

	<b>FORMATO DE COMUNICACIONES</b>	FECHA ELABORACION: 01-04-2019
		FECHA ACTUALIZACION: 30-03-2022
	<b>CODIGO: CAL-F-027</b>	PAGINA: 1 - 2
	<b>VERSION: 3</b>	REVISO Y APROBO: Grupo Primario Gestión de Calidad

1100-380-10  
CI- 138

Bucaramanga, 28 de junio de 2024

Doctor  
HERNÁN DARÍO ZÁRATE ORTEGÓN  
Gerente

Doctor  
PABLO SEPHY ROJAS TORRES  
Jefe Oficina Asesora de Calidad

Ingeniera  
ELIZABETH ARENAS GALVIS  
Ingeniera Ambiental  
ESE ISABU  
Bucaramanga

Firma \_\_\_\_\_  
Radicado: **00002566**  
Enviado: 28/06/2024 - 4:24 p.m.  
ventanillaunica  
ESE ISABU



Asunto: Informe Final de auditoría al Proceso Gestión Ambiental

Cordial Saludo:

La Oficina de Control Interno de la E.S.E. ISABU, en desarrollo de sus funciones y conforme al plan de auditorías para la vigencia 2024, presenta informe final de la auditoria al proceso Gestión Ambiental para su conocimiento y fines pertinentes.

Teniendo en cuenta que se generaron hallazgos, se debe presentar a esta oficina un plan de mejoramiento dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de la presente comunicación.

Agradezco su atención.

Cordialmente,

**SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS**  
Jefe Oficina de Control Interno

P/Martha Helena Duarte Gómez  
Profesional de Apoyo

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 1-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

**AUDITORIA DE PROCESO Y/O SUBPROCESO:** GESTIÓN AMBIENTAL

**FECHA:** 27 de junio de 2024

**RESPONSABLES DEL PROCESO:** Dr. Pablo Sephy Rojas Torres  
Jefe Oficina Asesora de Calidad

Designado para recibir la auditoria: Ing. Elizabeth Arenas Galvis  
Ingeniera Ambiental

**ALCANCE:** Evaluar y verificar la Gestión Ambiental de la ESE ISABU, en los siguientes temas:

- ✓ Se evalúa el cumplimiento de la normatividad ambiental vigente en cuanto a almacenamiento central de residuos, recipientes y segregación, movimiento interno de residuos, recurso agua y energía.
- ✓ Cumplimiento en la rendición oportuna de informes y registros en cumplimiento de la normatividad vigente, frente a entidades estatales que regulan a la ESE ISABU en temas ambientales.
- ✓ Procesos y Procedimientos aplicables en la Gestión Ambiental

**OBJETIVOS:** Evaluar de manera independiente y objetiva la Gestión Ambiental, con el fin de identificar oportunidades de mejora que contribuyan al cumplimiento de la misión y los objetivos institucionales de manera eficiente y eficaz.

**MARCO NORMATIVO:**

- Constitución política de Colombia, artículos 209 y 269.
- Ley 87 de 1993, "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones."
- Procedimientos internos del área Ambiental.
- Resolución 1164 de 2002, por el cual se adopta el manual de procedimientos para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.
- Resolución 1362 de 2007, Por el cual se establecen los requisitos y el procedimiento para el registro de generadores de residuos o desechos peligrosos.
- Resolución 2184 del 26 de diciembre de 2019, por medio de la cual se modifica la resolución No. 668 de 2016 sobre uso racional de bolsas plásticas y se adoptan otras disposiciones.

**VISITAS Y ENTREVISTAS REALIZADAS:**

En el marco de la auditoría, se realizaron visitas a los centros de salud según cronograma, con el fin de aplicar lista de chequeo de verificación de aspectos ambientales:

DIA	CENTRO DE SALUD
Miércoles 29 de mayo	Mutis y Toledo Plata
Viernes 7 de junio	San Rafael e IPC
Martes 11 de junio	Bucaramanga, Pablo VI, Campo Hermoso y Joya
Viernes 14 de junio	Café Madrid y Kennedy
Miércoles 19 de junio	Girardot, Santander, Comuneros y Morrórico

En visita realizada el 12 de junio de 2024, la oficina de control interno realizó verificación del cumplimiento del procedimiento denominado “Manejo de residuos anatomopatológicos”, la visita fue atendida por el ingeniero ambiental, Leonardo Meneses Dugarte.

Mediante entrevista realizada el 18 de junio de 2024, atendida por la ingeniera ambiental Elizabeth Arenas, la oficina de control interno verificó el cumplimiento del reporte oportuno al IDEAM, respecto al Registro generadores de residuos o desechos peligrosos, registro del formulario RH1 ante la Secretaria de Salud y Ambiente de la Alcaldía de Bucaramanga y el reporte del formato RH1 e indicadores de gestión de los residuos ante la Secretaria de Salud Departamental, en cumplimiento de la resolución No. 1164 de 2022. De igual manera se evidenció el cumplimiento de actividades del PGIRASA a la fecha.

En visita realizada el 20 de junio de 2024 se verificó el cumplimiento del contrato No. 014-2024 cuyo objeto es la prestación de servicio para el mejoramiento del sistema de tratamiento de aguas residuales del Hospital Local del Norte – PTAR de la ESE ISABU.

#### **Personal Entrevistado:**

Ing. Elizabeth Arenas Galvis - Ingeniera Ambiental  
Ing. Leonardo Meneses Dugarte

#### **Equipo Auditor:**

Martha Helena Duarte Gómez - profesional de Apoyo Control Interno  
Silvia Juliana Pinzón Cuevas - jefe Oficina Control Interno

Igualmente se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Análisis de evidencias recolectada en las visitas realizadas al área de Gestión Ambiental
- Revisión documental de las evidencias entregadas por el personal entrevistado.
- Revisión del proceso y procedimientos que aplican al área de gestión ambiental
- Entrevista con los ingenieros ambientales de la ESE ISABU.

#### **ACEPTACION O NO ACEPTACIÓN DEL HALLAZGO:**

La oficina de Control Interno de la E.S.E. ISABU, en cumplimiento de sus funciones, Plan Anual de Auditoría basado en riesgos de la vigencia 2024 y en el marco del MIPG, presenta informe final de auditoría realizado al proceso de Gestión Ambiental.

La presente auditoría se llevó a cabo en atención a las normas y técnicas de auditoría e incluyó las evidencias que dan fe del proceso auditado y el cumplimiento de las disposiciones legales.

Los siguientes fueron los hallazgos identificados por la oficina de control interno y a continuación se presentan las respuestas ofrecidas por el área auditada frente a ellos en diligencia que se surtió mediante audiencia de cierre de auditoría realizada el día 28 de junio de 2024.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 3-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

## 1. REVISIÓN Y ANÁLISIS DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

De acuerdo con la información allegada por la oficina asesora de calidad, el proceso Gestión Ambiental cuenta con un procedimiento denominado "Procedimiento Manejo de Anatomopatológicos", el cual se aplicó el día 12 de junio de 2024, encontrándose los siguientes resultados:

### 1.1. Procedimiento Manejo de Residuos Anatomopatológicos, Versión 3 código GAM- P- 007

**Objetivo:** Orientar al personal asistencial de servicios generales en la correcta manipulación de los residuos anatomopatológicos generados en el área de Cirugía Partos de las Unidades Hospitalarias de la ESE ISABU, con el fin de realizar una adecuada disposición final de los mismos.

**Solicitud:** En la visita realizada con el fin de verificar el cumplimiento del procedimiento, se pudo constatar que durante la vigencia 2024 no se han generado residuos anatomopatológicos por parte de cirugía ya que no se están realizando procedimientos en ortopedia.

En cuanto a los residuos anatomopatológicos de sala de partos, una vez se produce el residuo anatomopatológico el personal de la sala partos y cirugía lo introducen en una bolsa resellable la cual está dentro de un recipiente de color rojo.



Esta bolsa resellable se introduce dentro de una bolsa plástica roja debidamente marcada y rotulada.



En el caso de sala de partos cada placenta se deposita en el recipiente destinado para este fin y de manera inmediata se reporta al personal que realiza recorrido para recoger los residuos con el fin que sean refrigerados en la morgue.



Allí en la morgue se guarda en el refrigerador a 4.5 grados, en donde permanece hasta su disposición final.



Los residuos actualmente depositados en la nevera de la morgue no han tenido una disposición final, ya que se trata de residuos que hacen parte de procesos investigativos por lo tanto deben estar disponibles para las pesquisas judiciales necesarias.



Teniendo en cuenta que en la vigencia 2024 no se han generado residuos anatomopatológicos que requiera correcta disposición final, los numerales 2 a 6 del procedimiento “manejo de residuos anatomopatológicos” código GAM- P- 007 no se han ejecutado.

Pese a lo anterior, se pudo evidenciar desde la oficina de control interno el correcto manejo y manipulación de los residuos anatomopatológicos evidenciados en la visita de campo adelantada en el marco de la auditoría a gestión ambiental.

**PRECISIÓN REALIZADA POR EL ÁREA AUDITADA:** La ingeniera ambiental, Elizabeth Arenas Galvis, realiza claridad acerca de la foto evidenciada en el informe preliminar, en el siguiente sentido: “En el ítem 1.1 procedimiento manejo de residuos anatomopatológicos es importante recalcar que el refrigerador muestra temperatura de 4.5 grados, sin embargo es importante recalcar que dicha temperatura se debe a que la foto fue tomada después de realizar la apertura de la nevera y la temperatura máxima es de 4 grados, en cumplimiento de la normatividad vigente”

**RESPUESTA DE CONTROL INTERNO:** El grupo auditor acepta la aclaración de la Ingeniera Ambiental y se tomará nota en el acta de cierre que soporta el informe definitivo y el aparte correspondiente a este ítem en el informe definitivo de auditoría.

## **2. VISITAS A CENTRO DE SALUD DE LA ESE ISABU**

La oficina de control interno realizó visitas de campo a los centros de salud: Mutis, Toledo Plata, San Rafael, IPC, Bucaramanga, Pablo VI, Campo Hermoso, Joya, Café Madrid, Kennedy, Girardot, Santander, Comuneros y Morrórico, con el fin de aplicar lista de chequeo en aspectos ambientales, evidenciándose lo siguiente:

### **2.1. CENTRO DE SALUD MUTIS**

Se realizó visita el 29 de mayo de 2024, en compañía de los ingenieros ambientales de la ESE ISABU y se aplicó lista de chequeo evidenciándose:

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 6-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

### 2.1.1. ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con un espacio aislado para el almacenamiento central de los residuos hospitalarios.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispone de espacio para cada tipo de residuos, a fin de evitar la contaminación cruzada.</li> </ul>	No cumple: En el cuarto dispuesto para los residuos, se tiene almacenado un aire acondicionado inservible, con muestras de oxidación que afecta la higiene del lugar.
<ul style="list-style-type: none"> <li>El cuarto de almacenamiento temporal de residuos es de acceso restringido, con elementos de señalización.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se encuentra cubierto para protección de aguas lluvias.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con iluminación y ventilación adecuada.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sus paredes son lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con acometida de agua, drenaje para su lavado y equipo de extinción de incendios.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con bascula, para realizar el pesaje de residuos.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con estructura Física en buen estado (puertas y paredes).</li> </ul>	No cumple: Puerta descuadrada, no cierra, no tiene pasador
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con elementos que impiden el acceso de vectores, roedores etc.</li> </ul>	Cumple

### REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS





**2.1.2. RECIPIENTES Y SEGREGACIÓN**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Los recipientes se encuentran en buen estado.	Cumple
• Cumplen con el código de colores establecido.	Cumple
• Cuentan con bolsas de acuerdo al color establecido por la norma.	Cumple
• Cuentan con algún tipo de publicidad donde se indique el tipo de residuo a contener.	Cumple
• Las tapas de los recipientes se encuentran libres de objetos, permitiendo su correcto funcionamiento.	Cumple
• Se realiza la correcta disposición de los residuos en sus respectivos recipientes.	Cumple
• Se realiza la correcta disposición de los guardianes y se encuentran debidamente rotulados.	Cumple
• Se realiza diligenciamiento del formato RH1 sin enmendadura y de manera organizada.	Cumple

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**





SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		FORMATO DIARIO RECOLECCIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS- CENTROS DE SALUD										COGECO	#-14			
PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD												FECHA	1710			
UNIDAD DE ATENCIÓN		Peligrosos										VERSION				
1490 2024 Mutis																
Residuo a hora kg	Residuos kg	Riesgo Biológico					Químicos					TOTAL	RES			
		Bioanatómico kg	Virus kg	Cortopunzantes kg	Anatómico kg	COVID-19	Virus COVID-19	Cortopunzantes COVID-19	Farmacos kg	Tóxicos kg	Materia perforada kg			Residuos kg	Piscicultura kg	
30	7.00	1.50	-	1.00											6.40	11
00	4.10	1.42	-	1.00											8.52	14
25	-	1.00	8.00												6.30	14
40	1.19	2.00	-												6.18	14
12	-	1.00	-	1.00											6.40	14
12	4.00	1.00	-												6.40	14
10	4.18	2.00	-	1.00											7.18	14
00	-	1.20	-												5.28	14
15	6.80	1.30	-	1.00											11.20	14
0	1.00	1.48	-												6.48	14
0	1.00	1.00	-												7.00	14
12	1.00	1.00	-												2.00	14
10	8.71	2.00	-												6.61	14
0	-	1.00	-												6.81	14
0	8.91	1.65	-	1.00											8.75	14
0	-	1.10	-												6.10	14
0	1.00	1.50	-	1.00											6.70	14

**2.1.3. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se tiene ruta sanitaria</li> </ul>	Cumple: Aunque cuenta con la respectiva ruta sanitaria publicada en un lugar visible es necesario que la misma se actualice al código de colores.
<ul style="list-style-type: none"> <li>La ruta cubre la totalidad de la institución.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>La ruta Sanitaria empieza con la recolección de los residuos No peligrosos.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los residuos son recolectados diariamente en los puntos de generación.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con un vehículo interno para el transporte de residuos peligrosos</li> </ul>	No aplica

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 10-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

## REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS



### 2.1.4. RECURSO AGUA Y ENERGIA

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• No se evidenció fugas en el centro de salud.	Cumple
• Todos los sifones cuentan con rejilla.	Cumple
• Se cuenta con luminarias led ahorradores de energía.	Cumple
• Se están llevando a cabo campañas ambientales como son: recolección de pilas, ahorro de energía, capacitación en prevención de dengue.	Cumple
• No se observan humedades en el centro de salud.	Cumple

## REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS





**ANOTACIÓN DE CONTROL INTERNO:** A pesar de contar con una puerta que aísla el cuarto de residuos, esta no cierra por daños en su estructura, la cual se encuentra descuadrada con el marco, adicionalmente no cuenta con un sistema de seguridad, pasador o chapa que permita el cierre total de la puerta.

