRIPCIÓN LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO:

Sociedad legalmente constituida denominada CASA CLUB LOS CERROS S.A.S, identificada con Nit. 900884446-9 (hogar geriátrico); clasificada como: 8730: Actividades de atención en instituciones para el cuidado de personas mayores y/o discapacitadas. Matriculada ante la Cámara de Comercio de Casanare el día 2 de septiembre de 2015 con No. 117318, ubicada en el Kilómetro 3, Vía Sirivana, Corregimiento Tacarimena del municipio de Yopal, Casanare.

SITUACIÓN SANITARIA ENCONTRADA:

Obra a folio 1, 2 y 3 Acta de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario, establecimientos de hogares geriátricos o de larga estancia, el calendada 14 de junio de aplicada sociedad CASA CLUB LOS CERROS S.A.S, identificada con Nit. 900884446-9 (hogar geriátrico); representada legalmente por ANGELA TOBO SAAVEDRA con cedula de ciudadanía No. 1032389364, ubicado en el kilómetro 3 vía Sirivana, vereda Sirivana, corregimiento Tacarimena del Municipio de Yopal departamento de Casanare, en la cual los funcionarios de la Secretaría de Salud realizan inspección y vigilancia dentro de las instalaciones del establecimiento de comercio, cuyo resultado de dicha visita arroja una calificación del 58.5% y CONCEPTO SANITARIO DESFAVORABLE, encontrando los siguientes hallazgos extraídos del Acta mencionada:

1. Respecto de las Condiciones Locativas, Sanitarias y de Seguridad:

ITEM	HALLAZGO
1.2.	Condiciones de los pisos: ***se evidencia baldosas del piso en segundo piso, algunas en el pasillo, rotas y con grietas***. (Artículo 193 y 194 de la Ley 9 de 1979).
1.3.	Solidez de paredes y techos: ***se evidencia algunas habitaciones con paredes y techos con humedad, desprendimiento pintura***. Artículo 195 Ley 9 de 1979.
1.5.	Suficiencia de la iluminación: ***se evidencia fuera de funcionamiento luminaria en baño de área común cerca a la fuente de agua*** Artículo 196 Ley 9 de 1979
1.8.	Estado escaleras, rampas y pasamanos: ***se evidencia escaleras sin la cinta antideslizantes*** (art. 47 y 48 Resolución 14861 de 1985)
1.9	mantenimiento y señalización de equipos herramientas e instalaciones: ***en área de lavandería y en una de las habitaciones tomacorriente desprendido habitación 104 tomacorriente no hermético***. (Artículo 117 de la Ley 9 de 1979)

2. Respecto de las condiciones sanitarias y de dormitorios:

ITEM	HALLAZGO
2.1.	Dotación de los servicios sanitarios: ***se evidencia llave lavamanos de la gran mayoría de las habitaciones no fijas, baño lavandería suelta con escape de agua lavamanos***. (Artículo 50 Resolución 14861 de 1985, y Articulo 188 Ley 9 de 1979).
2.4.	Composición de las habitaciones: ***no todas las camas cuentan con nocheros, se evidencia algunos mueblas para ropa habitaciones 212***
2.5.	Estado de la lencería: ***se evidencia algunas sabanas rotas, machadas falta de limpieza de sabanas presentan malos olores***. (Artículo 207 Ley 9 de 1979.)
2.6.	Estado de colchones y almohadas: ***se evidencia en habitaciones en gran mayoría colchones sucios, manchados, anti fluidos rotos, almohadas manchadas, deterioradas***, (Artículo 207 Ley 9 del 1979).
2.7.	Estado de los baños utilizados por los beneficiarios: ***se evidencia algunos baños con aseo deficiente***. (Artículo 199 Ley 9 de 1979).
2.10.	Programa de limpieza y desinfección: ***presenta programa, pero la implementación es deficiente, pisos paredes, baños lencería, sabanas suciedad área de lavandería***. (Artículo 207 Ley 9 de 1979).
2.11.	Separación de áreas en lavandería: ***no se evidencia separación de acuerdo a la señalización de áreas separadas del hotel y del hogar geriátrico. No soporte de aislamiento***. (Artículo 91, artículo 112 Ley 9 de 1979.)

3. Respecto de las condiciones de saneamiento.

ÍTEM	HALLAZGO
3.1.2.	Cuenta con suministro de agua: **se evidencia una unidad sanitaria sin servicio continuo**. (Artículo 175 y 176 Ley 9 de 1979).
3.1.5.	Lavado y desinfección semestral de tanque de almacenamiento de agua: **se evidencia falta el soporte de lavado y limpieza**. (Artículo 10 decreto 1575 de 2006).
3.2.2.	Diseño y construcción de las instalaciones para evacuación de residuos líquidos: ***se evidencia algunas tuberías para desagüe sin rejillas.*** (Artículo 177 Ley 9 de 1979).
3.3.1	Plan gestión integral de residuos: **se evidencia diseño del plan no implementación completa, calificación inadecuada residuos en puntos ecológicos.**
3.3.2	Cuenta con área para almacenamiento de residuos. ***área de almacenamiento se encuentra saturada de residuos.*** (artículo 198 Ley 9 de 1979).
3.3.3.	Recipientes de material rígido de fácil limpieza: ***no cumple en su totalidad con bolsas de acordes a color de canecas***. (Artículo 199 Ley 9 de 1979).
3.4.1.	Programa de manejo integral de plagas: ***se evidencia diseño, pero la implementación no se efectúa de manera adecuada.*** (Artículo 201 y 593 de la Ley 9 de 1979).
3.4.2	Presencia de plagas: ***se evidencian cucarachas en piso de habitación 107; en área de lavandería heces de ratón, murciélago en pared*** (Art. 168 Ley 9 de 1979)

4. Respecto de las condiciones de seguridad – Gestión de Riesgo.

ITEM	HALLAZGO
4.1.	Plan de Gestión de riesgo de desastres: ***se herencia falta certificado de bomberos***. (Artículo 2.3. 1.5. 2.1 decreto 2157 de 2017).
4.2.	Señalización de las diferentes áreas ***no se evidencia señalización de habitaciones donde se almacenan objetos de fisioterapia*** (art. 52 Resolución 14861 de 1985)

Requerimientos sanitarios como hallazgo crítico se consigna el ítem 3.4.2 consistente en evidencia presencia de plagas cucarachas piso habitación 107. Heces fecales de ratón en área de lavandería y presencia de murciélagos en área de lavandería; así mismo se dejó que no presenta soportes recientes en el presente año de caracterización del agua, que define que esta cumple para el consumo humano o es potable de acuerdo a la resolución 2115 de 200, características de agua para consumo humano.

Obra a folio 4 a 8 Acta de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario, establecimientos generadores de residuos – prestadores independientes, del 5 de abril de 2024 aplicada al establecimiento de comercio dedicado al servicio de hogar geriátrico de propiedad de la sociedad CASA CLUB LOS CERROS S.A.S, identificada con Nit. 900884446-9 (hogar geriátrico); representada legalmente por ANGELA TOBO SAAVEDRA con cedula de ciudadanía No. 1.032.389.364, ubicado en el kilómetro 3 vía Sirivana, vereda Sirivana, corregimiento Tacarimena del Municipio de Yopal departamento de Casanare, en la cual los funcionarios de la Secretaría de Salud realizan inspección y vigilancia y cuyo resultado de dicha visita arroja una calificación del 51% y CONCEPTO SANITARIO DESFAVORABLE, encontrando los siguientes hallazgos extraídos del Acta mencionada:

1. GRUPO ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN AMBIENTAL Y SANITARIA

ITEM	HALLAZGO
1.1	El generador tiene formulado, implementado y actualizado un plan para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares-PGIRH: ***Se evidencia mal implementación*** (numeral 6.2 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002.) (artículo 2.8.10.6. Decreto 780 de 2016)
1.2	El generador tiene conformado el grupo de gestión ambiental y sanitario para garantizar la gestión interna de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades y formula un compromiso institucional.: ***No se garantiza el proceso de la gestión ambiental*** (numeral 7.1, y 7.1.2 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002.)
1.3	El Grupo conformado establece de manera clara las funciones de cada uno de los miembros, la coordinación, cuenta con un organigrama y cumple con las frecuencias de reunión establecidas en el

	marco normativo legal vigente. ***No se evidencia los procesos (planillas, soportes actualizados.*** (verificar actas de reunión) (numeral 7.1.1 y 7.1.2 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002.)
1.4	El grupo tiene establecido un presupuesto para garantizar la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y de otras actividades: ***No se evidencia soporte*** (numeral 7.1.1 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002.)
1.5	El Grupo Conformado establece de manera clara un cronograma para las actividades de gestión interna. ***No se evidencia cronograma ni soportes*** (numeral 7.1.2 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002.)
1.6	El generador realiza un diagnóstico ambiental y sanitario actualizado anualmente teniendo en cuenta las actividades y criterios más relevantes establecidos en el numeral 7.1.2 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002 y sus resultados son presentados al grupo de gestión ambiental y sanitario. ***Se evidencia sin implementación***

2. PROGRAMA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN

ITEM	HALLAZGO
2.1	El generador cuenta con un programa de formación y educación con los temas de formación general y específica para el personal operativo, asistencial, usuarios y visitantes de acuerdo a los lineamientos establecidos en el marco normativo legal vigente: ***No se evidencia soportes*** (7.2.2 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002). (artículo 2.8.10.6. Decreto 780 de 2016)
2.2	El generador cuenta con soportes que evidencie la aplicación y evaluación el programa de formación y educación (numeral 7.2.2 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002.) (cronograma de actividades, actas de asistencia, evaluaciones, ayudas audiovisuales, folletos): ***No se evidencia soportes***

3. MONITOREO AL PGIRH

ITEM	HALLAZGO
3.1	El generador presenta los informes con la frecuencia establecida en el marco normativo legal vigente (revisar fecha y radicado del último informe ante la secretaria de salud): ***No se presenta soporte*** (numeral 7.2.10 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002.)
3.2	El generador cuenta con el formato RH1 y lo diligencia correctamente: ***No se evidencia diligenciamiento*** (numeral 7.2.10 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002.)
3.3	Calcula y analiza los indicadores de destinación, capacitación, beneficios, accidentalidad: ***No cuenta con los indicadores.*** (numeral 7.2.10 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002.)
3.4	El generador realiza auditorías internas a la gestión de los residuos generados, se realizan acciones y planes de mejoramiento. ***No se evidencia soporte*** (numeral 7.2.10 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002.)
3.5	El generador realiza interventorías a las empresas que realizan la recolección externa y tratamiento de los residuos generados en el establecimiento de acuerdo a lo establecido en el marco normativo: ***No se evidencia acciones realizadas*** (numeral 7.2.10 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002.)
3.6	El generador cuenta con unas listas de chequeo que permita evaluar la gestión interna de los residuos mediante las auditorías internas y las interventorías al gestor contratado: ***No se cuenta con la lista de chequeo*** (numeral 7.1.2 y 7.2.10 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002.)

4. CONDICIONES DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO

ITEM	HALLAZGO
4.1	El generador entrega y repone los elementos de protección personal para garantizar la gestión interna de los residuos generados en la atención en salud. ***Se evidencia sin soporte*** (numeral 7.2.9 y 7.2.9.1 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002.) (artículo 2.8.10.6. Decreto 780 de 2016)
4.2	El personal que manipula los residuos mantiene en completo estado de asepsia y limpieza el equipo de protección personal. ***Se evidencia sin EPP*** (numeral 7.2.9.1 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002.) (artículo 2.8.10.6. Decreto 780 de 2016)

5. SEGREGACIÓN DE RESIDUOS

ITEM	HALLAZGO
5.3	Los recipientes retornables cuentan con su respectivo empaque (bolsas desechables) cumpliendo estas con las condiciones de rotulado y especificaciones técnicas establecidas en el marco normativo. ***No se evidencia dotación en canecas (bolsas rojas)*** (numeral 7.2.3 MPGIRH la Resolución 1164 de 2002.)

6. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS

ITEM	HALLAZGO
6.1	El generador cuenta con un procedimiento de trabajo seguro, escrito, planificado y estandarizado donde se especifique las frecuencias, tipo de residuos, tipo de vehículo, evacuación inmediata en caso de salas de cirugía y parto, los elementos de protección personal y los procedimientos de manejo de cargas para garantizar la recolección de los residuos generados. ***Se evidencia que no se especifica el proceso de recolección*** (numeral 7.2.5.1 MPGIRH la Resolución 1164 de 2002.)
6.2	El generador cuenta con diagramas identificando las rutas internas de transporte y en cada punto de generación: el número, color y capacidad de los recipientes a utilizar, así como el tipo de residuo generado. ***Se evidencia sin diagramas ni rutas*** (numeral 7.2.5.1 MPGIRH la Resolución 1164 de 2002.)

