

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida NIT: 892399994-5</p>	INFORME FINAL AUDITORIA	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
	FECHA	06/02/2023	
	Proceso: Gestión de Control Interno	HOJA	Página 1 de 22

Fecha de emisión del informe:	31/08/2023	Aspecto Evaluable (Unidad Auditable):	GESTION AMBIENTAL
Nombre y cargo del responsable del proceso:	María Angélica Patiño		
Objetivo:	Hacer seguimiento y verificar el cumplimiento de los Manuales, procedimientos, indicadores, Mapa de Riesgos del proceso de Gestión Ambiental, Sistema de gestión ambiental, Plan de gestión de residuos (PGIRASA), así como la normatividad aplicable al proceso.		
Alcance:	Hacer seguimiento y verificar el cumplimiento de los procedimientos, indicadores, Mapa de Riesgos del proceso de Gestión Ambiental, Sistema de gestión ambiental, Plan de gestión de residuos (PGIRASA), así como la normatividad aplicable al proceso en el periodo comprendido del 01-01-2023 al 30-06-2023.		
Criterios de la Auditoría:	Norma internacional de sistemas de gestión ambiental (SGA), Decreto 780 de 2016: por el cual se reglamenta el Decreto Único del Sector Salud y Protección social, y compila el Decreto 351 de 2014, que reglamenta ambiental y sanitariamente la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud, Resolución 2184 de 2019. por la cual empezará a regir en el 2021 el código de colores blanco, negro y verde para la separación de residuos en la fuente con el objetivo de fomentar la cultura ciudadana en materia de separación de residuos en el país, Resolución 1344 de 2020. Por la cual se adiciona un parágrafo al artículo 4 de la Resolución 2184 de 2019 y se dictan otras disposiciones. "Parágrafo. Para las actividades de qué trata el artículo 2.8.10.2 del Decreto 780 de 2016, extiéndase hasta el 1 de julio de 2022 el plazo para implementar el código de colores para la presentación de los residuos sólido no peligroso en bolsas u otros recipientes. Durante este periodo, estas actividades podrán ir implementando de forma gradual la transición entre el código de colores usado actualmente y el código de colores establecido en la Resolución 2184 de 2019, Protocolos, guías, Procedimientos, indicadores, Mapa de Riesgos del proceso de Gestión Ambiental, Plan de gestión de residuos (PGIRASA), SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL ISO 14001:2015.		
Desarrollo de la auditoria			
<p>Se dio inicio a la auditoria a las 4:00 Pm realizando la lectura del acta de apertura y dejando firmas del auditor y auditados.</p> <p>Se verifica el acto administrativo de constitución del grupo administrativo de gestión ambiental y el cumplimiento de las funciones del mismo durante el periodo evaluado, para lo cual se pudo evidenciar que el mismo se encuentra constituido mediante la resolución No.252 de septiembre de 2022., una vez verificados los soportes se evidencia actas de reuniones del comité del grupo administrativo en las fechas 28/06/2023, 12/05/2023, 31/03/2023, 16/02/2023, para lo cual se incumple con lo estipulado en la resolución número 01164 de 2002 y el la resolución 252 de 2022, que establece la periodicidad mensual del comité GAGAS.</p> <p>Se continúa indagando sobre la implementación de los procedimientos de gestión ambiental, para lo cual se evidencia que se cuenta con el procedimiento para la recolección de los residuos de riesgos biológicos o</p>			

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida NIT: 892399994-5</p>	INFORME FINAL AUDITORIA	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión de Control Interno	FECHA	06/02/2023
		HOJA	Página 2 de 22

infecciosos, el cual se encuentra inmerso en el Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades el cual se encuentra codificado y firmado, el plan en el mismo también se describen las Actividades de generación, segregación en la fuente, desactivación, movimiento interno, y la descripción de la gestión externa de los residuos peligrosos en las actividades de recolección, transporte, almacenamiento, tratamiento y disposición final.

Se continua solicitando los indicadores del proceso para lo cual se evidencia que existe conocimientos en el líder acerca los indicadores creados y aprobados en el PGIRASA y que los mismos se están generando para la vigencia auditada.

Tabla 13: Indicadores de Destinación

INDICADORES DE DESTINACIÓN			
No	Nombre del Indicador	Sigla	Formula- Descripción
1	Indicador de destinación desactivación de Alta Eficiencia	IDD	$IDD = Rd / RT * 100$ Rd: Cantidad de residuos sometidos a desactivación en Kg/mes. RT: Cantidad total de residuos generados
2	Indicador de destinación parareciclaje.	IDR	$IDR = RR / RT * 100$ RR: Cantidad de residuos reciclados en Kg/mes. RT: Cantidad total de residuos generados
3	Indicador de destinación paraincineración.	IDI	$IDI = RI / RT * 100$ RI: Cantidad de residuos incinerados en Kg. /mes. RT: cantidad total de residuos generados
4	Indicador de destinación pararelleno sanitario	IDRS	$IDRS = RRS / RT * 100$ RRS: Cantidad de residuos dispuestos en relleno sanitario. RT: cantidad total de residuos generados
5	Indicador de destinación para otros sistemas	IDOS	$IDOS = ROS / RT * 100$ ROS: Cantidad de residuos sometidos a otros sistemas. RT: cantidad total de residuos generados
OTROS INDICADORES			
1	Indicador de capacitaciones	IC	Seguimiento al Cronograma de capacitaciones. IC = No. Actividades ejecutadas / No. Actividades programadas * 100