Aunado a lo anterior, en la verificación de los aspectos de almacenamiento central de residuos, se identificó que no se cuenta con un espacio exclusivo para almacenar residuos hospitalarios y similares, tal como lo dispone la resolución No. 01164 de 2002, toda vez que en el espacio dispuesto para el almacenamiento central se ubicó un aire acondicionado inservible, situación que dificulta la limpieza del espacio y obstaculiza el tránsito normal por el almacenamiento central.

Estas dos situaciones identificadas en la visita realizada al centro de salud Mutis, se elevarán a **HALLAZGO** por parte de la esta oficina de control interno.

## 2.2. CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA

Se realizó visita el 29 de mayo de 2024, en compañía de los ingenieros ambientales de la ESE ISABU y se aplicó lista de chequeo evidenciándose:

### 2.2.1. **ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se cuenta con un espacio aislado para el almacenamiento central de los residuos hospitalarios.	Cumple
• Se dispone de espacio para cada tipo de residuos, a fin de evitar la contaminación cruzada.	Cumple
• El cuarto de almacenamiento temporal de residuos es de acceso restringido, con elementos de señalización.	Cumple
• Se encuentra cubierto para protección de aguas lluvias.	Cumple
• Cuenta con iluminación y ventilación adecuada.	Cumple
• Las paredes son lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables.	Cumple

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 12-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con acometida de agua, drenaje para su lavado y equipo de extinción de incendios.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con bascula, para realizar el pesaje de residuos.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con estructura Física en buen estado (puertas y paredes).</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con elementos que impiden el acceso de vectores, roedores etc.</li> </ul>	Cumple

## REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS

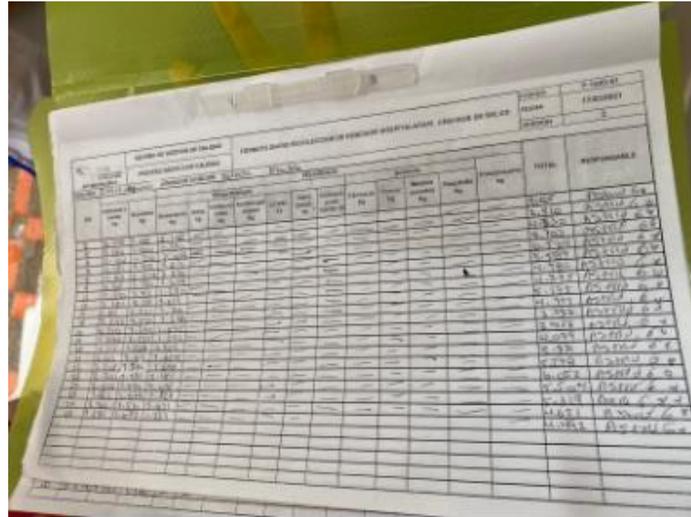


**2.2.2. RECIPIENTES Y SEGREGACIÓN**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Los recipientes se encuentran en buen estado.	Cumple
• Cumplen con el código de colores establecido.	Cumple
• Cuentan con bolsas de acuerdo al color establecido por la norma.	Cumple
• Cuentan con algún tipo de publicidad donde se indique el tipo de residuo a contener.	Cumple
• Las tapas de los recipientes se encuentran libres de objetos, permitiendo su correcto funcionamiento.	Cumple
• Se realiza la correcta disposición de los residuos en sus respectivos recipientes.	Cumple
• Se realiza la correcta disposición de los guardianes y se encuentran debidamente rotulados.	Cumple
• Se realiza diligenciamiento del formato RH1 sin enmendadura y de manera organizada.	Cumple

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**





**2.2.3. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se tiene ruta sanitaria	Cumple
• La ruta cubre la totalidad de la institución.	Cumple
• La ruta Sanitaria empieza con la recolección de los residuos No peligrosos.	Cumple
• Los residuos son recolectados diariamente en los puntos de generación.	Cumple
• Se cuenta con vehículo interno para el transporte de residuos peligrosos	No aplica

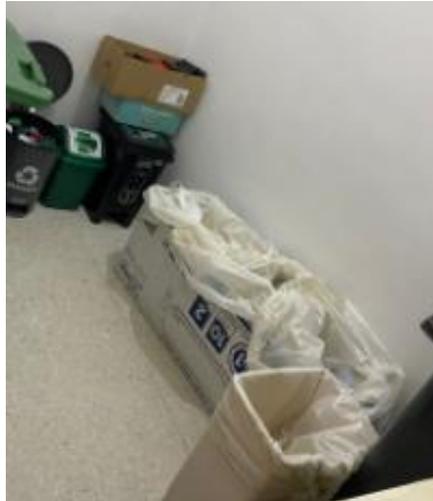
**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



**2.2.4. RECURSO AGUA Y ENERGIA**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• No se evidenció fugas en el centro de salud.	Cumple
• Todos los sifones cuentan con rejilla.	Cumple
• Se cuenta con luminarias led ahorradores de energía.	Cumple
• Se están llevando a cabo campañas ambientales como son: recolección de pilas, ahorro de energía, capacitación en prevención de dengue.	Cumple
• No se observan humedades en el centro de salud.	Cumple

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 16-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

### 2.3. CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL

Se realizó visita el 7 de junio de 2024, en compañía de la ingeniera ambiental de la ESE ISABU y se aplicó lista de chequeo evidenciándose:

#### 2.3.1. ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se cuenta con un espacio aislado para el almacenamiento central de los residuos hospitalarios.	Cumple
• Se dispone de espacio para cada tipo de residuos, a fin de evitar la contaminación cruzada.	Cumple
• El cuarto de almacenamiento temporal de residuos es de acceso restringido, con elementos de señalización.	Cumple
• Se encuentra cubierto para protección de aguas lluvias.	Cumple
• Cuenta con iluminación y ventilación adecuada.	Cumple
• Las paredes son lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables.	Cumple
• Se cuenta con acometida de agua, drenaje para su lavado y equipo de extinción de incendios.	Cumple
• Cuenta con bascula, para realizar el pesaje de residuos.	Cumple
• Se cuenta con estructura Física en buen estado (puertas y paredes).	Cumple
• Se cuenta con elementos que impiden el acceso de vectores, roedores etc.	Cumple

#### REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS



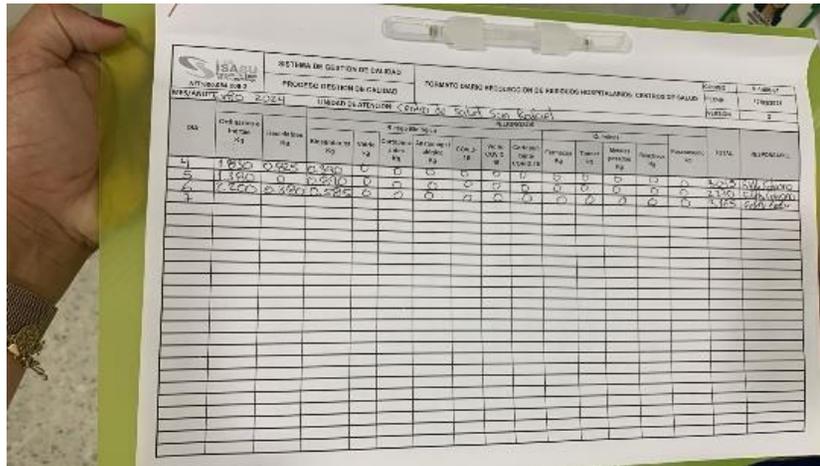


**2.3.2. RECIPIENTES Y SEGREGACIÓN**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los recipientes se encuentran en buen estado.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumplen con el código de colores establecido.</li> </ul>	No Cumple: Los recipientes del centro de salud para la disposición de residuos no cumplen con el código de colores de la resolución 2184 de 2019.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentan con bolsas de acuerdo al color establecido por la norma.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentan con algún tipo de publicidad donde se indique el tipo de residuo a contener.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las tapas de los recipientes se encuentran libres de objetos, permitiendo su correcto funcionamiento.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza la correcta disposición de los residuos en sus respectivos recipientes.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza la correcta disposición de los guardianes y se encuentran debidamente rotulados.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza diligenciamiento del formato RH1 sin enmendadura y de manera organizada.</li> </ul>	Cumple

### REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS





**2.3.3. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se tiene ruta sanitaria	Cumple
• La ruta cubre la totalidad de la institución.	Cumple
• La ruta Sanitaria empieza con la recolección de los residuos No peligrosos.	Cumple
• Los residuos son recolectados diariamente en los puntos de generación.	Cumple
• Se cuenta con vehículo interno para el transporte de residuos peligrosos	No aplica

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



**2.3.4. RECURSO AGUA Y ENERGIA**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• No se evidenció fugas en el centro de salud.	Cumple
• Todos los sifones cuentan con rejilla.	Cumple
• Se cuenta con luminarias led ahorradores de energía.	Cumple
• Se están llevando a cabo campañas ambientales como son: recolección de pilas, ahorro de energía, capacitación en prevención de dengue.	Cumple
• No se observan humedades en el centro de salud.	Cumple

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



**ANOTACIÓN DE CONTROL INTERNO:** Los recipientes del centro de salud para la disposición de residuos no cumplen con el código de colores de la resolución 2184 de 2019.

Esta situación identificada en la visita realizada al centro de salud San Rafael, se elevarán a **HALLAZGO** por parte de la esta oficina de control interno.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 21-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

## 2.4. CENTRO DE SALUD IPC

Se realizó visita el 7 de junio de 2024, en compañía de la ingeniera ambiental de la ESE ISABU y se aplicó lista de chequeo evidenciándose:

### 2.4.1. ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con un espacio aislado para el almacenamiento central de los residuos hospitalarios.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se dispone de espacio para cada tipo de residuos, a fin de evitar la contaminación cruzada.</li> </ul>	No Cumple: solo tiene dos cuartos, uno solo para aprovechables y no aprovechables
<ul style="list-style-type: none"> <li>El cuarto de almacenamiento temporal de residuos es de acceso restringido, con elementos de señalización.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se encuentra cubierto para protección de aguas lluvias.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con iluminación y ventilación adecuada.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las paredes son lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con acometida de agua, drenaje para su lavado y equipo de extinción de incendios.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con bascula, para realizar el pesaje de residuos.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con estructura Física en buen estado (puertas y paredes).</li> </ul>	No cumple: Puerta donde se depositan los residuos peligrosos no cierra
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con elementos que impiden el acceso de vectores, roedores etc.</li> </ul>	No cumple: No tienen angeo

## REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS



La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.

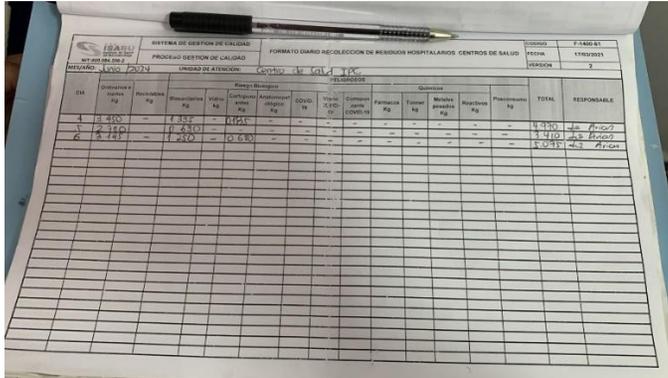


#### 2.4.2. RECIPIENTES Y SEGREGACIÓN

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Los recipientes se encuentran en buen estado.	Cumple
• Cumplen con el código de colores establecido.	Cumple
• Cuentan con bolsas de acuerdo al color establecido por la norma.	Cumple
• Cuentan con algún tipo de publicidad donde se indique el tipo de residuo a contener.	Cumple
• Las tapas de los recipientes se encuentran libres de objetos, permitiendo su correcto funcionamiento.	Cumple
• Se realiza la correcta disposición de los residuos en sus respectivos recipientes.	Cumple
• Se realiza la correcta disposición de los guardianes y se encuentran debidamente rotulados.	Cumple
• Se realiza diligenciamiento del formato RH1 sin enmendadura y de manera organizada.	Cumple

## REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS





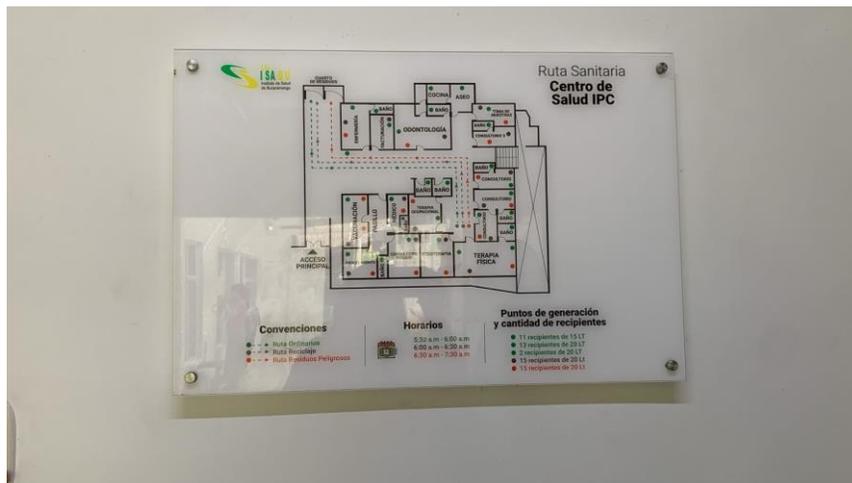
FECHA	UNIDAD DE ATENCIÓN	PERSONAL	RESIDUOS	RESPONSABLE
1	CLINICA	2.222	1.111	1.111
2	CLINICA	1.111	0.660	0.660



**2.4.3. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se tiene ruta sanitaria	Cumple
• La ruta cubre la totalidad de la institución.	Cumple
• La ruta Sanitaria empieza con la recolección de los residuos No peligrosos.	Cumple
• Los residuos son recolectados diariamente en los puntos de generación.	Cumple
• Se cuenta con vehículo interno para el transporte de residuos peligrosos	No aplica

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



#### 2.4.4. RECURSO AGUA Y ENERGIA

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• No se evidenció fugas en el centro de salud.	Cumple
• Todos los sifones cuentan con rejilla.	Cumple
• Se cuenta con luminarias led ahorradores de energía.	Cumple
• Se están llevando a cabo campañas ambientales como son: recolección de pilas, ahorro de energía, capacitación en prevención de dengue.	Cumple
• No se observan humedades en el centro de salud.	Se observan pequeñas humedades

#### REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS



**ANOTACIÓN DE CONTROL INTERNO.** Si bien esta oficina de control interno identificó un NO CUMPLE en el espacio por separado para cada tipo de residuo en los cuartos de almacenamiento central, esto se presenta por problemas de infraestructura que impiden el cumplimiento de la norma vigente, sin embargo, ante la imposibilidad de subsanar el hallazgo, se solicita a Gestión Ambiental, realice las acciones necesarias con el fin de impedir la contaminación cruzada. Adicionalmente, se identificó en la visita realizada que la puerta del cuarto de residuos no cierra de manera adecuada, las puertas no cuentan con anejo y humedades en algunos lugares del centro de salud.

Esta situación identificada en la visita realizada al centro de salud IPC, se elevarán a **HALLAZGO** por parte de la esta oficina de control interno.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 26-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

## 2.5. CENTRO DE SALUD PABLO VI

Se realizó visita el 11 de junio de 2024, en compañía de la ingeniera ambiental de la ESE ISABU y se aplicó lista de chequeo evidenciándose:

### 2.5.1. ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con un espacio aislado para el almacenamiento central de los residuos hospitalarios.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se dispone de espacio para cada tipo de residuos, a fin de evitar la contaminación cruzada.</li> </ul>	No Cumple: solo tiene dos cuartos, uno solo para aprovechables y no aprovechables
<ul style="list-style-type: none"> <li>El cuarto de almacenamiento temporal de residuos es de acceso restringido, con elementos de señalización.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se encuentra cubierto para protección de aguas lluvias.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con iluminación y ventilación adecuada.</li> </ul>	No Cumple: No tiene bombillo
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las paredes son lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con acometida de agua, drenaje para su lavado y equipo de extinción de incendios.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con bascula, para realizar el pesaje de residuos.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con estructura Física en buen estado (puertas y paredes).</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con elementos que impiden el acceso de vectores, roedores etc.</li> </ul>	Cumple

### REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS





### 2.5.2. RECIPIENTES Y SEGREGACIÓN

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Los recipientes se encuentran en buen estado.	Cumple
• Cumplen con el código de colores establecido.	Cumple
• Cuentan con bolsas de acuerdo al color establecido por la norma.	Cumple
• Cuentan con algún tipo de publicidad donde se indique el tipo de residuo a contener.	Cumple
• Las tapas de los recipientes se encuentran libres de objetos, permitiendo su correcto funcionamiento.	Cumple
• Se realiza la correcta disposición de los residuos en sus respectivos recipientes.	Cumple
• Se realiza la correcta disposición de los guardianes y se encuentran debidamente rotulados.	Cumple
• Se realiza diligenciamiento del formato RH1 sin enmendadura y de manera organizada.	Cumple

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		PROCESO GESTION DE CALIDAD										FLUJIMATO DIARIO DE COLECCION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS - CENTROS DI SALUD		CODIGO	FECHA		
MES/AÑO: Junio 2024		UNIDAD DE ATENCION:										VERSION	11480-81	17/03/2021			
DIA	Ordinarios e Inertes		Biosanitarios		Riesgo Biológico		Químicos			Residuos		TOTAL	RESPONSABLE				
	Kg	Kg	Kg	Kg	Cortopun años	Anatomopat ológico	COVID-19	Vidrio COVID-19	Cortapun zetas COVID-19	Farmacos	Tonares			Módulos pesados	Rasitros	Pocconsumo	
04	1.840		0.230														
05	1.830		0.430												2.42	ESOBUN	
06	0.249														2.160	ESOBUN	
07	0.425		0.615												0.915	ESOBUN	
															1.640	ESOBUN	

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 29-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

### 2.5.3. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se tiene ruta sanitaria	Cumple
• La ruta cubre la totalidad de la institución.	Cumple
• La ruta Sanitaria empieza con la recolección de los residuos No peligrosos.	Cumple
• Los residuos son recolectados diariamente en los puntos de generación.	Cumple
• Se cuenta con vehículo interno para el transporte de residuos peligrosos	No aplica

### REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS



### 2.5.4. RECURSO AGUA Y ENERGIA

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• No se evidenció fugas en el centro de salud.	Cumple
• Todos los sifones cuentan con rejilla.	Cumple
• Se cuenta con luminarias led ahorradores de energía.	Cumple
• Se están llevando a cabo campañas ambientales como son: recolección de pilas, ahorro de energía, capacitación en prevención de dengue.	Cumple
• No se observan humedades en el centro de salud.	Tiene algunas humedades

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 30-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

## REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS



**ANOTACIÓN DE CONTROL INTERNO.** Si bien esta oficina de control interno identificó un NO CUMPLE en el espacio por separado para cada tipo de residuo en los cuartos de almacenamiento central, esto se presenta por problemas de infraestructura que impiden el cumplimiento de la norma vigente, sin embargo, ante la imposibilidad de subsanar el hallazgo, se solicita a Gestión Ambiental, realice las acciones necesarias con el fin de impedir la contaminación cruzada.

Aunado a lo anterior, el cuarto de residuos no cuenta con la iluminación adecuada ya que no dispone de bombillo y se evidenciaron algunas humedades.

Teniendo en cuenta lo anterior, estas situaciones identificadas en la visita realizada al centro de salud Pablo VI, se elevarán a **HALLAZGO** por parte de la esta oficina de control interno.

### 2.6. CENTRO DE SALUD BUCARAMANGA

Se realizó visita el 11 de junio de 2024, en compañía de la ingeniera ambiental de la ESE ISABU y se aplicó lista de chequeo evidenciándose:

#### 2.6.1. ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con un espacio aislado para el almacenamiento central de los residuos hospitalarios.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se dispone de espacio para cada tipo de residuos, a fin de evitar la contaminación cruzada.</li> </ul>	Cumple

• El cuarto de almacenamiento temporal de residuos es de acceso restringido, con elementos de señalización.	Cumple
• Se encuentra cubierto para protección de aguas lluvias.	Cumple
• Cuenta con iluminación y ventilación adecuada.	Cumple
• Las paredes son lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables.	Cumple
• Se cuenta con acometida de agua, drenaje para su lavado y equipo de extinción de incendios.	No cumple: En el centro de salud no se evidenció extintor
• Cuenta con bascula, para realizar el pesaje de residuos.	Cumple
• Se cuenta con estructura Física en buen estado (puertas y paredes).	Cumple
• Se cuenta con elementos que impiden el acceso de vectores, roedores etc.	Cumple

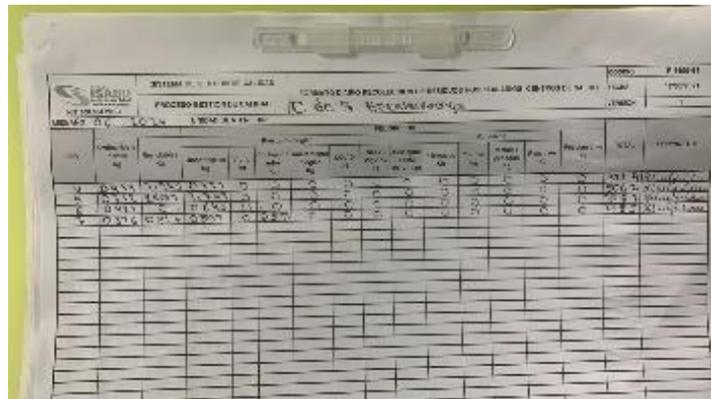
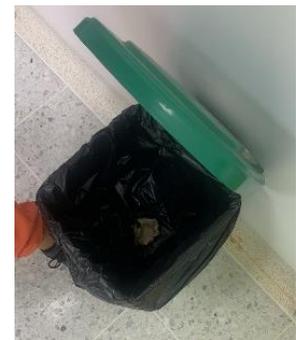
**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



**2.6.2. RECIPIENTES Y SEGREGACIÓN**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los recipientes se encuentran en buen estado.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumplen con el código de colores establecido.</li> </ul>	No Cumple: Los recipientes del centro de salud para la disposición de residuos no cumplen con el código de colores de la resolución 2184 de 2019.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentan con bolsas de acuerdo al color establecido por la norma.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentan con algún tipo de publicidad donde se indique el tipo de residuo a contener.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las tapas de los recipientes se encuentran libres de objetos, permitiendo su correcto funcionamiento.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza la correcta disposición de los residuos en sus respectivos recipientes.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza la correcta disposición de los guardianes y se encuentran debidamente rotulados.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza diligenciamiento del formato RH1 sin enmendadura y de manera organizada.</li> </ul>	Cumple

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 33-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

### 2.6.3. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se tiene ruta sanitaria	Cumple
• La ruta cubre la totalidad de la institución.	Cumple
• La ruta Sanitaria empieza con la recolección de los residuos No peligrosos.	Cumple
• Los residuos son recolectados diariamente en los puntos de generación.	Cumple
• Se cuenta con vehículo interno para el transporte de residuos peligrosos	No aplica

### REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS



### 2.6.4. RECURSO AGUA Y ENERGIA

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• No se evidenció fugas en el centro de salud.	Cumple
• Todos los sifones cuentan con rejilla.	Cumple
• Se cuenta con luminarias led ahorradores de energía.	Cumple
• Se están llevando a cabo campañas ambientales como son: recolección de pilas, ahorro de energía, capacitación en prevención de dengue.	Cumple
• No se observan humedades en el centro de salud.	Se observan humedades en el centro de salud

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 34-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

## REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS



**ANOTACIÓN DE CONTROL INTERNO:** Los recipientes del centro de salud para la disposición de residuos no cumplen con el código de colores de la resolución 2184 de 2019. De igual manera, el centro de salud no cuenta con extintor. Adicionalmente en el momento de la visita el centro de salud no contaba con extintor.

Estas situaciones identificadas en la visita realizada al centro de salud Bucaramanga, se elevarán a **HALLAZGO** por parte de la esta oficina de control interno.