Visible a Folio 9 del sumario Obra APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD A ESTABLECIMIENTO DE BAJO RIESGO de fecha 5 de abril de 2024 por la siguiente causal: *"Por incumplimiento a la normatividad sanitaria vigente Ley 9 de 1979 Artículo 168, dado puntos críticos, Resolución 1164 de 2002 art. 2.8.10.6, Decreto 780 de 2016, se evidencia daño ambiental por la mala disposición de residuos hospitalarios ya que los están arrojando a los predios colindantes"* consistente en CLAUSURA TEMPORAL DEL ESTABLECIMIENTO TOTAL, *con* las siguientes Observaciones a saber:

> *"Se informa al administrador del establecimiento que no puede ejercer actividades como son el ingreso de nuevo personal al hogar geriátrico, retirar el sello una vez corrijan el 100%% de los hallazgos deben solicitar a secretaria de salud la apertura del establecimiento en medio físico".*

DISPOSICIONES PRESUNTAMENTE VULNERADAS QUE SUSTENTAN LA FORMULACIÓN DE LOS CARGOS

Esta instancia procede analizar las actas que obran dentro de la investigación, a fin de establecer si en el caso que nos ocupa se vulneró la norma vigente para el momento de los hechos.

Durante la visita de inspección realizada por los funcionarios de la Secretaría de Salud, se evidenciaron hallazgos contrarios a las disposiciones sanitarias por lo que este Despacho considera que se presenta una posible infracción a las normas que se relacionan a continuación:

CARGO PRIMERO: CONDICIONES LOCATIVAS Y SANITARIAS: Tal y como quedo consignado en los numerales 1.2, 1.3, 1.5, 1.8, 1.9 del Acta de Inspección, vigilancia y Control Sanitario establecimientos de hogares de paso o de larga estancia calenda 5 de abril de 2024, según se expresa a continuación:

Numeral 1.2. No Cumple. Pisos del establecimiento: se evidencia baldosas del piso en segundo piso, algunas en el pasillo, rotas y con grietas. Infringiendo presuntamente lo establecido en el artículo 193 y 194 de la Ley 9 de 1979 los cuales rezan:

> *ARTICULO 193. El uso de los espacios determinará el área a cubrir, la clase y calidad de los materiales a usar en cada piso según los criterios que al efecto determine la autoridad competente.*
> *ARTICULO 194. Los pisos se proveerán de sistemas que faciliten el drenaje de los líquidos que se puedan acumular en ellos, cuando así lo requieran.*

Numeral 1.3. No Cumple. Solidez en Techos y Paredes: se evidencia algunas habitaciones con paredes y techos con humedad, desprendimiento pintura. Infringiendo presuntamente lo establecido en el artículo 195 de la Ley 9 de 1979 los cuales rezan:

ARTICULO 195. El uso de cada espacio determinará el área que se debe cubrir en los muros y techos, según los criterios que al efecto determine la autoridad competente.

Numeral 1.5. No Cumple. Suficiencia de la iluminación: se evidencia fuera de funcionamiento luminaria en baño de área común cerca a la fuente de agua. Infringiendo presuntamente lo establecido en el artículo 196 Ley 9 de 1979 el cual reza:

ARTICULO 196. La iluminación y ventilación de los espacios de las edificaciones serán adecuados a su uso, siguiendo los criterios de las reglamentaciones correspondientes.

Numeral 1.8. No Cumple. Estado escaleras, rampas y pasamanos: se evidencia escaleras sin la cinta antideslizantes. Infringiendo presuntamente lo establecido en los 47 y 48 Resolución 14861 de 1985 que prevén:

Artículo 47º- De los requisitos para rampas. Las rampas en circulaciones interiores de edificaciones cumplirán entre otros, los siguientes requisitos:
- Su pendiente no será mayor del 9%
- Su ancho no será menor de 1.50 metros.
- Altura libre entre piso y techo o cielorraso de 2.20 metros
- La longitud máxima por tramo de rampa será de 9.00 metros.
El descanso entre tramos de rampas tendrá como mínimo, las siguientes dimensiones:
1) Si no hay cambio de dirección o hay cambio a 90º, descanso de 1.50 metros de largo y ancho el de la rampa, y,
2) Si hay cambio a 180º, descanso de 1.50 metros de largo con un ancho igual a dos veces el ancho de la rampa.
En una misma edificación, el ancho de las rampas se mantendrá constante en todo su desarrollo.
El piso de rampas será de material antideslizante y de textura y color diferentes a los pisos adyacentes. Este tipo de material, se colocará en los descansos y antes del inicio y después de terminar la rampa, en longitud no menor de 0.30 metros.
Se colocarán barandas con altura entre 0.75 metros y 0.85 metros en los lados de rampas cuando den a espacios libres. Se aceptarán otras configuraciones arquitectónicas siempre y cuando la separación entre sus elementos no sea mayor de 0.12 metros
Se colocarán pasamanos a ambos lados a altura de 0.90 metros. Cuando la edificación esté destinada fundamentalmente a población infantil se prologarán antes del inicio y al final de la rampa, en longitud de 0.30 metros paralelas al piso.

PARÁGRAFO: Toda circulación con pendiente mayor del 5% será considerada rampa y deberá cumplir con los requisitos del presente Artículo.

Artículo 48º- De los requisitos para escaleras. Las escaleras en circulaciones interiores de edificaciones cumplirán entre otros, los siguientes requisitos:
- Ancho libre menor de 1.20 metros.
- Altura libre entre piso y techo o cielorraso, de 2.20 metros.
- Altura de contrahuella, entre 0.14 metros y 0.18 metros
- Profundidad de huella, entre 0.28 metros y 0.35 metros.

El descanso entre tramos de escaleras tendrá como mínimo las siguientes dimensiones:
- Si no hay cambio de dirección o hay cambio a 90º, descanso de 1.20 metros de largo y ancho el de la escalera y,
- Si hay cambio a 180º descanso de 1.20 metros de largo con un ancho igual a dos veces el ancho de la escalera.
- El material de piso en huellas y descanso será antideslizante.
- En una misma edificación se mantendrán constantes las dimensiones de contra huella y ancho de escaleras.
- Cuando la escalera intercepte o conduzca hacia un espacio de circulación, la primera contrahuella de descanso estará localizada a no menos de 0.80 metros desde el espacio de circulación.
- Se colocarán pasamanos a ambos lados, a altura de 0.90 metros y cuando la edificación esté destinada fundamentalmente a la población infantil, se preverán pasamanos adicionales a altura entre 0.45 y 0.60

metros. Los pasamanos se prolongarán antes del inicio y al final de la escalera en longitud de por lo menos 0.30 metros y paralelos al piso.
- Se colocarán barandas con altura entre 0.75 metros y 0.85 metros en los lados de escaleras cuando den a espacios libres. Se aceptarán otras configuraciones arquitectónicas siempre y cuando la separación entre sus elementos no sea mayor de 0.12 metros.

Numeral 1.9. No Cumple. Mantenimiento y señalización de equipos herramientas e instalaciones: en área de lavandería y en una de las habitaciones tomacorriente desprendido habitación 104 tomacorriente no hermético. Infringiendo presuntamente lo establecido en el artículo 117 Ley 9 de 1979 el cual rezan:

ARTICULO 117. *Todos los equipos, herramientas, instalaciones y redes eléctricas deberán ser diseñados, construidos, instalados, mantenidos, accionados y señalizados de manera que se prevengan los riegos de incendio y se evite el contacto con los elementos sometidos a tensión.*

CARGO SEGUNDO: CONDICIONES SANITARIAS: Tal y como quedo consignado en los numerales 2.1, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.10, 2.11, del Acta de Inspección, vigilancia y Control Sanitario establecimientos de hogares de paso y de larga estancia calenda 5 de abril de 2024, según se expresa a continuación:

Numeral 2.1. No cumple: Dotación de los servicios sanitarios: se evidencia que la llave del lavamanos de la gran mayoría de las habitaciones no está fija, baño lavandería, suelta con escape de agua lavamanos. Infringiendo presuntamente lo establecido en Articulo 50 Resolución 14861 de 1985, y Articulo 188 Ley 9 de 1979. Los que rezan:

Artículo 50º- Requisitos para servicios sanitarios. Los servicios sanitarios en toda edificación cumplirán entre otros, con los siguientes requisitos:
- Estarán ubicados cerca de espacios de circulación para permitir fácil acceso a la población en general.
- Se colocarán señales para indicar su ubicación.
- Los cuartos de servicios sanitarios para minusválidos se identificarán en la puerta con el símbolo internacional de acceso. Las puertas de entrada tendrán como mínimo 0.80 metros y cuando sean de batiente abrirán hacia fuera. La apertura de puertas no podrá impedir la libre circulación interior o exterior a los servicios sanitarios.
- Cuando exista pasillo o vestíbulo, como antesala para entrar a una unidad sanitaria, sus dimensiones mínimas serán de 1.20 metros de ancho por 1.50 metros de largo.
- No se permitirán cambios abruptos de nivel entre el piso de la unidad sanitaria y el del espacio exterior o en cualquier parte de su interior.
- El acabado del piso será en material antideslizante.
- El dispensador para papel higiénico, el toallero y las barras o agarraderas se colocarán a 0.70 metros desde el piso acabado.
- Los lavamanos para minusválidos serán colocados de manera que su altura máxima no exceda de 0.80 metros y haya espacio libre debajo del artefacto de 0.35 metros a cada lado a partir del centro de este.
- La altura de la taza de inodoro estará entre 0.40 metros y 0.50 metros desde el piso acabado.

Cuando las exigencias mínimas de una edificación sean de una unidad sanitaria por sexo, ésta reunirá las condiciones de acceso para minusválidos. Cuando en una edificación se instalen baterías de unidades sanitarias, cada una de éstas tendrán una unidad por sexo, por cada 15 personas, con facilidades de acceso para minusválidos: En los cuartos sanitarios para minusválidos deberá instalarse alarma.

Cuando se coloquen espejos en cuartos sanitarios para minusválidos, estarán a 1.10 metros de altura en su parte inferior y con inclinación hacia debajo de 10º.

ARTICULO 188. En toda edificación, el número y tipo de los aparatos sanitarios estarán de acuerdo con el número y requerimientos de las personas servidas de acuerdo con lo establecido en la presente Ley y su reglamentación.

Numeral 2.4. No cumple: Composición de las habitaciones: no todas las camas cuentan con nocheros, se evidencia algunos mueblas para ropa habitaciones 212. **Numeral 2.5. No cumple.** Estado de la

lencería: algunas sabanas rotas, machadas falta de limpieza de sabanas presentan malos olores. **Numeral 2.6. No cumple.** Estado de colchones y almohadas: se evidencia en habitaciones en gran mayoría colchones sucios, manchados, anti fluidos rotos, almohadas manchadas, deterioradas. **Numeral 2.10. No cumple.** Programa de limpieza y desinfección: presenta programa, pero la implementación es deficiente, pisos paredes, baños lencería, sabanas suciedad área de lavandería. Infringiendo presuntamente Infringiendo presuntamente lo establecido en el artículo 207 de la Ley 9 de 1979 el cual reza:

> ***ARTICULO 207.*** *Toda edificación deberá mantener en buen estado de presentación y limpieza, para evitar problemas higiénico-sanitarios.*

Numeral 2.7. No cumple: Estado de los baños utilizados por los beneficiarios: se evidencia algunos baños con aseo deficiente. Infringiendo presuntamente lo establecido en el artículo 199 de la Ley 9 de 1979 el cual reza:

> ***ARTICULO 199.*** *Los recipientes para almacenamiento de basuras serán de material impermeable, provistos de tapa y lo suficientemente livianos para manipularlos con facilidad.*

Numeral 2.11. No cumple: Área de lavandería: no se evidencia separación de acuerdo a la señalización de áreas separadas del hotel y del hogar geriátrico. No soporte de aislamiento. Infringiendo presuntamente lo establecido en los artículos 91 y 112 de la Ley 9 de 1979 los cuales rezan:

> *ARTICULO 91. Los establecimientos industriales deberán tener una adecuada distribución de sus dependencias, con zonas específicas para los distintos usos y actividades, claramente separadas, delimitadas o demarcadas y, cuando la actividad así lo exija, tendrán espacios independientes para depósitos de productos terminados y demás secciones requeridas para una operación higiénica y segura.*
>
> *ARTICULO 112. Todas las maquinarias, equipos y herramientas deberán ser diseñados, construidos, instalados, mantenidos y operados de manera que se eviten las posibles causas de accidente y enfermedad.*

CARGO TERCERO: CONDICIONES SANITARIAS: Tal y como quedo consignado en los numerales 3.1.2, 3.1.5, 3.2.2, 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3, 3.4.1 y 3.2 del Acta de Inspección, vigilancia y Control Sanitario establecimientos de vivienda transitoria, calendada 29 de noviembre de 2023, según se expresa a continuación:

Numeral 3.1.2. No cumple: Cuenta con suministro de agua: se evidencia una unidad sanitaria sin servicio continuo. **Numeral 3.1.3. No cumple:** Instalaciones interiores para suministro de agua: se evidencia una unidad sanitaria sin servicio continuo, Infringiendo presuntamente lo establecido en el Artículo 175 y 176 Ley 9 de 1979 el cual reza:

> ***ARTICULO 175.*** *Las instalaciones interiores de las edificaciones se deberán diseñar y construir de modo que preserva la calidad del agua y garantice su suministro sin ruido, en cantidad y presión suficientes en los puntos de consumo.*
> ***ARTICULO 176.*** *La dotación de agua para las edificaciones deberá calcularse con base en las necesidades a satisfacer y en los servicios a prestar y deberá garantizar el cumplimiento de requisitos sanitarios mínimos.*