Fuente: Gestión Ambiental

METAS	
FORTALEZA	4
RIESGO	2
PROBLEMA	1

Se evidencia en el resultado de los indicadores de enero-junio 2023, que para el indicador de Destinación de desactivación de alta eficiencia en el mes de febrero se presentó un resultado del 45,72 el cual se presenta Riesgo, y para los meses siguientes se evidencia un resultado en el rango de Fortaleza.

INFORME FINAL AUDITORIA

CÓDIGO GCI-FR-008

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

Proceso: Gestión de Control Interno

HOJA Página 3 de 22

MESES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
NUMERADOR	4789	4665	5475	5270	5410	5569
DENOMINADOR	10669	10204	12501	12840	12354	12599
PROBLEMA	50	50	50	50	50	50
DATOS	44,89	45,72	43,80	41,04	43,79	44,20

Para el indicador de destinación de residuos para reciclaje se evidencian resultados en los meses de enero-Junio en el rango de fortaleza.

MESES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
NUMERADOR	429	345	421	505	425	602
DENOMINADOR	10669	10204	12501	12840	12354	12599
PROBLEMA	1	1	1	1	1	1
DATOS	4,02	3,38	3,37	3,93	3,44	4,78

Para el indicador de destinación de residuos para Destinación para incineración en los resultados de enero – junio 2023, se evidencia resultados por encima de 7 en zona de riesgo por lo tanto se recomienda generar acciones de mejora.

MESES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
NUMERADOR	800	861	934	922	868	892
DENOMINADOR	10669	10204	12501	12840	12354	12599
PROBLEMA	9	9	9	9	9	9
DATOS	7,50	8,44	7,47	7,18	7,03	7,08

Para el indicador de destinación de residuos para otros sistemas de tratamiento, se evidencian enero-junio 2023 resultado de 0,00-0,2 en el rango de fortaleza

MESES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
NUMERADOR	0	0	0	3	19	0	0
DENOMINADOR	10669	10204	12501	12840	12354	12599	14447
PROBLEMA	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
DATOS	0,00	0,00	0,00	0,02	0,15	0,00	0,00

Con respecto al Indicador de capacitaciones, se evidencian generación y/o seguimiento a este indicador.

Se solicita El PGIRASA de la ESE y se verifica que el mismo fue actualizado en el mes de septiembre 2022 y se cuenta con socialización del PGIRASA al personal involucrado durante la vigencia evaluada.

Se procede a realizar la verificación del cumplimiento del procedimiento de recolección interna residuos hospitalarios y similares según lo estipulado en el PGIRASA.

Se inicia verificando los elementos de protección para el personal de servicios generales en el momento de realizar la ruta sanitaria los cuales deben portar :Mascarilla quirúrgica, Monografas, Guantes Negros o amarillo cuando los residuos son no peligrosos ,Guantes rojos cuando la ruta es de residuos biosanitarios , para lo cual se evidencia que uno de los auxiliares de servicios generales no contaba con Monogafas incumpliendo con lo establecido en el ítem No.21.1 de elementos de protección de personal establecido en el PIGIRASA aprobado como se muestra en la siguiente imagen.



Una vez colocados los elementos de protección se verifica si el personal se dirige al área de parqueo y pesaje de desechos y recoge el vehículo transportador de Basuras de acuerdo al tipo de residuo a transportar para lo cual se evidencia que se inicia la primera recolección a las 5: 00 am, se cuenta con vehículo rojo y verde para recolección de los residuos.

Se verifica La frecuencia de recolección interna en los servicios y áreas del hospital es 3 veces al día a las 08:00 am, 01:00 pm y 07:00 pm de acuerdo con el volumen de generación y se trasladan a los Cuartos intermedios de residuos, en el horario de 9 am y 11 am se realiza La frecuencia de recolección interna en los servicios y áreas del hospital es 3 veces al día a las 08:00 am, 01:00 pm y 07:00 pm de acuerdo con el volumen de generación y se trasladan a los Cuartos intermedios de residuos, en el horario de 9 am y 11 am se realiza para lo cual se evidencia que se cumple con la frecuencia de los recorridos y el horario de los recorridos.

De acuerdo a lo establecido en el PEGIRASA Los funcionarios de Servicios Generales deben tener al día el esquema de vacunación contra (Hepatitis B, tétano), para lo cual Se verifica que los funcionarios de servicios generales tengan el día el esquema de vacunación contra la hepatitis B, Tétano, para el personal que ejecute

	<h2>INFORME FINAL AUDITORIA</h2>	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
		FECHA	06/02/2023
	Proceso: Gestión de Control Interno	HOJA	Página 5 de 22

actividades de aseo según lo establecido en el contrato de aseo vigente de enero-junio 2023, para lo cual se evidencia que para la vacuna de hepatitis B de las 41 personas contratadas para servicios generales solo 1 cumple con el esquema completo y su refuerzo y para la vacuna del tétano de las 41 contratistas de servicios generales solo 7 cumple con el esquema completo de esta vacuna.