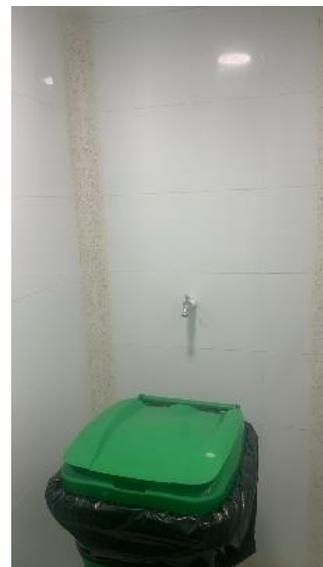
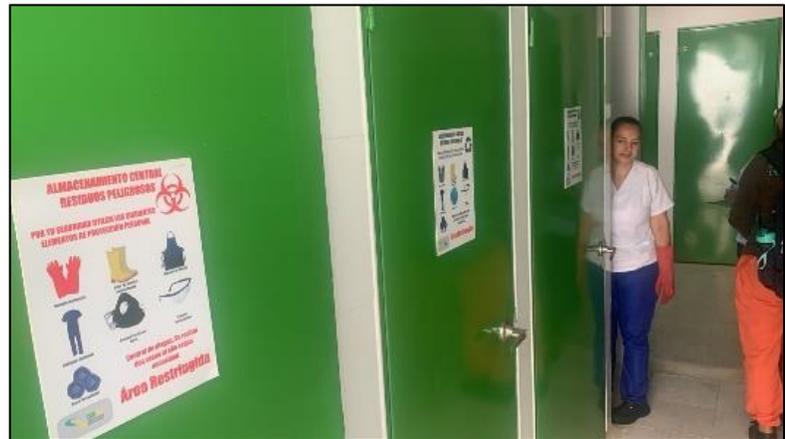
### 2.7. CENTRO DE SALUD CAMPO HERMOSO

Se realizó visita el 11 de junio de 2024, en compañía de la ingeniera ambiental de la ESE ISABU y se aplicó lista de chequeo evidenciándose:

#### 2.7.1. ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se cuenta con un espacio aislado para el almacenamiento central de los residuos hospitalarios.	Cumple
• Se dispone de espacio para cada tipo de residuos, a fin de evitar la contaminación cruzada.	Cumple
• El cuarto de almacenamiento temporal de residuos es de acceso restringido, con elementos de señalización.	Cumple
• Se encuentra cubierto para protección de aguas lluvias.	Cumple
• Cuenta con iluminación y ventilación adecuada.	Cumple
• Las paredes son lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables.	Cumple
• Se cuenta con acometida de agua, drenaje para su lavado y equipo de extinción de incendios.	Cumple
• Cuenta con bascula, para realizar el pesaje de residuos.	Cumple
• Se cuenta con estructura Física en buen estado (puertas y paredes).	Cumple
• Se cuenta con elementos que impiden el acceso de vectores, roedores etc.	Cumple

## REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS





### 2.7.2. RECIPIENTES Y SEGREGACIÓN

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los recipientes se encuentran en buen estado.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumplen con el código de colores establecido.</li> </ul>	No Cumple: Los recipientes del centro de salud para la disposición de residuos no cumplen con el código de colores de la resolución 2184 de 2019.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentan con bolsas de acuerdo al color establecido por la norma.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentan con algún tipo de publicidad donde se indique el tipo de residuo a contener.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las tapas de los recipientes se encuentran libres de objetos, permitiendo su correcto funcionamiento.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza la correcta disposición de los residuos en sus respectivos recipientes.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza la correcta disposición de los guardianes y se encuentran debidamente rotulados.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza diligenciamiento del formato RH1 sin enmendadura y de manera organizada.</li> </ul>	Cumple

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD														CODIGO		
PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD														F-1400-61		
FORMATO DIARIO RECOLECCIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS - CENTROS DE SALUD														FECHA		
UNIDAD DE ATENCIÓN: U.S. COMPO HAMBOSO														17/03/2021		
FECHA: 2024														VERSION		
RISGO BIOLÓGICO																
DA	Residuos orgánicos Kg	Residuos anorgánicos Kg	Sieroterapia Kg	Válvulas Kg	Contenido anorgánico Kg	Asesoropatológico Kg	COVID-19	Virus COVID-19	Contenido zoonosis COVID-19	Farmacos Kg	Tinturas Kg	Medicamentos Kg	Residuos Kg	Ponchoconsumo kg	TOTAL	RESPONSABLE
04	0,000	-	0,102	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,990	NEBITA G D
05	0,902	0,976	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,928	NEBITA G D
06	1,004	0,802	0,102	-	0,490	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,428	NEBITA G D
07	0,000	-	0,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,990	NEBITA G D
11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	CODIGO: CIN-F-013	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	VERSION: 3	PAGINA: 38-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

### 2.7.3. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se tiene ruta sanitaria	Cumple
• La ruta cubre la totalidad de la institución.	Cumple
• La ruta Sanitaria empieza con la recolección de los residuos No peligrosos.	Cumple
• Los residuos son recolectados diariamente en los puntos de generación.	Cumple
• Se cuenta con vehículo interno para el transporte de residuos peligrosos	No aplica

### REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS



### 2.7.4. RECURSO AGUA Y ENERGIA

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• No se evidenció fugas en el centro de salud.	Cumple
• Todos los sifones cuentan con rejilla.	Cumple
• Se cuenta con luminarias led ahorradores de energía.	Cumple
• Se están llevando a cabo campañas ambientales como son: recolección de pilas, ahorro de energía, capacitación en prevención de dengue.	Cumple
• No se observan humedades en el centro de salud.	No cumple: Se pueden evidenciar humedades en pasillos y consultorios

## REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS



**ANOTACIÓN DE CONTROL INTERNO:** Los recipientes del centro de salud para la disposición de residuos no cumplen con el código de colores de la resolución 2184 de 2019. Adicionalmente en la visita realizada al centro de salud se evidenciaron humedades.

Esta situación identificada en la visita realizada al centro de salud Campo Hermoso, se elevará a **HALLAZGO** por parte de la esta oficina de control interno.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 40-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

## 2.8. CENTRO DE SALUD LA JOYA

Se realizó visita el 11 de junio de 2024, en compañía de la ingeniera ambiental de la ESE ISABU y se aplicó lista de chequeo evidenciándose:

### 2.8.1. ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se cuenta con un espacio aislado para el almacenamiento central de los residuos hospitalarios.	Cumple
• Se dispone de espacio para cada tipo de residuos, a fin de evitar la contaminación cruzada.	Cumple
• El cuarto de almacenamiento temporal de residuos es de acceso restringido, con elementos de señalización.	Cumple
• Se encuentra cubierto para protección de aguas lluvias.	Cumple
• Cuenta con iluminación y ventilación adecuada.	Cumple
• Las paredes son lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables.	Cumple
• Se cuenta con acometida de agua, drenaje para su lavado y equipo de extinción de incendios.	Cumple
• Cuenta con bascula, para realizar el pesaje de residuos.	Cumple
• Se cuenta con estructura Física en buen estado (puertas y paredes).	Cumple
• Se cuenta con elementos que impiden el acceso de vectores, roedores etc.	Cumple

### REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS





### 2.8.2. RECIPIENTES Y SEGREGACIÓN

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los recipientes se encuentran en buen estado.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumplen con el código de colores establecido.</li> </ul>	No cumple: Los recipientes del centro de salud para la disposición de residuos no cumplen con el código de colores de la resolución 2184 de 2019.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentan con bolsas de acuerdo al color establecido por la norma.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentan con algún tipo de publicidad donde se indique el tipo de residuo a contener.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las tapas de los recipientes se encuentran libres de objetos, permitiendo su correcto funcionamiento.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza la correcta disposición de los residuos en sus respectivos recipientes.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza la correcta disposición de los guardianes y se encuentran debidamente rotulados.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza diligenciamiento del formato RH1 sin enmendadura y de manera organizada.</li> </ul>	No cumple: Al momento de la visita no contaba con el formato RH1 diligenciado.

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



**2.8.3. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se tiene ruta sanitaria</li> </ul>	Cumple: La ruta sanitaria se encuentra impresa, sin embargo, no se encuentra en un lugar visible.
<ul style="list-style-type: none"> <li>La ruta cubre la totalidad de la institución.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>La ruta Sanitaria empieza con la recolección de los residuos No peligrosos.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los residuos son recolectados diariamente en los puntos de generación.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con vehículo interno para el transporte de residuos peligrosos</li> </ul>	No aplica

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



**2.8.4. RECURSO AGUA Y ENERGIA**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• No se evidenció fugas en el centro de salud.	Cumple
• Todos los sifones cuentan con rejilla.	Cumple
• Se cuenta con luminarias led ahorradores de energía.	Cumple
• Se están llevando a cabo campañas ambientales como son: recolección de pilas, ahorro de energía, capacitación en prevención de dengue.	Cumple
• No se observan humedades en el centro de salud.	Cumple

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



**ANOTACIÓN DE CONTROL INTERNO:** Los recipientes del centro de salud para la disposición de residuos no cumplen con el código de colores de la resolución 2184 de 2019. Adicionalmente al momento de la visita, no se contaba con el formato RH1 diligenciado, correspondiente al último día del pesaje de los residuos. De igual manera se identificó que se tiene la ruta sanitaria, sin embargo, no se tiene publicada en un lugar visible.

Esta situación identificada en la visita realizada al centro de salud La Joya, se elevará a **HALLAZGO** por parte de la esta oficina de control interno.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 44-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

## 2.9. CENTRO DE SALUD KENNEDY

Se realizó visita el 14 de junio de 2024, en compañía de la ingeniera ambiental de la ESE ISABU y se aplicó lista de chequeo evidenciándose:

### 2.9.1. ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se cuenta con un espacio aislado para el almacenamiento central de los residuos hospitalarios.	Cumple
• Se dispone de espacio para cada tipo de residuos, a fin de evitar la contaminación cruzada.	Cumple
• El cuarto de almacenamiento temporal de residuos es de acceso restringido, con elementos de señalización.	Cumple
• Se encuentra cubierto para protección de aguas lluvias.	Cumple
• Cuenta con iluminación y ventilación adecuada.	Cumple
• Las paredes son lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables.	Cumple
• Se cuenta con acometida de agua, drenaje para su lavado y equipo de extinción de incendios.	Cumple
• Cuenta con bascula, para realizar el pesaje de residuos.	Cumple
• Se cuenta con estructura Física en buen estado (puertas y paredes).	Cumple
• Se cuenta con elementos que impiden el acceso de vectores, roedores etc.	Cumple

### REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS





**2.9.2. RECIPIENTES Y SEGREGACIÓN**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los recipientes se encuentran en buen estado.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumplen con el código de colores establecido.</li> </ul>	No cumple: Los recipientes del centro de salud para la disposición de residuos no cumplen con el código de colores de la resolución 2184 de 2019.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentan con bolsas de acuerdo al color establecido por la norma.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentan con algún tipo de publicidad donde se indique el tipo de residuo a contener.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las tapas de los recipientes se encuentran libres de objetos, permitiendo su correcto funcionamiento.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza la correcta disposición de los residuos en sus respectivos recipientes.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza la correcta disposición de los guardianes y se encuentran debidamente rotulados.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza diligenciamiento del formato RH1 sin enmendadura y de manera organizada.</li> </ul>	Cumple

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



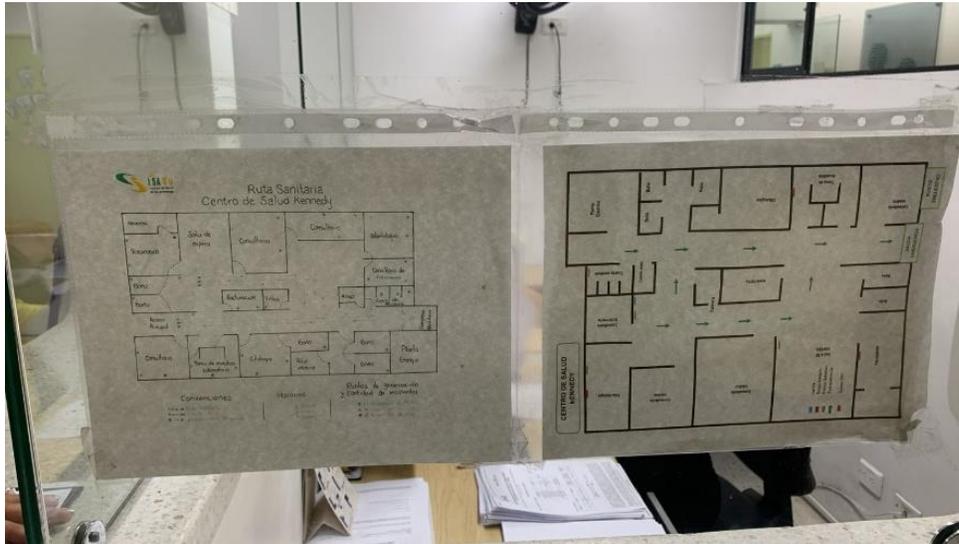
*Nomara Barón Kennedy*

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		FORMATO DIARIO RECOLECCIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS CENTROS DE SALUD														CODIGO	F.1400-01
PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE CALIDAD																FECHA	17/03/2021
MUNICIPIO: JUNIO 2021		UNIDAD DE ATENCIÓN: Centro de Salud Kennedy														VERSION	2
MES	CIA	Ordenes de Residuos Kg	Residuos Kg	Residuos Peligrosos Kg	Virus Kg	Riesgo Biológico					Químicos					TOTAL	RESPONSABLE
						Quemados Kg	Anestésicos Kg	COVID-19	Virus COVID-19	Enfermedades transmisibles COVID-19	Fermentos Kg	Isótopos Kg	Melclas pastosas Kg	Residuos Kg	Poisons Kg		
	04	7.320	10.700	0.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2410	Nomara B
	05	7.150	20.000	0.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2030	Nomara B
	06	4.020	0.950	0.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2.167	Nomara B
	07	7.080	20.220	0.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2.181	Nomara B
	11	0.320	0.050	0.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2.361	Nomara B
	12	4.320	0.580	0.470	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2.275	Nomara B
	13	7.085	1.730	0.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	14																

**2.9.3. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se tiene ruta sanitaria	Cumple
• La ruta cubre la totalidad de la institución.	Cumple
• La ruta Sanitaria empieza con la recolección de los residuos No peligrosos.	Cumple
• Los residuos son recolectados diariamente en los puntos de generación.	Cumple
• Se cuenta con vehículo interno para el transporte de residuos peligrosos	No aplica

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



**2.9.4. RECURSO AGUA Y ENERGIA**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• No se evidenció fugas en el centro de salud.	Cumple
• Todos los sifones cuentan con rejilla.	Cumple
• Se cuenta con luminarias led ahorradores de energía.	Cumple
• Se están llevando a cabo campañas ambientales como son: recolección de pilas, ahorro de energía, capacitación en prevención de dengue.	Cumple
• No se observan humedades en el centro de salud.	Cumple

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 48-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

**ANOTACIÓN DE CONTROL INTERNO:** Los recipientes del centro de salud para la disposición de residuos no cumplen con el código de colores de la resolución 2184 de 2019.

Esta situación identificada en la visita realizada al centro de salud Kennedy, se elevará a **HALLAZGO** por parte de la esta oficina de control interno.