Numeral 3.1.5. No cumple: Lavado y desinfección semestral de tanque de almacenamiento de agua: se evidencia falta el soporte de lavado y limpieza, Infringiendo presuntamente lo establecido en el artículo 10 del Decreto 1575 de 2007 el cual reza:

> *Artículo 10. Responsabilidad de los usuarios. Todo usuario es responsable de mantener en condiciones sanitarias adecuadas las instalaciones de distribución y almacenamiento de agua para consumo humano a nivel intradomiciliario, para lo cual, se tendrán en cuenta, además, los siguientes aspectos:*
>
> *1. Lavar y desinfectar sus tanques de almacenamiento y redes, como mínimo cada seis (6) meses.*

2. *Mantener en adecuadas condiciones de operación la acometida y las redes internas domiciliarias para preservar la calidad del agua suministrada y de esta manera, ayudar a evitar problemas de salud pública.*
3. *En edificios públicos y privados, conjuntos habitacionales, fábricas de alimentos, hospitales, hoteles, colegios, cárceles y demás edificaciones que conglomeren individuos, los responsables del mantenimiento y conservación locativa, deberán realizar el lavado y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua para consumo humano, como mínimo cada seis (6) meses. La autoridad sanitaria podrá realizar inspección cuando lo considere pertinente.*

Numeral 3.2.2. No cumple: Diseño y construcción de las instalaciones para evacuación de residuos líquidos: ***se evidencia algunas tuberías para desagüe sin rejillas***; Infringiendo presuntamente lo establecido en el artículo 177 de la Ley 9 de 1979 el cual reza:

ARTICULO 177. Los sistemas de desagüe se deberán diseñar y construir de manera que permitan un rápido escurrimiento de los residuos líquidos, eviten obstrucciones, impidan el paso de gases y animales, de la red pública al interior de las edificaciones, no permitan el vaciamiento, escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías, y, finalmente, eviten la polución del agua. Ningún desagüe tendrá conexión o interconexión con tanques y sistemas de agua potable

Numeral 3.3.1. No cumple: se evidencia diseño del plan no implementación completa, calificación inadecuada residuos en puntos ecológicos. **Numeral 3.3.2. No cumple:** Cuenta con área para almacenamiento de residuos. Se evidencia falta de orden aseo y limpieza en el área; Infringiendo presuntamente lo establecido en el artículo 198 de la Ley 9 de 1979 el cual reza:

ARTICULO 198. *Toda edificación estará dotada de un sistema de almacenamiento de basuras que impida el acceso y la proliferación de insectos, roedores y otras plagas.*

Numeral 3.3.2. No cumple: Área para el almacenamiento de residuos: área de almacenamiento se encuentra saturada de residuos.; Infringiendo presuntamente lo establecido en el artículo 198 de la Ley 9 de 1979 *ibidem* y el articulo 7.2.6 de la Resolución No. 1164 de 2002 los cuales rezan:

ARTICULO 198. Toda edificación estará dotada de un sistema de almacenamiento de basuras que impida el acceso y la proliferación de insectos, roedores y otras plagas.

Resolución No. 1164 de 2002 Art. 7.2.6. ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES Los lugares destinados al almacenamiento de residuos hospitalarios y similares quedarán aislados de salas de hospitalización, cirugía, laboratorios, toma de muestras, bancos de sangre, preparación de alimentos y en general lugares que requieran completa asepsia, minimizando de esta manera una posible contaminación cruzada con microorganismos patógenos. Para el almacenamiento interno de residuos hospitalarios debe contarse como mínimo con dos sitios de uso exclusivo; uno intermedio y otro central. Los intermedios se justifican cuando la institución o establecimiento presenta áreas grandes de servicios o estos se ubican en diferentes pisos de la edificación. Los generadores que produzcan menos de 65 kg/día pueden obviar el almacenamiento intermedio y llevar los residuos desde los puntos de generación directamente al almacenamiento central.

Numeral 3.3.3. No cumple: Recipientes de material rígido de fácil limpieza: no cumple en su totalidad con bolsas de acordes a color de canecas; Infringiendo presuntamente lo establecido en el artículo 199 de la Ley 9 de 1979 que indica:

ARTICULO 199. Los recipientes para almacenamiento de basuras serán de material impermeable, provistos de tapa y lo suficientemente livianos para manipularlos con facilidad.

Numeral 3.4.1. No cumple: Programa de manejo integral de plagas: se evidencia diseño, pero la implementación no se efectúa de manera adecuada.; Infringiendo presuntamente lo establecido en el artículo 201 y 593 de la Ley 9 de 1979 el(los) cual(es) rezan:

ARTICULO 201. El Ministerio de Salud o la entidad delegada reglamentará el control de roedores y otras plagas.

a) *ARTICULO 593. Las autoridades sanitarias competentes podrán:*
b) *Ordenar y efectuar las medidas de desinfección, desinsectación o desratización cuando lo estimen conveniente o necesario;*
c) *Ordenar la suspensión de trabajos y de servicios cuando impliquen peligro sanitario para los individuos y la comunidad;*
d) *Retener o poner en depósito objetos que constituyan riesgos sanitarios para las personas o la comunidad, y*
e) *Ordenar la desocupación o desalojo de establecimientos o viviendas cuando amenacen la salud de las personas.*

Numeral 3.4.2. No cumple: Presencia de plagas cucarachas; se evidencian cucarachas en piso de habitación 107; en área de lavandería heces de ratón, murciélago en pared. Infringiendo presuntamente lo establecido en el artículo 168 de la Ley 9 de 1979 el(los) cual(es) rezan:

ARTICULO 168. *Antes de comenzar la construcción de cualquier edificación se procederá al saneamiento del terreno escogido. En caso de presentarse infestación por roedores u otras plagas, se procederá a la exterminación de las mismas y a construir las defensas necesarias para garantizar la seguridad de la edificación contra este tipo de riesgos.*

CARGO CUARTO: CONDICIONES SANITARIAS: Tal y como quedo consignado en los numerales 4.1, y 4.2, del Acta de Inspección, vigilancia y Control Sanitario establecimientos de hogares de paso o de larga estancia calentada 5 de abril de 2024, según se expresa a continuación:

Numeral 4.1. No cumple: Plan de Gestión de riesgo de desastres: se evidencia falta certificado de bomberos; Infringiendo presuntamente lo establecido en el artículo 2.3.1.5.2.1 del Decreto 2157 del 2017 el(los) cual(es) rezan:

ARTÍCULO 2.3.1.5.2.1.1. Formulación del Plan de Gestión del Riesgo de Desastres de las Entidades Públicas y Privadas (PGRDEPP). El PGRDEPP desarrolla los procesos de la gestión del riesgo establecidos por la Ley 1523 de 2012 bajo los siguientes lineamientos, en articulación con lo pertinente a lo referido en los sistemas de gestión que maneje la entidad:

En el Proceso de Conocimiento del Riesgo. El proceso de conocimiento del riesgo provee la base temática para desarrollar los procesos de reducción del riesgo y de manejo del desastre. Su contenido relaciona tres aspectos:

1.1. Establecimiento del contexto*. Contempla como mínimo los siguientes elementos:*
1.1.1. Información general de la actividad*: Descripción de la actividad donde se debe incluir como mínimo los siguientes aspectos: nombre del establecimiento o razón social, ubicación, vías de acceso, actividad principal y complementaria, descripción de producción o servicio resaltando la actividad que pueda generar riesgo de desastre para la sociedad, listado general y la descripción, cantidad de procesos, de sustancias químicas, de maquinaria que pueden ser fuente de desastres, área total construida, área libre, disposición de edificaciones, número de pisos, año de licencia de construcción, tipo de espacios y número, espacios comunitarios y equipamiento para emergencias existente, horario de funcionamiento, población expuesta al interior de la instalación evaluada, entre otros. Adicionalmente, se podrá incluir otra información de la actividad que se considere pertinente para el plan de gestión el riesgo de la entidad.*
1.1.2. Contexto externo: *Hace referencia al ambiente exterior en el cual la organización busca alcanzar sus objetivos organizacionales de compromiso, de credibilidad y de confianza que se debe generar con su entorno y con la comunidad del área de influencia de probable afectación, alineados con la gestión de riesgos. Regularmente hace énfasis en requisitos legales, reglamentarios y la descripción del entorno de la actividad entre otros. Se debe tener en cuenta como mínimo:*
a) Elementos expuestos entorno de la actividad y la relacionada con el área de afectación probable (personas, medios de subsistencia, servicios ambientales y recursos económicos y sociales, bienes culturales e infraestructura), acorde a la información disponible por las entidades pertinentes.

b) Descripción del entorno del establecimiento/actividad en relación a sus condiciones biofísicas y de localización.
c) Identificación de instalaciones que puedan originar amenazas o producir efecto dominó mediante análisis cualitativo de acuerdo a la información disponible por las entidades pertinentes.
d) La información pertinente definida en los instrumentos de planificación del desarrollo y para la gestión existentes, tales como: Planes de Ordenación y Manejo de Cuencas Hidrográficas (Pomca), Planes de Ordenación y Manejo de Unidades Ambientales Costeras (Pomiuac), Planes de Ordenamiento Territorial (POT), Planes Municipales de Gestión del Riesgo (PMGRD), Estrategias Municipales de Respuesta (EMRE), Planes territoriales y sectoriales de cambio climático, entre otros de acuerdo con los requerimientos de la entidad.
***1.1.3. Contexto interno:** Corresponde al ambiente intrínseco en el cual las entidades públicas y privadas buscan alcanzar sus objetivos y se relaciona con la alineación de la gestión del riesgo en los procesos propios de la actividad, la cultura, estructura y estrategia de la entidad evaluada. Estos procesos deben estar alineados con los objetivos de la organización y el compromiso, la credibilidad y la confianza que se debe generar con los trabajadores, los clientes y la comunidad del área de influencia. Como mínimo debe incluir:*
a) Gobierno, estructura organizacional, funciones y responsabilidades.
b) Políticas, objetivos y estrategias diseñadas para la implementación del plan de gestión del riesgo.
c) Capacidades (Recursos disponibles, conocimiento).
d) Las relaciones con las partes involucradas internas y sus percepciones y valores.
e) La cultura de la organización.
f) Forma y extensión de las relaciones contractuales.
g) Normas, directrices y modelos adoptados por la organización.
h) Listado de las directivas de la entidad con datos y líneas relevantes y actuales de comunicación.
i) Descripción de las principales actividades, procesos, métodos operativos y zonas del establecimiento/actividad que estén expuestas a afectaciones/daños (proyecto, servicio, trabajadores, etc.).
***1.1.4. Contexto del proceso de gestión del riesgo:** Se orienta a definir aspectos de actuación en la toma de decisiones frente a la intervención del riesgo de desastres por parte de la entidad, actividad o empresa, para lo cual se debe tener en cuenta la identificación y definición de:*
a) Responsabilidades, roles y estructura.
b) Actividades de gestión del riesgo de desastres que se van a implementar.
c) Precisar el proyecto o el proceso en función del tiempo y la localización.
d) Las relaciones entre un proyecto o actividad particular y otros proyectos o actividades de la organización.
e) Definir las metodologías de valoración del riesgo.
f) Identificar los estudios necesarios para la elaboración del proyecto de intervención del riesgo.
***1.1.5. Criterios del riesgo:** herramienta para la toma de decisiones para tener en cuenta en la valoración inicial del riesgo, la cual como mínimo debe tener en cuenta:*
a) Cómo se va a definir la probabilidad.
b) Los marcos temporales de la probabilidad, consecuencias o ambas.
c) Cómo se va a determinar el nivel de riesgo.
d) Nivel en el cual el riesgo se torna aceptable o tolerable.
e) La definición de estas variables deberá ajustarse al tipo de riesgo que se está evaluando y podrá integrarse, en lo pertinente, con los sistemas de gestión implementados por las entidades públicas y privadas.
***1.2. Valoración del riesgo.** La valoración del riesgo incluye la identificación del riesgo, el análisis del riesgo y la evaluación del riesgo, concordante con el análisis y evaluación del riesgo en la Ley 1523 de 2012, para estimar daños y pérdidas potenciales, comparables con los criterios de seguridad ya establecidos, con el propósito de definir tipos de intervención mediante la reducción del riesgo o del manejo del desastre. La valoración del riesgo podrá realizarse teniendo en cuenta los contenidos mínimos que se describen a continuación:*
***1.2.1. Identificación del riesgo:** Corresponde a la caracterización del riesgo diferenciado en las entidades públicas y privadas tanto en el contexto interno como en el contexto externo; esta identificación debe ser exhaustiva con el fin de cubrir todas las posibilidades, por lo que es necesario desarrollar como mínimo:*
a) La determinación de la metodología para la identificación de riesgos deberá tener en cuenta las establecidas en los sistemas de gestión de la entidad en lo pertinente, la normatividad que territorialmente o sectorialmente aplique y se haya establecido parcial o totalmente en las reglamentaciones, términos de referencia, guías y demás documentos pertinentes, de acuerdo con el tipo de actividades de interés y la naturaleza de los escenarios de riesgo identificados. En los demás casos se podrá adoptar cualquiera de los métodos sugeridos en la NTCIEC/IS031010:2009 o las demás normas que la reglamenten o sustituyan; los cuales pueden incluir entre otros aspectos que sean necesarios en el contexto de los procesos y actividades