Se verifica que el personal de servicios generales registre el peso diario de los residuos que se generó en la entidad en el formato RH1 establecido para tal fin, para llevar a cabo el seguimiento, control, e indicadores de esta gestión para lo cual se evidencia que una vez solicitados y revisados los formatos RH1 para los meses auditados de Enero-Junio 2023 que se viene implementando y diligenciando el formato RH1 mes a mes y es firmado por el funcionario de servicios generales que registra y mensual es firmado por la ingeniera ambiental de la ESE.

Se verifica los planes de la ruta sanitaria y se evidencia que los mismo se encuentran publicados en las áreas de la ESE para lo cual se evidencia que se cuenta con los planos con la ruta sanitaria de evacuación de residuos hospitalarios, indicando lugar de generación, recorrido y almacenamiento intermedio y/o temporal y publicados en I en las siguientes áreas:

1. Ruta Sanitaria UCI Pediátrica
2. Ruta Sanitaria 2do piso
3. Ruta Sanitaria 3er piso
4. Ruta Sanitaria 4to piso
5. Ruta Sanitaria 5to piso
6. Ruta Sanitaria Urgencias Pediátrica
7. Ruta Sanitaria Consulta Externa
8. Ruta Sanitaria Área Externa
9. Ruta Sanitaria Cirugía Maternidad
10. Ruta Sanitaria Salud Mental
11. Ruta Sanitaria Salas de Cirugías
12. Ruta Sanitaria Edificio Administrativo



Plano urgencias pediatría

Se realiza recorrido por cada una de las áreas asistenciales para verificar la implementación del nuevo código

de colores : recipientes rígidos verde, blanco, negro y rojo de conformidad con lo indicado en la resolución 2184 de 2019 para lo cual se pudo verificar lo siguiente en las diferentes área asistenciales:

AREA DE URGENCIAS ADULTOS



Observaciones:

En el área de urgencias adultos se evidencia una correcta segregación de residuos.
 Caneca roja con el pedal dañado.

En los consultorios de urgencia no se cuenta con canecas rojas de tapa tipo pedal para la segregación de residuos según lo establecido en el PGIRASA.

URGENCIAS PEDIATRICA



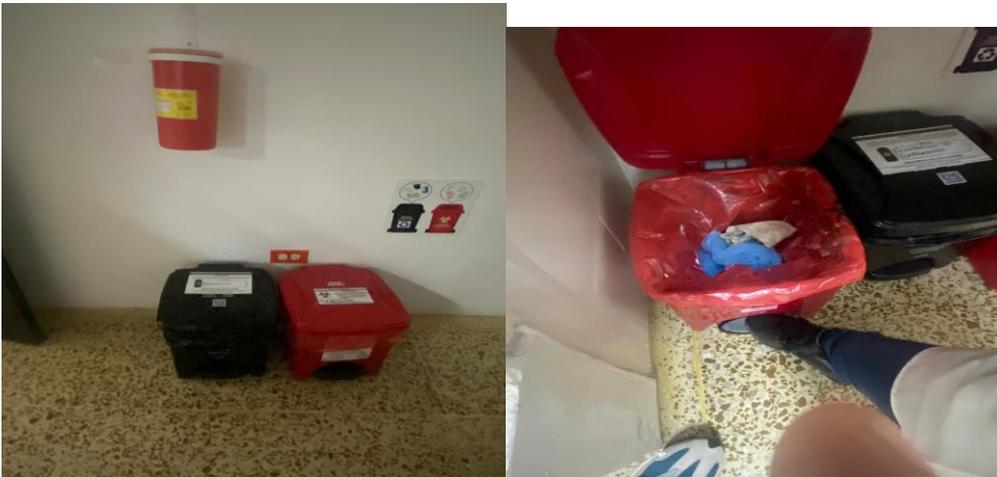
Observación: Se evidencia una incorrecta segregación de residuos por encontrarse porta desechable en caneca de color Rojo.

FARMACIA



Observaciones: Se evidencia que el servicio de farmacia cumple con una correcta segregación de residuos.

BANCO DE SANGRE



CIRUGIA



Observaciones: Se evidencia que el servicio de cirugía cumple con una correcta segregación de residuos

El área de cirugía no cuenta con un espacio determinado para el almacenamiento de ropa sucia y el mismo se encuentra en los pasillos del área.

LABORATORIO CLINICO



Observaciones: Se evidencia que el servicio de cirugía cumple con una correcta segregación de residuos.

HOSPITALIZACIÓN SEGUNDO PISO



Observación : Se evidencia caneca Roja sin tapa



Observación: Se evidencia una incorrecta segregación de residuos por encontrarse guantes utilizados en caneca de color negro.