## 2.10. CENTRO DE SALUD CAFÉ MADRID

Se realizó visita el 14 de junio de 2024, en compañía de la ingeniera ambiental de la ESE ISABU y se aplicó lista de chequeo evidenciándose:

### 2.10.1. ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se cuenta con un espacio aislado para el almacenamiento central de los residuos hospitalarios.	Cumple
• Se dispone de espacio para cada tipo de residuos, a fin de evitar la contaminación cruzada.	Cumple
• El cuarto de almacenamiento temporal de residuos es de acceso restringido, con elementos de señalización.	Cumple
• Se encuentra cubierto para protección de aguas lluvias.	Cumple
• Cuenta con iluminación y ventilación adecuada.	Cumple
• Las paredes son lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables.	Cumple
• Se cuenta con acometida de agua, drenaje para su lavado y equipo de extinción de incendios.	Cumple
• Cuenta con bascula, para realizar el pesaje de residuos.	Cumple
• Se cuenta con estructura Física en buen estado (puertas y paredes).	Cumple
• Se cuenta con elementos que impiden el acceso de vectores, roedores etc.	Cumple

### REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS





**2.10.2. RECIPIENTES Y SEGREGACIÓN**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Los recipientes se encuentran en buen estado.	Cumple
• Cumplen con el código de colores establecido.	Cumple
• Cuentan con bolsas de acuerdo al color establecido por la norma.	Cumple
• Cuentan con algún tipo de publicidad donde se indique el tipo de residuo a contener.	Cumple
• Las tapas de los recipientes se encuentran libres de objetos, permitiendo su correcto funcionamiento.	Cumple
• Se realiza la correcta disposición de los residuos en sus respectivos recipientes.	Cumple
• Se realiza la correcta disposición de los guardianes y se encuentran debidamente rotulados.	Cumple
• Se realiza diligenciamiento del formato RH1 sin enmendadura y de manera organizada.	Cumple

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		FORMATO PARA RECOLECCION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS - CENTROS DE SALUD														COCCION	P-1300-01	
PROCESO GESTION DE CALIDAD																FECHA	15/03/2021	
UNIDAD DE ATENCION: U.S. CAFE MADRID																PERIODO	2	
DIA	Circulacion Inicial Kg	Residuos Kg	Residuos Biologicos				Residuos Quimicos				Residuos Farmaceuticos				TOTAL	RESPONSABLE		
			Residuos Biologicos	Residuos Quimicos	Residuos Farmaceuticos	Residuos Biologicos	Residuos Quimicos	Residuos Farmaceuticos	Residuos Biologicos	Residuos Quimicos	Residuos Farmaceuticos							
04	1.824	0	4.015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5.839	SONIA RAMIREZ
05	2.420	0	4.125	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6.545	SONIA RAMIREZ
06	2.401	0	4.220	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6.621	SONIA RAMIREZ
07	3.430	0	4.435	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7.865	SONIA RAMIREZ
14	4.550	2.323	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6.873	SONIA RAMIREZ
15	3.210	0	4.123	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7.333	SONIA RAMIREZ
16	1.870	0	4.375	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6.245	SONIA RAMIREZ



**2.10.3. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se tiene ruta sanitaria	Cumple
• La ruta cubre la totalidad de la institución.	Cumple
• La ruta Sanitaria empieza con la recolección de los residuos No peligrosos.	Cumple
• Los residuos son recolectados diariamente en los puntos de generación.	Cumple
• Se cuenta con vehículo interno para el transporte de residuos peligrosos	No aplica

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



**2.10.4. RECURSO AGUA Y ENERGIA**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• No se evidenció fugas en el centro de salud.	Cumple
• Todos los sifones cuentan con rejilla.	Cumple
• Se cuenta con luminarias led ahorradores de energía.	Cumple
• Se están llevando a cabo campañas ambientales como son: recolección de pilas, ahorro de energía, capacitación en prevención de dengue.	Cumple
• No se observan humedades en el centro de salud.	Cumple

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



**2.11. CENTRO DE SALUD MORRORICO**

Se realizó visita el 19 de junio de 2024, en compañía de la ingeniera ambiental de la ESE ISABU y se aplicó lista de chequeo evidenciándose:

**2.11.1. ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se cuenta con un espacio aislado para el almacenamiento central de los residuos hospitalarios.	Cumple
• Se dispone de espacio para cada tipo de residuos, a fin de evitar la contaminación cruzada.	Cumple
• El cuarto de almacenamiento temporal de residuos es de acceso restringido, con elementos de señalización.	Cumple
• Se encuentra cubierto para protección de aguas lluvias.	Cumple
• Cuenta con iluminación y ventilación adecuada.	Cumple
• Las paredes son lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables.	Cumple
• Se cuenta con acometida de agua, drenaje para su lavado y equipo de extinción de incendios.	Cumple
• Cuenta con bascula, para realizar el pesaje de residuos.	Cumple
• Se cuenta con estructura Física en buen estado (puertas y paredes).	Cumple
• Se cuenta con elementos que impiden el acceso de vectores, roedores etc.	Cumple

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



**2.11.2. RECIPIENTES Y SEGREGACIÓN**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Los recipientes se encuentran en buen estado.	Cumple
• Cumplen con el código de colores establecido.	Cumple
• Cuentan con bolsas de acuerdo al color establecido por la norma.	Cumple
• Cuentan con algún tipo de publicidad donde se indique el tipo de residuo a contener.	Cumple
• Las tapas de los recipientes se encuentran libres de objetos, permitiendo su correcto funcionamiento.	Cumple
• Se realiza la correcta disposición de los residuos en sus respectivos recipientes.	Cumple
• Se realiza la correcta disposición de los guardianes y se encuentran debidamente rotulados.	Cumple
• Se realiza diligenciamiento del formato RH1 sin enmendadura y de manera organizada.	Cumple

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**





ISABU		SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD										FORMATO DIARIO RECOLECCION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS - CENTROS DE SALUD		CCBDO F-1493-4		
PROCESO GESTION DE CALIDAD		UNIDAD DE AREA: Centro de Salud Morrórico										FECHA: 17/05/2024		VERSION: 2		
FECHA: 17/05/2024		FELECCION										17/05		HISABU		
No.	Embarcación	Residuos	Residuos Peligrosos					Sólidos					Total	HISABU		
			Residuos	Agua	Contenedor	Residuos	Agua	Residuos	Agua	Residuos	Agua					
01	200	200														
02	200	200														
03	200	200														
04	200	200														
05	200	200														
06	200	200														
07	200	200														
08	200	200														
09	200	200														
10	200	200														
11	200	200														
12	200	200														
13	200	200														
14	200	200														
15	200	200														
16	200	200														
17	200	200														
18	200	200														
19	200	200														
20	200	200														

**2.11.3. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se tiene ruta sanitaria	Cumple
• La ruta cubre la totalidad de la institución.	Cumple
• La ruta Sanitaria empieza con la recolección de los residuos No peligrosos.	Cumple
• Los residuos son recolectados diariamente en los puntos de generación.	Cumple
• Se cuenta con vehículo interno para el transporte de residuos peligrosos	No aplica

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en la Intranet de la E.S.E. ISABU, evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.

**2.11.4. RECURSO AGUA Y ENERGIA**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• No se evidenció fugas en el centro de salud.	Cumple
• Todos los sifones cuentan con rejilla.	Cumple
• Se cuenta con luminarias led ahorradores de energía.	Cumple
• Se están llevando a cabo campañas ambientales como son: recolección de pilas, ahorro de energía, capacitación en prevención de dengue.	Cumple
• No se observan humedades en el centro de salud.	Se evidencian humedades

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



**ANOTACIÓN DE CONTROL INTERNO:** Se evidenció en la visita algunas humedades en el centro de salud.

Esta situación identificada en la visita realizada al centro de salud Morrорico, se elevará a **HALLAZGO** por parte de la esta oficina de control interno.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 57-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

## 2.12. CENTRO DE SALUD SANTANDER

Se realizó visita el 19 de junio de 2024, en compañía de la ingeniera ambiental de la ESE ISABU y se aplicó lista de chequeo evidenciándose:

### 2.12.1. ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con un espacio aislado para el almacenamiento central de los residuos hospitalarios.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se dispone de espacio para cada tipo de residuos, a fin de evitar la contaminación cruzada.</li> </ul>	No Cumple: solo tiene dos cuartos, uno solo para aprovechables y no aprovechables
<ul style="list-style-type: none"> <li>El cuarto de almacenamiento temporal de residuos es de acceso restringido, con elementos de señalización.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se encuentra cubierto para protección de aguas lluvias.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con iluminación y ventilación adecuada.</li> </ul>	No Cumple: No tiene bombillo
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las paredes son lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con acometida de agua, drenaje para su lavado y equipo de extinción de incendios.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con bascula, para realizar el pesaje de residuos.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con estructura Física en buen estado (puertas y paredes).</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con elementos que impiden el acceso de vectores, roedores etc.</li> </ul>	No Cumple: las puertas no poseen angeos

### REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS



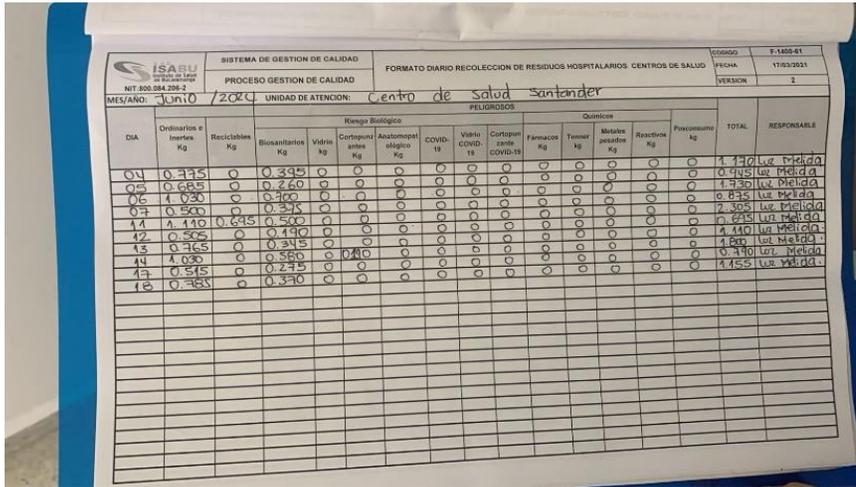


**2.12.2. RECIPIENTES Y SEGREGACIÓN**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Los recipientes se encuentran en buen estado.	Cumple
• Cumplen con el código de colores establecido.	Cumple
• Cuentan con bolsas de acuerdo al color establecido por la norma.	Cumple
• Cuentan con algún tipo de publicidad donde se indique el tipo de residuo a contener.	Cumple
• Las tapas de los recipientes se encuentran libres de objetos, permitiendo su correcto funcionamiento.	Cumple
• Se realiza la correcta disposición de los residuos en sus respectivos recipientes.	Cumple
• Se realiza la correcta disposición de los guardianes y se encuentran debidamente rotulados.	Cumple
• Se realiza diligenciamiento del formato RH1 sin enmendadura y de manera organizada.	Cumple

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**






**2.12.3. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se tiene ruta sanitaria	Cumple
• La ruta cubre la totalidad de la institución.	Cumple
• La ruta Sanitaria empieza con la recolección de los residuos No peligrosos.	Cumple
• Los residuos son recolectados diariamente en los puntos de generación.	Cumple
• Se cuenta con vehículo interno para el transporte de residuos peligrosos	No aplica

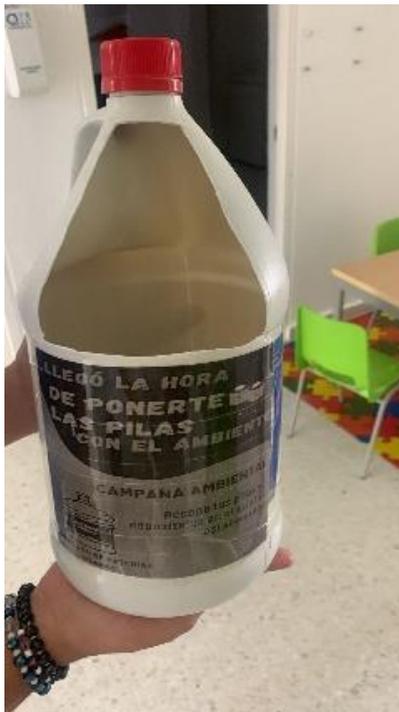
**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



**2.12.4. RECURSO AGUA Y ENERGIA**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• No se evidenció fugas en el centro de salud.	Cumple
• Todos los sifones cuentan con rejilla.	Cumple
• Se cuenta con luminarias led ahorradores de energía.	Cumple
• Se están llevando a cabo campañas ambientales como son: recolección de pilas, ahorro de energía, capacitación en prevención de dengue.	Cumple
• No se observan humedades en el centro de salud.	Se observan humedades

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**



**ANOTACIÓN DE CONTROL INTERNO:** Si bien esta oficina de control interno identificó un NO CUMPLE en el espacio por separado para cada tipo de residuo en los cuartos de almacenamiento central, esto se presenta por problemas de infraestructura que impiden el cumplimiento de la norma vigente, sin embargo, ante la imposibilidad de subsanar el hallazgo, se solicita a Gestión Ambiental, realice las acciones necesarias con el fin de impedir la contaminación cruzada.