de cada entidad pública y privada, lo siguiente: la evidencia o datos históricos; la consulta a expertos y/o el razonamiento inductivo, en caso de que aplique.
b) Identificación de las causas y fuentes de riesgo, en donde se debe tener en cuenta la descripción, ubicación y frecuencia de ocurrencia, tanto para las actividades o procesos existentes como futuros, además la afectación que se pueda generar en la actualidad o a futuro en el área de influencia (entiéndase como área de influencia a la zona que podría ser afectada por consecuencia de efectos relacionados con la actividad desarrollada por la entidad pública y privada).
c) Caracterización de controles preventivos y correctivos, en donde se deben identificar los elementos que constituyen el riesgo:
c.1. Identificar sistemáticamente todas las amenazas, tanto internas como externas, que puedan afectar la entidad.
c.2. Listado de escenarios posibles y previsibles.
c.3. Áreas de afectación probables (impactos esperados acorde al tipo de evento amenazante).
c.4. Identificación de los elementos expuestos dentro del área de afectación probable.
c.5. Consecuencias potenciales o colaterales.
c.6. Experiencias y lecciones aprendidas (posterior a la emergencia). Como parte de lo anterior se podrán adoptar acciones en los tres procesos de gestión del riesgo de desastres.
c.7. Actores relacionados.
***1.2.2. Análisis del riesgo:** Consiste en la determinación de consecuencias y probabilidades del riesgo, permitiendo su reconocimiento y comprensión y el detalle de las amenazas, los elementos expuestos y el riesgo. El análisis del riesgo es un examen detallado para conocer sus características, cualidades o su estado y extraer conclusiones considerando las partes que lo constituyen; haciendo una diferenciación de la magnitud y gravedad de las consecuencias a nivel interno de las instalaciones de la actividad y del área de influencia de probable afectación.*
Para realizar el análisis del riesgo se pueden utilizar métodos cualitativos, cuantitativos o semicuantitativos, cuyo grado de detalle requerido dependerá de la aplicación particular, la disposición de datos confiables de las necesidades para la toma de decisión de la entidad (NTC-ISO 31000:2009). Para lo cual se deberá tener en cuenta los sistemas de gestión de la entidad, la normatividad que territorialmente o sectorialmente aplique y se haya establecido parcial o totalmente en las reglamentaciones, términos de referencia, guías y demás documentos pertinentes, de acuerdo con el tipo de actividades de interés y la naturaleza de los escenarios de riesgo identificados.
Los métodos elegidos deberán cumplir con las siguientes características: sistémico, repetible, exhaustivo y auditable.
Los puntos a desarrollar como mínimo en esta etapa son:
a) Definición de los métodos para estimar el nivel de consecuencias: efectos sociales, económicos y ambientales, deben incluirse los escenarios de mayores consecuencias y/o eventos extremos.
b) Definición del método para el análisis de la posibilidad y estimación de la probabilidad: La posibilidad se entiende como el panorama general de alternativas que pueden suceder frente a un proceso o evento determinado (NTC-ISO 31000:2009) y la probabilidad se refiere a la ocurrencia especifica de un proceso o evento determinado (NTC-ISO 31000:2009).
c) Factores que afectan las probabilidades y las consecuencias, incluidos los esquemas de control establecidos por la entidad en el marco de los sistemas de gestión.
d) Valoración de los controles existentes, en cuanto a la existencia, capacidad y funcionamiento o la comparación con criterios de seguridad establecidos por la entidad.
e) Análisis de consecuencias a través de: una descripción sencilla o un modelo cuantitativo detallado o un análisis de vulnerabilidad; según se defina para cada tipo de actividad de naturaleza, magnitud y complejidad similar. Deberá considerar la ocurrencia de eventos extremos.
***1.2.3. Evaluación del riesgo:** Permite determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad de que dicho riesgo se concrete y al nivel de severidad de las consecuencias de esa concreción (artículo 2.2.4.6.2. Decreto número 1072 de 2015 Único del Ministerio de Trabajo o las demás normas que la modifique, adicione, sustituya o derogue); mediante la estimación del valor de los daños y las pérdidas potenciales o nivel estimado del riesgo con los criterios de riesgo definidos y establecidos en el contexto los cuales pueden ser entre otros los criterios de riesgo usados por actividades de naturaleza, magnitud y complejidad similar o los establecidos por cada sector.*
La evaluación del riesgo considera:
a) La comparación de los niveles estimados del riesgo según el contexto de la actividad desarrollada por la entidad pública y/o privada evaluada con el fin de determinar la importancia del riesgo, el nivel del riesgo y el tipo de riesgo teniendo en cuenta los referentes internacionales o los determinados por las autoridades

competentes o los usados por actividades de naturaleza, magnitud y complejidad similar o los definidos por la entidad en sus sistemas de gestión.
b) Priorización del riesgo.
c) Elementos de entrada para la toma de decisiones: comprensión del riesgo (del análisis del riesgo), consideraciones éticas, legales, financieras, percepción del riesgo.
d) Identificación de medidas para el tratamiento del riesgo.
De esta forma la evaluación del riesgo está dirigida hacia la toma de decisiones, basado en el resultado de los análisis, para la priorización de los escenarios a través los cuales se desarrollarán los métodos y estrategias de tratamiento del riesgo, que pueden ser medidas de reducción del riesgo y de manejo del desastre.
1.3. Monitoreo del riesgo. *El monitoreo del riesgo permite conocer el comportamiento en el tiempo de los riesgos, sus amenazas y vulnerabilidades; las cuales pueden cambiar la valoración del riesgo y realimentar el proceso de conocimiento. Los procesos de monitoreo podrán estar alineados con aquellos dispuestos en los sistemas de gestión de la entidad y con los sistemas de alerta dispuestos por las entidades del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, de nivel nacional, regional o municipal. Este contempla como mínimo los siguientes aspectos:*
1.3.1. *Protocolos o procedimientos de cómo se llevará a cabo el monitoreo.*
a) Teniendo en cuenta el conocimiento y mapeo de amenazas que permiten establecer los niveles de acuerdo al fenómeno o evento.
b) Monitoreo y pronóstico de eventos inminentes.
1.3.2. *Protocolos o procedimientos de notificación previos a una situación de emergencia de acuerdo con los umbrales de los parámetros e indicadores identificados.*
a) Proceso y difusión de alertas comprensibles a las autoridades y población.
b) Adopción de medidas apropiadas y oportunas en respuesta a tales alertas.
1.3.3. *Selección de parámetros e indicadores objeto de monitoreo del riesgo.*
1.3.4. *Diseño e instalación de la instrumentación (Si se requieren).*
1.3.5. *Obtener información adicional para mejorar la valoración del riesgo.*
1.3.6. *Analizar y aprender lecciones a partir de eventos ocurridos.*
1.3.7. *Identificar riesgos futuros.*
Y Stes.

Numeral 4.2. No cumple: Señalización de las diferentes áreas no se evidencia señalización de habitaciones donde se almacenan objetos de fisioterapia; Infringiendo presuntamente lo establecido en el artículo 52 de la Resolución 14861 de 1985 el cual reza:

Artículo 52º- Señales de emergencia y alarma. La localización de señales de emergencia y alarma cumplirá, entre, otros, los siguientes requisitos: - Que estén diseñadas y localizadas de manera que sean visibles, audibles, entendibles fácilmente. - Las alarmas de emergencia audible, deberán producir un nivel de sonido que ex - ceda al nivel normal prevalente en al menos 15 decibeles (15db). El sonido de alarmas sonoras no deberá exceder los 120 decibeles (120db). - Las puertas de emergencia estarán debidamente señalizadas y no deberán tener dispositivo de cierre permanente. - Las alarmas luminosas deberán ser intermitentes en letras de color que contraste con el fondo.

CARGO QUINTO: GRUPO ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN AMBIENTAL Y SANITARIA Tal y como quedo consignado en los numerales 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6 del Acta de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario, establecimientos generadores de residuos – prestadores independientes, calentada 5 de abril de 2024, según se expresa a continuación:

NUMERAL 1.1. NO CUMPLE. El generador tiene formulado, implementado y actualizado un plan para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares-PGIRH: Se evidencia mal implementación. Infringiendo presuntamente el numeral 6.2 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002 y el artículo 2.8.10.6. del Decreto 780 de 2016 que dispone:

6.2. Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares – PGIRH. *Los generadores, prestadores del servicio de desactivación y prestadores del servicio especial de aseo de residuos hospitalarios y similares, diseñarán e implementarán el PGIRH de acuerdo con las actividades que desarrollen, teniendo como punto de partida su compromiso institucional de carácter sanitario y ambiental, el cual debe ser: real,*

claro, con propuestas de mejoramiento continuo de los procesos y orientado a la minimización de riesgos para la salud y el medio ambiente. El compromiso debe responder claramente a las preguntas qué, cómo, cuándo, dónde, por qué, para qué y con quién. El plan debe contener los aspectos contemplados en este manual.

La planeación se inicia con el diagnóstico del establecimiento generador, para identificar los aspectos que no presentan conformidad con la normatividad ambiental y sanitaria vigente y establecer de esta manera los ajustes y medidas correctivas
pertinentes.

El Plan para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares debe enfocarse a diseñar e implementar buenas prácticas de gestión orientadas a la prevención de los efectos perjudiciales para la salud y el ambiente por el inadecuado manejo de los residuos, al igual que al mejoramiento en la gestión.

La gestión debe orientarse a minimizar la generación de residuos, mediante la utilización de insumos y procedimientos con menos aportes a la corriente de residuos y una adecuada segregación para minimizar la cantidad de residuos peligrosos. Adicional con lo anterior se realizará el aprovechamiento cuando sea técnica, ambiental y sanitariamente viable.

Los generadores, prestadores del servicio de desactivación y los prestadores del servicio público especial de aseo, responderán por los efectos ocasionados en el manejo inadecuado de los residuos hospitalarios y similares en los términos
establecidos en la Ley 430 de 1998 y el Decreto 2676 de 2000 o las normas que los modifiquen o sustituyan.

El Plan para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares - PGIRH, se estructurará con base en dos componentes generales: componente gestión interna y componente gestión externa.

***ARTÍCULO 2.8.10.6. Obligaciones del generador.** Además de las disposiciones contempladas en las normas vigentes, en el marco de la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades, el generador tiene las siguientes obligaciones:*

1. *Formular, implementar, actualizar y tener a disposición de las autoridades ambientales, direcciones departamentales, distritales y municipales de salud e Invima en el marco de sus competencias, el plan de gestión integral para los residuos generados en la atención en salud y otras actividades reguladas en el presente TÍtulo, conforme a lo establecido en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades.*
2. *Capacitar al personal encargado de la gestión integral de los residuos generados, con el fin de prevenir o reducir el riesgo que estos residuos representan para la salud y el ambiente, así como brindar los elementos de protección personal necesarios para la manipulación de estos.*
3. *Dar cumplimiento a la normatividad de seguridad y salud del trabajador a que haya lugar.*
4. *Contar con un plan de contingencia actualizado para atender cualquier accidente o eventualidad que se presente y contar con personal capacitado y entrenado para su implementación.*
5. *Tomar y aplicar todas las medidas de carácter preventivo o de control previas al cese, cierre, clausura o desmantelamiento de su actividad con el fin de evitar cualquier episodio de contaminación que pueda representar un riesgo a la salud y al ambiente, relacionado con sus residuos peligrosos.*
6. *Los generadores que realicen atención en salud extramural, serán responsables por la gestión de los residuos peligrosos generados en dicha actividad y por lo tanto su gestión debe ser contemplada en el Plan de Gestión Integral de Residuos.*
7. *Dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 2.2.1.7.8.1 al 2.2.1.7.8.7.2 del Decreto Único 1079 de 2015, reglamentario del Sector Transporte, o la norma que la modifique o sustituya, cuando remita residuos peligrosos para ser transportados.*
8. *Suministrar al transportista de los residuos o desechos peligrosos las respectivas hojas de seguridad.*
9. *Responder por los residuos peligrosos que genere. La responsabilidad se extiende a sus afluentes, emisiones, productos y subproductos, equipos desmantelados y en desuso, elementos de protección personal utilizados en la manipulación de este tipo de residuos y por todos los efectos ocasionados a la salud y al ambiente.*
10. *Responder en forma integral por los efectos ocasionados a la salud y/o al ambiente, de un contenido químico o biológico no declarado al gestor y a las autoridades ambientales y sanitarias.*

11. *Entregar al transportador los residuos debidamente embalados, envasados y etiquetados de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.*
12. *Conservar los comprobantes de recolección que le entregue el transportador de residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso, hasta por un término de cinco (5) años.*
13. *Conservar las certificaciones de almacenamiento, aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final que emitan los respectivos gestores de residuos peligrosos hasta por un término de cinco (5) años.*

NUMERAL 1.2. NO CUMPLE. El generador tiene conformado el grupo de gestión ambiental y sanitario para garantizar la gestión interna de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades y formula un compromiso institucional: No se garantiza el proceso de la gestión ambiental. **NUMERAL 1.3. NO CUMPLE.** El Grupo conformado establece de manera clara las funciones de cada uno de los miembros, la coordinación, cuenta con un organigrama y cumple con las frecuencias de reunión establecidas en el marco normativo legal vigente. No se evidencia los procesos (planillas, soportes actualizados. **NUMERAL 1.4. NO CUMPLE.** El grupo tiene establecido un presupuesto para garantizar la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y de otras actividades: No se evidencia soporte**. NUMERAL 1.5. NQ CUMPLE.** El Grupo Conformado establece de manera clara un cronograma para las actividades de gestión interna. No se evidencia cronograma ni soportes. **NUMERAL 1.6. NO CUMPLE.** El generador realiza un diagnóstico ambiental y sanitario actualizado anualmente teniendo en cuenta las actividades y criterios. Infringiendo presuntamente el numeral 7.1,1 y 7.1.2 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002 que dispone:

7.1.1 Aspecto organizacional. *En las Instituciones Prestadoras de Salud, el grupo estará conformado por el director general, el director administrativo, el director financiero, un empleado que lidere el diseño y la correcta implementación del Plan (se recomienda un experto en el tema y especialista en gestión ambiental), el jefe de servicios generales o de mantenimiento, el coordinador de salud ocupacional y un representante del cuerpo médico. Los demás generadores deberán constituir el grupo mencionado con el representante legal o su similar y demás personas conforme a las condiciones específicas del establecimiento.*
El grupo administrativo será el gestor y coordinador del Plan para la Gestión Interna de Residuos Hospitalarios y Similares y podrá ser apoyado por la empresa prestadora del servicio público especial de aseo o de desactivación de residuos. Podrán hacer parte de este, las personas que el grupo considere necesarias.
Los Comités de Infecciones ya constituidos en las IPS podrán ser la base para conformar los grupos administrativos de gestión sanitaria y ambiental, adecuando su estructura a los requerimientos de este Manual.
El Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria se reunirá de forma ordinaria por lo menos una vez al mes, con el fin de evaluar la ejecución del Plan y tomar los ajustes pertinentes que permitan su cumplimiento. Las reuniones extraordinarias se realizarán cuando el grupo lo estime conveniente; de los temas tratados se dejará constancia mediante actas de reunión.