HOSPITALIZACION TERCER PISO



Observación: Se evidencia una incorrecta segregación de residuos por encontrarse porta desechable utilizados en caneca de color rojo

HOSPITALIZACION CUARTO PISO



Observaciones: Se evidencia que el servicio de hospitalización cuarto piso cumple con una correcta segregación de residuos.

HOSPITALIZACION QUINTO PISO



Observaciones: Se evidencia una incorrecta segregación de residuos por encontrarse papel en caneca roja.

SALAS DE ESPERA, PASILLOS Y ÁREAS COMUNES

PUNTOS ECOLOGICOS



Punto ecológico radiología



Punto ecológico urgencias



Punto ecológico 4 piso



Punto ecológico torre entrada hospitalización

Observaciones : Se cuenta con puntos ecológicos según lo establecido en el PGIRASA

CUARTO DE RESIDUOS PELIGROS



Observaciones: Se evidencia que los residuos peligrosos se almacenan en el área destinada para este tipo de residuos, y no mezclan con los residuos ordinarios y residuos reciclables.

Se evidencia que dentro del área de almacenamiento temporal de residuos hospitalario peligrosos se almacenan en bolsas y cajas y no encima de canecas, para evitar el contacto con el suelo como lo establece el PGIRASA.

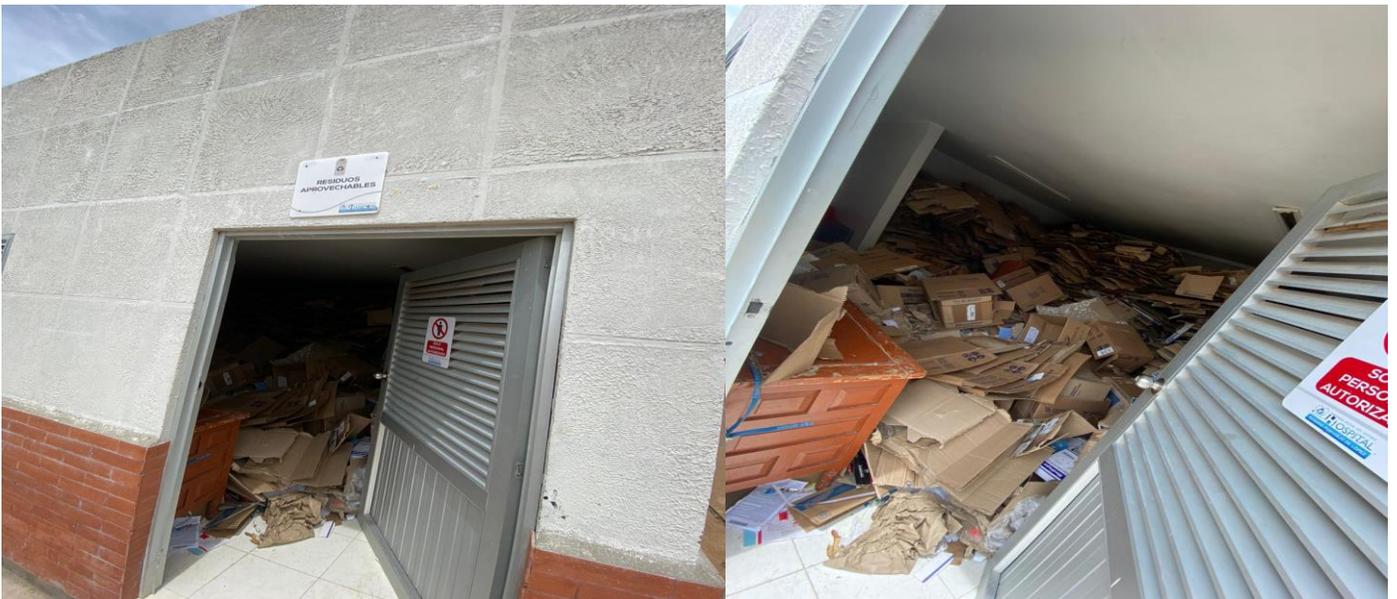
Para lo cual se informa por parte de la ingeniera ambiental que en el momento de la revisión al área de almacenamiento de residuos hospitalarios en el área de almacenamiento temporal de los residuos peligrosos se encontraban unas bolsas en el piso, situación que se presentó porque el personal de Servicios Generales aún estaban realizando labores de recolección en las otras áreas del hospital, y el proceso se establece que después de hacer la recolección de todos los residuos se procede a pesar y almacenar en los recipientes retornables (Canecas o Canastillas), para evitar el almacenamiento en el piso del área.

CUARTO DE RESIDUOS NO PELIGROSOS



Se evidencia que dentro del área de almacenamiento temporal de residuos hospitalario No peligrosos se almacenan en bolsas y cajas y no encima de canecas, para evitar el contacto con el suelo como lo establece el PGIRASA.