Sin embargo, los temas relacionados con la falta de bombillo y un anejo que proteja el cuarto de residuos se elevarán a **HALLAZGO** por parte de la esta oficina de control interno.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 61-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

### 2.13. CENTRO DE SALUD GIRARDOT

Se realizó visita el 19 de junio de 2024, en compañía de la ingeniera ambiental de la ESE ISABU y se aplicó lista de chequeo evidenciándose:

#### 2.13.1. ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se cuenta con un espacio aislado para el almacenamiento central de los residuos hospitalarios.	Cumple
• Se dispone de espacio para cada tipo de residuos, a fin de evitar la contaminación cruzada.	Cumple
• El cuarto de almacenamiento temporal de residuos es de acceso restringido, con elementos de señalización.	Cumple
• Se encuentra cubierto para protección de aguas lluvias.	Cumple
• Cuenta con iluminación y ventilación adecuada.	Cumple
• Las paredes son lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables.	Cumple
• Se cuenta con acometida de agua, drenaje para su lavado y equipo de extinción de incendios.	Cumple
• Cuenta con bascula, para realizar el pesaje de residuos.	Cumple
• Se cuenta con estructura Física en buen estado (puertas y paredes).	Cumple
• Se cuenta con elementos que impiden el acceso de vectores, roedores etc.	Cumple

#### REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS





**2.13.2. RECIPIENTES Y SEGREGACIÓN**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los recipientes se encuentran en buen estado.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumplen con el código de colores establecido.</li> </ul>	Cumple: Aunque en el centro de salud se encuentran algunas canecas con el código de color anterior que no fueron pintadas.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentan con bolsas de acuerdo al color establecido por la norma.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentan con algún tipo de publicidad donde se indique el tipo de residuo a contener.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las tapas de los recipientes se encuentran libres de objetos, permitiendo su correcto funcionamiento.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza la correcta disposición de los residuos en sus respectivos recipientes.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza la correcta disposición de los guardianes y se encuentran debidamente rotulados.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza diligenciamiento del formato RH1 sin enmendadura y de manera organizada.</li> </ul>	No Cumple: falta diligenciamiento y firma del RH1.

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**





ISABU		SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS										FECHA	REVISOR
INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA		PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD		UNIDAD DE ATENCIÓN										VERIFICADO	VERIFICADO
MÉDICA		2024		UNIDAD DE ATENCIÓN										VERIFICADO	VERIFICADO
ORDEN	FECHA	DESCRIPCIÓN	VALOR	DESCRIPCIÓN	VALOR	DESCRIPCIÓN	VALOR	DESCRIPCIÓN	VALOR	DESCRIPCIÓN	VALOR	DESCRIPCIÓN	VALOR	DESCRIPCIÓN	VALOR
1	11/05														
2	11/05														
3	11/05														
4	11/05														
5	11/05														
6	11/05														
7	11/05														
8	11/05														
9	11/05														
10	11/05														
11	11/05														
12	11/05														
13	11/05														
14	11/05														
15	11/05														
16	11/05														
17	11/05														
18	11/05														
19	11/05														
20	11/05														
21	11/05														
22	11/05														
23	11/05														
24	11/05														
25	11/05														
26	11/05														
27	11/05														
28	11/05														
29	11/05														
30	11/05														
31	11/05														
32	11/05														
33	11/05														
34	11/05														
35	11/05														
36	11/05														
37	11/05														
38	11/05														
39	11/05														
40	11/05														
41	11/05														
42	11/05														
43	11/05														
44	11/05														
45	11/05														
46	11/05														
47	11/05														
48	11/05														
49	11/05														
50	11/05														
51	11/05														
52	11/05														
53	11/05														
54	11/05														
55	11/05														
56	11/05														
57	11/05														
58	11/05														
59	11/05														
60	11/05														
61	11/05														
62	11/05														
63	11/05														
64	11/05														
65	11/05														
66	11/05														
67	11/05														
68	11/05														
69	11/05														
70	11/05														
71	11/05														
72	11/05														
73	11/05														
74	11/05														
75	11/05														
76	11/05														
77	11/05														
78	11/05														
79	11/05														
80	11/05														
81	11/05														
82	11/05														
83	11/05														
84	11/05														
85	11/05														
86	11/05														
87	11/05														
88	11/05														
89	11/05														
90	11/05														
91	11/05														
92	11/05														
93	11/05														
94	11/05														
95	11/05														
96	11/05														
97	11/05														
98	11/05														
99	11/05														
100	11/05														

**2.13.3. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se tiene ruta sanitaria	Cumple
• La ruta cubre la totalidad de la institución.	Cumple
• La ruta Sanitaria empieza con la recolección de los residuos No peligrosos.	Cumple
• Los residuos son recolectados diariamente en los puntos de generación.	Cumple
• Se cuenta con vehículo interno para el transporte de residuos peligrosos	No aplica

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**

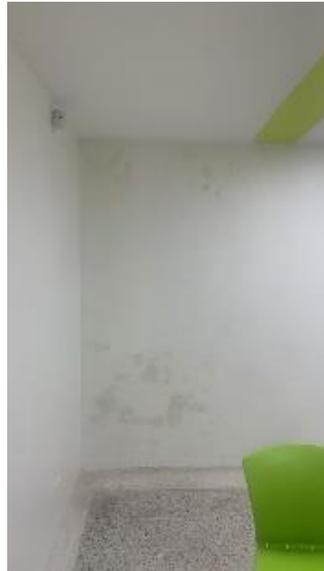


**2.13.4. RECURSO AGUA Y ENERGIA**

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• No se evidenció fugas en el centro de salud.	Cumple
• Todos los sifones cuentan con rejilla.	Cumple
• Se cuenta con luminarias led ahorradores de energía.	Cumple
• Se están llevando a cabo campañas ambientales como son: recolección de pilas, ahorro de energía, capacitación en prevención de dengue.	Cumple
• No se observan humedades en el centro de salud.	Se observan humedades

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 66-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

## REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS



**ANOTACIÓN DE CONTROL INTERNO:** Al momento de la visita, no se contaba con el formato RH1 diligenciado ni firmado correspondiente al último día del pesaje de los residuos, adicionalmente se observan humedades en el centro de salud.

Estas situaciones identificadas en la visita realizada al centro de salud Girardot, se elevará a **HALLAZGO** por parte de la esta oficina de control interno.

### 2.14. CENTRO DE SALUD COMUNEROS

Se realizó visita el 19 de junio de 2024, en compañía de la ingeniera ambiental de la ESE ISABU y se aplicó lista de chequeo evidenciándose:

#### 2.14.1. ALMACENAMIENTO CENTRAL DE RESIDUOS

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se cuenta con un espacio aislado para el almacenamiento central de los residuos hospitalarios.	Cumple
• Se dispone de espacio para cada tipo de residuos, a fin de evitar la contaminación cruzada.	Cumple
• El cuarto de almacenamiento temporal de residuos es de acceso restringido, con elementos de señalización.	Cumple
• Se encuentra cubierto para protección de aguas lluvias.	Cumple
• Cuenta con iluminación y ventilación adecuada.	No cumple
• Las paredes son lisas de fácil limpieza, pisos duros y lavables.	Cumple
• Se cuenta con acometida de agua, drenaje para su lavado y equipo de extinción de incendios.	Cumple

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuenta con bascula, para realizar el pesaje de residuos.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta con estructura Física en buen estado (puertas y paredes).</li> </ul>	Cumple: Las puertas, aunque funcionan bien presentan oxidación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta con elementos que impiden el acceso de vectores, roedores etc.</li> </ul>	Cumple

**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS**





#### 2.14.2. RECIPIENTES Y SEGREGACIÓN

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los recipientes se encuentran en buen estado.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumplen con el código de colores establecido.</li> </ul>	No cumple: Los recipientes del centro de salud para la disposición de residuos no cumplen con el código de colores de la resolución 2184 de 2019.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentan con bolsas de acuerdo al color establecido por la norma.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentan con algún tipo de publicidad donde se indique el tipo de residuo a contener.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las tapas de los recipientes se encuentran libres de objetos, permitiendo su correcto funcionamiento.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza la correcta disposición de los residuos en sus respectivos recipientes.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza la correcta disposición de los guardianes y se encuentran debidamente rotulados.</li> </ul>	Cumple
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza diligenciamiento del formato RH1 sin enmendadura y de manera organizada.</li> </ul>	Cumple: A pesar de que el formato se encontraba diligenciado se identificó que se presentan tachones y enmendaduras

#### REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS



ISABU		SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		FORMATO DIARIO RECOLECCIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS- CENTROS DE SALUD										CODIGO	F-1408-61	
WT-300.084.208-2		PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD												FECHA	17/03/2021	
MIS/AÑO: 06-2021		UNIDAD DE ATENCIÓN:		PELIGROSOS										VERSION	2	
DIA	Ordinarios e Inertes Kg	Reciclables Kg	Bioanatómicos Kg	Vidrio Kg	Riesgo Biológico Cortopuzos amos Kg	Anatomopatológico Kg	COVID-19	Vidrio COVID-19	Cortopuzos COVID-19	Fármacos Kg	Tóner Kg	Metales pesados Kg	Reactivos Kg	Posconsumo Kg	TOTAL	RESPONSABLE
4	8.800	1.050	1.420												8.270	Jenny Fel
5	1.340														2.740	Jenny Fel
6	1.575	0.670	0.935												3.180	Jenny Fel
7	0.020		0.735												1.55	Jenny Fel
11	0.335		0.635												3.100	Jenny Fel
12	1.530		0.635												2.185	Jenny Fel
13	0.035	1.475	0.940												4.470	Jenny Fel
14	0.180	0.920	1.020												4.200	Jenny Fel
17	0.200	0.355	0.520												1.085	Jenny Fel
18	1.700		0.950												2.650	Jenny Fel
19																Jenny Fel
20																Jenny Fel
21																Jenny Fel
24																Jenny Fel
25																Jenny Fel
26																Jenny Fel
27																Jenny Fel
28																Jenny Fel

### 2.14.3. MOVIMIENTO INTERNO DE RESIDUOS

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• Se tiene ruta sanitaria	Cumple
• La ruta cubre la totalidad de la institución.	Cumple
• La ruta Sanitaria empieza con la recolección de los residuos No peligrosos.	Cumple
• Los residuos son recolectados diariamente en los puntos de generación.	Cumple
• Se cuenta con vehículo interno para el transporte de residuos peligrosos	No aplica

### REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS



### 2.14.4. RECURSO AGUA Y ENERGIA

ASPECTO EVALUADO	CUMPLE/ NO CUMPLE
• No se evidenció fugas en el centro de salud.	Cumple
• Todos los sifones cuentan con rejilla.	Cumple
• Se cuenta con luminarias led ahorradores de energía.	Cumple
• Se están llevando a cabo campañas ambientales como son: recolección de pilas, ahorro de energía, capacitación en prevención de dengue.	Cumple
• No se observan humedades en el centro de salud.	Cumple

## REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LOS ASPECTOS EVALUADOS



**ANOTACIÓN DE CONTROL INTERNO:** Los recipientes del centro de salud para la disposición de residuos no cumplen con el código de colores de la resolución 2184 de 2019.

Esta situación identificada en la visita realizada al centro de salud Comuneros, se elevarán a **HALLAZGO** por parte de la esta oficina de control interno.

De las visitas realizadas a algunos centros de salud de la ESE ISABU, se identificaron algunas inconsistencias que deben ser elevadas a hallazgo, así:

### Hallazgo No. 1

**Condición:** Respecto a la lista de chequeo aplicada al centro de salud Mutis, se identificó que no cumple con el criterio No. 2 relacionado en el check list que aplica esta oficina de control interno, correspondiente a: “se dispone de espacio para cada tipo de residuos, a fin de evitar la contaminación cruzada” ya que no se cuenta con un espacio exclusivo para almacenar residuos hospitalarios y similares, tal como lo dispone la resolución No. 01164 de 2002, toda vez que en el espacio dispuesto para el almacenamiento central se ubicó un aire acondicionado inservible, situación que dificulta la limpieza del espacio y obstaculiza el tránsito normal por el cuarto de almacenamiento central.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 72-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

**Criterio:** Resolución No. 01164 de 2002 y Lista de chequeo de Gestión Ambiental Código: GAM-F-074

**Causa:** No se cumple con el criterio de exclusividad para almacenar residuos hospitalarios o similares, como dispone la normatividad vigente, ya que se almacenan otro tipo de artículos diferentes a residuos hospitalarios.

**Efecto o Consecuencia:** Falta de higiene en el depósito central de residuos hospitalarios y similares, dificultad para realizar limpieza en el cuarto de residuos.

**RESPUESTA ÁREA AUDITADA:** Se acepta el hallazgo

**RESPUESTA DE CONTROL INTERNO:** El grupo auditor recomienda elevar una actividad correctiva dentro de un plan de mejora para subsanar el hallazgo identificado.

### Hallazgo No. 2

**Condición:** De las visitas realizadas y la aplicación de la lista de chequeo estructurada por la oficina de control interno, en el aspecto correspondiente al código de colores establecido en la resolución 2184 de 2019, en la cual se establece que "(...) en el territorio nacional, el código de colores para la separación de residuos sólidos en la fuente así: a. Color verde para depositar residuos orgánicos aprovechables, b. Color blanco para depositar los residuos aprovechables como plástico, vidrio, metales, multicapa, papel y cartón, c. Color negro para depositar los residuos no aprovechables", se logró evidenciar por parte de esta oficina que en los centros de salud San Rafael, Bucaramanga, Campo Hermoso, La Joya, Kennedy y Comuneros no se cumple con la normatividad vigente, ya que cuenta con recipientes de colores diferentes a los establecidos en la resolución 2184 de 2019.

Adicionalmente, esta oficina de control interno evidenció que algunas canecas con el fin de cumplir con el código de colores fueron pintadas, por tal razón, se ven deterioradas y con algunos cambios de color, producto de los procesos de limpieza y lavado que agrieta la pintura.

**Criterio:** Resolución No. 2184 de 2019 y Lista de chequeo de Gestión Ambiental Código: GAM-F-074

**Causa:** No se cumple en los centros de salud San Rafael, Bucaramanga, Campo Hermoso, La Joya, Kennedy y Comuneros con el código de colores establecido en la resolución 2184 de 2019.

**Efecto o Consecuencia:** Inobservancia de la normatividad y los criterios establecidos en la resolución 2184 de 2019, lo que conllevaría a multas y sanciones por parte de las autoridades ambientales.