7.1.2 Aspectos Funcionales Corresponde al Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria cumplir las siguientes funciones: *Función 1 Realizar el diagnóstico situacional ambiental y sanitario El Grupo Administrativo realizará el diagnóstico situacional ambiental y sanitario del generador en relación con el manejo de los residuos hospitalarios y similares, efectuando la gestión para que se realicen las mediciones y caracterizaciones necesarias y confrontando los resultados con la normatividad ambiental y sanitaria vigente. La elaboración del diagnóstico parte de efectuar la caracterización cualitativa y cuantitativa de los residuos generados en las diferentes secciones de la institución, clasificándolos conforme a lo dispuesto en el Decreto 2676 de 2000 y en este Manual. El diagnóstico incluirá la evaluación de los vertimientos líquidos al alcantarillado municipal, la evaluación de emisiones atmosféricas, las tecnologías implicadas en la gestión de residuos, al igual que su capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia. Función 2 Formular el compromiso institucional sanitario y ambiental El compromiso de carácter sanitario y ambiental debe ser claro, realista y verdadero, con propuestas de mejoramiento continuo de los procesos, orientado a la minimización de riesgos para la salud y el medio ambiente. El compromiso debe ser divulgado ampliamente y responder a las preguntas qué, cómo, cuándo, dónde, por qué, para qué y con quién. Función 3 Diseñar el PGIRH - componente interno El Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares - componente interno debe contener los programas, proyectos y actividades, con su correspondiente presupuesto y cronograma de ejecución, para la adecuada gestión interna de los residuos hospitalarios, de conformidad con los lineamientos que se establecen en el presente capítulo. Función 4 Diseñar la estructura funcional (organigrama) y asignar responsabilidades específicas. Corresponde al Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria,*

establecer la estructura organizativa (organigrama) de las áreas funcionales y personas involucradas en el desarrollo del PGIRH - componente interno, asignando funciones y responsabilidades específicas, para garantizar su ejecución. Función 5 Definir y establecer mecanismos de coordinación Le corresponde al Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria, como coordinador y gestor del Plan de Gestión Integral PGIRH - componente interno, definir y establecer los mecanismos de coordinación a nivel interno (con las diferentes áreas funcionales) y externo (con las entidades de control sanitario y ambiental, los prestadores de servicios, proveedores, etc.) para garantizar la ejecución del Plan. Función 6 Gestionar el presupuesto para la ejecución del Plan Durante el diseño del Plan de Gestión Integral PGIRH - componente interno el grupo administrativo identificará las inversiones y fuentes de financiación, gestionando los recursos necesarios para su ejecución, haciendo parte del mismo el correspondiente presupuesto de gastos e inversiones. Función 7 Velar por la ejecución del PGIRH El Grupo de Gestión Ambiental y Sanitaria, observará atentamente que se ejecuten todas y cada una de las actividades contempladas en el PGIRH - componente interno, estableciendo instrumentos de seguimiento y control tales como auditorías internas, listas de chequeo, etc. y realizando los ajustes que sean necesarios. Función 8 Elaborar informes y reportes a las autoridades de vigilancia y control El Grupo preparará los informes y reportes requeridos en este manual y aquellos que las autoridades ambientales y sanitarias consideren pertinentes de acuerdo con sus competencias, la periodicidad de los reportes deberá ser concertada con la autoridad competente y debe hacer parte del cronograma de Implementación del plan de gestión integral de residuos hospitalarios.

CARGO SEXTO: PROGRAMA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN. Tal y como quedo consignado en los numerales 2.1, 2.2. del Acta de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario, establecimientos generadores de residuos – prestadores independientes, calentada 5 de abril de 2024, según se expresa a continuación:

NUMERAL 2.1. NO CUMPLE. El generador cuenta con un programa de formación y educación con los temas de formación general y específica para el personal operativo, asistencial, usuarios y visitantes de acuerdo a los lineamientos establecidos en el marco normativo legal vigente: No se evidencia soportes.
NUMERAL 2.2. NO CUMPLE. El generador cuenta con soportes que evidencie la aplicación y evaluación el programa de formación y educación No se evidencia soportes Infringiendo presuntamente el numeral 7.2.2 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002 y el artículo 2.8.10.6. Decreto 780 de 2016 que disponen:

7.2.2. PROGRAMA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN. Uno de los factores determinantes en el éxito del PGIRH – componente interno lo constituye el factor humano, cuya disciplina, dedicación y eficiencia son el producto de una adecuada preparación, instrucción y supervisión por parte del personal responsable del diseño y ejecución del Plan.
La capacitación la realiza el generador de residuos hospitalarios y similares a todo el personal que labora en la institución, con el fin de dar a conocer los aspectos relacionados con el manejo integral de los residuos; en especial los procedimientos específicos, funciones, responsabilidades, mecanismos de coordinación entre las diferentes áreas funcionales, trámites internos, así como las directrices establecidas en el "Manual de Conductas Básicas en Bioseguridad, Manejo Integral", del Ministerio de Salud.
El programa de formación y educación contemplará las estrategias y metodologías de capacitación necesarias para el éxito del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios: formación teórica y práctica, temas generales y específicos, capacitación en diferentes niveles, capacitación por módulos, sistemas de evaluación, etc.
A continuación, se relacionan los temas mínimos que se deben contemplar en desarrollo de este programa:
Temas de formación general:
– Legislación ambiental y sanitaria vigente
– Plan de Gestión Integral elaborado por el generador, con la divulgación de los diferentes programas y actividades que lo integran.
– Riesgos ambientales y sanitarios por el inadecuado manejo de los residuos hospitalarios y similares
– Seguridad industrial y salud ocupacional.
– Conocimiento del organigrama y responsabilidades asignadas.
Temas de formación específica
Dirigidos al personal directamente involucrado con la gestión interna de residuos hospitalarios y similares:
– Aspectos de formación general relacionados anteriormente.
– Manual de Conductas Básicas de Bioseguridad, Manejo Integral, expedido por el Ministerio de Salud o guía que lo modifique o sustituya.
– Técnicas apropiadas para las labores de limpieza y desinfección.

– Talleres de segregación de residuos, movimiento interno, almacenamiento, simulacros de aplicación del Plan de Contingencia, etc.
– Desactivación de residuos: procedimientos utilizados, formulación y aplicación de soluciones desactivadoras, materiales utilizados y su debida manipulación.
El programa específico de capacitación será establecido en el PGIRH – Componente Interno y en su cronograma de actividades. Se dispondrá de un archivo para todo lo correspondiente al programa de capacitación.

CARGO SÉPTIMO: MONITOREO AL PGIRH. Tal y como quedo consignado en los numerales **3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6,** del Acta de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario, establecimientos generadores de residuos – prestadores independientes, calentada 5 de abril de 2024, según se expresa a continuación:

NUMERAL 3.1. NO CUMPLE. El generador presenta los informes con la frecuencia establecida en el marco normativo legal vigente (revisar fecha y radicado del último informe ante la secretaria de salud): No se presenta. **NUMERAL 3.2. NO CUMPLE.** El generador cuenta con el formato RH1 y lo diligencia correctamente: No se evidencia diligenciamiento. **NUMERAL 3.3. NO CUMPLE.** Calcula y analiza los indicadores de destinación, capacitación, beneficios, accidentalidad: No cuenta con los indicadores. **NUMERAL 3.4. NO CUMPLE.** El generador realiza auditorías internas a la gestión de los residuos generados, se realizan acciones y planes de mejoramiento. No se evidencia soporte. **NUMERAL 3.5. NO CUMPLE.** El generador realiza interventorías a las empresas que realizan la recolección externa y tratamiento de los residuos generados en el establecimiento de acuerdo a lo establecido en el marco normativo: No se evidencia acciones realizadas. **NUMERAL 3.6. NO CUMPLE.** El generador cuenta con unas listas de chequeo que permita evaluar la gestión interna de los residuos mediante las auditorías internas y las interventorías al gestor contratado: No se cuenta con la lista de chequeo. Infringiendo presuntamente el numeral 7.2.10 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002 que dispone:

7.2.10. MONITOREO AL PGIRH – COMPONENTE INTERNO
Con el fin de garantizar el cumplimiento del PGIRH, se establecerán mecanismos y procedimientos que permitan evaluar el estado de ejecución del Plan y realizar los ajustes pertinentes. Entre los instrumentos que permiten esta función se encuentran los indicadores y las auditorías e interventorías de gestión.
Para el manejo de indicadores, han de desarrollarse registros de generación de residuos y reportes de salud ocupacional.
El formulario RH1, el cual se presenta en el ANEXO 3, debe ser diligenciado oportunamente por el generador; este registro permitirá establecer y actualizar los indicadores de gestión interna de residuos.
FORMULARIO RH1
Diariamente el generador debe consignar en el formulario RH1 el tipo y cantidad de residuos, en peso y unidades, que entrega al prestador del servicio especial de aseo, para tratamiento y/o disposición final o someterlos a desactivación para su posterior disposición en relleno sanitario, especificando tipo de desactivación, sistema de tratamiento y/o disposición final que se dará a los residuos. El generador, en la gestión externa de sus residuos, verificará el cumplimiento de las condiciones en que se presta el servicio de recolección, reportando las observaciones pertinentes en el formulario a fin de mejorar las condiciones de recolección para la gestión externa.
Por su parte el prestador del servicio especial de aseo, verificará que la cantidad de residuos entregada por el generador sea la declarada, y que las condiciones en las cuales el generador entrega sus residuos cumplan con los lineamientos establecidos en este manual.
Estos formularios deben estar a disposición de las autoridades, ser diligenciados diariamente, con el fin de efectuar un consolidado mensual, el cual debe ser presentado semestralmente a la autoridad ambiental competente.
FORMULARIO RHPS
Las empresas que presten el servicio de tratamiento o el generador, cuando este sea quien realiza la actividad, deben llenar diariamente el formulario RHPS (ver anexo 4) consignando allí la cantidad de residuos tratados por institución, en peso y unidades, para su posterior disposición en el relleno sanitario de seguridad.
Este formulario se diligenciará diariamente, realizando el consolidado mensual el cual será presentando semestralmente a la autoridad ambiental y sanitaria competentes.
Calcular y Analizar Indicadores de Gestión Interna

Con el fin de establecer los resultados obtenidos en la labor de gestión interna de residuos hospitalarios y similares, el generador debe calcular mensualmente, como mínimo los siguientes indicadores y consignarlos en el formulario RH1.

Indicadores de destinación: Es el cálculo de la cantidad de residuos sometidos a desactivación de alta eficiencia, incineración, reciclaje, disposición en rellenos sanitarios, u otros sistemas de tratamiento dividido entre la cantidad total de residuos que fueron generados. El generador debe calcular los siguientes índices expresados como porcentajes y reportarlos en el formulario RH1:

– Indicadores de destinación para desactivación de alta eficiencia

*Idd = Rd / RT *100*

– Indicadores de destinación para reciclaje:

*IDR = RR / RT *100*

– Indicadores de destinación para incineración:

*IDI = RI / RT * 100*

– Indicadores de destinación para rellenos sanitarios:

*IDRS = RRS / RT * 100*

– Indicadores de destinación para otro sistema:

*IDos = ROS / RT * 100*

Donde:

Idd = Indicadores de destinación desactivación Kg/ mes.

IDR = Indicadores de destinación para reciclaje.

RR = Cantidad de residuos reciclados en Kg. / mes.