CUARTO DE RESIDUOS APROVECHABLES



Observaciones: Se evidencia que los residuos aprovechables se almacena en el espacio designado para residuos reciclables y no se mezcla con los residuos ordinarios, ni residuos peligrosos.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida NIT: 892399994-5</p>	INFORME FINAL AUDITORIA	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión de Control Interno	FECHA	06/02/2023
		HOJA	Página 15 de 22

AUDITORÍAS INTERNAS E INTERVENTORÍAS EXTERNAS

Para garantizar el cumplimiento, del PGIRASA se estableció mecanismos y procedimientos que permitan evaluar el estado de ejecución del plan y realizar los ajustes pertinentes.

Se verifica el proceso de adherencia al PGIRASA mediante las inspecciones que realizan cada 8 días a los servicios asistenciales, por parte de los jefes y auxiliares de enfermería de planta, y por parte del área de gestión ambiental mediante listas de chequeo en los servicios de hospitalización, UCI Adultos, UCI Pediátrica, Urgencias adultos y pediátrica, salud mental, Cirugía, Maternidad, laboratorio clínica y banco de sangre.

Con respecto a las interventorías a las empresas encargadas de realizar la gestión externa de residuos peligrosos y otros servicios que se realizan una vez al año, por parte del profesional a cargo del Sistema de Gestión Ambiental, se evidencia que para el periodo evaluado no se han desarrollado auditorías externas a la empresa de recolección de residuos SOLUCIONES AMBIENTALES DEL CARIBE, ya que en la vigencia anterior se realizó la misma en el mes de noviembre 2022 y se proyecta realizar la de la vigencia 2023 en el mismo mes.

Informes y reportes a las autoridades de control y vigilancia ambiental y sanitaria

Se verifican los reportes realizados a las autoridades de control y vigilancia ambiental y sanitaria y se evidencia se realizó reporte IDEAM mediante la certificación de inscripción al registro de generadores de residuos peligrosos y del reporte de información anual con fecha 07/02/2023.

Se evidencia se remitió informe de gestión del plan integral de residuos generados de la atención en salud y otra actividades PGIRASA a corpocesar en el mes de noviembre 2022, en la vigencia evaluada aún no ha remitido informe teniendo en cuenta que el mismo se realiza con periodicidad anual según lo establecido en el PGIRASA.

Se verifica la caracterización de Vertimientos, para lo cual se evidencia que ya se encuentra en funcionamiento la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales PTAR, y se cuenta con los resultados de la caracterización de vertimientos de aguas residuales del primer semestre 2023, Mediante informe de entrada de agua residual no domestica a la PETAR mediante informe de ensayos N° 85373, Informe de salida de agua no domestica a la PETAR mediante informe de ensayos N° 85374 , emitido por el laboratorio Nancy Flórez con fecha 1 de Junio de 2023.

Con respecto al mantenimiento preventivo y correctivo a la planta de tratamiento de aguas residuales, se evidencia informe técnico del contrato no. 1753-2022 mantenimiento preventivo y correctivo a la planta de tratamiento de aguas residuales de la E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ.

Se evidencia que se realiza el Monitoreo de los parámetros físicos de agua residual Mensual enero-junio 2023, donde se presenta una medición de PH, Conductividad y temperatura el cual es generado por la ingeniera ambiental de la ESE.

INFORME FINAL AUDITORIA

CÓDIGO GCI-FR-008

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

Proceso: Gestión de Control Interno

HOJA Página 16 de 22

Se verifica el cumplimiento programa de formación y educación contemplado en el PGIRASA:

Tema	Frecuencia	Población	Responsable
Política y Programas Ambientales (Uso eficiente y ahorro del agua, Uso eficiente y ahorro de energía, Gestión Integral de Residuos, Practicas sostenibles, Protección de Zonas verdes)	Mensual	Personal Asistencial	Gestión Ambiental
		Personal Administrativo	
		Contratistas	
		Personal de Servicios Generales	
Gestión integral de residuos generados en la atención en salud (definición, clasificación, manejo interno)	Mensual	Personal Asistencial	Gestión Ambiental
		Personal Administrativo	
		Contratistas	
		Personal de Servicios Generales	
Riesgos Ambientales y sanitarios por el inadecuado manejo de los residuos	Mensual	Personal Asistencial	Seguridad y Salud en el Trabajo
		Personal Administrativo	
		Contratistas	
		Personal de Servicios Generales	
Contingencias Ambientales (manejo de derrames)	Semestral	Personal Asistencial	Gestión Ambiental
		Personal de Servicios Generales	
Procedimiento de limpieza y desinfección, desactivación de residuos (inactivación de derrames, contenedores, CATR, Áreas intermedios)	Trimestral	Personal de Servicios Generales	Gestión Ambiental
Legislación Ambiental aplicable	Anual	Personal Asistencial	Gestión Ambiental
		Personal Administrativo	
		Contratistas	
		Personal de Servicios Generales	

Fuente: Gestión Ambiental

Una vez verificados los soportes de asistencia a las capacitaciones ambientales se evidencia que se realizaron las siguientes capacitaciones desde enero-Junio 2023:

