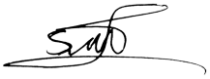
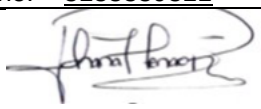
NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: HOGAR FRANCISCO Y CLARA		
DIRECCIÓN:KM 2 VIA FUSAGASUGA - PASCA	**TELÉFONO: 3042354082**	**CIUDAD: FUSAGASUGA**
PERSONAL RESPONSABLE: DEIBY SAMIR JIMENEZ GUTIERREZ		
CARGO:RESPONSABLE AMBIENTAL		**FECHA: 12/05/2026**

ASPECTOS A INSPECCIONAR	**CUMPLE**		**OBSERVACIONES**
	SI	**NO**	
1. INFRAESTRUCTURA FISICA			
1.1 Se cuenta con un espacio para el almacenamiento central de los residuos hospitalarios, según lo estipulado en la Resolución 1164 de 2002.	X		
1.2 El área de almacenamiento central temporal cuenta con las condiciones físicas y sanitarias para el almacenamiento de los residuos generados.	X		
1.3 Se cuenta con Áreas separadas para el almacenamiento de los residuos hospitalarios peligrosos y los no peligrosos.	X		
1.4 Existen espacios separados física y sanitariamente dentro del almacenamiento central para cada clase de residuos hospitalarios.	X		
1.5 Las áreas de almacenamiento central se encuentran debidamente señalizadas y existe equipo contra incendio cerca.	X		
2. RECURSO HUMANO			
2.1 El servicio cuenta con personal responsable de las funciones administrativas, asistenciales, de aseo y de mantenimiento.	X		
2.2 El recurso humano ha recibido entrenamiento y capacitación para el manejo de los residuos, verificar los certificados de asistencia y soportes de actas.	X		
2.3 El personal que manipula los residuos cuenta con programas de Capacitación, exámenes clínicos, esquema de vacunación de los trabajadores, el monitoreo biológico y ambiental.	X		
2.4 El personal está capacitado y realiza la clasificación y segregación de los residuos peligrosos y no peligrosos.	X		
2.5 El personal conoce y está capacitado en las normas estipuladas en el PGIRH, esta actividad se encuentra documentada con los soportes de asistencia del personal a las capacitaciones	X		
3. DOTACIÓN			
3.1 El personal cuenta con los elementos de protección personal apropiados para la labor.	X		
3.2 El establecimiento dispone de la siguiente dotación.			
3.2.1 Los contenedores para el almacenamiento de los residuos se encuentran de acuerdo con el código de	X		

colores y cumpliendo con las especificaciones de las hojas de seguridad y/o fichas técnicas.			
3.2.2 Los carros para el transporte interno, cumplen con especificaciones y en caso de no contar con estos, cuenta con un recipiente hermético.	X		
3.2.3 Cuentan con recipientes seguros para almacenar los residuos según tipo de peligrosidad.	X		
3.2.4 Las bolsas se encuentran identificadas con el rotulado específico.	X		
3.2.5. Cuentan con un sistema para pesaje exclusivo de los residuos hospitalarios peligrosos.	X		
4. ACTIVIDADES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS			
4.1 Cuenta con el gestor autorizado por los entes de control para la recolección, transporte, tratamiento y disposición final, cumpliendo requisitos del Decreto 351 de 2014, Decreto 780 de 2016, Decreto 4741 de 2005, Decreto 1609 de 2002 y el PGIRH.	X		EMPRESA DESCONT
4.2 Se implementan correctamente el código de colores establecido en el PGIRH, para el manejo interno de los residuos hospitalarios y similares	X		
4.3 El personal realiza la Manipulación, recolección y el transporte interno, de acuerdo a lo establecido en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares	X		
4.4 Existe la ruta de recolección interna de residuos hospitalarios y similares con los horarios fijados y esta se encuentra publicada.	X		PUBLICA
4.5 Se cumplen los horarios de recolección interna establecidos en la ruta de recolección y los horarios establecidos por la empresa gestora, para la recolección externa.	X		SE REALIZAN DOS RONDAS DE RECOLECCION EN EL DIA
4.6 Se realiza el pesaje de los residuos todos los días y con balanzas separadas para los residuos peligrosos y no peligrosos.	X		SE CUENTA CON BALANSAS EN TODAS LAS BODEGAS
4.7 El tiempo de almacenamiento de los residuos hospitalarios no debe superar los tiempos de norma.	X		SE REALIZA ENTREGA CADA 15 DIAS
4.8 El personal conoce el tratamiento y disposición final de los residuos generados en el predio.	X		
4.9 El Personal de servicios generales utiliza en su trabajo las medidas de bioseguridad en limpieza y desinfección, teniendo en cuenta los procedimientos.	X		
4.10 Existe Panorama de riesgos.	X		
4.11 Cuenta con documento-protocolo para informar accidentes de trabajo ocasionados por el manejo de residuos hospitalarios y notificación a ARL	X		
4.12 Se han presentado y reportado incidentes y accidentes de trabajo por el manejo de residuos hospitalarios.		X	