IDI = Indicadores de destinación para Incineración.

RI = Cantidad de residuos incinerados en Kg. / mes.

IDRS = Indicadores de destinación para relleno sanitario.

RRS = Cantidad de residuos dispuestos en relleno Sanitario en Kg. / mes.

IDos = Indicadores de destinación para otros sistemas de disposición final aceptada por la legislación

RT = Cantidad total de Residuos producidos por el Hospital o establecimiento en Kg. /mes.

Rd = Cantidad de residuos sometidos a desactivación en Kg/ mes.

Ros = Cantidad de residuos sometidos a desactivación de alta eficiencia, incineración, otros sistemas de tratamiento, reciclaje y enviados a rellenos sanitarios

Indicador de capacitación: Se establecerán indicadores para efectuar seguimiento al Plan de Capacitación: Número de jornadas de capacitación, número de personas entrenadas, etc.

Indicador de beneficios: Se cuantifican los beneficios obtenidos económicamente por el aprovechamiento y gestión integral de residuos, tales como ingresos por reciclaje,

reducción de costos por tratamiento al minimizar la cantidad de residuos peligrosos por una correcta segregación, etc.

Indicadores Estadísticos de Accidentalidad: Estos indicadores se calculan tanto para accidentalidad e incapacidades en general, como para las relacionadas exclusivamente con la gestión de residuos hospitalarios y similares. Son los siguientes:

– Indicador de Frecuencia: Se calcula como el número total de accidentes por cada 100 trabajadores día totales, así como los relacionados exclusivamente con la gestión de los residuos hospitalarios y similares. Este índice lo deben calcular los generadores y los prestadores de servicios.

IF = Número Total de Accidentes mes por residuos hospitalarios x 2000 / Número total horas trabajadas mes.

– Indicador de gravedad: Es el número de días de incapacidad mes por cada 100 trabajadores día totales.

IG = Número total días de incapacidad mes x 2400 / Número total de horas hombre trabajadas mes

Nota: Los 2400 que corresponde a 50 semanas por 8 horas por 6 días a la semana.

– Indicadores de Incidencia: Es el número de accidentes en total, así mismo para los relacionados exclusivamente con la manipulación de los residuos hospitalarios y similares, por cada 100 trabajadores o personas expuestas.

II = Número o de accidentes mes x 100 / Número de personas expuestas

– Indicador de infección Nosocomial: Aplicable a las IPS, es el número de infecciones adquiridas durante la hospitalización, por cada 100 egresos.

Se considera infección nosocomial, aquella que adquiere el paciente durante su hospitalización, la cual no padecía previamente ni la estaba incubando al momento de la admisión.

La infección es nosocomial, si los signos, síntomas y cultivos son positivos después de 48-72 horas de la admisión. Cuando el periodo de incubación es desconocido, se considera infección nosocomial, si la infección se desarrolla en cualquier momento después de la admisión. Este índice se calcula solo para IPS de segundo, tercero y cuarto nivel.

IN = Número de casos de infección nosocomial mes x 100 / Número de egresos totales mes.

– Indicador de Coincidencia: Es el número de pacientes que presentan infección nosocomial, sumado al número de trabajadores incapacitados por cualquier tipo de infección relacionada en ambos casos, con los gérmenes identificados en las revisiones de laboratorio en centros de almacenamiento y rutas de movimiento interno de residuos hospitalarios y similares, por cada 100 personas expuestas.
Este indicador se calcula sólo para IPS de tercer nivel.
IC= (Número de INARH + No TIARH) mes x 100 / Número total de personas expuestas
Donde: INARH: Número de pacientes con infección nosocomial asociada a gérmenes
de Residuos en IPS TIARH: Trabajadores infectados asociados a gérmenes de Residuos en IPS Y SIMILARES.
El número de personas expuestas hace referencia al total de trabajadores y de pacientes hospitalizados
Realizar auditorías e interventorías ambientales y sanitarias
Es un proceso que tiene como objeto la revisión de cada uno de los procedimientos y actividades adoptados en el PGIRH con el fin de verificar resultados y establecer las medidas correctivas a que haya lugar.
Las interventorías las realiza el generador a los servicios contratados; las auditorías serán internas tanto para el generador como para el prestador de servicios y tienen como fin, determinar el cumplimiento de funciones, normas, protocolos de bioseguridad, programas, etc., en desarrollo del PGIRH.
Presentación de informes a las autoridades ambientales y sanitarias
De la gestión interna se presentarán informes a las autoridades ambientales y sanitarias, con sus correspondientes indicadores de gestión, de acuerdo con los contenidos de este documento.
Estos informes los deben presentar las IPS de tercer nivel cada seis meses, las IPS de segundo y primer nivel cada 12 meses, ante las autoridades sanitaria y ambiental competentes, firmado por el representante legal, director o gerente.
De igual forma los demás generadores de residuos hospitalarios y similares, presentarán su informe anualmente, ante las mismas autoridades.
Los informes se constituyen en uno de los instrumentos para el control y vigilancia de la implementación del PGIRH. Su alcance y contenido será definido por las autoridades ambientales y sanitarias competentes de acuerdo con el contenido en este manual y demás normas vigentes.

CARGO OCTAVO: CONDICIONES DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DEL RIESGO. Tal y como quedó consignado en los numerales **4.1, 4.2,** del Acta de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario, establecimientos generadores de residuos – prestadores independientes, calentada 5 de abril de 2024, según se expresa a continuación:

NUMERAL 4.1. NO CUMPLE. El generador entrega y repone los elementos de protección personal para garantizar la gestión interna de los residuos generados en la atención en salud. Se evidencia sin soporte. **NUMERAL 4.2. NO CUMPLE.** El personal que manipula los residuos mantiene en completo estado de asepsia y limpieza el equipo de protección personal. Se evidencia sin elementos de protección personal. Infringiendo presuntamente el numeral 7.2.9 y 7.2.9.1 MPGIRH de la Resolución 1164 de 2002, y el artículo 2.8.10.6. Decreto 780 de 2016, que disponen:

7.2.9. PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL Y PLAN DE CONTINGENCIA
Dotar al Personal que Maneje los Residuos con Equipo de Protección
El equipo de protección personal necesario para llevar a cabo el manejo de los residuos hospitalarios y similares, por los generadores, desactivadores y prestadores del servicio público especial de aseo, debe estar de acuerdo al manual de bioseguridad expedido por el Ministerio de Salud, sin perjuicio de las demás normas que al respecto emita la autoridad competente.
7.2.9.1. PROTECCIÓN A LA SALUD DE LOS TRABAJADORES QUE MANEJAN RESIDUOS HOSPITALARIOS
Las medidas de higiene y seguridad permitirán proteger la salud del trabajador y prevenir riesgos que atenten contra su integridad.
Estas medidas contemplan aspectos de capacitación en procedimientos de bioseguridad y el trabajo, higiene personal y protección personal, entre otras y son complementarias a las condiciones del ambiente de trabajo, tales como iluminación, ventilación, ergonomía, etc.
Especial importancia reviste el cumplimiento de lo establecido en el documento "Conductas Básicas de Bioseguridad, Manejo Integral" expedido por el Ministerio de Salud.

Todo empleador que tenga a su cargo trabajadores que participen en la manipulación de residuos hospitalarios debe cumplir con lo estipulado en la normatividad vigente sobre programas de salud ocupacional.
El personal involucrado en el manejo de residuos hospitalarios tendrá en cuenta las siguiente s medidas de seguridad:
– Conocer sus funciones específicas, la naturaleza y responsabilidades de su trabajo y el riesgo al que está expuesto.
– Someterse a un chequeo médico general y aplicarse el esquema completo de vacunación.
– Encontrarse en perfecto estado de salud, no presentar heridas.
– Desarrollar su trabajo con el equipo de protección personal.
– Utilizar el equipo de protección adecuado de conformidad con los lineamientos del presente manual y los que determine el Grupo Administrativo para prevenir todo riesgo.
– Abstenerse de ingerir alimentos o fumar mientras desarrolla sus labores
– Disponer de los elementos de primeros auxilios
– Mantener en completo estado de asepsia el equipo de protección personal.
La entidad generadora suministrará guardarropas, unidad sanitaria, sitios y estanterías exclusivas para el almacenamiento de los elementos de protección personal, los cuales deben mantenerse en óptimas condiciones de aseo.
Las personas que manipulen los residuos hospitalarios y similares deben cambiar diariamente su ropa de trabajo y ducharse utilizando jabones desinfectantes.
En caso de accidentes de trabajo por lesión con agujas u otro elemento cortopunzante, o por contacto de partes sensibles del cuerpo humano con residuos contaminados, es necesario actuar de acuerdo a las siguientes medidas:
• Lavado de la herida con abundante agua y jabón bactericida, permitiendo que sangre libremente, cuando la contaminación es en piel. Si la contaminación se presenta en los ojos se deben irrigar estos con abundante solución salina estéril o agua limpia. Si esta se presenta en la boca, se deben realizar enjuagues repetidos con abundante agua limpia.
• Se debe elaborar el Reporte de Accidente de Trabajo con destino a la Aseguradora de Riesgos Profesionales.
• Realizar la evaluación médica del accidentado y envío de exámenes (pruebas serológicas), antígenos de superficie para hepatitis B (AgHBs), anticuerpos de superficie para hepatitis B (AntiHBs), anticuerpos para VIH (Anti VIH) y serología para sífilis (VDRL o FTAAbs). De acuerdo con los resultados de laboratorio obtenidos se debe realizar seguimiento clínico y serológico al trabajador accidentado a las 6, 12 y 24 semanas.

ARTÍCULO 2.8.10.6. Obligaciones del generador. *Además de las disposiciones contempladas en las normas vigentes, en el marco de la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades, el generador tiene las siguientes obligaciones:*
1. Formular, implementar, actualizar y tener a disposición de las autoridades ambientales, direcciones departamentales, distritales y municipales de salud e Invima en el marco de sus competencias, el plan de gestión integral para los residuos generados en la atención en salud y otras actividades reguladas en el presente Título, conforme a lo establecido en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades.
2. Capacitar al personal encargado de la gestión integral de los residuos generados, con el fin de prevenir o reducir el riesgo que estos residuos representan para la salud y el ambiente, así como brindar los elementos de protección personal necesarios para la manipulación de estos.
3. Dar cumplimiento a la normatividad de seguridad y salud del trabajador a que haya lugar.
4. Contar con un plan de contingencia actualizado para atender cualquier accidente o eventualidad que se presente y contar con personal capacitado y entrenado para su implementación.
5. Tomar y aplicar todas las medidas de carácter preventivo o de control previas al cese, cierre, clausura o desmantelamiento de su actividad con el fin de evitar cualquier episodio de contaminación que pueda representar un riesgo a la salud y al ambiente, relacionado con sus residuos peligrosos.
6. Los generadores que realicen atención en salud extramural, serán responsables por la gestión de los residuos peligrosos generados en dicha actividad y por lo tanto su gestión debe ser contemplada en el Plan de Gestión Integral de Residuos.
7. Dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 2.2.1.7.8.1 al 2.2.1.7.8.7.2 del Decreto Único 1079 de 2015, reglamentario del Sector Transporte, o la norma que la modifique o sustituya, cuando remita residuos peligrosos para ser transportados.
8. Suministrar al transportista de los residuos o desechos peligrosos las respectivas hojas de seguridad.

9. Responder por los residuos peligrosos que genere. La responsabilidad se extiende a sus afluentes, emisiones, productos y subproductos, equipos desmantelados y en desuso, elementos de protección personal utilizados en la manipulación de este tipo de residuos y por todos los efectos ocasionados a la salud y al ambiente.

10. Responder en forma integral por los efectos ocasionados a la salud y/o al ambiente, de un contenido químico o biológico no declarado al gestor y a las autoridades ambientales y sanitarias.

11. Entregar al transportador los residuos debidamente embalados, envasados y etiquetados de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.

12. Conservar los comprobantes de recolección que le entregue el transportador de residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso, hasta por un término de cinco (5) años.

13. Conservar las certificaciones de almacenamiento, aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final que emitan los respectivos gestores de residuos peligrosos hasta por un término de cinco (5) años.

CARGO NOVENO: SEGREGACIÓN DE RESIDUOS. Tal y como quedó consignado en el numeral **5.3,** del Acta de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario, establecimientos generadores de residuos – prestadores independientes, calentada 5 de abril de 2024, según se expresa a continuación:

NUMERAL 5.3. NO CUMPLE. Los recipientes retornables cuentan con su respectivo empaque (bolsas desechables) cumpliendo estas con las condiciones de rotulado y especificaciones técnicas establecidas en el marco normativo. No se evidencia dotación en canecas (bolsas rojas). Infringiendo presuntamente el numeral 7.2.3 MPGIRH la Resolución 1164 de 2002 cuando dispone:

7.2.3. SEGREGACION EN LA FUENTE

La segregación en la fuente es la base fundamental de la adecuada gestión de residuos y consiste en la separación selectiva inicial de los residuos procedentes de cada una de las fuentes determinadas, dándose inicio a una cadena de actividades y procesos cuya eficacia depende de la adecuada clasificación inicial de los residuos.

Para la correcta segregación de los residuos se ubicarán los recipientes en cada una de las áreas y servicios de la institución, en las cantidades necesarias de acuerdo con el tipo y cantidad de residuos generados. Los recipientes utilizados deben cumplir con las especificaciones de este Manual.