**RESPUESTA ÁREA AUDITADA:** Se acepta el hallazgo

**RESPUESTA DE CONTROL INTERNO:** El grupo auditor recomienda elevar una actividad correctiva dentro de un plan de mejora para subsanar el hallazgo identificado.

### Hallazgo No. 3

**Condición:** En temas de infraestructura, varias fueron las debilidades que evidenció esta oficina de control interno, ya que en las visitas a algunos centros de salud, más específicamente en los centros de salud Mutis (puerta descuadrada), IPC (puerta deteriorada, falta de aneos y humedades), Pablo VI (falta de bombillos y humedades), Bucaramanga (no

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 73-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

tiene extintor), Campo Hermoso (humedades), Morrórico (humedades), Santander (falta de bombillos y angeos) y Girardot (humedades), se pudo constar debilidades en humedades, falta de iluminación por ausencia de bombillos, falta de anqueo para protección en contra de vectores y roedores, puertas con daños estructurales o falta de pasadores o cerraduras, falta de extintores y demás situaciones que impide que los centros de salud cumplan con las normas vigentes en infraestructura para prestar servicios de calidad a los usuarios de la ESE ISABU.

Adicionalmente, se evidenció equívocos, enmendaduras y falta de diligenciamiento del formato RH1, así como falta de publicación de la ruta sanitaria en un lugar visible del centro de salud, obviando las directrices de la resolución 1164 de 2002. Esto se evidenció en los centros de salud La Joya y Girardot.

**Criterio:** Resolución No. 1164 de 2002 y Lista de chequeo de Gestión Ambiental Código: GAM-F-074

**Causa:** No se cumple en los centros de salud Mutis (puerta descuadrada), IPC (puerta deteriorada, falta de angeos y humedades), Pablo VI (falta de bombillos y humedades), Bucaramanga (no tiene extintor), Campo Hermoso (humedades), Morrórico (humedades), Santander (falta de bombillos y angeos), La Joya (no diligenciamiento del RH1 y falta de publicación de la Ruta Sanitaria en lugar visible) y Girardot (humedades y falta de diligenciamiento del formato RH1) por falta de aplicación en las directrices contenidas en la resolución No. 1164 de 2002 y la lista de chequeo de gestión ambiental con código No. GAM-F-074.

**Efecto o Consecuencia:** Inobservancia de la normatividad y los criterios establecidos en la resolución 1164 de 2002 y las listas de chequeo internas (GAM-F-074), lo que conllevaría a multas y sanciones por parte de las autoridades ambientales.

**RESPUESTA ÁREA AUDITADA:** Se acepta el hallazgo

**RESPUESTA DE CONTROL INTERNO:** El grupo auditor recomienda elevar una actividad correctiva dentro de un plan de mejora para subsanar el hallazgo identificado.

### 3. PRESENTACIÓN DE INFORMES DE GESTIÓN AMBIENTAL

Mediante entrevista realizada el 18 de junio de 2024, atendida por la ingeniera ambiental Elizabeth Arenas, se solicitó por parte de la oficina de control interno se evidenciara el cumplimiento de los informes a presentar por el área ambiental:

- 3.1. **Registro de Generadores de Residuos o Desechos Peligrosos:** Se evidencia oportunidad en el reporte al IDEAM, en el cual se rinde la vigencia 2023 a más tardar el 31/03/2024, dicho reporte se realizó por cada uno de los centros de Salud y unidades hospitalarias.



# INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA

CODIGO: CIN-F-013

VERSION: 3

FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021

FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024

PAGINA: 74-83

REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

26/3/24, 16:55	INFORMACIÓN DEL CIERRE	26/3/24, 15:31	INFORMACIÓN DEL CIERRE
<p>CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN AL REGISTRO DE GENERADORES DE RESIDUOS PELIGROSOS Y DEL REPORTE DE INFORMACIÓN ANUAL</p> <p>Formato Nro.: 5000336051</p> <p>Fecha del Certificado: 26/03/2024, 4:55:18 pm</p> <p>NIT: 800084206</p> <p>Empresa: ESE ISABU</p> <p>Establecimiento ó instalación: HOSPITAL LOCAL DEL NORTE</p> <p>Estado: ACTIVO</p> <p>Municipio: BUCARAMANGA</p> <p>Usuario: USRRESP8088</p> <p>Departamento: SANTANDER</p> <p>Dirección: CRA 5A CLL 12 N</p> <p>Fecha de inscripción al Registro: 17/07/2008</p> <p>Responsable del diligenciamiento de la información: ELIZABETH ARENAS GALVIS</p> <p>Correo electrónico: ambintelisabu2023@gmail.com</p> <p>Autoridad Ambiental: CDMB</p> <p>Período de Balance: 01/01/2023 - 31/12/2023</p> <p>Fecha de diligenciamiento: 26/03/2024</p> <p>Fecha y hora del cierre: 26/03/2024 04:55:16 PM</p> <p>Periodos de balance a la fecha diligenciados: 2009 :: 2010 :: 2011 :: 2020 :: 2021 :: 2022 :: 2023 ::</p> <p>DILIGENCIADO EN: Ambiente de producción, URL: <a href="http://rua-respeli.ideam.gov.co/mursmp/r/">http://rua-respeli.ideam.gov.co/mursmp/r/</a></p> <p>Si tiene dudas, consultar con la Autoridad Ambiental de la jurisdicción o el IDEAM</p> <p>La inscripción en el Registro de Generadores de residuos peligrosos sólo será válida cuando el generador realice su reporte anual (Resolución 1362 de 2007 Art. 4 Par. 3)</p>		<p>CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN AL REGISTRO DE GENERADORES DE RESIDUOS PELIGROSOS Y DEL REPORTE DE INFORMACIÓN ANUAL</p> <p>Formato Nro.: 5000336015</p> <p>Fecha del Certificado: 26/03/2024, 3:31:46 pm</p> <p>NIT: 800084206</p> <p>Empresa: ESE ISABU</p> <p>Establecimiento ó instalación: CENTRO DE SALUD BUCARAMANGA</p> <p>Estado: ACTIVO</p> <p>Municipio: BUCARAMANGA</p> <p>Usuario: USRRESP87871</p> <p>Departamento: SANTANDER</p> <p>Dirección: CL 69 # 10-01 BARRIO BUCARAMANGA</p> <p>Fecha de inscripción al Registro: 14/07/2021</p> <p>Responsable del diligenciamiento de la información: ELIZABETH ARENAS GALVIS</p> <p>Correo electrónico: ambintelisabu2023@gmail.com</p> <p>Autoridad Ambiental: CDMB</p> <p>Período de Balance: 01/01/2023 - 31/12/2023</p> <p>Fecha de diligenciamiento: 26/03/2024</p> <p>Fecha y hora del cierre: 26/03/2024 03:31:44 PM</p> <p>Periodos de balance a la fecha diligenciados: 2020 :: 2021 :: 2022 :: 2023 ::</p> <p>DILIGENCIADO EN: Ambiente de producción, URL: <a href="http://rua-respeli.ideam.gov.co/mursmp/r/">http://rua-respeli.ideam.gov.co/mursmp/r/</a></p> <p>Si tiene dudas, consultar con la Autoridad Ambiental de la jurisdicción o el IDEAM</p> <p>La inscripción en el Registro de Generadores de residuos peligrosos sólo será válida cuando el generador realice su reporte anual (Resolución 1362 de 2007 Art. 4 Par. 3)</p>	

- 3.2. **Registro del formulario RH1:** Este reporte se realizó ante la Secretaría de Salud y Ambiente de la Alcaldía de Bucaramanga de manera semestral según circular expedida, a la fecha se evidenció que se reportó el Formulario RH1 por cada uno de los centros de salud y unidades hospitalarias correspondiente al segundo semestre de la vigencia 2023 el día 23 de enero de 2024.

**De:** PGI RH <[no-responder3@bucaramanga.gov.co](mailto:no-responder3@bucaramanga.gov.co)>

**Enviado:** martes, 23 de enero de 2024 9:45

**Para:** Gerencia <[gerencia@isabu.gov.co](mailto:gerencia@isabu.gov.co)>

**Asunto:** Registro Formulario RH1

**Cordial Saludo EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA,**

Confirmación del registro del formulario RH1

**Año:** 2023

**Semestre:** 2

**Gestor:** SANDESOL SAS ESP

**Fecha:** 2024-01-23

Se presentan cambios en la presentación de este informe, el cual será anual, el próximo reporte se realizará en el mes de enero de 2024.

- 3.3. **Reporte de Indicadores Resolución 01164 de 2002:** Este reporte se realiza a la Secretaría de Salud departamental de forma anual; se evidenció que dicho registro se realizó el 11/03/2024.

De lo revisado se evidenció cumplimiento en los informes requeridos y en los tiempos establecidos.

## 4. INDICADORES DE GESTIÓN AMBIENTAL

Se cuenta con una plantilla de indicadores que desglosa la información de cada uno de ellos:

Nombre del indicador	Resultados
COBERTURA DE CAPACITACIONES GENERALES Y ESPECIFICAS DE GESTIÓN AMBIENTAL	En primer trimestre no se logró la meta: 82.21% En el segundo trimestre se alcanzó la meta en un: 85,71%

**Indicadores de manejo de residuos peligrosos:**

INDICADOR DE DESTINACION PARA DESACTIVACION DE ALTA EFICIENCIA  
 INDICADOR DE DESTINACION PARA INCINERACIÓN  
 INDICADOR DE DESTINACION PARA RELLENO SANITARIO  
 INDICADOR DE DESTINACION PARA OTROS SISTEMAS  
 INDICADOR DE DESTINACION DE RECICLAJE

Cumplido para el trimestre: 100%

Teniendo en cuenta que la medición del indicador de capacitaciones se realiza de manera anual, ante la desviación presentada en el primer trimestre de la vigencia 2024, se tomaron acciones correctivas las cuales evidenciaron un cumplimiento del indicador para el segundo trimestre de 2024.

**5. PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES - PGIRASA**

La entidad cuenta con un Plan de Gestión Integral de Residuos en la Atención y Salud, el cual contiene de una manera organizada las actividades necesarias para garantizar la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.

Para la vigencia 2024 el PGIRASA se encuentra en actualización debido al cambio normativo en cuanto a manejo de residuos peligrosos. Sin embargo, se vienen desarrollando las actividades hasta ahora contenidas en el PGIRASA de 2023 con total satisfacción.

De igual manera se pudo evidenciar que se publicó en la página de la secretaria de salud municipal de Bucaramanga el documento del PGIRASA correspondiente a la vigencia 2023, mientras se actualiza el documento con los cambios normativos.

Pese a lo anterior, las estrategias contenidas en el PGIRASA se continúan ejecutando; dentro de estas, se cuenta con la campaña iniciada en el 2019 y priorizada ese año, en la cual a partir de noviembre de 2019 se prohíbe el ingreso de alimentos y bebidas en icopor a la ESE ISABU (22 centros de salud y 2 unidades hospitalarias). De la verificación directa realizada por la oficina de control interno, se evidenciaron debilidades en la aplicación y cumplimiento de la estrategia ambiental, contraviniendo las directrices contenidas en el PGIRASA que dicta el norte que debe seguir la institución en materia ambiental. Lo anterior, requiere que esta oficina eleve lo evidenciado mediante hallazgo en el marco de la auditoría realizada.

**Hallazgo No. 4**

**Condición:** Con el fin de crear una conciencia ambiental la ESE ISABU gestiona ante la Corporación Autónoma Regional para la Defensa de la Meseta de Bucaramanga (CDMB) la vinculación al programa de producción más limpia OCAMS, con el objetivo de implementar estrategias que permitan minimizar los impactos ambientales al medio ambiente.

Así las cosas, se han implementación estrategias que permitan fortalecer la dinámica ambiental al interior de la ESE ISABU, entre ellas, desde el 2019 se inició la campaña para la prohibición del ingreso y uso en la institución de elementos cuyo componente principal sea el poliestireno expandido o comúnmente conocido como icopor en la ESE ISABU, entíendase en los 22 centros de salud y dos unidades hospitalarias.

La campaña dio inicio en el año 2019 con el siguiente stiker

Imagen 13. Campaña prohibición ingreso de icopor



Fuente: El autor

Imagen 14. Nueva imagen de la campaña actual prohibición ingreso de icopor.



Fuente: El autor

A pesar de la difusión, capacitaciones y conocimiento previo de las condiciones que se enmarcan en las estrategias adelantada por gestión ambiental, esta oficina de control interno, por medio de observación directa, evidenció en múltiples ocasiones y en diversos servicios (sede administrativa y Urgencias del HLN) el ingreso y uso de icopor con elementos de comida, situación que se encuentra estrictamente prohibida en la entidad.

**Criterio:** Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades V 4. código: GAM-PL-001

**Causa:** Posible desconocimiento, falta de difusión o falta de capacitación en las estrategias ambientales adelantadas por la entidad.

**Efecto o Consecuencia:** Inobservancia de la normatividad y los criterios establecidos en el Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades V 4. código: GAM-PL-001.

**RESPUESTA ÁREA AUDITADA:** Acepta el hallazgo, sin embargo, respecto a este hallazgo, la Ingeniera ambiental, Elizabeth Arenas Galvis, manifiesta que es necesario aclarar que: “que la prohibición del tema de icopor es para el ingreso de bebidas y alimentos en esta clase de material”, ya que en el informe preliminar se habla como si fuera en general la prohibición.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-05-2024
	<b>VERSION: 3</b>	PAGINA: 77-83
		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

**RESPUESTA DE CONTROL INTERNO:** El grupo auditor acepta la aclaración realizada por la ingeniera ambiental y dejará la respectiva anotación en el informe preliminar y en el acta de cierre de la auditoría que soporte este informe final.

Respecto a la aceptación del hallazgo, el grupo auditor recomienda elevar una actividad correctiva dentro de un plan de mejora para subsanar el hallazgo identificado.