TEMAS	PERSONAL	Cumplimiento
Política y programas ambientales	Asistencial, administrativo, contratista, servicios generales.	No se evidencian soportes del cumplimiento mensual de esta capacitación, solo se evidencia de la política en el mes de abril.
Correcta segregación de residuos	Usuarios y sus familias	Se evidencia capacitaciones mensuales pero la misma no está contemplada en el cronograma
Gestión integral de gestión integral de residuos hospitalarios	Asistencial.	Se evidencia cumplimiento
Contingencia Manejo de derrames	Asistencial, servicios generales	No se evidencia soportes del cumplimiento de esta capacitación
Procedimiento de Limpieza y desinfección	Asistencial.	En el mes de febrero, mes de Junio 2023.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida NIT: 892399994-5</p>	INFORME FINAL AUDITORIA	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión de Control Interno	FECHA	06/02/2023
		HOJA	Página 17 de 22

De las capacitaciones desarrolladas se evidencia que se realizan capacitaciones en los temas de Política ambiental, Gestión integral de gestión integral de residuos hospitalarios, Procedimiento de Limpieza y desinfección pero los mismos presentan incumplimiento en la periodicidad programada y % de cobertura de la población a capacitada personal asistencial y no se evidencian capacitaciones en el tema de contingencia de manejo de derrames y riesgos ambientales sanitarios las cuales deben desarrollarse por el área de seguridad y salud en el trabajo.

PROGRAMA DE AGUA

Verifica la divulgación del programa mediante jornadas de sensibilización y capacitación (Eje: Publicar afiches e intranet información sobre el programa, Jornadas de capacitación y sensibilización

Se evidencia divulgación sobre el programa de uso eficiente y ahorro de agua en los diferentes grupos de WhatsApp y en las jornadas de capacitaciones.

Se Verifica la consolidación del consumo mensual y anual de agua potable de acuerdo a la factura de la empresa de servicios públicos, para lo cual se evidencia la Plantilla del programa de Uso Eficiente y Ahorro de Agua.

Se Verifica el mantenimiento preventivo y correctivo a la Red Hidráulica , para lo cual se evidencia que el mismo se encuentra contemplado en el contrato de mantenimiento 011 de enero a junio y en cronograma de mantenimiento preventivo y de acuerdo al equipo se debe hacer unas revisiones preliminares y los correctivos dependiendo los daños que se vayan presentando.

Se Verifica el formato de seguimiento de lavado y desinfección de tanques de almacenamiento de agua potable (cuatrimestral), para lo cual se evidencia formato de lavado y desinfección de tanques de almacenamiento de agua potable realizado el 11 de marzo del 2023.

Se Verifica el monitoreo in situ del agua almacenada , se evidencia la lista del monitoreo in situ realizada al agua potable.

Se Verifica la realización pruebas fisicoquímicas y microbiológica del agua potable almacenada (cuatrimestral), para el cual se evidencias resultados de pruebas fisicoquimicas y microbiologica de agua potable, en los tres (3) tanques de almacenamiento de agua potable, se anexa resultados de análisis por parte del Laboratorio Clínico.

Se verifica las mediciones de Indicadores y toma de acciones según resultado, para lo cual se verifica la Plantilla del programa de Uso Eficiente y Ahorro de Agua, Se anexa plantilla Verificar la medición a la adherencia de gestión ambiental (Anual), Se realiza capacitación sobre el programa de Uso y Ahorro de Energía Eléctrica en los mes de Febrero, Marzo y abril pero no se mide la adherencia.

PROGRAMA DE ENERGIA

Se Verifica el seguimiento del cumplimiento de objetivos, metas y actividades del programa (desarrollo de estrategia para el ahorro de energía) anual para lo cual Se verifica la Plantilla del programa de Uso y Ahorro de Energía Eléctrica.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida NIT: 892399994-5</p>	INFORME FINAL AUDITORIA	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión de Control Interno	FECHA	06/02/2023
		HOJA	Página 18 de 22

Se continua con la medición de los Indicadores y toma de acciones según resultados, para lo cual se verifica la Plantilla del programa de Uso y Ahorro de Energía Eléctrica, Verificar la medición a la adherencia de gestión ambiental, Se realiza capacitación sobre el programa de Uso y Ahorro de Energía Eléctrica en los mes de Febrero, Marzo y abril pero no se mide la adherencia.

PRACTICAS SOSTENIBLES

Se verifica la divulgación del programa mediante jornadas de sensibilización y capacitación, para lo cual se evidencian capacitaciones de Enero a Junio 2023 sobre Manejo de Residuos Hospitalarios, Segregación y Clasificación, Correcta Clasificación de Residuos Hospitalarios, Política y Programas Ambientales.

Se verifica si están establecidos los puntos ecológicos para la separación en la fuente de los residuos generados en áreas comunes (pasillos, cafetería, auditorios), para lo cual se evidencian 12 puntos ecológicos, los cuales se encuentran distribuidos uno por cada piso en la torre de hospitalización (5), Consulta externa (3), Administrativo (2), Auditorio (1) y Salud Mental (1) y se evidencia un punto de recolección de pilas y baterías, ubicado en el primer piso del edificio del área administrativa.