Servicios de atención y unidades de apoyo

...

En servicios de consulta externa donde no se generan residuos infecciosos como terapias de lenguaje y física, fisioterapia, psiquiatría, psicología, promoción y prevención, nutrición, medicina deportiva, así mismo para algunas hospitalizaciones asociadas con ellas; se utilizan recipientes para residuos no peligrosos.

Los residuos de amalgamas y cortopunzantes se disponen en recipientes especiales como se precisará en este capítulo.

Servicios de alimentación

Los residuos generados en los servicios de alimentación son en general no peligrosos y biodegradables, compuestos por desperdicios de alimentos como cortezas, semillas, hojas, etc. producto de la elaboración de alimentos, restos de alimentos preparados y no consumidos; por tanto, deben ser tratados como tal. Los residuos de alimentos procedentes de salas de hospitalización con pacientes aislados, se consideran contaminados y serán tratados como infecciosos o de riesgo biológico.

Áreas administrativas

Los residuos generados en oficinas, auditorios, salas de espera, pasillos y similares son considerados residuos no peligrosos comunes y en algunos casos reciclables, por tanto, pueden ser tratados como tales.

Áreas externas (Jardines)

Básicamente allí se generan residuos biodegradables como: hojas y flores de árboles, residuos de corte de césped, poda de árboles, barrido de zonas comunes, entre otros.

Se pueden someter a compostaje para obtener un material útil para la adecuación de suelos, el cual puede utilizarse en el mismo jardín.

Servicio farmacéutico

Los residuos de fármacos parcialmente consumidos, vencidos y/o deteriorados, incluyendo sus empaques y presentaciones, deben tener un manejo adecuado y responsable, de conformidad con el Decreto 2676/2000 y los procedimientos establecidos en este Manual.

Respecto a los empaques y envases que no hayan estado en contacto directo con los residuos de fármacos, podrán ser reciclados previa inutilización de los mismos, con el fin de garantizar que estos residuos no lleguen al mercado ilegal.

Estos residuos deben ser tratados según lo plasmado en el apéndice del presente manual.
Otros residuos de tipo químico
Es preferible manejarlos en sus propios envases, empaques y recipientes, atendiendo las instrucciones dadas en sus etiquetas y fichas de seguridad, las cuales serán suministradas por los proveedores, cuidando de no mezclarlos cuando sean incompatibles o causen reacción entre sí. Se debe consultar normas de seguridad industrial y salud ocupacional en estos casos.
Los residuos Radiactivos
Los residuos radiactivos deben clasificarse y segregarse en el mismo lugar de generación e inmediatamente se producen, para facilitar el siguiente acondicionamiento. Deben segregarse tanto los sólidos como los líquidos, de forma diferenciada y en recipientes diferentes de los residuos comunes.
Los recipientes para la segregación, colección y almacenamiento de los residuos radiactivos deberí ser adecuados a las características físicas, químicas, biológicas y radiológicas de los productos que contendrán, y deben mantener su integridad para evitar el escape de sustancias radiactivas. La contaminación superficial externa de esos recipientes debe ser inferior a 4 Bq/cm2 para emisores gamma y beta y a 0.4 Bq/cm2 para emisores alfa, medidos en una superficie de 300 cm2.
Los residuos radiactivos sólidos compactables/combustibles deben ser recogidos en bolsas plásticas reforzadas y transparentes que permitan observar el contenido. Para su almacenamiento se recomienda la introducción de las bolsas en tanques plásticos. Los no compactables (vidrio, agujas, metal) se deben recolectar en envases o recipientes rígidos con cierre.
Se recomienda utilizar en la recolección de los residuos radiactivos sólidos cestos accionados por pedales y con bolsa plástica en su interior, en las áreas de trabajo.
Los residuos radiactivos líquidos se deben recoger en envases plásticos de boca ancha, con buen cierre y se debe medir y registrar el pH de las soluciones, el cual podrá oscilar en el rango de 7.0 a 8.0. Los residuos líquidos orgánicos que pueden atacar los envases plásticos, se deben conservar en recipientes de vidrio, los cuales serán colocados dentro de un recipiente metálico capaz de contener el volumen de los residuos en caso de rotura del vidrio. Los residuos radiactivos con riesgos biológicos tales como animales de experimentación u órganos aislados deberán conservarse en bolsas de nylon en congelación o en soluciones adecuadas.
Adicionalmente se deben cumplir las normas específicas expedidas por la Autoridad Reguladora del manejo respecto a la gestión integral del material radiactivo en el país.
Utilizar Recipientes Separados E IDENTIFICADOS, Acordes con el Código de Colores Estandarizado.
En todas las áreas del establecimiento generador se instalarán recipientes para el depósito inicial de residuos. Algunos recipientes son desechables y otros reutilizables, todos deben estar perfectamente identificados y marcados, del color correspondiente a la clase de residuos que se va a depositar en ellos.
Se ha evidenciado la necesidad de adoptar un código único de colores que permita unificar la segregación y presentación de las diferentes clases de residuos, para facilitar su adecuada gestión.
Es así como en este Manual se adopta una gama básica de cuatro colores, para identificar los recipientes como se establece más adelante. No obstante, lo anterior, quienes adicional a los colores básicos utilicen una gama más amplia complementaria lo pueden hacer.
El Código de colores debe implementarse tanto para los recipientes rígidos reutilizables como para las bolsas y recipientes desechables.
A excepción de los recipientes para residuos biodegradables y ordinarios, los demás recipientes tanto retornables como las bolsas deberán ser rotulados como se indica más adelante en este manual.
En el siguiente cuadro se clasifican los residuos y se determina el color de la bolsa y recipientes, con sus respectivos rótulos.
Cuadro 2. Clasificación de los residuos, color de recipientes y rótulos respectivos CLASE RESIDUO CONTENIDO BASICO COLOR ETIQUETA
Características de los recipientes reutilizables
Los recipientes utilizados para el almacenamiento de residuos hospitalarios y similares, deben tener como mínimo las siguientes características:
• Livianos, de tamaño que permita almacenar entre recolecciones. La forma ideal puede ser de tronco cilíndrico, resistente a los golpes, sin aristas internas, provisto de asas que faciliten el manejo durante la recolección.
• Construidos en material rígido impermeable, de fácil limpieza y resistentes a la corrosión como el plástico
• Dotados de tapa con buen ajuste, bordes redondeados y boca ancha para facilitar su vaciado.
• 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.
• Capacidad de acuerdo con lo que establezca el PGIRH de cada generador.

• Ceñido al Código de colores estandarizado. Iniciando la gestión y por un término no mayor a un (1) un año, el generador podrá utilizar recipientes de cualquier color, siempre y cuando la bolsa de color estandarizado cubra la mitad del exterior del recipiente y s e encuentre perfectamente señalado junto al recipiente el tipo de residuos que allí se maneja.

• Los recipientes deben ir rotulados con el nombre del departamento, área o servicio al que pertenecen, el residuo que contienen y los símbolos internacionales. No obstante, los generadores que en su primer año se encuentren utilizando recipientes de colores no estandarizados, podrán obviar el símbolo internacional.

Los residuos anatomopatológicos, de animales, biosanitarios y cortopunzantes serán empacados en bolsas rojas desechables y/o de material que permita su desactivación o tratamiento, asegurando que en su constitución no contenga PVC u otro material que posea átomos de cloro en su estructura química.

Los recipientes reutilizables y contenedores de bolsas desechables deben ser lavados por el generador con una frecuencia igual a la de recolección, desinfectados y secados según recomendaciones del Grupo Administrativo, permitiendo su uso en condiciones sanitarias.

Los recipientes para residuos infecciosos deben ser del tipo tapa y pedal.

Características de las bolsas desechables

• La resistencia de las bolsas debe soportar la tensión ejercida por los residuos contenidos y por su manipulación.

– El material plástico de las bolsas para residuos infecciosos, debe ser polietileno de alta densidad, o el material que se determine necesario para la desactivación o el tratamiento de estos residuos.

– El peso individual de la bolsa con los residuos no debe exceder los 8 kg.

– La resistencia de cada una de las bolsas no debe ser inferior a 20 kg.

– Los colores de bolsas seguirán el código establecido, serán de alta densidad y calibre mínimo de 1.4 para bolsas pequeñas y de 1.6 milésimas de pulgada para bolsas grandes, suficiente para evitar el derrame durante el almacenamiento en el lugar de generación, recolección, movimiento interno, almacenamiento central y disposición final de los residuos que contengan.

– Para las bolsas que contengan residuos radiactivos estas deberán ser de color púrpura semitransparente con la finalidad de evitar la apertura de las bolsas cuando se requiera hacer verificaciones por parte de la empresa especializada.

Recipientes para residuos cortopunzantes

Los recipientes para residuos cortopunzantes son desechables y deben tener las siguientes características:

• Rígidos, en polipropileno de alta densidad u otro polímero que no contenga P.V.C.

• Resistentes a ruptura y perforación por elementos cortopunzantes.

• Con tapa ajustable o de rosca, de boca angosta, de tal forma que al cerrarse quede completamente hermético.

• Rotulados de acuerdo con la clase de residuo.

• Livianos y de capacidad no mayor a 2 litros.

• Tener una resistencia a punción cortadura superior a 12,5 newton

• Desechables y de paredes gruesas

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

FIGURA 4. RECIPIENTE PARA RESIDUOS CORTOPUNZANTES

Cuando la hermeticidad del recipiente no pueda ser asegurada, deberá emplearse una solución de peróxido de hidrógeno al 28%.

No obstante, lo anterior, el generador podrá seleccionar otro tipo de recipientes que cumplan con las características anteriormente relacionadas en este numeral.

Recipientes para el reciclaje

El generador debe utilizar recipientes que faciliten la selección, almacenamiento y manipulación de estos residuos, asegurando que una vez clasificados no se mezclen nuevamente en el proceso de recolección.

CARGO DECIMO: MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS. Tal y como quedó consignado en el numeral **6.1, 6.2,** del Acta de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario, establecimientos generadores de residuos – prestadores independientes, calentada 5 de abril de 2024, según se expresa a continuación:

NUMERAL 6.1. NO CUMPLE. El generador cuenta con un procedimiento de trabajo seguro, escrito, planificado y estandarizado donde se especifique las frecuencias, tipo de residuos, tipo de vehículo, evacuación inmediata en caso de salas de cirugía y parto, los elementos de protección personal y los procedimientos de manejo de cargas para garantizar la recolección de los residuos generados. Se evidencia que no se especifica el proceso de recolección. **NUMERAL 6.1. NO CUMPLE**. El generador

cuenta con diagramas identificando las rutas internas de transporte y en cada punto de generación: el número, color y capacidad de los recipientes a utilizar, así como el tipo de residuo generado. Se evidencia sin diagramas ni rutas. Infringiendo presuntamente el numeral 7.2.5.1 MPGIRH la Resolución 1164 de 2002, que dispone:

7.2.5.1. Planear y establecer Rutas Internas
A continuación, se presentan aspectos importantes a ser considerados durante el traslado de residuos hospitalarios y similares:
Las rutas deben cubrir la totalidad de la institución. Se elaborará un diagrama del flujo de residuos sobre el esquema de distribución de planta, identificando las rutas internas de transporte y en cada punto de generación: el número, color y capacidad de los recipientes a utilizar, así como el tipo de residuo generado.
El tiempo de permanencia de los residuos en los sitios de generación debe ser el mínimo posible, especialmente en áreas donde se generan residuos peligrosos, la frecuencia de recolección interna depende de la capacidad de almacenamiento y el tipo de residuo; no obstante, se recomienda dos veces al día en instituciones grandes y una vez al día en instituciones pequeñas.
La recolección debe efectuarse, en lo posible, en horas de menor circulación de pacientes, empleados o visitantes. Los procedimientos deben ser realizados de forma segura, sin ocasionar derrames de residuos.
Los residuos generados en servicios de cirugía y sala de partos deben ser evacuados directamente al almacenamiento central, previa desactivación.
En el evento de un derrame de residuos peligrosos, se efectuará de inmediato la limpieza y desinfección del área, conforme a los protocolos de bioseguridad que deben quedar establecidos en el PGIRH. Cuando el residuo derramado sea líquido se utilizará aserrín o sustancias absorbentes gelificantes o solidificantes.
El recorrido entre los puntos de generación y el lugar de almacenamiento de los residuos debe ser lo más corto posible. En las instituciones prestadoras de servicios de salud queda prohibido el uso e instalación de ductos con el propósito de evacuar por ellos los residuos sólidos.
El generador garantizará la integridad y presentación de los residuos hospitalarios y similares hasta el momento de recolección externa.
Los vehículos utilizados para el movimiento interno de residuos serán de tipo rodante, en material rígido, de bordes redondeados, lavables e impermeables, que faciliten un manejo seguro de los residuos sin generar derrames. Los utilizados para residuos peligrosos serán identificados y de uso exclusivo para tal fin.
Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán disponer de un lugar adecuado para el almacenamiento, lavado, limpieza y desinfección de los recipientes, vehículos de recolección y demás implementos utilizados. Todos los servicios de las I.P.S. deberán disponer de cuartos independientes con poceta o unidades para lavado de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito. (Resolución 04445 de1996 del Ministerio de Salud).
Se recomienda a las IPS de segundo y tercer nivel, llevar un control microbiológico periódico de los implementos utilizados en el manejo interno de los residuos, con el fin de adoptar las medidas sanitarias a que haya lugar.