## 6. COMITÉ DE GESTIÓN SANITARIA Y AMBIENTAL

Teniendo como fundamento lo contenido en la resolución No. 0093 de febrero 19 de 2024, por medio de la cual se modifica la conformación del grupo administrativo de gestión sanitaria y ambiental de la ESE ISABU, pudo evidenciar la oficina de control interno que el Comité de Gestión Sanitaria y ambiental se ha reunido dos (2) veces en lo corrido del año, en febrero y mayo de 2024 específicamente.

Se evidencian como soportes las actas realizadas en la que se exponen los temas a tratar y se realiza seguimiento a los compromisos generados. Dentro de los temas tratados se evidencia: aprobación campaña ambiental de 2024, comparativos indicadores de destinación de residuos hospitalarios vigencia 2022 – 2023, comparativo indicador de beneficio vigencia 2022 – 2023, comparativo de consumo de agua y energía IV trimestre vigencia 2023, membresía de la red global de hospitales verdes y saludables, proyecto tapas por la vida, indicador de beneficio primer trimestre 2024, estado actual de los tanques de almacenamiento de agua potable del instituto de salud de Bucaramanga, manejo de residuos peligrosos I trimestre de 2024 y Comparativo de consumo de Agua y energía I trimestre vigencia 2024, entre otros temas.

Se deja registro del cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a lo relacionado con el Comité de Gestión Sanitaria y Ambiental, según la resolución vigente.

## 7. VERIFICACIÓN DE LA ORDEN DE SERVICIO No. 014-2024 – PLANTA DE TRATAMIENTO

En el marco de la auditoría a Gestión ambiental, la oficina de control interno realizó verificación de cumplimiento de la orden de servicio No. 014-2024 cuyo objeto contractual refiere: “PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUAS RESIDUALES DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE – PTAR DE LA ESE ISABU”

En verificación directa y teniendo en cuenta la necesidad de mejorar considerablemente el funcionamiento de la planta de tratamiento de la ESE ISABU de cara a próximas auditorías ambientales realizadas por la Contraloría municipal o autoridades ambientales que tienen injerencia en el territorio, se pudo constatar las mejoras realizadas a la planta de tratamiento de aguas residuales del Hospital Local del Norte.

En la verificación realizada se pudo evidenciar las modificaciones estructurales realizadas a la planta y el resultado positivo de los estudios que arrojó una mejor calidad del agua entregada por la planta, de esto se cuenta con evidencia recaudada por la oficina de control interno.

### Calidad del agua- ANTES



### Calidad del agua- DESPUÉS



Se evidencia los cambios estructurales para el mejor funcionamiento de la Planta de tratamiento de aguas residuales:





De resaltar el entregable del contratista, identificado como “MANUAL LIGERO DE OPERACIÓN SISTEMA DE TRATAMIENTO DE AGUAS RESIDUALES DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE – PTAR DE LA ESE ISABU” y un anexo fotográfico que evidencia los trabajos realizados en la planta de tratamiento de la ESE ISABU.

En entrevista realizada a la Ingeniera ambiental el día 20 de junio de 2024, se resalta la recomendación elevada por el contratista en la cual se considera como prioritaria la necesidad de adelantar los mantenimientos a la planta de tratamiento según lo dispuesto en el manual de operación y los diferentes informes presentados por el contratista.

**Recomendación de la oficina de control interno:** Con el fin de potencializar los cambios realizados a la planta de tratamiento de la ESE ISABU y con el objetivo de obtener resultados óptimos de cara a las auditorías ambientales que atienda la ESE ISABU, recomienda esta oficina de control interno establecer mantenimientos, los que se considere necesarios, con el fin de preservar las actuales condiciones de la planta de tratamiento.

## 8. ANALISIS DE MAPA DE RIESGOS

Conforme a los riesgos operacionales priorizados, el proceso de gestión ambiental tiene identificados los siguientes riesgos:

RO 34	Posibilidad de afectación disciplinaria, administrativa, fiscal, por inadecuada segregación de residuos sólidos y líquidos por falta de adherencia del personal del ISABU y los convenios, al plan de gestión integral de residuos sólidos generados en la atención en salud y otras actividades	La Ingeniera ambiental realiza inducción, y reinducción en adecuada segregación de residuos a convenios y personal de la institución de manera semestral, evidenciado mediante informe.	La Ingeniera ambiental realiza las capacitaciones según requerimiento del área de convenios y los diferentes líderes de servicio. Para este trimestre no se presenta informe ya que el mismo se tiene programado de manera semestral.
		La ingeniera ambiental realiza auditorías de acuerdo a cronograma establecido a la adherencia al Plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares PGRHS evidenciado mediante listas de chequeo aplicadas, de acuerdo a los hallazgos encontrados se realiza capacitación. Soporte: Acta de capacitación	Se evidencia cronograma de auditorías correspondiente al área ambiental para ser ejecutadas en el primer semestre de 2024. Según lo programado en el cronograma, se cumplió con el 100% de las actividades contenidas. Adicionalmente se evidencia listas de chequeo diligenciadas en el momento de la auditoría y evaluadas posteriormente en el cual se da como resultado un porcentaje de cumplimiento de los parámetros evaluados. Para el primer trimestre de 2024, se evidencia un porcentaje entre bueno y excelente, lo que permite inferir una mejora notable en los resultados. Este control le permite al área ambiental intervenir de manera inmediata en el factor identificado con el fin de corregir la debilidad mediante direccionamiento e inducción en el tema.

Del seguimiento al mapa de riesgo operacionales realizado por la oficina de control interno correspondiente al primer trimestre de 2024, se evidencia una correcta administración del riesgo por parte de la gestión ambiental del riesgo operacional No. 34, lo que se refleja en la evaluación de controles una efectividad de este.

En audiencia de cierre de la auditoría realizada a Gestión Ambiental, la jefe de la oficina de control interno explica uno a uno los cuatro (4) hallazgos identificados dentro del desarrollo de la auditoría. Con lo expuesto la Ingeniera Elizabeth Arenas Galvis manifiesta:

**RESPUESTA ÁREA AUDITADA:** La ingeniera ambiental Elizabeth Arenas Galvis manifiesta que acepta los hallazgos realizados por la oficina de control interno y que estará presta a desarrollar el plan de mejoramiento a que haya lugar y solicita realizar algunos ajustes al informe final que le parecen pertinentes con el fin de aclarar ciertas impresiones que contiene el informe preliminar.

**RESPUESTA DE CONTROL INTERNO:** El grupo auditor solicita a la ingeniera ambiental enviar correo formal en donde se contenga las precisiones realizadas las cuales serán tenidas en cuenta para ser incorporadas en el informe final de auditoría.

**PLANES DE MEJORAMIENTO:**

Según lo dispuesto en el procedimiento de auditorías de control interno código 1300-CIN-P-003: "Si hay acciones a mejorar el responsable del proceso deberá elaborar el respectivo plan de mejoramiento a presentar en el término de diez (10) días Hábiles y lo remite a la oficina de control interno; transcurrido el término de no recibir el plan de

mejoramiento, se informa al Comité de Control Disciplinario Interno. (Ley 734-2002 art. 34 numeral 7, Decreto Ley 403-2020 art.151).

Teniendo en cuenta lo anterior, una vez recibido el plan de mejoramiento, será objeto de evaluación por parte de esta oficina de control interno con el fin de aceptar o no su contenido y decretar el inicio de su ejecución.

Lo anterior teniendo en cuenta que la ingeniera ambiental Elizabeth arenas manifestó en audiencia de cierre y por escrito mediante correo electrónico, la aceptación de la totalidad de los hallazgos identificados en el marco de la auditoría realizada a Gestión ambiental.

PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL				
CUADRO PRESUNTOS HALLAZGOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO				
Nº.	DESCRIPCIÓN	PH	OM	RG/RG
1.	Respecto a la lista de chequeo aplicada al centro de salud Mutis, se identificó que no cumple con el criterio No. 2 relacionado en el check list que aplica esta oficina de control interno, correspondiente a: "se dispone de espacio para cada tipo de residuos, a fin de evitar la contaminación cruzada" ya que no se cuenta con un espacio exclusivo para almacenar residuos hospitalarios y similares, tal como lo dispone la resolución No. 01164 de 2002, toda vez que en el espacio dispuesto para el almacenamiento central se ubicó un aire acondicionado inservible, situación que dificulta la limpieza del espacio y obstaculiza el tránsito normal por el cuarto de almacenamiento central.	X		
2.	De las visitas realizadas y la aplicación de la lista de chequeo estructurada por la oficina de control interno, en el aspecto correspondiente al código de colores establecido en la resolución 2184 de 2019, en la cual se establece que "(...) en el territorio nacional, el código de colores para la separación de residuos sólidos en la fuente así: a. Color verde para depositar residuos orgánicos aprovechables, b. Color blanco para depositar los residuos aprovechables como plástico, vidrio, metales, multicapa, papel y cartón, c. Color negro para depositar los residuos no aprovechables", se logró evidenciar por parte de esta oficina que en los centros de salud San Rafael, Bucaramanga, Campo Hermoso, La Joya, Kennedy y Comuneros no se cumple con la normatividad vigente, ya que cuenta con recipientes de colores diferentes a los establecidos en la resolución 2184 de 2019.  Adicionalmente, esta oficina de control interno evidenció que algunas canecas con el fin de cumplir con el código de colores fueron pintadas, por tal razón, se ven deterioradas y con algunos cambios de color, producto de los procesos de limpieza y lavado que agrieta la pintura.	X		
3.	En temas de infraestructura, varias fueron las debilidades que evidenció esta oficina de control interno, ya que en las visitas a algunos centros de salud, más específicamente en los centros de salud Mutis (puerta descuadrada), IPC (puerta deteriorada, falta de aneos y humedades), Pablo VI (falta de bombillos y humedades), Bucaramanga (no tiene extintor), Campo Hermoso (humedades), Morrórico (humedades), Santander (falta de bombillos y aneos) y Girardot (humedades), se pudo constatar debilidades en humedades, falta de iluminación por ausencia de bombillos, falta de aneo para protección en contra de vectores y roedores, puertas con daños estructurales o falta de pasadores o cerraduras, falta de extintores y demás situaciones que impide que los centros de salud cumplan con las normas vigentes en infraestructura para prestar servicios de calidad a los usuarios de la ESE ISABU.	X		

	<p>Adicionalmente, se evidenció equívocos, enmendaduras y falta de diligenciamiento del formato RH1, así como falta de publicación de la ruta sanitaria en un lugar visible del centro de salud, obviando las directrices de la resolución 1164 de 2002. Esto se evidenció en los centros de salud La Joya y Girardot.</p>			
4.	<p>Con el fin de crear una conciencia ambiental la ESE ISABU gestiona ante la Corporación Autónoma Regional para la Defensa de la Meseta de Bucaramanga (CDMB) la vinculación al programa de producción más limpia OCAMS, con el objetivo de implementar estrategias que permitan minimizar los impactos ambientales al medio ambiente.</p> <p>Así las cosas, se han implementado estrategias que permitan fortalecer la dinámica ambiental al interior de la ESE ISABU, entre ellas, desde el 2019 se inició la campaña para la prohibición del ingreso y uso en la institución de elementos cuyo componente principal sea el poliestireno expandido o comúnmente conocido como icopor en la ESE ISABU, entendiéndose en los 22 centros de salud y dos unidades hospitalarias.</p> <p>A pesar de la difusión, capacitaciones y conocimiento previo de las condiciones que se enmarcan en las estrategias adelantada por gestión ambiental, esta oficina de control interno, por medio de observación directa, evidenció en múltiples ocasiones y en diversos servicios (sede administrativa y Urgencias del HLN) el ingreso y uso de icopor con elementos de comida, situación que se encuentra estrictamente prohibida en la entidad.</p>	X		

**RECOMENDACIONES**

Las recomendaciones y oportunidades de mejora fueron plasmadas en el desarrollo del informe final de la auditoria. Por lo tanto, esta oficina de control interno sugiere que las recomendaciones sean acogidas en su totalidad, ya que favorecen la mejora continua del proceso.

De igual manera, se realizaron recomendaciones relacionadas con la necesidad de realizar los mantenimientos necesarios para el correcto funcionamiento de la planta de tratamiento, con el fin de obtener resultados positivos de cara a las auditorias adelantadas por la Contraloría Municipal de Bucaramanga o las autoridades ambientales del territorio.

**CONCLUSIONES**

Teniendo en cuenta que la ingeniera ambiental de la ESE ISABU, manifestó en audiencia de cierre de la auditoria celebrada el 28 de junio de 2024, que aceptaba los hallazgos evidenciados por la oficina de control interno y contenidos en el informe preliminar de auditoría a la gestión Ambiental, emite el presente informe final.

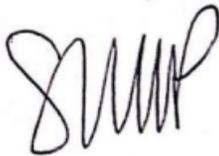
Teniendo en cuenta lo anterior se concede el término de 10 días hábiles con el fin de que el área estructure el respectivo plan de mejoramiento. El plan de mejora deberá contener actividades que contribuyan a superar 4 hallazgos identificados aceptados por el área auditada.

Se recuerda que los planes de mejoramiento deben tener actividades para desarrollar con un límite determinado en el tiempo, que para este caso es el mes de noviembre de 2024.

Esta oficina de control interno una vez analizadas las actividades del plan de mejoramiento, dará su aprobación o no, analizando si las actividades contribuyen directamente a impactar el hallazgo evidenciado.

La oficina de control interno realizará el respectivo seguimiento a las acciones propuestas en el plan de mejoramiento suscrito y de esta forma superar positivamente las observaciones realizadas.

Equipo auditor,



**SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS**

Jefe Oficina de Control Interno

Apoyó equipo auditor:

Martha Helena Duarte Gómez  
Profesional de Apoyo Control Interno