PROTECCION ZONAS VERDES

Se verifica la divulgación del programa mediante jornadas de sensibilización y capacitación (Eje: Publicar afiches e intranet información sobre el programa, Jornadas de capacitación y sensibilización, para lo cual se evidencian Capacitaciones de Enero a Junio 2023 sobre Manejo de Residuos Hospitalarios, Segregación y Clasificación, Correcta Clasificación de Residuos Hospitalarios, Política y Programas Ambientales realizados en las diferentes áreas asistenciales.

Se procede a verificar si se han Realizar las gestiones y trámites ambientales requeridos para la aplicación de las medidas de manejo identificadas.(anual), para lo cual se verifica la gestión realizada para la tala y poda de árboles con fecha del 21 de Marzo y 16 de Junio del 2023 a la autoridad ambiental CORPOCESAR.

Se verifica la implementación de las medidas de manejo sobre los arboles identificados, así como los mantenimientos a los jardines y zonas verdes requeridos (fumigación, eliminación de maleza, podas, abonos, etc., para lo cual se evidencia la intervención de poda a árboles y control de plagas y maleza, se cuenta con certificados de fumigación.

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

No.	CRITERIOS	NC	OBS	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO
1.	Resolución número 01164 de 2002 y el la resolución 252 de 2022.	x		Se evidencia actas de reuniones del comité del grupo administrativo en las fechas 28/06/2023, 12/05/2023, 31/03/2023, 16/02/2023, para lo cual se incumple con lo estipulado en la resolución número 01164 de 2002 y el la resolución 252 de 2022, que establece la periodicidad mensual del comité GAGAS.
2.	PGIRASA- ítem No.21.1 de elementos de protección de	x		Se evidencia que uno de los auxiliares de servicios generales no contaba con Monogafas incumpliendo con lo establecido en el

INFORME FINAL AUDITORIA

CÓDIGO GCI-FR-008

VERSIÓN 001

FECHA 06/02/2023

Proceso: Gestión de Control Interno

HOJA Página 19 de 22

	personal.			ítem No.21.1 de elementos de protección de personal establecido en el PIGIRASA aprobado.
3.	PGIRASA-VACUNAS PERSONAL SERVICIOS GENERALES	X		De acuerdo a lo establecido en el PIGIRASA Los funcionarios de Servicios Generales deben tener al día el esquema de vacunación contra (Hepatitis B, tétano), para lo cual Se verifica que los funcionarios de servicios generales tengan el día el esquema de vacunación contra la hepatitis B, Tétano, para el personal que ejecute actividades de aseo según lo establecido en el contrato de aseo vigente de enero-junio 2023, para lo cual se evidencia que para la vacuna de hepatitis B de las 41 personas contratadas para servicios generales solo 1 cumple con el esquema completo y su refuerzo y para la vacuna del tétano de las 41 contratistas de servicios generales solo 7 cumple con el esquema completo de esta vacuna.
4.	PGIRASA	X		En el área Urgencias adultos no se cumple con la caracterización de las canecas rojas las cuales deben ser con tapa y pedal y el área de cirugía no cuenta con un espacio determinado para el almacenamiento de ropa sucia y el mismo se encuentra en los pacillos del área.
5.	PGIRASA-Segregación de residuos.	X		En el área de urgencias pediátricas, Hospitalización segundo, tercer y quinto piso, se evidencio una incorrecta segregación del código de colores ya que en la caneca negro se encontraron residuos de desechos peligrosos y el la caneca roja se encuentran desechos como papel de mano y desechables.
6.	PGIRASA-Capacitaciones	X		Se evidencia incumplimiento en el plan de capacitaciones debido a se realizan capacitaciones en los temas de Política ambiental, Gestión integral de gestión integral de residuos hospitalarios, Procedimiento de Limpieza y desinfección pero los mismos presentan incumplimiento en la periodicidad programada y % de cobertura de la población a capacitada personal asistencial y no se evidencian capacitaciones en el tema de contingencia de manejo de derrames y riesgos ambientales sanitarios las cuales deben desarrollarse por el área de seguridad y salud en el trabajo.
7.	PROGRAMAS AMBIENTALES		X	Se verifica las mediciones de Indicadores y toma de acciones según resultado, para lo cual se verifica la Plantilla del programa de Uso Eficiente y Ahorro de Agua y del programa de energía, y Se realiza capacitación sobre el programa de Uso y Ahorro de Energía Eléctrica en los mes de Febrero, Marzo y abril, incumpléndose con la periodicidad y no se mide la adherencia.
No. de Observaciones u oportunidades de mejora:				0
No. de No conformidades de Norma:				7

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida NIT: 892399994-5</p>	INFORME FINAL AUDITORIA	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión de Control Interno	FECHA	06/02/2023
		HOJA	Página 20 de 22