SANCIONES PROCEDENTES

La presunta transgresión de las disposiciones señaladas en el acápite anterior, dará lugar a la aplicación de alguna de las sanciones establecidas en el artículo 577 de la Ley 9 de 1979, modificado por el Artículo 98 del Decreto 2106 de 2019, el cual en su inciso tercero establece:

" (...). La entidad encargada de hacer cumplir las disposiciones sanitarias impondrá, mediante acto administrativo, alguna o algunas de las siguientes sanciones, según la gravedad del hecho:

a) Amonestación;
b) Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales al máximo valor vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución;
c) Decomiso de productos;
d) Suspensión o cancelación del registro o de la licencia, y
e) Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo."

FORMULACION DE CARGOS

En consecuencia, el Municipio de Yopal a través de la Secretaría de Salud debe ejercer la inspección, vigilancia y control de los establecimientos y productos de su competencia; así mismo identificar y evaluar las infracciones a las normas sanitarias y a los procedimientos establecidos, adelantar las investigaciones a que haya lugar y aplicar las medidas sanitarias y las sanciones que sean de su competencia, de conformidad con las normas mencionadas y demás normas reglamentarias, por lo que, atendiendo lo establecido en el artículo 47 de la Ley 1437 de 2011, que reza: *"(...). Cuando como resultado de averiguaciones preliminares, la autoridad establezca que existen méritos para adelantar un procedimiento sancionatorio, así lo comunicará al interesado. Concluidas las averiguaciones preliminares, si fuere del caso, formulará cargos mediante acto administrativo (...)*".

Así las cosas, se procede a formular cargos en contra de la sociedad CASA CLUB LOS CERROS S.A.S, identificada con Nit. 900884446-9 (hogar geriátrico); representada legalmente por ANGELA TOBO SAAVEDRA con cedula de ciudadanía No. 1.032.389.364, ubicado en el kilómetro 3 vía Sirivana, vereda Sirivana, corregimiento Tacarimena del Municipio de Yopal, departamento de Casanare, por presunto incumplimiento de la siguiente normativa: 91, 112, 117, 168, 175, 176,177, 188, 193, 194, 195, 196,198, 199, 201, 207, 593, de la Ley 9 de 1979, artículo 10 del Decreto 1575 de 2007, artículo 6.2, 7.1,1, 7.2.2, 7.2.3, 7.2.5.1, 7.2.9, 7.2.9.1, 7.2.10 y 7.1.2 7.2.6 de la Resolución No. 1164 de 2002, artículo 2.3.1.5.2.1 del Decreto 2157 del 2017, artículo 50, 52 de la Resolución 14861 de 1985, artículo 2.8.10.6, 2.8.10.6. Decreto 780 de 2016. En consecuencia, se requiere a la parte investigada a efecto de que ejerza su derecho de Defensa y Contradicción de acuerdo al artículo 29 constitucional, allegue pruebas y demás medios de defensa pertinentes, conducentes y útiles para el esclarecimiento de los hechos materia de la presente investigación.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Que la Carta política de 1991, a través del artículo 29 garantiza el debido proceso se aplique a toda clase de actuaciones judiciales y administrativas.

Que la Ley 9 de 1979, es la norma marco de las acciones de carácter sanitario que contribuyen en la preservación, restauración y mejoramiento de las condiciones sanitarias relacionadas con la salud humana y las medidas sanitarias que se deben aplicar para su control.

Que el artículo 34 de la Ley 1437 de 2011 estipula. Las actuaciones administrativas se sujetarán al procedimiento administrativo común y principal que se establece en este Código, sin perjuicio de los procedimientos administrativos regulados por leyes especiales. En lo no previsto en dichas leyes se aplicarán las disposiciones de esta Parte Primera del Código.

De conformidad con lo establecido en la Ley 715 de 2001, en el artículo 44.3.3.1. le corresponde a los Municipios (...) "*Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que representen riesgo para la salud humana*".

De conformidad con lo establecido en el Decreto 1000.97.122 de 2019 expedido por alcaldía del Municipio de Yopal, le corresponde a través de la Secretaría de Salud, "*Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9 de 1979 y el decreto 3075 de 1997, su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan". (...)*".

Por su parte, el Municipio de Yopal a través del Decreto número 1000.97.208 de 2019, adopta el Manual de procedimiento sancionatorio sanitario de la secretaria de salud, y le corresponde a la secretaria de salud, (...) "*Adelantar la investigación administrativa e imponer las sanciones pertinentes, de acuerdo al formato de procedimiento sancionatorio (...)*".

En consecuencia, el Municipio de Yopal a través de la secretaria de salud debe ejercer la inspección, vigilancia y control de los establecimientos y productos de su competencia; y adoptar las medidas de prevención y correctivas necesarias para dar cumplimiento a lo dispuesto en los Decretos mencionados y a las demás disposiciones sanitarias que le sean aplicables; por lo tanto, debe adelantar los procedimientos a que haya lugar, de conformidad con las normas citadas.

Por su parte en el artículo 47 de la Ley 1437 de 2011 se establece que:

> *"Los procedimientos administrativos de carácter sancionatorio no regulados por leyes especiales o por el Código Disciplinario Único se sujetarán a las disposiciones de esta Parte Primera del Código. Los preceptos de este Código se aplicarán también en lo no previsto por dichas leyes.*
>
> *Las actuaciones administrativas de naturaleza sancionatoria podrán iniciarse de oficio o por solicitud de cualquier persona. Cuando como resultado de averiguaciones preliminares, la autoridad establezca que existen méritos para adelantar un procedimiento sancionatorio, así lo comunicará al interesado. Concluidas las averiguaciones preliminares, si fuere del caso, formulará cargos mediante acto administrativo en el que señalará, con precisión y claridad, los hechos que lo originan, las personas naturales o jurídicas objeto de la investigación, las disposiciones presuntamente vulneradas y las sanciones o medidas que serían procedentes Este acto administrativo deberá ser notificado personalmente a los investigados. Contra esta decisión no procede recurso.*
>
> *Los investigados podrán, dentro de los quince (15) días siguientes a la notificación de la formulación de cargos, presentar los descargos y solicitar o aportar las pruebas que pretendan hacer valer. Serán rechazadas de manera motivada, las inconducentes, las impertinentes y las superfluas y no se atenderán las practicadas ilegalmente.*
>
> *Parágrafo. Las actuaciones administrativas contractuales sancionatorias, incluyendo los recursos, se regirán por lo dispuesto en las normas especiales sobre la materia."*

Que mediante Artículo 2.5.1.7.6 del Decreto 780 de 2016, se estableció que, Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

Que el Artículo 2.8.5.2.59 ibidem, establece la Iniciación del procedimiento sancionatorio. El procedimiento sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud o información de funcionario público, por denuncia o queja debidamente fundamentada presentada por cualquier persona o como consecuencia de haberse tomado previamente una medida preventiva o de seguridad. Este procedimiento se adelantará aplicando las disposiciones previstas en el Capítulo III del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. **Parágrafo.** Aplicada una medida preventiva o de seguridad, esta deberá obrar dentro del respectivo proceso sancionatorio, cuando a ello hubiere lugar.

Que, en este orden de ideas, las autoridades sanitarias, en ejercicio de la función de inspección, vigilancia y control sanitario, están facultadas para aplicar medidas sanitarias o de seguridad encaminadas a proteger la salud pública e imponer sanciones a que haya lugar por la violación a las normas sanitarias, en los términos del Artículo 577 de la Ley 9 de 1979, previo agotamiento del procedimiento sancionatorio.

Que el artículo 2.8.8.1.4.16 del Decreto 780 de 2016, establece la facultad de aperturar un procedimiento sancionatorio estableciendo literalmente: ***"Iniciación del procedimiento sancionatorio.*** *El procedimiento sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud o información de funcionario público, por denuncia o queja debidamente fundamentada presentada por cualquier persona o como consecuencia de haberse tomado previamente una medida sanitaria de prevención, seguridad o control en salud pública. El denunciante podrá intervenir en el curso del procedimiento, a solicitud de autoridad competente, para dar los informes que se le pidan. Aplicada una medida sanitaria, esta deberá obrar dentro del respectivo proceso*

sancionatorio. Este procedimiento se adelantará aplicando las disposiciones previstas en el Capítulo III del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo".

Que el artículo 34 de la Ley 1437 de 2011, estipula: "*Las actuaciones administrativas se sujetarán al procedimiento administrativo común y principal que se establece en este Código, sin perjuicio de los procedimientos administrativos regulados por leyes especiales. En lo no previsto en dichas leyes se aplicarán las disposiciones de esta parte primera del Código".*

Que el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución No. 2674 de 2013 *"Por la cual se reglamenta el artículo 126 del Decreto Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones", el cual en su Artículo 1, estableció que, "la presente resolución tiene por objeto establecer los requisitos sanitarios que deben cumplir las personas naturales y/o jurídicas que ejercen actividades de fabricación, procesamiento, preparación, envase, almacenamiento, transporte, distribución y comercialización de alimentos y materias primas de alimentos y los requisitos para la notificación, permiso o registro sanitario de los alimentos, según el riesgo en salud pública, con el fin de proteger la vida y la salud de las personas".*

Que el Artículo 577 de la Ley 9 de 1979, establece: Teniendo en cuenta la gravedad del hecho y mediante resolución motivada, la violación de las disposiciones de esta Ley, será sancionada por la entidad encargada de hacerlas cumplir con alguna o algunas de las siguientes sanciones: A) Amonestación; B) Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales al máximo valor vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución. C) Decomiso de productos; D) Suspensión o cancelación del registro o de la licencia, y E) Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo.

En mérito de lo anterior, este Despacho,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO. Iniciar Proceso Administrativo Sancionatorio bajo el radicado No. **2026-016** en contra de la sociedad CASA CLUB LOS CERROS S.A.S, identificada con Nit. 900884446-9 (hogar geriátriço); representada legalmente por ANGELA TOBO SAAVEDRA con cedula de ciudadanía No. 1.032.389.364, o quien haga sus veces.

ARTICULO SEGUNDO. Formular cargos en contra de la sociedad CASA CLUB LOS CERROS S.A.S, identificada con Nit. 900884446-9 (hogar geriátrico), por presunto incumplimiento de la siguiente normativa: Artículos 91, 112, 117, 168, 175, 176,177, 188, 193, 194, 195, 196,198, 199, 201, 207, 593, de la Ley 9 de 1979, artículo 10 del Decreto 1575 de 2007, artículo 6.2, 7.1,1, 7.2.2, 7.2.3, 7.2.5.1, 7.2.9, 7.2.9.1, 7.2.10 y 7.1.2 7.2.6 de la Resolución No. 1164 de 2002, artículo 2.3.1.5.2.1 del Decreto 2157 del 2017, artículo 50, 52 de la Resolución 14861 de 1985, artículo 2.8.10.6, 2.8.10.6. Decreto 780 de 2016, atendiendo los hechos expuestos en la parte motiva de esta providencia y la presunta violación a lo consagrado en las normas higiénico sanitarias expuestas en los cargos formulados de esta providencia.

ARTICULO TERCERO. Notificar personalmente a la señora ANGELA TOBO SAAVEDRA con cedula de ciudadanía No. 1.032.389.364, en su calidad de representante legal, o quien haga sus veces, de la sociedad CASA CLUB LOS CERROS S.A.S, identificada con Nit. 900884446-9 (hogar geriátrico), ello de conformidad con lo establecido en el Artículo 47 de la Ley 1437 de 2011.

ARTICULO CUARTO. En el evento de que la señora ANGELA TOBO SAAVEDRA con cedula de ciudadanía No. 1.032.389.364, en su calidad de representante legal, o quien haga sus veces, de la sociedad CASA CLUB LOS CERROS S.A.S, identificada con Nit. 900884446-9 (hogar geriátrico), no comparezca a notificarse personalmente, se notificará por aviso, conforme a lo dispuesto en el artículo 69 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y/o lo dispuesto en el ordenamiento jurídico legal vigente.

ARTICULO QUINTO. Conceder a la sociedad CASA CLUB LOS CERROS S.A.S, identificada con Nit. 900884446-9 (hogar geriátrico); representada legalmente por ANGELA TOBO SAAVEDRA con cedula de ciudadanía No. 1.032.389.364, o quien haga sus veces, el término de quince (15) días hábiles, que comenzarán a contarse a partir del día siguiente de la notificación del presente auto, para que directamente o por intermedio de su apoderado, proceda a ejercer su derecho de defensa presentando sus descargos por escrito, aporte y solicite la práctica de las pruebas que considere pertinentes de acuerdo al artículo 47 de la Ley 1437 de 2011.

ARTICULO SEXTO. Contra el presente auto no procede ningún recurso, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 75 de la Ley 1437 de 2011.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Yopal Casanare a los **nueve (9) días del mes de abril de 2026**

LETICIA RINCÓN MOLINA
DIRECTORA OPERATIVA - DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
SECRETARÍA DE SALUD DE YOPAL

Proyectó: Edgar H Gómez M.
Profesional Contratado

Revisó: Andrea Beltran Santos
Profesional Contratada