4.13 Se cuenta con el grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria – GAGAS, según lo establecido en el Formato Declaración de compromiso para el PGIRH (FOR-GA-019)	X		
4.14 Tiene documentado y articulado el plan de emergencias y contingencias.	X		
4.15 Se cuenta con el Plan de contingencia implícito en el PGIRH	X		
4.16 Cuenta con el Plan de Saneamiento Básico.	X		
4.17 Implementa el Plan de Saneamiento Básico contemplando los cuatro programas.	X		
4.18 Cuenta con las hojas de seguridad de cada uno de los residuos hospitalarios peligrosos	X		
5 VERIFICACIÒN DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS			
5.1. Cuenta con las Actas de Comités administrativo de gestión ambiental y sanitaria – GAGAS (mínimo una por mes).	X		LA ULTIMA ACTA A DSIPOSICION ES DEL 29 DE ABRIL DEL 2026
5.2. Se cuenta con los soportes originales de los manifiestos que suministra el gestor autorizado al realizar la recolección de los residuos.	X		
5.3. Cuenta con el diagnóstico ambiental.	X		
5.4 Se diligencia oportuna y adecuadamente la documentación de los residuos hospitalarios	X		
5.5. Realiza el reporte por medio del Formato RH1 Registro Diario De Generación De Los Residuos Hospitalarios (FOR-GA-021)	X		
5.6. Cuenta con los soportes de las visitas efectuadas al gestor autorizado. En el Formato Lista De Chequeo De Verificación Externa De Residuos Hospitalarios Y Similares – PGIRHS (FOR-GA-023)	X		
5.7. Cuenta con los soportes de verificación trimestral al transportador por medio del Formato Lista de verificación al transportador de residuos hospitalarios y similares. FOR-GA-024	X		MENSUAL
5.8. El cronograma de actividades se está ejecutando de acuerdo con lo programado en el PGIRH para el lapso de año.	X		
5.9 Existen análisis de los indicadores de residuos hospitalarios.	X		
OBSERVACIONES GENERALES Y COMPROMISOS			
La comunidad de cuidado cumple con todos los ítems propuestos en la lista de chequeo de verificación interna de residuos hospitalarios y similares			

Persona que atendió la visita:	**Persona que realizó la visita (referente técnico ambiental o integrante del equipo ambiental):**
Nombre: Deiby Samir Jiménez Gutiérrez Cédula N.º: 1003559400 Cargo: Responsable ambiental Teléfono: 3042354082	Nombre: Jeimy Johana Henao Rodríguez Cédula N.º: 53041055 Cargo: Referente Ambiental Tecnico Teléfono: 3138339311
Firma: 	Firma: 
Nota: este Formato debe aplicarse dos veces al año, es decir la verificación interna No. 1 debe realizarse entre los meses de enero y junio, y la verificación interna No. 2 entre los meses de julio a diciembre.	

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

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN INTERNA

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

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

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

Aspectos a inspeccionar: verificar desde el punto 1 hasta el 5 y cada uno de sus ítems

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

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

Persona que atendió la visita: relacione los datos del responsable o contacto del predio.

a. Nombre: diligencie con nombre claro y legible de la persona que atendió la visita
b. **Cedula:** diligencie de forma clara la cedula
c. **Cargo:** escriba el cargo de la persona responsable o contacto del predio donde se realiza la verificación

d. **Teléfono:** relacione el número telefónico de la persona que atendió la visita
e. **Firma:** firma de la persona que atendió la visita.

Persona que realizó la visita: relacione los datos de la persona realizo la visita

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