RECOMENDACIONES

- Darle cumplimiento a lo estipulado en la resolución número 01164 de 2002 y el la resolución 252 de 2022, con respecto a periodicidad mensual del comité GAGAS.
- Realizar capacitaciones al personal de servicios generales y verificación del uso de elementos de protección según lo contemplado en el ítem No.21.1 de elementos de protección de personal establecido en el PIGIRASA aprobado y realizar verificaciones del uso de los mismos.
- Realizar seguimiento y requerir el cumplimiento del esquema e vacunas al contratista de aseo con respecto al personal de servicios generales y notificar los incumplimientos al supervisor del contrato para que se tomen las medidas pertinentes, ya que de las 41 personas contratadas para servicios generales solo 1 cumple con el esquema completo y su refuerzo y para la vacuna del tétano de las 41 contratistas de servicios generales solo 7 cumple con el esquema completo de esta vacuna.
- Fortalecer las capacitaciones en el tema de segregación de residuos en el área de urgencias pediátrica, urgencias adultos y Hospitalización y demás áreas asistenciales, continuar con las visitas de inspección para verificar la correcta segregación de residuos y en los casos que se requiera reportar al supervisor o jefe inmediato estos incumplimientos para que se tomen los correctivos necesarios.
- Darle cumplimiento a los temas y periodicidad de las capacitaciones según el cronograma contemplado en el PGIRASA y lograr que la cobertura sea en un % alto.
- Darle cumplimiento al plan de capacitaciones en los temas contemplados en el programa de formación, mejorar el % de cobertura de la población a capacitada.
- Darle cumplimiento a lo establecido en el programa de Uso Eficiente y Ahorro de Agua y del programa de energía, y realizar las capacitaciones y medir la adherencia a las mismas según lo contemplado.
- Realizar la auditoria a la empresa de recolección de residuos SOLUCIONES AMBIENTALES DEL CARIBE, de acuerdo a la fecha que se programe para la vigencia 2023.

CONCLUSIONES

1. Existe buena disposición del auditado y colaboración para la ejecución de la auditoría y entrega de información solicitada.
2. Se cuenta con personal profesional y técnico idóneo para el desempeño del proceso de gestión ambiental.
3. Se generan los indicadores contemplados en el PIGIRASA.
4. Los desechos contaminados y se registran los formatos RH1 para los meses auditados de Enero-Junio 2023 y es firmado por el funcionario de servicios generales que registra y mensual es firmado por la ingeniera ambiental de la ESE.
5. Los planes de la ruta sanitaria y se evidencia se evidencia que se cuenta con los planos con la ruta sanitaria de evacuación de residuos hospitalarios, indicando lugar de generación, recorrido y almacenamiento intermedio y/o

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ Por ti, tu familia y la vida NIT: 892399994-5</p>	INFORME FINAL AUDITORIA	CÓDIGO	GCI-FR-008
		VERSIÓN	001
	Proceso: Gestión de Control Interno	FECHA	06/02/2023
		HOJA	Página 21 de 22

temporal y que los mismo se encuentran publicados en las áreas de la ESE.

6. Se evidencia se realizó reporte IDEAM mediante la certificación de inscripción al registro de generadores de residuos peligrosos y del reporte de información anual con fecha 07/02/2023.
7. Se evidencia se remitió informe de gestión del plan integral de residuos generados de la atención en salud y otra actividades PGIRASA a Coopocesar en el mes de noviembre 2022, en la vigencia evaluada aún no ha remitido informe teniendo en cuenta que el mismo se realiza con periodicidad anual según lo establecido en el PGIRASA.
8. Se evidencia que ya se encuentra en funcionamiento la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales PTAR, y se cuenta con los resultados de la caracterización de vertimientos de aguas residuales del primer semestre 2023, Mediante informe de entrada de agua residual no domestica a la PETAR mediante informe de ensayos N° 85373, Informe de salida de agua no domestica a la PETAR mediante informe de ensayos N° 85374, emitido por el laboratorio Nancy Flórez con fecha 1 de Junio de 2023.
9. Se evidencia informe técnico del contrato no. 1753-2022 mantenimiento preventivo y correctivo a la planta de tratamiento de aguas residuales de la E.S.E HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ.
10. Se evidencia que se realiza el Monitoreo de los parámetros físicos de agua residual Mensual enero-junio 2023, donde se presenta una medición de PH, Conductividad y temperatura el cual es generado por la ingeniera ambiental de la ESE.
11. Se cumple con el programa sostenible y con el programa de protección de zonas verdes.

Auditor Líder:	
(Nombres y Apellidos):	MARIA ANDREA DAZA URBINA
Cargo:	ASESORA DE CONTROL INTERNO
Firma:	
Auditor de Apoyo	
(Nombres y Apellidos):	DAMIAN OROZCO
Cargo:	Profesional de apoyo oficina de control interno
Firma:	
Equipo auditado:	
(Nombres y Apellidos):	MARIA ANGELICA PATIÑO
Cargo:	Ingeniera Ambiental
Firma:	
Equipo auditado:	
(Nombres y Apellidos):	
Cargo:	
Firma:	



NIT: 892399994-5

INFORME FINAL AUDITORIA

Proceso: Gestión de Control Interno

CÓDIGO	GCI-FR-008
VERSIÓN	001
FECHA	06/02/2023
HOJA	Página 22 de 22